

**Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia Pós-Graduação em Geografia
Programa de Pós-Graduação em Geografia**

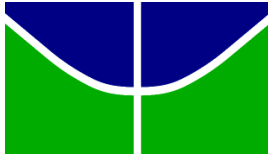
**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

**Mapeamento das condições de trabalho, saúde e perfil dos
trabalhadores da saúde indígena no primeiro ano da COVID-19**

Vera Lopes dos Santos

Tese de Doutorado

Brasília-DF: 2024



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia Pós-Graduação em Geografia
Programa de Pós-Graduação em Geografia

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

**Mapeamento das condições de trabalho, saúde e perfil dos
trabalhadores da saúde indígena no primeiro ano da COVID-19**

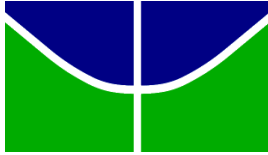
Vera Lopes dos Santos

Orientadora: Dra. Helen da Costa Gurgel

Coorientador: Dra. Eliane Lima e Silva

Tese de Doutorado

Brasília-DF: 2024



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia Pós-Graduação em Geografia
Programa de Pós-Graduação em Geografia

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

**Mapeamento das condições de trabalho, saúde e perfil
dos trabalhadores da saúde indígena no primeiro ano da
COVID-19**

Vera Lopes dos Santos

Tese de Doutorado submetida ao Departamento de Geografia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Doutor em Geografia, área de concentração Gestão Ambiental e Territorial, opção Acadêmica.

Aprovado por:

HELEN DA COSTA GURGEL, UNB
(Orientador)

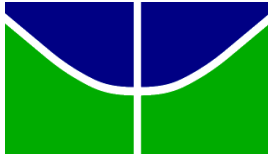
MARIA DA GRACA LUDERITZ HOEFEL, UNB
(Examinador Interno)

PAULO CESAR PEITER, ENSP/FIOCRUZ
(Examinador Externo)

ESRON SOARES CARVALHO ROCHA, UFAM
(Examinador Externo)

ZULIMAR MÁRITA RODRIGUES, UFMA
(Examinador Externo)

Brasília-DF, 27 de fevereiro de 2024



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia Pós-Graduação em Geografia
Programa de Pós-Graduação em Geografia

SANTOS, VERA LOPES DOS

Mapeamento das condições de trabalho, saúde e perfil dos trabalhadores da saúde indígena no primeiro ano da COVID-19, 164 p. (UNB-Geografia, Doutorado, Geografia da Saúde, 2023)

Tese de Doutorado – Universidade de Brasília. Departamento de Geografia

1. Geografia da saúde

2. Saúde Indígena

II Título (série)

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta tese e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta tese de doutorado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Vera Lopes dos Santos

Dedicatória

Aos meus pais (*in memoriam*) Hilda Lopes dos Santos e
Waldemar Gomes dos Santos, que me deram amor, a
régua e o compasso para seguir em frente

À minha filha e filhos Hilda Maíra, Lucas e
Caio, por todo amor que há

Ao companheiro de jornada Mário Althoff

Ao meu neto Dom, com amor e alegria

Aos trabalhadores do SASISUS

Agradecimentos

Agradeço a População Indígena de todos os lugares deste país, pelas oportunidades que tive de interagir e aprender na minha vida profissional desde a década de 80, na pessoa do líder indígena Raoni Mentuktire;

Agradeço a professora Helen Gurgel, coordenadora do LAGAS/UnB, sempre atenciosa e dedicada aos seus alunos pela oportunidade de chegar até aqui na trajetória acadêmica;

Agradeço a toda equipe do LAGAS, na pessoa da Professora Eliane Lima, co-orientadora e Eucilene Santana por todo apoio e sugestões, aos alunos do PIBIC que interagiram no projeto e aos demais colegas da pós-graduação em Geografia da UnB;

Agradeço a todos os trabalhadores da saúde indígena, especialmente aos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento que são fundamentais para o fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena -SASISUS nas aldeias;

Agradeço ao SINDCOPSI pela parceria, apoio e aprendizados sobre a realidade dos trabalhadores da saúde indígena, na pessoa de Carmem Pankararu;

Agradeço a equipe da SESAI e de todos os DSEI que me inspiram e ensinam na reflexão sobre a política pública de saúde indígena e seus desafios nos territórios, nas pessoas de Dulcimar Del Castelo (*in memoriam*), Lúcio Flores Terena (*in memoriam*), André Martins, Maria de Lourdes, Regina Célia e Roberta Cerri;

Agradeço ao professor David Duarte pela colaboração com os dados estatísticos, José Siqueira pela colaboração na plataforma *lyme survey*, ao Lucas Althoff, Caio Althoff, Hilda Maíra, Daniela Cadena e Haroldo Lopes pelo apoio e incentivo; a Hiojuma Monteiro e Roberto Carlos, pelas trocas e a colaboração ao longo do desenvolvimento da pesquisa; e a Kyll Nunes pelas sugestões na diagramação.

Agradeço aos meus irmãos e irmãs, sobrinhos e sobrinhas da grande família Santos, pelo apoio e incentivo na pessoa de Hamilton Lopes, Hélio Lopes (*in memoriam*) e Henrique Lopes (*in memoriam*);

Agradeço a todos os meus amigos e amigas, pelo incentivo e pelas músicas que embalam sonhos e acalentam a alma nos momentos desafiadores em que pude compartilhar da solidariedade;

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro em parte desta pesquisa;

Agradeço a todas as instituições de pesquisa pelo apoio na parceria com o LAGAS/UnB.

Resumo

Dada a magnitude e o rápido espalhamento do vírus SARS-CoV-2, a pandemia da Covid-19 surpreendeu os sistemas de saúde em todo o território nacional. Para conhecer a situação dos trabalhadores da saúde indígena nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígena no contexto da emergência em saúde pública, foi realizado um inquérito nacional em 2020, primeiro ano da pandemia. O inquérito abordou as opiniões dos trabalhadores da saúde indígena acerca das suas condições de trabalho. Estes trabalhadores atuam nos serviços de saúde da atenção primária localizados em áreas mais distantes dos centros urbanos e em diferentes contextos de acesso geográfico. 1144 trabalhadores de todas as regiões do país responderam ao inquérito. A pesquisa analisou quais as opiniões dos trabalhadores a partir de três recortes definidos para o acesso geográfico, bem como, as opiniões entre trabalhadores indígenas e não-indígenas. Atuar em diferentes contextos de acesso geográfico durante a pandemia da Covid-19 evidenciou opiniões distintas dos trabalhadores da saúde indígena sobre as suas condições de trabalho nos aspectos analisados. Trabalhadores indígenas tiveram maior dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual e ao diagnóstico.

Palavras-chave: Emergência em Saúde; trabalhadores da saúde indígena; atenção primária em saúde; acesso geográfico

Abstracts

Given the magnitude and rapid spread of the SARS-CoV-2 virus, the Covid-19 pandemic surprised health systems across the country. To understand the situation of indigenous health workers in the 34 Special Indigenous Health Districts in the context of the public health emergency, a national survey was carried out in 2020, the first year of the pandemic. The survey addressed the opinions of indigenous health workers about their working conditions. These workers work in primary care health services located in areas further away from urban centers and in different geographic access contexts. 1144 workers from all regions of the country responded to the survey. The research analyzed the opinions of workers based on three sections defined for geographic access, as well as the opinions of indigenous and non-indigenous workers. Working in different contexts of geographic access during the Covid-19 pandemic highlighted different opinions of indigenous health workers about their working conditions in the aspects analyzed. Indigenous workers had greater difficulty accessing personal protective equipment and diagnosis.

Keywords: Health Emergency; indigenous health workers; primary health care; geographic access

Índice de ilustrações

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Conceitual -----	36
Figura 2. Geografia, Geografia da saúde: abordagem, conceitos e metodologia-----	37
Figura 3. Principais Estruturas Territoriais Brasileiras da Covid-19-----	39
Figura 4. Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena, Brasil, 2020-----	40
Figura 5. Características dos DSEI conforme critérios de acesso geográfico, maior dificuldade de acesso geográfico – Maior DAG. Brasil, 2020-----	47
Figura 6. Características dos DSEI conforme critérios de acesso geográfico, média dificuldade de acesso geográfico – Média DAG. Brasil, 2020-----	48
Figura 7. Características dos DSEI conforme critérios de acesso geográfico, menor dificuldade de acesso geográfico – Menor DAG. Brasil, 2020-----	49
Figura 8. Distribuição da População Indígena por DSEI, Brasil, 2020-----	58
Figura 9: Organização do DSEI e Modelo Assistencial -----	65
Figura 10: Número de trabalhadores contratados nos 34 DSEI/convênios, 2020, Brasil-----	71
Figura 11: Profissionais afastados nos DSEI por Covid-19 e síndrome gripal de abril a julho de 2020-----	75
Figura 12. Agrupamento Brasil, Perfil dos Trabalhadores. Inquérito Brasil, 2020-----	79
Figura 13– . Agrupamento Maior DAG, Perfil dos Trabalhadores. Inquérito Brasil, 2020-----	81
Figura 14- Agrupamento Média DAG, Perfil dos Trabalhadores. – Inquérito, Brasil, 2020-----	82
Figura 15- - Agrupamento Menor DAG, Perfil dos Trabalhadores. Inquérito, Brasil, 2020-----	83
Figura 16- Agrupamento Indígena. Perfil dos trabalhadores. Inquérito, Brasil, 2020-----	84
Figura 17- Agrupamento Não-Indígena. Perfil dos Trabalhadores. Inquérito, Brasil, 2020-----	85
Figura 18 - A Covid-19 é uma doença que não afeta seriamente os trabalhadores da saúde indígena, Brasil, 2020/21-----	91
Figura 19- A Covid-19 é uma doença que afeta mais quem trabalha em UPA e hospital-----	92

Figura 20 - Após os primeiros casos confirmados na população indígena pelo DSEI trabalhou mais de 8 (oito) horas por dia-----	93
Figura 21- Durante o surto se sentiu cansado frequentemente-----	100
Figura 22 - O Covid-19 pode ser transmitido por portadores do vírus que não manifestam sintomas-----	101
Figura 23 - Os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) afastados não foram substituídos, ocasionando desassistência na atenção primária nas aldeias-----	103
Figura 24. Profissionais afastados nos DSEI por Covid-19 e síndrome gripal de abril a julho de 2020-----	105
Figura 25 - Após os primeiros casos confirmados na população indígena atendida pelo DSEI a conveniada deu suporte aos trabalhadores com EPI-----	108
Figura 26 - Trabalhadores foram para Atendimento nas Aldeias e na CASAI mesmo sem EPI por Medo de serem demitidos -----	111
Figura 27 - No início da pandemia deixamos de atender as comunidades por falta de EPI-----	111
Figura 28 - Algumas comunidades não aceitam os trabalhadores usar EPI-----	112
Figura 29 – O período compreendido entre a data da coleta da amostra para o teste RT-PCR e a chegada do resultado é suficiente para rastrear os contatos próximos -----	115
Figura 30 - A equipe que trabalha nas aldeias tem conhecimento do plano de contingência para infecção humana pelo Covid-19 do seu DSEI -----	121
Figura 31 - Você contribuiu na elaboração do plano de contingência para infecção humana pelo Covid-19 do seu DSEI-----	123
Figura 32 A busca do auxílio emergencial por membros das comunidades indígenas aumentou o fluxo das comunidades nas cidades durante a pandemia-----	127
Figura 33 - O número maior ou menor de indígenas por residência influencia as medidas de isolamento quando há caso suspeito na família -----	128
Figura 34 - O apoio das lideranças para orientar as comunidades é muito importante para não ampliar o número de casos do COVID-19-----	129

Figura 35 - As comunidades indígenas usam conhecimentos e práticas tradicionais para os cuidados dos pacientes com o COVID-19, com plantas medicinais e/ou atuação dos pagés e outros cuidadores das comunidades -----	130
Figura 36 - Os rituais funerários tradicionais nas aldeias foram suspensos ou modificados para os casos comprovados do COVID-19-----	131
Figura 37 - A presença de garimpeiros nas terras indígenas aumenta o risco de transmissão do COVID-19 nas comunidades -----	132
Figura 38 - Demorou a implantar a primeira barreira sanitária para diminuir o acesso de estranhos às aldeias -----	133
Figura 39. Aprendizado na pandemia -----	136
Figura 40 - Termos conexos no discurso dos trabalhadores -----	137
Figura 41 - Trabalhadores e Covid-19-----	138

Lista de Quadros

Quadro 1 Número de casos acumulados de COVID-19 e número de óbitos por COVI-19, na SE 53 em 2020-21-----	23
Quadro 2 Coeficiente de Incidência por COVID-19, de mortalidade (por 100 mil habitantes), segundo Região, na SE 53. Brasil, 2020-21-----	23
Quadro 3. Síntese da Pesquisa-----	31
Quadro 4 – Serviços por Tipologia – Saúde Indígena, Basil, 2020-----	60
Quadro 5- Relatos atuação EMSI em dois DSEI – Região Sul-Sudeste e Região Norte-----	62
Quadro 6. Afastamento dos trabalhadores-----	102
Quadro7. Plano de contingência e níveis de resposta proposto pela SESAI/MS, 2020-----	121

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da População Indígena e das Vagas para Trabalhadores da Saúde Indígena, por Agrupamento Maior, Média e Menor Dificuldade de Acesso Geográfico. Brasil, 2020-----69

Tabela 2: Percentual dos DSEI, população indígena e vagas de trabalhadores por agrupamento maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico, Brasil, 2020-----70

Tabela 3: População, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agrupamento com maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico (1). PDSI, Ministério da Saúde, 2020-----72

Tabela 4: População e número agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, agrupamentos com maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico (2). PDSI, Ministério da Saúde, 2020-----72

Tabela 5 – Formas de transmissão do coronavírus, Brasil, 2020-----89

Tabela 6 – Maneiras mais efetivas de prevenção, Brasil, 2020/21-----94

Tabela 7 - Risco dos trabalhadores para COVID-19, Brasil, 2020-----96

Tabela 8 - Sintomas mais referidos pelos trabalhadores-----97

Tabela 9 - Importância do uso de equipamento de proteção individual-----109

Tabela 10 – Participação nas ações de prevenção nas comunidades, Brasil, 2020/21-116

Tabela 11. Desde que mês foi distribuído para as comunidades indígenas máscaras e materiais de higiene-----125

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABA - Associação Brasileira de Antropologia
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADPF 709 – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
AVASUS Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS
CAPAI – Casa de Apoio de Saúde
CASAI DF - Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CLSI - Conselho Local de Saúde Indígena
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIR Comissão Intergestores Regional
CIB Comissão Intergestores Bipartite
CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena
Covid-19 - Infecção Respiratória Aguda causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2
DAG – Dificuldade de Acesso Geográfico
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígena
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ERR - Equipes de Resposta Rápida
ESP – Emergência em Saúde Pública
ESP II - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FIOCRUZ/ICICT
FPCONDISI – Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena
FUNAI -Fundação Nacional dos Povos Indígenas
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
IWIGIA – Grupo de Trabalho Internacional para Assuntos Indígenas
LACEN – Laboratórios Centrais de Saúde Pública
LAGAS/UnB – Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde
LAI – Lei de Acesso à Informação

LAIS – Laboratório de Inovação tecnológica em Saúde
MS - Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PB – Polo Base
PCDAS – Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde – Fundação Oswaldo Cruz-
Fiocruz/ICICT
PDSI – Plano Distrital de Saúde Indígena
PIIRC - Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato
PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SARS-COV-2
SASISUS –Subsistema de Saúde Indígena
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SINDCOPSI – Sindicato Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde Indígena
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPI - Unidades de Atenção Primária Indígena
UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNA-SUS plataforma virtual
UniverSUS - Sistema de Ensino a Distância
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WHA – World Health Assembly

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA	20
1.1 Emergência em Saúde Pública	20
1.1.1 Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional e Nacional ...	21
1.1.2 Emergência em saúde pública e a saúde do trabalhador: desafios na atenção primária	24
1.2 Escopo da pesquisa.....	26
1.2.1 Percursos metodológicos	26
1.3 Definição do Recorte Temático do Estudo: aporte da geografia para estudos epidêmicos	37
1.4 Recorte Geográfico	42
1.5 Os DSEI em agrupamentos de maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico	43
CAPÍTULO 2 - POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E OS TRABALHADORES DA SAÚDE	50
1.1 População indígena no Brasil e no mundo	50
1.2 Modelo de atenção à saúde indígena no Brasil	58
1.3 A Organização da Resposta Covid-19 na Saúde Indígena.....	67
1.4 Força de trabalho que atua nos DSEI	68
1.5 Casos de síndrome gripal e Covid-19 entre trabalhadores dos 34 DSEI	74
CAPÍTULO 3 - PERFIL DOS TRABALHADORES E SUAS OPINIÕES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS DIFERENTES LOCAIS DE ATUAÇÃO NO BRASIL	76
1.1 O Inquérito Nacional Realizado.....	76
1.2 Perfil dos Trabalhadores da saúde indígena.....	77
1.3 Perfil dos Trabalhadores por Agrupamentos de Trabalhadores Indígenas e Não-Indígenas,	83
1.4 Conhecimentos e práticas dos trabalhadores e educação permanente	85
1.4.1 Educação Permanente.....	86
1.4.2 Formas de transmissão	88
1.5 Trabalhadores Afetados pela Pandemia	90
1.6 Maneiras mais Efetivas de Prevenção e Situações de Risco.....	94
1.7 Sintomas	98
1.8 Trabalhadores Afastados	102
1.9 Acolhimento do Trabalhador	105
1.10 Equipamento de Proteção Individual	106
1.11 Diagnóstico.....	112
1.12 Participação dos trabalhadores nas ações desenvolvidas no território	116
1.13 Prevenção e Mobilização Comunitária	123
1.14 Aprendizado na Pandemia.....	135
1.15 Sugestões e recomendações	138
CONCLUSÕES	140
Referências.....	144
ANEXOS	151
Anexo A. Documentos da Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde sobre COVID-19 consultados.....	151
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	155

Anexo C. Síntese dos dados de aprovação do Comitê de ética em Pesquisa:	156
Anexo D. Síntese do instrumento de pesquisa para coleta de dados primários.....	158

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 30 de janeiro de 2020 Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), para o novo coronavírus SARS-COV-2 (OPAS, 2020). Trata-se da primeira pandemia do mundo globalizado (Borges *et al.*, 2020). Neste momento haviam menos de 10 mil casos confirmados da Covid-19, em 18 países. O Brasil registrou seu primeiro caso em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo (Ministério da Saúde, 2020).

A ESPII para o coronavírus SARS-COV-2 alcançou status de pandemia e provocou desde o seu início uma grande mobilização de cientistas em dezenas de países, que buscaram desvelar a ação do vírus no organismo humano, numa corrida contra o tempo para a descoberta de métodos eficazes de diagnóstico, prevenção e tratamento.

A comunidade científica em conjunto com os serviços de saúde se empenhou para decifrar as formas de transmissão do vírus e as formas de prevenção da transmissão, além de identificar os segmentos mais vulneráveis da população. Com o passar do tempo a pandemia, que primeiramente atingiu os centros urbanos de maior densidade populacional nos países mais desenvolvidos (Guimarães *et al.*, 2020), avançou para os países menos desenvolvidos atingindo além das cidades de grande porte as cidades de médio e pequeno porte e as áreas rurais. No Brasil, chegou aos territórios indígenas.

Considerada a magnitude da pandemia, o número de casos e de óbitos por Covid-19 e da síndrome respiratória aguda grave foi Covid-19 se estabeleceu em alguns países no ano de 2019, no Brasil, foi a partir de março de 2020. Entre os estados e grandes regiões brasileiras o comportamento da pandemia também apresentou variações, assumindo feições de alta incidência de casos e mortalidade antes da disponibilização das vacinas. Mesmo após o início da oferta de vacinas pelo Sistema único de Saúde – SUS, houve variações com período de alta incidência de casos, dado a disponibilidade irregular da oferta das vacinas.

Dirigentes do governo federal brasileiro atuaram na campanha antivacina (amplamente noticiado pela imprensa) e contramedidas de prevenção cientificamente comprovadas mesmo diante da tragédia com a perda de centenas de milhares de mortos pela pandemia, levando o Brasil a figurar entre os países que sofreu os piores impactos e sobrecarga do sistema de saúde.

De acordo com a OMS, os profissionais da saúde são imprescindíveis para organizar a resposta no contexto da emergência em saúde pública (CARMO *et al.*, 2008). Não poderia ser diferente para a pandemia da Covid-19, que envolveu profissionais desde o primeiro nível de

atenção presentes nos territórios, onde vivem as pessoas e nos quais as medidas preventivas deveriam ser adotadas, até os níveis de maior complexidade, tais como os hospitais, perpassando por toda a rede de serviços implantada nas localidades alcançadas pela pandemia.

A resposta a emergência em saúde pública, segundo a OMS (OMS, 2020), exige não apenas a atuação dos profissionais da saúde, como também que estes profissionais sejam preparados para atuar de forma oportuna e eficaz e adotar todas as medidas sanitárias preconizadas, não apenas para protegerem-se, mas também para a proteção da população assistida por eles.

Em situação de pandemia, os profissionais de saúde de forma geral são classificados como grupo de risco por estarem em contato permanente e indispensável com a população assistida nos serviços saúde. Desta forma, considera-se relevante conhecer o universo de atuação destes profissionais, em especial na saúde indígena, no contexto de ESPII.

Dada a magnitude e o rápido espalhamento do vírus SARS-CoV-2, a pandemia da Covid-19 surpreendeu os sistemas de saúde que não estavam preparados e nem equipados suficientemente para acolher e tratar na mesma velocidade, os casos leves, moderados e graves da doença, bem como promover acesso ao diagnóstico das pessoas expostas por meio de contatos e desenvolver ações de prevenção na atenção primária à saúde (Teixeira *et al.*, 2020). Organizar a resposta em áreas remotas e de difícil acesso geográfico exigiu a definição de novas estratégias na atenção primária.

A resposta a pandemia da Covid-19 incluiu desde medidas preventivas como a vacina, diagnóstico, orientação e monitoramento do isolamento social nas comunidades, a serviços especializados de transporte de pacientes e acesso a medidas de suporte de vida. Na rede de prevenção, assistência e reabilitação, atuam milhares de profissionais de saúde, e devido à alta transmissão do vírus SAR-CoV-2 e à alta incidência na população, os profissionais da saúde estiveram mais expostos à infecção. A OMS reconhece que os trabalhadores da saúde enfrentaram riscos ampliados de infecções, expostos a pressão psicológica, fadiga e ao estigma (OMS, 2020).

Os trabalhadores que atuam no SUS, especialmente nos serviços de alta complexidade, como os hospitais e unidades de emergência médica, passaram a condição de população de risco dada a grande exposição ao vírus nos ambientes de trabalho. Aqueles que atuam na rede básica de saúde, diante da necessidade de manter os serviços em funcionamento e em contato com grande número de pessoas, sintomáticas e assintomáticas, necessitaram adotar medidas de

prevenção mais efetivas para se proteger da exposição ao vírus, pois também estiveram em maior exposição ao SARS-CoV-2 comparado a população geral (Ministério da Saúde, 2021).

Teixeira et. al. (2020), ao analisar estudos sobre a situação dos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19, referiu que o principal problema dos profissionais é o risco de contaminação, devido, entre outros fatores, ao aumento da jornada de trabalho, a inadequada higienização das mãos, falta ou insuficiência de equipamentos de proteção individual, condições de trabalho inadequadas, com falta de equipamentos para atendimento, pressão constante, morte dos pacientes, angústia dos familiares, medo de contaminar os familiares. O conjunto destes fatores, pode desencadear o sofrimento psíquico dos profissionais.

Os profissionais de saúde passaram a ser considerados como prioritários para o acesso a vacinação, devido a noção do maior risco dada a sua atuação na linha de frente no contato direto com as pessoas infectadas e o seu papel estratégico e imprescindível para manter o sistema de saúde em contínuo funcionamento. Tanto os indígenas quanto os profissionais de saúde que assistem essa população ficaram expostos na ESPII. Trabalhadores da saúde qualificados e com condições adequadas de atuação são parte estruturante da resposta do sistema de saúde nas situações de emergência em saúde pública.

As emergências em saúde pública têm potencial de causar impactos duradouros na saúde da população e estão associadas a um conjunto de riscos de adoecimento e perdas de vidas humanas e conseqüentemente, ao atingir comunidades com formas de organização social ímpares colocam em risco as tradições das comunidades que compartilham saberes e práticas em universos culturais e linguísticos diferenciados.

A necessidade de ampliar o conhecimento sobre a situação dos trabalhadores de saúde que atuam em comunidades indígenas foi um dos aspectos apontados como relevantes para nortear a adoção de medidas de redução do risco de trabalhadores e comunidades na resposta às situações de emergência em saúde pública. Este estudo tem o propósito de contribuir com esta discussão.

O estudo partiu da hipótese que os diferentes contextos de acesso geográfico nos territórios indígenas podem evidenciar diferentes opiniões dos trabalhadores da saúde sobre suas condições de trabalho no primeiro ano da pandemia da Covid-19 no Brasil.

O Objetivo da pesquisa foi o de compreender quais foram as opiniões dos trabalhadores da saúde indígena sobre as suas condições de trabalho no primeiro ano da pandemia da Covid-19 em diferentes contextos de acesso geográfico no Brasil.

A pesquisa foi desenvolvida utilizando diferentes métodos: pesquisa bibliográfica, documental, coleta e análise de dados primários e coleta e análise de dados secundários.

Os cinco objetivos específicos da pesquisa são: (1) descrever o modelo de atenção à saúde para a população indígena no Brasil; (2) identificar os aspectos que caracterizam a força de trabalho da saúde indígena e a organização dos serviços de atenção primária nos territórios indígenas; (3) descrever as opiniões dos trabalhadores sobre as condições de trabalho no período analisado; (4) descrever as opiniões dos trabalhadores da saúde sobre fatores de vulnerabilidade das comunidades indígenas; (5) identificar os principais desafios e sugestões para enfrentamento de situações de emergência em saúde pública para trabalhadores da saúde indígena.

A coleta de dados primários se deu originalmente pelo projeto de pesquisa intitulado Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) e trabalhadores da saúde indígena nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígena: uma análise espacial exploratória, sob a responsabilidade da pesquisadora Vera Lopes dos Santos. Obteve o Parecer Consubstanciado do CEP Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília/UNB (Parecer número 4.256.647 – síntese no Anexo 2). Este inquérito coletou dados por meio remoto entre o final de setembro de 2020 ao início de janeiro de 2021, e teve a adesão de trabalhadores que atuam na saúde indígena de todas as regiões do país. A pesquisa utilizou dados secundários do Ministério da Saúde, solicitados por meio da Lei de Acesso à Informação. A análise adotada foi a descritiva que buscou estabelecer as relações entre as variáveis pesquisadas, sobre as condições de atuação dos trabalhadores dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígena na pandemia da Covid-19. A tese está composta por uma introdução, três capítulos de desenvolvimento e conclusão.

CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA

1.1 Emergência em Saúde Pública

Há uma farta discussão sobre as emergências em saúde pública e a história recente de diversas epidemias que assolaram países e regiões no mundo, e que tem levado a uma compreensão dos possíveis aspectos que estão presentes no advento das epidemias, sendo que a maior circulação e fluxos de pessoas, mercadorias e comércio favorece as condições para o seu surgimento nas diferentes localidades (Carmo et al., 2008).

Dentre os fatores relacionados aos processos de mudança dos padrões de ocorrência de doenças infecciosas e na dinâmica de transmissão de agentes infecciosos, os autores destacam o aparecimento de novos agentes infecciosos ou a modificação de agentes já existentes com maior virulência; o aumento da capacidade de infectar diferentes espécies animais; o desenvolvimento de resistência microbiana; o aumento da incidência de doenças infecciosas decorrentes de fatores conhecidos, tais como, migrações, mudanças climáticas, relaxamento de medidas de saúde pública e outros; introdução de doenças infecciosas indene. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS, “o termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade”.

Dada a sua magnitude, uma ESP tem o potencial de definir diferentes escalas, com impactos diferenciados associados aos riscos presentes nos territórios e que podem ampliar seus efeitos nas localidades e diferentes regiões. Nos marcos legais sobre as ESP, estão estabelecidas Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII e Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN.

A frequência das emergências e reemergências de saúde pública tem indicado para a OMS e os sistemas de saúde dos países sobre a importância da vigilância epidemiológica e da pesquisa sobre a emergência de novos patógenos visando ampliar a capacidade de respostas dos sistemas de saúde locais Lana et. al. (2020).

Carmo et. al. (2008), analisam que com a aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005) pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2005 (WHA, 2005) um novo conceito foi estabelecido, desta vez não restrito às doenças de natureza infecciosa. (Carmo et

al., 2008). O termo emergência de saúde pública de importância internacional é definido no RSI (WHA, 2005, p.6), como evento extraordinário por constituir um risco de saúde pública para outro Estado por meio da propagação internacional de doenças e por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada.

As principais modificações inseridas no RSI (Oliveira et. al.,2014) incluem a obrigatoriedade da notificação à OMS de qualquer evento que constitua uma ESPII para a OMS e a implementação de recomendações temporárias para fazer frente a tal emergência. Um outro aspecto presente é quanto à necessidade de os países desenvolverem capacidades para identificar e responder às emergências, organizando, coletando e disseminando dados em âmbito nacional e internacional de forma tempestiva. A coordenação do processo em âmbito internacional por meio da OMS deve contemplar a cooperação técnica com os países, apoio logístico e financeiro para o desenvolvimento da capacidade em vigilância e adoção das medidas de controle (OMS, 2005).

Caracterizar uma determinada doença como emergente (Carmo et al., 2008) é necessário que se analise a sua ocorrência em dada população, local e o tempo desde o seu surgimento, para que se estime a relevância epidemiológica no território observado.

No histórico das declarações das ESPII e ESPIN ao longo dos anos, entre as Declarações de Emergência em Saúde Pública Nacional, ocorreram a de Febre Amarela em 2008, a de Zika Vírus/Microcefalia de 2016 e a de Covid-19 de 2020. Entre as Declarações de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, observam-se a de H1N1 de 2009, a de Pólio em 2014, a de Ebola em 2014, a de Zika Vírus/Microcefalia em 2016, a de Ebola em 2019 e a de Covid-19 em 2020 (OMS,2020).

1.1.1 Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional e Nacional

A 58ª Assembleia Mundial de Saúde, adotou o Regulamento Sanitário Internacional revisado, denominado “Regulamento Sanitário Internacional (2005)”. Este Regulamento foi aprovado pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 e promulgado pelo Decreto nº 10.212/2020.

O Ministério da Saúde ao apresentar o RSI destaca que o conhecimento limitado sobre as chances de mutação de alguns vírus, seu comportamento e disseminação entre animais e humanos demonstra a importância do RSI para o Sistema Único de Saúde (ANVISA, 2009).

A implantação do RSI está diretamente relacionada à capacidade dos sistemas nacionais de vigilância em saúde em executar o monitoramento e a detecção dos eventos em saúde pública, incluindo a investigação, avaliação de risco, a notificação, o compartilhamento de informações e a adoção das medidas de controle adequadas, o que pressupõe a operacionalização das ações de prevenção e controle pelos sistemas de saúde, incluídas suas redes de serviços de saúde nas regiões e territórios onde ocorrem os eventos. Um outro nível de atuação está relacionado a envolver um sistema global de vigilância em saúde que apresente programas de controle dos riscos em saúde pública, análise e monitoramento dos eventos de saúde pública, avaliação contínua dos riscos globais em saúde, preparação para resposta rápida frente a eventos inesperados com potencial relevância internacional (Santos, 2014).

De acordo com o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública (Ministério da Saúde, 2014), essa caracteriza-se como uma situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população. A preparação e a resposta às emergências reduzem os impactos na saúde pública e a coordenação entre as esferas de gestão do SUS, e a integração dos serviços de saúde é essencial para uma resposta oportuna. (Ministério da Saúde, 2014).

O Decreto Nº 7.616 de 2011 (Presidência da República) e Portaria GM-MS 2952/2011 que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, entre outros aspectos, define na ocorrência de quais situações esta declaração pode ser instituída pelo poder público: I - epidemiológicas; II - de desastres; ou III - de desassistência à população.

No mundo, o número de casos acumulados por COVID-19 e de óbitos por COVID-19 identificou o Brasil entre os 5 países mais afetados (Quadro 1), de acordo com o boletim /Epidemiológico do Ministério da Saúde semana epidemiológica 53 (27/12/2020 a 02/01/2021):

Quadro 1 Número de casos acumulados de COVID-19 e número de óbitos por COVI-19, na SE 53 em 2020-21

País	Número de casos acumulados de COVID 19	País	Número de óbitos por COVI/D-19
Estados Unidos	20.426.184	Estados Unidos	350.186
Índia	10.323.965	Brasil	195.725
Brasil	7.716.405	Índia	149.435
Rússia	3.179.898	México	126.851
França	2.700.480	Itália	74.895

Fonte Boletim Epidemiológico Nº 44, Versão 1 06 de janeiro de 2021 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil, 2021

Neste momento ao final de 2020 e início de 2021, o governo brasileiro havia efetuado a troca de 4 ministros da saúde, numa clara demonstração de descaso com a saúde pública e com a necessidade de coordenar o processo de resposta nacional para a emergência nacional de saúde. A instabilidade da atuação do governo federal na área da saúde, além da atitude negacionista dos dirigentes governamentais capitaneados pela presidência da república dificultou a resposta nacional, pois tratou a situação da pandemia de forma banalizada, o que foi fartamente acompanhado pela imprensa nacional e internacional. O número de casos e de óbitos por COVID-19 cresceu vertiginosamente levando o país a figurar entre os países mais afetados pela pandemia.

Entre as unidades da federação, o resultado contabilizado para os coeficientes de incidência e de mortalidade (por 100 mil habitantes), por região, semana epidemiológica 53 (27/12/2020 a 02/01/2021), estão no Quadro 2. No Brasil o coeficiente de incidência foi 3.671,9 e o de mortalidade 93,1 (por 100 mil habitantes):

Quadro 2 Coeficiente de Incidência por COVID-19, de mortalidade (por 100 mil habitantes), segundo Região, na SE 53. Brasil, 2020-21

Região	Coeficiente de Incidência	Região	Mortalidade (por 100 mil habitantes)
Centro-oeste	5.383,6	Centro-oeste	109,9

Nordeste	3.337,8	Nordeste	84,0
Norte	4.676,6	Norte	98,3
Sudeste	3.058,8	Sudeste	101,3
Sul	4.567,2	Sul	74,2

Fonte Boletim Epidemiológico Nº 44, Versão 1 06 de janeiro de 2021 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil, 2021

Para o coeficiente de incidência na SE 53, as unidades federadas com maior taxa por região foram: Centro-Oeste (Distrito federal - 8.386,5); Nordeste (Sergipe - 4.955,7); Norte (Roraima 11.367,2); Sudeste (Espírito Santo - 6.226,6) e Sul (Santa Catarina - 6.930,1). Quanto ao coeficiente de mortalidade na SE 53, as unidades federadas com maior taxa por região foram: Centro-Oeste (Distrito federal - 141,5); Nordeste (Sergipe - 108,8); Norte (Roraima 129,9); Sudeste (Rio de Janeiro - 148,3) e Sul (Rio Grande do Sul - 78,5)

A pesquisa se desenvolveu no cenário da emergência em saúde pública internacional e nacional, no primeiro ano em que a pandemia alcançou e se espalhou pelo país acarretando impactos na população indígena e entre os trabalhadores da saúde que atuam nos 34 DSEI, tendo levado à novas necessidades de incorporar conhecimentos e práticas nos serviços de saúde de atenção primária para enfrentar este novo desafio.

1.1.2 Emergência em saúde pública e a saúde do trabalhador: desafios na atenção primária

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata no Cazaquistão, antiga União Soviética, pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e seu principal resultado foi o de propor acordos e metas visando proporcionar o melhor nível possível de saúde até o ano 2000, via atenção primária em saúde (Matta & Morosina). Tais acordos e metas foram assinados por 34 países e denominou a Atenção Primária em Saúde como cuidados primários em saúde (OPAS/OMS, 1978).

Os princípios norteadores na organização da rede de serviços de atenção primária (Starfield, 2002) devem contemplar os seguintes aspectos: (a) primeiro contato – Uma das principais portas de entrada dos sistemas de saúde com acessibilidade e uso de serviços de saúde na ocorrência de problema de saúde; (b) Longitudinalidade - Acompanhamento dos cuidados prestados pela equipe de saúde de forma regular e consistente nos territórios onde vive a população assistida ao longo do tempo, criando e sustentando o vínculo num ambiente de

relação mútua e humanizada entre equipe, indivíduos e famílias; (c) Integralidade - Implica na prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica e o reconhecimento adequado dos determinantes que causam doenças/agravos; (d) Coordenação da atenção - Capacidade de garantir a continuidade da atenção por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento de problemas que requerem seguimento constante; (e) Focalização na família - Considera a família como sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde; (f) Orientação comunitária - Reconhecimento das necessidades familiares segundo o contexto físico, econômico, social, cultural e Geográfico em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias.

A Atenção Primária em Saúde é o primeiro nível de atenção, com potencial de cuidar de 80% dos problemas de saúde de uma localidade e é organizado nas localidades onde vivem as comunidades, sendo que nos diversos países há diferentes formas de acesso a estes serviços, de acordo com os sistemas de saúde. Ocupa posição estratégica nas emergências em saúde pública, por ser o primeiro nível de atenção em saúde, estar próxima da comunidade e atuar diretamente no território onde vive a população, sendo fundamental para as ações de vigilância em saúde (Dunlop et. al., 2020).

Ao discutir o papel da Atenção Primária na Pandemia da Covid-19, Sarti et. al. (2020) argumenta que o início da resposta governamental envolveu a orientação quanto ao distanciamento social, e o atendimento nos serviços de alta complexidade. Como aproximadamente 80% dos casos são leves e boa parte das pessoas com início dos sintomas em quadros moderados procuraram os serviços de atenção primária como acesso inicial para os cuidados em saúde. Os autores argumentam que nas epidemias de DENGUE, ZIKA, FEBRE AMARELA, CHIKUNGUNYA o papel da atenção primária se revelou fundamental pelos atributos que a caracteriza: “o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves” (Sarti et al, 2020), contribuem na qualidade da resposta local para as ações de saúde na emergência em saúde pública.

1.2 Escopo da pesquisa

1.2.1 Percursos metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo com a utilização de métodos quantitativos para análise dos dados (Ramos,2013). A autora aponta que os métodos quantitativos contribuem nas pesquisas no campo das ciências sociais para descrever características de grupos sociais, estabelecer relações causais e inferir resultados para uma dada população. O estudo partiu da hipótese que os diferentes contextos de acesso geográfico nos territórios indígenas evidenciam diferentes opiniões dos trabalhadores da saúde sobre suas condições de trabalho no período analisado da pandemia da Covid-19 no Brasil.

Para obter os dados secundários, foram elaborados pedidos de informação dirigidos ao Ministério da Saúde, com base na Lei 12.527/2011 – (Lei de Acesso à Informação/LAI). Estes dados tiveram como principal objetivo embasar a descrição do subsistema de saúde indígena, as redes de serviços de saúde presentes nos territórios indígena em todo o país, e dados gerais sobre a força de trabalho que atua nos Distritos Sanitários Especiais Indígena. Além destes aspectos, buscou-se dados que expressassem a dimensão da pandemia entre os trabalhadores dos DSEI, mais especificamente, o número de casos da Covid-19 por DSEI e o número de óbitos. Os dados vetoriais dos DSEI foram obtidos por meio da LAI.

A análise adotada foi a descritiva que buscou estabelecer as relações entre as variáveis pesquisadas, sobre as condições de atuação dos trabalhadores dos 34 DSEI na pandemia da Covid-19.

Na pesquisa bibliográfica foram consultadas as bases de dados¹ *PubMed* e *Web of Science* e explorados os termos *health workers and Covid-19 and health of indigenous peoples and primary care and geographic*. Foram utilizados os Operadores Booleanos E (*and*), OU (*or*), NÃO (*not*), que estabelecem relação entre os termos-chave e são importantes para refinar o processo de busca e obter resultados mais precisos.

A pesquisa documental coletou e analisou documentos oficiais de instituições nacionais e internacionais de acesso público que abordassem sobre a temática do estudo: emergência em saúde pública, trabalhadores da saúde indígena na atenção primária em saúde. As fontes

¹ Disponíveis na Plataforma Periódicos CAPES

consultadas foram portarias, recomendações, boletins de situação de saúde, planos de contingência disponíveis nos sites institucionais e governamentais responsáveis por estabelecer diretrizes para atuação dos trabalhadores e serviços de saúde nos territórios indígenas OMS, OPAS e FUNAI. Foram consultados documentos de organizações não-governamentais e documentos produzidos pelo poder legislativo e judiciário, a título do contexto da discussão sobre a pandemia entre povos indígenas e que tenham sugerido ou estabelecido recomendações para os serviços de saúde nas áreas indígenas. Documentos da Secretaria Especial de Saúde Indígena publicados em 2020 e que foram consultados constam no anexo C.

A coleta de dados primários desta pesquisa se deu originalmente pelo projeto de pesquisa intitulado *Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) e trabalhadores da saúde indígena nos 34 DSEI: uma análise espacial exploratória*². O inquérito com coleta de dados remoto contempla alguns dos requisitos propostos por EYSENBACH, (2004) no Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (Cherries).

Para coletar os dados primários foi elaborado um questionário estruturado dirigido aos trabalhadores dos DSEI, que foi aplicado à distância por meio de uma plataforma *open source*. (*lime survey*) em colaboração com aluno do mestrado da ciência da informação da UNB. utilizada para pesquisas na Universidade de Brasília, por apresentar boa segurança e privacidade dos dados coletados visando resguardar a privacidade dos participantes da pesquisa. O questionário foi testado antes de ser divulgado para os trabalhadores dos 34 DSEI.

O questionário foi direcionado a todos os trabalhadores que atuam nos DSEI e CASAI DF. Devido às restrições de acesso às áreas indígenas naquele momento e sem a possibilidade

² Nos primeiros meses da pandemia, havia muitas indagações sobre as situações que estavam ocorrendo nos DSEI com relação ao acesso da população indígena às medidas de prevenção e sobre as condições de trabalho dos trabalhadores. As organizações da sociedade civil acompanharam e denunciaram publicamente por meio das redes sociais os problemas que estavam ocorrendo nos territórios indígenas, ajuizaram ações no âmbito do judiciário e apresentaram propostas no Congresso Nacional para pressionar o poder executivo a adotar medidas frente a pandemia. Frente ao panorama de incertezas identificado pelo Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SINDICOPSI), este realizou *live's* a partir de julho de 2020 com trabalhadores dos DSEI nas quais debateu sobre as situações que os trabalhadores estavam vivenciando nas diferentes regiões do país. Nos 34 DSEI já haviam ocorrido casos e óbitos entre a população indígena e era crescente o número de trabalhadores contaminados na pandemia (SINDICOPSI,2020). A pesquisadora foi convidada pelo sindicato para acompanhar algumas das *live's*. Este debate fortaleceu a ideia de se realizar um mapeamento mais amplo entre os trabalhadores no formato de um projeto de pesquisa. Foi estabelecida uma parceria entre o SINDICATO e o LAGAS/UnB para viabilizar este mapeamento e assinado um termo de cooperação para a coleta e análise de dados por parte de pesquisadora do LAGAS e que não envolveu qualquer parceria econômica ou financeira nesta colaboração.

de realizar a pesquisa *in loco*, e sendo esta, uma pesquisa de escala nacional, a coleta de dados primários ocorreu por meio remoto. A colaboração do SINDICOPSI foi fundamental para a realização do inquérito. A divulgação do link se deu com a colaboração do SINDICOPSI que o enviou aos seus pontos focais nos DSEI, sendo que nem todos os DSEI contavam com pontos focais do sindicato. A coleta se caracterizou como “bola de neve” na qual um trabalhador compartilhou o link com outros trabalhadores do seu próprio DSEI ou de outros. O link foi compartilhado para o e-mail institucional de todos os DSEI.

O questionário (Anexo d), além do TCLE foi composto por 39 questões: 38 fechadas e 1 aberta. As questões fechadas foram distribuídas em diferentes formatos. Os blocos do questionário incluem questões sobre: o perfil dos trabalhadores; as condições de trabalho; os fatores de vulnerabilidade das comunidades indígenas; os cursos sobre a Covid-19 e o aprendizado na pandemia. Algumas questões incluíram a variável “outros”, foram preenchidas apenas quando as alternativas apresentadas não correspondiam a uma alternativa viável de resposta para o participante

Entre 23/09/2020 e 09/01/2021 foram realizados 5666 acessos ao questionário. Cada acesso corresponde a uma tentativa de preenchimento do questionário por uma IP. Na plataforma de coleta de dados ficou definido que cada IP só poderia preencher um questionário para minimizar a chance de vários participantes responderem sequencialmente no mesmo IP e assim diminuir a influência de um participante sobre outro, bem como, aumentar a chance de cada participante só responder uma vez o questionário. Os participantes puderam interromper o preenchimento do questionário e retomá-lo para conclusão quantas vezes fossem necessárias até concluir e salvar o questionário na plataforma ou deixá-lo inconcluso. Essa medida foi especialmente importante devido à dificuldade de acesso à internet em diferentes localidades remotas.

Os critérios de inclusão na pesquisa são: (i) aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (ii) ter nível médio ou superior de escolaridade; e (iii) ser trabalhador contratado por meio da CLT.

De acordo com o total de acessos realizados por meio remoto, obtivemos os seguintes percentuais para os critérios de inclusão na pesquisa: quanto ao TCLE, 2.276 (40,17%) informaram “SIM” (de acordo), 17 (0,30%) informaram “NÃO” e 3373 (59,53%) “NÃO RESPONDERAM”, totalizando 5666 (100%) acessos. Para o nível de escolaridade, 1183 (20,88%) referiram o “NÍVEL SUPERIOR”, 913 (16,11%) o “NÍVEL MÉDIO” e 3570

(63,01%) “SEM RESPOSTA”, do total de 5666 (100%) acessos. Quanto a ser contratado via CLT, 1960 (34,59%) informaram “SIM”, 136 (2,40%) informaram “NÃO”, 3570 (63,01%) “NÃO RESPONDERAM” do total de 5.666 (100%) acessos.

Foi considerado para composição do banco de dados da pesquisa, apenas os questionários 100% respondidos e os dos trabalhadores que atuam em unidades de saúde da saúde indígena sob a gestão direta de algum dos 34 DSEI. Um quantitativo de mais de 600 participantes, embora tivessem se enquadrado nos critérios de inclusão da pesquisa, não responderam ao questionário completo e estes questionários não foram inseridos no banco de dados final. Os questionários da CASAI DF não foram incluídos, por ser uma CASAI sem vinculação aos 34 DSEI, pois trata-se de uma CASAI nacional gerida diretamente pela SESAI. Como os dados foram analisados por agrupamento segundo o critério de acesso geográfico dos DSEI, a CASAI DF não se enquadrou neste critério por não estar vinculada a um DSEI específico. Esta CASAI assiste e acompanha indígenas oriundos de diferentes DSEI na rede de serviços de alta complexidade instalada no Distrito Federal.

