



CARLA COSTA TEIXEIRA
CRISTINA DIAS DA SILVA
LUIZA GARNELO (ORGS.)

Saúde indígena em tempos de pandemia: movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil



Saúde indígena em tempos de pandemia: movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil

CARLA COSTA TEIXEIRA
CRISTINA DIAS DA SILVA
LUIZA GARNELO (ORGS.)



REALIZAÇÃO:

LACED



LABORATÓRIO DE PESQUISAS
EM ETNICIDADE, CULTURA
E DESENVOLVIMENTO



MUSEU
NACIONAL
UFRJ

APOIO:



FORDFOUNDATION



FAPERJ



**LACED | LABORATÓRIO DE PESQUISAS EM ETNICIDADE,
CULTURA E DESENVOLVIMENTO**

SETOR DE ETNOLOGIA E ETNOGRAFIA

Departamento de Antropologia | Museu Nacional

Quinta da Boa Vista, s/n

São Cristóvão — Rio de Janeiro — RJ

CEP: 20940-040

EMAIL: laced@mn.ufrj.br

SITE: <http://www.laced.etc.br>

CONSELHO EDITORIAL

Ana Lole, Eduardo Granja Coutinho, José Paulo Netto,

Lia Rocha, Mauro Iasi, Márcia Leite e Virginia Fontes

REVISÃO

Natalia von Korsch

FOTO (CAPA)

Sully Sampaio



ESTA OBRA ESTÁ LICENCIADA COM UMA LICENÇA CREATIVE COMMONS
ATRIBUIÇÃO 4.0 INTERNACIONAL

S272

Saúde indígena em tempos de pandemia [recurso eletrônico]: movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil / organização Carla Costa Teixeira, Cristina Dias da Silva, Luiza Garnelo. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Mórula, 2022.
recurso digital ; 4 MB

Formato: epub

Requisitos do sistema: adobe digital editions

Modo de acesso: world wide web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-81315-23-8 (recurso eletrônico)

1. Indígenas da América do Sul – Saúde e higiene – Brasil. 2. COVID-19, Pandemia, 2020 – Aspectos sociais – Brasil. 3. Indígenas da América do Sul – Doenças – Brasil. 4. Indígenas da América do Sul – Aspectos sociais – Brasil. 5. Livros eletrônicos. I. Teixeira, Carla Costa. II. Silva, Cristina Dias da. III. Garnelo, Luiza.

22-79791

CDD: 362.10420981

CDU: 614:94(=87)(81)

O presente livro foi integralmente pago, em sua preparação editorial, com recursos doados pela Fundação Ford ao Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento/ Laced (Setor de Etnologia e Etnografia/Departamento de Antropologia/Museu Nacional — Universidade Federal do Rio de Janeiro) para desenvolvimento do projeto “Efeitos Sociais das Políticas Públicas sobre os Povos Indígenas — Brasil, 2003-2018: Desenvolvimentismo, participação social, desconstrução de direitos, e violência” (Doação n. 0150-1310-0), sob a coordenação de Antonio Carlos de Souza Lima e de Bruno Pacheco de Oliveira. Contou ainda com recursos do projeto “A antropologia e as práticas de poder no Brasil: Formação de Estado, políticas de governo, instituições e saberes científicos” (Bolsa Cientistas do Nosso Estado Processo Faperj no Proc. E-26/202.65 2/2019) concedidos sob a responsabilidade de Antonio Carlos de Souza Lima.

SUMÁRIO

- 8 **PREFÁCIO** | Luta pela vida — entre pandemias, autoritarismos e mobilizações
LUIZ ELOY TERENA
ANTONIO CARLOS DE SOUZA LIMA
- 15 **PARTE I | Movimentos e ações em tempos de pandemia**
- 16 Mensagens aos parentes da APIB: as lutas indígenas em meio à pandemia da COVID-19
CARLA COSTA TEIXEIRA • CRISTINA DIAS DA SILVA
- 76 Interiorização de ações de combate à COVID-19 no Amazonas, Brasil
LUIZA GARNELO • SULLY SAMPAIO • ANA LÚCIA PONTES
FELIPE NAVECA • JOSÉ JOAQUIM CARVAJAL CORTES
ROSANA PARENTE • BERNARDINO ALBUQUERQUE
FERNANDO HERKRATH • EVELYNE MAINBOURG • UZIEL SUWA
LUIZ CARLOS PENHA • PRISCILLA CORREIA • RAICA CARDOSO
URIEL MADUREIRA • MARIA ROSINEIDE GAMA
FRANCINEY ANSELMO FERREIRA • STEPHANY FRANÇA
JUAN CAMILO GRISALES • MICHELE SILVA DE JESUS
VALDINETE NASCIMENTO • RICARDO MOTA
SEBASTIÃO DIAS • CARLA DE PAULA • LEONANDA COSTA
JULIANE BELÉM • LUANA PRAIA • ANTONIA ELIENE PEREIRA
PEDRO RAPOZO • TACIANA COUTINHO • JOSIVANE REIS NOGUEIRA
EDILAINÉ RUCAGLIA RIZZO • NILDETE GEISSLER RIBEIRO
KLAUSS ESTIVENS LIMA SALAZAR • SÉRGIO LUZ

- 118 Expedição Alto Rio Negro — Ações de combate à COVID-19 no município com maior população indígena no Brasil
SULY SAMPAIO • ANNY BEATRIZ COSTA ANTONY DE ANDRADE
JOSÉ JOAQUIN CARVAJAL CORTES • FELIPE NAVECA
UZIEL SUWA • LUIZ CARLOS PENHA
ANTÔNIA ELCIENE RODRIGUES • JULIANE BELÉM
LUANA PRAIA • FERNANDA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
KELLY NATALIA ROMERO • SEBASTIÃO DIAS DA SILVA
LUIZA GARNELO • SÉRGIO LUIZ BESSA LUZ
- 138 Extensão de Cobertura do subsistema de saúde indígena para residentes nas cidades e em áreas não demarcadas. Controvérsias, possibilidades e avanços
LUIZA GARNELO
- 174 Atendimento à Saúde para indígenas em contexto urbano — perspectivas a partir da decisão na ADPF 709
DR. LUIZ ELOY TERENA
- 180 Racismo na atenção à saúde indígena em contexto urbano no Brasil
PROF. DR. GERSEM BANIWA
- 194 **PARTE II | Controle social e interfaces da saúde indígena**
- 195 Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta
CARLA COSTA TEIXEIRA • DIEGO DA HORA SIMAS
NILTON MIGUEL AGUILAR DE COSTA
- 228 Uma crise permanente: reflexões sobre a política de saúde indígena a partir do caso do Alto Tapajós (PA)
CRISTINA DIAS DA SILVA

- 256 Saúde indígena no Brasil: reflexões sobre formas de violência
CARLA COSTA TEIXEIRA • CRISTINA DIAS DA SILVA
- 300 Intermedialidade, autoatenção e interfaces de sistemas de saberes sobre doença, cura e cuidados
LUIZA GARNELO
- 313 **POSFÁCIO** | Sem Povos Indígenas a democracia não acontece
JANE FELIPE BELTRÃO
- 323 **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

PREFÁCIO

Luta pela vida — entre pandemias, autoritarismos e mobilizações

LUIZ ELOY TERENA (APIB)

ANTONIO CARLOS DE SOUZA LIMA (LACED/MN-UFRJ)

Esse vírus que assola o mundo chegou em nossas aldeias. A história se repete, pois, no período da ditadura, a disseminação de vírus por meio de distribuição de roupas foi utilizada como forma de extermínio dos indígenas, conforme o relatório da Comissão Nacional da Verdade.

Essa pandemia está escancarando vários problemas sociais que assolam as comunidades indígenas. Desde a precariedade do subsistema de atenção à saúde indígena, passando pela negativa de atendimento aos indígenas que se encontram nas terras ainda não homologadas, até a importância de se respeitar a biodiversidade presente em nossos territórios. Além de olhar para o importante papel que os territórios indígenas desempenham no equilíbrio da vida humana, incluindo-se nisto o equilíbrio sanitário...

ELOY TERENA, sustentação oral no STF, durante o julgamento da ADPF 709, 2002

Os anos de 2020 e 2021 serão, acreditamos, marcados no futuro pela ocorrência e veloz mundialização da pandemia de COVID-19, que com seu impacto mortífero revelou aspectos cruentos e cada dia mais intensos no presente capitalista ultra/neoliberal.

Agendas que antes pareciam só ser próximas para uns poucos — os povos indígenas e outros povos habitantes de florestas e de biomas devastados pelos desenvolvimentismos — hoje se encontram claramente entrelaçadas até mesmo na grande imprensa, sempre bastante tendenciosa e pautada por interesses do(s) mercado(s) financeiro(s). A destruição ambiental e as mudanças climáticas mostram seus efeitos devastadores sobre a saúde da natureza da Terra e sobre a humanidade, cruzamentos mais ameaçados tanto pelos autoritarismos de diversos matizes políticos como pelos individualismos, que pouco ou nada acrescentam no caso do combate a uma pandemia. O vírus que parou o mundo, e afetou de maneira diferente pessoas de variadas culturas e classes sociais, também chegou aos territórios indígenas, recrudescendo as situações de desigualdade e expondo problemas estruturais, como a necessidade de demarcar e proteger os territórios tradicionais; as deficiências do sistema de atenção à saúde indígena; a sistêmica negativa ao direito à identidade cultural dos povos indígenas; o racismo estrutural que afeta sobremaneira os indígenas em contexto urbano; a crescente invasão às terras indígenas; e o assédio de missões religiosas, especialmente em relação aos indígenas isolados e de recente contato.

Os contrastes entre o curso da pandemia no cenário mundial apontaram, assim, para o quanto as intensas desigualdades sociais nos planos global, nacional, regional e local podem ser encobertas por retóricas “democráticas” ou “fascistas”, e o quanto a consciência comunitária e o sentimento de solidariedade, pertencimento e partilha dos destinos da Terra e de todos os seres que a habitam são essenciais para a manutenção da vida. Este é um recado que há muito tempo os povos indígenas estão dando, mas que é pouco percebido pela sociedade envolvente. Estamos chegando ao ponto do não retorno. A crise sanitária que assolou o mundo está intimamente relacionada

ao desrespeito à biodiversidade presente nos territórios tradicionais. No cenário global, todos sabemos, o Brasil conseguiu se destacar pelo pior: a conduta negacionista do governo brasileiro, a altíssima mortalidade e a falta de capacidade de gestão operacional conseguiram produzir um dos piores quadros no mundo, mesmo tendo o país vasta e bem-sucedida tradição de enfrentamento de pandemias e epidemias, com um corpo técnico-científico de larga experiência e preparo; um Sistema Único de Saúde (SUS) que, apesar de toda destruição promovida contra ele na última década, é poderoso; um Programa Nacional de Imunização altamente ágil e eficaz; e uma população habituada a ser vacinada.

Como muitas lideranças indígenas disseram, essa é apenas mais uma das epidemias disseminadas por não indígenas às suas terras e comunidades, mas especialmente virulenta pela precarização orquestrada das ações de Estado voltadas aos seus povos, que desde 2019 vêm se combinando com a virulência crescente dos estímulos emanados pelo executivo para avanço ilegal e criminoso sobre as terras indígenas. Diante de tal quadro, os movimentos indígenas e os indígenas em movimento, agiram em todos os planos possíveis: do local, com a construção de redes de solidariedade em suas terras, de barreiras sanitárias próprias e equipes volantes de controle e saúde, com a mobilização dos recursos médicos indígenas propriamente ditos; ao regional, intervindo de muitas formas junto a agências de Estado para que cumprissem suas funções, buscando acesso a suprimentos variados e tentando ordenar o fluxo para as cidades a fim de obter o auxílio emergencial concedido pelo legislativo que o executivo teve de implementar. Tão logo se decretou a pandemia, as lideranças indígenas, por meio da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), suspenderam o Acampamento Terra Livre (ATL), tradicionalmente realizado em Brasília no mês de abril. É, sem dúvida, a maior assembleia indígena que reúne lideranças

de várias partes do país. Adotando essa conduta contra-hegemônica enquanto muitos duvidavam da letalidade do vírus e questionavam as orientações sanitárias, os povos indígenas mostraram como privilegiam a proteção da vida, e convocaram a realização do ATL online, demonstrando profunda capacidade de articulação. Logo em seguida, em maio de 2020, realizou-se a Assembleia Nacional da Resistência Indígena, que reuniu lideranças indígenas e pesquisadores/as da área da saúde, com o objetivo de construir um plano nacional de enfrentamento à COVID-19 nos territórios indígenas. Dali saíram várias iniciativas, entre as quais as articulações para colocação de barreiras sanitárias, elaboração de projeto de lei, e protocolo de ação judicial no STF com vista a buscar determinações para proteger a vida dos povos indígenas.

Desse plano, foi-se ao nacional, com a busca por acolher denúncias de situações excruciantes (de que são exemplos as trabalhadas no primeiro capítulo desta coletânea) e construir redes colaborativas com instituições como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja atuação em todos os níveis foi e é fundamental, numa demonstração cabal do significado da pesquisa científica e da intervenção nela baseada; as universidades —para fins deste livro, em especial a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade de Brasília, mas muitas outras estiveram e estão presentes nessa e noutras frentes de luta; o Ministério Público Federal; e diversas organizações não governamentais. Todo esse trabalho, capitaneado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, mas que nela não se esgotou, envolveu uma grande rede de organizações indígenas de base, associações locais e coletivos de profissionais indígenas (especialmente advogados, antropólogos e enfermeiros), num momento em que mal começava o que se tornaria uma atuação intensa muito mais ampla dos povos indígenas, diante da perplexidade geral que se abatia sobre a população brasileira frente às gravíssimas

infrações dos direitos fundamentais da pessoa humana resultantes da omissão permanente de governantes nos diversos níveis da federação. Tratava-se de guerra, guerra pela vida, e por todos os meios — legislativos, jurídicos, políticos e midiáticos, dentre outros.

No campo político, a árdua tarefa de construir junto com o mandato da deputada federal indígena Joênia Wapichana uma proposição legislativa que contemplasse os anseios dos povos indígenas e das demais populações tradicionais. No judiciário, sob a liderança do departamento jurídico da APIB, a construção e o protocolo da primeira Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental da APIB no STF (ADPF 709), buscando a legitimidade da organização indígena para atuar no âmbito da jurisdição constitucional e obter da Suprema Corte brasileira uma decisão que resguardasse o direito à vida, à saúde e à identidade cultural dos povos indígenas. Foi a partir da determinação do STF, acatando pedido da APIB, que: 1) foi instalada uma sala de situação para monitorar a implementação de barreiras sanitárias em 33 terras indígenas com presença de povos isolados e de recente contato; 2) foi constituído um grupo de trabalho para elaborar o plano de enfrentamento e monitoramento da COVID-19 para os povos indígenas; 3) foi determinada a extensão do atendimento à saúde para os indígenas localizados em terras não homologadas e em relação aos indígenas em contexto urbano; 4) foi definida a eliminação de barreiras para acessar o SUS.

Da parte dos pesquisadores aqui reunidos, a ação não foi menos intensa. Como vemos em dois dos textos da coletânea — que apresentam ações diretas em áreas fulcrais para os povos indígenas no estado do Amazonas, onde vários profissionais de saúde morreram vítimas de COVID-19 —, muitos estiveram na linha de frente, na articulação entre instâncias político-administrativas, e na viabilização das condições de combate à

pandemia; outros trabalharam na recepção, na sistematização e na análise das denúncias enviadas à APIB de todo o Brasil. O Comitê da Vida e Memória Indígena, lançado pela APIB, foi fundamental para consolidar dados reais, tendo em vista que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) desconsiderou indígenas que vivem em contexto urbano. A análise da política de saúde indígena, e dos múltiplos problemas contidos em sua efetivação, embasa tais ações de pesquisa e de intervenção de indígenas e não indígenas. Importa registrar de igual modo os boletins diários produzidos pelos indígenas, inclusive em seus idiomas maternos. A rede de comunicadores indígena Mídia Índia e o dossiê lançado pela Revista Terena Vukapanavo são exemplos de análises dos indígenas a partir do olhar impactado pela chegada do vírus em suas comunidades.¹

A segunda parte do livro nos mostra alguns dos aspectos prévios dessa política, reportando-se a uma bibliografia densa e extensa. Há muito feito por indígenas e não indígenas nessa área específica e, assim, a análise desse componente no desenho original dos projetos “Efeitos sociais das políticas públicas sobre os povos indígenas — Brasil, 2003-2018: desenvolvimentismo, participação social, desconstrução de direitos e violência”, financiado pela Fundação Ford, e “A antropologia e as práticas de poder no Brasil. Formação de Estado, políticas de governo, instituições e saberes científicos”, financiado pela Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), pôde ser orientada à luz e intervenção em uma situação das mais graves e importantes, fazendo dela também matéria de pesquisa e documentação.

Com base no esforço dessas múltiplas redes conjugadas, as organizações indígenas, capitaneadas pela APIB, atuaram

¹ Disponível em: <https://web.facebook.com/VozDosPovos>; <https://web.facebook.com/Vuk%C3%A1panavo-Revista-Terena-1722292318064786>. Acesso em: 20/12/2021.

muito intensamente num outro plano: o internacional, com o constante envio de *reports* para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e para a relatoria da Organização das Nações Unidas para o Direito dos Povos Indígenas e denúncias à Organização Internacional do Trabalho (OIT). Mas, sem dúvida, o que mais demarcou e inovou na incidência internacional indígena foi a construção de um comunicado ao Tribunal Penal Internacional (TPI). A partir de uma ampla articulação dos advogados indígenas e pesquisadores dos mais variados campos, baseando-se no mecanismo de denúncia citado acima e que compõe este trabalho, foi possível construir uma denúncia que colocou o presidente do Brasil na mira de um tribunal com competência para investigar crimes contra a humanidade.

Se antes os povos indígenas lutavam apenas com “arco e flecha”, hoje eles assumem novas performances, novos instrumentos e estratégias. A luta pela vida exige coragem atrelada à capacidade de transitar entre práticas e saberes, de estar sempre entre a tradição e os conhecimentos de ponta, revisitando os saberes próprios e o passado tradicional para propor futuros e gerar conhecimentos para todo o planeta.

PARTE I

Movimentos e ações em tempos de pandemia

CAPÍTULO 1

Mensagens aos parentes da APIB: as lutas indígenas em meio à pandemia da COVID-19

CARLA COSTA TEIXEIRA (UNB, CNPQ)

CRISTINA DIAS DA SILVA (UFJF)

Apresentação: como tudo começou

Em agosto de 2020, em meio ao avanço da pandemia da COVID-19 no país, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) lançou um plano emergencial indígena de enfrentamento da doença. Foi um chamado orientador para as ações das organizações indígenas vinculadas à APIB e organizações não indígenas parceiras no intuito de salvar vidas e preservar a memória dos povos indígenas no Brasil — diante das mortes indígenas que se iniciaram ainda no mês de março e da postura do governo Jair Bolsonaro de desqualificar a gravidade da pandemia. Tal plano emergencial é composto de três eixos:

1. garantia do cuidado integral e diferenciado no controle da COVID-19; 2. ações jurídicas e de incidência política; 3. ações de comunicação para denúncia e informação (BRASIL, 2020, p. 9).

No bojo das iniciativas que compuseram essas ações em rede, teve início em junho de 2020 a organização de uma campanha

para que denúncias de diferentes partes do Brasil chegassem à APIB, nos seguintes termos: “Chamada da APIB — Violações aos Povos Indígenas em Tempos de Pandemia”. O título da chamada vinha acompanhado de texto com orientações e convidava os parentes e aliados a informarem violações aos direitos indígenas — por meio de e-mail ou WhatsApp (som e/ou imagem) —, explicando o objetivo de que essas denúncias viessem a servir de subsídio a ações jurídicas nacionais e internacionais. Além da APIB, a campanha contou com a colaboração de quatro instituições não indígenas na divulgação da chamada, na recepção e na sistematização do material enviado: Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento (LACED) — Museu Nacional/UFRJ; Laboratório de Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder (LEIPP) — DAN/UnB; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); e Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde (LAPS) — UFJF.

Com base nesse material, já utilizado pela APIB no relatório “Nossa Luta é pela Vida”,¹ é que produzimos estas reflexões. Nosso intuito é dar visibilidade ao sofrimento que os indígenas de diferentes povos e regiões viveram e vivem ao acessar políticas públicas que lhes deveriam ser garantidas por variadas instâncias estatais nos três níveis de governo — federal, estadual e municipal — e registrar a resiliência desses indivíduos que não desistem, mesmo em tempos extremos como na pandemia de coronavírus, de buscar os seus direitos como cidadãos brasileiros, reafirmando sempre sua especificidade indígena. Sobretudo, pretendemos qualificar essa forma de comunicação direta com a APIB e, por vezes, com as organizações

¹ Relatório APIB | Emergência Indígena. Disponível em: <https://apiboficial.org/>. Acesso em: 11/06/2021.

regionais que integram sua rede.² Uma comunicação que expressa nos escritos, vozes e imagens o tom de último recurso,³ de um apelo que mescla desespero com realidade e confiança no interlocutor. E, para quem os lê, escuta e vê, produz a clara percepção de que há um padrão de violência, desconsideração e desrespeito na repetição de situações que comportam.