Foram considerados participantes da pesquisa, os trabalhadores que responderam ao questionário completo, concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido, referiram nível de escolaridade de ensino médio ou superior completo e eram contratados por meio da CLT para atuar em qualquer unidade da saúde indígena, com exceção da sede no Ministério da Saúde/SESAI. Neste aspecto, salientamos que a base de trabalhadores aptos a se enquadrarem neste critério foi além da inicialmente prevista no projeto de pesquisa.

Trabalhadores dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígena participaram da pesquisa, portanto, de todas as regiões do país e referiram atuar nos diversos serviços que compõem a rede de atenção primária destes distritos. O estudo não incluiu os trabalhadores que atuam nas unidades de média e alta complexidade do SUS, da gestão municipal ou estadual.

Foram coletados 1144 questionários preenchidos por trabalhadores da saúde que se enquadram nos critérios de inclusão acima descritos. Esta amostra não representa estatisticamente o conjunto dos trabalhadores da saúde indígena em âmbito nacional ou no âmbito dos agrupamentos por critérios de acesso geográfico e por recortes de trabalhadores indígena e não-indígena. Para a análise dos dados, optamos por considerar os resultados da escala nacional e observando como cada um dos demais agrupamentos se aproximam ou se distanciam dos resultados nacionais.

Após a coleta dos dados, foi gerado um banco Excel com o total de questionários coletados e um banco de dados com os questionários válidos. A partir deste último, foi criado um banco de dados no Excel pelo critério de acesso geográfico e outro de trabalhadores indígenas e não-indígenas.

Para elaboração dos Infográficos e Gráficos foi utilizado o Excel ou a plataforma online de designer e comunicação visual CANVA para agrupar os Gráficos temáticos e criar as Figuras.

Após agrupar os dados pelos recortes definidos, foi elaborada a descrição dos resultados e discussão, considerados os aportes bibliográficos que dialogam com o tema da pesquisa.

Estudo realizado por SCHMIDT, PALAZZI e PICCININI (2020), analisou a potencialidade de pesquisas realizadas de forma online durante a pandemia, período no qual os autores identificaram um grande número de pesquisas realizadas por este método. Entre os pontos fortes que identificaram e que têm relação com a presente pesquisa, destacamos: possibilidade de maior abrangência geográfica; economia de recursos financeiros com redução do tempo para a coleta dos dados; segurança na pandemia para pesquisador e participantes da pesquisa; investigação de tópicos mais sensíveis na relação dos trabalhadores com a gestão frente aos problemas e desafios vivenciados na pandemia; e acesso a trabalhadores em locais remotos.

No quadro síntese da pesquisa (Quadro 3), apresentamos os objetivos específicos.

Quadro 3. Síntese da Pesquisa

Objetivos específicos	Perguntas de pesquisa	Objetivos da pergunta	Atividades	Proposta metodológica	Resultado esperado
(1) Descrever o modelo de atenção à saúde para a população indígena no Brasil vigente em 2020;	Qual o modelo de atenção à saúde indígena vigente no Brasil no primeiro ciclo da pandemia da Covid-19?	Descrever o modelo de atenção à saúde indígena vigente no Brasil, seus marcos legais e suas características	Levantamento e análise de dados secundários que descrevem o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas.	Revisão bibliográfica e consulta a base documental – publicações sobre o modelo de atenção à saúde indígena no Brasil	Panorama do modelo de atenção à saúde indígena, seus marcos legais e suas características no período do primeiro ciclo da pandemia da Covid-19 Elaboração de infográficos e mapas temáticos
(2) Identificar os aspectos que caracterizam a força de trabalho da saúde indígena e a organização dos serviços de atenção primária nos territórios indígenas;	Qual é a força de trabalho da saúde indígena no Brasil no ano de 2020, onde atua e quais são os serviços de saúde presentes nos territórios indígenas?	Descrever a força de trabalho da saúde indígena no ano de 2020 e os serviços de saúde presentes nos territórios indígenas	Levantamento e análise de dados secundários sobre a força de trabalho e serviços de saúde	Revisão bibliográfica e consulta a base documental.	Panorama da força de trabalho e dos serviços de saúde indígena no Brasil no ano de 2020 Elaboração de infográficos e mapas temáticos

Objetivos específicos	Perguntas de pesquisa	Objetivos da pergunta	Atividades	Proposta metodológica	Resultado esperado
(3) Descrever as opiniões dos trabalhadores sobre as condições de trabalho no período analisado	Quais as opiniões dos trabalhadores da saúde indígena no primeiro ano da Covid-19 a respeito das suas condições de trabalho na pandemia nos diferentes contextos de acesso geográfico onde atuam?	Descrever as opiniões dos trabalhadores sobre as condições de trabalho no primeiro ano da pandemia e acesso a medidas de prevenção e proteção, considerados os contextos de acesso geográfico onde atuam.	Levantamento e análise de dados primários quantitativos sobre as condições de trabalho na saúde indígena no primeiro ano da pandemia segundo o contexto de acesso geográfico e entre trabalhadores indígenas e Não-Indígenas.	Levantamento e análise de dados primários quantitativos; Revisão bibliográfica e consulta a base documental sobre trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da Covid-19 na saúde indígena	Panorama das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde indígena no Brasil, considerados os recortes geográficos Elaboração de infográficos e mapas temáticos

Objetivos específicos	Perguntas de pesquisa	Objetivos da pergunta	Atividades	Proposta metodológica	Resultado esperado
(4) Descrever as opiniões dos trabalhadores da saúde sobre fatores de vulnerabilidade das comunidades indígenas	Quais as opiniões dos trabalhadores da saúde indígena na atenção primária sobre os fatores que influenciam a vulnerabilidade das comunidades indígenas nos diferentes contextos de acesso geográfico.	Identificar quais os fatores que influenciam a vulnerabilidade das comunidades indígenas nos diferentes contextos de acesso geográfico e entre trabalhadores indígenas e não indígenas	Levantamento e análise de dados primários quantitativos sobre as opiniões dos trabalhadores da saúde indígena dos fatores de vulnerabilidade das comunidades indígenas na primeira onda da Pandemia da Covid-19 segundo diferentes contextos de acesso geográfico e entre trabalhadores indígenas e não indígenas.	Descrever e analisar os dados primários e secundários referentes aos fatores que influenciam a vulnerabilidade das comunidades indígenas nos diferentes contextos de acesso geográfico e entre trabalhadores indígenas e não indígenas.	Panorama das opiniões dos trabalhadores da saúde indígena sobre os fatores de vulnerabilidade das comunidades indígenas na primeira onda da Pandemia da Covid-19 segundo diferentes contextos de acesso geográfico e entre trabalhadores indígenas e não indígenas. Elaboração de infográficos e mapas temáticos

Objetivos específicos	Perguntas de pesquisa	Objetivos da pergunta	Atividades	Proposta metodológica	Resultado esperado
(5) Identificar os principais desafios e sugestões para enfrentamento de situações de emergência em saúde pública para os trabalhadores da saúde indígena.	Quais os principais desafios e sugestões para as situações de emergência em saúde pública para os trabalhadores da saúde indígena?	Contribuir para identificar os aspectos que possam apontar para a superação das dificuldades apresentadas pelos trabalhadores na pandemia	Levantamento e análise de dados primários quantitativos sobre as opiniões dos trabalhadores da saúde indígena	analisar os dados primários e secundários	Síntese dos desafios e aspectos que podem contribuir para a superação das dificuldades apresentadas pelos trabalhadores na pandemia

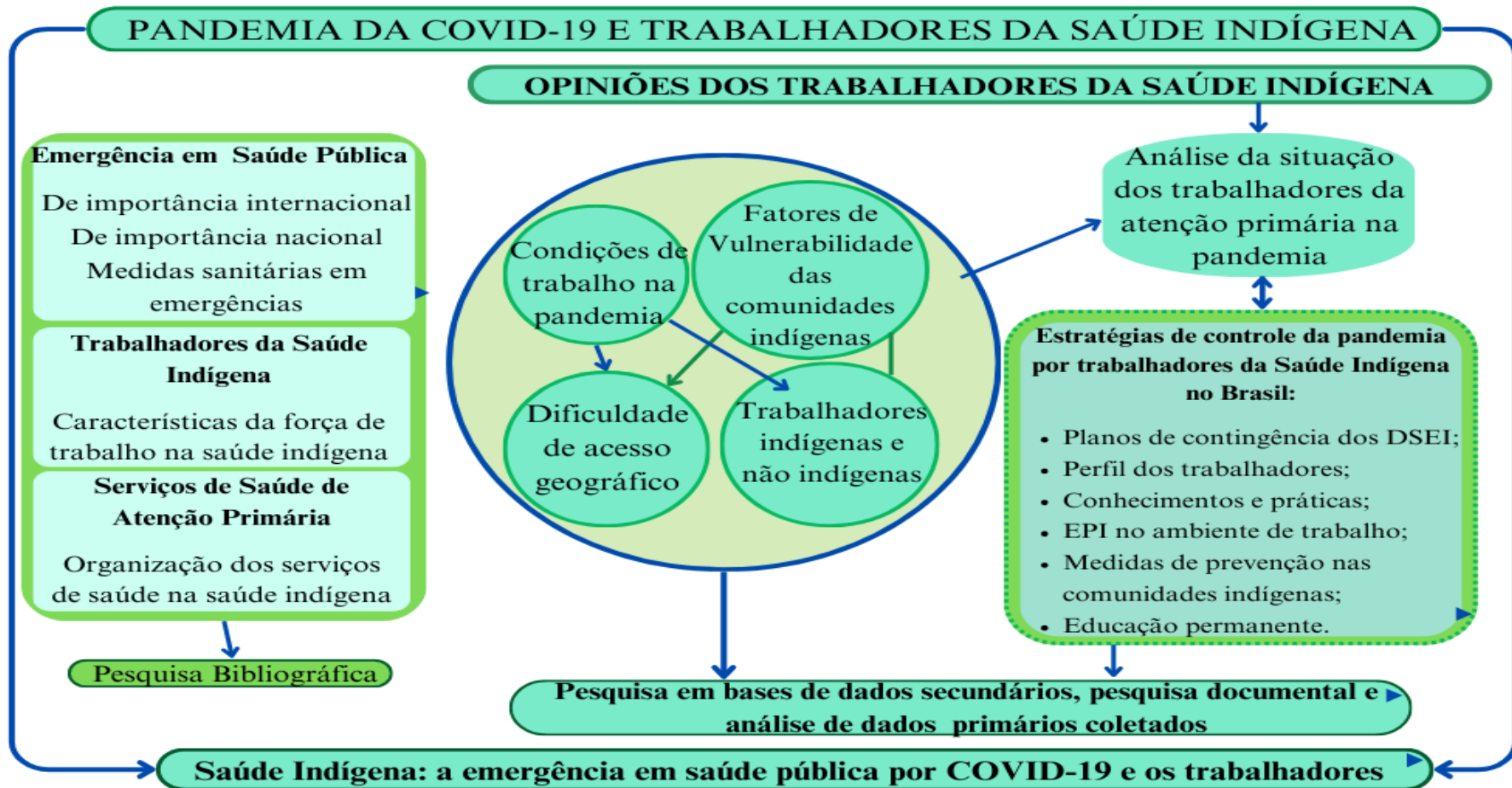
Elaborado pela autora

De acordo com o objetivo geral e específicos da pesquisa, o modelo conceitual proposto (Figura 1) é composto de 2 partes, conforme descrito a seguir:

Primeira parte: é abordado de forma sintética os temas correlatos da pesquisa incluído as emergências em saúde pública, tanto as de importância internacional quanto as nacionais, aspectos do Subsistema de Saúde Indígena quanto a rede de serviços de saúde nos territórios indígena as novas modalidades de serviços criadas durante a pandemia e a força de trabalho da saúde indígena. Para elaborar este componente, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e dados secundários.

Segunda parte: aborda os trabalhadores da saúde indígena e as suas condições de trabalho no período analisado da pandemia da Covid-19 e sobre as vulnerabilidades das comunidades na opinião dos trabalhadores da saúde. A análise considerou o agrupamento dos dados a partir do recorte Geográfico pelo critério de dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pelo critério dos trabalhadores indígenas e Não-Indígenas participantes da pesquisa. Foram abordados os perfis dos trabalhadores, conhecimentos e práticas, o acesso e a adoção do uso de equipamentos de proteção individual no ambiente de trabalho e outras medidas de prevenção, as vulnerabilidades das comunidades indígenas, as condições de trabalho, a educação permanente na pandemia e os aprendizados reportados pelos trabalhadores. Para elaborar este componente, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental, a coleta e análise de dados primários e secundários.

Figura 1. Modelo Conceitual



REFERÊNCIAS

Elaborado pela autora. 2023.

1.3 Definição do Recorte Temático do Estudo: aporte da geografia para estudos epidêmicos

O elenco de definições no campo da saúde e da geografia, que ao longo da história foram se configurando no campo da geografia da saúde permite tecer algumas comparações entre as diferentes contribuições e afirmar o consenso dos marcos que delimitam este campo de estudos. Importante ressaltar o papel da geografia da saúde na contribuição para ampliação do conhecimento com o olhar para as disparidades espaciais das condições de saúde e as dinâmicas socioambientais dos territórios (Gurgel e Belle, 2019).

O geógrafo francês Salem (1994) ao tratar da abordagem, conceitos e métodos da geografia e da geografia da saúde, apresentou um quadro esquemático (Figura 2) no qual situa entre outros aspectos, as conexões existentes entre (a) o espaço (e suas escalas) enquanto categoria considerada do ponto de vista sanitário, (b) a sociedade/território enquanto categorias de gestão do espaço e controle territorial na saúde, particularmente o papel e modelo dos sistema de saúde, e por último, (c) as condições de saúde que são medidas a partir de um conjunto de indicadores, entre os quais os de acesso e de cobertura sanitária.

Figura 2. Geografia, Geografia da saúde: abordagem, conceitos e metodologia

Geografia, Geografia da saúde: abordagem, conceitos e metodologia, Salem (1994)

ABORDAGEM	CONCEITOS	METODOLOGIA
ABORDAGEM GEOGRÁFICA	<p>CIÊNCIA SOCIAL DO ESPAÇO O espaço suporta/prodiz o conjunto de relações sociais</p> <p>DEFINIÇÃO DO ESPAÇO GEOGRÁFICO</p>	<p>O ESPAÇO (escalas, fronteiras, polos, gradientes, atrações, etc.) ↔ SISTEMA SOCIAL: gestão do espaço e controle territorial</p> <p>INDICADORES / MARCADORES DO ESPAÇO</p>
ABORDAGEM DA GEOGRAFIA DA SAÚDE	<p>GEOGRAFIA DA SAÚDE</p> <p>DEFINIÇÃO DOS DADOS DE SAÚDE E DO SISTEMA DE SAÚDE</p>	<p>O ESPAÇO (escalas, etc.) ↔ SOCIEDADE / TERRITÓRIO: gestão do espaço e controle territorial do ponto de vista da saúde, especificamente o sistema de saúde</p> <p>INDICADORES / MARCADORES DO ESPAÇO</p>
	<p>INVENTÁRIO</p> <p>DEFINIÇÃO DO ESPAÇO SANITÁRIO das quais a geografia de doenças, e a geografia dos sistemas de saúde, etc.</p> <p>PERFIL SANITÁRIO DAS POPULAÇÕES E DOS ESPAÇOS DETERMINANTES DOS ESTADOS DA SAÚDE</p>	<p>O ESPAÇO como distribuição espacial de riscos: populações e/ou zonas de risco ↔ SOCIEDADE / TERRITÓRIO gestão do espaço e controle territorial do ponto de vista do sistema de saúde</p> <p>ESTADOS DA SAÚDE Indicadores sintéticos: mortalidade, estado nutricional, etc. Indicadores de morbidade real Indicadores de morbidade diagnosticada Indicadores de acesso e cobertura sanitária Indicadores de modo de vida em relação à saúde, etc.</p>
APLICAÇÃO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE SAÚDE PÚBLICA	<p>DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÕES SANITÁRIAS</p> <p>AJUDA NA DECISÃO</p>	<p>PLANEJAMENTO DE SAÚDE ALOCAÇÃO DE RECURSOS</p>

REFERÊNCIAS

Traduzido por Pedro Guilherme Bastos Menezes de Almeida.
Adaptado pela autora, 2023.

De acordo com Salem (1994), trata-se de enfatizar o campo da geografia da saúde para além da mera reprodutora cartográfica de fenômenos da saúde, com o olhar para a importância da dimensão social e política. Neste sentido, este estudo tem como uma de suas referências o olhar para a dimensão do acesso geográfico no sistema de saúde no qual atuam os trabalhadores na atenção primária participantes da pesquisa. Trata-se de analisar como em um dado espaço Geográfico expõem diferencialmente populações a certos riscos sanitários, e que distribui, desigualmente no espaço, populações expostas a determinado risco (Salem, 1994).

Os dois grandes campos de atuação da geografia da saúde para Mendonça (2014) são: a) Nosogeografia, trata-se da abordagem tradicional da geografia que abarca a identificação e análise de padrões espaciais da distribuição das doenças e questões da saúde em determinados recortes temporais; b) a abordagem dos Serviços de Saúde, tendência mais recente da geografia que abarca a distribuição e planejamento dos componentes de infraestrutura e dos recursos humanos dos Sistema de Saúde, além das políticas e das comparações entre os sistemas internacionais dos serviços de saúde quanto ao acesso da população aos serviços. Guimarães (2015) aponta que a relação entre espaço e território tem sido a principal discussão conceitual da Geografia da saúde no Brasil.

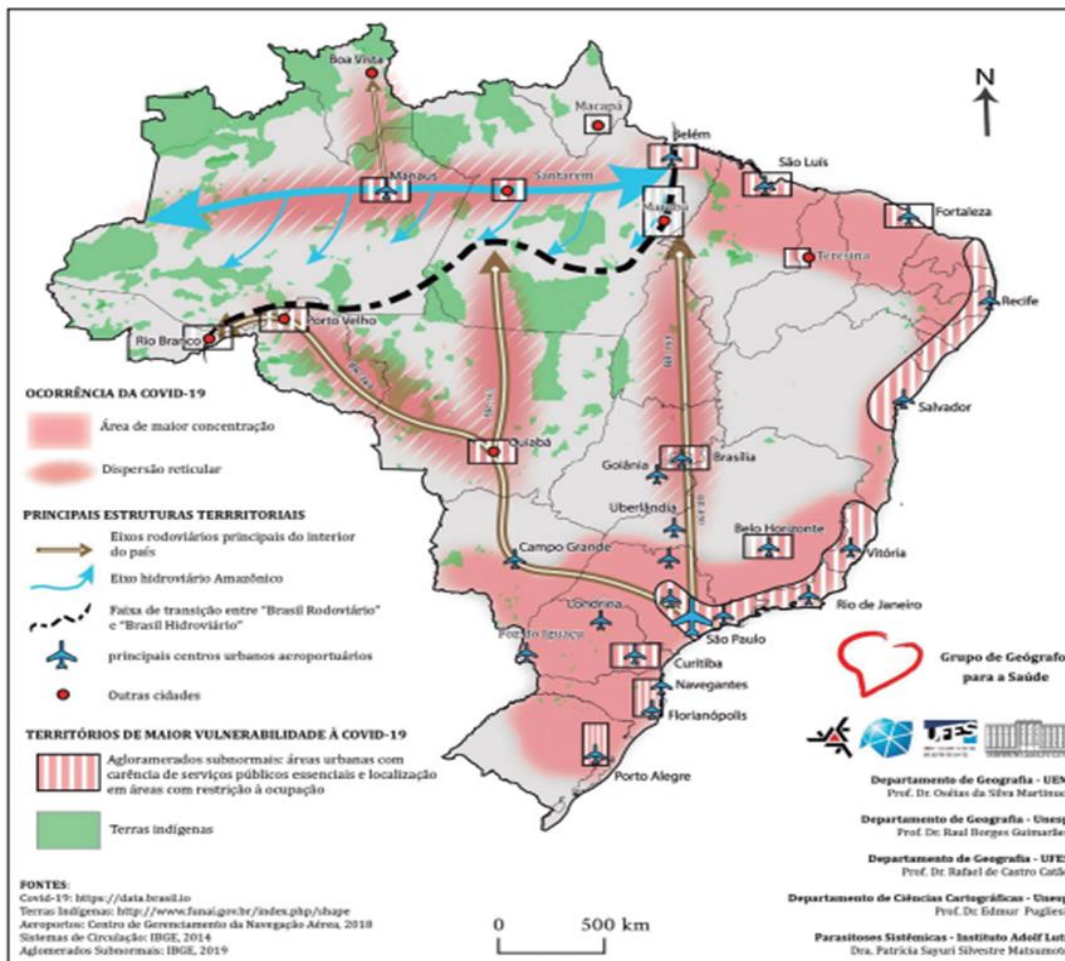
Nos estudos sobre saúde pública, a incorporação de conceitos geográficos como espaço, território e ambiente, vem sendo novamente privilegiados. O território onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor, segundo Moken et. al. (2008).

A geografia tem procurado entender algumas características constantes na forma como as sociedades se organizam no espaço desvendando a ordem existente dentro do aparente caos dos espaços humanos (Barcellos, 2008). A situação de saúde revela as condições de vida e o perfil de adoecimento e mortalidade de uma população, identificando seus determinantes e condicionantes (Barcellos, 2008) e as respostas sociais a esses problemas (Barcellos, 2008) em um dado território em um tempo estabelecido.

Ao abordar as estruturas territoriais – “formas fixas associadas aos fluxos por elas conformadas” - no Brasil (Figura 3), Guimarães et al (2020) analisou a distribuição dos casos de Covid-19 entre a 9ª e 22ª semana epidemiológica em 2020, destacando a importância destas estruturas de mobilidade humana, de materiais e insumos no território nacional “Uma vez

considerado que o vírus é transmitido de pessoa a pessoa, os meios de transporte se constituem nas rotas preferenciais.” (Guimarães et al, 2020).

Figura 3. Principais Estruturas Territoriais Brasileiras da Covid-19



Fonte: Guimarães et al., 2020

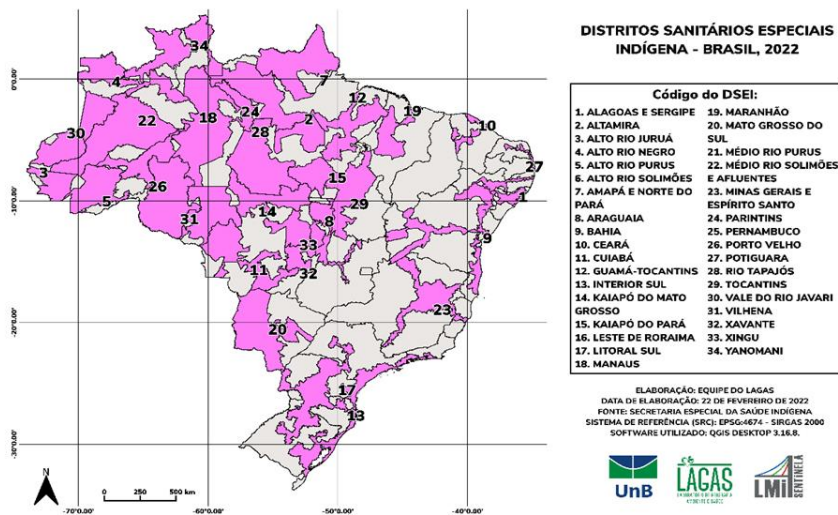
Neste estudo se evidencia tanto a concentração quanto a difusão da Covid-19 nos primeiros meses da pandemia (fevereiro a maio de 2020) nas diferentes regiões brasileiras e destacam-se os modais utilizados na mobilidade da população “Em razão da grande diversidade do território brasileiro, ao analisar o processo de dispersão da Covid-19, é preciso considerar a transição do sistema rodoviário para o sistema hidroviário” (Guimarães et al, 2020).

Os DSEI são unidades de responsabilidade sanitária federal e atuam em uma ou mais terras indígenas. Se delineiam como espaços territoriais, etnoculturais e populacionais, onde vivem povos indígenas e nos quais são desenvolvidas ações de atenção primária de saúde e de saneamento básico. O respeito aos saberes e as práticas tradicionais das populações indígenas é preconizado na PNASPI (Brasil, 2002). Em 2020, os DSEI atendiam a população de 761.660

indígenas, que vivem em cerca de 6.099 aldeias, distribuídos em todo o Brasil (Brasil, 2020 PDSI).

A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, órgão do Ministério da Saúde foi responsável pela implantação dos 34 DSEI (Figura 4) criados pela Lei Arouca. A partir do ano de 2010 os DSEI passaram a fazer parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vinculada ao Ministério da Saúde, e se constituem como órgãos de atuação do Ministério nos territórios onde vivem as populações indígenas. Para responder a necessidade de organização dos serviços e estabelecer os fluxos visando promover a saúde da população indígena nos territórios em diferentes situações de complexidade de acesso geográfico, cada DSEI adota arranjos diferenciados de transporte fluvial, terrestre ou aéreo. A área de abrangência de cada DSEI pode abranger mais de um Município e/ou um Estado. A Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999 (Lei Arouca) prevê a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada dos DSEI com o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de determinada área geográfica.

Figura 4. Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena, Brasil, 2020



Fonte: Ministério da Saúde/SESAI, 2020

A distribuição dos DSEI se deu de acordo com critérios demográficos, socioculturais e da distribuição geográfica das terras indígenas (Garnelo,2012). De acordo com a PNASPI (Brasil, 2002), a definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas levou em consideração os seguintes critérios: (a) população, área geográfica e perfil epidemiológico; (b)

disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; (c) vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; (d) relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e as respectivas sociedades regionais; (e) distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de Estados e Municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Os DSEI contam com serviços de saúde de atenção primária organizados segundo tipologias específicas e fluxos estabelecidos nos territórios da sua área de abrangência.

O recorte temático do estudo abarca a atenção primária na saúde indígena na Pandemia da Covid-19, com foco na atuação dos trabalhadores da saúde nos 34 DSEI. A Pandemia da Covid-19 alcançou escala global. Os DSEI representam um nível de estrutura administrativa que corresponde a escala da ação onde ocorre o fenômeno analisado (Guimarães, 2015). Consideradas as normas que fundamentam a ordem sistêmica do período técnico-científico: “são os procedimentos organizacionais e os objetos técnicos instalados nos diferentes lugares que normatizam o território, e, portanto, a vida das pessoas”, analisa Guimarães (2015), inspirado no geógrafo Milton Santos.

A lógica da PNASPI (Brasil, 2002) é: as equipes de atenção primária devem ir onde a população está, onde ela vive, construir a integralidade da atenção e respeitar a diversidade sócio cultural: “Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde” PNASPI (Brasil, 2002). O protagonismo indígena na participação e organização dos serviços de saúde no território fundamenta a elaboração da política pública quando reconhece a importância da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde que vivem nas aldeias como integrantes das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, a participação indígena nas instâncias de controle social e a valorização dos saberes e práticas tradicionais dos povos indígenas nos cuidados em saúde PNASPI (Brasil, 2002).

Ao refletir sobre os contextos de vulnerabilidade e possíveis impactos da pandemia da Covid-19 na população indígena brasileira, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, em conjunto com a Associação Brasileira de Antropologia -ABA (ABRASCO & ABA, 2020), publicou nota conjunta em 21 de março de 2020. A nota apresenta os desafios e algumas recomendações para o enfrentamento da pandemia: (a) a situação de iniquidade em saúde vivida pelos povos indígenas quanto às condições de vida e situação de saúde; (b) o potencial de doenças infecciosas se espalharem rapidamente entre essas populações; (c) o

número expressivo de comorbidades existentes nas populações indígenas antes da pandemia da Covid-19; (d) a dificuldade de garantir o isolamento para casos suspeitos nos territórios indígenas, dado o padrão de vida coletivo nas comunidades; (e) a dificuldade de acesso entre os territórios indígenas e localidades dotadas de níveis de atenção fora das terras indígenas, já que os pequenos municípios mais próximos das terras indígenas em geral contam com estruturas de serviços mais precárias, sem hospitais e/ou UTI.

1.4 Recorte Geográfico

Considera-se que os aspectos geográficos presentes nos territórios influenciam no contexto local quanto ao acesso da população aos serviços de saúde, especialmente quando se trata de populações que vivem em áreas com maiores desafios (vias de acesso, tempo de deslocamento e distâncias) para transporte das equipes de saúde, dos insumos e materiais necessários à sua atuação. Em que pese a complexidade de organização dos serviços nestes territórios, a PNASPI (Brasil, 2002) foi elaborada para responder a estas necessidades e criar as condições para a superação das barreiras de acesso aos serviços de saúde por meio da organização dos serviços nos territórios, respeitando-se a diversidade sociocultural dos povos indígenas.

Considerada a ampla diversidade de contextos locais dos DSEI, foram definidos três agrupamentos dos DSEI a partir dos critérios de acesso geográfico. Os critérios definidos foram (a) à logística necessária para o deslocamento dos trabalhadores da saúde e insumos dos serviços de atenção primária nos territórios indígenas de acordo com os modais mais utilizados (fluvial, aéreo e terrestre – inclusive a pé); (b) às distâncias e tempo de deslocamento e condições geográficas de mobilidade das equipes (a exemplo da sazonalidade do regime de águas dos rios), mais ou menos precárias para realização dos trajetos percorridos; (c) à distribuição das aldeias nos territórios, sua concentração e as distâncias entre aldeias e as estruturas dos serviços de saúde da atenção primária; e (d) às distâncias dos territórios indígenas para os serviços de saúde de média e alta complexidade.

Destacamos que esta classificação dos três agrupamentos é uma aproximação diante dos dados secundários aos quais a pesquisa teve acesso em tempo hábil, no entanto poderá sofrer variações conforme se agregue novos dados para análise. Portanto, aqui não há pretensões de estabelecer uma classificação rígida da inclusão de cada um dos DSEI em cada agrupamento,

mas sim indicar que a dimensão do acesso geográfico pode contribuir para pensar se há uma distribuição mais ou menos equitativa dos recursos e insumos disponíveis para todos de acordo às suas necessidades.

1.5 Os DSEI em agrupamentos de maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico

No recorte Geográfico, os 34 DSEI foram distribuídos em três agrupamentos, a partir dos critérios apresentados (Figuras 5,6 e 7) ao considerar o acesso geográfico na organização dos serviços nos territórios.

Esta classificação se baseou principalmente nos dados secundários coletados junto ao Ministério da Saúde elaborados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para o planejamento quadrianual (2020 a 2023) e homologados pela SESAI no início de 2020. Portanto, refletem a estrutura disponível de serviços de saúde e insumos informada pelos DSEI.

Os territórios indígenas se localizam em áreas de difícil acesso geográfico em todo o país (PNASPI), consideradas as distâncias e/ou as condições de acesso precárias entre estes territórios e suas localidades que contam com redes de serviços de saúde, a distribuição espacial da população indígena e suas dinâmicas sociais de mobilidade nos territórios.

O fato de os territórios indígenas serem considerados áreas de difícil acesso, afastados geograficamente das sedes urbanas dos municípios onde se registraram os primeiros casos da Covid-19 não funcionou necessariamente como uma “barreira” à chegada do vírus nestas localidades. Isto foi observado em todo o país e, especialmente, nas regiões centro-oeste e norte, onde se localiza a maioria dos DSEI e vive a maioria da população indígena no período analisado.

A inovadora plataforma de ciência de dados aplicada à saúde da FIOCRUZ/ICICT, aborda projetos de pesquisa e o desenvolvimento de metodologias que levem em conta aspectos relacionados à distribuição espacial da população e dos estabelecimentos de saúde, as vias e modais de deslocamento, características de relevo, entre outros aspectos relacionados a acessibilidade aos serviços de saúde: o tempo de deslocamento e a localização dos serviços são considerados determinantes para o acesso aos serviços de saúde.

Aqui não pretendemos explorar estes aspectos, e nem tampouco utilizamos os recursos de plataformas de dados ou modelagens que levem a estabelecer um critério mais preciso quanto à acessibilidade aos serviços de saúde nos territórios indígenas. Os dados secundários disponíveis são insuficientes e não temos o objetivo de discutir cada um dos cenários de acesso geográfico dos 34 DSEI. Propomos a definição de agrupamentos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelo acesso geográfico levando em conta alguns dos critérios que serão apresentados adiante.

É possível observar que do ponto de vista Geográfico há uma grande capilaridade dos serviços de saúde nos territórios indígenas com diferenças no acesso geográfico nos DSEI, conforme os cenários denominados maior dificuldade de acesso geográfico – Maior DAG (Figuras 5), média dificuldade de acesso geográfico – Média DAG (Figura 6) e menor dificuldade de acesso geográfico – Menor DAG (Figuras 7).

Para elaborar esta classificação, adotou-se como critério o tipo de acesso predominante utilizado pelo DSEI entre os Polos Base e as aldeias (meio aéreo, fluvial e terrestre), além da média das distâncias percorridas para alcançar cada uma dessas localidades. Observa-se que estas duas características – meio de acesso e distância são aspectos que influenciam na organização da logística necessária para o acesso da população aos serviços de saúde. Há outros critérios relacionados às condições geográficas presentes nas regiões nas quais estas populações vivem, tais como clima, sazonalidade de cheias e vazantes de rios, relevo que influencia na adoção da logística e nas chances das equipes de saúde de atenção primária realizarem as ações de saúde nos territórios em todas as comunidades sob sua responsabilidade sanitária, bem como, na frequência com que estes serviços atendem estas comunidades para responder as demandas conforme o perfil epidemiológico destas populações.

Importante destacar que no território de abrangência dos DSEI, há diferentes situações quanto ao acesso geográfico, consideradas a localização e distribuição da população indígena e dos serviços de saúde, ou as bases que as equipes de saúde utilizam como referência para organizar o atendimento para todas as comunidades.

Nos dados incluídos foi considerado o número de vagas de trabalhadores no conjunto dos DSEI selecionados (SESAI – Ministério da Saúde, 2020) e o número de aldeias (PDSI, 2020). Nestes dois casos a inclusão se justifica para que se tenha uma dimensão do número de vagas de trabalhadores e de aldeias da área de abrangência destes agrupamentos. Outro aspecto é quanto a presença nestes territórios de referência de povos indígenas isolados ou de recente

contato- PIIRC (Vaz, 2011 E), conforme a última classificação adotada pela FUNAI (2021). Esses coletivos em geral habitam territórios considerados mais remotos e confere a cada um dos agrupamentos uma dimensão mais próxima da complexidade de acesso geográfico. A menção dos PIIRC no agrupamento não significa que todos os DSEI tenham estas referências na sua área de abrangência.

Segundo concepção compartilhada pela FUNAI e SESAI, os termos Povos Indígenas Isolados e Povos Indígenas de Recente Contato não se reportam apenas a uma condição geográfica ou temporal, como o termo sugere. Sendo assim, o termo Povos Indígenas Isolados “se refere especificamente a grupos indígenas com ausência de relações permanentes com as sociedades nacionais ou com pouca frequência de interação, seja com não-índios, seja com outros povos indígenas” (FUNAI, 2021); enquanto que Povos Indígenas de Recente Contato são “povos ou grupos indígenas que mantêm relações de contato permanente e/ou intermitente com segmentos da sociedade nacional e que, independentemente do tempo de contato, apresentam singularidades em sua relação com a sociedade nacional e seletividade (autonomia) na incorporação de bens e serviços”. São, portanto, grupos que mantêm fortalecidas suas formas de organização social e suas dinâmicas coletivas próprias, e que definem sua relação com o Estado e a sociedade nacional com alto grau de autonomia. (FUNAI, 2021).

Foram incluídos aspectos que conferem maior, média ou menor dificuldade de acesso geográfico de cada DSEI (Figuras 4,5 e 6), dada a grande diversidade de situações presentes nestes territórios, na perspectiva da organização dos serviços de saúde nos territórios e atuação das equipes de saúde:

(A) Inclui os itens 1 a 3: o modal de transporte utilizado pelas equipes de saúde da atenção primária para acessar as aldeias: terrestre, fluvial e aéreo entre aldeias e Polos Base. Os percentuais de corte para cada agrupamento foram obtidos com base no conjunto de dados incluídos nos PDSI, 2020, sendo que o aéreo está relacionado ao acesso às localidades mais distantes ou isoladas seja pelas características geográficas ou pela inexistência de acessos fluviais ou terrestres regulares com custos maiores para execução de sua logística; a fluvial que está mais presente na região norte do país e exige uma estrutura com embarcações, motores e trabalhadores que conduzem essas embarcações, além de alto custo de manutenção e elevado consumo de combustível; e

a terrestre, que embora com estradas precárias e custo alto predominam nas localidades com menor dificuldade de acesso geográfico;

(B) se as equipes de saúde da atenção primária percorrem a pé trechos dos territórios para alcançar as aldeias em área de abrangência dos Polos Base devido às condições geográficas de acesso;

(C) o quantitativo de aldeias presentes da área de abrangência dos Polos Base que são atendidas pela equipe multidisciplinares de saúde indígena na atenção primária;

(D) presença de estradas precárias nos trajetos percorridos pelas equipes de saúde entre os serviços de saúde da atenção primária e as aldeias;

(E) a dispersão das aldeias nos territórios na área de abrangência de cada Polo Base e a distância média de deslocamento das equipes exige logística específica para a organização dos serviços de saúde;

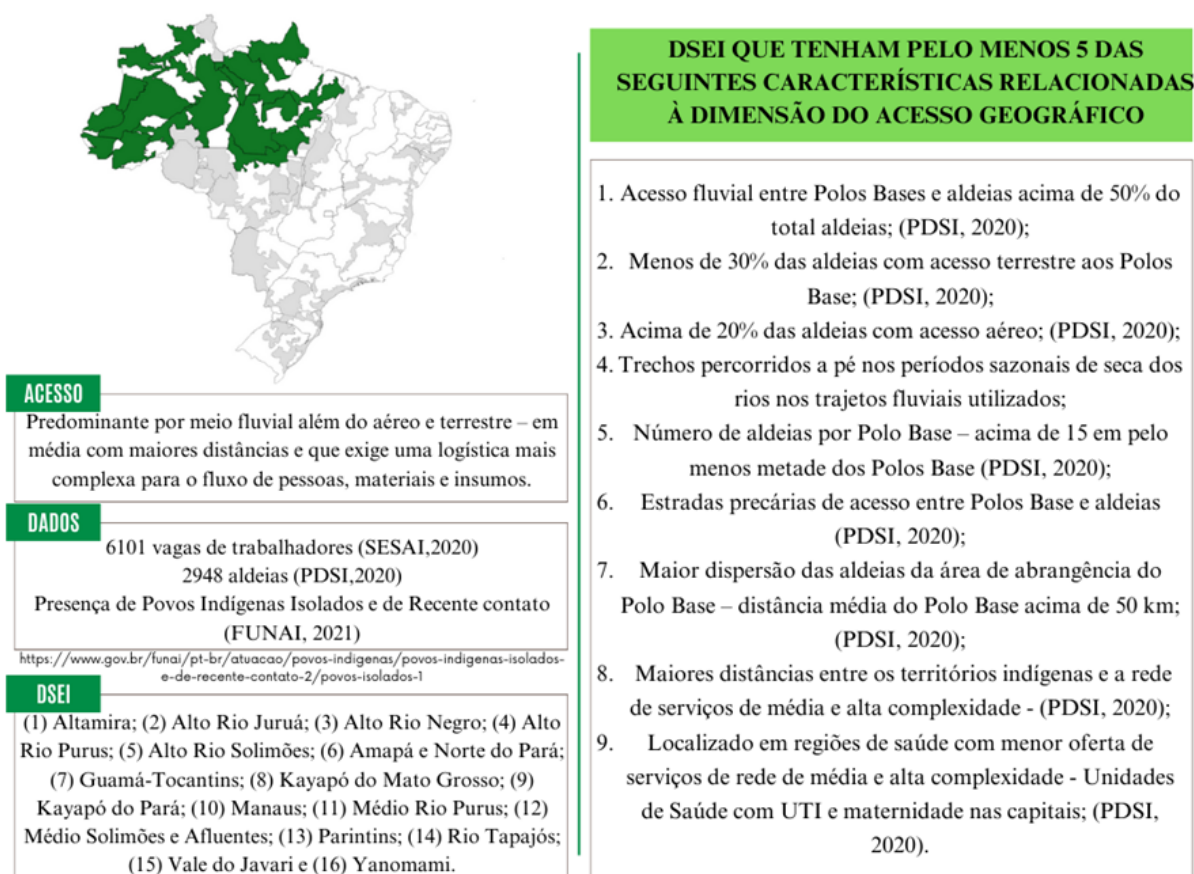
(F) para além da atenção primária, as distâncias entre as aldeias indígenas nos territórios e os serviços de saúde de média e alta complexidade; e

(G) a distância das aldeias indígenas nos territórios com relação aos serviços de saúde que ofertam leitos de UTI e maternidade.

Nos DSEI, os meios de transporte de pessoas, insumos e mercadorias são os fluviais, terrestres e aéreos. O transporte é predominantemente de uso coletivo pelos trabalhadores entre as aldeias, sedes dos serviços de atenção primária e as sedes dos municípios.

Dada a diversidade de situações presentes nestes territórios, partimos do princípio que entre os nove critérios descritos nas Figuras 5,6 e 7 para cada um dos agrupamentos, cada um dos DSEI teria que se encaixar em mais da metade deles, ou seja, em pelo menos cinco.

Figura 5. Características dos DSEI conforme critérios de acesso geográfico, maior dificuldade de acesso geográfico – Maior DAG. Brasil, 2020

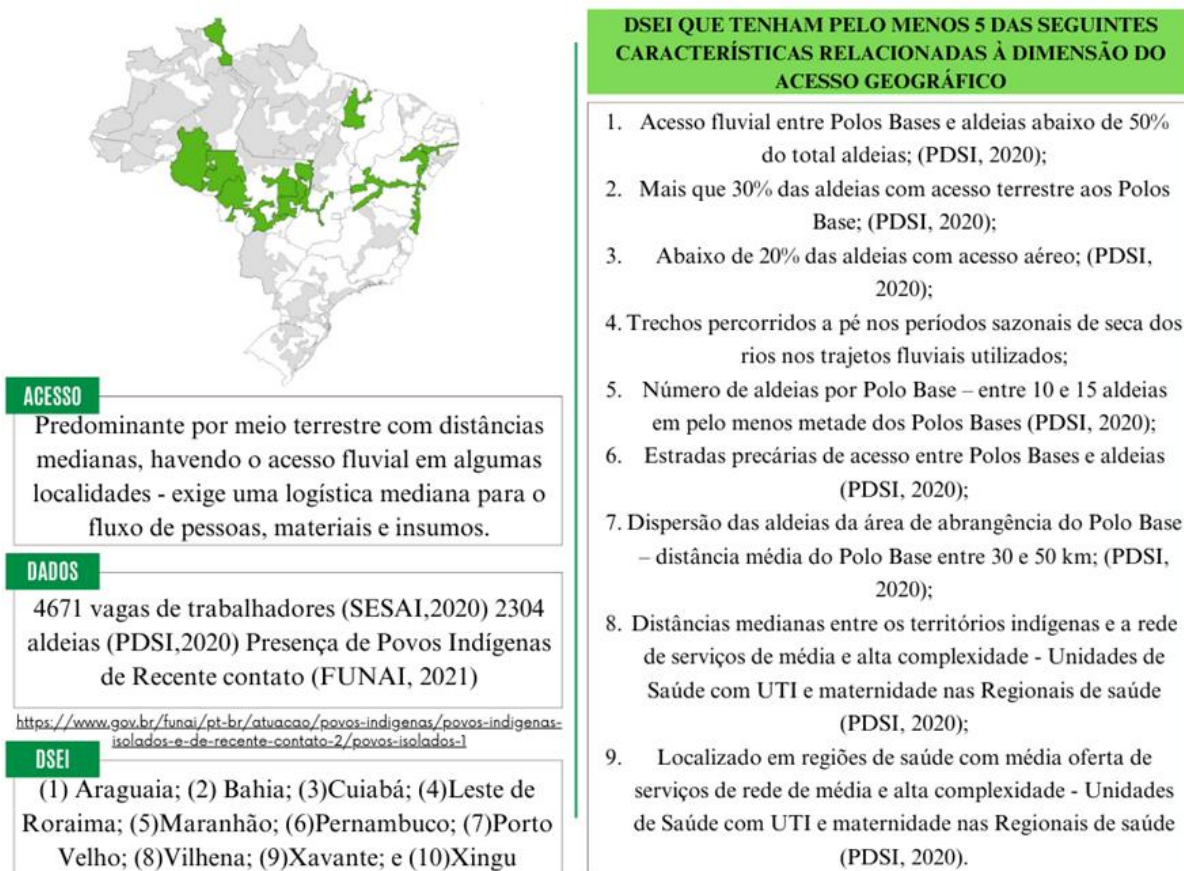


Elaborado pela autora

As equipes dos DSEI pontuam alguns aspectos que evidenciam a complexidade de organização dos serviços em áreas de difícil acesso, pois todos os 34 DSEI, considerado o contexto local da região em que se situam, atendem comunidades indígenas localizadas em áreas consideradas remotas nas quais as distâncias são maiores e as condições mais

desafiadoras, com estradas precárias, o regime de cheia e seca dos rios, as comunidades que são acessadas apenas por meio aéreo, os deslocamentos fluviais de horas ou dias de distância e em relevos acidentados. Estes aspectos podem fazer a diferença seja para prestar assistência de saúde com regularidade com ações de atenção básica e desenvolver ações de vigilância em saúde, seja para remover pacientes em emergências, e para instalar estruturas de saneamento e infraestrutura dos serviços nos territórios.