Gostaríamos de apresentar o material enviado no período em que foram mais frequentes as denúncias. Entre junho e setembro de 2020, recebemos ao todo 53 denúncias oriundas de indígenas pertencentes aos povos Guarani Kaiowá, Kuikuro, Omagua-Kambeba, Timbira, Xavante, Pataxó, Apurinã, Kokama, Tikuna, Guajajara, Truká, Kayapó Mebêngôkre, Kanela Apanjekrá, Macuxi, Warao, Terena, Pankararu, Kaapor, Kamayurá, Matsés-Mayoruna, Yawalapiti, Kanamari e Guarani Mbya. Povos que vivem em 14 estados brasileiros, espalhados por todas as regiões do país — somando mais da metade dos 26 estados —, e cujas mensagens enviadas não se restringiram a ausência de barreiras sanitárias, carência de recursos e recusa de atendimento à saúde dos indígenas na pandemia. Vêm, em sua grande maioria (29 de 53 denúncias), articuladas com denúncias de invasão de territórios, violência, assassinato, preconceitos diversos e/ou racismo institucional.⁴ Confirmando, assim, o agravamento da desigualdade durante a COVID-19, principalmente para os que já se encontravam (não indígenas de direito, mas de fato) à

² Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME); Articulação dos Povos Indígenas da Região Sudeste (ARPIN SUDESTE); Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (ARPINSUL); Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); Conselho do Povo Terena; Aty Guasu Guarani Kaiowá e Comissão Guarani Yvy Rupa.

³ Registramos aqui a inspiração e o estímulo encontrados no livro de Amélia Cohn sobre as cartas enviadas ao presidente Lula com referência ao Programa Bolsa Família (COHN, 2012).

⁴ As denúncias enviadas eram confirmadas por meio das articulações e redes indígenas locais e sistematizadas, inicialmente, segundo o tipo de violação, a forma de registro enviado e os documentos anexados.

margem das políticas sociais, como os indígenas — o que outros estudos já têm apontado (WAGNER; ACAVEDO; ALEIXO, 2020).⁵

Ao trazer esse enquadramento mais amplo, pretendemos oferecer ao leitor uma visão panorâmica do material que será abordado ao longo deste capítulo. Longe, porém, de sugerir que sua força reside em qualquer forma de representatividade da realidade da pandemia e seus efeitos nas populações indígenas em solo brasileiro. Afinal, foram muitas as campanhas e os canais de denúncia que os povos indígenas utilizaram em busca de minimizar os efeitos da pandemia em seus territórios e entre os indígenas vivendo em áreas urbanas. A potência que iremos abordar não reside em números (que são poucos), mas na densidade de sentidos das denúncias enviadas a essa chamada promovida pela APIB. Esperamos contribuir, assim, para a compreensão de como os indígenas viveram a primeira onda da pandemia e para a memória de sua luta contra a violação de direitos humanos fundamentais em meio a um processo político, econômico, social e sanitário que se agrava vertiginosamente desde março de 2020.

Com esse objetivo, abordaremos a política e a estrutura do sistema de saúde indígena antes da pandemia de coronavírus, buscando apontar suas dificuldades e realizações por meio da análise dos relatórios das conferências regionais de saúde indígena que antecederam a última Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2013. Foi o que denominamos “Os problemas antes do problema”. Na sequência, vamos nos deter às mensagens enviadas, abordando os tipos de denúncia e as conexões entre formas de expressão, experiência narrada e sua materialidade.

⁵ Sugerimos, também, a leitura dos boletins da ANPOCS com estudos de vários cientistas sociais sobre a pandemia da COVID-19 vivida a partir de diferentes perspectivas sociais, econômicas, étnico-raciais, culturais e de gênero. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/ciencias-sociais/destaques/2325-boletim-se-manal>. Acesso em: 11/06/2021.

Os problemas antes do problema

A Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas foi publicada em março de 2002. Ela integra a Política Nacional de Saúde, sendo oriunda tanto das Leis Orgânicas da Saúde como da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Segundo trecho do documento oficial, “a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços — voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde —, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo” (BRASIL, 2002).⁶

Para uma compreensão apurada da situação em que se encontravam os povos indígenas na sua relação cotidiana com o subsistema de saúde indígena, nos ativemos a uma análise da documentação oriunda da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a última realizada, uma vez que a 6ª edição, que deveria ter sido em 2019, foi cancelada pelo governo federal e a pandemia por COVID-19 impossibilitou a realização do evento até o momento. Dividimos nossa atenção para dois pontos fundamentais: o material das etapas distritais somado ao relatório final da conferência e, ainda, algumas denúncias e falas de destaque ocorridas durante o evento, realizado entre 2 e 6 de dezembro de 2013, em Brasília.

Um olhar panorâmico sobre as diretrizes discutidas durante as etapas regionais preparatórias, que culminaram na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, nos permite ter uma ideia do conjunto de reivindicações que caracterizaram este momento anterior à deflagração da crise política, seguida da

⁶ Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 26/6/2021.

crise sanitária vivida atualmente no Brasil. Naquele momento, a saúde indígena já se deparava com numerosos problemas relativos à infraestrutura e à gestão do atendimento, dentro e fora dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e à continuidade e à qualidade da oferta de serviços, interferindo diretamente nas premissas não apenas de um atendimento específico que reconhece a diversidade cultural de seus povos, mas no próprio direito à saúde em seus termos mais elementares. Os eixos temáticos que balizaram os debates e propostas votadas pelas centenas de comunidades indígenas em todo o país se dividiram da seguinte forma: (1) Atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo; (2) Controle social e gestão participativa; (3) Etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas; e (4) Saneamento e edificações de saúde indígena. A seguir, detalhamos e analisamos as principais reivindicações para cada um destes eixos.

Atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo

Grande parte dos documentos exaltava a necessidade de maior comunicação entre as três esferas através, sobretudo, de incentivo ou ampliação de repasse financeiro da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) aos municípios e estados, seja para viabilizar o deslocamento de pacientes indígenas, seja para garantir a continuidade do atendimento diferenciado ao longo do sistema. Isto é, o processo de transferência de pacientes da atenção básica, na qual operam os distritos sanitários, para os atendimentos de média e alta complexidade, realizados nos municípios próximos e nas capitais dos estados. Havia desde pedidos mais abrangentes nessa direção, como o “fortalecimento do controle social indígena com interação entre municípios,

estados, MPF e PF”, do DSEI Alto Rio Juruá, até reivindicações diretas mais incisivas de “repasse financeiro aos municípios com aldeias”, do DSEI Araguaia. O DSEI Ceará cobrou a criação de um incentivo aos hospitais municipais e estaduais para garantir acesso aos terapeutas indígenas e pontuou a necessidade urgente de interlocução regulamentada entre os DSEI e as secretarias municipais e estaduais de saúde. O DSEI Guamá-Tocantis contribuiu neste debate reivindicando o cadastro das Casas de Saúde Indígena (CASAI) e dos polos base no sistema de regulação municipal, além de pactuação com os gestores municipais e estaduais. O DSEI Kaiapó do Mato Grosso sintetizou com clareza as mais variadas solicitações ao reivindicar incentivo financeiro específico para os municípios que realizam as ações complementares da atenção básica indígena. Em 2017, a Portaria nº 2.633 estabeleceu o repasse de acordo com a quantidade de pessoas indígenas atendidas por município — uma medida importante, que atende a uma parte das reivindicações sobre as estratégias de gestão da saúde dos indígenas.

Em suma, o cenário descrito neste eixo dos relatórios nos indica que havia deficiências graves na gestão do atendimento aos povos indígenas quando estes deixavam suas aldeias. A passagem do subsistema de saúde indígena para o sistema único de saúde, em outras palavras, do nível básico para a média e alta complexidade, sofria interrupções, recusas de atendimento e confusão entre os gestores, como em um típico jogo de empurra e desresponsabilização. A garantia do atendimento diferenciado não era apenas um problema interno aos distritos, mas se estendia com mais intensidade por toda a cadeia de atendimento. Se por um lado, o subsistema de saúde indígena é diretamente atrelado ao governo federal, isso não deveria significar que toda a saúde indígena seria administrada apenas nessa esfera. Contudo, a numerosa quantidade de queixas sobre a descontinuidade do atendimento diferenciado fora das aldeias nos permite questionar até que

ponto existe uma compreensão por partes dos gestores municipais e estaduais de que a saúde indígena seria parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). No decorrer dos relatórios, o cenário mais provável era o de múltiplas tensões envolvendo sistemática desconsideração pela diversidade cultural nos níveis de média e alta complexidade, quase como se esta fosse uma tarefa apenas da atenção básica ou dos distritos sanitários. A saúde indígena parece ser percebida como um instrumento de barganha para municípios e estados, na medida em que sua pertença ao SUS é indiretamente questionada nas ações de gestão que criam obstáculos à assistência efetiva.

Controle social e gestão participativa

O principal destaque deste importante eixo se refere ao pedido de quase todos os relatórios pela urgente profissionalização dos agentes indígenas de saúde e de saneamento (AIS e AISAN), através do reconhecimento enquanto categorias profissionais integrantes das Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI), e dos terapeutas indígenas tradicionais (parteiras, rezadores, raizeiros, pajés e erveiros). Une-se a este tipo de demanda a reivindicação por um cargo de assessor indígena vinculado ao distrito sanitário, no sentido de viabilizar uma assessoria de comunicação entre distrito e aldeias. Para o incremento das ações de controle social havia uma clara demanda por financiamento e logística específicos para o desenvolvimento dos trabalhos dos conselheiros locais e distritais; formação permanente para todos os trabalhadores da saúde indígena; e inclusão de novos profissionais nas equipes multidisciplinares, tais como engenheiros civil e ambiental, técnicos ambientais e agrícolas, trabalhadores da construção civil (pedreiros e marceneiros), e profissionais das áreas de humanas (mediadores e tradutores)

e ciências sociais aplicadas (advogados e administradores). A meta geral promovida pelas reivindicações acondicionadas neste eixo de controle e gestão é no sentido de expandir a tecnologia burocrática dos distritos, criando novas categorias profissionais e incluindo muitas outras.

Havia uma diversidade de reivindicações em torno da autonomia dos distritos, sobretudo na obtenção de medicamentos que não estariam na lista da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), na realização de exames e consultas que não seriam cobertos pelo SUS, bem como na garantia de agilidade no sistema de referência entre as unidades de saúde. Nesta última, indicava-se como saída a construção de parcerias entre a Secretaria Especial de Saúde indígena (SESAI) e entes municipais e estaduais para acolher os povos indígenas no SUS, garantindo a continuidade das premissas da Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas nos níveis de média e alta complexidade. Outra demanda muito presente neste eixo, repetindo argumento já visto no eixo anterior, era pela expressa autorização para a circulação e o atendimento de terapeutas indígenas nos espaços hospitalares. Alguns relatórios chegaram a sugerir a criação de hospitais indígenas, enquanto outros solicitavam funcionários especializados em saúde indígena atuando dentro das secretarias municipais de saúde.

Por conta desses impasses, muitos relatórios solicitavam mais autonomia administrativa e orçamentária, no sentido de permitir ações específicas que garantissem as premissas de respeito à diversidade cultural, como a ampliação dos serviços prestados pela Casa de Saúde Indígena (CASAI), com a permissão de atendimentos médicos menores e pequenas intervenções. Temos, aqui, um cenário no qual a autonomia é associada à logística necessária para que se cumpram as metas elementares da assistência em saúde indígena. Alguns elencaram a possibilidade de escolher os coordenadores do distrito por meio de decisões comunitárias. Fator comum a quase todos era a garantia de infraestrutura para o

deslocamento de trabalhadores indígenas da saúde (conselheiros, parteiras, pajés e rezadores). A exceção desta leitura de uma autonomia relativa seriam, talvez, os documentos produzidos pelos Distritos Cuiabá e Guamá-Tocantins, que especificamente solicitavam autonomia de ordem política, técnica, financeira, administrativa e orçamentária. No geral, a ideia de autonomia estava misturada às demandas por direitos a serem garantidos pelo Estado e pelos serviços públicos, em um exercício de crítica aos processos burocráticos morosos; à hierarquia institucional dos distritos, que impediria uma participação política mais atuante de toda a comunidade indígena; e, por fim, uma crítica mais contundente ao sistema de repasse de verbas, cuja transparência foi questionada por diversas vezes nos documentos.⁷

Etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas

Uma diversidade de soluções foi apresentada para ajudar a sanar os problemas nutricionais decorrentes da insegurança alimentar vivida por muitas comunidades. No sentido de valorizar e fortalecer práticas agrícolas tradicionais indígenas, a maioria das reivindicações solicitava, urgentemente, projetos de desenvolvimento agrícola sustentável, contratação de técnicos ambientais e agrícolas, recursos para maquinários e implementos agrícolas, e incentivo à criação e à ampliação de banco de sementes — promovendo, inclusive, encontros nacionais entre distintos povos indígenas, e meio de transporte para escoamento da produção nas aldeias. O que se destacou nesse conjunto de reivindicações foi a situação de abandono por parte do Estado brasileiro de formas sustentáveis de desenvolvimento, de modo

⁷ Para os interessados nos sentidos adquiridos pela noção de autonomia nas conferências de saúde indígenas anteriores, sugerimos: Teixeira (2010).

que os pedidos diziam respeito à criação de práticas, projetos e iniciativas que cooperassem com as estratégias locais já existentes, de ordem ainda muito incipiente e assistemática. O tema da segurança alimentar é um eixo fundamental para a produção de saúde nas comunidades. Embora o texto da Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas, de 2002, não o mencione nenhuma vez, esta demanda se encontrava plenamente incorporada ao debate da 5ª conferência e se tornou capital para pensar a lógica de atuação dos distritos sanitários. Neste eixo, percebemos que o tema da segurança alimentar se colocava para muito além dos benefícios governamentais, como a distribuição de cestas básicas. A grande maioria dos relatórios reivindicava projetos de manejo agrícola, ambiental e, por consequência, de segurança alimentar.

Saneamento e edificações de saúde indígena

Um olhar detalhado sobre este material nos aponta para uma generalizada reclamação em torno do acesso a condições sanitárias minimamente satisfatórias, tais como: rede de abastecimento de água, rede de esgotamento sanitário, instalação de cisternas, poços artesianos, construções sanitárias adequadas e funcionais, como latrinas e fossas assépticas, ações de manutenção das edificações e, também, uma logística eficaz de descarte do lixo. Esse foi o eixo com reivindicações mais similares entre os diversos povos indígenas, sendo o destaque geral para as ações básicas de infraestrutura. As reivindicações neste eixo nos indicaram a necessidade de considerar as ações de saneamento como ações de assistência à saúde, buscando incorporar profissionais da área da construção civil e ambiental (engenheiros e técnicos) como membros das equipes multidisciplinares da saúde indígena.

Um perfil das denúncias produzidas no âmbito da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

Os documentos elaboraram, ainda, de maneira indireta, denúncias recorrentes, como a desassistência por estrutura precária e insuficiente, atos de desconsideração em razão da identidade indígena, desrespeito aos terapeutas indígenas nos espaços hospitalares e nas Casas de Saúde Indígena (CASAI), morosidade na demarcação de terras indígenas como fator de impacto na saúde comunitária, entre outros. Alguns documentos solicitavam a ampliação do sistema distrital, com a criação de novos distritos. Guamá-Tocantins, por exemplo, solicitou dois distritos novos para atender as regiões de Oeste do Pará e Sudeste do Pará. O DSEI Manaus explicitou a necessidade de um distrito novo para a calha do rio Madeira, que pudesse abranger os municípios de Manicoré, Novo Aripuanã, Borba e Nova Olinda do Norte, cujos níveis de desassistência seriam mais perceptíveis. O DSEI Maranhão reivindicou a criação de um distrito na região da cidade de Imperatriz, sudoeste do estado, pelo mesmo motivo.

É notável, em uma breve análise da forma como a documentação foi encaminhada, que há desigualdades regionais importantes a serem destacadas, relacionadas à lógica de funcionamento de cada distrito. Os documentos encaminhados pelos DSEI Kaiapó do Mato Grosso e Leste de Roraima, por exemplo, apresentavam informações bastante completas, desde a identificação da equipe de coordenação e dos conselheiros, suplentes e demais participantes das etapas até a anexação de regimento, moções por ventura votadas, palestras realizadas durante a etapa com objetivo de informar os participantes, e programação das etapas local e distrital. Por outro lado, a maioria dos distritos, por exemplo, os DSEI Litoral Sul, Alto Rio Juruá, Alto Rio Purus, Araguaia, Bahia e Rio Tapajós, apresentava documentos bastante rasurados, sem uma revisão final, tendo sido o mais comum

encontrar apenas os itens das propostas votadas, sem nenhuma outra informação. Cerca de metade dos relatórios foram encaminhados com assinaturas de representantes e, dentre estes, apenas alguns também encaminharam as assinaturas dos participantes. Praticamente nenhum dos relatórios identificava as etnias atendidas nos distritos, com exceção dos DSEI cujos nomes já fazem referência à etnia, como é o caso dos DSEI Kapaíó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Xavante e Yanomami.

A maioria dos documentos, mais de oitenta por cento, apontava significativos conflitos gerados na gestão das suas equipes de saúde. A reivindicação de concursos públicos na área de saúde indígena veio acompanhada de várias solicitações específicas, como a necessidade de concursos regionalizados, baseados em conhecimentos sobre as dinâmicas dos povos daquela localidade, assim como havia pedidos para que se efetivasse funcionários ou produzisse alguma reserva de vaga considerando o tempo de atuação na saúde indígena.⁸ A produção dos documentos de referência de pacientes ao circularem pela rede de atendimento (postos de saúde/CASAI/hospitais) também foi apontada como motivo de constantes conflitos, não apenas pela morosidade em si do sistema, mas porque muitas pessoas os consideravam uma forma de abuso de poder por parte do corpo de funcionários. A transformação dessa estrutura de recursos humanos de contratados a concursados denota a perspectiva de reconstrução da lógica distrital e de expansão do seu aparato administrativo, visando à diminuição da instabilidade e à consequente rotatividade de trabalhadores na saúde indígena.

⁸ A discussão dos concursos públicos para o subsistema de saúde indígena foi um “tema espinhoso” na 5ª CNSI. Para os interessados, ver: “Contradições na atenção à saúde marcam 5ª CNSI”. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/contradicoes-na-atencao-a-saude-marcam-5a-cnsi/1550/>. Acesso em: 11/06/2021.

Na leitura atenta dos relatórios salta aos olhos, sem dúvida, uma perspectiva de luta pelas garantias básicas de direitos aos distintos modos de vida indígena. Nota-se o insistente verbo “garantir” para qualificar quase todas as reivindicações, que apontavam para um fazer-se cumprir a legislação já existente. É como se não houvesse a devida garantia de direitos no plano da gestão do sistema, mas apenas no plano de suas premissas de ação. Contudo, não é apenas nos relatórios que encontramos tal discernimento sobre a situação precária da saúde indígena, pois algumas falas de lideranças durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena acionam o mesmo nível de desassistência destacada nos documentos. Em especial, pedidos de consideração são feitos para que o atendimento diferenciado não seja usado de maneira inversa ao seu sentido original:

Isso é o que nós queremos. Acabar com esse negócio de discriminação. Só porque é indígena “Ah, deixa pra depois”; não é isso. Nós somos iguais a um presidente, um deputado, um senador, um ministro, um milionário, somos igual! A vida é igual. A vida não é diferente pra ninguém. Então, essa vida, nós queremos que o governo cuide igual pra igual — como se fosse pra ele, como se fosse pra família dele. Isso que nós queremos. Assim que nós queremos que ele ouça nossa queixa. Ele tem que entender — nós não somos bicho (JÚLIO PINTO, delegado Yanomami, terceiro dia).

Nos deparamos, também, com falas que ecoam o sentido de repetição destes eventos, que parecem não produzir efeitos concretos na vida das pessoas:

As propostas aqui aprovadas precisam de fato ser consideradas pelo Estado brasileiro, pelo governo brasileiro, pelo Ministério da Saúde, e que haja essas condições pra que elas possam de fato ser concretizadas porque se fica

no papel como as outras conferências, aí não adianta mais ficar fazendo conferências (SONIA GUAJAJARA, coordenadora executiva da APIB, quinto dia).

A intenção de apresentar esta breve análise dos documentos e registros da última Conferência Nacional de Saúde indígena realizada no Brasil, há oito anos, em 2013, foi a de observar um conjunto de reivindicações que emanaram das etapas distritais. Nesta espécie de retrato da saúde indígena, destacou-se a urgência de aprimorar o seu processo de gestão na interação entre os distritos sanitários e os governos municipais e estaduais. Apontou-se, como vimos, certo manejo político da diversidade cultural indígena como fator de discriminação na passagem da atenção básica para as de média e alta complexidade. A noção de distrito sanitário, com um correlato da noção de aldeia, parece afetar o atendimento aos indígenas pelo Sistema Único de Saúde, em outras palavras, nos municípios. Assim, não apenas indígenas não aldeados sofrem discriminações, mas indígenas em trânsito também sofrem com a descontinuidade da assistência e do atendimento diferenciado.

Este era o cenário da saúde indígena segundo os documentos da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. As denúncias que analisaremos a seguir constituem um processo, como veremos, de agravamento importante de uma realidade bastante deficitária, no qual o direito à cidadania tem precisado ser reforçado em múltiplas frentes de luta e resistência para que receba atenção e consideração devidas no interior dos processos governamentais de gestão da saúde dos povos indígenas no Brasil.