Figura 6. Características dos DSEI conforme critérios de acesso geográfico, média dificuldade de acesso geográfico – Média DAG. Brasil, 2020

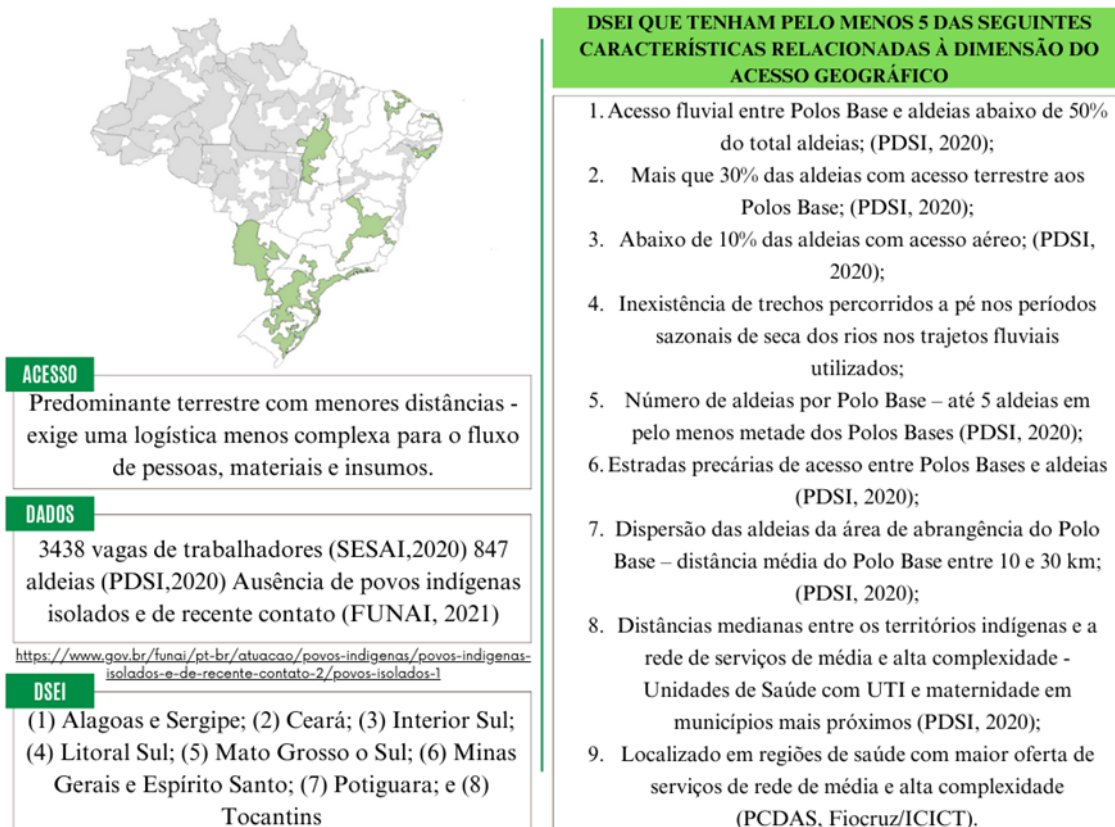


Elaborado pela autora

O que se observa é que há uma variedade de estruturas presentes nos DSEI para o devido suporte ao trabalho das equipes de saúde, bem como a insuficiência de meios de transporte adequados a cada região, o que pode ser considerado como um fator que influencia tanto no acesso da população aos serviços de saúde, na saúde do trabalhador e nas condições de atuação das equipes de saúde e de saneamento. As condições precárias das vias de acesso exigem uma reposição das frotas utilizadas com uma certa frequência como descrito nos documentos de

planejamentos dos DSEI (PDSI,2020). Estas condições de trabalho desafiadoras podem afetar a saúde dos trabalhadores da saúde.

Figura 7. Características dos DSEI conforme critérios de acesso geográfico, menor dificuldade de acesso geográfico – Menor DAG. Brasil, 2020



Elaborado pela autora

CAPÍTULO 2 - POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E OS TRABALHADORES DA SAÚDE

1.1 População indígena no Brasil e no mundo

No mundo há uma grande diversidade de povos indígenas que habitam em todos os continentes, havendo diferentes estimativas para o número de povos indígenas no mundo, bem como, da população total e do número de países onde estão presentes. O Banco Mundial estima a população indígena entre 370 e 500 milhões de pessoas presentes em aproximadamente 90 países, o que representa aproximadamente 5% da população mundial, e 15% da população em extrema pobreza. A expectativa de vida da população indígena é aproximadamente de 20 anos menos que a da população não-indígena. A UNESCO estima a população indígena mundial, que vive em todas as regiões do mundo e ocupa aproximadamente 22% das terras, entre 350-500 milhões de pessoas, representando grande parte da diversidade cultural e linguística da humanidade (UNESCO, 2021). O *Department of Economic and Social Affairs* – órgão das Nações Unidas – no documento *Indigenous Peoples & the Covid-19 Pandemic: Considerations* (2020), estima que “existem mais de 476 milhões de povos indígenas no mundo, distribuídos em todas as regiões do globo, do Ártico às florestas tropicais. Os povos indígenas são mais de 6% da população global.”

No Censo Demográfico realizado no Brasil em 2010 foram contabilizadas 896 mil pessoas que se declararam (no quesito cor ou raça), ou se consideraram indígenas. 572 mil viviam em área rural (63,8%) e 517 mil em terras indígenas oficialmente reconhecidas (57,7%). Quanto à diversidade sociocultural e linguística desta população, os resultados do Censo indicaram 274 línguas indígenas faladas por indivíduos pertencentes a 305 etnias diferentes: “São povos que já habitavam há milhares de anos essas terras, muito antes da invasão europeia” (GERSEM,2006).

No Censo Demográfico realizado em 2022, de acordo com dados preliminares divulgados pelo IBGE (em agosto de 2023), referentes à população indígena, foram contabilizadas 1.693.535 pessoas autodeclaradas indígenas, de um total correspondente a 0,83% da população contabilizada; 45% desta população reside na região Norte, sendo o Estado

do Amazonas o que concentra a maior população comparado aos demais. A segunda região mais populosa é o Nordeste, com 31% da população indígena brasileira, sendo o Estado da Bahia com a maior população da região. Dentre os 5.570 municípios brasileiros, o censo informa que em 4.832 há pessoas autodeclaradas indígenas.

Junior e Verona (2018), ao analisarem a abordagem dos povos indígenas no Brasil pelos Censos Demográficos, concluíram que há uma marcante invisibilidade histórica dos povos indígenas. Tais autores analisaram os Censos realizados no Brasil nos anos de: 1872, 1890, 1900 e 1920, coordenados pela Diretoria Geral de Estatística, e em 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010, coordenados pelo IBGE, e que apontaram:

Nos Censos 1872 e 1890, no quesito cor, a categoria “caboclo” representava a população indígena; Nos Censos de 1900, 1920 e 1970, o quesito cor/raça não foi incluído; No Censo de 1940, sob a designação de pardos, foram alocados os que registraram cor diferente de branco, preto e amarelo, ou foi lançado um traço no lugar da resposta (IBGE, 2005); Nos Censos de 1950 e 1980 foram utilizadas quatro categorias, agrupando todos os que registraram cor diferente de branco, preto e amarelo, na categoria “pardo” (ANJOS, 2013); No Censo de 1960 foi incluída a categoria “índia”, para os indígenas residentes nas reservas, sendo que os indígenas residentes fora das reservas foram agrupados na categoria “pardo” (ANJOS, 2013); nos Censos de 1991, 2000 e 2010 incluiu-se a categoria indígena, sendo que no questionário do Censo de 2010 também foram incorporadas questões sobre língua falada e etnia (IBGE, 2012); nos Censos de 1980, 1991 e 2000 o quesito cor/raça foi pesquisado apenas na amostra, e em 2010 voltou a ser pesquisado no universo; dessa forma, antes de 1991, apenas nos Censos de 1872, 1890 e 1960 é possível levantar informações referentes à população indígena. Nos demais Censos em que foram coletadas informações sobre cor/raça, os indígenas foram alocados na categoria “pardo”, juntamente com outros grupos de cor/raça que não branco, preto e amarelo, o que fez com que ficassem invisíveis nas estatísticas oficiais.

De acordo com as Nações Unidas, com relação ao conceito de “povos indígenas”, nenhum termo tem caráter universal, ou irá responder adequadamente, pois, a depender da região, poderá não ser o aplicável, podendo ser super ou sub inclusivo, fazendo sentido para algumas sociedades, e para outras não. Neste sentido, as Nações Unidas adotaram, de forma geral, a definição elaborada por José R. Martínez Cobo (COBO 1986/7) no estudo sobre o problema da discriminação contra as populações indígenas, que tem como base o direito dos próprios povos indígenas em definir o que são e quem são os povos indígenas.

Vários documentos da ONU apontam para uma visão unificada que distingue, no tempo e no espaço, as dinâmicas sociais de ocupação, e as disputas dos territórios, em diferentes países nos quais haviam povos presentes, e que enfrentaram esses processos com grandes perdas populacionais e territoriais. No entanto, mesmo considerando os processos colonizadores europeus em diversos continentes, as Nações Unidas diferem seus resultados quanto aos povos originários nas diferentes regiões do mundo.

Tomamos como referência a definição elaborada por Cobo (1986), adotada pelo *Department of Economic and Social Affairs Indigenous Peoples* das Nações Unidas, que destaca serem consideradas comunidades, populações e nações indígenas, as que possuem uma continuidade histórica de ocupação e uso do território anterior ao processo de colonização – e por isso muitas vezes denominadas povos originários -, além de se considerarem diferenciadas com relação à sociedade nacional configurada com o processo colonial, e de viverem em partes deste “território nacional”.

De acordo com a ONU, povos aborígenes, autóctones, originários, nativos ou indígenas ou, pela sua própria autodenominação, são aqueles que já se encontravam em uma determinada região geográfica antes do processo de colonização desta região, e que permaneceram se (auto)identificando distintamente da sociedade que se configurou fruto do processo colonizador. Os países adotam diferentes nomenclaturas para estes povos: “povos aborígenes”, “primeiras nações”, “povos autóctones”, “povos primitivos”, “tribos indígenas”, “povos originários”, “povos nativos”, “comunidades indígenas”, “povos tradicionais indígenas”, “nações indígenas”, “sociedades indígenas”, “população indígena”, “povos indígenas”, “povos isolados”, e outras. A autodenominação dos povos indígenas será utilizada nos casos específicos tratados neste estudo.

Os povos reconhecidos por estas denominações pelas sociedades pós-coloniais se autodenominam de acordo com a sua própria identidade étnica. São povos com seus próprios padrões culturais, instituições sociais e sistemas legais. Os fatores que o autor (COBO, 1986) definiu como sendo característicos das sociedades pré-coloniais, e que indicam sua continuidade histórica nos territórios conforme conhecidos na atualidade, são: a continuidade da ocupação de territórios tradicionais; a ascendência com povos pré-coloniais presentes no território; modos de vida que remetem a uma ancestralidade pré-colonial; e língua falada - ou conhecimento de língua falada -, distinta da língua geral instituída nos processos coloniais (COBO, 1986).

Gersem Baniwa (2006) defende que entre os povos indígenas existem alguns critérios de autodefinição mais aceitos, embora não sejam únicos e nem excludentes: continuidade histórica com sociedades pré-coloniais; estreita vinculação com o território; sistemas sociais, econômicos e políticos bem definidos; língua, cultura e crenças definidas; identificar-se como diferente da sociedade nacional; e vinculação ou articulação com a rede global dos povos indígenas. (GERSEM, 2006)

Um outro aspecto a ser considerado é quanto à ampla diversidade presente entre povos indígenas. Ramos (1995) analisa que não há duas sociedades indígenas iguais, mesmo considerando que algumas compartilhem áreas com ecossistemas semelhantes, pois se diferenciam tanto nos aspectos de sua organização social, quanto na dimensão simbólica. Segundo Ramos (1995), os fatores ecológicos e econômicos, por si, não determinam ou explicam as diferenças socioculturais presentes entre os diferentes povos indígenas. Observa-se que mesmo quando ocupam zonas ecológicas semelhantes, estes povos mantêm sua singularidade, tanto no plano das relações sociais, como no campo simbólico.

O Artigo 33 da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas destaca a importância da autoidentificação, que os próprios povos indígenas definam sua identidade como indígenas. Apesar de afirmar que não há uma definição universal para povos indígenas, a OIT (2011) informa que na Convenção 169, no seu artigo 1º, há duas denominações adotadas, segundo critérios subjetivos e objetivos, consagrando a importância da autoidentificação para povos indígenas ou povos tribais. A Convenção nº 169 da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais, adotada em Genebra, em 27 de junho de 1989, entrou em vigor no Brasil em 1991, e foi posteriormente promulgada, por Decreto, em 19 de abril de 2004.

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 2007, tem como um dos conceitos chave, o da autodeterminação dos povos indígenas: os povos e as pessoas indígenas são livres e iguais perante todos os outros povos e indivíduos. Eles têm o direito de serem livres de qualquer tipo de discriminação no exercício de seus direitos, em especial com base na origem indígena ou de identidade. Os povos indígenas têm direito à autodeterminação e, por isso, podem escolher livremente como se organizar e buscar o desenvolvimento econômico, social e cultural. Eles têm o direito de manter e fortalecer suas próprias instituições políticas, jurídicas, econômicas, sociais e culturais, conservando ainda o direito de participar plenamente, se assim o decidirem, nas áreas política, econômica, social e cultural do Estado. Conforme preconiza esta declaração, os povos indígenas

têm direito, sem discriminação alguma, ao melhoramento de suas condições econômicas e sociais, entre outras esferas, na educação, no emprego, na capacitação e aperfeiçoamento profissional, na habitação, saneamento, saúde, e na seguridade social.

Aprovada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2016, a Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas, DADPI é o primeiro instrumento da história da OEA que promove e protege os direitos dos povos indígenas das Américas. No Artigo II, a DADPI afirma o reconhecimento e o respeito dos Estados ao caráter pluricultural e multilíngue dos povos indígenas, como parte integral das sociedades. O tema está relacionado ao disposto na Constituição brasileira (Art. 209 § 2º, 215 § 1º, 231), assim como em outras normas infraconstitucionais.

A Convenção 169 da OIT é atualmente o instrumento internacional mais atualizado e abrangente a respeito das condições de vida e trabalho dos indígenas e, sendo um tratado internacional ratificado pelo Estado, tem caráter vinculante (passou a valer em 2003). Seus Artigos 14 e 15, enfatizam o direito de consulta e participação dos povos indígenas no uso, gestão (inclusive controle de acesso) e conservação de seus territórios (Instituto Socioambiental). São países signatários da Convenção 169 da OIT: Argentina, Bolívia, Brasil, República Central Africana, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dinamarca, República Dominicana, Equador, Fiji, Guatemala, Honduras, Luxemburgo, México, Nepal, Holanda, Nicarágua, Noruega, Paraguai e Peru. A Alemanha possuía previsão de entrada em vigor em 2022.

A IWIGIA, que se autodefine como Grupo de Trabalho Internacional para Assuntos Indígenas (IWGIA), é uma organização global de direitos humanos sediada em Copenhague, Dinamarca, dedicada a promover, proteger e defender os direitos dos povos indígenas, e publica desde 1986, o relatório *The Indigenous World*, a partir de temas que afetam diretamente os povos indígenas. Trata-se de um abrangente levantamento sobre povos indígenas de todos os continentes, abordando a diversidade sociocultural destes povos e os dilemas atuais que enfrentam na sua sobrevivência, com a colaboração de dezenas de organizações dos povos indígenas, ativistas e pesquisadores de diversos países. De acordo com a última publicação disponível, de 2020, estimam que a população indígena mundial corresponde a “5% da população mundial, e que protegem 80% da biodiversidade do planeta”. A IWIGIA estima a população indígena em 476 milhões de pessoas vivendo em 90 países.

Para as Nações Unidas, os povos indígenas no mundo enfrentam grandes desafios na área da saúde, como o acesso aos serviços de saúde, que podem não estar disponíveis, serem

insuficientes ou pouco equipados, e com profissionais não preparados para atuar em contextos interculturais. Isto se aplica tanto a serviços de assistência médica, como ao acesso a sistemas de saneamento básico. Além deste fator, considera que esta população, em muitos países, enfrenta taxas mais altas de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

A IWIGIA (2021) alerta para os fatores sociais e econômicos que contribuem de forma efetiva para as vulnerabilidades dos povos indígenas na pandemia da Covid-19, afirma que estes povos foram afetados de forma desproporcional, e destacam a falta de acesso regular aos serviços de saúde.

Ao longo dos séculos, muitas epidemias atingiram e devastaram povos indígenas no Brasil, a exemplo do sarampo, varíola, gripe, e outras doenças que provocaram o desaparecimento, total ou parcial, de incontáveis etnias; no continente americano, numerosos grupos indígenas foram inteiramente dizimados por epidemias (CEPAL, 2015). “Cataclismo biológico” foi a expressão utilizada pelo antropólogo Henry F. Dobyns (Instituto Socioambiental) para descrever o efeito dessas epidemias. Colocar todos os episódios epidêmicos em uma linha do tempo seria uma tarefa quase impossível, pois, para a maioria delas, variam as datas, os registros, e a quantidade de vítimas (BUCHILLET, 2007). Estima-se, por exemplo, que 900 povos teriam desaparecido ao longo dos cinco séculos de contato com os brancos (RIBEIRO, 2017).

O Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19 no Brasil define que os povos indígenas são “altamente vulneráveis à Covid-19” (BRASIL, 2021), mas dirige esta informação aos povos que vivem em terras indígenas, não incluindo nesta análise o contingente da população residente nas periferias das áreas urbanas fora das terras indígenas reconhecidas oficialmente, e reconhece que os povos indígenas têm elevada carga de morbimortalidade, com o acúmulo de comorbidades infecciosas, carenciais e ligadas à contaminação ambiental, assim como doenças crônicas, aumentando o risco de complicações e mortes pela Covid-19 (BRASIL, 2021), e destaca a dificuldade na adoção de medidas preventivas não farmacológicas nas comunidades, e o aspecto Geográfico como uma barreira de acesso devido à dispersão das aldeias nos territórios indígenas, como fatores que aumentam a vulnerabilidade destas comunidades (BRASIL, 2021).

Acrescente-se que no Brasil, como já foi abordado acima e será detalhado mais à frente, há um subsistema de saúde indígena no SUS, que foi criado justamente para promover a equidade em saúde e garantir o acesso dos povos indígenas de forma ampla aos cuidados de

saúde, consideradas a diversidade sociocultural e os aspectos Geográficos de localização e acesso aos serviços de saúde.

A UNESCO (2020) analisou que as respostas de emergência são aprimoradas onde há mecanismos eficientes para o diálogo entre os povos indígenas e as autoridades nacionais para implementar respostas culturalmente apropriadas aos impactos atuais e futuros da pandemia. Boa comunicação, incluindo o uso efetivo das redes existentes de atenção primária à saúde, e informações precisas e oportunas em idiomas apropriados, e envolvendo aqueles de dentro das comunidades indígenas para ajudar a conceituar estratégias de prevenção e cuidado. Espaços de participação e diálogo podem atender às emergências atuais, mas também contribuir para planos de recuperação econômica e social.

Em 2016, um amplo estudo internacional coordenado pelo Instituto Australiano LOWITJA (2016), que contou com a colaboração de especialistas de diversos países, analisou o estado de saúde e social de povos indígenas e tribais. Entre as principais conclusões e recomendações, o estudo referiu que as condições de saúde e bem-estar são geralmente inferiores para indígenas e povos tribais, embora o nível de desvantagem varie entre nações; ser indígena em um país rico não necessariamente leva a melhores condições de saúde e de bem-estar; os governos nacionais precisam desenvolver respostas específicas e políticas adequadas para a saúde indígena, melhorar o acesso a serviços de saúde e estimular a produção de estatísticas sobre os indígenas no âmbito dos sistemas nacionais de vigilância.

Na pandemia da Covid-19, a APIB - Articulação dos Povos Indígenas no Brasil - organização indígena de atuação nacional, declarou que as perdas verificadas durante a pandemia da Covid-19, especialmente nos primeiros meses ocorreram principalmente entre as pessoas idosas, consideradas como guardiãs do conhecimento, e de lideranças que dedicaram suas vidas à defesa dos territórios (Menezes, 2020), e na defesa da sobrevivência física e cultural de inúmeros povos indígenas. Muito mais do que números, a perda das pessoas também significou a perda de saberes e conhecimento das gerações mais velhas, dada a sua importância nas sociedades de tradição oral (Xakriabá, 2018).

A pandemia de Covid-19 no Brasil expôs de forma contundente e suscitou grande preocupação nas populações de maior situação de vulnerabilidade, dentre elas a população indígena (Fellows et al., 2020 e Sarmiento et al., 2021). De acordo com Luiza Garnelo, “O idoso tem um papel extremamente importante nas sociedades indígenas. Estamos diante de uma perda muito grande do ponto de vista da preservação dessas culturas.” (Millorance, 2020).

Esse fenômeno foi analisado nos primeiros meses da Pandemia da Covid-19 entre os povos indígenas brasileiros, culturas de tradições orais, quando a faixa etária com grande número de óbitos por Covid-19 foi justamente a idosa.

Mallard et al (2020) no artigo: Um chamado urgente para coletar dados relacionados à Covid-19 e populações indígenas globalmente, destaca a importância da coleta de dados epidemiológicos específicos da população indígena, e problematiza acerca da dificuldade quanto à visibilidade destes dados, devido ao fato de muitos países não fazerem esse recorte, o que torna a comparação de dados da população indígena e Não-Indígena de difícil análise. Avaliam que estas populações apresentam indicadores de saúde mais desfavoráveis do que as populações Não-Indígenas nos diferentes países, e que alguns sistemas de saúde se destacam pela coleta regular dos dados, e outros em que, mesmo coletando estes dados, não há consenso suficiente sobre qual realidade os dados estão de fato retratando.

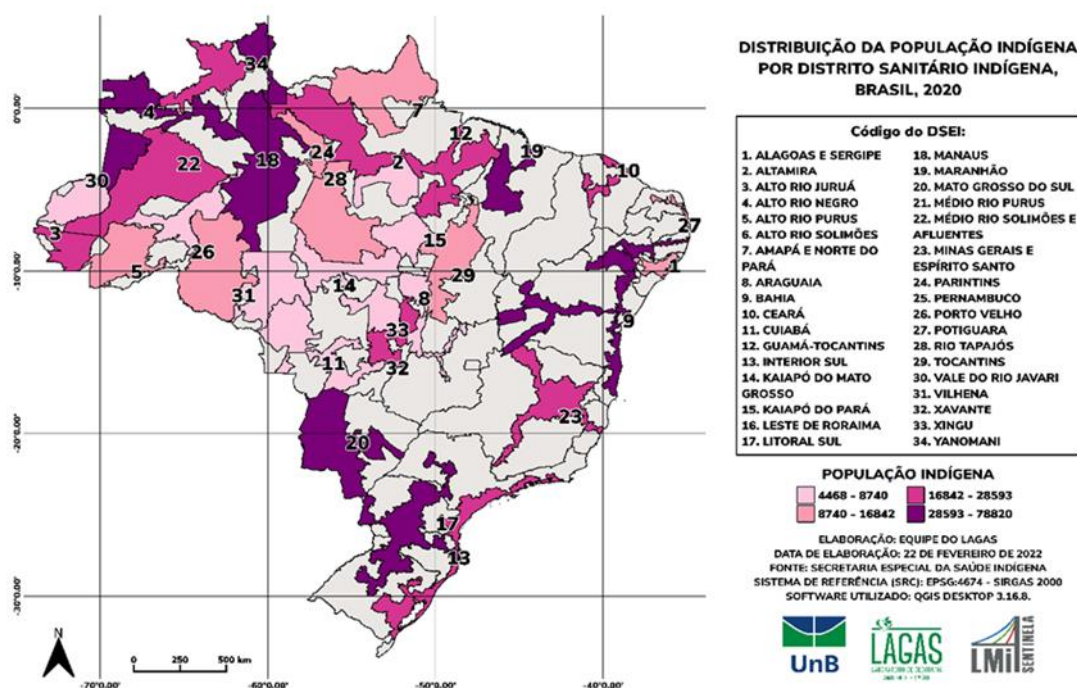
Particularmente no Brasil, os dados oficiais tanto de casos confirmados, quanto de óbitos por Covid-19 na população indígena, vêm sofrendo críticas pelo movimento social indígena por não incluírem o dimensionamento da população indígena que vive fora das terras indígenas, nos centros urbanos, e outras que vivem em territórios ainda não reconhecidos oficialmente. De março de 2020 a setembro de 2021, 52.875 casos confirmados, 437 casos suspeitos e 801 óbitos por Covid-19 foram notificados na população indígena brasileira, conforme dados do Ministério da Saúde SESAI (2021). Número maior de casos foi consolidado pela organização representativa do movimento social indígena, a APIB (Silva, 2020).

Mallard et al (2020) analisaram situações específicas de alguns dos países (localidades e etnias), e estimaram o percentual da população indígena com relação à população geral. O maior percentual identificado foi na Nova Zelândia; os casos confirmados de Covid-19 (por 100 mil), e a correspondente taxa encontrada entre indígenas e não-indígenas, identificaram que o Brasil e o Peru apresentaram taxas maiores na população indígena, proporcionalmente à população Não-Indígena. Os países que apresentaram resultados mais favoráveis à população indígena são os que os autores identificaram como tendo, desde o início da pandemia, coletado dados de forma oportuna e mais completa, favorecendo um planejamento para uma resposta mais adequada, e citam a Austrália, a Nova Zelândia e o Canadá.

1.2 Modelo de atenção à saúde indígena no Brasil

No âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro, foi criado em 1999, o subsistema de saúde indígena, que tem como missão garantir o acesso às ações de atenção primária aos povos indígenas. Na Figura 8, observa-se a distribuição da população indígena residente em áreas indígenas, e pelos Distritos Sanitários Especiais Indígena.

Figura 8. Distribuição da População Indígena por DSEI, Brasil, 2020



Fonte: Ministério da Saúde/SESAI,2020

De acordo com a PNASPI, a organização dos serviços de saúde deve levar em conta a territorialização: a população adscrita e suas características socioeconômicas, demográficas, culturais, ambientais e epidemiológicas. Observa-se, 20 anos após a criação do subsistema, que ainda persistem indicadores de saúde, como o da mortalidade infantil, que evidenciam a iniquidade em saúde quando comparados os índices da população geral e da população indígena.

No caso brasileiro, Mendes et al (2018), afirmam que, embora o Subsistema de Saúde Indígena tenha crescido na sua estrutura para oferta de serviços de saúde de atenção primária nos territórios indígenas nos últimos anos, ainda há um conjunto de indicadores de saúde que demonstram resultados da população indígena aquém da população geral do país, configurando um cenário de desigualdades.

Ao observar os Planos Distritais de Saúde Indígena 2020-2023 (Ministério da Saúde, 2020), revela-se vária diversidade de situações que envolvem a organização da rede de serviços de atenção primária nos territórios indígenas onde atuam os trabalhadores participantes da pesquisa, em que pesa a dimensão do acesso geográfico nos serviços e na dinâmica de trabalho das equipes de saúde. Foram utilizados dados secundários que traduzem a situação de 2020 quanto à organização dos serviços nos DSEI.

De acordo com os dados analisados, o modelo adotado para a organização dos DSEI não difere de uma região para outra do país. Há um conjunto de normativas elaboradas no âmbito do Ministério da Saúde que definem as diretrizes organizacionais da saúde indígena, e estas baseiam-se principalmente na Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do SUS, e na Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Apresentaremos uma síntese de alguns destes instrumentos no que diz respeito ao modelo de atenção e à organização dos serviços de saúde. É importante observar como o critério Geográfico está presente e é considerado fator relevante para estas definições, em conjunto com as dimensões socioculturais e epidemiológicas que definem esses serviços.

Para viabilizar o modelo de atenção à saúde nos territórios indígenas, uma das evidências é a cartela de serviços presentes em cada DSEI, segundo a nomenclatura e definição adotada pelo Ministério da saúde, conforme a Portaria GM/MS 1.801 de 2015, que define a tipologia dos serviços de saúde no âmbito do SASUS e traz as seguintes definições para os subtipos de estabelecimentos de saúde: I - Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); II - Polo Base (PB); III - Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI); e IV - Casa de Saúde Indígena (CASAI). As características e ações previstas para estes serviços estão descritas no Quadro 4.

O total de estabelecimentos por subtipo no território nacional é de 1274. O total de UBSI era de 814 nas três tipologias, sendo que o maior número de UBSI é do tipo I, que atende aldeias entre 50 e 250 habitantes (585 UBSI I, 71%), seguida pela UBSI tipo II que atende aldeias acima de 250 e abaixo de 500 habitantes (168 UBSI II, 20,6%), e a UBSI tipo III que atende

aldeias acima de 500 habitantes (61 UBSI III, 7,49%). Para os 324 Polos Base, 218 são do tipo I, com sede nas aldeias, e 106 são do tipo II, com sede na área urbana de um município em sua área de abrangência.

Quadro 4 – Serviços por Tipologia – Saúde Indígena, Basil, 2020

SUBTIPO/Total de Unidades*	CARACTERÍSTICAS**	ATRIBUIÇÕES**
<p>Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)</p> <p>Total: 34</p>	<p>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.</p>	<p>A Sede do DSEI é a unidade de coordenação das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, que desenvolve também atividades de saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social visando à integralidade da saúde dos povos indígenas</p>
<p>Polo Base (PB)</p> <p>Total: 324</p> <p>Tipo I: 218</p> <p>Tipo II: 106</p>	<p>Os PB são subdivisões territoriais dos DSEI, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica/administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita, configurando-se como primeira referência para os agentes indígenas de saúde e saneamento que atuam nas aldeias, podendo sua sede estar localizada numa aldeia indígena ou em uma área urbana de Município</p>	<p>A Sede de Polo Base Tipo I (PB-I), localizada em aldeia, é a unidade destinada concomitantemente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI.</p> <p>A Sede de Polo Base Tipo II (PB-II), localizada em área urbana, é a unidade destinada exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento com uma estrutura definida e adaptada a partir das necessidades das comunidades assistidas.</p>
<p>Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)</p> <p>Total: 814:</p> <p>Tipo I: 585</p>	<p>UBSI Tipo I é construída em aldeias que possuem população mínima de referência entre 50 (cinquenta) e 250 (duzentos e cinquenta) indígenas, que possuem Agente Indígena de Saúde (AIS), e se situem a uma distância mínima do PB de referência que pode ser percorrida em até 2 (duas) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre.</p> <p>UBSI Tipo II é construída em aldeias que possuem população mínima de referência entre 251 (duzentos e cinquenta e um) e 500 (quinhentos) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades básicas de saúde tipo II, tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 1 (uma) hora por meio de acesso fluvial ou terrestre.</p>	

Tipo II: 168	UBSI Tipo III é construída em aldeias que possuem população mínima de referência acima de 501 (quinhentos e um) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades básicas de saúde tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 3 (três) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre e deverá ofertar atendimento de profissional de nível superior (geralmente é médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico ou dentista que integram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) de no mínimo 20 (vinte) dias mensais.
Tipo III: 61	
Casa de Saúde (Indígena) (CASAI)	A CASAI é o estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo destinada também aos acompanhantes, quando necessário
Total: 75	

Fonte: * Planos Distritais de Saúde Indígena – 2020; ** Portaria GM/MS 1801 de 2015

Os serviços de saúde (Quadro 2) estão cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), conforme critérios estabelecidos na Portaria SAS/MS 1.317, de 2017.

Destacamos que a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (PNASPI, 2002) tem um papel central na configuração da atenção primária na saúde indígena. De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, esta equipe pode ter em sua composição: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de Enfermagem/técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal / técnico em saúde bucal, Agente Indígena de Saúde – AIS. Define que os profissionais médicos, odontólogos, auxiliar de saúde bucal / técnico em saúde bucal e AIS podem estar vinculados a mais de uma equipe. Os profissionais enfermeiros e auxiliares/técnicos de Enfermagem não podem estar vinculados a mais de uma equipe.

São atribuições das equipes multidisciplinares de saúde indígena NOTA TÉCNICA Nº 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS estão em acordo com as atribuições da atenção primária, com foco nas ações de vigilância em saúde e devem observar o atendimento humanizado, a diversidade sociocultural dos povos indígenas, conhecendo a realidade das famílias indígenas e suas características socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, respeitando os saberes e práticas tradicionais dos povos indígenas.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) desempenham papel fundamental na saúde indígena. São trabalhadores indígenas e membros de sua comunidade, o que fortalece o protagonismo indígena na organização e no desenvolvimento de ações inovadoras e adequadas aos variados contextos das comunidades.

De acordo com relatos de trabalhadores da saúde indígena, as EMSI têm diferentes dinâmicas nos territórios. Dois relatos (Quadro 5) que demonstram algumas destas diferenças por profissionais de saúde:

Quadro 5- Relatos atuação EMSI em dois DSEI – Região Sul-Sudeste e Região Norte

Dsei da região Sul-Sudeste	Dsei da Região Norte
<p>Na região Sul do Brasil o acesso às aldeias indígenas, se dá, majoritariamente, pelo modal terrestre, no entanto, existem algumas aldeias cujo acesso se dá por via fluvial. Em geral, na região sul, o acesso às aldeias não é difícil, como ocorre em muitas localidades da região Amazônica, por exemplo.</p> <p>No DSEI que abrange as aldeias dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, a maioria das aldeias se localizam próximas a centros urbanos. A aldeia mais distante se localiza a cerca de 70 km do município de referência. As condições das estradas, de forma geral, são boas, exceto em períodos muito chuvosos em que as condições dos trechos não asfaltados pioram. Os veículos utilizados são caminhonetes com tração 4x4, uma vez que grande parte dos percursos são realizados em estrada não pavimentada.</p> <p>Os veículos utilizados pelo DSEI fazem duplo trabalho: transporte/deslocamento das EMSI e transporte sanitário de pacientes para consultas, exames e procedimentos na rede SUS de referência.</p> <p>O transporte sanitário de urgência e emergência que exige veículos com suporte avançado é realizado por meio do SAMU. As EMSI acionam o SAMU municipal.</p> <p>As equipes de saúde indígena não pernoitam em área indígena, ao contrário, elas se deslocam todos os dias para as aldeias, a partir de um município de referência. Nesse sentido, os atendimentos à saúde são realizados de segunda à sexta feira, todos os dias úteis do ano.</p> <p>Todas as UBSI contam com rede elétrica de energia e a comunicação das equipes se dá</p>	<p>No território de responsabilidade sanitária do DSEI, cuja sede administrativa situa-se em um município de do interior do Amazonas e na região de fronteira, o acesso às aldeias indígenas se dá, majoritariamente, pelo modal fluvial, sendo que algumas ações ocorrem por via área.</p> <p>Em geral, o acesso às aldeias é difícil, pois o território é grande e as comunidades são muito dispersas. Além disso, eventos extremos de seca e cheia dos rios interferem diretamente no acesso. Parte do território faz fronteira com outros municípios do estado do Amazonas, bem como com municípios do estado do Acre e também com o Peru.</p> <p>Para acessar as comunidades mais distantes, a depender das condições climáticas, pode ser necessário realizar uma viagem de barco por um período de 15 dias seguidos. Até a atualidade, por vezes, para realizar essas viagens, são disponibilizados barcos pequenos (que não possuem estrutura mínima: sem banheiro e cozinha, por exemplo) para transportar a equipe e os usuários entre o município e as comunidades. Para o transporte aéreo são priorizadas as ações de vacinação, o atendimento às urgências e emergências e outras ações específicas.</p> <p>Contudo, ainda ocorre atendimento à urgência e emergência por meio de transporte fluvial. O município não possui transporte sanitário aéreo e, ocasionalmente, apoia o DSEI com transporte fluvial para atender às emergências.</p> <p>Devido ao custo e às difíceis condições de acesso, as equipes de saúde indígena chegam a passar 100 dias consecutivos dentro do território indígena (sem retornar ao município). Desta forma, elas se organizam e levam materiais de limpeza, higiene e alimentação para todo esse período. Em relação à presença de outros profissionais de apoio, não há profissionais administrativos, de serviços gerais ou outros que componham as equipes. Desta forma, todo</p>

<p>por internet (whats app e email) ou rede telefônica.</p> <p>Existem duas dinâmicas de entrada em área indígena:</p> <p>a) EMSI fixa que trabalha em uma UBSI específica em uma determinada aldeia ou em um conjunto de aldeias vizinhas e próximas umas às outras, com rotina de atendimento diário.</p> <p>b) EMSI voltante que trabalha em várias UBSI de várias aldeias, com rotina de visitas e atendimentos de, no mínimo, 1 vez por semana em cada aldeia.</p>	<p>o trabalho que usualmente é realizado por esses profissionais em unidades de saúde, é efetuado pela própria equipe de saúde. Além disso, os atendimentos podem ocorrer a qualquer hora e em qualquer dia da semana, tendo em vista que a equipe de saúde do DSEI é o único serviço de saúde disponível em todo o território.</p> <p>As equipes do DSEI não possuem estrutura adequada nem suporte laboratorial para apoio diagnóstico dentro do território indígena. Assim, no caso de necessidade e havendo disponibilidade de transporte, os exames complementares são realizados apenas nos municípios, sendo que diversas vezes se faz necessário o deslocamento para municípios vizinhos, tendo em vista as limitações encontradas no município sede do DSEI.</p> <p>Poucas comunidades contam com rede elétrica e Internet, ainda sendo necessária a comunicação por meio de rádio amador entre as comunidades.</p>
---	--

Elaborado pela autora, adaptado de dois depoimentos de trabalhadores da Saúde Indígena

Os PDSI 2020-2023 apresentaram a distribuição dos serviços nos 34 DSEI, consideradas as áreas de maior, média ou menor dificuldade de acesso geográfico, que apresentam o número de estabelecimentos de saúde indígena por Subtipo; estão citados: CASAI, CAPAI, UBSI tipo I, UBSI tipo II, UBSI tipo III, Polo Base tipo I Polo Base tipo II, Sede do DSEI, Escritório local e CAF (Assistência Farmacêutica).

Entre os Polos Base tipo I por agrupamento, encontramos que 61% estão no agrupamento de Maior DAG, 21,1% no de Média DAG e 22,4% no Menor DAG. Entre os Polos Base tipo II 43,3% estão no agrupamento de Maior DAG, 26,4% das unidades estão no agrupamento de Média DAG e 30,1% no agrupamento Menor DAG.

No agrupamento de Maior DAG, concentra-se o maior número de Polos Base tipos I e II (179 unidades, 55,2%), no agrupamento de Média DAG (74 unidades, 22,8%), e no de Menor DAG (81 unidades, 25%).

O conjunto de DSEI do agrupamento Maior DAG tem 38 CASAI, 253 UBSI I, II, III e 179 Polos Base. O conjunto de DSEI do agrupamento Média DAG tem 26 CASAI, 311 UBSI I, II, III e 74 Polos Base. O conjunto de DSEI do agrupamento Menor DAG tem 11 CASAI, 250 UBSI I, II, III e 81 Polos Base.

Há serviços informados pelos DSEI (PDSI, 2020) que não constam nos instrumentos relatados acima, no entanto, são serviços estruturados nos DSEI que surgem a partir de demandas locais, caso das CAPAI, para as quais não há uma diretriz quanto às suas atribuições ou composição das equipes, mas que funcionam como casas descentralizadas de apoio para indígenas em trânsito para tratamento de saúde. São arranjos que os DSEI organizam para atender situações que não estavam previstas nas suas definições originais.

Outros serviços, como os de Assistência Farmacêutica e Escritórios Locais, respondem a arranjos que foram sendo implantados conforme as necessidades devidas as distâncias geográficas do Município sede do DSEI de outras localidades da área de abrangência dos DSEI.

Observa-se que a distribuição destes estabelecimentos por tipologia não configura uma distribuição equitativa no país, um exemplo é o total de UBSI do agrupamento de Média DAG (311) ser superior ao total de UBSI I, II e III do agrupamento de Maior DAG (253). O total de UBSI no agrupamento de Menor DAG (250) é muito próximo do agrupamento de Maior DAG (253). A estruturação dos serviços no território demanda maiores custos e capacidade logística nos fluxos existentes quanto maior seja a população atendida, sua diversidade étnica e cultural e dispersão no território com grandes distâncias a serem percorridas e as vias de acesso disponíveis.

Os DSEI atendem ao conjunto diferenciado de terras indígenas, que pode ser 1 (uma) mas com grande área em KM², e aí podemos citar o vale do Javari/Am e população indígena com menos de 10 mil habitantes e com grande diversidade étnica, ou outros com mais de vinte 27 terras indígenas, caso do DSEI Alto Rio Solimões/AM com população de mais de 70 mil indígenas e grande diversidade étnica. O processo de regularização fundiária destas terras encontra-se em etapas diferentes e há situações de população indígena atendida nas sedes dos municípios pelos DSEI em todas as regiões do país.

A Atenção Primária em Saúde nos territórios indígenas tem um fluxo estabelecido entre os tipos de serviços, traduzindo-se como uma forma diferenciada de organização dos serviços, como apresentado na Figura 9.

Figura 9: Organização do DSEI e Modelo Assistencial.



Fonte: Ministério da Saúde/SESAI,2020

Algo a destacar quanto à organização³ dos DSEI, é que suas respectivas áreas de abrangência podem coincidir com parte do território de um ou mais municípios, e em alguns casos com mais de um estado, pois, a lógica do desenho dos DSEI e suas áreas de conexão pelas quais se dão os fluxos de pessoas e insumos, atende a lógica das terras indígenas de uso tradicional destas populações, anteriores as definições territoriais dos municípios.

Um dos serviços que a saúde indígena organiza nos territórios é referente ao saneamento ambiental. Apresentamos os dados do PDSI 20-23 por agrupamento de Maior, Média e Menor DAG, e que incluem a infraestrutura de saneamento edificada nas áreas indígenas: (a) aldeias

³ A NOTA TÉCNICA Nº 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, traz definições importantes para a organização dos serviços e gestão das ações de atenção primária, e foi elaborada com base com consulta aos DSEI e controle social da saúde indígena. Elaborou definições para a organização de núcleos temáticos nos DSEI, que demonstram a visão sistêmica na organização dos serviços nos territórios nas interfaces da atenção primária e vigilância em saúde, tendo definido núcleos temáticos assim denominados: Núcleo 1 - Análise de Situação de Saúde; Núcleo 2 - Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação Permanente; Núcleo 3 - Saúde das Mulheres e das Crianças; Núcleo 4 - Promoção da Saúde (contempla Medicina Tradicional e valorização dos saberes e das práticas indígenas; protagonismo indígena) e Núcleo 5 - Prevenção e Controle das Doenças e dos Agravos.

com infraestrutura de abastecimento de água - quantidade de aldeias com infraestrutura de abastecimento de água; (b) aldeias com fornecimento de água - quantidade de aldeias com fornecimento de água realizado pela empresa de saneamento do município sede da aldeia; (c) aldeias com banheiros - quantidade de aldeias com banheiros (em funcionamento); (d) aldeias com coleta de resíduos - quantidade de aldeias com coleta de resíduos domésticos realizada pela empresa de saneamento do município sede da aldeia ou por empresa contratada pelo DSEI.

No agrupamento de Maior DAG, com 2948 aldeias, 22,1% das aldeias tinham infraestrutura de abastecimento de água, nenhuma aldeia era atendida com fornecimento de água pelo município, 2,58% das aldeias tinham banheiros e 2,82% das aldeias tinham coleta de resíduos. Não foram encontrados dados conclusivos sobre saneamento relativos ao DSEI Médio Rio Purus.

No agrupamento de média dificuldade de acesso, com 2.304 aldeias, 67,4% das aldeias tinham infraestrutura de abastecimento de água, 0,61% das aldeias eram atendidas com fornecimento de água pelo município, 13,93% das aldeias tinham banheiros, e 1,82% das aldeias tinham coleta de resíduos. Observou-se que o DSEI Bahia e o DSEI Cuiabá apontaram que não possuem informações sobre “quantidade de aldeias com banheiros (em funcionamento)”. O DSEI Leste de Roraima informou que 2,6% de suas aldeias possuem “sistemas de tratamento de água.” O DSEI Pernambuco não informou se dispõe de coleta de resíduos. O DSEI Interior Sul informou que possui fornecimento de água realizado por concessionária, por caminhão-pipa e por alternativa individual.

No agrupamento de Menor DAG, com 847 aldeias, 72,02% das aldeias tinham infraestrutura de abastecimento de água, 19,36% das aldeias eram atendidas com fornecimento de água pelo município, 41,79% das aldeias tinham banheiros e 44,27% das aldeias tinham coleta de resíduos.

Considerados os três agrupamentos com 6099 aldeias, 46,11% das aldeias (corresponde a 2812 aldeias) tinham infraestrutura de abastecimento de água, 2,92% das aldeias (corresponde a 178 aldeias) eram atendidas com fornecimento de água pelo município, 12,31 %% das aldeias (corresponde a 751 aldeias) tinham banheiros, e 8,2% das aldeias (corresponde a 500 aldeias) tinham coleta de resíduos.

De acordo com estes dados e a classificação dos três grupos em níveis de dificuldade de acesso geográfico, observa-se que quanto maior a dificuldade de acesso geográfico, menor número de aldeias são atendidas pelo sistema de saneamento ambiental.

O controle social na saúde indígena é composto pelas seguintes por instâncias colegiadas (SESAI,2018):

i) Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) – composto por indígenas, a configuração obedece a critérios locais: por etnia, ou por Polo Base, ou por conjunto de aldeias - é uma instância permanente, consultiva e propositiva. Atualmente, são 390 CLSI em todo o país.

ii) Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) – há um por DSEI e é composto por: usuários indígenas (50%), trabalhadores (25%), gestores e/ou prestadores de serviços da saúde indígena (25%) – é instância permanente e deliberativa;

iii) Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI) – composto pelos presidentes dos 34 CONDISI, Organizações Indígenas Regionais, Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SINDCOPSI) e representantes indígenas junto ao Conselho Nacional de Saúde; é instância colegiada permanente e consultiva.

1.3 A Organização da Resposta Covid-19 na Saúde Indígena

Na pandemia da Covid-19 foi instituída a criação da Equipe de Resposta Rápida, pela Portaria SESAÍ N°55/2020, para realizar ações nas terras indígenas relacionadas prioritariamente às emergências em saúde pública, e as decorrentes da pandemia. Para a atuação desta nova equipe nos territórios foram definidos alguns critérios: a equipe deveria permanecer em isolamento domiciliar fora das terras indígenas e entrar em área quando acionada. Esta equipe deveria contar os insumos e logística adequada para sua atuação. Instituída em abril de 2020, esta equipe era formada por um médico, dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem, e estaria contratada por um período de três meses, com possibilidade de prorrogação. Relatório do SINDICOPSI alertou que algumas Equipes de Resposta Rápida estavam atuando na substituição de trabalhadores das EMSI afastados durante a pandemia da Covid-19. Estas equipes passaram a compor o quadro de trabalhadores dos DSEI, agregando uma nova estratégia para as situações de surtos e de emergência em territórios indígenas (Ministério da Saúde, 2020).

Outra estratégia adotada pela SESAÍ nos 34 DSEI foi a instituição das Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI). Estas unidades foram organizadas nos Polo Base tipo 1 ou nas UBSI, preferencialmente nas unidades que ficassem próximas a pistas de pouso na

Amazônia, ou com localização estratégica para deslocamentos fluviais ou terrestre. O objetivo foi de fortalecer os serviços de atenção primária nos territórios, encaminhar os casos graves para atenção hospitalar, e criar uma alternativa para tratamento e acompanhamento dos casos leves de Covid-19 nas áreas indígenas que não precisassem de atendimento hospitalar, além de realizar a testagem para confirmação de casos suspeitos (Ministério da Saúde/SESAI, 2020). A composição das equipes das UAPI definida pela SESAI foi de um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. A equipe de Resposta Rápida também poderia atuar nesta unidade (Ministério da Saúde, 2020).

Para organizar estes serviços no território, além de aditivar convênios visando a contratação de profissionais de saúde e apoiar todas as unidades instaladas, a SESAI investiu até o final de junho de 2020, R\$ 6.501.072,50 (seis milhões, quinhentos e um mil e setenta e dois reais e cinquenta centavos) para a Aquisição de materiais médicos hospitalares; kit de teste rápido Anti Covid-19 IgG/IgM Rapid Test; aquisição de equipamento de proteção individual; locação de meios de transporte; aquisição de máscaras descartáveis e máscaras N-95; Álcool Etílico Hidratado Em Gel 70% 150 MI; Álcool Etílico Hidratado Teor Alcoólico de 70%, Frasco de 5000 MI; aquisição de equipamento para uso de profissionais de saúde; aquisição de TESTES RÁPIDOS; aquisição de medicamento; aquisição de materiais de limpeza para higienização; aquisição de kit de oxigênio; aquisição de controlador de carga, equipamento de energia solar e antena, entre outros insumos.

1.4 Força de trabalho que atua nos DSEI

A PNASPI (2002) conceitua os serviços de saúde e o papel das equipes multidisciplinares de saúde indígena – EMSI na rede de saúde indígena. Na organização e definição da distribuição dos serviços de saúde presentes do território, a Nota Técnica Nº 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS apresenta diretrizes para os Polos Base e para a atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena. Para os Polos Base, dentre outras atribuições, estão a definição da rota de deslocamento das EMSI, de maneira a considerar as necessidades de saúde, os aspectos étnico-culturais das comunidades, as condições de acesso ao território, os recursos logísticos disponíveis, eventuais conflitos, entre outros fatores. Na composição das EMSI, cita: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem / técnico

de enfermagem, auxiliar de saúde bucal / técnico em saúde bucal, Agente Indígena de Saúde – AIS, sendo que os profissionais médicos, odontólogos, auxiliar de saúde bucal / técnico em saúde bucal e AIS, podem estar vinculados a mais de uma equipe. Os profissionais enfermeiros e auxiliares / técnicos de enfermagem não podem estar vinculados a mais de uma equipe. Indica que a depender do perfil epidemiológico da população atendida, pode incorporar outros profissionais em sua composição (SESAI, 2018).

Apresentamos a distribuição do total das vagas dos trabalhadores da saúde indígena nos DSEI, e a distribuição do total da população indígena por DSEI em 2020, por agrupamentos, segundo critérios de acesso geográfico.

No agrupamento de Maior DAG, (Tabela 1). a população indígena estimada é de 304.064 indivíduos, e havia disponíveis 6.101 vagas para trabalhadores. No agrupamento de Média DAG, a população indígena estimada é de 226.893 indivíduos, e havia disponíveis 4.671 vagas para trabalhadores. No agrupamento de Menor DAG, a população indígena estimada é de 230.703 indivíduos e havia disponíveis 3.438 vagas para trabalhadores. Os três agrupamentos totalizam uma população de 761.660, e 14.210 vagas para os trabalhadores por meio das conveniadas (Ministério da Saúde,2020).

Tabela 1 - Distribuição da População Indígena e das Vagas para Trabalhadores da Saúde Indígena, por Agrupamento Maior, Média e Menor Dificuldade de Acesso Geográfico. Brasil, 2020

AGRUPAMENTO	UF dos DSEI	População Indígena 2020*	Vagas para trabalhadores da saúde Indígena por DSEI, 2020**
Maior DAG	AC, AM, AP, MT, PA e RR	304064	6101
Média DAG	AM, BA, GO, MA, MT, PE, RO e RR	226893	4671
Menor DAG	AL,SE,CE,MG,ES,MS,PB,SP,PR,SC,RS e TO	230703	3438
Total		761660	14210

FONTE: SIASI/SESAI/MS *data de extração: 25/06/2020 e data de referência: 31/03/2020 Sujeitos à alteração por alimentação e qualificação, Fonte: SESAI/Ministério da Saúde consulta em 25/9/2021. ** Fonte: SESAI, 07/2020.

Quando considerada a divisão dos três agrupamentos a partir dos critérios de acesso geográfico elencados, e a divisão do número de vagas de trabalhadores por população adstrita no ano de 2020, observa-se que a distribuição de vagas não é equitativa (Tabela 1). Uma das

possibilidades é que o número de vagas para trabalhadores da saúde indígena nos agrupamentos Maior DAG e Média DAG poderia estar aquém da necessidade de organização dos serviços de saúde nestas localidades. Este resultado pode estar relacionado à classificação adotada para a definição de cada agrupamento e às condições de trabalho oferecidas a estes trabalhadores: quanto maior for a dificuldade de acesso Geográfico, há menos estruturas disponíveis para apoiar a atuação das equipes de saúde e de saneamento nos territórios indígenas, o que pode desfavorecer ou atrair trabalhadores para atuar em determinadas regiões.

Na distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígena, população indígena atendida pelos DSEI e vagas disponíveis para trabalhadores contratados via conveniadas, o primeiro agrupamento (que reúne os DSEI de Maior DAG), aparece com o maior número de DSEI, bem como de população adstrita, e de vagas para contratação de trabalhadores. No entanto, quando se observa a proporção do número de trabalhadores por população adstrita, o terceiro agrupamento (que se caracteriza pela Menor DAG) tem a melhor proporção com 67,1%, (Tabela 2) superior aos demais agrupamentos.

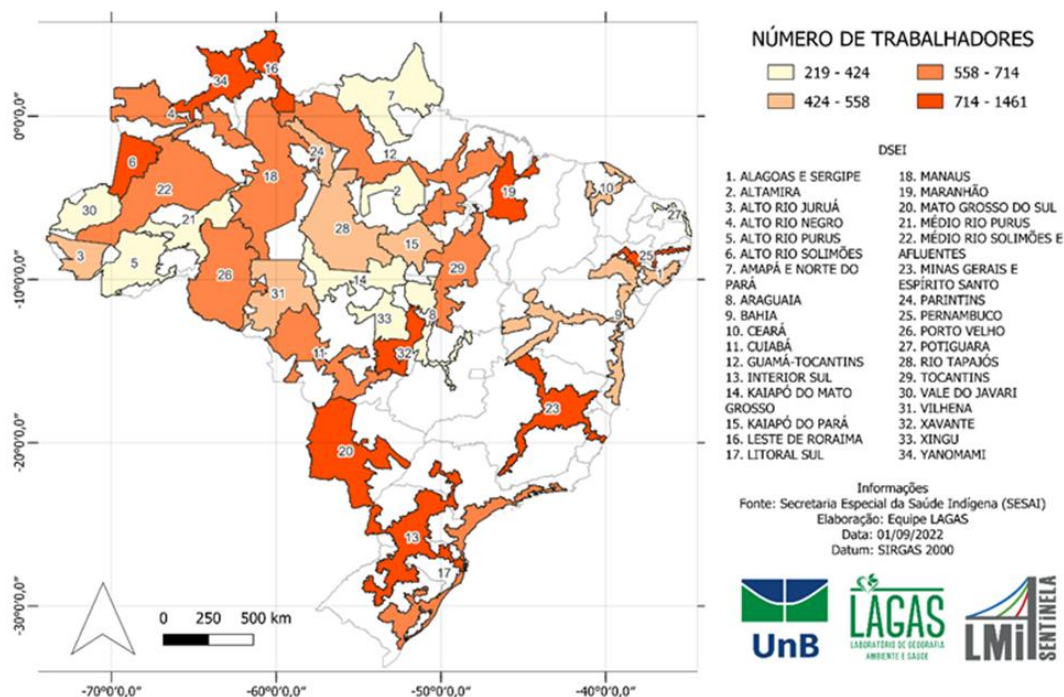
Tabela 2: Percentual dos DSEI, população indígena e vagas de trabalhadores por agrupamento maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico, Brasil, 2020

Agrupamento	DSEI, 2020*	População nos DSEI por agrupamento, 2020 (%)*	Vagas para trabalhadores nos 34 DSEI, 2020 (%)*	Proporção de número de trabalhadores pela população indígena
Maior DAG	47,00%	39,90%	42,9%	49,8
Média DAG	29,40%	29,70%	32,8%	48,5
Menor DAG	23,50%	30,20%	24,1%	67,1

Elaborado pela autora. FONTE: SIASI/SESAI/MS *

A distribuição das vagas dos trabalhadores nos 34 DSEI pode ser observada na Figura 10, sendo que o gradiente de cores vai da mais clara para os DSEI com menor quantidade de trabalhadores, para a mais escura, para os DSEI com maior número de trabalhadores.

Figura 10: Número de trabalhadores contratados nos 34 DSEI/convênios, 2020, Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/SESAI,2020

Destacamos o total de trabalhadores de algumas categorias profissionais, com base no PDSI de 2020, entre as quais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, por agrupamentos de maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico, e incluímos a população residente da área de abrangência dos DSEI.

No entanto, pode-se analisar, a partir dos dados secundários coletados, que há um padrão nacional para o modelo de atenção à saúde nos 34 DSEI adotado no Brasil, devido às grandes diferenças locais, cuja organização responde à atenção primária em saúde. A atuação das equipes tem como referência o perfil epidemiológico da população, com o desenvolvimento de ações de atenção primária orientada pela vigilância em saúde nos territórios. Nesse sentido, pode-se afirmar que a saúde indígena adota um modelo integrado de organização: ao mesmo tempo em que executa ações que visam atender à ampla maioria dos problemas de saúde nos territórios, com base nos atributos organizativos da atenção primária, também executa ações de vigilância ao elaborar a análise de situação de saúde, monitorar e atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças.

De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, o indicador Número de Profissionais de Saúde por Habitante, que mede a disponibilidade de profissionais de saúde por categorias selecionadas segundo a sua localização geográfica, é calculado por:

$$\frac{\text{número de profissional residente, da categoria de saúde específica}}{\text{população total residente}}$$

A proporção de trabalhadores contratados pela população nas categorias de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento (Tabela 3) foi de 1,37% para o agrupamento de Maior DAG, de 1,62% para o de Média DAG e de 1,16% para o de Menor DAG.

Tabela 3: População, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agrupamento com maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico (1). PDSI, Ministério da Saúde, 2020.

Agrupamentos	A	B		C		D	
	População Indígena	N	B/A	N	C/A	N	D/A
Maior DAG	304064	129	2.357,0	581	523,3	1.285	236,6
Média DAG	226893	52	4.363,3	315	720,2	730	310,8
Menor DAG	230703	105	2.197,1	293	787,3	638	361,6

FONTE: SIASI/SESAI/MS *data de extração: 25/06/2020 e data de referência: 31/03/2020 Sujeitos à alteração por alimentação e qualificação, Fonte: SESAI/Ministério da Saúde consulta em 25/9/2021. ** Fonte: SESAI, 07/2020

O agrupamento de menor dificuldade de acesso tem a melhor proporção entre o número de profissionais e a população adscrita com 2.197,1 pessoas por médico. O agrupamento de Maior DAG tem a melhor proporção de enfermeiros por população atendida, com 523,3 pessoas por enfermeiro e 236,6 pessoas por cada técnico de enfermagem.

Tabela 4: População e número agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, agrupamentos com maior, média e menor dificuldade de acesso geográfico (2). PDSI, Ministério da Saúde, 2020.

Agrupamentos	A	B		C	
	População Indígena	N	B/A	N	C/A
Maior DAG	304064	1.713	177,5	523	581,3
Média DAG	226893	1.413	160,5	1.069	212,2
Menor DAG	230703	933	247,2	636	362,7

FONTE: SIASI/SESAI/MS *data de extração: 25/06/2020 e data de referência: 31/03/2020 Sujeitos à alteração por alimentação e qualificação, Fonte: SESAI/Ministério da Saúde consulta em 25/9/2021. ** Fonte: SESAI, 07/2020

O agrupamento de média dificuldade de acesso tem a melhor proporção entre o número de profissionais e a população adscrita, com 160,5 pessoas por Agente Indígena de Saúde, e 212,2 pessoas por Agente Indígena de Saneamento (Tabela 4).

Importante registrar que os critérios utilizados para alocar vagas de cada categoria profissional por DSEI não estão publicizados.

O número de vagas para trabalhadores nos 34 DSEI em julho de 2020 (Ministério da Saúde/SESAI,2020) por meio das conveniadas, era de 14.210 trabalhadores. Considerado o contingente total de trabalhadores da saúde indígena com vínculo CLT por meio das conveniadas, haviam 14.086 trabalhadores contratados em junho/2020, sendo 8781 indígenas (62,33%) e 5.305 não-indígenas (37,66%). Entre os indígenas, 2.727 trabalhadores femininos (31,05%) e 6.054 masculinos (68,94%). Entre os não-indígenas, 3.506 trabalhadores femininos (66,08%) e 1.799 masculinos (33,91%), (Ministério da Saúde/SESAI,2020). A tabela salarial dos trabalhadores é unificada para os 34 DSEI, por categoria profissional, entre os contratados por meio das instituições conveniadas. Ou seja: um profissional da enfermagem que atua em um DSEI do Amazonas recebe o mesmo salário que um profissional da enfermagem que atue em qualquer outra parte do país nesta função.

O contingente expressivo de indígenas entre os trabalhadores da saúde nos DSEI tem o potencial de fortalecer o diálogo intercultural das equipes de saúde e de saneamento nos territórios. Pode implicar numa maior capilaridade dos serviços de saúde nos territórios, além de garantir renda para as famílias destes trabalhadores indígenas. Consideradas todas as modalidades de vínculo existentes (convênio, terceirizados e servidores), em 2023 a força de trabalho da saúde indígena era composta por 52% de indígenas (Ministério da Saúde, 2023).

Os dados disponíveis de 2020 não permitiram identificar o conjunto da força de trabalho pelos critérios de faixa etária, escolaridade e tempo de trabalho na saúde indígena.

Rocha (2020) analisou que entre os 7 DSEI do Amazonas em 2020, os trabalhadores da linha frente do enfrentamento da Covid-19 nos territórios eram da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuaram na vigilância, promoção da saúde, cuidado integral e segurança de povos indígenas e trabalhadores de saúde, além dos agentes indígenas de saúde presentes na ampla maioria das aldeias. Carvalho et al (2016) referem que médicos, enfermeiros e odontólogos compõem hegemonicamente a força de trabalho na atenção primária no Brasil, quando consideradas as ocupações de nível superior de escolaridade.

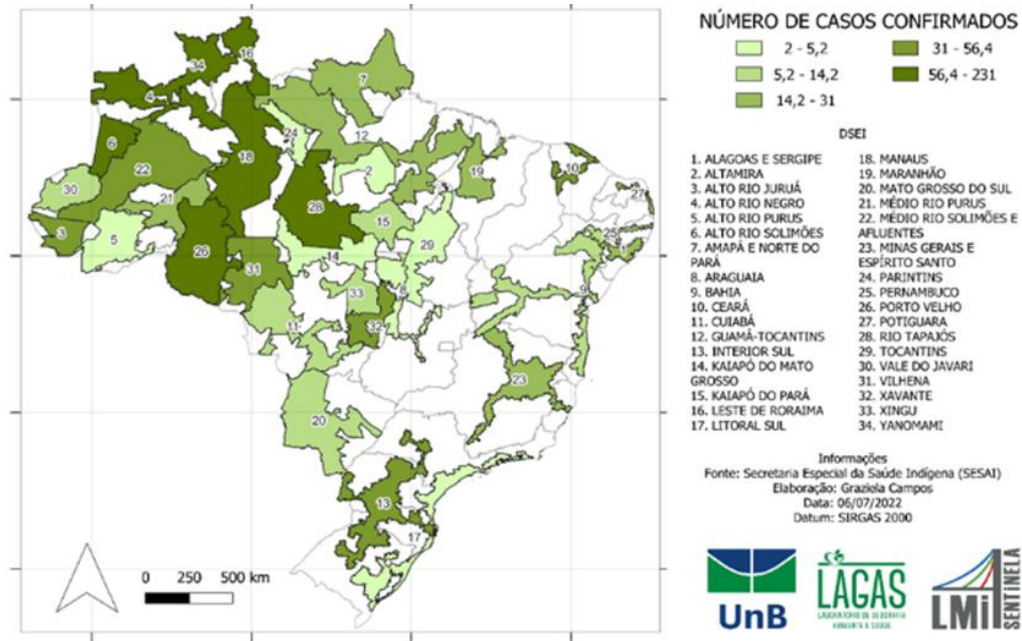
1.5 Casos de síndrome gripal e Covid-19 entre trabalhadores dos 34 DSEI

Os dados analisados neste subtópico foram obtidos por meio da LAI 12.527/2011 junto ao Ministério da Saúde. No agrupamento de Maior DAG, em todos os DSEI os trabalhadores foram afetados seja com a Síndrome Gripal ou Covid-19. Foram reportados à SESAI 540 casos confirmados de síndrome gripal e 793 casos de Covid-19 entre os trabalhadores no período analisado, de abril a julho de 2020. Os DSEI com os maiores números de casos informados à SESAI no período analisado foram: Alto Rio Negro (com 455 vagas de trabalhadores, 84 casos de síndrome gripal e 231 de Covid-19) e Yanomami (com 734 vagas de trabalhadores, 211 casos de síndrome gripal e 94 de Covid-19). As categorias de trabalhadores mais afetadas foram: técnicos de enfermagem, enfermeiros e serviços gerais.

No agrupamento de Média DAG, em todos os DSEI os trabalhadores foram afetados seja com a Síndrome Gripal ou Covid-19. Foram reportados à SESAI 164 casos confirmados de síndrome gripal e 302 casos de Covid-19 entre os trabalhadores no período analisado de abril a julho de 2020.

No agrupamento de Menor DAG, em todos os DSEI os trabalhadores foram afetados seja com a Síndrome Gripal ou Covid-19. Foram reportados à SESAI 186 casos confirmados de síndrome gripal e 154 casos de Covid-19 entre os trabalhadores no período analisado de abril a julho de 2020. Os DSEI com os maiores números de casos informados à SESAI no período analisado foram Ceará (com 279 vagas de trabalhadores, 55 casos de síndrome gripal e 41 de Covid-19) e Minas Gerais e Espírito Santo (com 449 vagas de trabalhadores, 46 casos de síndrome gripal e 15 de Covid-19). As categorias de trabalhadores mais afetadas foram: técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e enfermeiros. Apresentamos a distribuição dos trabalhadores da saúde indígena afastados por Covid-19 (Figura 11) e Síndrome Gripal dos 34 DSEI, com base em dados de abril a julho de 2020 fornecidos pelo Ministério da saúde.

Figura 11: Profissionais afastados nos DSEI por Covid-19 e síndrome gripal de abril a julho de 2020



Fonte: Ministério da Saúde/SESAI, 2020

Albuquerque et al (2023) analisaram como fatores de risco para infecção pelo SARS-CoV-2 entre trabalhadores da saúde da linha de frente em Pernambuco: ser técnico de enfermagem, não usar sempre EPI durante o atendimento de pacientes com Covid-19 e ter sofrido respingo nos olhos.

CAPÍTULO 3 - PERFIL DOS TRABALHADORES E SUAS OPINIÕES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS DIFERENTES LOCAIS DE ATUAÇÃO NO BRASIL

1.1 O Inquérito Nacional Realizado

Este capítulo irá apresentar e discutir os dados do inquérito nacional realizado entre os trabalhadores da saúde indígena, divididos em duas partes: na primeira parte o perfil dos trabalhadores é caracterizado pelas variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor e tempo de trabalho na saúde indígena; na segunda parte são apresentados e analisados os dados referentes ao conhecimentos e práticas dos trabalhadores no contexto do primeiro ano da pandemia de Covid-19 nos territórios indígenas, e dados secundários sobre como a pandemia atingiu os trabalhadores da saúde indígena nos 34 DSEI. Dados coletados por meio da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) serão inseridos em um dos subcomponentes. Abordamos alguns temas com os trabalhadores de acordo com as normativas vigentes em 2020, tais como: Planos de Contingência, Notas Informativas, Informes técnicos, Protocolos Sanitários e Recomendações do Ministério Público Federal, entre outras orientações técnicas amplamente divulgadas para o conjunto dos serviços dos DSEI. A pesquisa bibliográfica ofereceu subsídios para a discussão dos resultados apresentados.

Por condições de trabalho, consideram-se as situações relacionadas aos meios físicos e materiais (Veodato et al, 2021) do contexto de atuação dos trabalhadores da saúde na pandemia, bem como as medidas adotadas pela Gestão para proteger a saúde dos trabalhadores, dado o risco de contaminação e adoecimento implicado.

Os dados foram agrupados segundo o critério de acesso geográfico dos 34 DSEI: Maior Dificuldade de Acesso Geográfico (Maior DAG), Média Dificuldade de Acesso Geográfico (Média DAG) e Menor Dificuldade de Acesso Geográfico (Menor DAG). Além destas categorias, os dados também foram agrupados em nível nacional (agrupamento Brasil), e trabalhadores indígenas e trabalhadores não-indígenas.

Apresentamos uma breve descrição da normativa publicada pelo Ministério da Saúde no Brasil em agosto de 2020 intitulada “Protocolo Sanitário de Entrada em Territórios Indígenas - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019” (Brasil, 2020): este Protocolo destina-se aos trabalhadores da saúde indígena que atuam na atenção primária no âmbito dos DSEI. Foi recomendada a aplicação deste protocolo a outras

instituições em caso de ingresso em terras e territórios indígenas, enquanto perdurasse a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 (Brasil, 2020). O protocolo prevê, entre outras medidas, que o trabalhador deve informar sua condição, quando suspeito de ter sido contaminado ou como caso confirmado, por meio de documentos de três autodeclarações: de saúde (grupo de risco), de sinais ou sintomas gripais, e a de cumprimento do isolamento domiciliar.

Parte das questões do inquérito foram elaboradas com o seguinte formato: quando convidados a opinar sobre algumas afirmações referentes às condições de trabalho, foram apresentadas três alternativas de resposta: (a) concordo, (b) concordo parcialmente e (c) discordo. A pesquisa tomou como referência para todas as questões que utilizaram este formato as seguintes interpretações: a variável (a) concordo: significa que trabalhadores consideram que é a situação mais comum observada na realidade onde atuam; na variável (b) concordo parcialmente: significa que os trabalhadores consideram que a situação ocorre na realidade onde atuam, mas pode não ser a mais comum; e na variável (c) discordo: significa que é quando a afirmação não corresponde à realidade onde atuam.

No inquérito foi incluída uma questão aberta: Qual o principal aprendizado que você obteve durante a pandemia para aprimorar o seu trabalho na saúde indígena? Foi utilizada uma ferramenta de processamento de dados para análise, o software IRaMuTeQ, versão 0.7 e do R, versão 3.2.1. O uso desta ferramenta possibilitou definir uma classificação dos textos dos participantes a partir da frequência e correlação entre os termos mais presentes e a geração de imagens deste conjunto de textos, nas quais destacam-se os aspectos mais relevantes da sua experiência no contexto no primeiro ano da pandemia (Salviati, 2017).

1.2 Perfil dos Trabalhadores da saúde indígena

A pesquisa utilizou as variáveis sexo (Castro, 2019), escolaridade, faixa etária, (Negri, 2022), raça/cor – de acordo com os critérios de autodeclaração adotados pelo IBGE (2010) –, e tempo de trabalho na saúde indígena, para analisar o perfil dos trabalhadores que participaram do inquérito.

De acordo as funções que ocupam nos DSEI, destacaram-se entre as de nível superior: 382 enfermeiros (33,4%), 84 cirurgiões dentista (7,3%), 36 assistentes sociais (3,1%), 32 nutricionistas (2,8%) 31 farmacêuticos / bioquímicos (2,7%). Entre as de nível médio, 356 técnicos de enfermagem (31%) participaram da pesquisa.

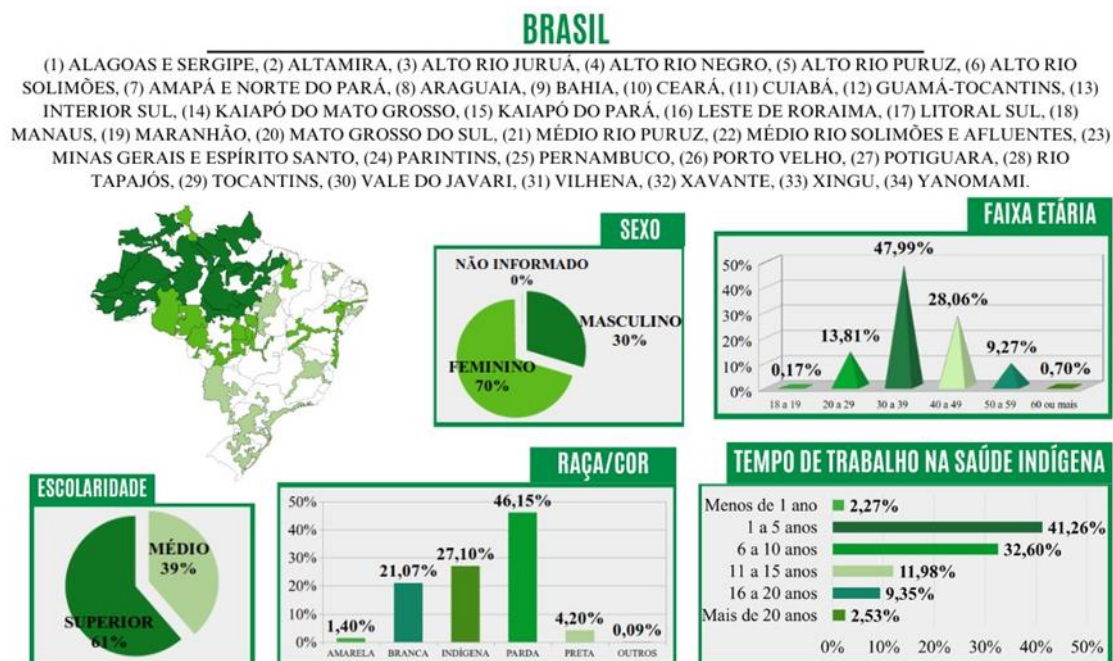
Estes resultados refletem as categorias de trabalhadores que têm mais disponibilidade de vagas para contratação para atuar nestes serviços de saúde com níveis médio e superior de escolaridade. Parte expressiva no contingente dos trabalhadores contratados nos DSEI por meio das conveniadas e com vínculo via CLT são os Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígena de Saneamento (6.825 nas duas categorias). Entre os trabalhadores de nível médio, especialmente técnicos de enfermagem (3477 em junho de 2020) e auxiliares de saúde bucal (390 em junho de 2020), mais de 50% se declararam indígena⁴.

A maioria (66,78%) dos respondentes tem mais de 4 anos de atuação na área de saúde indígena. Isso indica que já atuavam neste contexto pelo menos dois anos antes do início da pandemia da Covid-19.

No agrupamento Brasil (Figura 12), que inclui os trabalhadores dos 34 DSEI, observa-se que a ampla maioria é composta por pessoas que se declaram do sexo feminino (70,1%), têm nível superior de escolaridade (61,4%), se declararam pardos (46,15%), indígenas (27,1%), e a faixa etária mais referida é a de 30 a 39 anos (48%), seguida pela faixa etária de 40 a 49 anos (28%). Quanto ao tempo de trabalho na saúde indígena dos trabalhadores incluídos na amostra, 41,3% referiram entre 1 e 5 anos de atuação, e 32,6% referiram entre 6 e 10 anos, portanto, já estavam na saúde indígena antes do início da pandemia da Covid-19. Do total de trabalhadores que compõem a amostra, somente 2,3% estavam há menos de um ano na saúde indígena.

⁴ Na média de atendimentos de saúde por habitante nos 34 DSEI (SESAI/MS, 2023), as categorias profissionais que se destacam são: técnicos de enfermagem (7,12), agentes indígenas de saúde (5,18), enfermeiros (3,11), médicos (0,71) e odontólogos (6,08). Não temos disponível os dados referentes a 2020

Figura 12. Agrupamento Brasil, Perfil dos Trabalhadores. Inquérito Brasil, 2020



Elaborado pela autora. Os DSEI estão numerados do 1 ao 34 por ordem alfabética e correspondem ao total de DSEI implantados no país. Os dados sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade e tempo de trabalho na saúde indígena corresponde ao total de questionários válidos da pesquisa e abarca participantes dos 34 DSEI.

A feminização da força de trabalho em saúde no Brasil é um fenômeno que foi apontado por Wermelinger et al (2010), quando analisam que a participação feminina varia de 53% no Acre a 73% na Paraíba. Para algumas categorias profissionais, os índices encontrados foram acima de 80%, como no caso das nutricionistas e das enfermeiras.

Um aspecto explorado no inquérito foi comparar o estado da residência e o local de atuação dos profissionais da saúde indígena. Os resultados apresentaram maior proporção de trabalhadores que somente trabalhavam nos estados de Mato Grosso e do Pará em relação aos que residiam, enquanto no Amapá, há maior número de trabalhadores que residiam em relação aos que trabalhavam no estado.

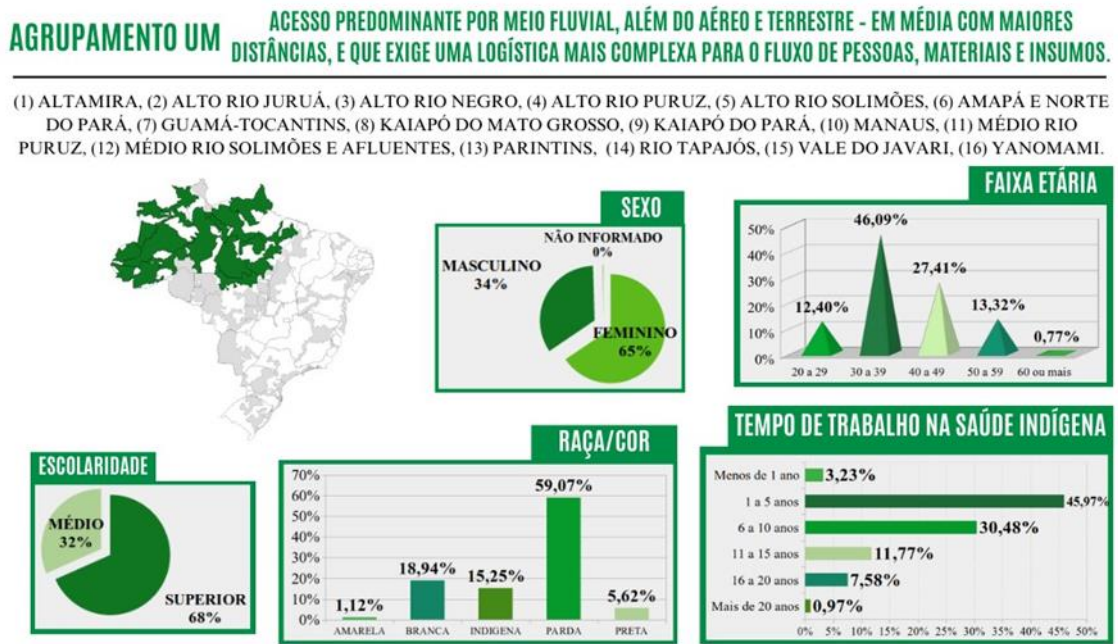
O agrupamento Maior DAG (Figura 13) é composto por 623 (10,8%) trabalhadores participantes da pesquisa, de um universo de 6101 vagas, distribuídas nos 16 DSEI (SESAI,2020) considerados de maior complexidade no acesso geográfico localizados na região Norte do país e na Amazônia legal. É onde há o maior número de DSEI (47%) entre os três agrupamentos. 65,5% dos participantes são pessoas que se declararam do sexo feminino – abaixo do percentual encontrado no agrupamento Brasil; 68,4% se declararam com nível superior de escolaridade - percentual acima do encontrado no agrupamento Brasil. Quanto a

raça/cor, observa-se que 59% se declaram pardos - portanto acima do encontrado no agrupamento Brasil-, 19% se declararam brancos e 15% indígenas – ambos abaixo do agrupamento Brasil (21% e 27% respectivamente). Essa amostra não representa o perfil dos trabalhadores da região em análise, conforme esclarecido no início deste subcapítulo. A faixa etária do agrupamento acompanha a tendência nacional da amostra, situando-se o intervalo de 30 a 39 anos com 48% dos participantes da amostra, e 29% no intervalo entre 40 a 49 anos. Quanto ao tempo de trabalho na saúde indígena, entre 1 e 5 anos corresponde a 46% dos participantes; e entre 6 e 10 anos, corresponde a 31% dos participantes, valores próximos do perfil nacional.

A análise da proporção de trabalhadores indígenas comparada ao agrupamento nacional indica que menos trabalhadores indígenas que aí atuam responderam ao questionário; sendo a Amazônia legal a região onde se situam todos os DSEI deste agrupamento, é então proporcionalmente a região com o maior número de terras indígenas - 58,4% (Instituto Socioambiental, 2022), e responde por 98,25% da extensão das áreas das terras indígenas no país. De acordo com o IBGE (2010), a distribuição demográfica da população indígena no território nacional é de 37,4% na região Norte, 25,5%, na região Nordeste, 15,9%, na região Centro-Oeste, 11,9% na região Sudeste e 9,7% na região Sul. Algumas ponderações poderiam explicar essa diferença, influenciando na composição da amostra quanto à participação de trabalhadores indígenas neste agrupamento, mas não temos como dimensionar se estes receberam o link do questionário em suas localidades, além da dificuldade de acesso à internet em áreas remotas da Amazônia brasileira, o que evidencia uma das limitações do estudo, por utilizar a coleta dos dados por meio remoto.

Quanto ao setor do DSEI que os participantes da pesquisa informaram trabalhar: 17 em casas de apoio, 181 em CASAI, 169 em DIASI, 18 em Equipes de Resposta Rápida, 592 em Polo Base/UBSI/EMSI, 1 CONDISI, 6 no SELOG, 29 no SESANI, 80 nas Unidades de Atenção Primária Indígena e 51 em outros.

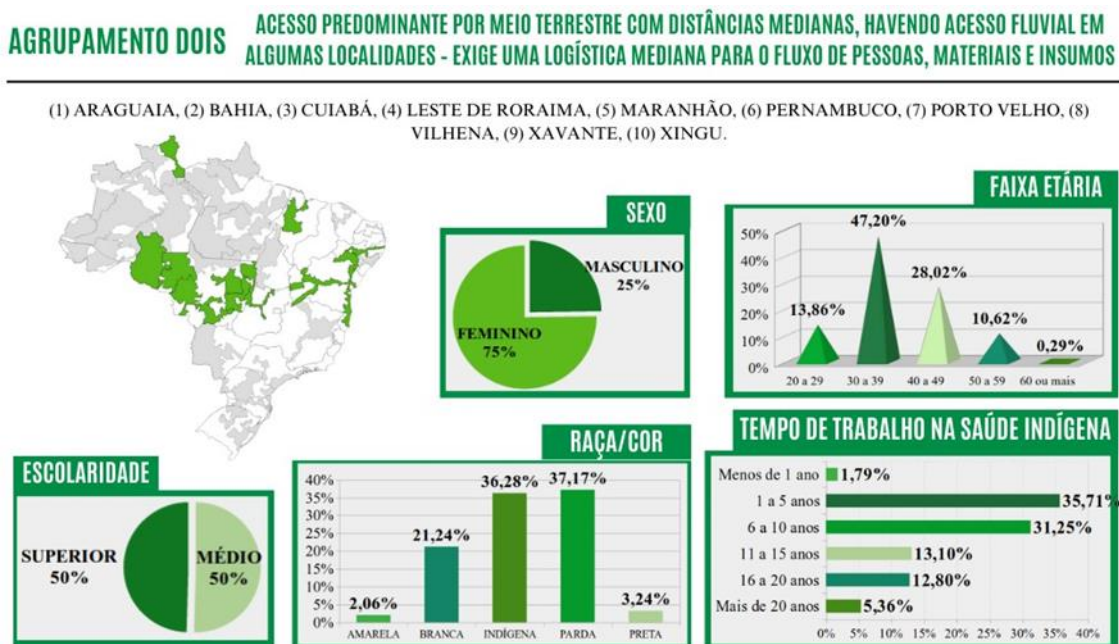
Figura 13– . Agrupamento Maior DAG, Perfil dos Trabalhadores. Inquérito Brasil, 2020



Elaborado pela autora. Perfil dos Trabalhadores, Inquérito, Brasil, 2020

No agrupamento Média DAG (Figura 14), composto por 339 (7,3%) trabalhadores participantes da pesquisa, de um universo de 4671 vagas distribuídas nos 10 DSEI (SESAI, 2020) considerados de média complexidade no acesso geográfico e localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, 75% dos participantes da pesquisa se declararam do sexo feminino, e se dividem na mesma proporção quanto ao nível de escolaridade: 50% nível superior e 50% nível médio; e neste aspecto se diferenciam da proporção encontrada no agrupamento Brasil. Quanto a raça/cor, encontramos 37% para parda e 36% para indígena. Na faixa etária, 47% referiram entre 30 e 39 anos, e 28% entre 40 e 49 anos de idade, semelhante ao agrupamento Brasil. Quanto ao tempo que trabalham na saúde indígena, 35% referiram entre 1 e 5 anos, e 31% entre 6 e 10 anos.

Figura 14- Agrupamento Média DAG, Perfil dos Trabalhadores. – Inquérito, Brasil, 2020



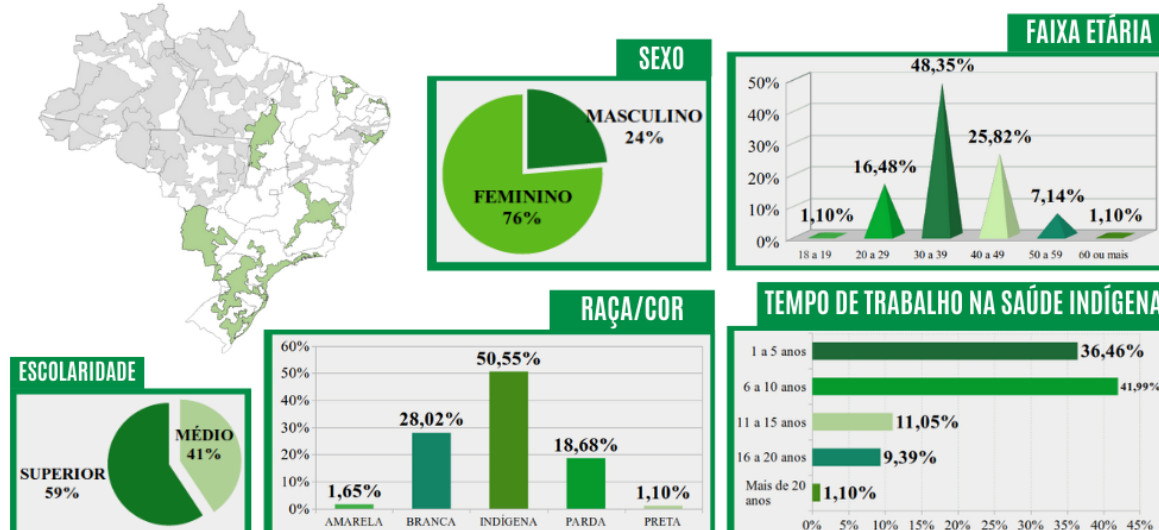
Elaborado pela autora. Perfil dos Trabalhadores, Inquérito, Brasil, 2020

O Agrupamento Menor DAG (Figura 15) é composto por 182 trabalhadores participantes da pesquisa de 8 DSEI distribuídos em todas as regiões do país. Para o nível de escolaridade, 59,3% referiram nível superior e 40,7% referiram nível médio. Para a raça cor, 50,5% referiram indígena, 28% branca e 18,7% parda. Foi o agrupamento com a maior participação de indígenas. A faixa etária entre 30 e 39 anos foi referida por 48,3% dos participantes. Quanto ao tempo de trabalho na saúde indígena, 41,8% referiram entre 6 e 10 anos e 36,3% entre 1 e 5 anos. Nenhum participante deste agrupamento referiu trabalhar há menos de um ano na saúde indígena neste agrupamento.

Figura 15 - Agrupamento Menor DAG, Perfil dos Trabalhadores. Inquérito, Brasil, 2020

AGRUPAMENTO TRÊS ACESSO PREDOMINANTEMENTE TERRESTRE E COM MENORES DISTÂNCIAS - EXIGE UMA LOGÍSTICA MENOS COMPLEXA PARA O FLUXO DE PESSOAS, MATERIAIS E INSUMOS

(1) ALAGOAS E SERGIPE, (2) CEARÁ, (3) INTERIOR SUL, (4) LITORAL SUL, (5) MATO GROSSO DO SUL, (6) MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO, (7) POTIGUARA, (29) TOCANTINS.



Elaborado pela autora. Perfil dos Trabalhadores, Inquérito, Brasil, 2020

1.3 Perfil dos Trabalhadores por Agrupamentos de Trabalhadores Indígenas e Não-Indígenas,

O agrupamento Indígena é composto por 310 trabalhadores (Figura 16), que se autodeclararam indígena. A pesquisa não incluiu pergunta sobre a etnia ou língua dos participantes.

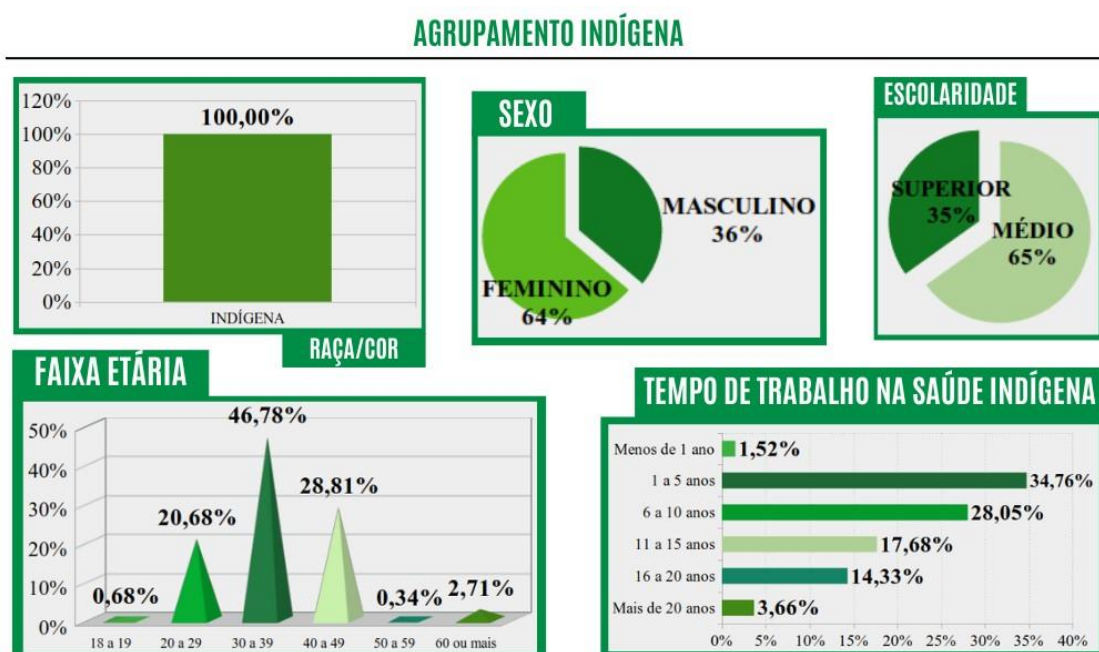
Este agrupamento corresponde a 27,1% dos participantes da pesquisa; 64% são do sexo feminino, acompanhando a tendência do agrupamento Brasil. 65% são de nível médio de escolaridade, inverso ao agrupamento Brasil. A faixa etária de 30 a 39 anos segue a tendência do agrupamento Brasil e alcançou 46,78% entre os participantes. Quanto ao tempo de trabalho na saúde indígena, 34,7% referiram entre 1 e 5 anos. Nesta categoria, não houve participantes em dois DSEI do agrupamento 1 (Maior DAG) e um DSEI do agrupamento 3 (Menor DAG).

Esta diferença pode ser explicada pelo fato de os indígenas com nível médio e superior de escolaridade e com formação na área de saúde começarem a ser incorporados mais

recentemente em maiores quantitativos nas equipes de saúde dos DSEI, e paulatinamente passarem a substituir não-indígenas nas diferentes funções.

Entre os trabalhadores indígenas com nível superior de escolaridade foram referidas, entre outras, as funções de enfermeiros, cirurgiões-dentistas, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas. E de nível médio de escolaridade, diferentes funções que exigem formação técnica: agentes de endemias, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de saúde bucal e técnicos de saneamento, entre outras funções. 90 AIS e AISAN estão entre os 1144 que responderam ao questionário do inquérito, correspondendo a 7,8% dos questionários válidos, e 29% do agrupamento de trabalhadores indígenas.

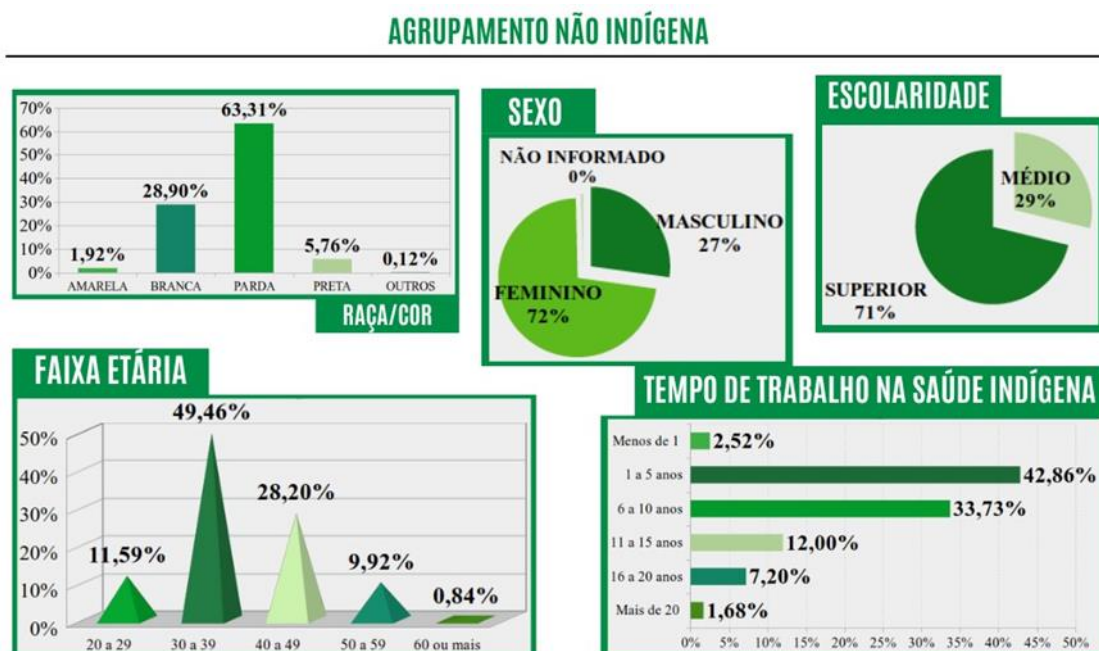
Figura 16- Agrupamento Indígena. Perfil dos trabalhadores. Inquérito, Brasil, 2020



Elaborado pela autora. Perfil dos Trabalhadores, Inquérito, Brasil, 2020

No agrupamento de trabalhadores não-indígenas (Figura 17), com 834 (72,9%) participantes na pesquisa, 72,4% se declararam do sexo feminino, 27,2% do sexo masculino, e 0,4% não informaram. 28,7% referiram ter escolaridade de nível médio, e 71,2% referiram nível superior. Quanto a raça/cor, 46,2% referiram parda e 27,1% branca. Na faixa etária este agrupamento apresenta uma distribuição mais equitativa, com 27,1% de 30 a 34 anos, 22,2% com 35 a 39 anos, e 19,2% com 40 a 44 anos. Sobre o tempo que trabalha na saúde indígena, entre 1 e 5 anos (42,8%), e entre 6 e 10 anos (33,7%).