As denúncias: pandemia, desrespeito e violações de direitos

A escolha de mapear a situação da saúde indígena a partir dos documentos produzidos pela 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2013, feita na seção anterior, teve como critério manter o foco, tal qual nas denúncias aqui abordadas, na perspectiva dos próprios indígenas. De tal modo que pudesse se tornar mais visível o quanto há anos eles já reivindicavam ações do Estado brasileiro na melhoria de deficiências graves no atendimento à saúde indígena. Deficiências essas que se multiplicariam, de forma não antecipada quando da realização da 5ª CNSI, em dores, medos e mortes com a chegada e o agravamento da pandemia. É o que veremos no aprofundamento do conteúdo, na forma das denúncias encaminhadas à APIB, até então apenas apresentadas em seu conjunto.

As denúncias têm dois traços em comum que merecem menção antes de adentrarmos em suas singularidades. O primeiro é que podem ser reunidas em três grupos, segundo o eixo central de seu conteúdo: denúncias relativas a COVID-19, questões vinculadas às terras indígenas e manifestações de racismo institucional. O segundo é o tipo de material por meio do qual a denúncia foi enviada: mensagem de WhatsApp (áudio e/ou vídeo), imagens de troca de mensagens por WhatsApp, imagens de documentos (oficiais, imprensa etc.) e outras postagens em redes sociais. Por fim, cabe destacar que abordaremos, além do objeto e da materialidade, o tom das mensagens, os elementos expressivos e a estrutura que compõem as denúncias — forma de tratamento, valores, sentimentos e ordenação do argumento.

Desta perspectiva, optamos por reproduzir trechos mais longos das mensagens para que possamos explorar todos esses elementos. Nossa intenção é apreender os sentidos da postagem no contexto imediato, e sugerir algumas conexões

com o horizonte mais amplo das relações dos indígenas com diversas instâncias estatais. Vejamos:

Meu nome é E.F.O., eu sou do povo Omágua-Kambeba, aqui no Alto rio Solimões, no interior do Amazonas, no Alto rio Solimões, município de São Paulo de Olivença. Aqui o nosso povo tá sofrendo muito com os ataques, invasão de terra, em meio à pandemia a gente tá sofrendo muito... É perseguição, ameaça de morte e as autoridades demoram muito pra dar resposta das nossas, das nossas reclamações. Em meio à pandemia, nós somos vítima de racismo em redes sociais, por invasores que não gostam da população indígena. Então, nosso povo aqui da comunidade S.T., comunidade C., comunidade J. e todas as comunidades de Kambeba da zona rural tão sofrendo com invasão de suas terras, é muita perseguição... O povo muito tão doente, não tem como sossegar nas suas casa, ter um descanso pra se tratar da doença, porque em meio a pandemia os invasores aproveita que os indígenas não podem estar andando nas suas terra pra tirar as terra pra morar. Aqui na comunidade C. J., os não indígena invadiram a terra sob o apoio da prefeitura, que tá dando essa cobertura pros não indígena entrar na terra indígena, tirar terra pra morar. E aí quando os indígenas foram cobrar, eles foram ameaçados de morte. Sofreram agressão e estão sofrendo muito, muita perseguição, o nosso povo tá morrendo aqui e não tem socorro de nada. As ordens que o MPF [Ministério Público Federal] da nossa região deu, que era pra SESAI [Secretaria Especial de Saúde Indígena] atender o nosso povo da cidade que moram, é, dentro do município também, eles não quiseram atender, ficaram rindo, né, da população que tava clamando por socorro, eu tenho muitas provas aqui, mensagem de redes sociais e tudo! É uma falta de respeito com a população indígena!

As lideranças não têm mais força de lutar porque tão contaminado com a doença da COVID-19 e eles não pode descansar, pra se tratar dessa doença, porque tem que

tá lutando dia e noite com agressor, perseguidor nessa região. Nós precisamos de uma atenção urgente nas nossas terras, porque os invasores tão nos matando, nós precisamos de urgência... de medicamentos, de um hospital de campanha, nós precisamos de atenção do governo, porque pra essa região do Alto Solimões, nós recebemos cesta básica, só deram 100 cesta básica, mas o nosso povo é mais dois mil, família, só Kambeba!

Aqui na região do Alto Solimões, então, a gente precisa de ajuda! Nós estamos clamando por socorro! Já morreu várias pessoas do nosso povo Kambeba e o gráfico mostra que em Santa Terezinha é a maioria infectado e ninguém nos dê nada, não tivemos ajuda de nenhum órgão, até o momento, tamo sofrendo muito! Então, as ameaça vêm em cima das lideranças que reclama em defesa do seu povo, pedindo ajuda nesse momento! Nós tamo sendo calado com ameaça de morte, então, a gente dê uma atenção especial pros nossos casos. Ontem o cacique foi agredido na comunidade C. J. por invasores de terra! Então nós precisamos de urgência nas nossas demandas. Eu autorizo que a APIB [Articulação dos Povos Indígenas do Brasil] faça um relatório e busque socorro pro nosso povo! (ÁUDIO, denúncia Omágua-Kambeba, AM, 10/6/2020).

Essa é uma das 30 denúncias que têm como foco o atendimento à saúde no contexto da pandemia gerada pelo coronavírus, especialmente a recusa em atender indígenas residentes em espaço urbano. Contudo, como quase todas as denúncias deste tipo, vem acompanhada de outras violações aos direitos indígenas: racismo, invasão de terras, conivência das autoridades locais, agressões, ameaças de morte e descaso da SESAI (mesmo com as determinações do MPF).

Uma leitura rápida já nos permite ver a diversidade de instâncias estatais com a qual os Omágua-Kambeba têm que lidar na luta para fazer valer seus direitos. O conjunto de documentos que

foi encaminhado, junto com o áudio transcrito acima, adensa ainda mais essa rede estatal:

- I. Quatro documentos relativos ao sítio arqueológico na comunidade de Santa Terezinha: ofício do superintendente do IPHAN (Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional) do Amazonas afirmando não haver processo de tombamento, mas reconhecendo a existência do sítio arqueológico em Santa Terezinha (comunidade Kambeba), município de São Paulo de Olivença/AM, em resposta à consulta feita pelo MP/AM (Ministério Público do Estado do Amazonas) (14/1/2014); Ação de Tutela Antecipada do MPF, Procuradoria da República no Amazonas/Tabatinga para “obrigação de fazer — IPHAN — sítio arqueológico de Santa Terezinha” (20/11/2015); Termo da Audiência Pública (autor: MPF, PR/AM, Tabatinga; réu: IPHAN) presidida por juíza federal para acordar os compromissos do município de São Paulo de Olivença com o referido sítio arqueológico, com a presença do IPHAN, da Funai (Fundação Nacional do Índio), do IPAAM (Instituto de Proteção Ambiental do Estado do Amazonas), de procuradores federais e especialistas (arqueólogos e antropólogos) e de três representantes dos Omágua-Kambeba (19/2/2016); decreto do prefeito de São Paulo de Olivença proibindo ações que agridam esse sítio arqueológico e afirmando aplicar as penalidades legais aos que contrariarem o decreto (30/3/2016);
- II. Boletim informativo especial sobre o povo Omágua-Kambeba produzido pelo Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia-PNCSA (apoio Universidades Estadual e Federal do Amazonas) (03/2020);
- III. Imagem do ofício do CONDISI (Conselho Distrital de Saúde Indígena) Alto Solimões em resposta aos conselheiros locais Kambeba sobre eleição de nova conselheira — alegando que

o mandato da então conselheira ainda estava em vigência e, portanto, não reconhecendo a eleição (26/3/2020).

- IV.** Recomendação do MPF (assinada por 15 procuradores) na qual é listada uma série de medidas relativas ao combate à COVID-19 a serem tomadas por Ministério da Saúde, Ministério da Cidadania, SESAI, Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Funai, estados e municípios (1/4/2020);
- V.** Declaração do coordenador regional do Alto Solimões–Funai, afirmando que a comunidade Castanhal de Ajaratuba possui processo de solicitação de reconhecimento de terra no órgão (28/4/2020);
- VI.** Recomendação aos municípios das regiões do Alto e Médio Solimões e do Vale do Javari emitida pelo MPF, Procuradoria da República no Amazonas/Tabatinga, para que, dentre outras ações mencionadas, se faça o atendimento dos indígenas em área urbana e o registro de etnia ao longo do atendimento (6/5/2020);
- VII.** Imagem do Boletim de Ocorrência (BO) na 15ª Delegacia Interativa da Polícia Civil (15ª DIP) no qual o presidente da OKOPAM (Organização Kambeba Omágua Paulivense do Amazonas) nomeia dois invasores do sítio Castanhal do Ajaratuba, de propriedade da associação, e um indivíduo que tentou agredi-lo — acompanha foto do denunciante com o BO em frente à placa da 15ª DIP (8/6/2020);
- VIII.** Imagem do BO na 52ª DIP com denúncia de furto de 500 tijolos de propriedade da OKAS (Organização Kambeba do Alto Solimões) (10/6/2020);
- IX.** Duas imagens do boletim epidemiológico COVID-19 da prefeitura de São Paulo de Olivença. O primeiro acrescenta aos dados do boletim um comentário sobre a informação, obtida em distribuição de cestas básicas, da presença de sintomas de COVID-19 entre os moradores

da comunidade de São Tomás, sem testagem nem medicamentos (16/5/2020); o segundo boletim apresenta o bairro de Santa Terezinha concentrando 24% dos casos (10/6/2020);

- X.** Ofício ao coordenador regional do Alto Solimões da Funai denunciando invasão (10/6/2020);
- XI.** Imagem de mensagem de WhatsApp no qual alguém no endereço do DSEI Alto Solimões menciona a Lei Arouca para justificar não atender os indígenas da área urbana (sem data);
- XII.** Duas imagens de troca de mensagens no WhatsApp ironizando o atendimento diferenciado aos indígenas no SUS, que seria: “os pacientes irem e voltarem de carro para suas casas” (sem data);

Esta é, sem dúvida, a denúncia que traz maior número e diversidade de documentos comprobatórios do entrelaçamento de novas e velhas violências vividas pelos indígenas na crise pandêmica. Tal acervo, anexado pela cacica Omágua-Kambeba, revela, por um lado, a discrepância entre a longa temporalidade dos processos normativos e a urgência da vida cotidiana, que não pode esperar sem que o agravamento se acentue (ver em particular o item (i)). Por outro lado, revela também o quanto já está incorporado por boa parte dos indígenas (muitas são as denúncias que trazem esse tipo de material) ser necessário comprovação documental na relação com organizações do Estado. O que não é em si surpreendente, afinal, o valor dos papéis oficiais é parte da experiência dos que vivem, como os indígenas, imersos nessa lida para ter acesso às mais diversas políticas públicas. Em sintonia, portanto, com as pesquisas desenvolvidas pelos cientistas sociais nas quais os documentos têm sido considerados centrais à dinâmica histórica de construção da cidadania

no Brasil: carteira de trabalho, documento de identidade e título de eleitor estão entre os documentos mais estudados (SANTOS, 1979; PEIRANO, 1986; 2002).

O “excesso” desses papéis (em volume e valor político-social), por sua vez, alimenta o estigma da burocracia em nosso país, bem como sua contraface. Em geral, é lido como uma mazela com a qual os brasileiros têm que lidar ao se relacionar com o Estado na efetivação dos direitos mais básicos na melhor tradição cartorial (REIS, 1990). Vemos a força de sua positividade como instrumento de luta quando são produzidos e manejados pelos cidadãos para pressionar diferentes órgãos estatais a cumprirem seu papel. Uma luta que não se limita às certidões formais, mas produz registros diversos no âmbito da experiência no mundo a serem agregados aos registros portadores dos signos do Estado-nação. Assim, observamos na denúncia dos Omágua-Kambeba uma complexa configuração de violações e atores, de documentos plenos de brasões da República e do governo do estado do Amazonas e de carimbos institucionais combinados com áudios e fotos que permitem apreender a dimensão da vivência em que tais expressões dos processos estatais se inserem e às quais se referem. No caso em foco, a pressão sobre os diferentes atores estatais é mediada por outros atores estatais — como o Ministério Público — e, principalmente, pela APIB, o que fica bem claro ao final da mensagem de voz enviada, quando a cacica autoriza que a APIB produza um “relatório” e busque “socorro” para o seu povo.

Antes de prosseguir, é preciso ressaltar que o detalhamento da composição da denúncia está longe de visar empreender uma, digamos, checagem entre o dito na denúncia e os fatos ou provas em que se baseiam. Não está em questão sua veracidade, a pessoa moral dos denunciantes e a rede de relações pelas quais a denúncia chegou à APIB foram garantia suficiente. O que tal detalhamento nos permitiu foi mapear a combinação de duas

retóricas que perpassam muitas das denúncias que nos foram enviadas. Por um lado, observamos a retórica de afirmação da cidadania na obtenção efetiva de direitos num momento dramático em que a vida dos indivíduos e a existência do próprio povo indígena estão em perigo acentuado pelo agravo da pandemia. Por outro, distinguimos as correlatas produção e apresentação de documentos oficiais para a construção da credibilidade necessária a essa luta específica e à obtenção de reconhecimento e justiça por toda uma história de violência estrutural. Esse foi o estilo argumentativo que focalizamos até o momento.

Contudo, a escuta e a leitura da denúncia da cacica Omágua-Kambeba revela certo tom emocional de indignação que se desdobra na reivindicação dos direitos cívicos, sociais, políticos e econômicos, e expressa a voz cansada pela dor e pelo sofrimento de tantas lideranças indígenas que enviaram mensagens à APIB. Nestas, a documentação da violência dos invasores é agravada pela sensação de que faltam forças para continuar lutando com seus corpos enfraquecidos pela COVID-19 e pelas perdas de tantos “parentes”. O abandono dos agentes estatais que esta violência comporta se exprime, ainda, no desrespeito dos profissionais de saúde da SESAI, que se recusam a atender indígenas “urbanizados”⁹ sob o pretenso amparo legal de que não deveriam fazê-lo. Ignoram, assim, tanto o dever de cuidar de vidas, que é intrínseco ao seu ofício, quanto a autoridade do MPF — que emitiu recomendações explícitas para que não recusassem atendimento aos indígenas, independentemente do local de residência. Sobretudo, tal conduta, inadmissível em condições de normalidade sanitária, expressa a face hedionda e desumana das relações a que indígenas são submetidos, agora levada ao absurdo por uma crise

⁹ A questão dos indígenas em áreas urbanas será abordada de forma mais extensa nos capítulos 3, 4 e 5. Contudo, os interessados em aprofundar a leitura podem prosseguir com Santos (2020) e Fidelis (2014).

pandêmica cujo alcance ainda não se consegue antever plenamente. Por fim, o escárnio expresso nas redes sociais com referência aos direitos diferenciados na atenção à saúde fala muito sobre o preconceito local disseminado contra os indígenas antes da pandemia, ambiente moral em que se inserem os atores denunciados e cujos valores muitos deles comungam.

É a este conjunto do processo comunicativo que se dá em elementos que têm foco no sujeito que fala e na relação com quem ele fala que denominamos retórica expressiva. Nesta linguagem a função predominante não reside nas informações que se referem ao mundo exterior (os fatos), mas transmite o que o sujeito que fala sente e torna mais intensa a conexão com quem lhe ouve. A combinação da retórica da cidadania com a retórica expressiva nas denúncias tem efeitos ampliados significativos ao possibilitar a comunicação simultânea da violação de direitos e seus desdobramentos na vida concreta dos que denunciam. De modo que a quebra das normas legais deixa de ser apenas uma discussão formal de direitos e se revela em suas implicações para a existência das pessoas em sentimentos, aflições e dores com os quais nos convidam a ter empatia.

Embora a denúncia do povo Omágua-Kambebe fale muito sobre a experiência dos diferentes povos indígenas na pandemia de coronavírus, não recobre a diversidade das mensagens por nós recebidas. A desassistência não se reduziu à negação de atendimento aos indígenas em contextos urbanos, mas incluiu falta de equipamento de segurança e de medicamentos, de condições de trabalho e a recusa de transporte a pacientes contaminados em diferentes regiões do país. As denúncias de recusa de transporte vieram por meio de vídeos gravados por WhatsApp dentro dos carros particulares que fizeram a remoção dos pacientes. São sequências de imagens que expressam desespero diante do abandono por todas as instituições responsáveis por este tipo de ação: Corpo de Bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a coordenação do DSEI.

Pessoal, isso aqui é uma transmissão do Z.M. aqui da aldeia J. É... acabei de entrar em contato com o Corpo de Bombeiros. Acabei de entrar em contato com o Corpo de Bombeiro... me passaram que eles não tinham preparo pra carregar paciente com positivo com COVID-19. É... liguei pro SAMU, eu tava com a dotora, eu tô com a dotora aqui. A equipe ali do PS1 [Posto de Saúde1] é... mesmo ela passando pra... pro pessoal do SAMU toda nossa necessidade que nós tamos agora nesse momento pra socorrer... é uma senhora que tá com... tá agravando os sintomas, tá agravando, ela tá... eu não sei falar clinicamente, mas ela não tá bem. Eu gostaria que isso chegasse até o doutor M.A... porque isso não é certo. Nós fomos negados o trabalho do bombeiro, tanto do bombeiro quanto do SAMU, pra vim atender a comunidade aqui. Então é com um sentimento muito triste que eu faço este tipo de comentário porque eu não acho isso justo, é... a gente passar por este tipo de dificuldade, é... eu acredito que isso não seria necessário se a gente tivesse uma coordenação melhor em todos os sentidos de atendimento na comunidade, é... eu vou pedir permissão aqui para mostrar os paciente.

— Eu posso né?

Pra mostrar quem tá aqui, é... está aqui a paciente, tá ruim com falta de ar, tá com muita falta de ar, eu tô carregando ela dentro do carro do conselho comunitário de segurança da aldeia J., acompanhando seu esposo e a gente está indo pra missão, Hospital da Missão. Deixo uma vez mais bem claro aqui: foi negado atendimento do SAMU pra atender essa paciente aqui na comunidade. Fica aí minha indignidade [indignação], a indignidade [indignação] de toda nossa comunidade aí porque a gente se sente, é... desprezado numa hora dessa, a gente se sente desprezado, é essa a palavra. É desprezado pelo poder público, desprezado por certas entidades que deveria tá trabalhando em prol do ser humano, do ser humano, não importa se é índio ou se é branco, o que

seja. Isso é um desabafo, é o que está acontecendo aqui hoje... então desculpa ai, mas eu não posso deixar isso em branco. Doutor M. A., se o senhor tiver... se o senhor pegar esse áudio aí eu espero que o senhor tome providências o mais rápido possível pra nós porque nós não somos animais, nós merecemos respeito, nós queremos respeito! E é isso que nós merecemos! (VÍDEO reencaminhado por A., denúncia Guarani, Dourados/MS, 03/06/2020).

Ele tem um carro lá na farmácia, ele não liberou esse carro pra poder levar essa paciente pra Redenção. Da aldeia até no Redenção, mais ou menos 60 km. Eu tô levando ela com o carro particular, com o meu carro. A situação dessa muié aqui... é por isso [que] as lideranças não querem mais o L. Não quer mais L. Continua trabalhando no Redenção! Por favor, eu quero que você olhe esse vídeo e providencie o mais rápido possível, tá? Eu tô levando ainda pra Cumarú do Norte, 60 km da aldeia pro município. Tendo o carro lá porque não manda essa paciente pra Cumarú? (VÍDEO enviado por T., denúncia Kaiapó, PA, 16/07/2020).

A modulação emocional dessas mensagens, a primeira reencaminhada e a segunda gravada e diretamente enviada para a APIB, é marcada por desespero, revolta e indignação. Diferentemente da considerada anteriormente (denúncia Omágua-Kambeba), em que o cansaço aliado à perseverança prevalece nas entrelinhas, aqui as imagens são dramáticas e comunicam o sentido de urgência do momento presentificado no transporte em carro particular de pacientes em estado de agravamento de sintomas, como falta de ar. O pedido de socorro adquire rosto, voz e materialidade distinta. Assistimos ao registro da experiência em fluxo como se transcorresse ao vivo diante de nossos olhos e não mais em ofícios, boletins e recomendações de órgãos oficiais combinados com retratos da realidade que parecem congelar instantes da luta em curso e há muito vivida. Assim, a retórica expressiva

torna-se mais saliente e o apelo à condição humana compartilhada, “não importa se é índio ou se é branco”, revela a compreensão de que o que está em jogo são os direitos humanos mais elementares. Compreensão que é mais audível no grito “nós não somos animais, nós merecemos respeito, nós queremos respeito! E é isso que nós merecemos!”.¹⁰

Todo esse sofrimento, contudo, não se traduz em um discurso de autovitimização. Ao contrário, o tom é reivindicatório e altivo com relação às autoridades omissas — “Eu espero que o senhor tome providências o mais rápido possível” (denúncia Kaiapó) e “Por favor, eu quero que você olhe esse vídeo e providencie o mais rápido possível, tá?” (denúncia Guarani) — e de respeito e consideração com os doentes que estão sendo transportados — quando, por exemplo, o motorista que está filmando avisa: “Eu vou pedir permissão aqui para mostrar os pacientes” (denúncia Kaiapó). Por meio destas duas atitudes, altivez com relação às autoridades e respeito com os indígenas adoecidos, reconhecemos clara recusa à redução dos indígenas a uma condição humana inferior ou animalizada que as autoridades parecem querer lhes impor mediante suas ações por omissão: uma forma de governo na qual autoridades escolhem não cuidar de determinadas populações mesmo antecipando consequências que podem levar a mortes e outros danos irreparáveis (FOUCAULT, 1988).

Neste tipo de governo por omissão, a carência de insumos, profissionais de saúde e estrutura física soma-se à falta de transporte em outras denúncias recebidas — como se pode ver no que se segue. Na denúncia Guajajara, a constatação de que “fica tudo misturado” — doentes indígenas e brancos, enfermos por COVID-19 e outros pacientes — leva à conclusão de que não existe atenção diferenciada (como prescreve a Política Nacional

¹⁰ Para se aprofundar em tal retórica política pautada em analogias com os animais, ver: TEIXEIRA; DIAS DA SILVA, 2015.

de Atenção à Saúde Indígena) e tampouco preparo adequado dos profissionais de saúde para atendimento tanto de uns quanto de outros. A insegurança que perpassa este relato impressiona pelo receio gerado justamente por aqueles que deveriam transmitir tranquilidade e confiança num processo pandêmico de tamanha gravidade: instituições e profissionais de saúde. O medo da contaminação evitável por falta de higienização dos meios de transporte entre o deslocamento de um paciente doente por COVID-19 e outro não contaminado ou por estarem ambos no mesmo ambiente de atendimento é denunciado com preocupação e um certo tom de incredulidade pela falta de preparo tão elementar no trato com doenças contagiosas.

Boa tarde, mais uma vez. Eu vou fazer o meu relato a respeito da questão do atendimento do nosso povo, aqui, do nosso estado do Maranhão. Eu acho que os demais também já fizeram esse relato, né, do nosso povo, mas da nossa terra indígena Bacurizinho, né? [...] E... a questão que a gente tá vendo que não existe um preparo, né? Da equipe da saúde, né? Da secretaria da saúde também, não tá capacitada pra tá fazendo esse tipo de atendimento pro nosso povo, né? E a gente se encontra numa situação que a gente não tá vendo saída, que a gente não tá vendo né, o plano pro atendimento diferenciado pro nosso povo. Porque tudo tá misturado, tudo tá... os indígenas tão jogados, né? Misturados com os não indígenas, né? Sendo atendido mesmo no ambiente, né? Deveria ter o próprio lugar pra esse tipo de atendimento pros nossos parentes, ter o lugar separado pra eles, né? Tanto pra quem tá doente nas áreas indígenas, nas aldeias também, como preparar uma equipe pra fazer esse atendimento, né, nas áreas também. E ter uma equipe preparada nos polos, né? Nos CASAIS [Casas de Saúde Indígena], pra fazer esse atendimento separado pra aqueles que estão com essa doença e pra aqueles que não tão com essa doença também. Isso é uma grande preocupação nossa

aqui da nossa região. Principalmente, eu me sinto, eu estou muito preocupado com essa situação! Porque está um carro na terra indígena que faz o atendimento e esse carro leva o paciente que não tá com essa doença e leva o paciente que tá com coronavírus. Aí fica tudo misturado. Transmite pra aquela pessoa que não tenha essa doença (ÁUDIO, denúncia Guajajara, MA, 03/06/2020).

O despreparo e o descuido que a denúncia Guajajara comunica com expressões como “a gente não tá vendo saída [...] o plano pro atendimento diferenciado do nosso povo” e “os indígenas estão jogado, né” sobe de tom nas denúncias Kamaiurá e Macuxi porque se referem a situações de adoecimento agravadas, resultando em morte ou com risco imediato de morte.

Na primeira denúncia abaixo, o conhecimento das instituições oficiais observado na denúncia Omágua-Kambeba se amplia para o campo das organizações não governamentais. E a capacidade de gerar iniciativas para suprir carências materiais por meio de campanhas de arrecadação próprias surge combinada com o cansaço, a tristeza e a dor da perda do cacique Aritana. Uma perda que é percebida como negligência, descuido e desrespeito: “Grande lutador, que lutou pela melhoria da sua saúde e a gente viu ser maltratado. Carro particular levou até Goiânia. Onde está avião? Onde está ambulância? A gente fica muito sentido com isso”. Sentimentos que o luto pela morte parece ter agregado a esse ficar “muito sentido”, ou seja, um misto de pesar e ressentimento por verem que, após terem lutado tanto por um subsistema de saúde indígena, foram esquecidos e desconsiderados: “Não estão nem aí com a gente”. Se na denúncia Guajajara o que chama a atenção é a desconfiança na capacidade de resposta, aqui é a desilusão com o próprio subsistema de saúde indígena no momento em que mais precisavam.

Boa noite, meu nome A. Kamaiurá, sou do Xingu, da aldeia Y. Nós estamos nesse momento, perdemos grande líder Yawalapiti, A. Yawalapiti é meu primo, meu irmão de sangue. Eu fico muito honrado pelo convite, de receber esse convite e estou aqui tentando falar com pessoal de APIB. Por que tentando? Quero falar muito sobre o que está acontecendo nas comunidades. Eu vejo muita gente fazendo campanha e a gente não vê o que está resolvendo, a gente fica muito triste com isso. Então, a gente, associação, instituto IPEAX [Instituto de pesquisa Etno-ambiental do Xingu], estão fazendo campanha, a associação Yawalapiti está fazendo campanha, porque a gente não está vendo o que está acontecendo. Muita gente, a ATIX [Associação Terra Indígena do Xingu] fazendo campanha. Muita gente contribuiu. A gente não vê nem o resultado da campanha [do governo]. Compra de medicamento, compra de material de aparelho de oxigênio, o oxigênio, que a gente precisa. Só chega lá cesta básica. Só chega havaiana, sabonete, sabão. Não é isso que a gente está precisando. A gente está precisando de medicamento, nós estamos precisando de profissional de saúde. A gente precisa de transporte para atender os pacientes, para levar os pajés e raizeiros para atender os pacientes. Nesse momento, estão trabalhando em cima de bicicleta, motocicleta particular. Nosso SESAI, distrito, gestores do distrito não estão nem aí com a gente. Esqueceram os povos indígenas. Hoje mesmo, ontem mesmo perdemos grande líder A. Grande lutador, que lutou pela melhoria da sua saúde e a gente viu ser maltratado. Carro particular levou até Goiânia. Onde está avião? Onde está ambulância? A gente fica muito sentido com isso. Nós mesmos estamos fazendo nossas campanhas porque cansamos (ÁUDIO, denúncia Kamaiurá, Xingu/MT, 07/08/2020).

Contudo é nas duas denúncias seguintes que o sentimento de impotência e desespero da vivência da situação de morte iminente se impõe a agentes indígenas de saúde e familiares.

A crise no abastecimento de respiradores e de oxigênio que afligiria a cidade de Manaus no tratamento dos pacientes de COVID-19 em janeiro de 2021 esteve presente para os indígenas já nos primeiros meses da pandemia, em 2020, em diferentes contextos: nos distritos especiais indígenas, como o do Xingu, e nos hospitais para onde os indígenas são referenciados, como os de Boa Vista. A fragilidade do que é chamado de princípio de hierarquização dos níveis de complexidade da atenção à saúde na organização do SUS (níveis primário, secundário e terciário), em sua capacidade de resposta e articulação entre níveis,¹¹ fez-se sentir de forma mais intensa nessa longa pandemia em diferentes regiões do país. Sem dúvida, no entanto, sua incidência maior foi nas regiões remotas e de difícil acesso que sempre amargaram — como a maioria dos DSEI — problemas de desabastecimento, rotatividade de profissionais e falta de infraestrutura material. O encaminhamento dessas denúncias à APIB soa como um grito por ajuda estendido no fluxo futuro da vida. Não havia qualquer expectativa de que a APIB pudesse interferir imediatamente no fornecimento de oxigênio e respiradores em tempo de salvar as vidas referidas nos áudios. O que parecia se intencionar era, por um lado, evitar que essas situações voltassem a ocorrer e, por outro, que os responsáveis fossem punidos pelas mortes, pelo sofrimento vivido e, mais uma vez, percebidos como evitáveis. O apelo a diferentes tipos de autoridade na denúncia Macuxi reforça essa dupla intenção, mas também a incerteza sobre a quem se dirigir. Nessa dúvida, vê-se a ampliação do leque de potenciais interlocutores: governador, mídia, MPF... “Ajuda a gente por favor, pelo amor de

¹¹ A compreensão das dificuldades e desafios do subsistema de saúde indígena em sua relação com o SUS deve considerar os problemas de financiamento que acompanham toda a história de construção de um sistema universal de atenção em saúde no Brasil. Ver: MARQUES; PIOLA; ROA, 2016.

deus!” Registrar e comunicar amplamente tais situações, no entanto, seria um fim em si: gerar imagens e vozes como se fossem ícones da tragédia vivida e cuja memória urgia construir em meio ao caos em que a perda de entes queridos (lideranças, anciãos, jovens...) ecoava o risco de desaparecimento de parte importante de seus próprios mundos.

Gente, a situação tá feia aqui! Espero que vocês façam alguma coisa! Mesmo que a gente... Infelizmente, tá feio pra nós, aqui. Espero que vocês façam alguma coisa depois dessa, porque, a gente está tentando fazer de tudo e infelizmente o paciente já tá despedindo dos acompanhantes aqui. Eu não sei se vocês estão levando a sério tudo o que eu tô falando. Eu preciso que vocês... Porque eu não pedi oxigênio às 16h, 17h, eu tô pedindo oxigênio desde as 11 da manhã, desde as 11 da manhã o distrito não fez nada! Eu precisava deste oxigênio urgente, que tava mantendo o paciente, pelo menos dando esperanças pra nós e agora acabou. Acabou a esperança, acabou tudo pra nós. Eu não consigo trabalhar mais desse jeito, gente! A gente vê um paciente morrendo sem poder fazer nada (ÁUDIO e imagens, denúncia Kamaiurá reencaminhada, Xingu/MT, 10/07/2020).¹²

Tô aqui, meu tio tá morrendo aqui, morrendo! Não tem respirador, ele tá morrendo e precisa do respirador, não tem respirador! Cadê o governador pra socorrer a gente? Nós precisamos de ajuda, estamos aqui na HGR, superlotado, não tem respirador! Meu tio tá morrendo aqui e ninguém faz nada! L.S., toca na mídia aí, bota o Ministério Público, as pessoas estão morrendo por falta

¹² Dentre as imagens que compunham essa denúncia, encontramos uma do agente indígena de saúde que gravou o áudio. Trata-se de uma foto em que ele está sentado, cabeça baixa, braços apoiados sobre as pernas — conformando uma atitude que expressa corporalmente o que os dizeres que acompanham a imagem colocam em palavras: “Só o que me resta é orar. Não dá mais p esperar pelo Dsei Xingu. Estou sem palavras no momento, o Dsei Xingu nos esqueceu”.

de aparelho, por falta de funcionário, por falta de ajuda! Ajuda a gente por favor, pelo amor de deus! (VÍDEO, denúncia Macuxi encaminhada, RR, 06/06/2020).

Denúncias sobre morte de parentes revelaram, ainda, agravantes não antecipados ao sofrimento do luto. Em vídeo reenaminhado para a APIB em 05/10/2020¹³ uma liderança Xavante que já perdera vários familiares durante a pandemia, inclusive o pai, fala diante do caixão da mãe. O tom é de grande revolta, as palavras em xavante e português se alternam: “A minha mãe chegando nua! Isso não é trabalho! Hospital que não presta, que nunca pessoa chega [volta] vivo!”. Na sequência, destampa o caixão e mostra o saco plástico cinza no qual está o corpo de sua mãe: “Não é assim que minha mãe e nem meu pai foi: nua!”. Abre, então, o zíper dos dois sacos plásticos e mostra a parte superior do corpo da mãe desnudo. Começa a chorar e a cantar: “Por que fizeram isso?”. Outras parentes mulheres se aproximam, choram e tocam o corpo. É um vídeo longo em que dor, revolta e raiva se alternam diante da violação da dignidade de uma mulher Xavante, sua mãe. Um sentimento que se configurou ao constatarem que o corpo havia sido enviado aos familiares apenas com um arranjo parecido com uma fralda e, como disse o irmão do cacique, como se fosse um bicho jogado no lixo.

Nem sempre, entretanto, o corpo falecido é enviado aos parentes. Quem denunciou essa situação foi novamente um Xavante. A impossibilidade de visitar os doentes por COVID-19 e de receber seus corpos para os rituais fúnebres é assim descrita:

¹³ No vídeo é dito que estão no dia 04/09/2020.

E eu fui, eu fui pessoalmente no Pronto-Socorro pra saber a nossa situação, o atendimento lá, não se tem como ver os pacientes, os falecidos, é proibido! Agora é proibido pra gente ver, né... E pra tá sendo levado (...) no funeral, diretamente para o cemitério! Então, nós estamos pedindo socorro! Se o governo tomasse as providências, viesse aqui, na nossa Terra Indígena São Marcos, principalmente na aldeia N.S.G. e todas as aldeia maior que tem, estão com COVID-19 também. Então, tem que fazer alguma coisa, estamos pedindo, nós estamos pedindo socorro! Não tem viatura, não tem remédio, não tem nada! E a gente tá aí, né? Na calamidade total! Então, nós tamo de luto direto, todos os dias. Que faça alguma coisa! [...] E fui lá na CASAI [Casa de Saúde Indígena] também, ninguém entra mais pra fazer visita! É triste, é uma tristeza total! Não se vê mais os parentes, paciente, né? Aí tem visto de longe, aí eu comecei a me apavorar também. Essa visita que eu estava fazendo era o meu colega, o meu cunhado, minha família. O último dia que eu visitei ele, mas até meia-noite, ele começou a falecer... e ele estava internado no Pronto-Socorro (ÁUDIO, denúncia Xavante, 28/06/2020).

A razão sanitária que envolve esse tipo de decisão não foi devidamente explicada e negociada com os indígenas, como de resto não foi com a maioria dos brasileiros. Tampouco guardou coerência ao longo do tempo: a denúncia Xavante de recebimento do corpo desnudo foi posterior a esta última — acrescentando, assim, à experiência de caos por desassistência, mais insegurança e sofrimento aos pedidos de ajuda e socorro.

A dor da perda mostrou-se intensificada na relação com outras instâncias estatais. Além de não poder visitar, receber o corpo em condições indignas ou nem o receber, havia ainda a possibilidade de não ter registrada a etnia no atestado de óbito. À aflição gerada pela morte de um indígena, no caso denunciado por uma liderança tradicional Kokama, soma-se o receio

da negação dos efeitos da pandemia entre os indígenas¹⁴ e, no limite, do apagamento da existência de um povo. O tom dos três áudios enviados é difícil de adjetivar, tamanha a dor transmitida pela voz fanhosa, entrecortada por um choro manso, pausada e marcada por uma serenidade sofrida que é interrompida em alguns momentos, quando a revolta aflora. Na transcrição do primeiro áudio, M. Kokama se exalta ao falar da inscrição de seu líder tradicional como “pardo” no “último documento” que receberá do Estado: o atestado de óbito.

Oi, L. Boa noite. Eu sou a M. K., do Alto Solimões, ali da Tríplice Fronteira. Hoje não dá pra falar do meu povo sem chorar! Porque a minha alma chora, minha alma grita! Minha alma sangra! Porque, hoje, somos quarenta e um Kokama que já morreram de COVID-19 e... estamos e continuamos morrendo todo dia. E eu já venho denunciando esse descaso do governo do estado há muito tempo, desde que começou. E eu venho gritando, pedindo socorro, porque os municípios estão abandonados pelo poder público. Eu vinha, a gente vinha tentando... é... remover o meu líder tradicional, G.P.?, um grande líder pro meu povo, um grande líder do meu povo, um grande líder tradicional. E a gente até conseguiu, e eu achava que a gente nunca ia conseguir... uma UTI aérea e tudo que a gente precisava, que eu acho que tal de guarnição em Tabatinga, tem essas coisas que a gente vai descobrindo na necessidade, mas eu não sei

¹⁴ No dia 24 de junho de 2021, o epidemiologista Pedro Hallal, em depoimento à CPI da COVID-19 no Senado, ao apresentar sua pesquisa fez uma pausa no gráfico comparativo “COVID-19 por cor/etnia” para comentar que este havia sido excluído pelo Ministério da Saúde para a apresentação a ser feita no Palácio do Planalto. Os dados revelavam “que as populações indígenas tinham cinco vezes, em média, maior risco de contaminação do que as populações brancas. Que as populações negras, sejam pretas ou pardas, tinham o dobro do risco de infecção do que as populações brancas”. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/cpi-da-covid/noticia/2021/06/24/cpi-pesquisador-diz-que-saude-censurou-slide-que-compara-va-casos-de-covid-por-cada-etnia.ghtml>. Acesso em: 29/6/2021.

nem o que que é isso, um tal de sister? A pessoa disse: eu só preciso que alguém lá em Tabatinga ligue, abre computador, no sister, que lá tá o nome do paciente, a solicitação de remoção. E aí a gente, aí lá no hospital de guarnição de Tabatinga, diziam que tinha que ser decidido por Manaus, pela Suzane de Manaus, a Suzane de Manaus dizia que tinha que ser por Tabatinga. E assim um jogou pro outro. E ontem meu líder foi embora... e hoje a gente é quarenta e um, quarenta e uma, quarenta e um Kokama, que já foi embora com COVID-19. E aí a gente chega no hospital pra pegar o último... o último documento, aí chega lá, tá pardo! O que que é pardo? Eu não sei o que é pardo, eu sou Kokama! Eu sou Kokama, meu povo é Kokama! E todo dia a gente tem que brigar, brigar muito nesses hospitais pra mim ter lá no registro de atestado de óbito. [...] Eu tenho feito muita denúncia, mas muito obrigado por sentir a nossa dor, por sentir minha dor. Muito obrigado mesmo! Espero de verdade que vocês consigam, porque eu já tava assim, num momento de desespero tão grande, de gritar, de berrar, de chorar, de pedir socorro! Eu tenho pedido socorro pra que não aconteça o genocídio no meio do meu povo! (ÁUDIO 1, denúncia Kokama, reencaminhada à APIB, 28/06/2020).

Nos outros áudios também é no contexto de afirmação da identidade Kokama que o tom se altera. No terceiro, M. questiona: “Por que eles falam de índio aldeado e do índio da cidade? Não existe índio, ah, o índio da cidade! Não, existe o índio que está morando, por algum motivo, no contexto urbano”. Aborda, então, a sua própria situação e afirma que está em contexto urbano por dois motivos. O primeiro é que não conseguiu voltar para sua aldeia. O segundo, e mais importante, em suas palavras, é “porque a política de direitos ela não chega... os programas não chega na nossa aldeia, se a gente não tiver brigando aqui! Porque tudo acontece de Manaus pra Brasília, não acontece lá no Santo Antônio do Içá, ou lá no Rio Içá, na minha aldeia,

não acontece”. Lembra, ainda, que a Constituição Federal não distingue “índio da cidade” e de aldeia, menciona apenas “índio”. Na sequência, protesta: “Eu sou Kokama”.

O fato de eu tá na cidade não quer dizer que eu seja branco, eu sou Kokama, essa é minha raiz, essa é minha essência! E eu quero ser respeitada, sim! E meu povo tá morrendo! A gente tá morrendo à míngua! Porque não tem respirador! Não tem leito! Nós não temos remédio nas nossas aldeias! Então, muito difícil! (ÁUDIO 2, denúncia Kokama, reencaminhada à APIB, 28/06/2020).

Informa, por fim, que seu povo não tem RANI (Registro Administrativo de Nascimento de Indígena) e que, por conta disso, sofre muito e enfrenta diversos problemas. Recusa com veemência que seja esse papel, feito por mão branca, que tenha a autoridade para defini-la como indígena: “Quem diz quem eu sou é meu povo lá da base, da minha aldeia, é minhas lideranças! É a minha liderança tradicional, é meu povo que diz quem eu sou!”. Os documentos referidos (RANI e atestado de óbito) desafiam o princípio constitucional da autoidentificação em meio ao contexto pandêmico, configurando, assim, a possibilidade de apagamento burocrático da existência dos Kokama — numa espécie de genocídio que não é apenas físico, mas vem sendo perpetrado por violência de outra ordem, a violência simbólica. A recusa desses “papéis”, aliada aos agradecimentos feitos à interlocutora da mensagem “por sentir a nossa dor, por sentir minha dor”, demonstra o quanto a combinação da violência direta com sua versão suavizada (BOURDIEU, 1989), a violência simbólica, pode gerar efeitos ampliados de sofrimento e aflição no âmbito da vivência pessoal e dos danos políticos em termos de violação de direitos de coletividades.

A disputa de narrativas entre documentos oficiais e relatos das experiências pelos indígenas se desdobram, aqui, no

questionamento sobre a própria identidade no momento do registro final pelo Estado brasileiro — violação que expressa uma das facetas mais cruéis do racismo estrutural vivido cotidianamente pelos indígenas em diferentes partes do país. Durante a pandemia de COVID-19, denúncias expressaram novos ângulos nas interações interpessoais dessas práticas institucionais, históricas e culturais que atualizam relações de poder e as perpetuam ao longo do tempo, mantendo distâncias estruturais em múltiplas dimensões, espaços e temporalidades.