Figura 17- Agrupamento Não-Indígena. Perfil dos Trabalhadores. Inquérito, Brasil, 2020



Elaborado pela autora. Perfil dos Trabalhadores, Inquérito, Brasil, 2020

A amostra resultou num perfil nacional com maior participação de mulheres trabalhadoras da saúde, maior percentual de pardos, maior participação de trabalhadores com nível superior de escolaridade, maior percentual de trabalhadores que atuam na saúde indígena entre 1 e 5 anos, e que, portanto, já estavam na saúde indígena quando iniciou a pandemia da Covid-19, e maior número de trabalhadores com idades acima de 30 anos.

1.4 Conhecimentos e práticas dos trabalhadores e educação permanente

Neste componente iremos analisar o conjunto das opiniões dos trabalhadores participantes da pesquisa quanto a conhecimentos e práticas no primeiro ano da COVID, no período compreendido entre 23 setembro de 2020 e 9 de janeiro de 2021, antes do início da vacinação. Em setembro de 2020 havia casos notificados da COVID19 em todos os DSEI, e o Ministério da Saúde havia editado algumas normativas com orientações aos DSEI.

1.4.1 Educação Permanente

Qualificar os trabalhadores da saúde no contexto da emergência em saúde pública foi considerado uma ação estratégica para o enfrentamento da Pandemia pela OMS. Por meio das plataformas virtuais (Neri, 2023) do SUS - AVASUS, UNA-SUS e UniverSUS foram ofertados cursos para os trabalhadores da atenção primária da saúde indígena no momento em que a pandemia iniciou e se expandiu em 2020 (Ministério da Saúde, 2020). O ambiente virtual de aprendizagem constituiu-se ferramenta fundamental, devido às características da pandemia da Covid-19, que desaconselhava aglomerações em salas de aula presenciais.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde recomendou aos trabalhadores de nível médio e superior a realização de alguns cursos à distância entre abril e maio de 2020 sobre Covid-19. Esses cursos foram elaborados pela OMS, ou por diferentes instituições de ensino superior (Ministério da Saúde, 2020), e abordavam desde as formas de transmissão, controle das infecções e o papel dos profissionais de saúde na prevenção, às práticas dos profissionais na atenção primária, com adoção de equipamentos de proteção individual e realização de testes diagnósticos (Quadro 6).

Menos de 50% dos participantes cursaram e concluíram os cursos recomendados, considerado o agrupamento Brasil. O curso 1, elaborado pela OMS, foi o que teve maior adesão, e foi o mais mencionado nos documentos orientativos organizados pela SESAI para os 34 DSEI. Observa-se que houve grande variação do percentual de participantes da pesquisa que referiram haver cursado e concluído estes cursos.

O Agrupamento Maior DAG foi o que teve maior adesão percentual nos cursos EAD recomendados quando comparados com o agrupamento Brasil. Com maior dificuldade de acesso a meios de comunicação (Giovanella et al, 2022), sem acesso à internet (10,3% Brasil; 31,6% na região Norte; 16,7% na região Nordeste; 4,3% na região Sudeste; 1% na região Sul e 3,5% na região Centro-Oeste), os trabalhadores da saúde indígena que atuam na região Norte superaram as inúmeras dificuldades de acesso à internet na busca de conhecimento para orientar suas práticas nos serviços.

O curso 9, específico da saúde indígena, foi o que teve menor adesão. Nele, os participantes do agrupamento indígena tiveram maior participação. Os resultados apontam que a oferta de cursos de qualificação de trabalhadores da saúde no contexto da emergência em saúde pública deve fortalecer a participação indígena. Aspectos relacionados ao acesso à

internet, ao alcance da divulgação dos cursos em cada DSEI, às características de cada plataforma que disponibilizou os cursos, e à carga horária de cada um, não foram exploradas pela pesquisa.

Quadro 6. Participação dos Trabalhadores da Saúde Indígena nos Cursos Virtuais sobre Covid-19

	Curso	Instituição	Participação dos Trabalhadores
1	<i>"Doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes, incluindo o Covid-19"</i>	Foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde, disponibilizado pela Escola Virtual de Governo com carga horária de 10 horas. Este curso descreve os princípios fundamentais dos vírus respiratórios emergentes, incluindo o SARS-CoV-2, e como responder efetivamente a um surto. De auto aprendizagem e duração de 10 horas - requisito para contratação dos profissionais de saúde para compor as Equipes de Resposta Rápida (ERR), conforme a Portaria SESAI 55, de abril de 2020 (DOU, 14/04/2020).	Brasil (59%); Maior DAG (67,7%); Média DAG (50,1%); Menor DAG (48,4%); Indígenas (45,5%) e Não-Indígenas (64,6%)
2	<i>"Prevenção e controle de infecções causadas pelo novo coronavírus(Covid-19)"</i>	Foi produzido pela Organização Mundial da Saúde, ofertado e certificado pela Fiocruz Brasília; requisito para contratação dos profissionais de saúde para compor as Equipes de Resposta Rápida (ERR).	Brasil (46%); Maior DAG (52%); Média DAG (40%); Menor DAG (35,7%); Indígenas (35,2%) e Não-Indígenas (49,9%)
3	<i>"Orientações gerais ao paciente com Covid-19 na Atenção Primária à Saúde"</i>	Foi desenvolvido pela Universidade Federal do Maranhão e ofertado pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); requisito para contratação dos profissionais de saúde para compor as Equipes de Resposta Rápida (ERR)	Brasil (45%); Maior DAG (47,5%); Média DAG (43,7%); Menor DAG (39,6%); Indígenas (35,2%) e Não-Indígenas (48,8%)
4	<i>"Manejo da infecção causada pelo novo coronavírus"</i>	Foi ofertado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Brasil (38%); Maior DAG (40,9%); Média DAG (32,4%); Menor DAG (37,9%); Indígenas (30%) e Não-Indígenas (40,9%)
5	<i>"Instruções para execução do teste rápido para detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2"</i>	Foi ofertado pelo Laboratório de Inovação tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Brasil (25%); Maior DAG (27,4%); Média DAG (22,4%); Menor DAG (18,7%); Indígenas (16,5 %) e Não-Indígenas (27,6 %)
6	<i>"Proteção física e psicossocial no trabalho"</i>	Foi ofertado pelo Laboratório de Inovação tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde	Brasil (15%); Maior DAG (16,9%); Média DAG (13,3%); Menor DAG

	<i>em saúde e áreas essenciais no enfrentamento à Covid-19</i>		12,1%; Indígenas (12,3%) e Não-Indígenas (16,1%)
7	<i>“Covid-19: uso seguro de EPI”</i>	Foi ofertado pela AVA-SUS;	Brasil (37%); Maior DAG (35,8%); Média DAG (37,5%); Menor DAG (39,6%); Indígenas (33,5%) e Não-Indígenas (38,1%)
8	<i>“Prevenção e Papel dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) na Pandemia</i>	Foi ofertado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena por meio do Ambiente Virtual de Ensino à Distância e Trabalho Colaborativo do Ministério da Saúde (UniverSUS). O curso tem como público alvo os AIS e os AISAN que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;	Brasil (13%); Maior DAG (11,2%); Média DAG (10,3%); Menor DAG (23,6%); Indígenas (19%) e Não-Indígenas (10,7%)
9	<i>“Curso de Atualização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19”</i>	Foi ofertado pela Fiocruz Brasília	Brasil (16%); Maior DAG (19,1%); Média DAG (9,7%); Menor DAG (19,2%); Indígenas (11,6%) e Não-Indígenas (18,1%)

Elaborado pela autora

1.4.2 Formas de transmissão

Foi apresentado aos participantes da pesquisa um conjunto de alternativas para serem avaliadas quanto às formas de transmissão do coronavírus. Foram consideradas corretas⁵ as alternativas “tosse, espirro e fala” e “pegando objetos de uso coletivo e levando as mãos aos olhos, nariz e/ou boca”. Para as alternativas “picada de mosquito”, “relações Sexuais” e “consumo de legumes e verduras malcozidas”, não havia evidências associadas à transmissão do vírus.

Os participantes, independentemente do agrupamento, indicaram concordância - quando a variação percentual das respostas se situa no intervalo igual ou inferior a 3% com relação ao

⁵ <https://www.paho.org/pt/covid19>

percentual do agrupamento Brasil - com os conhecimentos reconhecidos até aquele momento pelas instituições públicas, baseados em evidências científicas quanto às formas de transmissão. Em abril de 2021 o Ministério da Saúde publicou⁶ informações relativas à transmissão do SARS-CoV-2 por três modos: contato, gotículas ou por aerossol.

Tabela 5 – Formas de transmissão do coronavírus, Brasil, 2020

Formas de transmissão do coronavírus, Brasil, 2020			
Quais são as possíveis formas de transmissão do COVID-19			
Agrupamentos	Não Freq (%)	Sim Freq (%)	Total
<u>Picada de mosquito</u>			
Brasil	1143 (99,9%)		1144
Maior DAG	623 (100%)		623
Média DAG	338 (99,7%)		339
Menor DAG	182 (100%)		182
Indígena	310 (100%)		310
Não Indígena	833 (99,9%)		824
<u>Tosse, Espirro ou fala</u>			
Brasil		1080 (94%)	1144
Maior DAG		581 (93%)	623
Média DAG		329 (97%)	339
Menor DAG		170 (93,4%)	182
Indígena		291 (93,9%)	310
Não Indígena		789 (94,6%)	824
<u>Relações Sexuais</u>			
Brasil	1016 (89%)		1144
Maior DAG	559 (90%)		623
Média DAG	307 (91%)		339
Menor DAG	150 (82,4%)		182
Indígena	283 (91,3%)		310
Não Indígena	733 (87,9%)		824
<u>Consumo de legumes e verduras mal-cozidos</u>			
Brasil	1103 (96%)		1144
Maior DAG	599 (96%)		623
Média DAG	330 (97%)		339
Menor DAG	174 (95,6%)		182
Indígena	299 (96,5%)		310
Não Indígena	804 (96,4%)		824

⁶ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/transmissao>

Pegando objetos de uso coletivo e levando as mãos aos olhos, nariz e/ou boca

Brasil	974 (85 %)	1144
Maior DAG	515 (83%)	623
Média DAG	295 (87%)	339
Menor DAG	164 (90,1%)	182
Indígena	258 (83,2%)	310
Não Indígena	716 (85,9%)	824

Fonte: Inquérito,2020

Os resultados tiveram variações sem significância para “picada de mosquito” (99,9% no agrupamento Brasil), “tosse, espirro ou fala” (94% no agrupamento Brasil), “consumo de legumes e verduras malcozidas” (96% no agrupamento Brasil), e indicaram que os trabalhadores estavam com informação adequada quanto às formas de transmissão do coronavírus. As variáveis que ficaram abaixo de 90% de resposta adequada (alternativa não) foram “relações sexuais” (89% no agrupamento Brasil), e “pegando objetos de uso coletivo e levando as mãos aos olhos, nariz e/ou boca”, (85% no agrupamento Brasil). Nessas duas variáveis o agrupamento Menor DAG (82,4% e 83,2%) foi o que obteve percentuais mais distantes da resposta correta. Quando observamos os agrupamentos indígena e Não-Indígena com relação ao agrupamento Brasil, não houve variação em nenhuma das variáveis analisadas acima do intervalo considerado.

Comparando os resultados do Brasil com cada agrupamento, observa-se que o agrupamento Média DAG foi o que teve maior número de itens de respostas corretas iguais ou acima do nacional. Entre indígenas e Não-Indígenas houve equivalência com relação aos percentuais nacionais.

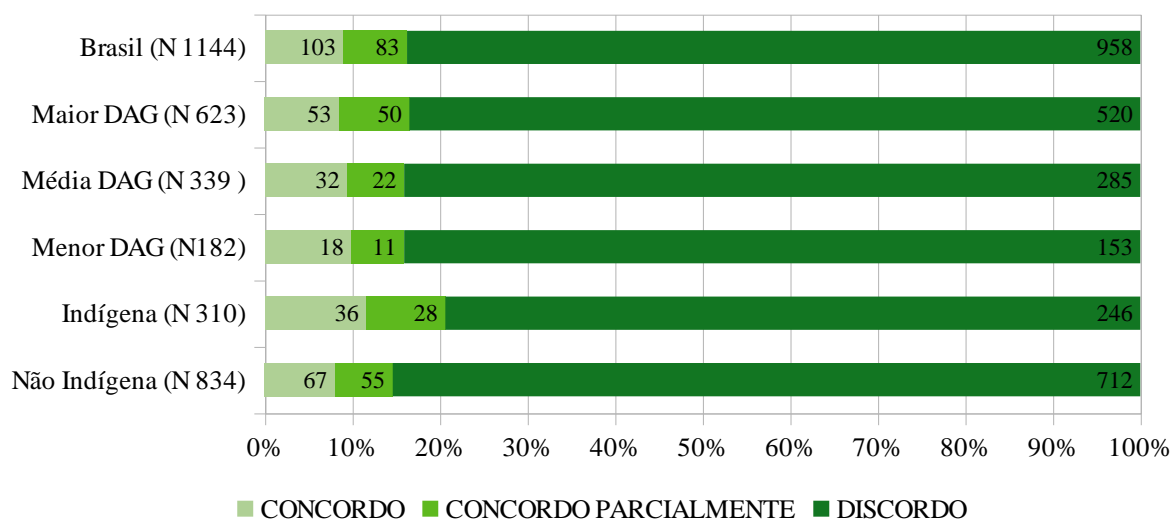
1.5 Trabalhadores Afetados pela Pandemia

Buscando compreender o olhar dos trabalhadores sobre o quanto se percebiam vulneráveis na pandemia enquanto trabalhadores da saúde na atenção primária, foram apresentadas as afirmações presentes neste tópico, para que os participantes indicassem uma das três alternativas de resposta: (a) concordo, (b) concordo parcialmente e (c) discordo.

Na afirmativa “A Covid-19 é uma doença que não afeta seriamente os trabalhadores da saúde indígena” (Figura 18) a ampla maioria dos participantes da pesquisa discordou da afirmação no agrupamento Brasil (83,7%), e encontramos um percentual próximo das respostas

do agrupamento Maior DAG, agrupamento Média DAG e agrupamento Menor DAG (84%), e de não-indígenas (85,4%) com relação ao agrupamento Brasil. A opinião dos trabalhadores indígenas foi de 79,4% na variável discordo, ficando abaixo do percentual nacional.

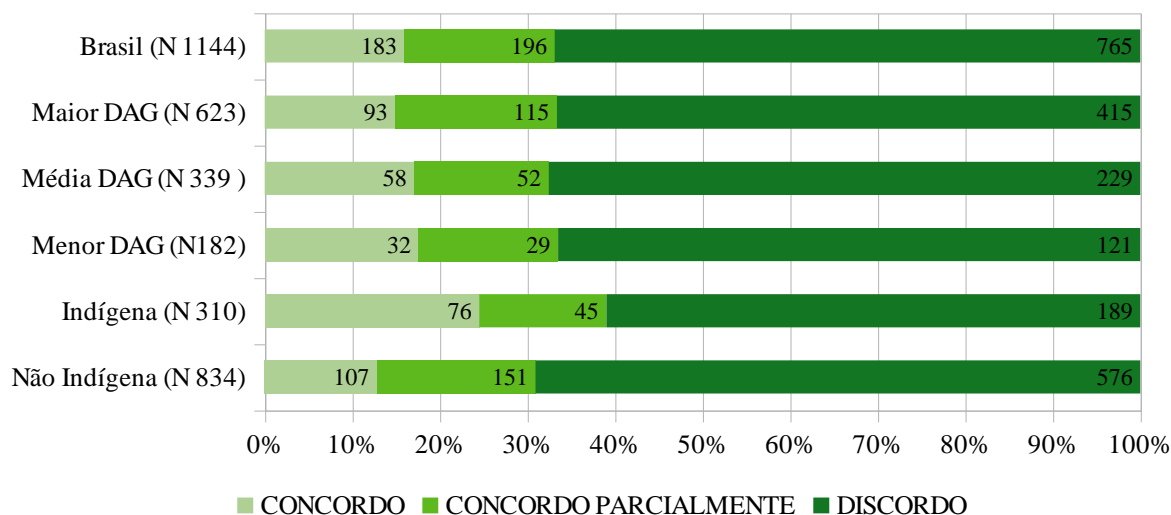
Figura 18 - A Covid-19 é uma doença que não afeta seriamente os trabalhadores da saúde indígena, Brasil, 2020/21



Fonte: Inquérito,2020

Na afirmação “A Covid-19 é uma doença que afeta mais quem trabalha em UPA e hospital” (Figura 19), os trabalhadores participantes da pesquisa não concordaram com a afirmativa apresentada, sendo que no agrupamento Brasil o percentual foi de 66,9% na discordância. Os demais agrupamentos ficaram muito próximos do nacional. O agrupamento indígena discordou em 61% desta afirmativa, e na alternativa concordo ficou 8% acima resultado do agrupamento Brasil.

Figura 19- A Covid-19 é uma doença que afeta mais quem trabalha em UPA e hospital

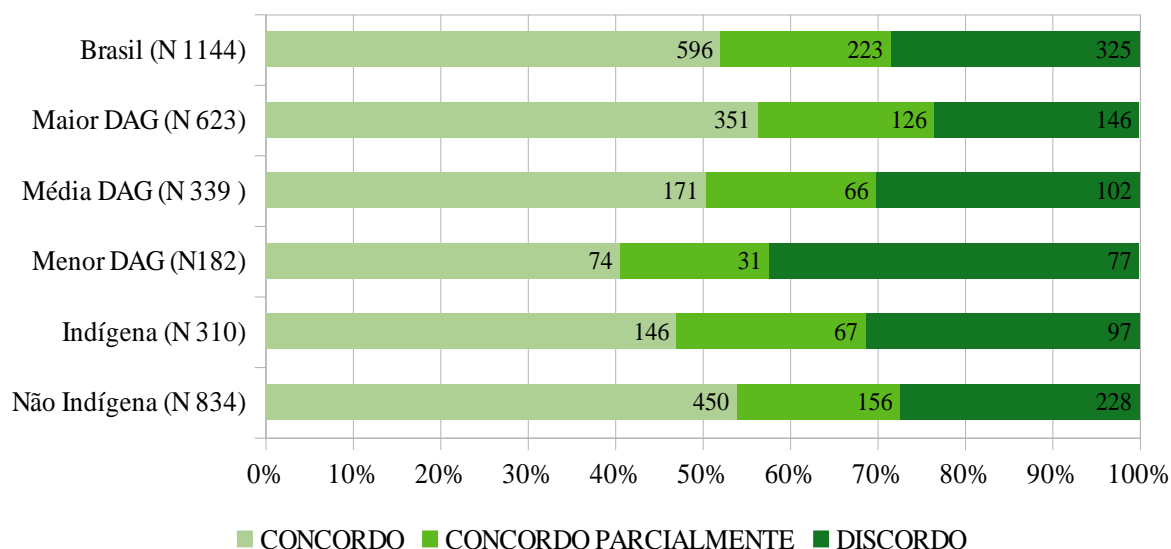


Fonte: Inquérito,2020

De acordo com estes resultados, os trabalhadores da atenção primária indicaram que foram afetados pela pandemia da Covid-19, e não apenas aqueles que atuam nas unidades da média e alta complexidade do Sistema de Saúde.

Nas questões sobre a escala de trabalho, 52% dos trabalhadores no agrupamento Brasil concordaram que “após os primeiros casos confirmados na população indígena pelo DSEI trabalhou mais de 8 (oito) horas por dia” (Figura 20). No agrupamento de Maior DAG esse percentual foi a 56,3%. Sobre as condições de trabalho presente nos serviços de saúde na afirmativa “há muitos colegas com medo de trabalhar nas aldeias, nas CASAI e na sede dos DSEI” 38,5% concordaram no agrupamento Brasil. No agrupamento Menor DAG, 47,3% dos trabalhadores concordaram com esta afirmativa. Trabalhar acima das 8 horas diárias na pandemia pode ser indício da sobrecarga de trabalho dos trabalhadores da atenção primária, e o medo de trabalhar nas aldeias pode estar relacionado às condições precárias enfrentadas por estes trabalhadores no contexto pandêmico.

Figura 20 - Após os primeiros casos confirmados na população indígena pelo DSEI trabalhou mais de 8 (oito) horas por dia



Fonte: Inquérito, 2020

Na afirmativa “Covid-19 não alterou a rotina de trabalho” 46,2% dos trabalhadores no agrupamento Brasil discordaram. Três unidades dos serviços de atenção primária presentes nos territórios foram identificadas como sendo os ambientes de maior risco de exposição para a Covid-19 pelos trabalhadores da saúde indígena, alterando a classificação entre os diferentes agrupamentos: POLO BASE, UAPI e CASAI – para estes três serviços foi orientado organizar espaço físico para isolamento de casos suspeito ou confirmados:

No agrupamento Brasil (1º Polo Base, (2º) Unidade de Atenção Primária Indígena e (3º) CASAI;

No agrupamento de Maior DAG (1º Polo Base, (2º) CASAI e (3º) Unidade de Atenção Primária Indígena;

No agrupamento de Média DAG (1º Unidade de Atenção Primária Indígena, (2º) CASAI e (3º) Polo Base;

No agrupamento de Menor DAG (1º Unidade de Atenção Primária Indígena, (2º) Polo Base e (3º) CASAI;

No agrupamento Indígena (1º Polo Base, (2º) Unidade de Atenção Primária Indígena e (3º) CASAI; e

No agrupamento Não-Indígena (1º CASAI, (2º) Polo Base e (3º) Unidade de Atenção Primária Indígena.

As CASAI ficam localizadas em sedes de municípios e fazem o fluxo do atendimento dos indígenas para unidades de média e alta complexidade do SUS, sendo que, em algumas delas, realizaram o atendimento dos indígenas com sintomas respiratórios entre os residentes em áreas urbanas.

As UAPI e Polos Base estão localizadas em determinadas aldeias para atendimento mais próximo de um conjunto de aldeias situadas em suas áreas de abrangência, e nas quais eram atendidos os casos leves e os contatos dos sintomáticos, seja em busca de testagem, ou de monitoramento das condições de saúde, por já apresentarem sintomas respiratórios. As UAPI foram responsáveis, entre outras ações, pelas notificações dos casos com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal (Ministério da saúde, 2020).

1.6 Maneiras mais Efetivas de Prevenção e Situações de Risco

Foi perguntado sobre as maneiras mais efetivas escolhidas pelos participantes da pesquisa para se prevenir do coronavírus (Tabela 6), e apresentadas 10 alternativas para escolha: distanciamento social; evitar aglomerações; evitar contato com caso suspeito ou confirmado da doença; evitar tocar olhos, boca e nariz; isolamento de casos suspeitos ou confirmados da doença; lavar as mãos com água e sabão; tomar chá de plantas medicinais; tomar vacina da gripe; uso de álcool em gel; uso de máscara; usar repelente para mosquito. Com exceção das alternativas “tomar chá de plantas medicinais” e “usar repelente para mosquito”, as demais foram consideradas pelo Ministério da Saúde como medidas que contribuem para a prevenção.

Tabela 6 – Maneiras mais efetivas de prevenção, Brasil, 2020/21

CINCO maneiras que considere mais efetivas de se prevenir do Novo Coronavírus (COVID-19)			
Agrupamentos	Não Freq (%)	Sim Freq (%)	Total
<u>Uso de Álcool em gel</u>			
Brasil		892 (78%)	1144
Maior DAG		507 (81%)	623
Média DAG		250 (74%)	339
Menor DAG		135 (74,2%)	182
Indígena		247 (79,7%)	310
Não Indígena		645 (77,3%)	824
<u>Uso de Máscara</u>			
Brasil		1093 (96%)	1144

Maior DAG	598 (96%)	623
Média DAG	316 (93%)	339
Menor DAG	179 (98,4%)	182
Indígena	292 (94,2%)	310
Não Indígena	801 (96%)	824

Lavar as mãos com água e sabão

Brasil	987 (86%)	1144
Maior DAG	532 (85%)	623
Média DAG	297 (88%)	339
Menor DAG	158 (86,8%)	182
Indígena	262 (84,5%)	310
Não Indígena	725 (86,9%)	824

Evitar aglomerações

Brasil	902 (79%)	1144
Maior DAG	510 (82%)	623
Média DAG	259 (76%)	339
Menor DAG	133 (73,1%)	182
Indígena	236 (76,1%)	310
Não Indígena	666 (79,9%)	824

Evitar tocar olhos, boca e nariz

Brasil	610 (530%)	1144	
Maior DAG	369 (59%)	623	
Média DAG	159 (47%)	174 (51%)	339
Menor DAG	82 (45,1%)	99 (54,4%)	182
Indígena	154 (49,7%)	310	
Não Indígena	456 (54,7%)	824	

Fonte: Inquérito,2020

Entre as alternativas apresentadas, as cinco mais citadas no agrupamento Brasil foram: uso de máscara (96%); lavar as mãos com água e sabão (86%); evitar aglomerações (79%); uso de álcool em gel (78%); e evitar tocar olhos, boca e nariz (45%). Os demais agrupamentos escolheram as mesmas 5 opções, e com percentuais equivalentes ou próximos do nacional, portanto não houve diferenciação significativa pelo critério de dificuldade de acesso geográfico, ou entre trabalhadores indígenas e não-indígenas.

Entre as menos citadas no agrupamento Brasil estão: distanciamento social (42%); isolamento de casos suspeitos ou confirmados da doença (29%); evitar contato com caso suspeito ou confirmado da doença (28%); tomar vacina da gripe (6%); tomar chá de plantas medicinais (1%); usar repelente para mosquito (0%). Importante destacar que, considerando

tratar-se de uma amostra de trabalhadores da saúde, os percentuais ficaram abaixo do esperado para a maioria das alternativas, com destaque para o distanciamento social.

Um conjunto de questões explorou as opiniões dos trabalhadores quanto a se considerarem em situação de risco (Tabela 7). Na primeira questão, foi perguntado se o trabalhador se considerava de grupo de risco para a pandemia. Houve proximidade dos percentuais de respostas (NÃO e “SIM”) para os agrupamentos em relação ao agrupamento Brasil (60,1% “NÃO” e 38,1% SIM). O agrupamento que se diferenciou mais do nacional foi o indígena (54,2% “NÃO” e 43,2% “SIM”).

Tabela 7 - Risco dos trabalhadores para COVID-19, Brasil, 2020

Agrupamentos	Não Freq (%)	Sim Freq (%)	Total
<u>Você se considera de grupo de risco do COVID-19?</u>			
Brasil	687 (60,1%)		1144
Maior DAG	371 (59,6%)		623
Média DAG	207 (61,1%)		339
Menor DAG	109 (59,9%)		182
Indígena	168 (54,2%)		310
Não Indígena	519 (62,2%)		824
<u>Na sua avaliação acredita que pode ter tido COVID-19?</u>			
Brasil	501 (43,8%)		1144
Maior DAG		351 (56,30%)	623
Média DAG	183 (54%)		339
Menor DAG	121 (66,5%)		182
Indígena	153 (49,4%)		310
Não Indígena	348 (41,7%)		824
<u>Alguém de sua residência foi diagnosticado com o COVID-19?</u>			
Brasil	690 (60,3%)		1144
Maior DAG	293 (47%)		623
Média DAG	245 (72,3%)		339
Menor DAG	152 (83,5%)		182
Indígena	196 (63,2%)		310
Não Indígena	494 (59,2%)		824
<u>Alguém da sua convivência diária tal como familiar, amigo, colega de trabalho teve caso leve, moderado ou grave de doença grave causada pelo COVID-19?</u>			
Brasil		1012 (88,5%)	1144
Maior DAG		584 (93,7%)	623
Média DAG		285 (84,1%)	339
Menor DAG		143 (78,6%)	182
Indígena		263 (84,8%)	310

Este resultado indica que os trabalhadores indígenas se perceberam mais vulneráveis na pandemia. Albuquerque et al (2023) analisaram como fatores de risco para infecção pelo SARS-CoV-2 entre trabalhadores da saúde da linha de frente em Pernambuco: ser técnico de enfermagem, não usar sempre EPI durante o atendimento de pacientes com Covid-19, e ter sofrido respingo nos olhos.

Quando perguntados se acreditavam que pudessem ter tido Covid-19, houve equivalência entre “SIM” (43,4%) e “NÃO” (43,8%) no agrupamento Brasil. Nos demais agrupamentos as diferenças foram observadas com relação ao nacional: agrupamento Maior DAG (56,3% “SIM” e 31,6% “NÃO”); no agrupamento Média DAG se inverte (32,7% “SIM” e 54% “NÃO”); no agrupamento Menor DAG a diferença é maior (18,7% “SIM” e 66,5% “NÃO”); e no agrupamento Indígena (37,1% “SIM” e 49,4% “NÃO”). Entre não-indígenas a divisão esteve mais próxima do agrupamento Brasil (45,7% “SIM” e 41,7% “NÃO”). Os trabalhadores do agrupamento Maior DAG se destacaram pela opinião positiva quanto à possibilidade de se terem contaminado.

Na questão “Alguém de sua residência foi diagnosticado com o Covid-19?” observou-se que, no agrupamento Brasil, 60,3% informaram que “NÃO”, e 37,1% informaram “SIM”. No entanto, no agrupamento Maior DAG, 49,8% informaram “SIM” – percentual bem acima do nacional. Os agrupamentos Média DAG, Menor DAG e indígena ficaram abaixo do percentual nacional, e o agrupamento trabalhadores não-indígenas ficou ligeiramente acima do nacional para a resposta sim. Mais uma vez a diferença nos resultados encontrados nesta questão tem um peso mais relevante no agrupamento Maior DAG, onde os trabalhadores se perceberam em maior exposição pelo contato com pessoas de sua residência contaminados pelo SARS-CoV-2.

Na questão “Alguém da sua convivência diária tais como: familiar, amigo, colega de trabalho teve caso leve, moderado ou grave de doença causada pelo Covid-19?” Quando se amplia o universo dos possíveis contatos dos participantes da pesquisa com casos de Covid-19 para além da esfera doméstica, há um aumento expressivo no agrupamento Brasil e nos demais, em comparação com a questão anterior. Neste caso, o agrupamento Maior DAG é o que expressa um elevado percentual de participantes que referiram ter tido com contato com pessoa com Covid-19. Importante destacar que essas aproximações não estão embasadas em

notificações de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, mas nas opiniões dos participantes da pesquisa.

Nas orientações de isolamento para casos suspeitos/confirmados de Covid-19 (Protocolo, Ministério da saúde ,2020) - foram previstas três situações com base no “Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 do Ministério da Saúde’ e refere à importância de o trabalhador em isolamento social permanecer com o uso de máscara, distanciamento de um metro, e limpeza e desinfecção de superfícies conforme norma da ANVISA:

(a) no caso de trabalhadores com quadro de Síndrome Gripal (SG) leve a moderado – com confirmação para Covid-19 por qualquer um dos critérios – clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial – ou que ainda não coletaram amostra biológica para investigação etiológica, período de afastamento por 10 dias a contar do início dos sintomas caso não apresente febre no final do período;

(b) No caso dos trabalhadores com quadro de Síndrome Gripal (SG) leve a moderado – para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, e que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável para Covid-19 pelo método molecular (RT-qPCR ou RT-LAMP) ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2 –, as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas, com remissão dos sintomas respiratórios, e desde que os exames tenham sido realizados no período indicado, para evitar resultado falso negativo;

(c) No caso dos trabalhadores assintomáticos confirmados laboratorialmente para Covid-19 (resultado detectável pelo método RT-qPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra.

1.7 Sintomas

Os trabalhadores que participaram da pesquisa referiram terem tido um ou mais sintomas compatíveis com a Covid-19 após o início da pandemia (71,1%). No entanto, ressaltamos que estes sintomas também são compatíveis com outras doenças e agravos, e que isoladamente não configuram casos de Covid-19.

De acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde (2020) apresentado no capítulo 2, a depender do conjunto de sintomas dos trabalhadores, o trabalhador passaria a ser considerado caso de Síndrome Gripal (presença de febre acompanhada de tosse ou dor de garganta, ou dificuldade respiratória) e suspeito para Covid-19.

Entre os sintomas mais referidos pelos trabalhadores após o início da pandemia, (Tabela 8) tomando como parâmetro os percentuais encontrados no agrupamento Brasil (Tabela 5), foram incluídos dor de cabeça (55,8%), dor de garganta (32,9%), febre (31,3%), coriza (31,2%) e fadiga ou cansaço (30,1). O agrupamento Maior DAG apresentou resultados percentuais acima dos resultados nacionais.

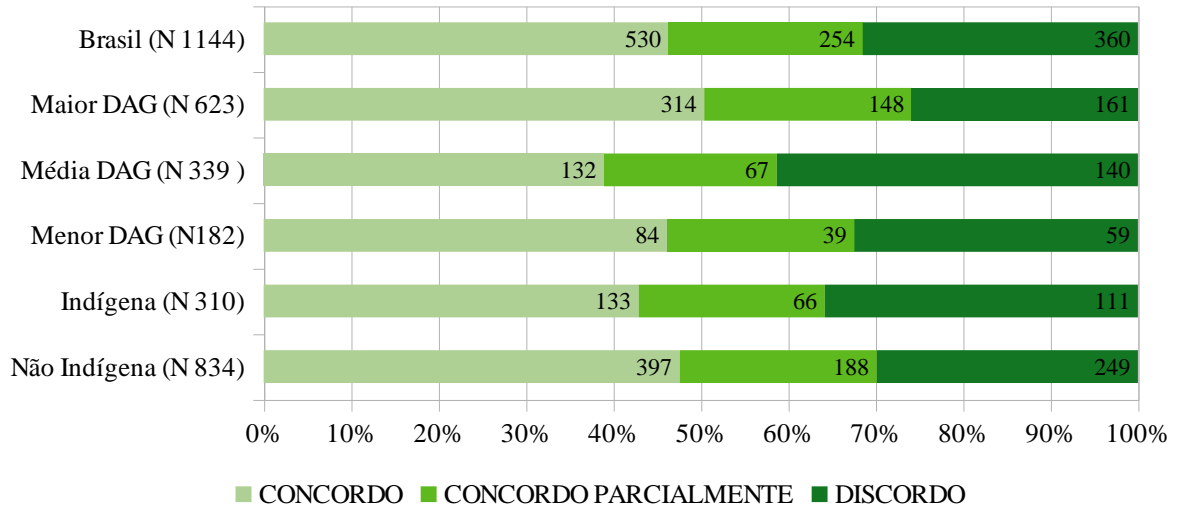
Tabela 8 - Sintomas mais referidos pelos trabalhadores

Você apresentou algum destes sintomas após (o início da) a pandemia?										
Agrupamentos	Dor de cabeça		Dor de Garganta		Febre		Coriza		Fadiga ou cansaço	
	Si	Freq	Sim	Freq	Sim	Freq	Sim	Freq	Sim	Freq
	m	(%)		(%)		(%)		(%)		(%)
Brasil (N1144)	658	55,8	376	32,9	358	31,3	357	31,2	344	30,1
Maior DAG (N623)	384	61,6	238	38,2	259	41,6	219	35,2	232	37,2
Média DAG (N339)	168	49,6	101	29,8	67	19,8	92	27,1	80	23,6
Menor DAG (N182)	86	47,3	37	20,3	32	17,6	46	25,3	32	17,6
Indígena (N310)	162	52,3	92	29,7	97	31,3	93	30	80	25,8
Não-Indígena (N824)	476	57,1	284	34,1	261	31,3	264	31,7	264	31,7

Fonte: Inquérito, Brasil, 2020

Foi apresentada no inquérito a afirmativa: se o trabalhador “durante o surto se sentiu cansado frequentemente” (Figura 21). No agrupamento Brasil, 45% dos participantes concordaram com a afirmação, e 32% discordaram. O cansaço pode ser atribuído aos sintomas respiratórios, ou à carga excessiva de trabalho nos serviços de saúde, devido ao contexto da pandemia, e à atuação das equipes na linha de frente da resposta local.

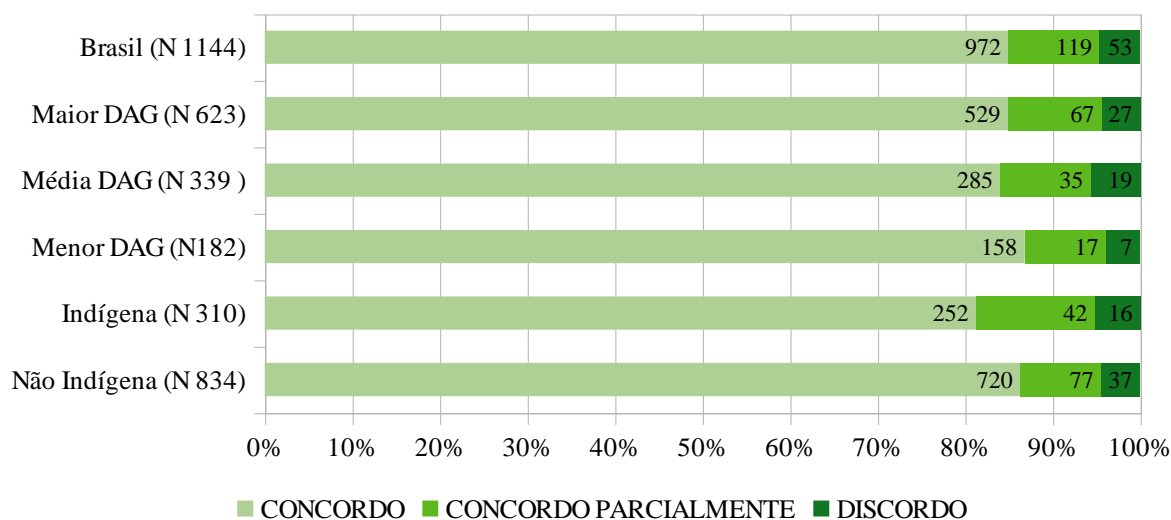
Figura 21- Durante o surto se sentiu cansado frequentemente



Fonte: Inquérito, Brasil, 2020

O inquérito abordou outras questões referentes aos sintomas. Nas questões sobre a condição sintomática ou assintomática relativa à Covid-19, observa-se que prevaleceu, no agrupamento Brasil, entre os participantes da pesquisa, a concordância total de 85% e 84,6% ou parcial de 10,4% e 10%, respectivamente, para as afirmações apresentadas: “O Covid-19 pode ser transmitido por portadores do vírus que não manifestam sintomas” (Figura 22) e “uma pessoa que não apresenta sintomas pode estar infectada pelo Covid-19”. Os demais agrupamentos apresentaram, em ambas as questões, resultados muito próximos ao do agrupamento Brasil, com exceção do agrupamento trabalhadores indígenas, que apresentou 81,3% e 80% na variável concordo e maior percentual na variável concordo parcialmente 13,5% e 13,5%.

Figura 22 - O Covid-19 pode ser transmitido por portadores do vírus que não manifestam sintomas



Fonte: Inquérito, Brasil, 2020

Nas orientações para entrada dos trabalhadores da saúde em territórios de Povos Indígenas de Recente Contato (Protocolo, Ministério da saúde, 2020), as equipes de Saúde Indígena deverão observar, frente à maior vulnerabilidade destes, o disposto na Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018. Nesse caso entende-se como quarentena o período de cumprimento de isolamento por trabalhadores das equipes multidisciplinares de saúde indígena destinado ao monitoramento de possíveis sinais e sintomas de doenças transmissíveis. O local do isolamento pode ser: o domicílio, a embarcação, ou local dentro do território indígena, de acordo com a realidade local, desde que adequado para o cumprimento do período mínimo estabelecido. Considerando-se o período médio de incubação da influenza e da Covid-19, o período de quarentena para o contato com PIRC deverá ser de no mínimo 14 (quatorze) dias, conforme determinado na Medida Cautelar da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 do Supremo Tribunal Federal, que estabelece as condições que os trabalhadores deverão observar para a entrada nestes territórios.

1.8 Trabalhadores Afastados

As orientações do Ministério da Saúde indicam os cuidados para prevenir situações de trabalhadores com síndrome gripal, ou casos confirmados de Covid-19 em situações de isolamento.

Perguntados sobre afastamento em decorrência da Covid-19, chegamos aos seguintes resultados, apresentados no (Quadro 6):

Quadro 6. Afastamento dos trabalhadores

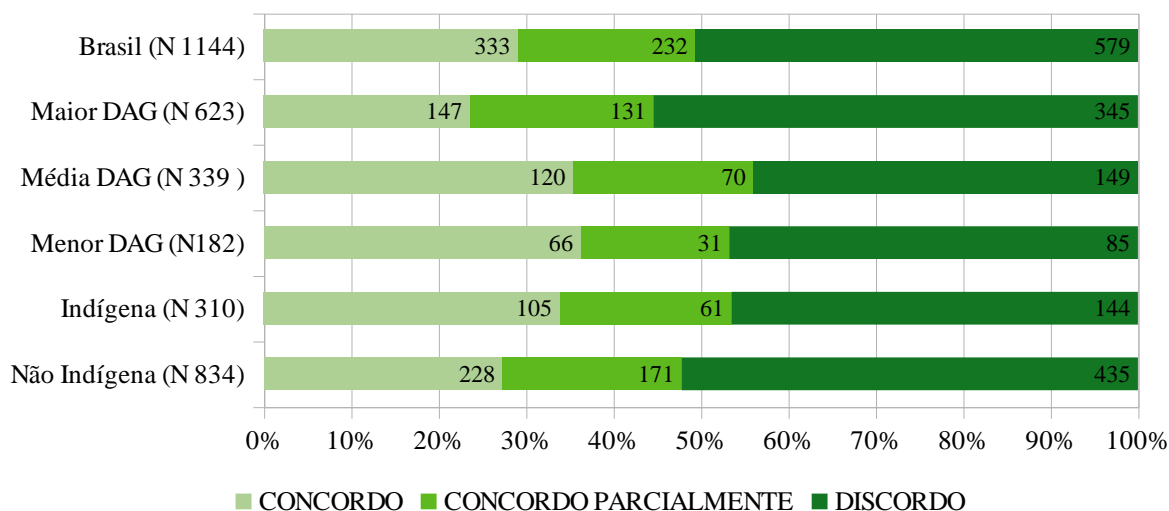
	Questão	Resultado
1	Você ficou afastado das suas atividades em decorrência da COVID-19 - como caso suspeito ou confirmado?	SIM Brasil (48,3 %); Maior DAG (53,5 %); Média DAG (45,7%); Menor DAG (35,7%); Indígena (45,2%); Não-Indígena (49,5%)
2	Se ficou afastado, foi por quanto tempo? Até 7 dias, até 14 dias, até 21 dias, acima de 21 dias (apenas entre os que responderam sim na questão 1 = N553)	Até 7 dias: Brasil (12%); Maior DAG (10,9%); Média DAG (13,9%); Menor DAG (14,3%); Indígena (14,5%); Não-Indígena (11,5%) Até 14 dias: Brasil (27,7%); Maior DAG (30,8%); Média DAG (26,8%); Menor DAG (18,7%); Indígena (26,5%); Não-Indígena (28,2 %) Até 21 dias: Brasil (3,8%); Maior DAG (5,5%); Média DAG (2,1%); Menor DAG (1,1%); Indígena (2,3%); Não-Indígena (4,3%) Acima de 21 dias: Brasil (4,5%); Maior DAG (6,3%); Média DAG (2,9%); Menor DAG (1,6%); Indígena (1,9%); Não-Indígena (5,5%)
3	Durante o período de afastamento, você foi substituído nas suas funções?	SIM Brasil (13,7%); Maior DAG (18,5%); Média DAG (9,7%); Menor DAG (4,9%); Indígena (11%); Não-Indígena (14,7%)
4	Após o seu afastamento por COVID 19 você retornou às suas atividades no DSEI?	SIM Brasil (46%); Maior DAG (51,7%); Média DAG (42,2%); Menor DAG (35,2%); Indígena (42,6%); Não-Indígena (50,5%)

Fonte: Inquérito, 2020

Na afirmativa “os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) afastados não foram substituídos, ocasionando desassistência na atenção primária nas aldeias” (Figura 23), 50,6% dos trabalhadores no agrupamento Brasil discordaram. Estes

resultados demonstram que a pandemia afetou a dinâmica de trabalho das equipes para a maioria dos trabalhadores, e que a capacidade da gestão em substituir trabalhadores afastados em tempo hábil pode ter ocasionado desassistência em parte das comunidades indígenas, pelo desfalque nas equipes.

Figura 23 - Os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) afastados não foram substituídos, ocasionando desassistência na atenção primária nas aldeias



Fonte: Inquérito, 2020

Quanto ao afastamento de trabalhadores em grupo de risco, as condições e fatores de risco para possíveis complicações da Covid-19 foram elencadas por protocolo (Protocolo, Ministério da Saúde, 2020). Este define que os trabalhadores que se enquadrem nas situações descritas no protocolo não poderão atuar em áreas, locais ou serviços de saúde onde haja pessoas suspeitas ou confirmadas para síndrome gripal, logo, deverão atuar em outros locais dos DSEI. As condições descritas no protocolo são: idade igual ou superior a 60 anos; tabagismo; obesidade; miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.); hipertensão arterial; doença cerebrovascular; pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC); imunodepressão e imunossupressão; doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juízo clínico; doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele); cirrose hepática; algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); gestação.

Na questão sobre doenças pré-existentes¹: “você já recebeu diagnóstico médico de alguma dessas doenças?”, apresentamos os resultados em ordem decrescente, tomando como referência o agrupamento Brasil: nenhuma entre as alternativas apresentadas – agrupamento Brasil 72,6%; hipertensão: agrupamento Brasil 11,6%; asma, enfisema, doença respiratória crônica ou outra doença do pulmão - agrupamento Brasil 6,6%; obesidade: agrupamento Brasil 6,1%; depressão: agrupamento Brasil 5,4%; diabetes: agrupamento Brasil 4,1%; doença do coração, cardíacas: agrupamento Brasil 2,9%; imunodepressão: agrupamento Brasil 0,7%; câncer: agrupamento Brasil 0,5%.