Com a paisagem da cidade de General Carneiro (MS) ao fundo, ouvimos o seguinte diálogo com vozes masculinas em um vídeo:

— É, mas a gente tinha que fechar as aldeias, né? Chegar lá com a polícia lá e travar tudo. Cerrado, que eles entra pelo Cerrado e sai, eu acho que aí teria que fechar as aldeia pra esses bicho não entrar e nem sair. Porque não para... Hoje mesmo eu saí na rua aqui depois que eu peguei meu papel, dois carro de índio andando na rua. Não sei o que eles têm [...] que não fica quieto.

— Vamos juntar todo mundo, vamo invadir a aldeia e matar todo mundo lá, pronto. É bom que extermina essa raça inútil do carai.

— O companheiro, isso é índio rapaz, não é gente não, moço. Se tá vendo ai, dentro de General mesmo, o número de infectados é muito pouquinho, muito pequenininho. Agora, os índio, esse povo ai é sem cultura, sem religião, quem dá conta desse povo aí.

— Mas também, vamos falar assim, que lucro, que lucro que o índio dá pra o município a não ser votar? Se vê, o índio não paga imposto, o índio não produz nada, né, ele só quer! Então, é um trem complicado da gente se discutir, porque tá certo, os político só enxerga os índio na época da eleição, mas também, que produtividade o índio dá para o município? Não tem! Eles não produzem nada, eles vêm na cidade e quer que você dá combustível,

quer que você dá alimentação, quer que dá almoço, quer que dá janta, quer que dá tudo! Então se torna caro o índio para o município, a gente tem que analisar isso, se torna caro, é caríssimo o índio para o município, mas é um trem difícil né, cada um tem uma ideia né, essa é a minha opinião, mas cada um tem uma ideia, mas é complicado, se você vai analisar, é complicado.

— É L., hoje eu tava até assistindo um vídeo de um índio revoltado com SESAI, que o SESAI não tá dando assistência, pedindo apoio às autoridades. Só que assim, cara, é assim, sei lá, eu não gosto nem de falar muito de índio, porque eu também não gosto de índio, porque os índio tomou a fazenda do meu pai naquela época. Não gosto de criticar e não gosto de falar, mas é difícil, hoje mesmo aqui no General tava cheio de índio, cheio! Então é complicado. É um trem que não dá nem pra gente ficar aqui comentando sobre índio, né? Tá certo, é eleitor, vota e tudo mais... Cada um tem uma razão, um motivo. Eu tenho uma razão muito forte, né, mas eu não gosto de falar de índio por causa disso, porque não tem controle, a verdade é essa, cê me desculpe falar, mas não tem controle (VÍDEO, denúncia Kaiowa, encaminhada à APIB, 24/07/2020).

Em outra denúncia, também do Mato Grosso do Sul, lemos um diálogo no WhatsApp no qual os indígenas são acusados de escolherem a mendicância nas cidades, colocação prontamente respondida por um Terena, como se pode ler abaixo:

— É triste ter que entender que os índios brasileiros buscaram essa merda para suas aldeias por insistir em estar nas cidades pedindo esmolas e querer viver com cidades, com culturas e costumes de cidade. Infelizmente, o cidadão que acha que dando esmola a eles através de uma garrafa de Coca-Cola ou um frango congelado não sabe que está contribuindo para o vício de viver da mesma enquanto vai se “desculturalizando” e entrando cada dia

na citação de vulnerabilidade. Sinto dizer que os índios têm condições de viver nas aldeias como índios, vivendo do cultivo da terra pra a subsistência.

— Me desculpa, talvez eu não tenha conseguido entender sua expressão, mas você diz que índio insiste em pedir esmola e viver na cidade? Primeiro, nós nunca pedimos esmolas a não ser aquilo que é nosso por direito. Segundo, nossos irmãos da aldeia Moreira não tem terra suficiente para sua sobrevivência física e cultural. Pediria, na hora de falar do nosso povo Terena, primeiro tem que conhecer a realidade de cada comunidade. Caso contrário, traduzirei de outra forma seus argumentos. (IMAGEM de WhatsApp, denúncia Terena, reencaminhada à APIB, 27/07/2020).

A violência que perpassa todas as colocações, culminando com a sugestão de trancar os indígenas na aldeia e de exterminá-los sob a alegação de serem vetores de transmissão do coronavírus, expressa a negação da humanidade a que os indígenas estão sujeitos. Numa inversão de responsabilidade, de vitimização dos responsáveis pela situação de intimidação e desigualdade extrema, sucedem-se alegações de que os indígenas insistem em pedir esmola nos centros urbanos, são improdutivos, indevidamente demandantes e onerosos para as autoridades locais; têm seu valor reduzido ao exercício do voto nos períodos eleitorais; são reputados não serem “gente”; e, por fim, acusados, numa triste ironia, de tomarem “a fazenda do meu pai naquela época”.

A violência física direta resultando em morte, presente em várias ameaças denunciadas, lamentavelmente se tornou realidade em algumas mensagens enviadas à APIB. Em meio ao aumento das invasões de territórios indígenas durante o período pandêmico, já relatado na denúncia feita pela cacica Omágua-Kambeba, recebemos a comunicação do assassinato de um jovem Kaapor e o “pedido de força dos parceiros”. Foram enviados

quatro arquivos: imagem de troca de mensagens de WhatsApp, imagem de notícia sobre o assassinato publicada no G1, áudio do cacique e foto do caixão aberto com o corpo do jovem assassinado ainda com as marcas da brutalidade sofrida.

Então, boa noite. Aqui é O. K., da Terra Indígena Turiaçu. Então, eu quero só reforçar essa divulgação, né, que a gente está postando. Isso é uma realidade que tá acontecendo dentro do nosso território. Infelizmente, teve um assassinato Kaapor no município de Centro do Guilherme e no povoado Nadir, é uma entrada que vai pra Aldeia X. Então, ao redor do nosso território tá cheio de madeireiro, cheio de estaqueiro. Muito plantação de maconha, muita roça de maconha dentro do nosso território, nenhum órgão competente, não se preocupa com isso, como Estado, como Polícia Federal, governo federal, não tem uma atitude de fazer uma operação permanente. Então, por isso aconteceu assassinado com parente Kaapor. A gente está muito triste aqui, pedindo pra vocês, pra poder acionar o Polícia Federal. Principalmente todos na área. Porque, será que é possível nós pagar com nosso a vida? Será que é isso que o governo quer? Cadê o trabalho das autoridades? Então, é muito triste, então a gente espera hoje, até amanhã, algumas respostas. Se não acontecer, a gente mesmo [vai] articular um grupo de pessoas pra poder a gente fazer alguma coisa. Porque será que nós vão invadir agora o povoado? Vamos invadir a cidade? Será que é isso que esses órgãos competente quer? Então a gente está pedindo a denúncia, denunciar essas pessoas, pedindo a força para os parceiros, né? Então é isso, queria mandar agora, então, todos os parentes estão se armando, porque é a vida! Nós também somos humanos! Então é isso, a gente tá, além de [a gente tá] protegendo o nosso território, os madeireiros, os traficante vai tirar a vida do parente? A gente não pode deixar em branco. Então é isso, boa noite (ÁUDIO, denúncia Kaapor, encaminhada à APIB, 06/08/2020).

A fala da liderança é pausada, comunicando a tristeza e o abandono dito explicitamente na mensagem. Os diferentes registros enviados se reforçam mutuamente como se a repetição do mesmo sob formas diversas ampliasse os efeitos de legitimidade da denúncia. A reportagem feita por um órgão da grande imprensa com a manchete “Índio Kaapor é morto próximo da terra indígena Alto Turiaçu, no Maranhão” trouxe uma foto da carteira de identidade do jovem assassinado e do caixão aberto com o corpo desfocado, além de um vídeo gravado e outras informações no estilo *lead* de redação de notícias: quem, como, quando, por que e onde.¹⁵ É quando sabemos que o jovem provavelmente fora morto “por pancadas de ferro na cabeça” e que o motivo aventado pelos Kaapor teria sido “vingança de traficantes de drogas porque anteriormente uma plantação de maconha havia sido destruída durante uma ronda realizada pelos indígenas”. A foto borrada é a mesma encaminhada com nitidez na denúncia e o áudio substitui o vídeo que, talvez tenham antecipado, não mais se encontra disponível na referida reportagem. Ao apelo à ação das autoridades competentes (governos do estado e federal e, principalmente, Polícia Federal), somam-se afirmações sobre iniciativas autônomas para tentar conter a violência. Iniciativas difíceis de implementar — e, provavelmente ciente disso, o cacique encerra o áudio com um apelo final nesse embate tão assimétrico: “Então a gente está pedindo a denúncia, denunciar essas pessoas, pedindo a força para os parceiros, né? [...] Então, todos os parentes estão se armando, porque é a vida! Nós também somos humanos! [...] Além de [a gente tá] protegendo o nosso território, os madeireiros, os traficante vai tirar a vida do parente? A gente não pode deixar em branco”. A ameaça entremeada ao

¹⁵ Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/08/06/indio-kaapor-e-morto-a-tiros-proximo-a-terra-indigena-alto-turiacu-no-maranhao.ghtml>. Acesso em: 26/05/2021.

pedido de ajuda tem o tom de último recurso para aqueles que precisam com tanta frequência lembrar à sociedade brasileira que também são humanos.

As acusações de que os indígenas não se cuidam e ficam circulando nas cidades podendo contaminar os não indígenas, abordadas acima, não se sustentam quando contrastadas com algumas iniciativas promovidas pelos povos indígenas durante a pandemia: as barreiras sanitárias autônomas. Essas barreiras foram mencionadas em mensagens enviadas por lideranças e agentes indígenas de saúde oriundos de diferentes territórios indígenas, como os Timbira (MA), Apinajé (TO) e Kayapó Mebêngôkre (MT). Efetivadas com relativo sucesso na ausência de ação dos órgãos estatais e sem apoio material, as barreiras sanitárias autônomas foram documentadas com imagens de cartas, fotos, vídeos e áudios. Como se pode ler abaixo, o controle de entrada e saída nas aldeias e nos territórios foi planejado por caciques e conselheiros/as distritais, considerando a circulação mínima necessária dos indígenas e não indígenas.

No caso Kayapó Mebêngôkre (MT), caciques, lideranças e a comunidade Metuktire, após se reunirem na “casa dos homens”, definiram em carta (manuscrita), enviada aos caciques das aldeias da Terra Indígena Kapot/Jarina (MT), os seguintes procedimentos:

É maior preocupação com a pandemia COVID-19 e por causa disso nós caciques, lideranças, comunidade da aldeia Metuktire para suspender a saída da pessoa sem autorização do senhor Y. M. grande líder substituto. Também que a partir do dia 05 de julho de 2020 assumimos o fechamento da rodovia MT 322 que ligada de Peixoto de Azevedo — MT para Vila Rica MT. A maioria da comunidade indígena Metuktire estão de acordo com preocupação enorme durante período de isolamento social [...] precisamos de apoio enquanto bloqueio da rodovia MT 322. Proibido a entrada sem autorização

no tempo da pandemia e COVID-19 para evitar o movimento de aglomeração de carros e das pessoas contaminados. Os povos Mebêngôkre e Metuktire não deixam de entrada sem consultar. É preciso só pedir o autorização e fizemos programação dos meses que sair pagamentos de todos benefícios dos funcionamentos para os funcionários das educação, Funai, saúde e Instituto Raoni. Nesta ocasião de funcionamentos de entrada e saída para resolver as coisas como dados de documentos, contratação, auxílio maternidades e aposentadorias, entre outras. Para que sejam melhoria de buscar de apoio políticos na terra indígena Kapot/Jarina MT (IMAGEM de carta, denúncia Kayapó Mebêngôkre (MT), encaminhada à APIB, 05/07/2020, sic).

A preocupação com casos de COVID-19 nas cidades próximas às aldeias fez com que fosse por elas decidido, além do controle de acesso às aldeias, o bloqueio da rodovia estadual MT 322. Chama atenção a clareza quanto à necessidade do isolamento social, do uso de máscaras e álcool gel e, sobretudo, quanto à impossibilidade de radicalizar o isolamento em função dos procedimentos bancários e burocráticos necessários à manutenção da vida cotidiana.

O controle da entrada de não indígenas nas aldeias e territórios, portanto, não esgota as preocupações expressas nas mensagens. Os Timbira (MA) também abordam diferentes dimensões das iniciativas tomadas para conter a pandemia, denunciam a falta de apoio das instâncias responsáveis (SESAI, Funai, DSEI etc.) e demandam providências. Esta denúncia é composta por áudio em que o denunciante explana a situação e informa que encaminha um documento assinado por lideranças indígenas e por uma conselheira do CONDISI e dois vídeos da barreira sanitária nos quais a conselheira distrital fala sobre as dificuldades enfrentadas.

Boa tarde, E. Aqui é... quem fala aqui é F. T. Sou, né, liderança, moro na terra indígena [...], que fica no estado do Maranhão. Tem alguns vídeo aí, que eu tô lhe mandando, os relatos lá, do nosso território, do que a gente tá passando, nesse período da COVID-19. Então, a gente montou uma barreira sanitária, na entrada da aldeia, pra controlar a entrada de pessoas não indígenas e até de nós indígenas mesmo, né? Que teve em outros estados. E até agora, no momento, né, tem um documento que eu tô lhe mandando aí, tem as filmagens, a gente não tá tendo apoio nenhum, por parte da SESAI [Secretaria Especial de Saúde Indígena], né... que é a Secretaria de Saúde da Atenção Básica e principalmente por parte da Funai (Fundação Nacional do Índio), por parte do governo dos estados, governo federal e dos municípios (ÁUDIO, denúncia Timbira, MA, encaminhada à APIB, 06/07/2020).

Os referidos vídeo e documento, além da falta de apoio, recuperam a história recente de uma pandemia de sarampo e revelam a precariedade de outras políticas públicas que dificultam ainda mais o isolamento necessário ao controle da contaminação por coronavírus. Se já havíamos visto nas denúncias anteriores a precariedade do cumprimento do dever público na preservação dos territórios indígenas frente à exploração ilegal de madeira e de minérios, ao plantio de maconha e à invasão por grileiros, agora o foco é a distribuição de cestas básicas. Em um momento tão delicado em que se deve reduzir a circulação de pessoas ao máximo, a interrupção dessa política social tem consequências graves. Fica-se entre ir à cidade comprar alimentos e correr o risco de adquirir a COVID-19 ou ficar na aldeia e enfrentar a escassez de comida. Risco este agravado pela dificuldade de conciliar a atuação na garantia das barreiras sanitárias indígenas e o trabalho nas roças para prover a subsistência. O tom é, novamente, de sentimento de abandono e esquecimento

e, tal qual a denúncia Kokama, o receio de desaparecimento completo em função da desassistência é, no caso dos Krepym Kateje Timbira, agravado pela constatação de que são o povo indígena menos numeroso do Maranhão.

Vimos comunicar mais uma vez a todos órgãos competentes que desde a segunda semana do mês de maio estamos trabalhando de forma voluntária em uma barreira sanitária nas principais entradas e saídas da terra indígena G. T. P. povo indígena Krepym Kateje.

Solicitamos apoio ao DSEI Maranhão e à Funai-Brasília até o momento não obtivemos resposta [...] estamos na barreira a frente dos riscos da pandemia deixando de trabalhar nas roças para controlar a entrada e saída de pessoas e informar aos demais indígenas do mal que o vírus pode causar eles dando orientações nossas atividades começam às 6 horas da manhã e à noite também com troca de turnos de equipes estamos exaustos mas lutando pela nossa existência [...] solicitamos providências somos um dos povos menores quantidade do Estado do Maranhão mas não é por sermos poucos devemos ser esquecidos (DOCUMENTO, denúncia Timbira, MA, encaminhada à APIB, 06/07/2020, sic).

Bom, gente, eu sou L., conselho distrital, moro na aldeia S., estou aqui com meu povo, a gente sentou e fez uma proteção aqui, uma barreira sanitária, pra protege o nosso povo do coronavírus. Então, no momento, a gente tá sem apoio nenhum dos órgãos, a gente tá por iniciativa própria, porque a gente se procurou, porque há muito tempo atrás teve epidemia de sarampo que matou o nosso povo quase todo, então ficou um pouquinho de gente, então, agora, com essa epidemia, a gente teve a preocupação de fazer essa proteção [para] esse coronavírus não entrar, porque muito preocupante pros nossos idosos, porque tem muita gente hipertensa, muita gente, muita crianças... Então, a gente teve a preocupação pra não deixar esse vírus entrar, e tá aqui o nosso povo aqui,

que tá com iniciativa própria como vocês estão vendo. E a gente pede apoio dos órgãos, porque até agora nem a Funai, nem o DSEI, nem a equipe de saúde, nunca veio aqui, que a equipe de saúde que a gente fala é a enfermeira, médico... Nunca veio aqui dar uma palestra pro nosso povo, como se prevenir do coronavírus!

Então, a gente tomou iniciativa própria. E eu, como conselheira distrital, eu tive a preocupação de sentar com meu povo, com os cacique do território, pra gente fazer essa barreira aqui pra não deixar as pessoas estranha e conscientizar o nosso povo de, se for na rua, necessário comprar alguma coisa na cidade, mas que tenha cuidado de comprar a máscara com o seu dinheiro próprio e comprar álcool gel, que até o momento a gente nunca recebeu de nenhum órgão. Pra dizer que não recebeu, só o CTI [Centro de Trabalho Indigenista] que mandou um pouco de material pra gente, que ajudou muito, que no momento a gente tá suprindo, mas no momento já acabou esse material e a gente tá muito preocupado, porque a condição nossa é muito pouca! Então, gente, isso, e a Funai, também, nunca mandou a nossa cesta básica! Comé que os nossos indígenas vão ficar dentro do território se nem a cesta básica que o governo mandou para os povos indígenas, a Funai esqueceu de nós? Não mandou nossa cesta, comé que vai ficar esse povo? Aí o povo somo obrigada a sair pra comprar o necessário, porque a nossa cesta não chegou (VÍDEO 1, denúncia Timbira, MA, encaminhada à APIB, 06/07/2020).

Os indígenas que atuam nas equipes multidisciplinares de saúde, como vimos na denúncia Kamaiurá, e nos conselhos locais e distritais de saúde, no vídeo acima, tiveram protagonismo na atuação direta de organização de atendimento, orientação de cuidados pessoais e organização de ações autônomas para conter a pandemia. Por outro lado, os integrantes da estrutura dos DSEI e de outras instâncias da SESAI foram denunciados em diferentes

situações, que vão desde subnotificação em distritos de todo o país e entrada de funcionários contaminados em área indígena até coerções variadas e ameaça de morte no Vale do Javari (AM).

Por meio de mensagens no WhatsApp, recebemos denúncias sobre omissão de dados, perseguição aos funcionários do DSEI e manipulação de lideranças do DSEI Pernambuco.

- Quem está ocupando é o DSEI Pernambuco.
 - Não temos mais informações de Pernambuco.
 - Se fecharam.
 - Hoje morreu mais um Fulni-ô.
 - Já é 11 desde que estourou a COVID lá.
 - Mas eles desmentem diz que não é.
 - Aqui o chefe do DSEI Pernambuco ordenou a todos os polos não dar informações.
 - Aqui em Pernambuco estou querendo colocar uma faixa preta em protesto.
 - Brother teve uma parente minha aqui, que fez uma denúncia ao DSEI.
 - E ela foi demitia.
 - Na verdade a SESAI está manipulando as lideranças.
 - Pedi pra formalizarem a denúncia pra gente.
- (MENSAGEM, denúncia encaminhada pelo pessoal da APIB em Pernambuco, 10/05/2020, sic).
- O DSEI PE vai entrar com uma ação contra mim.
 - Porque os dados da APOINME não batem com o do DSEI.

(MENSAGEM, denúncia Pankararu, enviada à APIB, 05/10/2020).

Foi do Vale do Javari (AM), no entanto, que chegaram as mensagens de maior gravidade envolvendo funcionários do DSEI ou da SESAI. Em uma delas lemos ameaças de morte aliadas com afirmação de certeza de impunidade por parte da Funai: “Ninguém vai se preocupar por sua morte”.

O sr. R., profissional da SESAI, ameaça a lideranças indígenas da aldeia. R. chama de “índios vagabundos” e ainda ameaça de morte. R. disse também para uma liderança indígena: “Vocês vão morrer assim como M. foi morto”. Continua: “vou manda te matar, se vocês vão para Palmeiras, vocês estão mortos, se não conseguir matar vocês, vai estar morto em Atalaia do Norte ou Benjamim Constant ou Tabatinga”. R. disse que Funai não vai preocupar de sua morte, porque “Funai está fracos, até hoje Funai não resolveu nada sobre os pescadores e quem matou o M. E assim vocês será com vocês, vai ser a sua mortes assim e ninguém vai se preocupar por sua morte. Em janeiro de 2021 vocês vão morrer porque vou pagar alguém tirar a sua vida. Podem se preparar a sua mortes, vou escrever seu nome na lista de mortes”. E disse: “ainda E., vocês está morto na minha mão. Essa discussão está presente lideranças indígenas e também enfermeiros C.” (MENSAGEM de WhatsApp, denúncia Kanamari, encaminhada à APIB, 18/08/2020, sic).

Em outra denúncia, à suspeita de que os profissionais de saúde em área estavam contaminados e à preocupação com os povos isolados que lá vivem somou-se a revolta com informações tornadas públicas pela SESAI relatando que “o Javari tá a cem maravilha, né, que 100% já foi resolvido toda essa questão”. Além de um áudio, encaminharam também a imagem do ofício-denúncia enviado pela AKAVAJA (Associação dos Kanamari Vale do Javari/AM) para a 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (6ª CCR) do MPF, o procurador do MPF/AM, e a Procuradoria da República em Tabatinga/AM — com cópia para diversas autoridades, inclusive o secretário da SESAI e a deputada federal Joenia Wapichana (REDE/RO), primeira indígena eleita para a Câmara dos Deputados.

Mais uma vez, vemos a combinação de relatos de viva voz com a produção de documentos. Nesse caso, vemos no papel

timbrado da AKAJAVA o símbolo da associação centralizado no cabeçalho no lugar em que geralmente encontramos o brasão da República nos documentos oficiais. Sua forma ovalada é definida por um cocar verde escuro, laranja e vermelho que contém signos indígenas estilizados e o mapa do Vale do Javari, sendo finalizado na sua parte inferior por uma faixa onde ao centro pode-se ler “05 de agosto AKAJAVA de 2007”. A similaridade, como se pode conferir abaixo, com os símbolos da República chama a atenção e parece induzir o leitor, por tal analogia, a um deslocamento da autoridade do Estado para a autoridade da organização indígena.



Símbolo AKAJAVA



Brasão da República

O ofício-denúncia, datado de 13/08/2020, é composto de oito páginas, em linguagem semelhante à dos documentos oficiais (Ofício nº 011/AKAJAJ/ATN/2020; À EXMOS(A) SRS(A) etc.), nas quais são detalhados os quatro pontos que compõem o “ASSUNTO” que dá início ao conteúdo: 1) reforço urgente na base de proteção etnoambiental Itacoai/Ituí; 2) invasões na calha do rio Itacoai; 3) risco de extermínio de povos isolados e de recente contato; 4) barreiras sanitárias/barreiras de controle e monitoramento para o combate à COVID-19 nas aldeias Kanamari. A

leitura deste documento e a escuta do áudio transcrito abaixo permitem compreender o conhecimento dos denunciantes sobre a necessidade de adequar os registros da denúncia de acordo com a audiência e, sobretudo, o domínio da linguagem do universo burocrático-legal e dos sujeitos a serem interpelados privilegiadamente. Também revela a repetição de conteúdos vistos em várias outras denúncias, inclusive as abordadas aqui, delineando um certo padrão de violação de direitos que qualifica o atendimento à saúde indígena no período pandêmico: acirramento da precariedade das políticas sociais e da preservação dos territórios indígenas e agravamento de violências físicas e simbólicas, aliado à não implementação das medidas sanitárias necessárias à contenção da entrada do coronavírus nas aldeias.

Boa tarde, meu parente, doutor E., aqui é o K. K., eu quero aqui conversar com o senhor a real situação aqui ocorrida no Vale do Javari. É uma situação horrível doutor, o que tá acontecendo aqui no Vale do Javari; por entender, como o senhor sabe, o Vale do Javari concentra o maior número de índio isolado do Brasil e do mundo, né, onde os cinco meses desde que começou a reunião aqui no Vale do Javari pra que o vírus não pudesse chegar nas aldeias, a Funai e a SESAI e o município, nunca se preocupou de colocar, de implantar as barreiras sanitárias nos devidos limites das terras indígenas, aonde é o território dos parente isolado. Não tem! A SESAI, tá fazendo uma coisa totalmente errado, totalmente errado, aquilo que é inadmissível de poder acontecer aqui dentro, onde eles falam que tá uma maravilha. Nas minhas aldeias Kanamarí, todas as aldeias estão infectadas, onde eles fala que 100% da COVID-19 foi reduzida e tá tudo certo pras aldeias, né, do Vale do Javari. A Marinha vem outra coisa aqui, dizendo que tá protegendo o território, que tá ajudando os indígenas, né. É mentira! Eles foram aqui, numa região aqui, entregar a cesta básica, estão aqui sem fazer nada [...] Mas assim, é uma situação muito difícil,

né. Só agora, agora, recentemente, que eles tão pensando de implantar as barreiras sanitárias nos devidos limites do território do parente isolado, né. Então, é uma situação difícil, a frente de proteção do Vale do Javari, aqui, não tem a mínima condição de fazer um preparo, de fazer uma barreira sanitária eficiente pra que pudesse fazer, porque os próprio funcionário da SESAI estão levando, parente, os vírus, os vírus, né, dessa doença, que chegou até nossas aldeias! Foi eles que levaram! Essa é a real situação, e porque não fazem a quarentena direto? A recomendação do Ministério Público, talvez o Ministério da Saúde, é fazer esse quarentena de 14 a 15 dias, mas aqui eles reduziram pra 7 dias! Não faz doutor, não vai funcionar, porque eu, eu peguei o coronavírus lá na minha aldeia, lá no mato. E aí, com 11 dias eu tava doente, né? Caindo mesmo, debilitado, não deu. Só deu depois de 20 dias, né? Então, são questão, os testes rápidos que eles estão usando aqui doutor, dizendo que tá tudo tranquilo, uma maravilha no Javari [...] Então precisamos da ajuda de vocês, que encaminha as autoridades, né, que a situação aqui, né, vai ficar muito mais difícil de se fazer, porque, a Funai não tá fazendo praticamente nada, só tá discutindo reunião, reunião, mas não sai do papel, né. Então nós tamo muito preocupado quanto essa questão da invasão em nosso território, os invasores estão aproveitando do silêncio dos parente, de tá isolado nas suas aldeias, de entrar no rio, de tirarem tracajá, né, toda riqueza do nosso território e a Funai, aqui, praticamente não tá fazendo porra nenhuma, doutor, aqui, né. E ainda vem a [...] SESAI, né, publicar, né, que o Javari tá a cem maravilha, né, que 100% já foi resolvido toda essa questão. Então, nós precisamos apurar, em cima disso, doutor, que a gente fez essa denúncia nossa, nós Kanamari, nossa associação, né, pra ver se alguma coisa acontece tá doutor. Eu agradeço a sua atenção, obrigado e uma boa tarde (ÁUDIO, denúncia Kanamari, AM, 13/08/2020).

Por fim, abordaremos uma denúncia que foca em problemas com o exercício do controle social na saúde indígena. Num momento em que a participação social organizada deveria ser mais acionada, vemos o esvaziamento de diferentes instâncias em todas as políticas governamentais e não apenas na saúde.

Na página da SESAI,¹⁶ por exemplo, não mais encontramos a referência ao Fórum de Presidentes de CONDISI no texto de apresentação do “Controle Social”. Justamente deste fórum veio a denúncia de desconsideração com os conselheiros indígenas que o compõem na construção das ações da SESAI durante a pandemia. Foram enviados três documentos (dois produzidos pelo FPCONDISI e um pela SESAI¹⁷), vídeo e áudios gravados pelo coordenador executivo do FPCONDISI, formando um conjunto em que linguagem e testemunho pessoal, registros oficiais e linguagem impessoal se reforçam mutuamente.

No documento intitulado “Em Defesa do FPCONDISI e do Controle Social na Saúde Indígena”, além das denúncias de ações impróprias e inações, encontramos a afirmação da importância do controle social: “A SESAI sem participação indígena e controle social é um trem desgovernado”. Nesta mesma direção, o áudio gravado pelo coordenador do FPCONDISI referia-se à nova estratégia proposta pela SESAI para enfrentamento da COVID-19 nas aldeias, denominada Unidade de Atenção Primária Indígena (UAPI), construída sem diálogo com os indígenas. O que estava escrito antes como posicionamento de princípio sobre o controle

¹⁶ Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>. Acesso em: 29/05/2020. Em consulta posterior, esse link não mais estava disponível e o Fórum de Presidentes de CONDISI voltou a constar na página da SESAI, agora hospedada em www.gov.br. Consultar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/controle-social>. Acesso em: 10/08/2022.

¹⁷ Unidade de Atenção Primária Indígena (UAPI), SESAI, 25/05/2020; Avaliação do Termo de Ajustamento de Conduta — TAC, FPCONDISI, 26/06/2020, dirigida à 6ª Câmara-MPF e à DPU (Defensoria Pública da União); “Em Defesa do FPCONDISI e do Controle Social na Saúde Indígena”, FPCONDISI, 26/06/2020, dirigida a várias organizações governamentais e não governamentais.

social concretiza-se e ganha conteúdo em uma ação específica, a UAPI, em uma fala dirigida diretamente ao secretário da SESAI.

Os posicionamentos ineptos e equivocados do atual gestor da SESAI, o Coronel Robson Silva, dão a medida lúgubre do que está por detrás da destituição do FPCONDISI, do isolamento do controle social e do silenciamento dos povos indígenas. A atual gestão é pautada pelo silenciamento indígena, porque o secretário sabe tudo, é oriundo da tão conhecida ocupação europeia em nosso território, que ao encontrar dificuldade na implantação de seus megaprojetos na tentativa de nos dividir para tentar nos enfraquecer na mera intenção de nos conquistar, ou seja, nos [Vencer], estudou na academia militar e lá eles formam super soldados que dominam tudo, sabe mais de saúde indígena do que nós mesmos indígenas e se empenha em que fiquemos em silêncio para que ele possa de forma cabal expor todo o seu conhecimento sobre saúde indígena, a nossa saúde, aprendido nas fileiras da academia militar. A SESAI sem participação indígena e controle social é um trem desgobernado com poucas possibilidades de ir a bom termo a seu destino e o condutor desse comboio ora sombrio precisa deixar a arrogância verde oliva pueril de lado e admitir que para além de não saber nada sobre saúde indígena, precisa de ajuda, de ajuda indígena para que a SESAI cumpra o seu papel institucional (DOCUMENTO, denúncia FPCONDISI, encaminhada à APIB, 03/06/2020).

Eu tô me dirigindo a você em relação a esse documento, né, dessa estratégia da UAPI, dessas unidades de atendimento sobre o COVID-19. [...] Isso aqui, amigo, é uma tomada de decisão arbitrária. Esse é um documento que você não pode soltar sem antes ouvir os conselheiros, presidente de conselho distrital. Você tá mandando isso como uma determinação pra que tenha anuência dos conselhos locais e distritais de saúde indígena. Isso fere o princípio constitucional e o princípio do controle social, amigo (ÁUDIO, denúncia FPCONDISI, encaminhada à APIB, 03/06/2020).

Assim, a dinâmica do controle social tem sua fragilidade intensificada na pandemia, como vimos em outras políticas de governo com relação aos povos indígenas. No entanto, também como observado em outras políticas, é anterior e vem se agravando desde 2018 com a eleição do presidente Jair Bolsonaro.

Palavras finais

Desde o início dos anos 2000 observamos o fortalecimento econômico dos setores ligados ao agronegócio, mas os crescentes ataques a territórios indígenas por grandes fazendeiros foram desconectados desse fortalecimento. Pareciam ser lidos como episódios isolados e excepcionais a serem tratados, investigados e resolvidos por ações policiais. Igualmente, percebemos nos últimos anos o fortalecimento político do setor que mais combate os direitos territoriais indígenas e sua cidadania diferenciada somar-se à fragilidade institucional da ainda incipiente participação social como forma de governo, aprofundando-a simultaneamente: o agronegócio e sua produção de commodities — produção que foi central ao projeto de desenvolvimento dos últimos anos.

Com a eleição de Bolsonaro ficou claro que os crescentes ataques a territórios indígenas por grandes fazendeiros, longe de serem casos de polícia, compunham um projeto de nação autoritário e excludente que estava em curso acelerado: logo nos primeiros dias foram extintos mais de 50 conselhos e as bancadas do boi (agronegócio), da bíblia (evangélica) e da bala (segurança pública) se tornaram, junto com os militares, as forças políticas centrais no desmantelamento das instâncias democráticas e das políticas sociais inclusivas. Dentre os efeitos desse projeto em meio à pandemia de COVID-19 estão, como vimos, a desassistência do Estado aos indígenas, o avanço sobre seus territórios, o crescimento de assassinatos indígenas, o acentuamento das fragilidades da estrutura de saúde em suas áreas e do controle

social em suas diferentes expressões, resultando em milhares de contaminados e mortos por COVID-19. Segundo dados da APIB, em 10 de junho de 2021 tinham sido registrados, pelas articulações indígenas que a integram, 1.100 mortos e 55.314 contaminados em 163 povos afetados.¹⁸ Eventos que expressam e ao mesmo tempo agravam desigualdades e violências de diferentes ordens.

Contudo, ao longo desse processo constatamos, também, o redimensionamento das estratégias de luta indígena na saúde por meio da agilidade de suas lideranças para, considerando a mudança de contexto político, deslocar das instâncias do controle social da saúde indígena o foco de que, até então, pareciam usufruir.

Cabe destacar a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 709) apresentada ao Supremo Tribunal Federal (STF) pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), em 29 de junho de 2020, juntamente com seis partidos políticos (PSB, PDT, PT, PSOL, REDE e PC do B). Seu objetivo: obter medidas para proteger a vida dos povos indígenas diante da sistemática omissão do governo brasileiro no combate à pandemia da COVID-19. Nas palavras do advogado Eloy Terena:

Enfrentamos agora o nosso maior desafio. Podemos ser dizimados pela COVID-19; povos inteiros correm o risco de desaparecer. O tratamento dado à pandemia no Brasil tem sido especialmente catastrófico para nós. Por esta razão, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) está tomando uma medida drástica: entramos no Supremo Tribunal Federal (STF) com uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) **para obrigar o governo a não nos deixar morrer.**¹⁹

¹⁸ Disponível em: <https://apiboficial.org/>. Acesso em: 10/06/2021.

¹⁹ “Somos obrigados a obrigar o governo a não nos deixar morrer”. *Folha de S. Paulo*, 30/06/2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/06/somos-obrigados-a-obrigar-o-governo-a-nao-nos-deixar-morrer.shtml>. Acesso: 10/06/2021 (Grifo nosso).

A ADPF 709 foi aceita pelo STF, tendo se constituído em um marco na luta indígena por direitos na medida em que confirma na mais alta corte do país a legitimidade dos povos indígenas e de suas organizações para atuar em juízo na defesa de seus direitos e interesses — prevista constitucionalmente.

Igualmente relevantes têm sido a organização de uma frente parlamentar no Congresso Nacional para defesa dos interesses indígenas (com destaque para a atuação da deputada federal Joênia Wapichana), articulações políticas com diferentes atores dentro e fora do país e ações diretas em tribunais internacionais, além das já mencionadas ações autônomas de barreira sanitária em suas terras, atuação nas redes sociais com campanhas denunciadoras (como a que baseou este texto) e produção de dados epidemiológicos alternativos.

Por fim, se nesta seção final enfatizamos elementos recentes para traçar continuidades de curto prazo, é importante sublinhar que o processo em curso é mais amplo, não se fez em poucas décadas e é preciso recuar à redemocratização no final dos anos 1980 e à história profunda de nosso país para compreendê-lo. Em outra oportunidade analisamos a violência estrutural que remonta à colonização quando, no caso da saúde indígena, combinou-se morte por epidemias com o cuidado tutelar de desautorização dos indígenas (TEIXEIRA; DIAS DA SILVA, 2019).²⁰ Tal realidade adquiriu novas formas na combinação sutil entre inclusão e exclusão em nossa democracia recente e que agora vemos reconvertidas em exclusão autoritária. Diante da combinação de velhas e novas relações de dominação, o movimento indígena em suas variadas expressões também se reinventou e tem se fortalecido no exercício da cidadania diferenciada que os marcos legais da constituição possibilitaram.

²⁰ Artigo reproduzido traduzido no capítulo 8.

A participação social, conforme tem sido gestada no interior dos movimentos indígenas que reivindicam seus direitos básicos e constitucionais, assume distintas configurações. Assim, há um plano de resiliência que permite agenciamentos importantes entre controle social, considerando não somente as ofensivas atuais, e gestão participativa. Esta situação erigida através do detalhamento e da análise das denúncias nos indica que as formas de luta organizadas pelos povos indígenas constituem processos sociais de longo prazo, a partir dos quais surgem enquadramentos relevantes para contrapor aos mecanismos de exclusão. Neste sentido, nosso trabalho em torno das denúncias buscou considerar a densidade dos contextos regionais em sua articulação com os ataques agenciados diretamente pelo governo federal em suas atitudes de inação. Por tal razão, as denúncias revelam uma potência de atuação composta por uma materialidade diversificada no registro dos casos, constituindo estratégia importante para romper com ciclos de violência física e política que foram revividos com mais intensidade e/ou agravados pelo contexto de gestão da pandemia de COVID-19 no Brasil.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- COHN, A. *Cartas ao Presidente Lula. Bolsa Família e Direitos Sociais*. Rio de Janeiro: Pensamento Brasileiro, 2012.
- FIDELIS, J. G. *Integralidade e indígenas urbanos: análise dos relatos de profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Estudos Culturais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- FOUCAULT, M. *Direito de morte e poder sobre a vida*. In: FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988, pp. 125-149.
- MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (edits.). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro; Brasília: AbrES; MS; OPAS/OMS, 2016.
- PEIRANO, M. Sem lenço, sem documento: reflexões sobre cidadania no Brasil. *Sociedade e Estado*, v. 1, n. 1, pp. 49-64, 1986.
- PEIRANO, M. This horrible time of papers. Documents and national values (em inglês e português). *Série Antropologia*, v. 312, 2002. 62 p.
- REIS, E. Opressão burocrática: o ponto de vista do cidadão. *Estudos Históricos*, v. 3, n. 6, pp. 161-179, 1990.
- SANTOS, F. V. Mulheres indígenas contra o vírus: notas antropológicas sobre políticas públicas de saúde e os impactos da COVID-19 entre os povos indígenas em contexto urbanos Manaus, Brasil. *Ponto Urbe*, v. 27, 2020. 22p.

- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça. A política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1979.
- TEIXEIRA, C. C. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico* 2009, pp. 99-128, 2010.
- TEIXEIRA, C. C.; DIAS DA SILVA, C. The construction of citizenship and the field of indigenous health: A critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity. *Vibrant*, v. 12, pp. 351-384, 2015.
- TEIXEIRA, C. C.; DIAS DA SILVA, C. Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence. *Vibrant*, v. 16, pp. 1-22, 2019.
- WAGNER, A.; ACAVEDO, R.; ALEIXO, E. (edits.). *Pandemia e Território*. São Luís: UEMA Edições; PNCSA, 2020.

Interiorização de ações de combate à COVID-19 no Amazonas, Brasil

LUIZA GARNELO¹ • SULLY SAMPAIO¹ • ANA LÚCIA PONTES²
FELIPE NAVECA¹ • JOSÉ JOAQUIM CARVAJAL CORTES¹
ROSANA PARENTE³ • BERNARDINO ALBUQUERQUE¹
FERNANDO HERKRATH¹ • EVELYNE MAINBOURG¹
UZIEL SUWA⁴ • LUIZ CARLOS PENHA⁴ • PRISCILLA CORREIA⁴
RAICA CARDOSO⁴ • URIEL MADUREIRA⁵
MARIA ROSINEIDE GAMA⁵ v FRANCINEY ANSELMO FERREIRA⁵
STEPHANY FRANÇA⁵ • JUAN CAMILO GRISALES⁵
MICHELE SILVA DE JESUS⁶ • VALDINETE NASCIMENTO⁶
RICARDO MOTA⁶ • SEBASTIÃO DIAS⁶ • CARLA DE PAULA
LEONANDA COSTA⁷ • JULIANE BELÉM⁸ • LUANA PRAIA⁸
ANTONIA ELIENE PEREIRA⁸ • PEDRO RAPOZO⁹
TACIANA COUTINHO¹⁰ • JOSIVANE REIS NOGUEIRA¹¹
EDILAINE RUCAGLIA RIZZO¹¹ • NILDETE GEISSLER RIBEIRO¹¹
KLAUSS ESTIVENS LIMA SALAZAR¹¹ • SÉRGIO LUZ^{1,12}

¹ Pesquisador(a) do ILMD, ²pesquisadora da ENSP, ³Vice-Diretora de Ensino do ILMD, ⁴egressos(as) do mestrado do PPGVIDA/ILMD, ⁵alunos(as) do mestrado do PPGVIDA, ⁶profissionais de laboratório do ILMD, ⁷apoio administrativo ao projeto, ⁸facilitadoras do projeto QualificaSUS, ⁹docente da Universidade Estadual do Amazonas, ¹⁰docente da UFAM, ¹¹aluno(a) do Curso de Especialização em Vigilância em Saúde na Tríplice Fronteira/ILMD, ¹²diretor do ILMD durante o desenvolvimento das atividades.

Introdução

A irrupção da pandemia de COVID-19 impôs desafios anteriormente inimaginados ao Sistema Único de Saúde e ao seu subsistema de saúde indígena. Dentre eles, destaca-se o desafio de interiorizar ações de diagnóstico e combate à epidemia em terras indígenas e em outras áreas rurais amazônicas carentes de recursos para o desenvolvimento dessas ações.