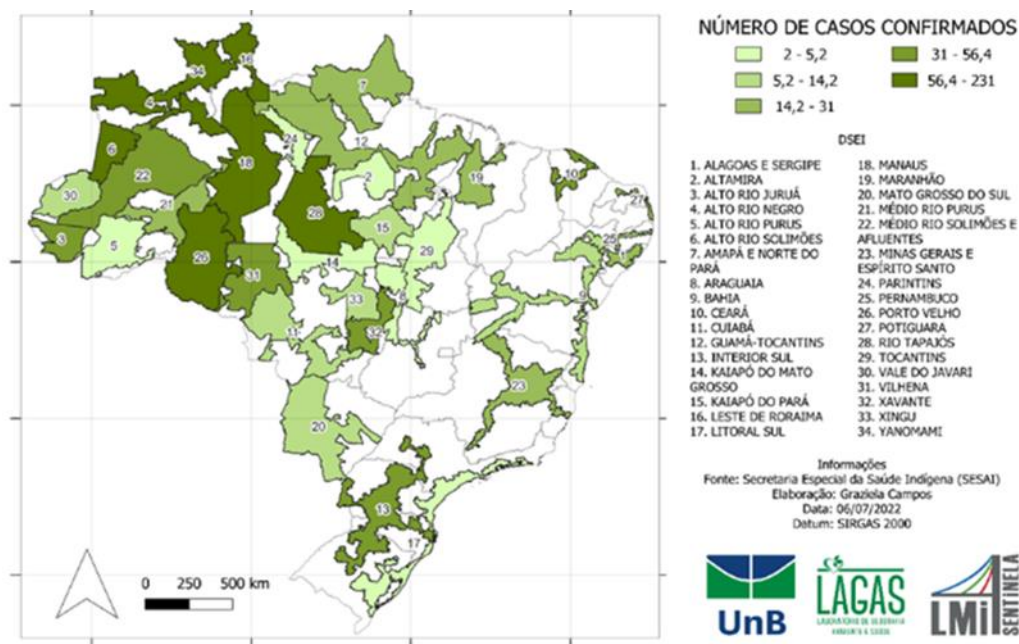
O número de casos de síndrome gripal e Covid-19 entre trabalhadores da saúde indígena foi coletado por meio da LAI, junto ao Ministério da Saúde.

No agrupamento Maior DAG, em todos os DSEI houve casos notificados entre os trabalhadores, seja com relação à Síndrome Gripal ou à Covid-19. Foram reportados à SESAI/MS 540 casos confirmados de síndrome gripal e 793 casos de Covid-19 entre os trabalhadores, no período de abril a julho de 2020. Os DSEI com maior número de casos informados à SESAI no período analisado foram: Alto Rio Negro (DSEI com 455 vagas de trabalhadores: 84 casos de síndrome gripal e 231 de Covid-19) e Yanomami (DSEI com 734 vagas de trabalhadores: 211 casos de síndrome gripal e 94 de Covid-19). As categorias de trabalhadores mais afetadas foram: técnicos de enfermagem, enfermeiros e trabalhadores de serviços gerais. No agrupamento Média DAG, em todos os DSEI foram reportados casos de síndrome gripal e de Covid-19 à SESAI: 164 casos confirmados de síndrome gripal e 302 casos de Covid-19 entre os trabalhadores no período analisado, de abril a julho de 2020. No agrupamento Menor DAG, em todos os DSEI foram reportados casos de síndrome gripal e de Covid-19: 186 casos confirmados de síndrome gripal e 154 casos de Covid-19 entre os trabalhadores no período analisado, de abril a julho de 2020.

Os DSEI com maior número de casos informados à SESAI no período analisado foram DSEI Ceará (com 279 vagas de trabalhadores: 55 casos de síndrome gripal e 41 de Covid-19), DSEI Minas Gerais e Espírito Santo (com 449 vagas de trabalhadores: 46 casos de síndrome gripal e 15 de Covid-19). As categorias de trabalhadores mais afetadas foram: técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e enfermeiros.

Apresentamos a distribuição dos trabalhadores da saúde indígena afastados por Covid-19 (Figura 24) e Síndrome Gripal dos 34 DSEI, com base em dados de abril a julho de 2020 fornecidos pelo Ministério da saúde.

Figura 24. Profissionais afastados nos DSEI por Covid-19 e síndrome gripal de abril a julho de 2020



Fonte: Ministério da Saúde/SESAI, 2020

Nos quatro primeiros meses da pandemia da Covid-19 todos os DSEI tiveram profissionais da atenção primária afastados de suas funções em decorrência da síndrome gripal ou da Covid-19. A equipe de enfermagem foi a mais afetada. A região da Amazônia Legal concentrou o maior número de casos entre os trabalhadores da saúde indígena no período analisado. Outros aspectos explorados no inquérito sobre as condições de trabalho, informam que menos de 50% dos trabalhadores tiveram acesso à equipe de saúde do trabalhador no período analisado, em todos os agrupamentos analisados.

1.9 Acolhimento do Trabalhador

Uma das questões que se destacam num contexto pandêmico é como os trabalhadores da saúde indígena estavam vivenciando as situações nos serviços de saúde, com o vírus se espalhando rapidamente nas diferentes regiões do país de acentuadas desigualdades sociais.

Em que pese a importância dos trabalhadores da saúde na atenção primária para o enfrentamento da pandemia, e o nível de exposição a que estão sujeitos, Fernandes et al (2021) analisaram a atuação dos agentes comunitários de saúde na pandemia da Covid-19, e indicaram um descaso com estes profissionais, que estavam sendo expostos a condições de

vulnerabilidade, risco e morte, além de subutilizados quanto ao seu potencial de enfrentamento à pandemia. O acolhimento dos trabalhadores da saúde pela gestão tem o potencial de abordar as dificuldades enfrentadas por estes trabalhadores, impostas por contingências inerentes às características da pandemia, que agregaram diferentes desafios às suas rotinas.

Na questão sobre o acolhimento dos trabalhadores pela gestão e pela conveniada contratante, observa-se que esta ação foi relativa. Não houve diferenças significativas entre os agrupamentos para estes resultados. Aproximadamente 35% dos trabalhadores consideraram que tanto a gestão dos DSEI, quanto a das conveniadas contratantes, foram totais ou parcialmente indiferentes à situação enfrentada na pandemia pelos trabalhadores da saúde indígena.

Com relação ao pagamento da insalubridade – a insalubridade passou a ser paga no valor de 40% do salário-mínimo durante a pandemia (SINDCOPSI,2020) –, e da ajuda de custo pernoite – a ajuda de custo de pernoite em área das equipes multidisciplinares passou a ser paga no valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) de forma permanente (SINDCOPSI,2020) –, foram elaboradas duas afirmativas. Na opção “discordo” para a afirmativa “a insalubridade passou a ser paga no valor de 40% do salário-mínimo, durante a pandemia” os resultados foram os seguintes: agrupamento Brasil 56,6%, Maior DAG 47,8%, Média DAG 64,9%, Menor DAG 70,9%, entre indígenas 61%, e entre Não-Indígenas 54,9%. Para a afirmativa “a ajuda de custo de pernoite em área das equipes multidisciplinares passou a ser paga no valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) de forma permanente”, na opção “discordo” os resultados foram os seguintes: agrupamento Brasil 36,1%, Maior DAG 25,2%, Média DAG 42,5%, Menor DAG 61,5%, entre indígenas 50%, e entre Não-Indígenas 30%.

1.10 Equipamento de Proteção Individual

O uso de equipamento de proteção individual (EPI) foi amplamente recomendado pela OMS no início da pandemia da Covid-19 (OMS, 2020) para os trabalhadores da saúde, devido à exposição diária no atendimento da população, e com risco acentuado de contaminação pelo contato próximo das pessoas atendidas nos serviços de saúde. Em março de 2020 a OMS publicou um guia com fichas de avaliação de risco para autoavaliação dos profissionais de saúde em contato com pacientes de Covid-19 estimarem o seu risco de exposição e as medidas a serem adotadas. Os EPI devem ser fornecidos aos trabalhadores no seu ambiente de trabalho de forma gratuita, serem de boa qualidade, e em quantidade suficiente.

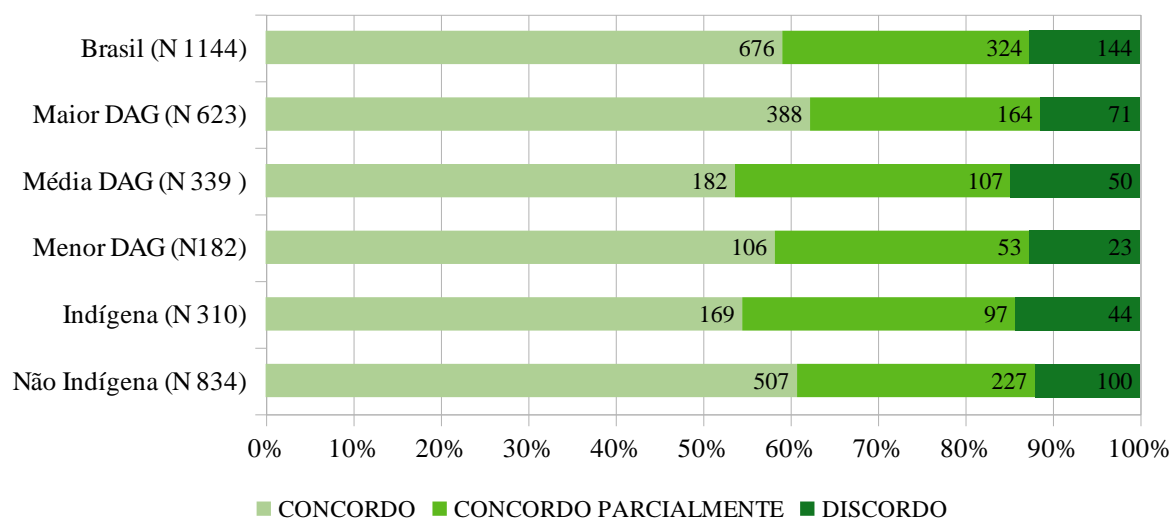
Sobre o uso dos equipamentos de proteção individual, o inquérito incluiu diferentes questões. Iniciou perguntando há quanto tempo os trabalhadores estavam usando os EPI. Anterior ao mês de março de 2020, quando houve o registro do primeiro caso de Covid-19 nas áreas indígenas, observa-se que menos de 4% dos trabalhadores referiram o uso. A partir de março houve um incremento no uso dos EPI e 53% dos trabalhadores no agrupamento Brasil informaram que passaram a usar. No agrupamento Menor DAG 61% referiram o uso em março. O menor percentual foi do agrupamento Maior DAG com 49,6% para este mês. Entre indígenas (57,4%), a adoção do uso em março de 2020 foi maior do que no agrupamento Brasil, e entre Não-Indígenas (51,3%), foi menor. De acordo com os resultados, analisa-se que o uso de EPI não era comum entre os trabalhadores no período anterior à pandemia da Covid-19. Com o advento da pandemia, este uso aumentou mês a mês, mas de forma diferenciada entre os agrupamentos, por critério de acesso geográfico.

Os participantes da pesquisa informaram sobre a qualidade e quantidade de EPI a que estavam tendo acesso. A alternativa mais referida foi “boa qualidade e boa quantidade” para 61,2% dos participantes no agrupamento Brasil. A segunda alternativa mais referida foi “boa qualidade/baixa quantidade”, para 21,4% dos participantes no agrupamento Brasil, Maior DAG e Menor DAG 22%, Média DAG 20,1%, indígena 27,7%, e não-indígena 19,1%. Estas duas alternativas foram as mais referidas. Trabalhadores indígenas reportaram “baixa quantidade” acima do agrupamento Brasil, diferente dos trabalhadores não-indígenas.

Sobre a origem dos EPI, foram apresentadas alternativas no inquérito numa questão de múltipla escolha referente a “qual a origem desses insumos: fornecido pelo DSEI, pelo município, pelo Estado, pelo Ministério da Saúde, pela conveniada, doação da universidade, doação de organização não governamental, doação do movimento indígena, e doação de instituições privadas”. No agrupamento Brasil, 93,6% dos participantes referiram o fornecimento pelo DSEI, seguido pelo município com 25,4%. Nos demais agrupamentos, a referência ao DSEI ficou acima de 90%. A alternativa menos referida foi a iniciativa privada.

Na afirmativa “Após os primeiros casos confirmados na população indígena atendida pelo DSEI a conveniada deu suporte aos trabalhadores com EPI” (Figura 25) – no agrupamento Brasil, 59,1% concordaram, os agrupamentos Média DAG e Menor DAG ficaram abaixo do nacional, e o de Maior DAG ficou acima. O agrupamento indígena (54,5%) ficou abaixo do Não-Indígena (60,8%) e do nacional. A conveniada é a contratante dos trabalhadores, a que estabelece a relação jurídica de vínculo com os trabalhadores.

Figura 25 - Após os primeiros casos confirmados na população indígena atendida pelo DSEI a conveniada deu suporte aos trabalhadores com EPI



Fonte: Inquérito, 2020

Na afirmativa “Os EPI continuam faltando no DSEI, o que gera muita insegurança para os trabalhadores”, ao analisar os resultados de “concordo” e “concordo parcialmente” somados, no agrupamento Brasil foi 31,8%, e no agrupamento indígena 45,1%. Os agrupamentos Maior DAG (27,6%) e não-indígena (26,9%) ficaram abaixo do percentual nacional; e os agrupamentos Média DAG (36,3%) e Menor DAG (36,3%) ficaram acima do nacional. Os trabalhadores indígenas referiram um maior percentual quanto à falta de EPI com relação ao agrupamento Brasil, cujo percentual englobou quase um terço dos trabalhadores.

Na afirmativa “Os agentes indígenas de saúde e os agentes indígenas de saneamento não tiveram acesso aos EPI nas aldeias até o mês de junho/20”, ao analisar os resultados de “concordo” e “concordo parcialmente” somados, no agrupamento Brasil foi 34,8%. No agrupamento Indígena esse percentual foi de 40,9%, e acima do nacional. No agrupamento não-indígena, foi de 32,5%. Ficou acima do nacional o agrupamento Média DAG com 38,3%. Em junho de 2020 todos os DSEI já haviam reportado casos de Covid-19 na população indígena, e entre os trabalhadores. Os AIS e AISAN residem nas comunidades e tiveram papel importante nas equipes de saúde nas comunidades indígenas. Esse percentual indica a possível dificuldade de acesso dos trabalhadores indígenas aos EPI, sendo que na alternativa “concordo”, o percentual foi acima do “concordo parcialmente”, em todos os agrupamentos.

Na afirmativa “todos os profissionais das UBSI que manipulam resíduos sólidos usaram EPI apropriado (botas, avental, capote de mangas compridas, luvas grossas, máscara e óculos de proteção ou protetor facial)”, ao analisar os resultados de “concordo” e “concordo parcialmente” somados, no agrupamento Brasil foi 78,3%, sendo que no agrupamento indígena foi de 80% e no não-indígena, 77,7%. O agrupamento com menor percentual abaixo do nacional foi o Média DAG, com 74,9%. Na alternativa “concordo”, o percentual foi acima em mais de 20% do “concordo parcialmente”, em todos os agrupamentos.

Veodato et al (2021) analisa que devido ao aumento da necessidade de uso de EPI nos serviços de saúde, em abril de 2020 houve indícios de escassez de insumo disponível, levando a ANVISA, em maio de 2020, por exemplo, a estender o prazo de uso de máscaras N95 além daquele estipulado pelos fabricantes. Conforme os resultados apresentados no subitem educação permanente, menos de 40% dos trabalhadores da saúde indígena em todos os agrupamentos fizeram o curso sobre uso seguro de EPI no contexto da pandemia da Covid-19.

Para a importância atribuída pelos trabalhadores da saúde indígena ao uso de equipamentos de proteção individual (Tabela 9), os participantes da pesquisa referiram percentuais acima de 70% para a alternativa “muito importante” referente aos itens luva, máscara, óculos, protetor facial, gorro e avental.

Tabela 9 - Importância do uso de equipamento de proteção individual

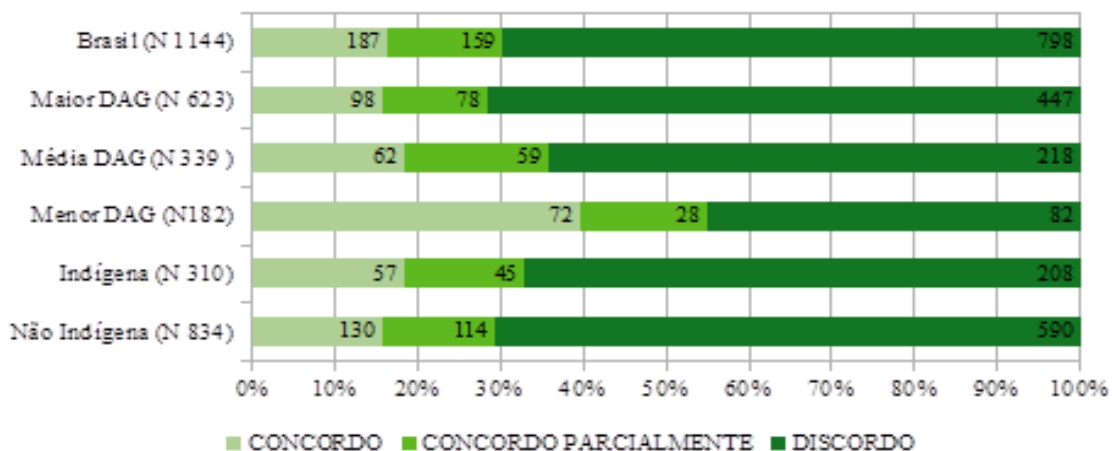
Qual a Importância de utilizar cada um dos EPI		
Agrupamentos	(muito importante) Freq. %	Total
<u>Luva</u>		
Brasil	958 (84%)	1144
Maior DAG	534 (86%)	623
Média DAG	277 (82%)	339
Menor DAG	147 (81%)	182
Indígena	256 (82%)	310
Não-Indígena	702 (84%)	824
<u>Máscara</u>		
Brasil	1120(98%)	1144
Maior DAG	611 (98%)	623
Média DAG	329 (97%)	339
Menor DAG	180 (99%)	182
Indígena	299 (96%)	310
Não-Indígena	821 (98%)	824

<u>Óculos</u>		
Brasil	955 (83%)	1144
Maior DAG	527 (85%)	623
Média DAG	279 (82%)	339
Menor DAG	149 (82%)	182
Indígena	259 (83%)	310
Não-Indígena	696 (83%)	824
<u>Protetor facial</u>		
Brasil	976 (85%)	1144
Maior DAG	544 (87%)	623
Média DAG	281 (83%)	339
Menor DAG	151 (83%)	182
Indígena	266 (86%)	310
Não-Indígena	710 (85%)	824
<u>Gorro</u>		
Brasil	845 (74%)	1144
Maior DAG	469 (75%)	623
Média DAG	237 (70%)	339
Menor DAG	139 (76%)	182
Indígena	229 (74%)	310
Não-Indígena	616 (74%)	824
<u>Avental</u>		
Brasil	953 (83%)	1144
Maior DAG	526 (84%)	623
Média DAG	268 (79%)	339
Menor DAG	159 (87%)	182
Indígena	255 (82%)	310
Não-Indígena	698 (84%)	824

Fonte: Inquérito, 2020

Na afirmativa “trabalhadores foram para atendimento nas aldeias e na CASAI mesmo sem EPI por medo de serem demitidos” (Figura 26), os agrupamentos Menor DAG e Média DAG tiveram menor percentual de discordo, portanto, onde houve maior exposição dos trabalhadores sem uso de EPI e conseqüentemente exposição das comunidades nas quais interagiram.

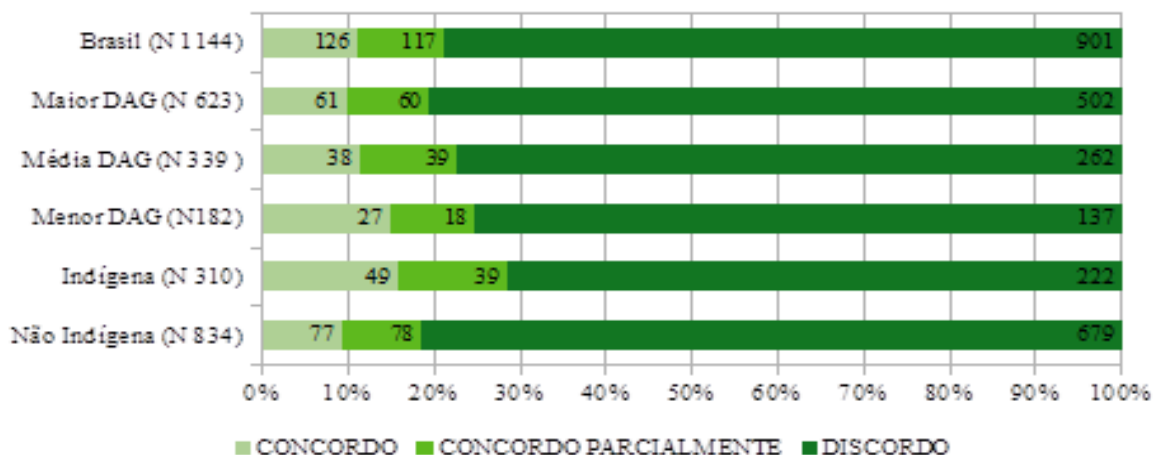
Figura 26 - Trabalhadores foram para Atendimento nas Aldeias e na CASAI mesmo sem EPI por Medo de serem demitidos.



Fonte: Inquérito, 2020

Na afirmativa “no início da pandemia deixamos de atender as comunidades por falta de EPI” (Figura 27), Maior DAG discordou mais do que no agrupamento Brasil. A maior discordância comparada ao agrupamento nacional foi entre trabalhadores indígenas, que pode indicar uma visão mais crítica destes trabalhadores sobre os fatos que ocorriam nas comunidades.

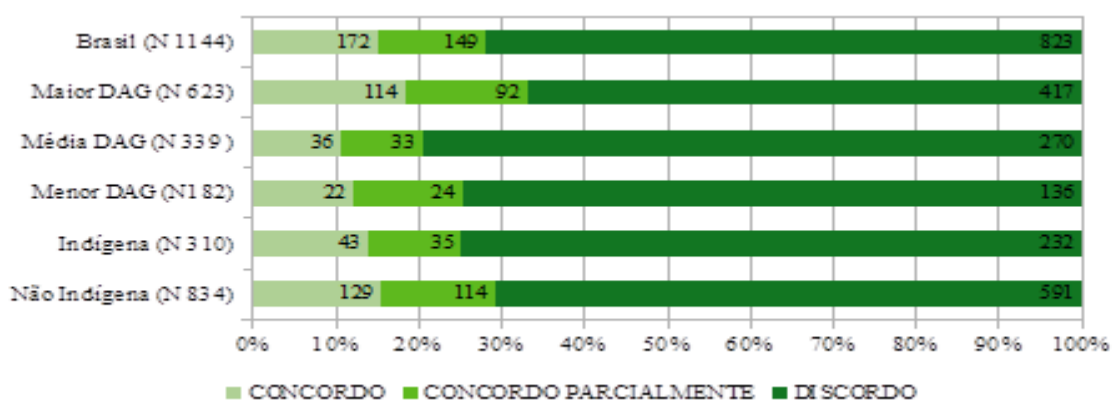
Figura 27 - No início da pandemia deixamos de atender as comunidades por falta de EPI



Fonte: Inquérito, 2020

Na afirmativa “algumas comunidades não aceitam os trabalhadores usar EPI” (Figura 28), ao analisar os resultados de concordo e concordo parcialmente somados no agrupamento Brasil foi de 28,1%, sendo que no agrupamento Maior DAG 33,1%. Entre indígenas ficou abaixo do nacional com 25,2% e entre Não-Indígena foi de 29,1%. Esta situação foi referida pelo SINDCOPSI e pelos trabalhadores suscitando ser abordada nas ações de educação e saúde nas comunidades.

Figura 28 - Algumas comunidades não aceitam os trabalhadores usar EPI



Fonte: Inquérito, 2020

1.11 Diagnóstico

Um dos grandes desafios no primeiro ano da pandemia foi o acesso ao diagnóstico, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral. Magno (2020) destacou a importância do papel da atenção primária em saúde para ampliar o acesso ao teste rápido para identificação dos casos de Covid-19, propiciando a busca ativa de casos e contactantes, com a vinculação dos usuários às estratégias de quarentena e de prestação de cuidado básico aos infectados com sintomatologia leve, em articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde definiu a testagem para Covid-19 antes da entrada em território indígena (Protocolo, Ministério da saúde, 2020) –. A normativa abordou distintas situações:

- (a) do trabalhador assintomático: estabelece como medida de prevenção e controle, que todos os trabalhadores escalados para entrada para área indígena devam realizar a testagem antes da entrada em área indígena, com o teste RT-PCR, ou teste rápido imuno cromatográfico, para pesquisa de antígeno viral; no caso de

indisponibilidade dos testes moleculares, esses podem ser utilizados, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019; para trabalhadores assintomáticos que se deslocam diariamente para territórios indígenas, a realização do teste RT-PCR ou teste rápido imuno cromatográfico para pesquisa de antígeno viral deve se dar uma vez ao mês; para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para Covid-19 (resultado detectável pelo método RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARSCoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra; o profissional não deverá dispensar as medidas de prevenção e controle, incluindo o distanciamento social, durante seu período de folga ou de permanência no contexto urbano, bem como durante sua escala de trabalho;

(b) trabalhador contactante domiciliar de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal: prevê dois cenários. No primeiro, o contato domiciliar realizou o teste (RT-PCR ou teste rápido de antígeno) e no segundo, não houve testagem. Em ambos os cenários o trabalhador deve permanecer afastado por 10 dias em isolamento domiciliar; no caso de afastamento do trabalhador por 10 dias, deve-se manter o automonitoramento de possíveis sinais e sintomas por mais 4 dias;

(c) trabalhador sintomático com suspeita de Síndrome Gripal: considera-se suspeita de Síndrome Gripal, a presença de febre, acompanhada de tosse ou dor de garganta, ou dificuldade respiratória. O trabalhador deve afastar-se do trabalho imediatamente. O trabalhador deverá ter acesso ao teste com apoio da instituição contratante, em articulação com a rede municipal de saúde; um médico deve solicitar o exame, a chefia imediata deverá autorizar a realização da testagem, inserir na Planilha de Acompanhamento de Trabalhadores afastados por Covid-19 (conveniada e servidores) e remetê-la ao GAB/SESAI; a cópia da notificação do caso, do resultado do teste, e da autodeclaração de saúde, são documentos que apoiam o gestor e o empregador nas condutas a serem adotadas; o retorno ao trabalho do trabalhador com sintomas de síndrome gripal deverá ter como parâmetro se há ou não testes disponíveis, e as condições de retorno ao trabalho – se com a realização de teste (teste disponível), ou por ter cumprido quarentena de 10 dias (teste indisponível);

(d) define que o acesso do trabalhador ao diagnóstico laboratorial é de responsabilidade municipal ou estadual (Laboratórios Centrais de Saúde Pública -

LACEN) conforme a oferta local, com exceção do teste rápido, e, para tanto, destaca a importância das pactuações locais que garantam aos trabalhadores este acesso (Comissão Intergestores Regional e Comissão Intergestores Bipartite).

Sobre o acesso dos trabalhadores da saúde indígena ao diagnóstico laboratorial para Covid-19, ao perguntar se “fez o teste para saber se estava infectado com o Covid-19?”, no agrupamento Brasil 87,5% dos participantes da pesquisa referiram que sim, agrupamento Maior DAG, 92,9%; agrupamento Média DAG, 81,4%; agrupamento Menor DAG, 80,2%; agrupamento indígena, 80,6% e agrupamento não-indígena, 90%. O RT-PCR foi mais utilizado nos agrupamentos Média DAG (27,1%), e Menor DAG (24,2%).

O teste rápido foi mais utilizado no agrupamento Maior DAG (80,3%), e ficou acima do percentual nacional (73%). No entanto, é importante salientar que os testes rápidos “apresentam maior sensibilidade para identificar a Covid-19 apenas após 7 dias do desenvolvimento dos sintomas” Ouriques (2020), embora seja o mais viável para a realidade de regiões com maior dificuldade de acesso geográfico. No agrupamento indígena (68,1%) o teste rápido ficou abaixo do percentual nacional, e no agrupamento não-indígena (74,8%) ficou ligeiramente acima do nacional.

Dada a dinâmica de organização da atenção primária nos territórios indígenas, as equipes de saúde trabalham em alguns DSEI com escalas diferenciadas de entrada e saída de área, a depender principalmente do acesso geográfico em cada região do DSEI. As entradas dos trabalhadores da saúde deveriam ser precedidas da realização dos testes para Covid-19, e/ou de quarentenas em isolamento. Os resultados demonstram que um pouco acima de 80% dos trabalhadores referiram que realizaram o teste diagnóstico para Covid-19, mas a pesquisa não dimensionou a periodicidade em que os trabalhadores o realizaram.

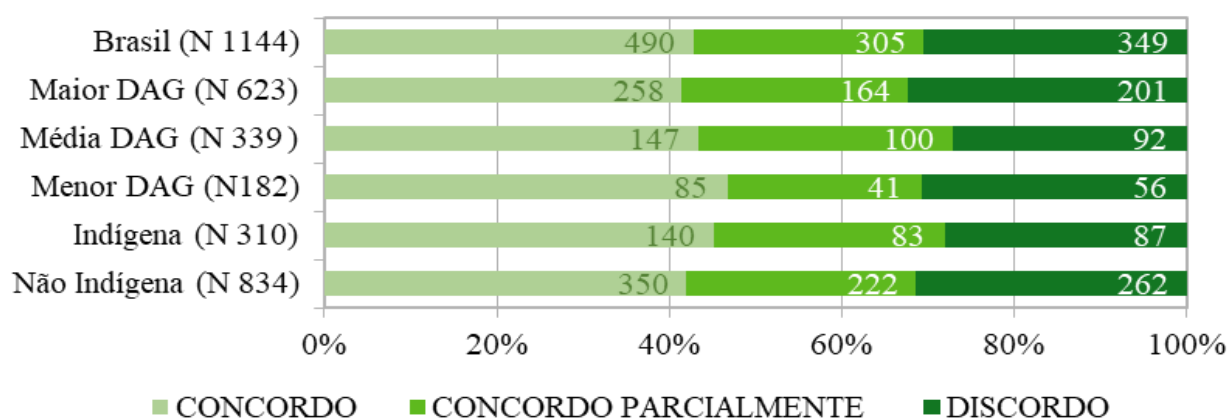
A diretriz do Ministério da Saúde definiu que deveria ser realizado uma vez ao mês. O agrupamento Maior DAG teve maior percentual de realização dos testes rápidos entre os que referiram que haviam realizado o teste. Nos agrupamentos Média e Menor DAG, o teste mais referido foi o RT-PCR, que depende de leitura laboratorial. Outro aspecto relacionado ao acesso ao teste pelos trabalhadores foi o arranjo definido de 10 dias de afastamento, e não de 14 dias.

Veodato et al (2021) analisou que em abril de 2020, menos de 30% dos trabalhadores da linha de frente haviam tido acesso aos testes diagnósticos. Os dados do inquérito aqui apresentados foram colhidos a partir do final do mês de setembro; e o acesso ao diagnóstico persistia como uma lacuna importante entre os profissionais de saúde, e mesmo entre a população em geral.

Aproximadamente, 1/3 dos trabalhadores em todos os agrupamentos referiram a situação de atendimento nas aldeias e CASAI sem terem realizado teste de diagnóstico. Na afirmativa “trabalhadores foram para o atendimento nas aldeias e na CASAI sem ter realizado o teste do Covid-19”, discordaram: agrupamento Brasil, 69,8%, Maior DAG 71,7%, Média DAG 64,3%, Menor DAG 45,1%, Indígena 67,1% e Não-Indígena 70,7%.

De acordo com os resultados do inquérito, 30,5% dos trabalhadores no agrupamento Brasil discordaram da afirmativa “o período compreendido entre a data da coleta da amostra para o teste RT-PCR e a chegada do resultado é suficiente para rastrear os contatos próximos dos casos suspeitos”, (Figura 29) no agrupamento Maior DAG foi 32,3%, ligeiramente acima do nacional, no agrupamento Média DAG 27,1%, abaixo do nacional, 30,8% no Menor DAG; 28,1% em indígenas, e 31,4% em Não-Indígenas.

Figura 29 – O período compreendido entre a data da coleta da amostra para o teste RT-PCR e a chegada do resultado é suficiente para rastrear os contatos próximos.



Fonte: Inquérito, 2020

O monitoramento dos trabalhadores em isolamento e em quarentena (Protocolo, Ministério da saúde, 2020) estabelece que, de forma acordada entre o DSEI e os trabalhadores, a avaliação de retorno ao trabalho deve ser monitorada pelo DSEI.

No contexto da pandemia em que há transmissão comunitária, condição reconhecida pelo Ministério da Saúde para a população geral, e não para a população indígena no início do surto, torna-se igualmente importante realizar o rastreamento dos contatos para realizar as ações de vigilância. Ouriques (2020) analisa a importância de considerar como a população indígena estava, no contexto da transmissão comunitária, para a definição de estratégias adequadas, “uma vez que as fronteiras que existem entre as comunidades indígenas e os contextos de transmissão comunitária – sejam eles urbanos ou rurais – são muito permeáveis, e o trânsito de indígenas entre as aldeias e as grandes cidades é um modo de viver dos povos originários”. Os trabalhadores da saúde permaneceram fazendo as escalas de entrada em área, especialmente a equipe de enfermagem, realizando o trânsito entre a área urbana e as terras indígenas. Veremos adiante que este trânsito de membros das comunidades também continuou ocorrendo durante a pandemia em parte das terras indígenas, segundo a opinião dos trabalhadores participantes da pesquisa.

1.12 Participação dos trabalhadores nas ações desenvolvidas no território

Um conjunto de afirmativas foi apresentado sobre as ações desenvolvidas no território de atuação das equipes dos DSEI (Tabela 10). Não foram definidas quantas ações cada participante poderia assinalar.

Tabela 10 – Participação nas ações de prevenção nas comunidades, Brasil, 2020/21

Agrupamentos	Sim Freq (%)	Total
<u>Realização de monitoramento remoto dos casos suspeitos e confirmados em isolamento nas aldeias</u>		
Brasil	634 (55%)	1144
Maior DAG	330 (53%)	623
Média DAG	199 (59%)	339
Menor DAG	105 (57,7%)	182
Indígena	168 (54,2%)	310
Não Indígena	466 (55,9%)	824

Rastreamento de contatos próximos de casos positivos para o COVID-19

Brasil	663 (58%)	1144
Maior DAG	3551 (56%)	623
Média DAG	199 (59%)	339
Menor DAG	113 (62,1%)	182
Indígena	145 (46,8%)	310
Não Indígena	518 (62,1%)	824

Aplicação do teste rápido nas comunidades

Brasil	731 (64%)	1144
Maior DAG	425 (68%)	623
Média DAG	203 (60%)	339
Menor DAG	103 (56,6%)	182
Indígena	152 (49%)	310
Não Indígena	579 (69,4%)	824

Participação ativa dos agentes indígenas de saúde -AIS e agentes indígenas de saneamento -AISAN nas ações de prevenção

Brasil	700 (61%)	1144
Maior DAG	368 (59%)	623
Média DAG	218 (64%)	339
Menor DAG	114 (62,6%)	182
Indígena	197 (63,5%)	310
Não Indígena	503 (60,3%)	824

Fonte: Inquérito, 2020

Para a afirmativa “realização de monitoramento remoto dos casos suspeitos e confirmados em isolamento nas aldeias” (Tabela 10), o resultado para o agrupamento Brasil foi de 55%, seguido bem próximo pelos demais agrupamentos, e o agrupamento que ficou acima do nacional foi o Média DAG, com 59%. Uma das adaptações necessárias durante a pandemia pela atenção primária (Giovanela et al, 2020), o atendimento e monitoramento remoto foi reportado por 95% dos profissionais. Diante das dificuldades enfrentadas na pandemia para organizar adequadamente a assistência, o monitoramento remoto de casos suspeitos e confirmados na área de abrangência de cada Polo Base foi adotada uma estratégia, mas que teve resultado limitado na sua implementação nas áreas indígenas no período analisado.

Quanto ao “rastreamento de contatos próximos de casos positivos para o Covid-19”, no agrupamento Brasil 58% dos participantes da pesquisa referiram “sim, participaram desta ação nas comunidades”. Os agrupamentos Maior DAG e Média DAG ficaram bem próximos do

nacional. O agrupamento indígena ficou abaixo do nacional, com 47%. Os agrupamentos Menor DAG e Não-Indígena ficaram acima, ambos com 62%. O rastreamento de contatos (Ish, 2020) é uma das medidas de vigilância fundamental numa pandemia com características da Covid-19, e no âmbito da atenção primária uma estratégia valiosa para atuação no território (Giovanella et al, 2022).

Especialmente no início de surtos de doenças infecciosas, e quando não há um tratamento específico habilitado (Keeling et al, 2020), identificar um caso suspeito e mapear quantas e quais pessoas tiveram contato num determinado intervalo de tempo com aquele indivíduo, permite adotar medidas de precaução e prevenção, tais como o isolamento/quarentena, o monitoramento de sinais e sintomas, e a viabilização dos testes diagnósticos. Estas medidas podem ser de grande valia para acompanhar precocemente os casos sintomáticos ou assintomáticos. Não há tratamento medicamentoso específico para a Covid-19, mas o acompanhamento destes casos pode prevenir o agravamento da doença em determinados indivíduos. Dadas as características de acesso geográfico nas áreas indígenas, implementar estas medidas pode fazer diferença nos resultados entre os trabalhadores e junto à população assistida.

Na variável “aplicação do teste rápido nas comunidades”, o percentual nacional foi de 64%. Os percentuais dos demais agrupamentos tiveram variação considerável com relação ao nacional: agrupamento Maior DAG (68%), agrupamento Média DAG (60%), agrupamento Menor DAG (57%), agrupamento Indígena (49%) e agrupamento Não-Indígena (69%). Apenas 25% dos trabalhadores referiram que cursaram o curso “Instruções para execução do teste rápido para detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2” no agrupamento Brasil.

Para a “participação ativa dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS, e Agentes Indígenas de Saneamento -AISAN nas ações de prevenção” no agrupamento Brasil, 61% referiram “SIM” como resposta. O Informe Técnico n.4 da SESAI/MS (20200, definiu que os profissionais de saúde deveriam orientar os AIS e AISAN a realizar as seguintes atividades: (i) conscientizar a comunidade sobre as medidas de prevenção e controle da doença; (ii) identificar precocemente sinais e sintomas de Síndrome Respiratória Aguda Grave; (iii) compreender o fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos da Covid-19 e (iv) redefinir quais atendimentos da rede

de referência de atenção à saúde (exames, consultas) fora das aldeias serão mantidos, para evitar ao máximo a circulação da população indígena fora das aldeias.

Sobre a “adoção permanente do uso de EPI, 69% no agrupamento Brasil referiu “sim”, portanto, cerca de 30% dos trabalhadores não referiram o uso de EPI nas ações de rotina que realizaram de forma permanente. Os trabalhadores dos agrupamentos Menor DAG e não-indígena referiram (73,1%), portanto acima do nacional. O agrupamento indígena ficou bem abaixo do nacional, com 56,5%. Este resultado, especialmente no agrupamento indígena com relação ao agrupamento Brasil, evidencia a dificuldade dos trabalhadores indígenas com relação ao uso de EPI, seja por terem tido menos acesso aos insumos, ou por terem tido menos informações sobre a importância do uso permanente no curso da pandemia no período analisado.

Na variável sobre “realização das ações de educação em saúde”, referiram “SIM” os agrupamentos Maior DAG (75%), Média DAG (71%) e não-indígena (73,1%) tiveram percentual bem próximos do nacional (72%). Os agrupamentos Menor DAG (63,7%) e indígena (62,6%) ficaram bem abaixo do resultado nacional. Esta é uma ação típica da atenção primária junto às comunidades, e cerca de 28% dos trabalhadores da saúde indígena no segmento nacional não tiveram participação nela. No contexto da pandemia da Covid-19, são ações que podem contribuir para orientar e refletir sobre os procedimentos de higiene e etiqueta respiratória (Ouriques, 2020).

A variável “contribuição no monitoramento da entrada de pessoas externas às comunidades nas aldeias – barreiras sanitárias” foi referida por 55% dos participantes da pesquisa. Os agrupamentos ficaram bem próximos do nacional: o agrupamento indígena referiu a participação em 59%, acima de todos os demais.

Na discussão das medidas incluídas na iniciativa jurídica da APIB “Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 709)”, as barreiras sanitárias foram incluídas como uma medida importante. Foi avaliado que, no que tange à população dos povos isolados e de recente contato houve avanço na implementação desta medida, mas em outros contextos essa medida só foi efetivada pelas próprias comunidades. Foi discutido que para as Terras Indígenas com a presença de invasores na exploração indevida de recursos naturais, há uma

grande dificuldade no controle da pandemia, pois, além das situações de conflitos e violência existentes antes da pandemia, as populações indígenas residentes nestas áreas ficaram expostas a maior risco de contágio, conforme denunciado pela APIB no curso desta iniciativa jurídica.

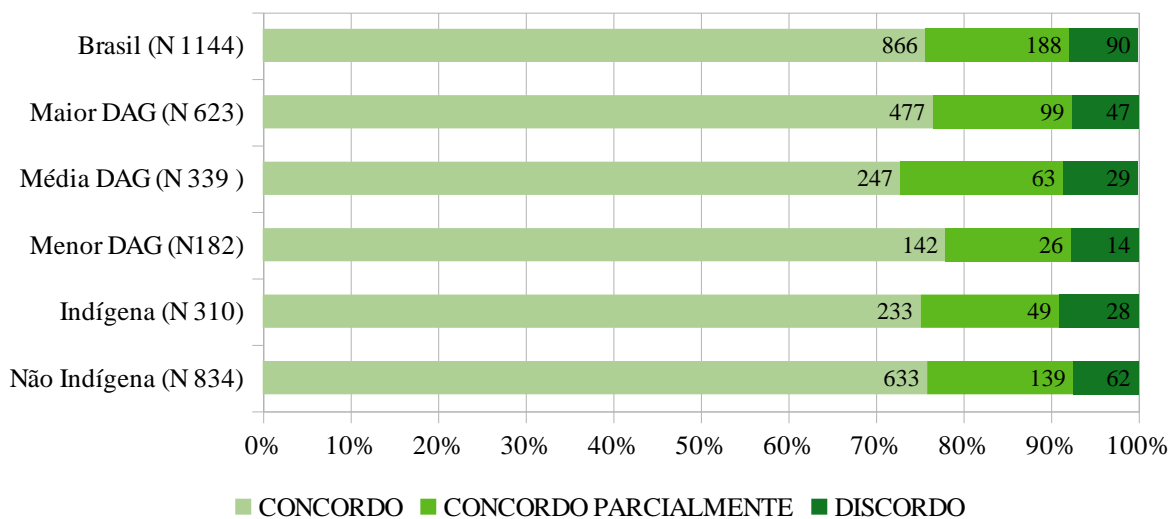
Na variável “utilização do geoprocessamento para acompanhar o número e localização dos casos nas aldeias”, no agrupamento Brasil 19% dos trabalhadores da pesquisa referiu positivamente para esta atividade, e os agrupamentos Maior DAG, Média DAG, Menor DAG e Não-Indígena ficaram com percentuais bem próximos do nacional. O agrupamento indígena referiu um percentual abaixo, com 15,2%. Os resultados apresentados evidenciam que o geoprocessamento ainda é pouco utilizado nos DSEI como ferramenta útil para a vigilância em saúde na atenção primária. Garnelo, Brandão e Levino (2005) analisam a utilidade do uso do Sistema de Informação Geográfica – SIG para a gestão na saúde indígena, “possibilitando análises de situações sanitárias, avaliação de risco populacional, construção de cenários que viabilizem o planejamento de estratégias de intervenção nos diversos níveis”.

Quanto à “distribuição de máscaras e materiais de higiene nas comunidades”, 73% dos trabalhadores referiram que participaram desta atividade, percentual próximo dos demais agrupamentos, com exceção do agrupamento indígena, que teve como resultado 67%. Outros resultados do inquérito informam o menor acesso dos trabalhadores indígenas aos insumos de prevenção na pandemia da Covid-19.

Na variável “visitas domiciliares aos casos suspeitos, confirmados, e aos membros de suas famílias”, o percentual nacional foi de 54%. Os agrupamentos que apresentaram variações maiores com relação ao percentual nacional foram o Menor DAG, com 48% e o Indígena, com 47%. Segundo Giovanela et al (2020), na APS, as visitas domiciliares ou adaptadas para áreas próximas aos domicílios – peridomiciliar – foi relatada por 38% dos profissionais.

Na afirmativa “a equipe que trabalha nas aldeias tem conhecimento do plano de contingência para infecção humana pelo Covid-19 do seu DSEI” (Figura 30) 75,7% dos participantes no agrupamento Brasil concordaram. Os demais agrupamentos tiveram percentuais próximos do nacional. O SINDCOPSI (2020) analisou que havia baixo acesso aos planos de contingência da Covid-19 pelos trabalhadores e trabalhadoras.

Figura 30 - A equipe que trabalha nas aldeias tem conhecimento do plano de contingência para infecção humana pelo Covid-19 do seu DSEI



Fonte: Inquérito, 2020

O Plano de Contingência Nacional elaborado pela Saúde Indígena em março de 2020 tomou como referência diretrizes da vigilância em saúde do Ministério da Saúde (Quadro 7), e estabeleceu três níveis de resposta: (i) alerta, (ii) perigo iminente e (iii) emergência em saúde pública: “o risco será avaliado e revisto periodicamente, tendo em vista o desenvolvimento de conhecimento científico e situação em evolução, para garantir que o nível de resposta seja ativado e as medidas correspondentes sejam adotadas” (Ministério da Saúde, 2020):

Quadro 7. Plano de contingência e níveis de resposta proposto pela SESAI/MS, 2020

Nível de Resposta	Caracterização	Eixos de ação (adaptado dos estados e municípios para a inclusão/participação dos DSEI)
Alerta	Corresponde a uma situação em que o risco de introdução do SARS-COV-2 no Brasil seja elevado e não apresente casos suspeitos	Vigilância no SASISUS (8 ações); vigilância nos municípios e estados (4 ações); suporte laboratorial (2 ações); medidas de controle de infecção (1 ação); assistência no SASISUS (7 ações); assistência nos municípios e estados (6 ações);

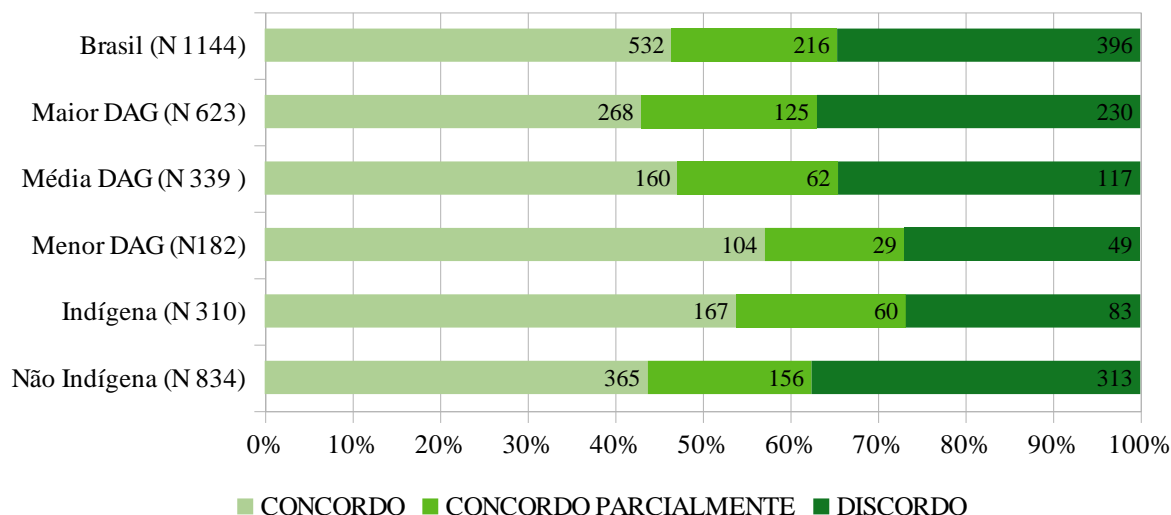
		assistência farmacêutica no SASISUS (3 ações); assistência farmacêutica nos municípios e estados (1 ação); vigilância sanitária - medidas de saúde em pontos de entrada em terras indígenas (3 ações); comunicação de risco (3 ações); gestão (7 ações).
Perigo Iminente	Nível de resposta de Perigo Iminente corresponde a uma situação em que há confirmação de caso suspeito, conforme previsto no Capítulo IV, Seção I, Artigo 15 da 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. “...a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização”	Vigilância no SASISUS (9 ações); vigilância nos municípios e estados (8 ações); suporte laboratorial (3 ações); medidas de controle de infecção (5 ações); assistência no SASISUS (5 ações); assistência nos municípios e estados (3 ações); assistência farmacêutica no SASISUS (4 ações); assistência farmacêutica nos municípios e estados (1 ação); vigilância sanitária - medidas de saúde em pontos de entrada em terras indígenas (3 ações); comunicação de risco (3 ações); gestão (8 ações).
Emergência em Saúde Pública	Nível de resposta de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de Coronavírus (Covid-19), no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Estas situações configuram condições para recomendação ao Ministro da Saúde de declaração de ESPIN, conforme previsto no Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011 que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN. “Artigo 4º A declaração de ESPIN será efetuada pelo Poder Executivo federal, por meio de ato do Ministro de Estado da Saúde, após análise de recomendação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, nos casos de situações epidemiológicas.”	Vigilância no SASISUS (6 ações); vigilância nos municípios e estados (6 ações); suporte laboratorial (3 ações); medidas de controle de infecção (1 ação); assistência no SASISUS (1 ação); assistência farmacêutica no SASISUS (3 ações); assistência farmacêutica nos municípios e estados (1 ação); vigilância sanitária - medidas de saúde em pontos de entrada em terras indígenas (4 ações); comunicação de risco (4 ações); gestão (6 ações).

Fonte: Ministério da Saúde/SESAI, março de 2020

Na segunda afirmativa referente aos Planos de Contingência dos DSEI: “você contribuiu na elaboração do plano de contingência para infecção humana pelo Covid-19 do seu DSEI” (Figura 31), 46,5% dos participantes afirmaram que “SIM”. Nos agrupamentos Maior DAG,

Média DAG e não-indígena, os percentuais ficaram próximos do nacional. Os agrupamentos Menor DAG (57,1%) e indígena (53,9%) ficaram bem acima do nacional.

Figura 31 - Você contribuiu na elaboração do plano de contingência para infecção humana pelo Covid-19 do seu DSEI



Fonte: Inquérito, 2020

Todos os DSEI elaboraram Planos de Contingência, disponibilizados na página da SESAI. Estes Planos distritais seguiram a diretriz do Plano Nacional, adaptada à realidade local, inserindo os três níveis de resposta. Os Informes Técnicos publicados pela SESAI ente março e abril de 2020, a partir do Plano de Contingência, não previram a inclusão da população indígena na situação de transmissão comunitária. Ouriques (2020) discutiu que “na fase de transmissão comunitária em que se encontra o Brasil, é obrigatória a notificação imediata de caso de síndrome gripal e de Síndrome Respiratória Aguda Grave, tratados como suspeitos do Covid-19”. Segundo Ouriques (2020), esta orientação poderia colocar em maior risco a população indígena ao retardar as ações de prevenção necessárias pelos serviços de saúde nos territórios indígena.

1.13 Prevenção e Mobilização Comunitária

O movimento indígena, liderado pela APIB (Rodrigues, 2020), apoiou a criação da Lei 14.021 de 14 de julho de 2020 que estabeleceu “medidas de proteção social para prevenção do

contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; e criou o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas e para outras populações tradicionais”.

Este projeto estabeleceu diversas medidas para serem implementadas para a população indígena, incluídos os povos indígenas isolados e de recente contato, indígenas que vivem nas aldeias em terras indígenas, indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais e povos e grupos de indígenas que se encontram no país em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória. Estabelece que as ações devem ser conduzidas pelos DSEI, e que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) deveriam ter locais adequados para realizar a quarentena antes de entrarem nos territórios indígenas para realizar atendimentos nas comunidades e garantia de acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI).

Entre as medidas dirigidas às comunidades, previu acesso universal à água potável, aos itens de proteção individual, aos materiais de higiene e desinfecção de superfícies de forma gratuita, acesso aos testes rápidos e RT-PCRs, medicamentos, atendimento na média e alta complexidade, contratação de profissionais de saúde para reforçar as equipes, disponibilização de ambulâncias fluviais, terrestres e aéreas, hospitais de campanha próximos às comunidades com maior número de casos de Covid-19, elaboração de materiais educativos culturalmente adequados a realidades de cada povo indígena, publicização dos planos de contingência e normativas técnicas, acesso à internet nas comunidades para atendimento remoto, elaboração de planos emergenciais e protocolos para apoiar e orientar as ações, adequações nas CASAI para isolamento de casos suspeitos, confirmados e contatos, contratação de profissionais para as CASAI e casas de campanha nas aldeias para isolamento de indígenas com Covid-19. Estabeleceu também medidas para a segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas em caráter emergencial, como o fornecimento de cestas básicas e apoio para comunidades que vivem em áreas remotas acessarem o auxílio emergencial.

Além do projeto de Lei acima citado, a APIB com apoio de diversos partidos políticos (PSB, REDE, PSOL, PT, PDT e PC do B), entrou com uma ação no Supremo Tribunal Federal de Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, em 29 de junho de 2020, para determinar o cumprimento de medidas sanitárias visando o controle da pandemia da Covid-19 entre os povos indígenas. Uma liminar foi parcialmente acatada pelo Ministro do STF

Roberto Barroso em 8 de julho de 2020, e as medidas que ficaram determinadas foram: criação de barreiras sanitárias; instalação de sala de situação com a participação indígena e da Procuradoria Geral da República e da Defensoria Pública Federal; que o SASISUS atenda aos indígenas aldeados independentemente da situação de regularização fundiárias das terras indígenas onde residem e atenda os indígenas vivendo fora das terras indígenas na falta do atendimento do SUS pelos municípios; e a determinação da elaboração e monitoramento pelo governo federal de um Plano de Enfrentamento da Covid-19 para os Povos Indígenas. A mobilização permanente do movimento indígena durante a pandemia visando o acesso dos povos indígenas às ações fundamentais para controle da Covid-19 resultaram numa forte pressão com agendas locais, regionais, nacionais e internacionais.

Uma das medidas de prevenção recomendadas na pandemia foi a adoção do uso de máscaras pela população. Foi perguntado desde quando, entre março e setembro de 2020, as comunidades indígenas tiveram acesso às máscaras e materiais de higiene. De acordo com os resultados, os trabalhadores referiram os meses de março, abril e maio, com percentuais mais altos do início da distribuição (Tabela 11) para todos os agrupamentos.

No agrupamento Brasil, o mês de março obteve maior percentual (29,2%) no Maior DAG em março (31,3%), e no Média DAG (26,3%). No Menor DAG, o mês de abril foi referido como o que teve maior percentual de início da distribuição, portanto mais tardio se comparado ao agrupamento Brasil. Entre trabalhadores Indígenas, abril (28,7%), e Não-Indígenas, março (30,9%), foram respectivamente os meses nos quais se iniciou esta distribuição nas comunidades.

Tabela 11. Desde que mês foi distribuído para as comunidades indígenas máscaras e materiais de higiene

	Anterior a março de 2020	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	*
Brasil (N 1144)	21 1,8%	334 29,%	328 28,7%	215 18,8%	124 10,8%	60 5,2%	19 1,70%	6 0,5%	37 3,2%
Maior DAG (N 623)	11 1,8%	195 31,3%	182 29,2%	120 19,3%	56 9%	27 4,3%	8 1,30%	4 0,6%	20 3,2%
Média DAG (N 339)	5 1,5%	89 26,3%	85 25,1%	67 19,8%	51 15%	20 5,9%	8 2,40%	1 0,3%	13 3,8%

Menor DAG (N 182)	5 2,7%	50 27,5%	61 33,5%	28 15,4%	17 9,3%	13 7,1%	3 1,60%	1 0,5%	4 2,2%
Indígena (N 310)	2 0,6%	76 24,5%	89 28,7%	50 16,1%	48 15,5%	23 7,4%	7 2,30%	2 0,6%	13 4,2%
Não-Indígena (N 834)	19 2,3%	258 30,9%	239 28,7%	165 19,8%	76 9,1%	37 4,4%	12 1,40%	4 0,5%	24 2,9%

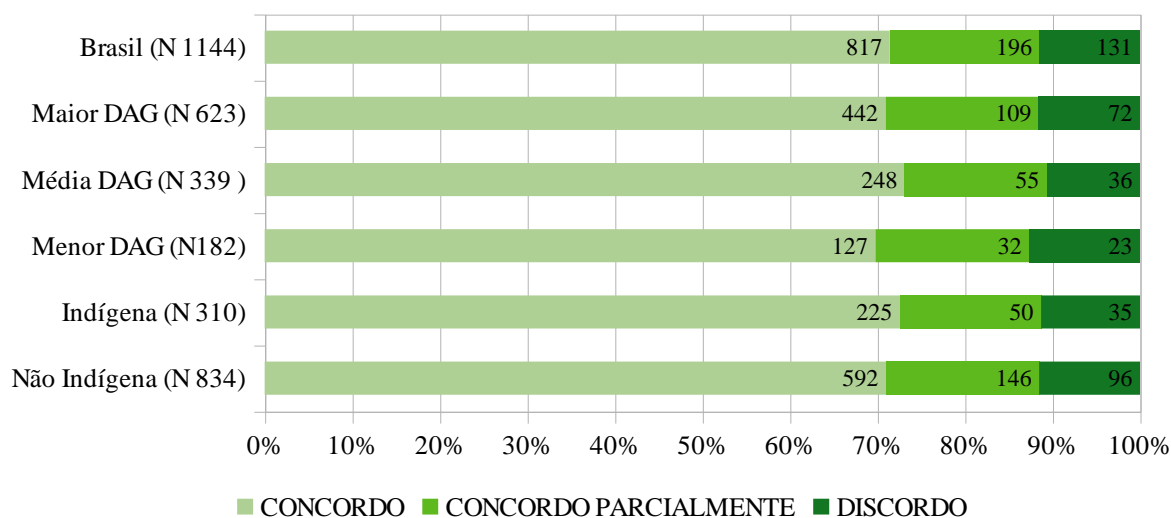
* Ainda não foi distribuído máscaras e materiais de higiene para as comunidades em quantidade suficiente

Fonte: Inquérito, 2020

Observa-se pelos resultados apresentados (Tabela 11) que parte das comunidades indígenas ainda não estavam tendo acesso a estes insumos em quantidade suficiente em setembro de 2020, situação mais referida pelo agrupamento Indígena (4,2%) em comparação ao agrupamento Brasil (3,2%). Nesta variável, Média DAG (3,8%) ficou acima do nacional e Menor DAG (2,2%) ficou abaixo do nacional.

Entre as ações de prevenção da Covid-19 nas comunidades indígenas, os trabalhadores da saúde referiram resultados muito próximos no agrupamento Brasil: (71,4%) informou que a busca do auxílio emergencial por membros das comunidades indígenas aumentou o fluxo das comunidades nas cidades durante a pandemia (Figura 32). Ao mesmo tempo, 24% do agrupamento Brasil referiu que diminuiu a ida de membros das comunidades para compra de itens industrializados.

Figura 32 A busca do auxílio emergencial por membros das comunidades indígenas aumentou o fluxo das comunidades nas cidades durante a pandemia.



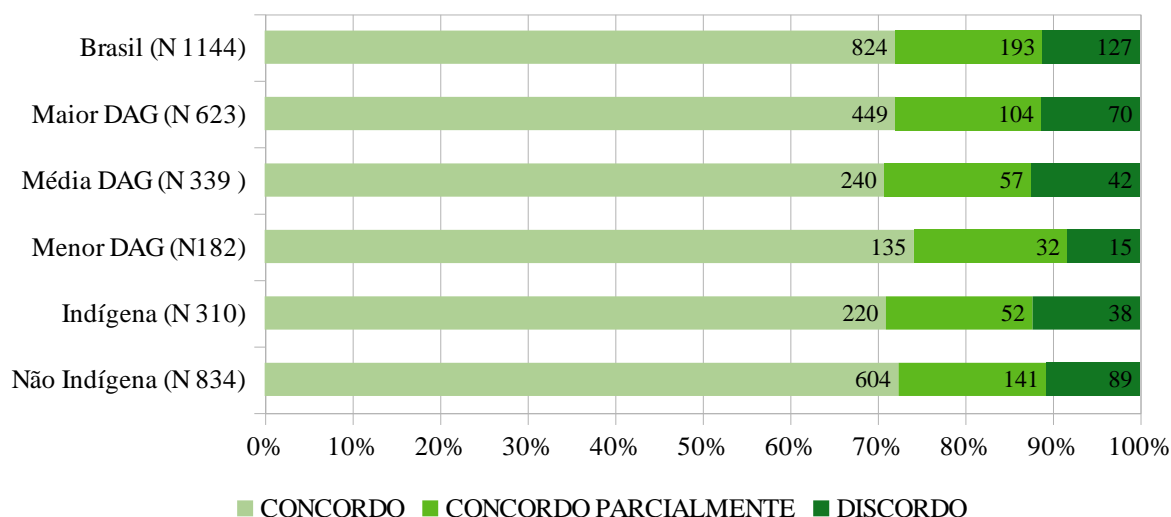
Fonte: Inquérito, 2020

Estes foram dois aspectos mencionados pelas organizações não governamentais como preocupantes para a prevenção, dado o fluxo existente na maioria das comunidades indígenas entre as terras indígenas e as cidades onde adquirem itens para sua sobrevivência. Diminuir ou estancar este fluxo no início da pandemia tornou-se um desafio importante entre as medidas de prevenção, especialmente porque o acesso aos insumos de prevenção pelas comunidades ainda não era suficiente em todas as localidades: para 19% dos trabalhadores do agrupamento Brasil os membros das comunidades continuam visitando as cidades durante a pandemia sem adoção de medidas de prevenção, sendo que no agrupamento indígena, 23,5% referiram esta situação. Por outro lado, 43,5% dos trabalhadores do agrupamento Brasil referiram que algumas comunidades se refugiaram dentro da floresta para se protegerem; no agrupamento Maior DAG (52%) concordaram que ocorreu esta situação.

Consideradas as formas tradicionais, coletivas e com grande diversidade de organização das aldeias e moradias indígenas, os trabalhadores do agrupamento Brasil (72%) referiram que o número maior ou menor de indígenas por residência influencia as medidas de isolamento quando há caso suspeito na família (Figura 33). No curso da pandemia e com a transmissão comunitária presente nos territórios indígenas, os trabalhadores da saúde no agrupamento Brasil

(62%) referiram que foi observada a presença de pessoas assintomáticas entre os moradores das aldeias que desconheciam sua sorologia e não adotaram medidas de prevenção.

Figura 33 - O número maior ou menor de indígenas por residência influencia as medidas de isolamento quando há caso suspeito na família

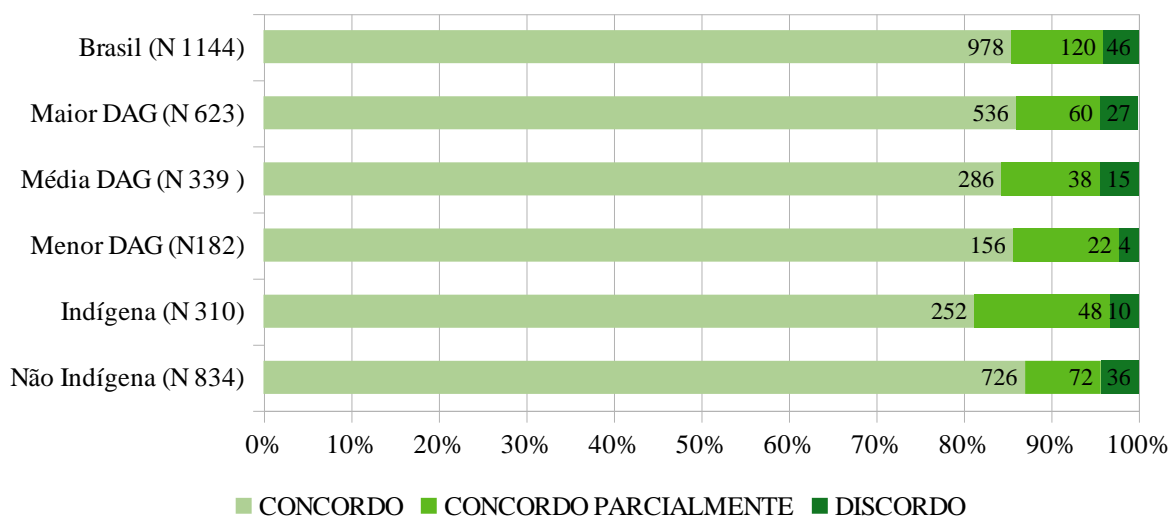


Fonte: Inquérito, 2020

As comunidades indígenas tiveram acesso aos testes para o Covid-19 para 73,3% dos trabalhadores do agrupamento Brasil e 78% dos trabalhadores do Maior DAG, onde mais foi adotado o teste rápido. O distanciamento social foi adotado como medida de prevenção pelos trabalhadores nas aldeias segundo 68% dos trabalhadores do agrupamento Brasil, e 72% entre trabalhadores indígenas. Houve distribuição de medicamentos para tratamento dos casos leves do Covid-19 nas aldeias fora da lista da RENAME para 56% do agrupamento Brasil, e 61% do agrupamento Maior DAG. Entre indígenas, o distanciamento social foi adotado como medida de prevenção pelos trabalhadores nas unidades de saúde indígena para 72% do agrupamento Brasil.

As lideranças indígenas tiveram um papel importante em orientar as comunidades para não ampliar o número de casos do Covid-19, segundo 85% dos trabalhadores do Agrupamento Brasil (Figura 34).

Figura 34 - O apoio das lideranças para orientar as comunidades é muito importante para não ampliar o número de casos do COVID-19



Fonte: Inquérito, 2020

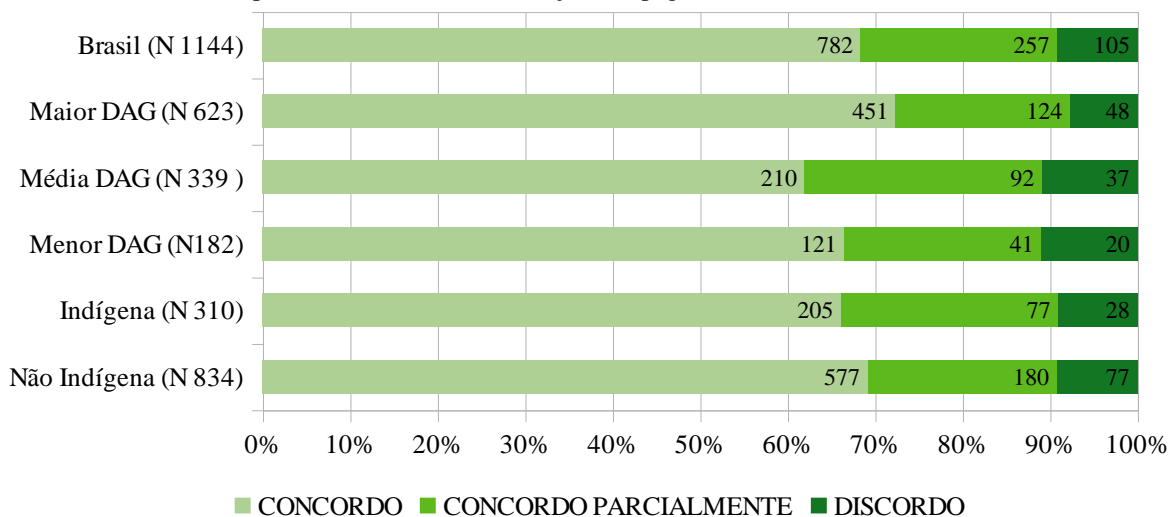
Reflexos positivos da participação das comunidades: o cuidado crescente nas comunidades quanto à limpeza e compartilhamento de alimentos e objetos, segundo 55% dos trabalhadores do Agrupamento Indígena; nas aldeias com casos suspeitos ou confirmados do Covid-19 foi possível evitar aglomerações para 48,4% dos trabalhadores indígenas e no agrupamento Média DAG (57,5%); quanto ao distanciamento social, considerada uma medida de prevenção eficaz, 36% dos trabalhadores indígenas referiram que este foi adotado nas comunidades.

As aulas nas escolas indígenas foram suspensas desde março de 2020 em decorrência da pandemia da Covid-19 como forma de evitar a aglomeração, segundo 85% dos trabalhadores do agrupamento Brasil. Garantir o acesso das comunidades mais carentes a itens de primeira necessidade: alimentação, máscaras faciais de pano e materiais de higiene, foi referido como muito difícil por 51% dos trabalhadores do agrupamento Brasil e 61,3% dos trabalhadores indígenas.

Os trabalhadores do agrupamento Brasil (68,4%) informaram que as comunidades indígenas usaram conhecimentos e práticas tradicionais para os cuidados dos pacientes com o Covid-19, com plantas medicinais e/ou atuação dos pajés e outros cuidadores das comunidades (Figura 35). Monteiro e Guajajara (2020), Rodrigues (2020) e Bellier (2020) relataram práticas

da medicina tradicional indígena durante a pandemia para tratamento de sintomas respiratórios e outros infortúnios.

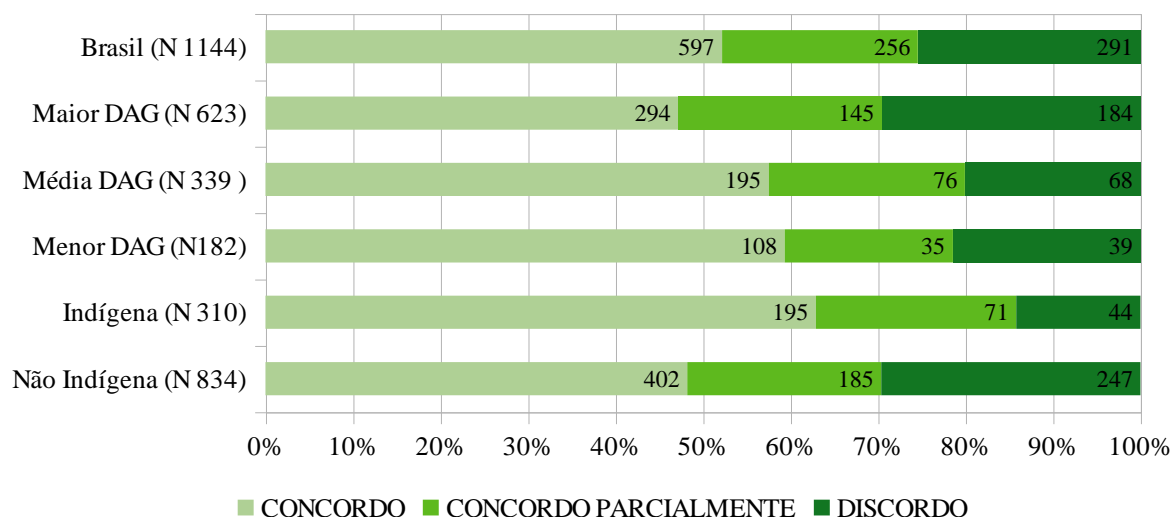
Figura 35 - As comunidades indígenas usam conhecimentos e práticas tradicionais para os cuidados dos pacientes com o COVID-19, com plantas medicinais e/ou atuação dos pagés e outros cuidadores das comunidades.



Fonte: Inquérito, 2020

Um outro aspecto que tem relação com as medidas de prevenção e interferem no universo ritual, simbólico e ancestral dos povos indígenas é o ritual funerário, que devido aos protocolos para o sepultamento de pessoas vítimas da Covid-19, levou a mudanças a partir de experiências traumáticas; segundo 52% dos trabalhadores do agrupamento Brasil e 63% dos trabalhadores indígenas, houve mudanças em algumas práticas nas comunidades indígenas, entre as quais os rituais funerários tradicionais nas aldeias que foram suspensos ou modificados para os casos comprovados do Covid-19 (Figura 36).

Figura 36 - Os rituais funerários tradicionais nas aldeias foram suspensos ou modificados para os casos comprovados do COVID-19.



Fonte: Inquérito, 2020

De acordo com Protocolo do Ministério da Saúde (2020) para manejo de corpos no contexto da pandemia da Covid-19, a principal orientação é de enterrar os corpos com caixão lacrado ou cremá-los, e para não favorecer a aglomeração, indicou a não realização de velórios. Não houve orientações específicas para os povos indígenas, pois em diversas comunidades os corpos são sepultados nas aldeias e são realizados rituais de homenagem aos entes que se foram.

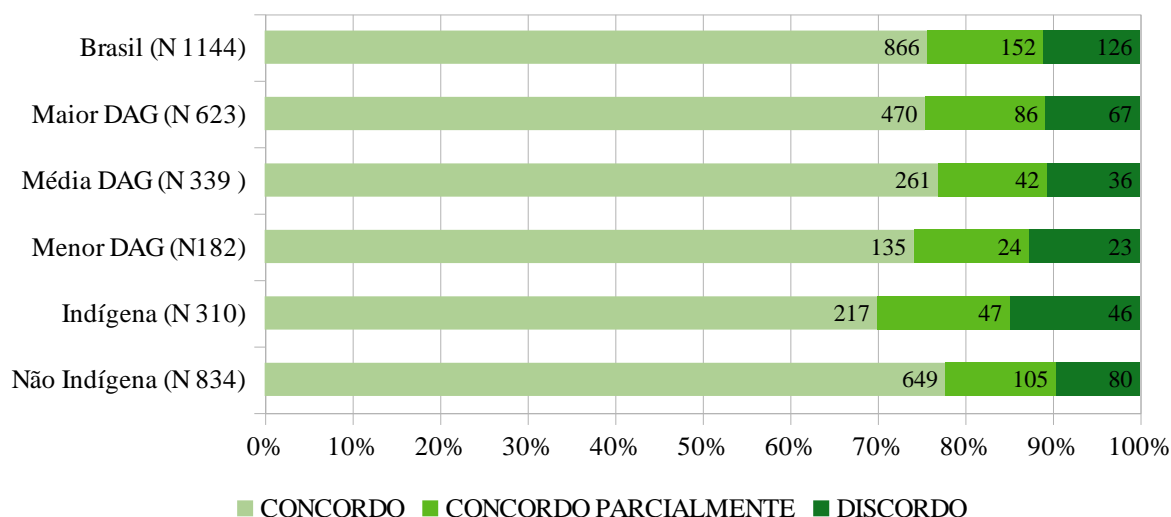
Oliveira et al (2020) identificaram que há situações presentes nos territórios indígenas que provocam impactos na saúde das comunidades, tais como a presença de atividade garimpeira ilegal, o desmatamento e as invasões das terras indígenas. A integridade ambiental, física e cultural dos povos indígenas está relacionada com a integridade territorial.

A pressão sobre estes territórios aumentou durante o período da Pandemia da Covid-19, estimulada pelas atitudes capitaneadas pelo governo federal que apoiou a escalada da presença de invasores em localidades foco de exploração garimpeira, madeireira, de caça e pescas ilegais, entre outras atividades.

De acordo com a opinião dos trabalhadores da saúde, no Agrupamento Brasil 76% referiu que a presença de garimpeiros nas terras indígenas aumenta o risco de transmissão do

Covid-19 nas comunidades (Figura 37), referiu 74% para invasores (caçadores, pescadores ilegais, grileiros, etc), e 71% para a presença de madeireiros. 45,5% dos trabalhadores indígenas referiram que a presença de militares acarreta o aumento do risco de transmissão na pandemia.

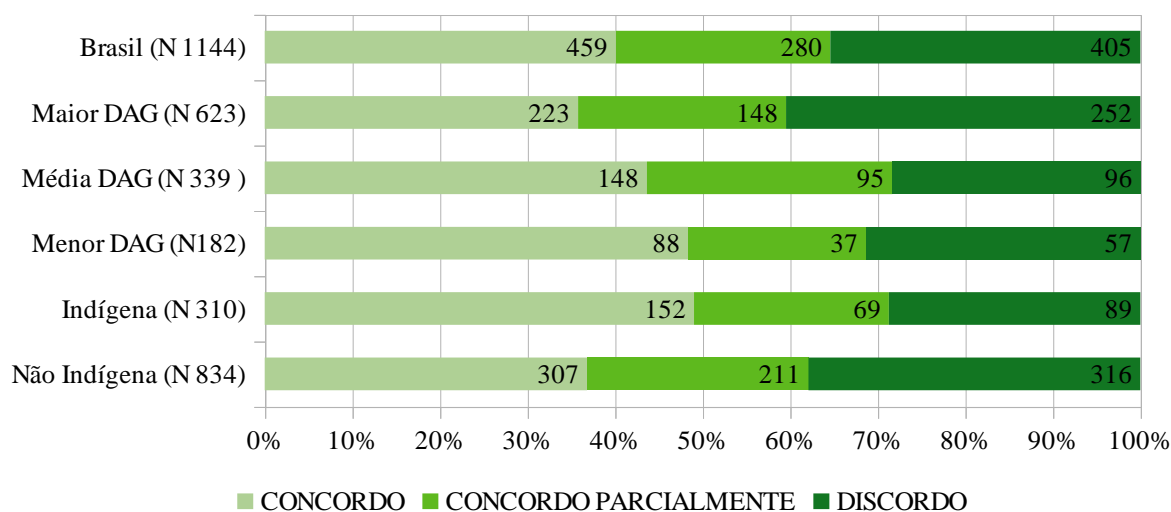
Figura 37 - A presença de garimpeiros nas terras indígenas aumenta o risco de transmissão do COVID-19 nas comunidades



Fonte: Inquérito, 2020

A primeira barreira sanitária (Figura 38) na área de abrangência de atuação dos trabalhadores da saúde visando controlar o acesso de estranhos nestes territórios demorou a ser implantada para 40% dos trabalhadores do agrupamento Brasil, 49% dos trabalhadores indígenas. Para os agrupamentos por acesso geográfico essa demora foi: Maior DAG (36%), Média DAG (44%) e Menor DAG (48,4%). Esta foi uma medida apontada pelo movimento indígena como muito importante, e pela qual questionaram o papel e a omissão da FUNAI.

Figura 38 - Demorou a implantar a primeira barreira sanitária para diminuir o acesso de estranhos às aldeias.



Fonte: Inquérito, 2020

Sobre o apoio da FUNAI para controlar o acesso de Não-Indígenas nas terras indígenas, no agrupamento Brasil (33%) referiram que houve este apoio, ou seja, muito aquém da necessidade, especialmente nos territórios afetados por atividades ilegais de invasores. A falta de apoio da FUNAI para as medidas de prevenção nos territórios indígenas foi referida por 46% dos trabalhadores do agrupamento Brasil e 51% dos trabalhadores indígenas.

Na parceria da saúde indígena com municípios e estados, no agrupamento Brasil (51,2% e 48% respectivamente), informou que ambos contribuíram para as ações de controle e vigilância em saúde do DSEI. Nesta parceria com municípios e estados, a menor participação foi referida pela Média DAG (44,5% e 40% respectivamente). No acesso das comunidades indígenas aos serviços de saúde, no agrupamento Brasil (53%) referiu que a maioria das comunidades não têm acesso regular à água potável. A falta de acesso à água potável ainda é uma realidade na maioria das comunidades indígenas. No capítulo 2, vimos que com base nos dados da SESAI de 2020, 46% das comunidades contavam com sistema de abastecimento de água nas aldeias no país.

Entre 2010 e 2019, 80,7% dos partos na população indígena foram normais, representando o dobro da população Não-Indígena (Halmenschlager e Garcia, 2023). No agrupamento Brasil, 35% dos trabalhadores referiram que aumentou o número de partos

indígenas nas aldeias durante a pandemia, e entre trabalhadores indígenas este resultado foi de 42% no agrupamento Indígena, no Maior DAG foi de 38,5%, 32,45 na Média DAG, e 30% na Menor DAG. Garnelo et al (2019) com base em um inquérito realizado entre 2008 e 2009, analisaram que a maioria dos nascimentos na população indígena nas aldeias na Região Norte (66,6%), e nas demais regiões, o predomínio de partos hospitalares: 76,8% no Nordeste, 83,6% no Sul/Sudeste e 75,2% no Centro-oeste.

Desde o início da pandemia morreram mais indígenas nas aldeias por causas não identificadas para 16% dos trabalhadores do agrupamento Brasil e 18,4% dos trabalhadores indígenas. Indagado se pacientes indígenas do Covid-19 foram a óbito por falta de atendimento rápido na atenção primária à saúde, 12% do agrupamento Brasil e 18,4% agrupamento indígena referiram que sim. Desde o início da pandemia morreram mais indígenas nas aldeias por doenças respiratórias, segundo 23% trabalhadores do agrupamento Brasil. Pacientes indígenas do Covid-19 foram a óbito por falta de atendimento rápido nas UPAS ou nos hospitais mais próximos das áreas indígenas, para 20% dos trabalhadores do agrupamento Brasil e 29% trabalhadores indígenas.

De acordo com a opinião dos trabalhadores do agrupamento Brasil (79%) e do agrupamento indígena (75%), a atenção primária em saúde está sendo resolutiva para os casos leves do Covid-19. Os trabalhadores referiram que não houve falta de atendimento na atenção primária pela falta de profissionais de saúde causada pelos afastamentos durante a pandemia; 10% do agrupamento Brasil e 13% dos trabalhadores indígenas referiram que parte das comunidades ficaram sem atendimentos.

A equipe de resposta rápida contribuiu para o controle e vigilância do Covid-19 mais eficazes nas comunidades para o agrupamento Brasil (70,5%), e 64% para o agrupamento indígena, mostrando-se como uma estratégia que somou esforços na pandemia nos DSEI. Foi identificada a presença de trabalhadores assintomáticos com Covid-19 nas comunidades indígenas para 48% dos trabalhadores do agrupamento Brasil, e 51% dos trabalhadores Maior DAG. Esta questão suscita dúvidas quanto ao real acesso dos trabalhadores da saúde indígena ao teste de diagnóstico naquele período da pandemia, e a realização de quarentena conforme preconizado nos protocolos do Ministério da Saúde (2020) e nos Informes técnicos da SESAI (2020).

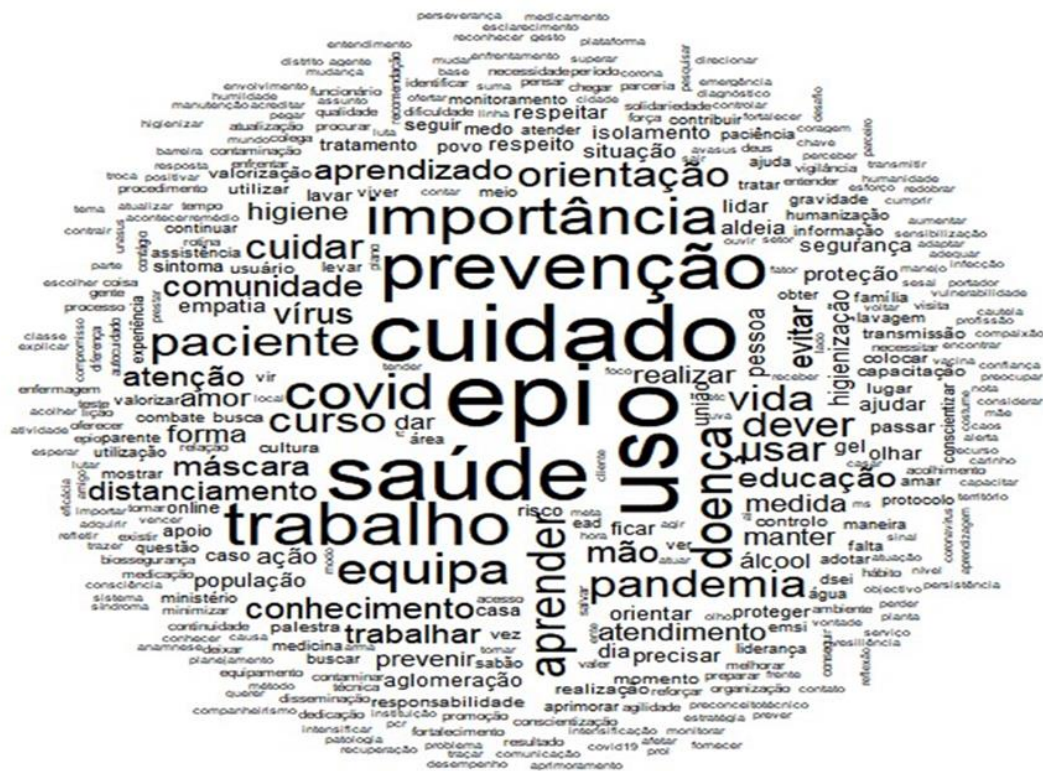
Diante das dificuldades vivenciadas pelas comunidades indígenas na pandemia, segundo 46% dos trabalhadores do agrupamento Brasil e 52% dos trabalhadores do

agrupamento Maior DAG, houve pedido das comunidades para as equipes do DSEI não entrar nas aldeias pelo medo de transmitir o Covid-19, ou seja, parte da população indígena viu os profissionais de saúde como vetores do vírus nas comunidades. Os profissionais de saúde foram vistos como responsáveis pela transmissão do Covid-19 nas comunidades, 22,4% no agrupamento Brasil, 25% no agrupamento Maior DAG e 19% no agrupamento Indígena.

1.14 Aprendizado na Pandemia

Foi apresentada uma questão aberta aos participantes da pesquisa: Qual o principal aprendizado que você obteve durante a pandemia para aprimorar o seu trabalho na saúde indígena? O resultado foi analisado no agrupamento Brasil: Foi de uma grande importância, pois essa pandemia pegou os profissionais de saúde despreparados logo no começo da doença, sendo que fomos sendo capacitados e hoje sabemos o que fazer... O maior aprendizado foi desempenhar o meu trabalho mesmo com as dificuldades existentes, com muita responsabilidade, levando sempre a assistência à saúde para os povos indígenas... Tentar equilibrar, controlar a ansiedade e o medo de ser contaminado, e levar para casa para os entes queridos, cansaço acumulado devido à pressão exercida pelo Covid-19 (expressões de trabalhadores participantes da pesquisa).

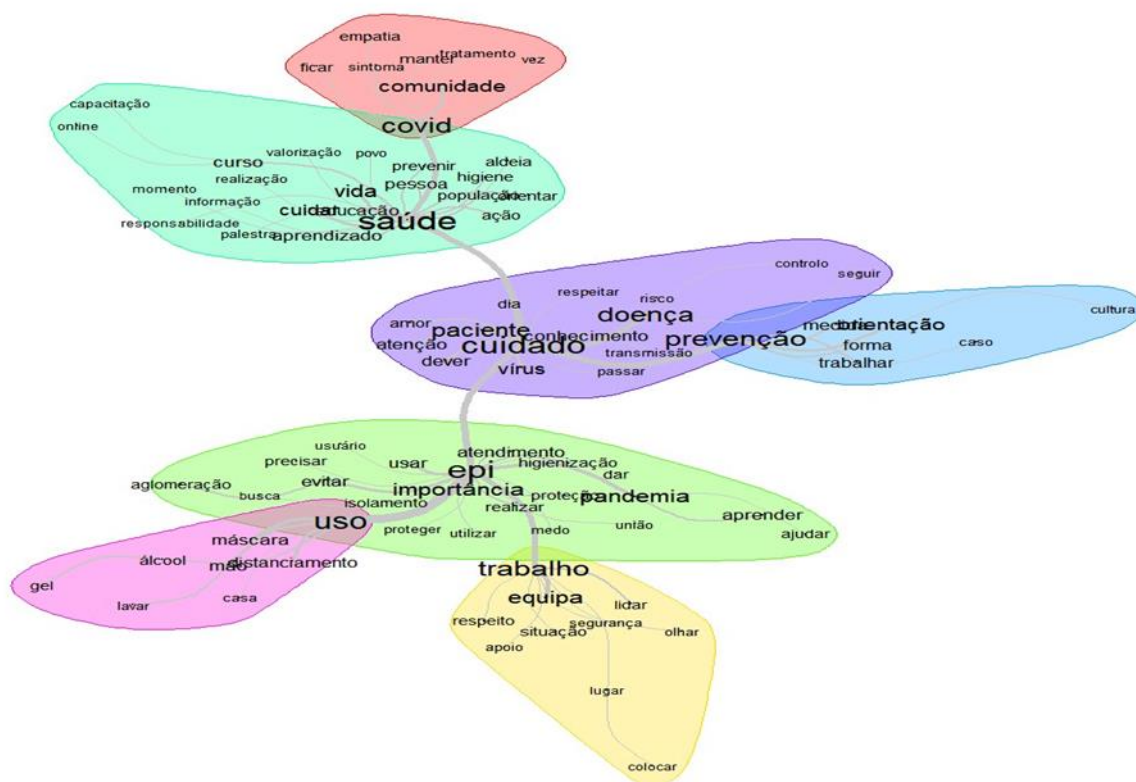
Figura 39. Aprendizado na pandemia



Elaborado pela autora

Analisando as expressões apresentadas pelo conjunto dos trabalhadores, observou-se que o Uso do EPI foi um destaque para os trabalhadores da saúde indígena na experiência da pandemia: “a grande importância no uso de EPI no ambiente de trabalho... A importância da higienização das mãos e o uso correto dos EPI... A valorização da prevenção: que a prevenção sempre será o melhor caminho para evitar que doenças se espalhem de maneira rápida... Que temos que trabalhar cada vez mais em equipe e com a prevenção para termos êxitos em nossos objetivos enquanto trabalhadores da Saúde Indígena” (expressões de trabalhadores participantes da pesquisa). “A valorização do trabalho em equipe e da medicina tradicional indígena: o trabalho em equipe e atualização de dados... Os esclarecimentos da equipe e o acompanhamento diário das famílias ao combate ao coronavírus nas aldeias com equipe e AIS e AISAN... Respeitar a medicina tradicional e unificar EMSI e lideranças, pajés, rezadores pra equipe poder atuar concomitantemente medicina tradicional com a técnica científica” (expressões de trabalhadores participante da pesquisa).

Figura 40 - Termos conexos no discurso dos trabalhadores



O Gráfico de similitudes apresenta as associações entre os termos mais citados pelos trabalhadores da saúde indígena quando refletem sobre seu aprendizado na Pandemia da Covid-19 formando grupos a partir de uma palavra que se destaca e a relação entre os grupos de palavras representados pelas diferentes cores, onde algumas palavras agregam outras que atribuem sentidos e significados para os trabalhadores, como por exemplo com a palavra USO, a qual está associada máscara, gel, álcool, mãos, distanciamento, e relacionada ao grupo da palavra EPI que está relacionada à importância (do uso) proteger, utilizar, medo, aprender, aglomeração, isolamento. E este está relacionado ao grupo da palavra TRABALHO, que está associado a equipe, segurança, respeito e lugar.

Com base nos aspectos discutidos com os trabalhadores nas lives em 2020, e elencados pelo SINDCOPSI foi elaborada esta nuvem de palavras no chapgpt :

Figura 41 - Trabalhadores e Covid-19



Fonte: Prompt no chatgpt: Nuvem de palavras gerado no aplicativo web: <https://wordcloud.app/> "Retire todos os artigos, preposições e conectivos do texto abaixo. Conserve todas as outras palavras em ordem"

1.15 Sugestões e recomendações

De acordo com os dados analisados e documentos consultados, apresentamos um conjunto de sugestões e recomendações para a saúde indígena, tendo em vista incorporar as lições aprendidas na pandemia do Covid-19 e com o protagonismo da participação indígena nos temas de interesse dos trabalhadores, para outras situações de emergência em saúde pública:

- 1.Rever os protocolos e planos de contingência adotados durante a pandemia da Covid-19 para aprimorá-los para outras situações – elaborar protocolo próprio da saúde indígena por

DSEI para situações de emergência em saúde pública, considerando a diversidade sociocultural da população atendida e as condições de acesso geográfico, com a participação do controle social;

2. Ampliar as equipes de resposta rápida nos 34 DSEI e promover a qualificação conjunta com as equipes EMSI, identificando as situações de rotina, diferenciada das situações de surtos epidêmicos e emergências em saúde pública;

3. Qualificar as equipes de saúde quanto a adoção e uso de EPI nos serviços;

4. Disponibilizar EPI de qualidade e em quantidade suficiente para todas as equipes;

5. Qualificar as equipes de saúde dos DSEI quanto aos fatores de vulnerabilidade das populações indígenas presentes no território;

6. Organizar o fluxo de atendimento para diagnóstico laboratorial ou a incorporação de tecnologias que sejam eficazes em áreas remotas nas áreas indígenas;

7. Adaptar o modelo de atenção à saúde indígena, conforme as situações de acesso geográfico de cada localidade, com equipes de forma mais presente nas áreas indígenas;

8. Promover de forma equitativa o acesso de trabalhadores indígenas nas ações de educação permanente, acesso a insumos de proteção e diagnósticos nas áreas indígenas;

9. Organizar a componente saúde do trabalhador nos DSEI;

10. Qualificar os trabalhadores terceirizados: motoristas, pilotos de barco, cozinheiros e vigilantes nas ações de prevenção e promover o acesso aos EPI e diagnóstico em situações de emergência em saúde pública;

11. Qualificar os Técnicos de Enfermagem para o uso e adoção dos EPI nos serviços;

12. Organizar os dados epidemiológicos dos trabalhadores nos serviços de saúde em situação de emergência em saúde pública, monitorar os afastamentos e oportunizar a substituição dos trabalhadores em situações prolongadas de emergência;

13. Oportunizar acolhimento e apoio de saúde mental para os trabalhadores que enfrentem situações de risco no exercício de suas atividades nos DSEI;

14. Organizar os espaços de acolhimento para os trabalhadores que cumprem escalas prolongadas nos territórios indígenas;

15. Valorizar e apoiar o trabalho dos AIS e AISAN nas equipes de Saúde;

16. Prever a aquisição de alimentação e materiais de higiene para trabalhadores que cumprem escalas prolongadas nos territórios indígenas;

17.Promover o acesso à internet e outras tecnologias de comunicação eficazes nas áreas indígenas;

18.Implantar o serviço de atendimento remoto de enfermagem e medicina nas áreas indígenas para apoiar as equipes que atuam nos territórios.

CONCLUSÕES

Em resumo, este estudo buscou identificar as opiniões dos trabalhadores da saúde indígena quanto às suas condições de trabalho no primeiro ano da pandemia da Covid-19 segundo o critério de acesso geográfico a partir das localidades onde atuam. Trata-se de um estudo exploratório no qual buscamos pensar na perspectiva geográfica onde atuam as equipes de saúde, como os trabalhadores da saúde na atenção primária estavam protegidos, e se tiveram acesso às medidas de prevenção preconizadas na emergência em saúde pública.