Este texto discorre sobre as iniciativas do Instituto Leônidas & Maria Deane –ILMD/Fiocruz Amazônia e de parcerias institucionais indígenas e não indígenas, desenvolvidas a partir de março de 2020 e ainda em curso, na busca de ampliar a capacitação de equipes de saúde para o reconhecimento da COVID-19 e de descentralizar e ampliar o acesso a recursos diagnósticos da doença nas aldeias e outras localidades rurais.

Antes, porém, cabe uma breve digressão sobre as características do rural amazônico — aí incluídas as terras indígenas —, que é marcado por grandes distâncias; obstáculos geográficos; ausência de saneamento básico; insuficiente cobertura assistencial em ações de atenção primária à saúde; municípios com economia débil; e limitada capacidade de investimento em saúde e educação. Some-se a isso a dificuldade de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos de atenção especializada, face à escassez de estabelecimentos de saúde desse porte para atender às demandas da população. Quando existentes, estão concentrados nas capitais, ou seja, em locais muito distantes dos assentamentos rurais, sejam indígenas ou não indígenas (ARRUDA et al., 2018; GARNELO, 2019; GARNELO et al., 2020).

Em 2016, um estudo publicado na revista *The Lancet* que abrangeu 28 populações indígenas em 23 países, inclusive o Brasil, apresentou um amplo conjunto de evidências de que os indígenas enfrentam condições sociais adversas e têm piores indicadores de saúde quando comparados às populações não

indígenas. A análise dos autores evidenciou menor expectativa de vida e maior frequência de baixo peso ao nascer, desnutrição infantil e mortalidade materna elevadas, menor número de anos de estudo e pior situação de renda nas populações indígenas estudadas (ANDERSON et al., 2016).

Longe de ser fortuito, este perfil social e sanitário foi produto da violência e da iniquidade geradas pelo processo colonizatório, que não apenas exterminou no passado grandes contingentes indígenas, mas continua a penalizar os remanescentes com expulsão de suas terras e dificuldades de acesso a trabalho, renda e políticas sociais. No caso aqui analisado destacamos o descumprimento do direito à atenção integral à saúde, marcado na pandemia pela limitação de meios de acesso à rede de saúde, aí incluídas ações de atenção especializadas necessárias para o diagnóstico e o tratamento da COVID-19.

Em que pese a criação do subsistema de saúde indígena em 1999 (GARNELO, 2012), através da chamada Lei Arouca, a atenção à saúde nele ofertada foi disponibilizada somente para os indígenas residentes em terras demarcadas. Ademais, o escopo de atuação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), as unidades assistenciais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), abrange somente ações de atenção primária à saúde. Embora a Lei nº 9.836, de 1999, preconize que a rede SUS deve atuar como retaguarda ao SasiSUS para garantir a integralidade da atenção, mesmo após vinte anos de existência do subsistema não se efetivou o acesso pleno às unidades de cuidados especializados, inexistentes em terras indígenas.

As características clínicas da COVID-19 tornaram agudamente evidentes as insuficiências do subsistema, pois o cuidado com os doentes exigia acesso a recursos sediados em locais distantes das terras indígenas, tais como diagnóstico laboratorial da doença, monitoramento das cepas circulantes, avaliações clínicas capazes de guiar a decisão de remover ou cuidar do

doente na aldeia, e internação em hospitais especializados no atendimento à COVID-19 e/ou em unidades de terapia intensiva. Em suma, um atendimento minimamente efetivo aos doentes da COVID-19 exigia o trânsito rápido através de uma linha de cuidados² iniciada no âmbito de ações de atenção primária desenvolvidas nas aldeias pelos agentes indígenas de saúde (AIS) que prosseguisse com o atendimento das equipes médicas e de enfermagem do DSEI, cuja presença na aldeia costuma ser intermitente, e lograsse referência rápida e eficiente para outros níveis de atenção, de acordo com a necessidade do doente.

Nesse sentido, a qualidade do cuidado aos casos de COVID-19 exigia uma fina articulação entre o profissional de saúde efetivamente presente no cotidiano da aldeia — o AIS, capacitado para identificar casos suspeitos e tomar as primeiras medidas, inclusive a de demandar a avaliação médica necessária — e os

² Linhas de Cuidado são medidas organizativas instituídas pelo sistema de saúde para orientar o itinerário a ser percorrido pelo paciente, visando garantir a atenção integral necessária à prevenção, ao tratamento e à reabilitação de determinado problema de saúde. Via de regra devem formar um *continuum assistencial* que abranja desde ações de atenção primária realizadas no território de residência do paciente, estendendo-se aos demais níveis de atenção ambulatorial e hospitalar que podem estar sediados em locais distantes da ocorrência do caso. Em tais situações prevê-se a necessidade de garantir as condições de remoção e vaga para atendimento do paciente deslocado de seu domicílio para acessar serviços de saúde disponíveis somente em outras municipalidades. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>.

outros membros da equipe postados nos polos-base.³ No entanto, a adequada tomada de decisão exigia algum aporte tecnológico para que se pudesse confirmar ou descartar o caso suspeito e decidir sobre a possibilidade de tratamento do doente na própria aldeia ou solicitar a remoção para hospitais gerais na cidade mais próxima e/ou para hospitais especializados em Manaus.

Dados recentes apontam que as fragilidades na continuidade da linha de cuidado à COVID-19 repercutiram negativamente nos impactos da pandemia em povos indígenas (RANZANI et al., 2021; PONTES et al., 2021), mostrando que a mortalidade hospitalar pela COVID-19 foi maior entre indígenas do que em outros grupos de cor ou raça em praticamente todas as faixas etárias e que a letalidade pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pela COVID-19 foi de 17,6% e 25,5% maior entre indígenas do que entre não indígenas nas regiões Norte e Centro-Oeste, respectivamente. Ademais, Hallal et al. (2020) encontraram soroprevalência de anticorpos para o Sars-Cov-2 cinco vezes maior entre indígenas do que entre pessoas brancas, numa mesma área urbana.

Em suma, a epidemia da COVID-19 colocou a nu insuficiências históricas até então não enfrentadas pelo subsistema de saúde indígena, pois o atendimento aos doentes exigiu a efetivação de uma linha integral de cuidados capaz de alcançar os

³ Polo-Base é um tipo de unidade de saúde característica do subsistema de saúde indígena, onde são alocados profissionais médicos e de enfermagem. Os polos-base adscvem um conjunto de postos e seus respectivos agentes de saúde, circunscrevendo áreas de abrangência sob a responsabilidade sanitária das equipes de saúde que neles atuam. Dada a vasta extensão das terras indígenas no Amazonas, cada uma delas conta com um número restrito de polos-base, que não conseguem ofertar atendimento diário em todas as aldeias, praticando um regime de itinerância nos cuidados ofertados em sua área de abrangência. Nessas circunstâncias, na maioria das aldeias o único profissional a ofertar cuidados cotidianos é o agente indígena de saúde (AIS), razão pela qual este profissional assumiu um papel estratégico no combate à COVID-19 nas terras indígenas no Amazonas.

diversos níveis de atenção, inclusive aqueles cuja oferta não é garantida pelo subsistema de saúde indígena.

Porém, não são apenas os indígenas que enfrentam situações de iniquidades na Amazônia. Outros grupos em situações de vulnerabilidade, como ribeirinhos, afrodescendentes e moradores de áreas rurais, em geral, sofrem as consequências deste cenário social adverso que produz indicadores sociais e sanitários desfavoráveis, aos quais se associam desigualdades de oferta e de acesso aos cuidados de saúde (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018; GARNELO et al., 2018). Em 2018 veio a público o segundo relatório do chamado Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira (IPS Amazônia). O documento, que abrange 772 municípios dos nove estados da Amazônia Legal, evidencia que as populações interiorizadas na região enfrentam dificuldade de acesso à água e a saneamento de qualidade; insuficiência de acesso aos meios de comunicação e à escolarização, em particular ao ensino superior; falta de garantia de direitos individuais; e graves situações de violência de gênero (SANTOS et al., 2018).

O Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD) é uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz sediada em Manaus, Amazonas, com uma trajetória consolidada de atuação em saúde indígena e junto a outros grupos, urbanos e rurais, em situação de vulnerabilidade na cena social amazônica. Os pesquisadores dedicados a essas temáticas acompanhavam a tragédia em curso e buscaram formas de contribuir para a redução dos desfechos fatais, mas a atuação na área de assistência à saúde é uma atividade que extrapola o perfil de competências do instituto. Assim sendo, seus pesquisadores buscaram identificar um nicho compatível com a missão institucional a partir do qual pudessem contribuir com as ações de combate à COVID-19 junto às populações indígenas e a outros grupos vulnerabilizados do rural amazônico.

As atividades aqui apresentadas foram realizadas pela equipe técnica do Instituto Leônidas & Maria Deane através de dois de

seus laboratórios de pesquisa⁴ e da Vice-Diretoria de Ensino do instituto, mediante o apoio do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva e do projeto QualificaSUS, vocacionado às ações de qualificação da força de trabalho do Sistema Único de Saúde no interior do estado do Amazonas. As ações contaram com o apoio da presidência da Fiocruz, através do Fundo Fiocruz Unidos Contra a COVID- 19, do Instituto Bio-Manguinhos, que doou testes rápidos e insumos para testes TR-DPP e RT-PCR para a realização dos treinamentos.

As singularidades dos modos indígenas de viver, a vastidão da Amazônia e as conhecidas limitações de transporte, comunicação e infraestrutura na região já são, por si sós, formidáveis obstáculos à interiorização das ações de saúde. Empreender tais medidas com rapidez e eficiência e no cenário caótico instituído pela pandemia, tendo havido inclusive interrupção de viagens aéreas e fluviais para o interior do estado, só se fez possível mediante os esforços conjugados de parcerias estratégicas, cujos nomes listamos na parte final do texto, que nos possibilitaram alcançar regiões remotas onde o auxílio se fazia necessário.

Atividades desenvolvidas

As atividades foram organizadas em quatro eixos: a) Levantamento de necessidades e demandas com a subsequente organização e sistematização de informações que orientassem a seleção de locais factíveis para o desenvolvimento das ações; b) Busca de recursos adicionais para financiamento das atividades extraordinárias

⁴ Em termos de pesquisa e extensão, os setores do ILMd que capitanearam a iniciativa foram os laboratórios de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis (SAGESPI) e Ecologia de Doenças Transmissíveis na Amazônia (EDTA). As ações foram desenvolvidas com o apoio e a participação da Vice-Diretoria de Ensino e da direção geral do instituto.

demandadas para o combate à epidemia; c) Aquisição dos insumos a serem descentralizados e interiorizados para populações em situação de vulnerabilidade; e d) Desenvolvimento das atividades finalísticas do projeto em terras indígenas e outras áreas rurais. A execução do eixo “d” envolveu dois subcomponentes: a estruturação dos treinamentos versando sobre o reconhecimento de sinais, sintomas e medidas de prevenção da COVID-19, além do manejo de recursos clínicos e diagnósticos, no nível de competência de agentes de saúde e multiplicadores; e o planejamento operacional para a interiorização dos insumos doados às comunidades para apoiar a prevenção da doença.

O levantamento de necessidades ocorreu com rapidez, pois os pesquisadores de saúde indígena à frente do projeto mantinham diálogo permanente com as entidades indígenas e monitoravam o andamento da epidemia através dos observatórios institucionais constituídos para tal. Nessas circunstâncias tinha-se clareza da necessidade de qualificar a atuação dos agentes de saúde para o reconhecimento precoce dos casos suspeitos, desenvolver e estimular as medidas preventivas nas comunidades, dispor de meios diagnósticos que permitissem confirmar os casos suspeitos, e alertar as equipes de saúde indígena cujo número insuficiente de profissionais não permitia uma capilarização ágil na identificação dos casos, na medida necessária. Para além disso era de conhecimento pleno a carência de equipamentos de proteção individual para os profissionais, principalmente nos meses iniciais da epidemia.

De posse desse diagnóstico situacional, definiu-se o perfil de necessidades, passando-se, então, ao segundo momento, que foi a busca de recursos para fazer frente às necessidades adicionais instituídas pela pandemia. Na ausência de previsão orçamentária para tais despesas extraordinárias, buscou-se o caminho das doações, que no início da pandemia ainda careciam de foco e fluxo regular. Diversos documentos e projetos foram elaborados em busca dos recursos necessários, encontrando,

por fim, uma escuta produtiva em setores da presidência da Fiocruz que respondiam pelo Fundo Fiocruz, pelo programa Unidos contra a COVID-19, e pelo Instituto Bio-Manguinhos, que produzia testes rápidos.

Outra ajuda essencial foi ofertada pelo Greenpeace, que viabilizou o deslocamento das equipes para os locais de realização das atividades, uma medida crucial naquela fase da epidemia em que os transportes aéreos e fluviais estavam suspensos para o interior do estado do Amazonas. Essas iniciativas articuladas viabilizaram a aquisição dos insumos necessários à interiorização do trabalho, permitindo dar início à capacitação dos profissionais de saúde.

Em paralelo à obtenção dos recursos e insumos iniciou-se a elaboração dos planos de ensino para os treinamentos dirigidos aos profissionais de saúde, apoiada na experiência prévia dos pesquisadores do Lab-SAGESPI, largamente experientes no desenvolvimento de capacitações etnicamente adaptadas direcionadas às populações indígenas e na qualificação de profissionais de saúde de sistemas municipais de saúde em áreas rurais na Amazônia.

A população capacitada abrangue profissionais de saúde da atenção básica sediados em municípios remotos e profissionais de saúde indígena, aí incluídos agentes indígenas de saúde (AIS) de Distritos Sanitários Especiais Indígenas. No caso dos profissionais de saúde indígena, apesar da escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) e de testes diagnósticos para COVID-19 na maioria dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da pandemia, os gestores da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) não demonstraram interesse na iniciativa da Fiocruz, negando inclusive que o órgão enfrentasse qualquer dificuldade ou necessitasse de apoio adicional. Frente a essas circunstâncias, a equipe do ILMD buscou o apoio de entidades como as secretarias municipais de saúde, *campi* interiorizados das universidades, organizações indígenas e de apoio à causa indígena, bem como de

Os que conhecem a Amazônia podem aquilatar o grau de dificuldade em alcançar as localidades trabalhadas, tanto pelas barreiras de acesso geográfico quanto pelas grandes distâncias e limitações dos meios de deslocamento, em particular no auge do período pandêmico.

Materiais didáticos foram adaptados e/ou elaborados pela equipe do Lab-SAGESPI para utilização nos treinamentos (Apêndice 1). As atividades foram articuladas com instituições parceiras para a execução de ações de controle e combate à COVID-19, identificando-se aquelas com potencialidade para apoiar a operacionalização dos treinamentos e a entrega das doações em lugares remotos do estado do Amazonas. Atividades de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) foram desenvolvidas em parceria com associações indígenas. O amplo conjunto de ações realizadas, que congregaram ensino, pesquisa, *advocacy* e parcerias diversificadas com entidades do SUS e da sociedade civil, foi sistematizado na Figura 2, na página ao lado.

Embora o leque de ações desenvolvidas seja amplo e variado, um olhar mais detido será dado à temática dos treinamentos para diagnóstico rápido da COVID-19, tendo em vista seu caráter estratégico na gestão dos casos.

O Quadro 1 apresenta o conjunto de treinamentos realizados, bem com os respectivos beneficiários da ação. A opção pela forma e/ou conteúdo do curso oferecido foi definida considerando a capacidade local para recebimentos dos insumos, o perfil dos profissionais envolvidos e ações desenvolvidas pelas instituições locais.

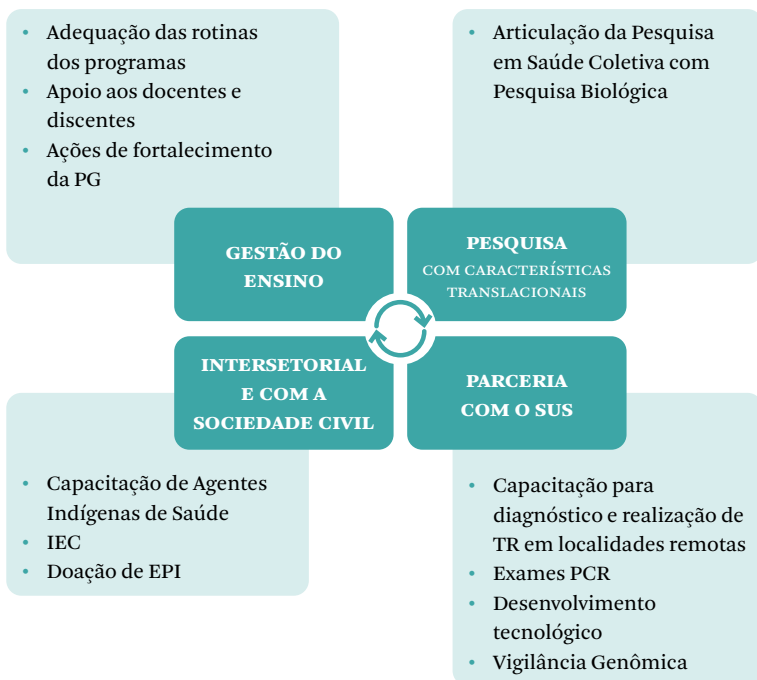


FIGURA 2 | Consolidado das ações de combate à COVID-19 desenvolvidas pelo ILMD. FONTE: elaboração dos autores.

QUADRO 1 | Treinamentos para coleta de TR-DPP COVID-19 Bio-Manguinhos e RT-PCR COVID-19 ofertados pelo ILMD

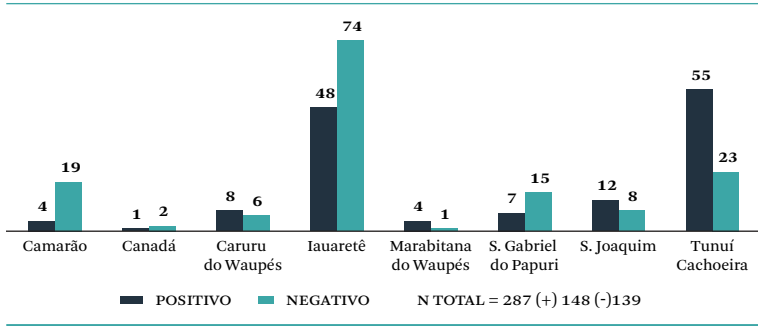
INSTITUIÇÃO	TIPO DE TREINAMENTO	PARTICIPANTES	LOCAL/REGIÃO	PROFISSIONAIS TREINADOS
Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN)	Teste Rápido (TR-DPP) COVID-19 — IGM/IGG	45 profissionais de saúde treinados como multiplicadores / 55 AIS treinados	São Gabriel da Cachoeira/ Alto Rio Negro: 8 polos-base de saúde das calhas dos rios Waupés e Papuri, Içana, Aiari e Cuiari	Profissionais de saúde indígena da SESAI (DSEI Alto Rio Negro) e profissionais de saúde da Atenção Básica do município
Vigilância Epidemiológica — Prefeitura Municipal de Tabatinga	TR-DPP COVID-19 — IGM/IGG	90 profissionais de saúde e multiplicadores	Tabatinga, Benjamin Constant e Atalaia do Norte: 13 polos base do DSEI Alto Rio Solimões	Profissionais da saúde indígena da SESAI (DSEI Alto Rio Solimões) e da Atenção Básica dos municípios de Tabatinga, Benjamin Constant e Atalaia do Norte e profissionais do Hospital de Guarnição de Tabatinga, técnicos da Vigilância da Secretaria Departamental de Saúde de Letícia (Colômbia)
Comitê Municipal para Controle e Combate à COVID-19 / Operação Amazônia Nativa (OPAN)	TR-DPP COVID-19 — IGM/IGG	21 profissionais de saúde e multiplicadores	Lábrea/Médio Rio Purus	Profissionais da saúde indígena da SESAI (DSEI Médio Rio Purus) e profissionais de saúde da Atenção Básica do município
	RT-PCR para COVID-19	12 profissionais de saúde e multiplicadores		

QUADRO 1 | Treinamentos para coleta de TR-DPP COVID-19 Bio-Manguinhos e RT-PCR COVID-19 ofertados pelo ILMD

INSTITUIÇÃO	TIPO DE TREINAMENTO	PARTICIPANTES	LOCAL/REGIÃO	PROFISSIONAIS TREINADOS
Federação do Povo Huni Kui do Estado do Acre (FEPHAC)	TR-DPP COVID-19 — IGM/IGG	41 profissionais de saúde de nível superior / 23 AIS	Alto Purus/Fronteira Amazonas com Acre	Profissionais da saúde indígena da SESAI (DSEI Alto Rio Purus) e profissionais de saúde da Atenção Básica de secretarias municipais de saúde
Distrito de Saúde Rural — DISAR/SEMSA	TR-DPP COVID-19 — IGM/IGG	4 profissionais de saúde e multiplicadores	Rodovia AM-010, BR-174 e calhas dos rios Negro e Amazonas	Profissionais de saúde da Atenção Básica do Distrito de Saúde Rural
Secretaria Municipal de Saúde de Autazes	TR-DPP COVID-19 — IGM/IGG	4 profissionais de saúde e multiplicadores	Autazes	Profissionais de saúde da Atenção Básica do município
Tribunal Regional do Trabalho — 11ª Região	TR-DPP COVID-19 — IGM/IGG	2 profissionais de saúde e multiplicadores	Manaus	Profissionais que atuam no TRT
Secretarias Municipais de Saúde	Organização de protocolo para Combate à COVID-19: oximetria para diagnóstico de agravamento	740 agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias	Manacapuru, Coari, Itacoatiara, Jutai, Careiro Castanho, Itapiranga, Silves, São Sebastião do Uatumã, Beruri, Rio Preto da Eva, Alvarães, Uarini, Maraã, Japurá, Nova Olinda do Norte, Atalaia do Norte, Borba, Eirunepé, Iranduba e Jurua	Profissionais da Atenção Básica

A fase subsequente foi a replicação dos treinamentos pelos multiplicadores capacitados na primeira etapa do projeto, como forma de ampliar a realização de diagnóstico nas aldeias e outras localidades remotas (Gráfico 1 e Figuras 3 e 4).