O modelo de atenção primária no momento do primeiro ano da Covid-19 corresponde à descrição apresentada. Quando a pandemia iniciou em 2020, os 34 DSEI haviam terminado de elaborar os Planos Distritais de Saúde Indígena 2020-2023, os quais incluíram a descrição da rede de serviços e outros dados que caracterizam cada DSEI, além da diversidade cultural e da demografia da população indígena, da força de trabalho, entre outros aspectos. O modelo descrito pelos DSEI em seus Planos Distritais incorpora elementos com relação à tipologia dos serviços e força do trabalho sob uma mesma base de orientação nacional. No entanto, as dinâmicas sociais, culturais, condições de acesso geográfico entre outros aspectos são muito distintas entre os DSEI.

O estudo descreveu qual era a força de trabalho atuando na saúde indígena, com os recortes propostos e o modelo de atenção adotado na saúde indígena. Este modelo sofreu modificações durante a pandemia para agregar soluções visando atender casos leves da Covid-19 nas áreas indígenas e incorporar trabalhadores por meio das equipes de resposta rápida nos DSEI para contribuir com as ações de vigilância no momento do surto e somar com as equipes de rotina da atenção primária. Na opinião dos trabalhadores, a presença destas equipes no território e a implantação destes serviços (UAPI) contribuíram com a resposta local em todas as regiões.

A força de trabalho incorpora desde os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares de saúde indígena, como equipes que atuam na área de edificações e

saneamento, equipes de gestão e equipes da logística de deslocamento e manutenção dos serviços de saúde. Estas equipes são distribuídas nos DSEI conforme as escalas de trabalho e localização dos serviços nos territórios. Pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde indígena brasileiro que é um Subsistema do SUS é único no mundo com esta abrangência e de caráter público e gratuito em todos os níveis de atenção

O estudo evidenciou que ao pensar cenários de dificuldade de acesso geográfico a partir dos critérios apresentados no capítulo 1 para definir os agrupamentos, que este pode ser um parâmetro a ser aprimorado para buscar compreender essas diferenças e as medidas para saná-las.

Conforme prevê a PNASPI, o acesso geográfico influencia as condições para organizar serviços de saúde em áreas remotas. Com o advento da pandemia com as características da Covid-19 e o número de profissionais de saúde expostos e afetados, a pressão sobre o sistema de saúde exige da gestão medidas eficazes para proteger trabalhadores e população assistida. No primeiro ano da pandemia, as incertezas de toda a ordem afetaram a atuação dos trabalhadores da saúde e foi observado que mudou a rotina de serviço (56%), e os trabalhadores tiveram sobrecarga de trabalho referida por 52% deles, fenômeno observado em todas as regiões. As opiniões dos trabalhadores foi de que quem atua na atenção primária estava exposto ao risco de contaminação, e não apenas os trabalhadores que atuam em UPA ou Hospitais.

As populações indígenas vivem em todo o território nacional, em áreas de difícil acesso geográfico. Portanto, buscamos responder onde e como estes trabalhadores da saúde estavam mais ou menos expostos ou protegidos da circulação de um vírus com as características peculiares de transmissão entre seres humanos como o coronavírus, considerados os agrupamentos geográficos definidos para o estudo.

De acordo com os dados analisados, pode-se afirmar que os trabalhadores em diferentes localidades tiveram condições distintas de atuação, senão vejamos: ao analisar o modelo de atenção adotado na saúde indígena e a distribuição dos equipamentos de saúde e da força de trabalho da saúde indígena, o estudo identificou que essa distribuição não é equitativa ao se considerar os três agrupamentos definidos a partir do critério de dificuldade de acesso geográfico. Proporcionalmente, há mais equipamentos de saúde, saneamento e força de trabalho instalada nos DSEI que compõe os agrupamentos com média ou menor dificuldade de acesso geográfico, tal como demonstrado no capítulo 2.

Trabalhadores do agrupamento Maior DAG (47,3%) se perceberam em maior situação de risco para contaminação devido ao contato em suas residências e entorno com pessoas com Covid-19. Os trabalhadores indígenas (54,2%) referiram se perceber em risco para contaminação em valores acima dos trabalhadores não-indígenas.

De acordo com os dados descritos e analisados, observa-se uma tendência de que os diferentes contextos de acesso geográfico nos territórios indígenas evidenciam diferentes opiniões dos trabalhadores da saúde sobre suas condições de trabalho. Trabalhadores da região com maior dificuldade de acesso buscaram mais informações por meio dos cursos oferecidos do que os profissionais de outras regiões, e também realizaram mais diagnóstico, um dos pontos críticos nos primeiros meses da pandemia, mas devido à escolha pelo teste rápido.

Os dados analisados permitem inferir que apesar das dificuldades enfrentadas pelo Brasil na emergência da saúde pública da Covid-19 devido a magnitude da pandemia e ao contexto político negacionista do governo federal, o sistema de saúde pública, incluído o Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS), mobilizou respostas nos territórios onde vive a população indígena e mostrou-se resiliente frente às necessidades de atendimento da população.

Há questões a serem abordadas no subsistema, e uma delas se destacou com muita força na discussão do movimento social indígena durante a pandemia: a abrangência da atuação dos DSEI com relação à população indígena que vive em áreas urbanas ou em áreas não foi regularizada do ponto de vista fundiário.

A pandemia estampou a dificuldade de acesso da população indígena nos centros urbanos por meio das redes municipais e estaduais de saúde quando parte do sistema de saúde em diferentes localidades entrou em colapso de atendimento devido à alta demanda, e a população indígena teve dificuldade de acessar os cuidados nas redes locais. Não há diferenças regionais no modelo de atenção do ponto de vista da concepção do SASISUS, mas cada DSEI atua conforme a realidade local, e estabelece estratégias que possam atender à diversidade presente nos seus territórios sanitários.

Os trabalhadores apontaram na pergunta aberta a importância para eles dos cursos oferecidos por meio virtual dado o desconhecimento sobre a Covid-19 no primeiro ano da pandemia. O agrupamento que teve resultados mais próximos do resultado nacional foi o de Maior DAG, apesar da dificuldade de acesso à internet na região norte do país ser mais acentuada. Não-indígenas referiram percentuais mais altos que indígenas na realização destes cursos.

Como limitações do estudo, identificamos que para explorar as opiniões dos trabalhadores houve a necessidade de realizar a coleta de dados de escala nacional por meio remoto. Seja pela escala nacional da pesquisa, seja pelas medidas de prevenção na pandemia – tais como o distanciamento social e a necessidade constante de realizar quarentenas e exames diagnósticos da Covid-19. O não contato direto do pesquisador com os participantes da pesquisa exigiu um questionário mais longo para explorar diferentes questões dos territórios onde atuam os trabalhadores. Mesmo com um questionário mais longo, que teoricamente teria mais dificuldade de preenchimento em áreas com acesso intermitente à internet, muitos aspectos relevantes não puderam ser aprofundados. Uma das formas que utilizamos para analisar as condições dos trabalhadores foi coletando dados secundários junto às instituições que têm relação direta com o contexto de trabalho analisado. Os dados secundários ajudam a compor o cenário de atuação dos trabalhadores.

Outra limitação do estudo foi não ter tido a possibilidade de visitar alguns dos territórios no momento no primeiro ano da pandemia para observar in loco localidades de cada um dos agrupamentos definidos para efeito deste estudo, sobre as condições de trabalho dos trabalhadores da atenção primária. Portanto, este estudo permitiu uma primeira aproximação por meio da coleta de dados de forma remota, mas não foi viável avançar para uma compreensão mais ampla dos aspectos presentes na realidade vivenciada pelos trabalhadores nos territórios numa abordagem mais qualitativa.

Por outro lado, com o uso de um mesmo instrumento para coleta dos dados primários em todo o território nacional, permitiu identificar um certo padrão das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde indígena nas questões que explorou.

O estudo sugere que a política de saúde indígena aprimore os critérios adotados para o grau de dificuldade de acesso geográfico presente nos DSEI, valorizando as experiências das equipes de saúde nos territórios e adotando o uso do georreferenciamento em todos os DSEI, para contribuir no monitoramento das ações de saúde e seus resultados.

O acesso geográfico é uma característica presente nos territórios e não justifica a falta de acesso aos serviços de saúde, mas conhecer e reconhecer o acesso geográfico como uma das dimensões do acesso das populações aos serviços qualifica a gestão para tomar decisões mais adequadas na distribuição dos recursos disponíveis para a organização dos serviços.

Referências

AMORIM, Fabrício Ferreira. **Povos indígenas isolados no Brasil e a política indigenista desenvolvida para efetivação de seus direitos: avanços, caminhos e ameaças.** Revista Brasileira de Linguística Antropológica. Brasília, v. 8, n. 2, p. 19-39, dez. 2016

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL (APIB). **Emergência em Saúde Indígena 2020** Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org>. Acesso em fev. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA (ASA). **A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço.** ABRASCO: Rio de Janeiro. Disponível em: <https://abrasco.org.br/a-Covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-se-avanco/>. Acesso em: abr. 2020

BARCELLOS, C. (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 384p, 2008.

BELLIER, Irène. **Povos Indígenas Face ao Covid-19: Panorama Geral em Agosto de 2020** in Pandemia da Covid-19 na vida dos povos indígenas. Revista Vukápanavo: Revista Terena, nº 3, p. 1-400, out./nov. 2020 ISSN: 2596–2426.

BRASIL Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª ed. Brasília. Disponível em: <https://encurtador.com.br/jlxOS>. Acesso em: jul. 2023.

BRASIL, Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. **Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005.** Diário Oficial da União - Seção 1 - Edição Extra - A - 30/1/2020, Página 1. 2020a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2020/Decreto-10212-30-janeiro-2020-789706-publicacaooriginal-159895-pe.html> . Acesso em: jul. 2023.

BRASIL, Decreto nº 7616, de 17 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS.** Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto/d7616.htm. Acesso em: dez. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Unidades da atenção primária indígena (uapi) da Covid-19,** 25 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) **Regulamento sanitário internacional.** RSI 2005. Versão em português publicado no DOU de 10/07/09. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://encurtador.com.br/myAJ7>. Acesso em: 03 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil confirma primeiro caso da doença**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus> . Acesso em: fev. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). **Planos Distritais de Saúde Indígena 2020-2023**, Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas**, Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde – CIEVS. Brasília, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/> . Acesso em: Fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://encurtador.com.br/jpAP0> . Acesso em: jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 136 p.:II –. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf . Acesso em: jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 709 MC/DF**. Brasília, julho de 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br> Acesso em: ago. 2020

BUCHILLET, D. **Bibliografia Crítica da Saúde Indígena no Brasil (1844-2006)**. Institute de Recherche pour le Développement (IRD) Ediciones Abya-Yala, Ecuador, 2007.

CARMO, E. H; PENNA, G.; OLIVEIRA, K. W. **Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta**. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003> . Acesso em: jul. 2023.

CASTRO, B. N.; STADUTO, J. R. A., **Percepção de saúde no Brasil: uma análise das diferenças por sexo dos trabalhadores**. Economia e Sociedade, Campinas, v. 28, n. 3 (67), p.

855-884, setembro-dezembro 2019. Disponível em: <https://encurtador.com.br/eyGHS>. Acesso em: dez. 2023

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Diretrizes atualizadas para avaliação de sistemas de vigilância em saúde pública**. Recomendações do Grupo de Trabalho de Diretrizes. MMWR 2001; 50(No. RR-13). Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.html> . Acesso em: jul. 2023.

COBO, Jose R. Martinez. **Estudo do problema da distinção contra os indígenas**. vol 5, Conclusões, recomendações e recomendações. United Nations Publication, 1986/7. Disponível em: <https://encurtador.com.br/csKS5>. Acesso em: jul. 2023.

Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). **Os Povos Indígenas na América Latina: Avanços na última década e desafios pendentes para a garantia de seus direitos**. Santiago: CEPAL, 2015. Disponível em: <https://encurtador.com.br/irtCT> . Acesso em: jul. 2023.

CORREA, Célia Nunes. **O barro, o genipapo e o giz no fazer epistemológico de autoria Xakriabá**: reativação da memória por uma educação territorializada. Brasília: Universidade de Brasília, 2018.

DOMINGUEZ, Bruno. **Alerta global**: novo coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS. RADIS: Comunicação e Saúde, n. 210, p. 14-21, mar. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40590> . Acesso em: jul.. 2023.

DUNLOP, Catherine; HOWE, Amanda; LI, Donald; e ALLEN, Luke N. **O surto de coronavírus**: o papel central da atenção primária na preparação e resposta a emergências. BJGP, Jornal Britânico de Prática Geral (RCGP), 2020.

EYSENBACH, G. **Melhorando a qualidade das pesquisas na Web**: a lista de verificação para relatar resultados de pesquisas eletrônicas na Internet (CHERRIES). J Med Internet Res, 2004;6(3):e34 doi: [10.2196/jmir.6.3.e34](https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34)

GARNELO, Luiza, HORTA, Bernardo L., ESCOBAR, Ana Lúcia, SANTOS, Ricardo, Ventura, Cardoso, ANDREY Moreira, WELCH, James R. e TAVARES, Felipe Guimarães. **Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Cad. Saúde Pública 35 (Supl 3) • 2019 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>

GARNELO, Luiza; BRANDÃO, Luiz Carlos; LEVINO, Antônio. **Dimensões e potencialidades dos Sistemas de Informação Geográfica na saúde indígena**. Revista de Saúde Pública (USP. Impresso), SP, v. 39, n.4, p. 634-640, 2005.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília, DF: MEC-SECADI, 2012. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56690> . Acesso em: jul. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; NEDEL, Fúlvio Borges; BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes; AQUINO, Rosana; TASCA, Renato; LIMA, Juliana Gagno; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; MEDINA, Maria Guadalupe; e FACCHINI, Luiz Augusto. **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS, 2022**. Disponível em: <https://educare.fiocruz.br/>. Acesso em: dez. 2023

GUIMARÃES et al, **O raciocínio Geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro**, Estudos avançados, 34 (99), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/FppL4vJvpmSshvFysSjhQjC>. Acesso em: dez. 2023

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, 109 p. Disponível em: <https://encurtador.com.br/cxCLW>. Acesso em: jul. 2023.

GUIMARÃES, Raul Borges; SIMON, Carolina Russo; LIMA, João Pedro Pereira Caetano de. **Covid-19, Regiões de Saúde e os Desafios do Planejamento Territorial no Brasil**. Hygeia. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Uberlândia, p. 370–379, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54640>. Acesso em: jul. 2023.

GURGEL, Helen; BELLE, Nayara (Org.). **Geografia e Saúde: teoria e método na atualidade** Brasília: Universidade de Brasília, 2019. 170 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35935> . Acesso em: jul. de 2023.

HALMENSCHLAGER, Isabel Helena Forster; GARCIA, Edna Linhares. **Cesarianas em gestantes indígenas e Não-Indígenas no Brasil e RS** Anais do Seminário Científico do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da UNISC [ISSN 2447-8075] <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/scps/index>

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Cataclismo biológico: epidemias na história indígena**. ISA, 2020. Terras Indígenas no Brasil. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/node/53> . Acesso em: jul. 2023.

INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS (IWGIA). **Affairs.The Indigenouss** World 2021. Editor Geral: Dwayne Mamo. Dinamarca, 2021. Disponível em: <https://encurtador.com.br/cJ489>. Acesso em: jul. 2023.

ISH, PRANAV, AGRAWAL, SUMITA, GOEL, AKHIL DHANESH AND GUPTA, NITESH. **Contact tracing: Unearthing key epidemiological features of Covid-19**. SAGE Open Medical Case Reports Volume 8: 1–3, 2020 DOI: 10.1177/2050313X20933483.

KEELING MJ, HOLLINGSWORTH TD, READ JM. **Efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (Covid-19)**. J Epidemiol Community Health Epub, 2020. doi: 10.1136/jech-2020-214051

LANA, R. M.; COELHO, F. C.; e CODEÇO, C. T.; GOMES, M. F. C.; CRUZ, O. G.; BASTOS, L. S.; e VILLELA, D. A. M. **(SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva**. Perspectivas, Cad. Saúde Pública 36 (3). 2020. Disponível em: <https://doi.org/> <https://www.scielo.br/j/csp/a/>

MAGNO, Laio et al. **Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para Covid-19 no Brasil.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HdGWGh93bVjLYqw9z5p3zQz/#ModalTutors>. Acesso em: set. 2020.

MATTA, G. C.; MOROSINA, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde/Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv>. Acesso em: 23 fev. 2022.

MENDES, Anapaula Martins; LEITE, Maurício Soares; LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil.** *Revista Panaerica de Salud Pública*, v. 42, p. e184, 2018. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/5419> . Acesso em: jul. 2023.

MILHORANNCE, Flávia. **Indígenas veem tradição e cultura se perderem à medida que coronavírus vítima os guardiões dos saberes antigos.** Publicado em: 04 jul. 2020, National Geographic, 2020. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/cultura/2020/06/indigenas-idosos-pandemia-rio-negro-amazonia-cultura-oral-mortes-coronavirus-covid> . Acesso em: jul. 2023.

MENEZES, Marcela; PARINTINTIN, Benedita; TENHARIN, Cleudo; MACEDO, Cleiton; DIARRÓI, Joelma; PARINTINTIN, Marcelino; PARINTINTIN, Maria L.; SOUZA, Carlos; FARIAS, Derick e MACIEL, Ney. **O coronavírus no Sul do Amazonas: Diálogos e Reflexões com Agentes Ambientais Indígenas Kagwahiwa sobre a Pandemia em seus Territórios.** *Revista Vukápanavo: Revista Terena*, nº 3, p. 1-400, out. /nov. 2020 ISSN: 2596–2426

MONKEN, M.; BARCELLOS, P. P. C.; ROJAS, L. I.; NAVARR, M.; GONDIM, G. M. M.; GRACIE, R. O. **Território na Saúde: Construindo Referências para Análises em Saúde e Ambiente.** Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>. Acesso em: Julho de 2023.

MONTEIRO, Lirian Ribeiro e GUAJAJARA, Taynara Caragiu. **Cantoria Guajajara: Resistência em Tempos de Pandemia in Pandemia da Covid-19 na vida dos povos indígenas.** *Revista Vukápanavo: Revista Terena*, nº 3, p. 1-400, out. /nov. 2020 ISSN: 2596–2426

NAÇÕES UNIDAS. **State of the World's Indigenous Peoples, Volume I, 2009).** **ST/ESA/328 United Nations publication.** Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development Secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues Sales No. 09.VI.13. Disponível em: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/en/SOWIP_web.pdf . Acesso em: jul. 2023.

OLIVEIRA, R. B.; HORTA, M. A. P.; BARBOSA, D. S.; BELO, V. S.; VERANI, J. F. **S. Emergências em saúde pública de importância nacional e internacional no BRASIL.** 2006-2012 *Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis*, v. 7, n. 3, p. 17-32, set. /dez. 2014.

OLIVEIRA, Ubirajara *et al* - **Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao Covid-19** Centro de Sensoriamento Remoto - UFMG e Acervo do Instituto Socioambiental, 2020- <https://encr.pw/VYB8J>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT**. Brasília: OIT, 2011
Disponível em: http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Convencao_169_OIT.pdf.
Acesso em Jul. de 2023.

RADIS, Bruno Dominguez. Alerta Global. **Novo coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS**. Radis, n.210. Março 2020 Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/>. Acesso em: dez. 2023.

RAMOS, Alcida Rita. **Sociedades Indígenas**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995. v. 1. 96p .
Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/A5D00038.pdf>
Acesso em Julho de 2023.

RAMOS, M. **Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais**. Mediações, v. 8, n. 1, p.55-65, Londrina, 2013.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno**. Coleção Retratos do BRASIL. v. 77. Civilização Brasileira, 1970. 7a ed. São Paulo: 2017. Disponível em: <https://encurtador.com.br/pBHK3>. Acesso em: jul. de 2023.

ROCHA ESC; PINA RMP; SILVEIRA MC; Santos ER, Neves NT. Saúde indígena em tempo de Covid-19: o protagonismo da enfermagem. In: Teodósio SSS, Leandro SS (Orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da Covid-19**. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 73-80. (Série Enfermagem e Pandemias, 3).
<https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c11>. Acesso em: dez. 2023

RODRIGUES, Hanna Cláudia Freitas. **A Legitimação do Etnocídio pelo Estado Brasileiro: Sobre Medidas Anti-indigenistas do Governo Bolsonaro no Contexto Pandêmico** in Pandemia da Covid-19 na vida dos povos indígenas. Revista Vukápanavo: Revista Terena, nº 3, p. 1-400, out./nov. 2020 ISSN: 2596–2426

SALEM, Gérard. **Espace, Société, Territoire et Santé**, in LA SANTÉ DANS LA VILLE - Géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal). O Éditions KARTHALA et ORSTORM, ISBN (KARTHALA): 2-86537-826-8 ISBN (ORSTORM): 2-7099-1385-2, 1998

SANTOS, M. E. et al. **Avaliação das capacidades de detecção, avaliação e notificação das potenciais emergências em saúde pública de importância nacional e internacional pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, Brasil. 2014.

SARMIENTO, P. J. et al. No indigenous peoples left behind on the rolling out of Covid-19 vaccines: considerations and predicament. **J Public Health (Oxf)**, S. 1., 22 fev. 2021.

SARTI, T. D.; LAZARINI W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19?** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 29(2):e2020166, 2020 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/>. Acesso em: 23 fev. 2022

SCHMIDT, PALAZZI e PICCININI (2020). **Entrevistas online:** possibilidades y desafios para la recogida de datos en el contexto de la pandemia de Covid-19. Disponível em: <https://seer.uftm.edu>. Acesso em: dez. 2023

SILVA, Tédney Moreira. **Os Desafios da Covid-19 para Indígenas e o Agravamento do Quadro no Contexto das Prisões Brasileiras.** Revista Vukápanavo: Revista Terena, nº 3, p. 1-400, out./nov. 2020 ISSN: 2596–2426

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico>. Acesso em: 23 fev. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S.; SOARES, M. C.; SOUZA E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. M.; ANDRADE, L. R.; ESPIRIDIANO, M. A. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19.** Ciênc. saúde coletiva, 25 (9) • Set 2020 • Disponível em: <https://encurtador.com.br/jkQ48>. Acesso em: dez. 2023

WERMELINGER, Mônica et al. **A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: focalizando a feminização.** Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº.45 maio 2010, Rio de Janeiro, p. 54-70.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health workers exposure risk assessment and management in the context of Covid-19 virus 2020.** ONU, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331340/WHO2019-nCov-HCW_risk_assessment-2020.1-eng.pdf. Acesso em: dez. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sobre o uso de máscaras no contexto da Covid-19.** OMS, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>. Acesso em: dez. 2023.

ANEXOS

Anexo A. Documentos da Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde sobre COVID-19 consultados

01- Nota Informativa n. 02/2020 - Recomendações às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e equipes das CASAI dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (25000.011608/2020-42)

02- Nota Informativa n. 06/2020 - Recomendações às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e equipes das CASAI dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (25000.011608/2020-42)

03- Despacho COGASI - Encaminhamento aos 34 DSEI do Protocolo de Manejo Clínico, procedimento Operacional Padrão para APS e Fluxograma de atendimento na APS (25000.011608/2020-42);

03 A - Protocolo de Manejo Clínico

03 B - Procedimento Operacional Padrão para APS

03 C - Fluxograma de atendimento na APS

04- Ofício Circular n. 17/2020 - curso da OMS sobre "Doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes, incluindo o COVID-19" (25000.011608/2020-42);

05- Ofício-Circular n. 21 DASI/SESAI encaminhando aos DSEI o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas (25000.011608/2020-42);

06- Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas (25000.011608/2020-42);

07- Ofício-Circular n. 01/2020 DASI/SESAI encaminhando o Informe Técnico Informe Técnico n. 01/2020 SESAI/MS – Doença pelo Coronavírus (COVID 19) (25000.011608/2020-42);

08- Informe Técnico n. 01/2020 SESAI/MS – Doença pelo Coronavírus (COVID 19) (25000.011608/2020-42);

09- Ofício n. 13 DASI/SESAI à FUNAI sobre Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – Coronavírus (25000.036287/2020-99);

10- Ofício Circular n. 02 DASI/SESAI aos DSEI solicitando informações sobre as medidas e ações adotadas para o enfrentamento da COVID 19;

11- Ofício Circular n. 27 COGASI/DASI/SESAI - Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) e recomendações gerais;

12- Ofício Circular n. 03 DASI/SESAI/MS – Encaminhando Informe Técnico n. 02/2020 – Doença pelo Coronavírus (COVID 19); Protocolo Manejo COVID-19 na APS (0014057229), em substituição ao Protocolo de Manejo Clínico para o coronavírus (COVID-19) referenciado no Despacho COGASI (0013831125); Nota Técnica 9/2020-CGSB (0014066900), sobre atendimento odontológico no SUS durante a epidemia do novo coronavírus; IV - Nota Técnica 7 (0014033399), sobre a amamentação em situação de risco iminente de transmissão da COVID-19. (25000.011608/2020-42);

13- Informe Técnico n. 02/2020 – Doença pelo Coronavírus (COVID 19) (25000.011608/2020-42);

14- Protocolo Manejo COVID-19 na APS (0014057229) (25000.011608/2020-42);

15- Nota Técnica 9/2020-CGSB (0014066900), sobre atendimento odontológico no SUS durante a epidemia do novo coronavírus (25000.011608/2020-42);

16- Portaria n. 719/2020 FUNAI sobre medidas temporárias em relação à COVID 19;

17- Ofício n. 260 GAB/SESAI – Encaminha ações referentes à Secretaria Especial de Saúde Indígena (25000.039107/2020-21);

18- Ofício n. 91 SESAI – Solicitando à SVS antecipação da campanha de vacinação (25000.036276/2020-17);

19- Ofício n. 15 DASI/SESAI – Ao GAB/MS solicitando implementação da Portaria n. 125/2019 sobre restrição de entrada no país na fronteira Brasil-Colômbia-Peru (25000.040047/2020-99);

20 - Ofício n. 16 DASI/SESAI – Ao GAB/MS solicitando implementação da Portaria n. 125/2019 sobre restrição de entrada no país na fronteira Brasil com Guiana Francesa, Guiana Inglesa e Venezuela (25000.040047/2020-99);

21- Ofício-Circular n. 04/2020 – Encaminhando aos DSEI o Informe Técnico n. 03/2020 sobre COVID-19;

22- Informe Técnico n. 03/2020 SESAI sobre COVID-19;

23- Ofício Circular m. 37/2020 sobre orientações aos DSEI sobre aquisição de insumos, equipamentos e contratação de serviços em decorrência da pandemia da COVID-19.

24- Portaria SESAI n. 16/2020 – Institui o comitê de crise para o enfrentamento da COVID 19;

25- Informe Técnico n. 04/2020 sobre COVID-19.

26- Ofício-Circular n. 07/2020 DASI/SESAI, encaminhando o Informe Técnico n. 04/2020 sobre COVID-19

27 - Ofício-Circular n. 07/2020 DASI/SESAI solicitando as medidas e ações realizadas pelos DSEI para enfrentamento do novo coronavírus (COVID-19)

28- Portaria SESAI n. 36/2020, de 01 de abril de 2020, institui o Comitê de Crise Nacional para enfrentamento da COVID 19

29- Nota Informativa n. 03/2020 DASI/SESAI - Orientações sobre entrega de cestas de alimentos para comunidades indígenas

30- Nota Informativa n.04/2020 DASI/SESAI sobre Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas durante o período de pandemia da COVID-19

31- Ofício-Circular n. 10/2020 - Orientações quanto aos espaços necessários ao isolamento de indígenas nas cidades

32- Nota Técnica n. 21/2020 - Orientar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em complementação à Nota Técnica Nº11/2020-DESF/SAPS/MS (0014373638), sobre a utilização do SARS-CoV-2 Antibody test®

33- Portaria Conjunta Nº 1 CNJ - Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus.

34- Portaria SESAI n. 55/2020 - Institui a Equipe de Resposta Rápida no âmbito dos DSEI para enfrentamento da pandemia de COVID-19.

35- Ofício-Circular 18 e Nota Técnica n. 04/2020 DASI/SESAI sobre o rol de insumos estratégicos de saúde, equipamentos de saúde e meios logísticos necessários para atuação da Equipe de Resposta Rápida (ERR), bem como orientar as conveniadas e os DSEI sobre procedimentos e fluxos para contratação da equipe.

36- Ofício-Circular 181/2020 CGPNI/DEIDT/SVS/MS sobre antecipação da vacinação contra Influenza para a população indígena

37- Nota Técnica n. 22/COGASI/DASI sobre orientações aos profissionais das Casas de Saúde Indígena (CASAI) dos 34 Distritos Sanitários Especial Indígena, bem como das CASAI Nacionais, sobre as medidas de prevenção e controle da pandemia de COVID-19.

38- Ofício-Circular 30/2020 DASI/SESAI/MS encaminhando o Informe Técnico n. 05/2020 SESAI sobre COVID-19.

39- Informe Técnico n. 05/2020 SESAI sobre COVID-19.

40- Ofício-Circular n.37/2020 DASI/SESAI encaminha aos DSEI a estratégia Unidades de Atenção Primária Indígena para COVID-19

41- Documento: Unidades de Atenção Primária Indígena para COVID-19

Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID19) e trabalhadores da saúde indígena nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígena e CASAI DF: uma análise espacial exploratória”, de responsabilidade de Vera Lopes dos Santos, estudante de doutorado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é mapear as ações de prevenção e cuidados entre os trabalhadores de saúde indígena adotadas nos 34 DSEI e CASAI DF para a infecção humana pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) (Covid-19). Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. (Desde 11/03 a OMS nomeou o vírus: Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) e a Doença: Covid-19 – Doença pelo Coronavírus 19 Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tal como o questionário ficará sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de questionário on line cujo link será acessado por meio de telefone ou e-mail. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Espera-se com esta pesquisa contribuir para esclarecer as condições de trabalho na saúde indígena no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígena e na CASAI DF para subsidiar o Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena – SINDCOPSI nas suas ações junto aos trabalhadores e à gestão da saúde indígena quanto a recomendações para melhorar as condições de trabalho na saúde indígena no contexto da pandemia do Coronavirus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (ou SARS-CoV-2). Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 999035485 ou pelo e-mail vera.santos@aluno.unb.br A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de relatório podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. 2 Este projeto foi revisado e

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592. Pesquisadora Responsável - Vera Lopes dos Santos - Doutoranda/Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde – LAGAS/UNB O tempo de preenchimento do questionário é de 30 minutos aproximadamente. Cada trabalhador ou trabalhadora deverá responder apenas uma única vez o questionário.

Li e concordo

Anexo C. Síntese dos dados de aprovação do Comitê de ética em Pesquisa:

Plataforma Brasil.

Instituto de Ciências Humanas e Sociais.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.

Número do Parecer: 4.256.647.

Título da Pesquisa: Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) e trabalhadores da saúde indígena nos 34 DSEI: uma análise espacial exploratória.

Pesquisador: Vera Lopes dos Santos.

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Geografia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O projeto de pesquisa está adequado às exigências da Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: A pesquisadora apresentou adequadamente todos os termos de apresentação obrigatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: A pesquisa foi aprovada pelo CEP/CHS.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Anexo D. Síntese do instrumento de pesquisa para coleta de dados primários

1. **Qual a sua faixa etária?** 18 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44, anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos ou mais
2. **Sexo:** feminino, masculino
3. **Raça/cor:** branca, preta, parda, indígena, amarela
4. **Qual a sua escolaridade:** superior, médio
5. **Qual o Município de sua residência?** lista indexada de municípios, por estado (IBGE)
6. **Qual o Município do seu local de trabalho?** lista indexada de municípios, por estado (IBGE)**Você trabalha na CASAI DF?** sim, não
7. **Em qual DSEI você trabalha?** 1. DSEI Alagoas e Sergipe; 2. DSEI Amapá e Norte do Pará; 3. DSEI Altamira; 4. DSEI Alto Rio Juruá; 5. DSEI Alto Rio Purus; 6. DSEI Alto Rio Negro; 7. DSEI Alto Rio Solimões; 8. DSEI Araguaia; 9. DSEI Bahia; 10. DSEI Ceará; 11. DSEI Minas Gerais e Espírito Santo; 12. DSEI Interior Sul; 13. DSEI Vale do Javari; 14. DSEI Kayapó do Pará; 15. DSEI Kayapó do Mato Grosso; 16. DSEI Leste de Roraima; 17. DSEI Litoral Sul; 18. DSEI Manaus; 19. DSEI Guamá-Tocantins; 20. DSEI Maranhão; 21. DSEI Mato Grosso do Sul; 22. DSEI Médio Rio Purus; 23. DSEI Parintins; 24. DSEI Pernambuco; 25. DSEI Porto Velho –; 26. DSEI Potiguara; 27. DSEI Cuiabá; 28. DSEI Rio Tapajós; 29. DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes; 30. DSEI Tocantins; 31. DSEI Vilhena; 32. DSEI Xavante; 33. DSEI Xingu e 34. DSEI Yanomami.
8. **Você é contratado via CLT?** sim, não
9. **No DSEI, você trabalha em qual setor?** Sede do DSEI – DIASI, SESANI, SELOG, SEOFI; secretaria do CONDISI, equipe de resposta rápida, unidade de atenção primária indígena, Polo Base, CASAI, casa de apoio
10. **Em qual Polo Base você trabalha?** lista dos Polos Base vinculados aos DSEI, Não se aplica
11. **Em qual CASAI você trabalha?** lista das CASAI vinculadas aos DSEI, não se aplica
12. **Qual vaga você ocupa no DSEI?** médico, enfermeiro, cirurgião dentista, nutricionista, assistente social, farmacêutico / bioquímico, biólogo, químico, antropólogo, pedagogo, psicólogo, fisioterapeuta / terapeuta ocupacional, arquiteto e urbanista, engenheiro civil / engenheiro sanitário, geólogo, apoiador técnico em saneamento, apoiador técnico em

atenção à saúde, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, técnico de laboratório / microscopista, técnico de prótese dentária, agente de combate a endemias, técnico saneamento / téc. edificações / téc. química / téc. eletrotécnico e outros

13. **Qual o meio de transporte utilizado entre a sua residência e o trabalho?** a pé, bicicleta / skate / patinete; transporte público (ônibus, metrô), barco/voadeira/lança/canoa; moto, aplicativos de transporte de passageiros ou taxi; carro próprio, carro de terceiros, outros - qual? (_____)
14. **Há quanto tempo você trabalha na Saúde Indígena?** ____ Anos
15. **Você se considera de grupo de risco para a COVID19?** sim, não
16. **Com relação ao uso de EPI'S, quais você teve acesso durante a pandemia?** (*marcar uma ou mais de uma opção*): máscara, avental, óculos, luvas, máscara cirúrgica para o atendimento ao usuário com sintoma respiratório, máscara n95/pff2 indicada nos procedimentos que podem gerar aerossóis (como coleta de *swab* nasal, nebulização, broncoscopia, aspiração de paciente intubado, entre outros), álcool em gel 70%.
17. **Desde que mês você adotou o uso de EPI'S no ambiente de trabalho?** março/2020, abril/2020, maio/2020, junho/2020, julho/2020, agosto/2020, anterior a março de 2020.
18. **Os EPI'S são de qual origem?** (*marcar uma ou mais de uma opção*): fornecido pelo DSEI; fornecido pelo município; fornecido pelo estado, fornecido para o ministério da saúde; fornecido pela conveniada, doação da universidade, doação de organizações não governamentais, doação do movimento indígena, doação de instituição privada – qual? outros – qual_____
19. **Qual a qualidade e quantidade dos EPI'S que você teve acesso:** baixa qualidade e baixa quantidade; baixa qualidade e boa quantidade; boa qualidade e boa quantidade; boa qualidade e baixa quantidade.
20. **Desde que mês foi distribuído para as comunidades indígenas máscaras e materiais de higiene?** março/2020, abril/2020, maio/2020, junho/2020, julho/2020, agosto/2020, anterior a março de 2020.
21. **Você já recebeu diagnóstico médico de alguma dessas doenças?** (*marcar uma ou mais de uma opção*): diabetes, hipertensão, asma / enfisema/ doença respiratória crônica ou outra; doença do pulmão, imunodepressão, doença do coração / cardíacas; câncer, obesidade, depressão, nenhuma das doenças acima.

22. **Você apresentou algum destes sintomas, após o início da pandemia?** (*marcar uma ou mais de uma opção*): febre, calafrios, dor de cabeça, tosse seca, tosse com catarro, falta de ar, fadiga ou cansaço, dor de garganta, coriza, congestão nasal, náusea ou vômitos, diarreia, dores nas articulações, dor retro-orbital (dor ao redor dos olhos), falta de paladar
23. **Você fez o teste para saber se estava infectado com Covid-19?** sim, não
24. **Qual teste você teve feito?** (*marcar uma ou mais de uma opção*): molecular – RT-PCR, teste rápido, sorológico - IgM IgG
25. **Na sua avaliação, acredita que pode ter tido Covid-19?** sim, não, talvez
26. **Alguém na sua residência foi diagnosticado com Covid-19?** sim, não
27. **Alguém da sua convivência diária, tal como familiar, amigo, colega de trabalho teve caso leve, moderado ou grave de doença causada pelo novo coronavírus?** sim, não
28. **Você ficou afastado das suas atividades em decorrência da Covid-19– como caso suspeito ou confirmado?** sim, não
29. **Se ficou afastado, foi por quanto tempo:** até 7 dias, até 14 dias, até 21 dias, acima de 21 dias
30. **Durante o seu período de afastamento, você foi substituído nas suas funções?** sim, não
31. **Após seu afastamento por Covid-19, você retornou as suas atividades no DSEI?** sim, não – porque? _____
32. **Quantos trabalhadores que atuam nas equipes do DSEI que foram afastados desde março?** menos de 5, de 6 a 10, de 11 a 15, de 16 a 20, de 21 a 25, de 26 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, acima de 50
33. **Quantos trabalhadores que atuam nas equipes do DSEI foram a óbito por COVID 19?** 1 a 3, 4 a 6, 6 A 10, Acima de 10, quantos? _____
34. **Como você avalia as condições dos trabalhadores do DSEI durante a pandemia do COVID 19?** (*Marque com um X a alternativa (concordo, discordo ou concordo parcialmente) que corresponde a sua opinião para as seguintes afirmações*): Desde o início da pandemia, houve o devido acolhimento dos profissionais pela gestão do DSEI, inclusive com suporte dos profissionais de psicologia; desde o início da pandemia houve o devido acolhimento dos profissionais pela conveniada contratante, inclusive com

suporte psicológico; somente após os primeiros casos confirmados entre os trabalhadores é que a gestão do DSEI deu suporte aos trabalhadores com EPIS e diagnóstico; após os primeiros casos confirmados na população indígena atendida pelo DSEI é que a conveniada deu suporte aos trabalhadores com EPIS; a gestão do DSEI foi indiferente a situação dos trabalhadores; durante o surto, você se sentiu cansado frequentemente; após os primeiros casos confirmados na população indígena no DSEI você trabalhou mais de 8 (oito) horas por dia; você teve acesso a equipe de saúde do trabalho indicada pelo DSEI para orientações; trabalhadores foram para o atendimento nas aldeias e na casai sem ter realizado o teste; trabalhadores foram para atendimento nas aldeias e na casai mesmo sem EPIS por medo de serem demitidos, a covid 19 é uma doença que não afeta seriamente os trabalhadores da saúde indígena; a covid19 é uma doença que afeta mais quem trabalha em upa e hospital; a conveniada foi indiferente a situação dos trabalhadores; a covid19 não alterou a rotina no DSEI, a equipe multidisciplinar que atua nas aldeias continua cumprindo a mesma escala; observei muitos colegas trabalhadores com medo de trabalhar nas aldeias, nas casai e na sede dos DSEI; as comunidades indígenas conseguiram controlar as visitas nas cidades pra evitar o coronavírus; houve pedido das comunidades para as equipes do DSEI não entrar nas aldeias pelo medo de contrair o coronavírus; no início da pandemia deixamos de atender as comunidades por falta de EPI; os EPIs continuam faltando no DSEI, o que gera muita insegurança para os trabalhadores; algumas comunidades não aceitam os trabalhadores usarem EPI; os AIS e AISAN não tiveram acesso a epi nas aldeias até o mês de junho; profissionais considerados do grupo de risco puderam realizar trabalho remoto; profissionais das EMSI afastados não foram substituídos, independente do número de dias do afastamento, ocasionando desassistência na atenção primária à saúde nas aldeias; você conhece o plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) do seu DSEI; você ajudou na construção do plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) do seu DSEI; todos os resíduos sólidos da sua unidade básica de saúde produzidos durante o atendimento de pacientes com Covid-19 foram coletados com segurança em recipientes e bolsas designados, tratados e depois descartados ou tratados com segurança, ou ambos, de preferência no local; todos os profissionais da sua ubsi que manipulam resíduos sólidos usaram epi apropriado (botas, avental, capote de mangas compridas, luvas

grossas, máscara e óculos de proteção ou protetor facial); o distanciamento social foi adotado como medida de prevenção pelos trabalhadores nas aldeias; e o distanciamento social foi adotado como medida de prevenção pelos trabalhadores nas unidades de saúde indígena.

35. **Como se dá a participação dos trabalhadores nas ações de prevenção da Covid-19 nas comunidades?** (*marcar uma ou mais de uma opção*): Adoção permanente do uso de EPIS; realizando das ações de educação em saúde; contribuição no monitoramento da entrada de pessoas externas às comunidades nas aldeias – barreiras sanitárias; mapeamento dos grupos de risco nas comunidades e orientação para estas pessoas; distribuição de máscaras e materiais de higiene nas comunidades; monitoramento remoto dos casos suspeitos e confirmados em isolamento nas aldeias; visitas domiciliares aos casos suspeitos, confirmados e aos membros de suas famílias; rastreamento de contatos próximos de casos positivos para Covid-19; aplicação do teste rápido nas comunidades; envolvimento ativos dos AIS e AISAN; uso do geoprocessamento para acompanhar o número e localização dos casos nas aldeias.
36. **Na sua percepção, quais são os fatores que contribuem para a vulnerabilidade das comunidades onde você trabalha?** *Marque com um X a alternativa (concordo, discordo ou concordo parcialmente) que corresponde a sua opinião para as seguintes afirmações:* A maioria das comunidades não têm acesso regular a água potável; membros das comunidades continuam visitando as cidades durante a pandemia; a busca do auxílio emergencial por membros das comunidades indígenas aumentou o fluxo das comunidades nas cidades durante a pandemia; a ida dos membros das comunidades indígenas nas cidades para compras de itens industrializados não diminuiu durante a pandemia; o apoio das lideranças para orientar as comunidades foi muito importante para não ampliar o número de casos; o número de indígenas por residência dificulta medidas de isolamento quando há caso suspeito na família; houve a presença nas comunidades indígenas de assintomáticos entre os trabalhadores que desconheciam sua sorologia para fazer atendimento; houve a presença de assintomáticos entre os moradores das aldeias que desconheciam sua sorologia e não adotaram medidas de prevenção; houve a presença de missionários nas aldeias; igrejas minimizaram a gravidade da pandemia para os povos indígenas; políticos locais minimizaram a gravidade da pandemia para os povos indígenas; demorou a implantar a primeira

barreira sanitária para diminuir o acesso de estranhos as aldeias; a presença de garimpeiros nas terras indígenas aumenta o risco das comunidades; a presença de madeireiros nas terras indígenas aumenta o risco das comunidades; a presença de invasores nas terras indígenas coloca em risco os povos isolados e de recente contato; a presença de militares nas terras indígenas aumenta o risco das comunidades; a falta de apoio da FUNAI para as ações de prevenção nas comunidades sobrecarrega o trabalho de prevenção das equipes do DSEI; é muito difícil garantir o acesso das comunidades mais carentes a itens de primeira necessidade: alimentação, máscaras faciais de pano e materiais de higiene; não há parceiros colaborando com as ações de prevenção do DSEI; comunidades se refugiaram no mato com medo de contraírem o vírus; pacientes indígenas de Covid-19 foram a óbito por falta de atendimento rápido na atenção primária à saúde; pacientes indígenas de Covid-19 foram a óbito por falta de atendimento rápido nas upas ou nos hospitais mais próximos das áreas indígenas; desde o início da pandemia morreram mais indígenas nas aldeias por causas não identificadas; desde o início da pandemia morreram mais indígenas nas aldeias por doenças respiratórias; os rituais funerários tradicionais nas aldeias foram suspensos ou modificados para os casos comprovados de Covid-19; nas aldeias com casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 foi possível evitar aglomerações; as comunidades de forma geral conseguiram manter o distanciamento social na pandemia; as comunidades tiveram acesso aos testes para a COVI-19; houve diminuição das equipes de saúde do DSEI nas comunidades durante a pandemia; as escolas indígenas suspenderam as aulas desde março (2020); os profissionais de saúde foram vistos como responsáveis pela transmissão do vírus nas comunidades; parte das comunidades estão sem atendimento de atenção primária nas aldeias desde março pela falta de profissionais; aumentou o número de partos indígenas nas aldeias durante a pandemia; houve distribuição de medicamentos para tratamento dos casos leves de Covid-19 nas aldeias fora da lista da RENAME; equipe de resposta rápida contribuiu para o controle e vigilância da Covid-19 mais eficaz nas comunidades; equipe de resposta rápida ainda não foi contratada; FUNAI contribuiu para controlar o acesso de não indígenas nas terras indígenas; houve cuidado crescente nas comunidades quanto a limpeza e compartilhamento de alimentos e objetos; o DSEI elaborou e está cumprindo o seu plano de contingência para a COVID

19; municípios contribuíram para as ações de controle e vigilância dos DSEI; estados contribuíram para as ações de controle e vigilância dos DSEI.

37. **Qual o setor de trabalho do DSEI que você considera de maior risco para transmissão do coronavírus entre os trabalhadores?** Sede do DSEI – DIASI, SESANI, SELOG, SEOFI; secretaria CONDISI, equipe de resposta rápida, unidade de atenção primária indígena, polo base, casai, casa de apoio.
38. **Qual o principal aprendizado que você obteve durante a pandemia?** (questão aberta com limite de 200 caracteres para a resposta)
39. **Quais desses Cursos EAD recomendados pela SESAI para os profissionais de nível superior e médio você cursou e concluiu?** (*marcar uma ou mais de uma opção*): "doenças ocasionadas por vírus respiratórios emergentes, incluindo a Covid-19"; "prevenção e controle de infecções causadas pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (Covid-19)"; "orientações gerais ao paciente com Covid-19 na atenção primária à saúde"; "manejo da infecção causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (sars-cov-2)"; "instruções para execução do teste rápido para detecção de anticorpos contra o sars-cov-2" sars-cov-2; "proteção física e psicossocial no trabalho em saúde e áreas essenciais no enfrentamento à Covid-19"; "Covid-19: uso seguro de epi"; "prevenção e papel dos agentes indígenas de saúde (ais) e agentes indígenas de saneamento (aisan) na pandemia"; "curso de atualização em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19"