GRÁFICO 1 | Alguns resultados de TR COVID-19 realizados por agentes indígenas de saúde



FONTES: Relatório sobre ações de combate à COVID-19 — ILM, 2020



FIGURA 3 | Treinamentos para coleta de Teste Rápido (TR-DPP COVID-19) em aldeias indígenas e sedes municipais.

FOTOS: Sully Sampaio, Uziel Suwa, Valentina Ricardo e Luiz Penha



FIGURA 4 | Treinamentos que exigiram deslocamentos aéreo e fluvial para locais remotos.

FOTOS: Sully Sampaio, J. J. Carvajal Cortes, Uziel Suwa, Luiz Penha e Calebe Alexandre

Desdobramento das ações de testagem de RT-PCR COVID-19 desenvolvidas no ILMD

Quando a pandemia de COVID-19 se instalou no país não havia uma boa capacidade instalada de diagnóstico de agravos virais nas unidades de saúde e ações de caracterização genômica eram restritas a um pequeno número de laboratórios de pesquisa com pouca ou nenhuma interface com ações rotineiras no SUS. A rápida emergência de novas cepas do coronavírus conferiu grande importância ao monitoramento genômico, por sua capacidade de subsidiar a tomada de decisão para instituir ou relaxar medidas de distanciamento e de prevenção à doença.

Este cenário de insuficiência diagnóstica se reproduzia no Amazonas, o que exigiu o estabelecimento de uma parceria entre o laboratório de Ecologia de Doenças Transmissíveis na Amazônia (EDTA) do ILMD, a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM) e o Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (LACEN) para ampliar a rede de testagem por RT-PCR em tempo real e propiciar o monitoramento genômico das cepas virais que circulavam no estado e que até então eram pouco conhecidas. Esta aliança possibilitou ampliar a realização de exames RT-PCR, de modo que até agosto de 2021 somente o laboratório do ILMD realizou mais de 15.000 exames, abrangendo amostras de diferentes municípios, incluindo a capital e o interior do estado.

Ressalte-se que o perfil de atuação do laboratório do ILMD é dirigido à pesquisa, não realizando atividades assistenciais rotineiras — estas são atribuições do Laboratório Central de Saúde Pública, órgão da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Frente aos desafios gerados pela pandemia, os profissionais do laboratório do ILMD ampliaram seu escopo de atividades e a capacidade instalada para contribuir com a produção desses diagnósticos, ferramentas essenciais para guiar a ação das autoridades sanitárias, já que propiciam orientações sobre os espaços de maior risco, que demandam intensificação das ações preventivas da transmissão. Os treinamentos de multiplicadores para a realização de exames ampliaram a coleta das amostras em localidades remotas e de difícil acesso do interior do Amazonas, aí incluídas as terras indígenas, contribuindo para alimentar o circuito de exames e o mapeamento genético das cepas circulantes no estado.

Outro avanço relevante foi a implementação de uma rede de vigilância genômica capaz de detectar o rápido espraiamento da variante viral (cepa P.1, rebatizada como Gama pela Organização Mundial de Saúde) ocorrida no Amazonas. Os resultados obtidos

através da vigilância genômica, baseada no sequenciamento genético, mostraram a introdução de 22 linhagens do coronavírus (A.2, B.1.1, B.1.1.28, B.1.1.33, B.1.1.378, B.1.1.7, B.1.111, B.1.195, B.1.212, B.1.319, N.1, N.9, P.1, P.1.1, P.1.2, P.1.3, P.1.4, P.1.5, P.1.6, P.1.7, P.1.8 e P.2) no período compreendido entre março de 2020 e julho de 2021. Até julho de 2021, a equipe de laboratório do ILMD analisou 1.575 genomas provenientes de amostras coletadas em Manaus e em 28 municípios do interior, incluídas as terras indígenas. Em Manaus foram encontradas 21 das 22 linhagens observadas no Amazonas, reafirmando seu papel como porta de entrada para as áreas rurais e como um dos principais espaços de disseminação das variantes genéticas na própria capital e nos municípios do interior, inclusive os mais remotos.

Também cabe destacar que mesmo municípios pequenos como Manicoré (4 amostras, 3 linhagens) e Manaquiri (3 amostras, 2 linhagens) apresentaram a circulação de mais de uma linhagem viral. Em Manaus foi identificada uma linhagem anteriormente não registrada em outros locais do Brasil (P.1, depois renomeada como Gama), assim como em Tabatinga, na Tríplice Fronteira Brasil-Peru-Colômbia, foi encontrada outra linhagem também sem registro anterior no Brasil (B.1.1.111).

Outro conjunto de ações foi desenvolvido através das doações de equipamentos de proteção individual para instituições e entidades representativas de grupos minoritários e em situação de vulnerabilidade. O Quadro 2 e os Gráficos 2 e 3 evidenciam o alcance e a diversidade da iniciativa.

QUADRO 2 | Demonstrativo de instituições e populações beneficiadas com doações no Amazonas

PROJETO FUNDO FIOCRUZ UNIDOS CONTRA A COVID 19		
INSTITUIÇÃO	LOCAL/REGIÃO	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA
Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN)	São Gabriel da Cachoeira/Alto Rio Negro	População indígena: Baniwa, Koripako, Baré, Tuyuka, Tukano, Dessano, Piratapua, Hüpda, Kubeo, Wanano e Tariano
Vigilância Epidemiológica — Prefeitura Municipal de Tabatinga	Tabatinga, com distribuição para Benjamin Constant e Atalaia do Norte	População rural ribeirinha de Tabatinga, Benjamin Constant e Atalaia do Norte e população indígena: Tikuna, Cocama e Huitoto
Vigilância Epidemiológica — Secretaria Departamental de Salud del Amazonas (Colômbia)	Letícia e Puerto Nariño (Colômbia)	População rural ribeirinha dos municípios e população indígena: Ticuna, Cocama, Yaguas, Yucuna, Uitoto e Bora — Muinane
Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)	Manaus e entorno/Baixo rio Amazonas: Nhamundá e Maués/Amazônia Brasileira: Oriximiná e Santarém	População indígena: Katxuyana, Wai, Tunayana, Kahyana, Zo'é, Txikiyana, Arapiuns, Borari, Maitapu, Tuapiu, Hixkaryana e Sateré-Mawé
Comitê Municipal para Controle e Combate à COVID-19 / Operação Amazônia Nativa (OPAN)	Lábrea/Médio Rio Purus	População rural ribeirinha do município e população indígena: Apurinã, Jamamadi, Paumari, Jarawara, Beni e Banawa

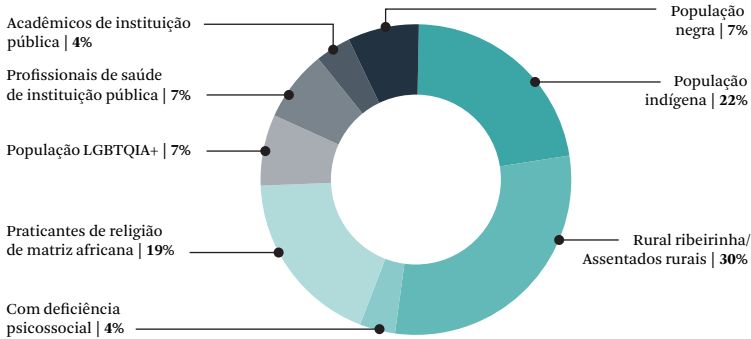
QUADRO 2 | Demonstrativo de instituições e populações beneficiadas com doações no Amazonas (CONT.)

PROJETO FUNDO FIOCRUZ UNIDOS CONTRA A COVID 19		
INSTITUIÇÃO	LOCAL/REGIÃO	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA
Federação do Povo Huni Kui do Estado do Acre (FEPHAC)	Alto Purus/ Fronteira Amazonas com Acre	População indígena: Shanenawa, Madja, Jaminawa, Yawanawa e Ashaninka
Instituto Silvério de Almeida Tundis (ISAT)	Manaus	População acometida por transtornos mentais atendida em programas de saúde mental
Associação Nossa Senhora da Conceição	Manaus	Praticantes de religião de matriz africana
Articulação Amazônia dos Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiro de Matriz Africana (Aratrama)	Manaus	Praticantes de religião de matriz africana
Distrito de Saúde Rural (DISAR)/SEMSA	Manaus	População rural ribeirinha: Rodovia AM-010, BR-174 e das calhas dos rios Negro e Amazonas
Instituto Nossa Senha da Conceição (INSNOSECO)	Manaus	Praticantes de religião de matriz africana
Rede Nacional de Mulheres Travestis e Transexuais e Homens Trans Vivendo e Convivendo com HIV/AIDS — Seção Amazonas	Manaus	Movimento Social: população LGBTQIA+

QUADRO 2 | Demonstrativo de instituições e populações beneficiadas com doações no Amazonas (CONT.)

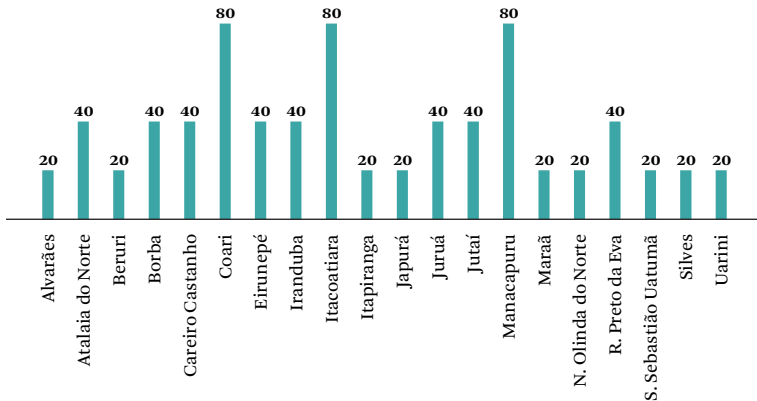
PROJETO FUNDO FIOCRUZ UNIDOS CONTRA A COVID 19		
INSTITUIÇÃO	LOCAL/REGIÃO	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA
Fórum da Juventude Negra do Amazonas	Manaus	Movimento social: juventude negra
Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS)	Manaus	Profissionais de saúde de instituição pública na linha de frente de combate e controle da COVID-19 no Amazonas
Centro Acadêmico de Enfermagem (CACEN)	Manaus	Acadêmicos de baixa renda de curso de enfermagem em instituição pública
Instituto Ganga Zumba	Manaus e municípios do entorno	População rural ribeirinha de municípios do entorno de Manaus
Rede Nacional de Religiões de Matrizes Africanas (RENAFRO)	Manaus	Praticantes de religião de matriz africana
Secretaria Municipal de Saúde de Autazes	Autazes	População rural ribeirinha do município de Autazes
Fórum Permanente de Afrodescentes	Manaus	Movimento Social: população negra
Ilê Asé Ààffiwñ Oba	Manaus	Praticantes de religião de matriz africana
Assentamento Rural Rio Pardo	Presidente Figueiredo	População de assentamento rural na BR-364
Projeto TransOdara	Manaus	População LGBTIQIA+
COSEMS	62 municípios do Amazonas	Profissionais de saúde de instituição pública na linha de frente de combate e controle da COVID-19 e população geral dos municípios do Amazonas

GRÁFICO 2 | Distribuição proporcional de grupos em situação de vulnerabilidade beneficiados com doações no Amazonas



FONTE: : Relatório sobre ações de combate à COVID-19 – ILM D, 2020

GRÁFICO 3 | Distribuição de agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias treinados em uso da oximetria para apoio ao acompanhamento de doentes de COVID-19, por município do Amazonas



FONTE: : Relatório sobre ações de combate à COVID-19 – ILM D, 2020

O amplo conjunto de ações realizadas demandou o esforço coordenado de muitos sujeitos e instituições envolvidos nas atividades, mantendo-se a iniciativa de reduzir as consequências da epidemia entre os povos indígenas e outros grupos vulneráveis residentes na Amazônia. As ações ainda prosseguem, visto que a epidemia está longe de ser superada, exigindo a continuidade dos esforços de vigilância em saúde nas terras indígenas.

APÊNDICE 1 | Materiais educativos elaborados ou adaptados para os treinamentos

Abaixo dispomos exemplos de temas e materiais utilizados nos treinamentos de profissionais de saúde para utilização de testes rápidos para COVID-19 em comunidades rurais e aldeias indígenas.

COMO RECONHECER UM SINTOMÁTICO DE COVID

Considerar como caso suspeito de COVID-19 a pessoa que apresente perda da capacidade de sentir cheiro e/ou gosto da comida, febre, dor de garganta, tosse, dor no corpo, coriza, algumas vezes diarreia, cansaço e falta de ar. A doença costuma começar com um conjunto de sintomas que parecem com uma gripe comum, mas podem evoluir com rapidez para uma doença grave.

Nem todas as pessoas apresentam todos esses sintomas. Algumas apresentam apenas alguns dos sintomas listados acima. Em caso de presença de dois ou mais desses sintomas, considere o caso suspeito e a pessoa deve ser orientada a fazer o teste rápido.

A ocorrência de “falta de ar” é um dos sintomas de agravamento da COVID-19 e não deve ser confundida com cansaço que a pessoa sente por ter feito um esforço físico. Se observar “falta de ar” conte a frequência respiratória do paciente. Volte a registrar essa frequência a cada duas horas e informe a evolução clínica do paciente aos profissionais que ficam no polo-base. Quando possível, meça os níveis de oxigênio através do oxímetro.

Lembre-se que os quadros em que o paciente evolui com “falta de ar” tendem a se agravar rapidamente. Tais pacientes são fortes candidatos à remoção para hospital na cidade.

COMO AVALIAR A GRAVIDADE DE UM QUADRO SUSPEITO DE COVID-19 EM PACIENTE SINTOMÁTICO

O quadro abaixo apresenta um conjunto de sintomas e uma pontuação atribuída a eles. Serve para te ajudar a avaliar o risco de complicações em um paciente sintomático.

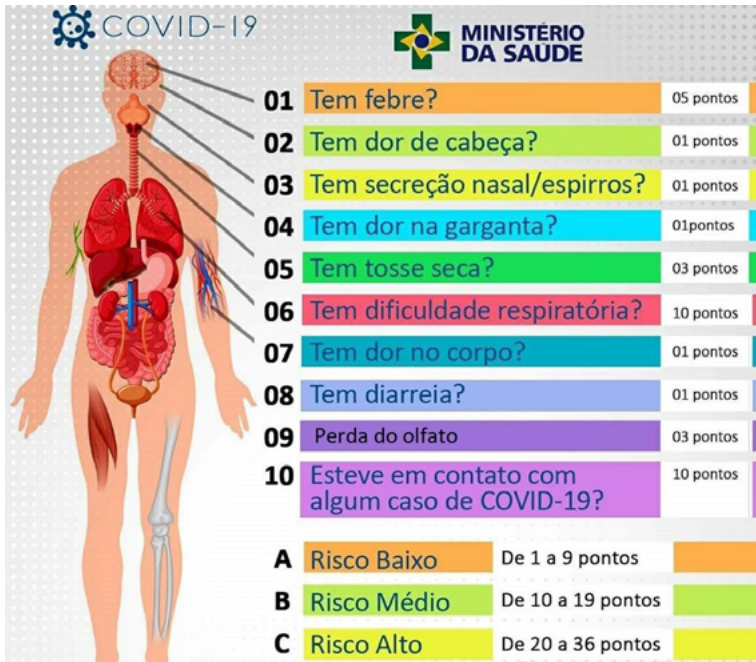


FIGURA 5 | Avaliação do quadro sintomático de COVID-19

FONTE: Ministério Público Federal do Paraná, 2020

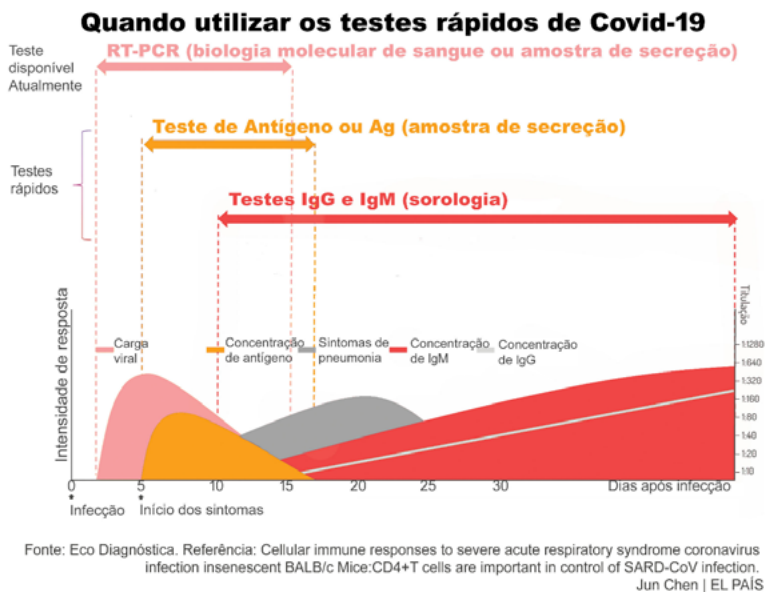


FIGURA 6 | Fases clínicas e reação imune à presença do coronavírus versus testes diagnósticos disponíveis para COVID-19

FONTES: adaptado de Chen et al. (2010)

GLOSSÁRIO

RT-PCR (do inglês *reverse-transcriptase polymerase chain reaction*) É o nome do teste Reação em Cadeia da Polimerase com Transcrição Reversa em tempo real. O diagnóstico é feito através da detecção do material genético do vírus (RNA do SARS-CoV-2), preferencialmente por meio de secreção obtida por raspagem no nariz ou na garganta. Segundo a OMS, o exame RT-PCR é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico da COVID-19 (adaptado de CDC, 2020).

Testes rápidos

Existem dois tipos de testes rápidos: 1) Os testes de antígeno, que detectam proteínas virais na fase de atividade da infecção e têm função diagnóstica eficaz nas fases iniciais da doença; 2) Os testes de anticorpos, que identificam uma resposta imunológica do corpo gerada em reação à presença do vírus. Os testes de anticorpos não são capazes de confirmar ou descartar diagnóstico, mas auxiliam a firmá-lo, identificando uma resposta do organismo quando este teve contato com o vírus, recentemente (IgM) ou previamente (IgG) (adaptado de BRASIL, 2020).

Sorologia

A sorologia é obtida a partir de amostra do sangue do paciente. Ela identifica a presença de anticorpos IgA, IgM e IgG em pessoas que foram expostas ao SARS-CoV-2, evidenciando a existência de resposta imunológica do corpo em contato com o vírus (adaptado de CDC, 2020).

CRITÉRIOS PARA TESTAGEM RÁPIDA (TESTES DE ANTICORPOS) EM ALDEIA

Quem deve ser testado e quando testar

- **SINTOMÁTICOS:** a partir de 8 dias do início dos sintomas. O ideal é fazer o teste após 10 dias do início dos sintomas, mas a partir de 8 dias do início dos sintomas já é possível evidenciar resposta imunológica;
- **RESIDENTES NA MESMA CASA E PESSOAS COM QUEM O SINTOMÁTICO TEVE CONTATO PRÓXIMO NA ÚLTIMA SEMANA, MESMO QUE NÃO APRESENTEM SINTOMAS:** no caso das pessoas sem sintomas e que convivem com o sintomático, o teste deve ser realizado no mesmo dia em que o teste do sintomático der positivo.
- **AGENTE DE SAÚDE:** o AIS, mesmo sem sintomas, deve testar a si mesmo a cada 3 semanas. Se der negativo, não adotar qualquer procedimento e repetir o teste após as 3 semanas seguintes. Se a testagem der resultado positivo testar também as pessoas que moram na mesma casa e aqueles com quem teve contato próximo na última semana. Acompanhar a evolução dos sintomas dos que ficarem doentes.

Indicações do Teste de Antígeno

- O teste de antígeno está indicado para pacientes sintomáticos que se enquadrem nos critérios de suspeição clínico e/ou epidemiológico definidos pelo Ministério da Saúde e pela Nota Técnica COE Saúde nº 54/2020.
- A coleta pode ser realizada até o 10º dia de início dos sintomas, sendo preferencialmente entre o 2º e o 7º dias do início dos sintomas.

- É necessário coletar 1 (uma) amostra de swab de nasofaringe por paciente.
- O exame não deve ser realizado em pacientes assintomáticos para rastreamento de contato.

FONTE: adaptado de BIO-MANGUINHOS/Fiocruz, 2020.

COMO INTERPRETAR O RESULTADO DO TESTE RÁPIDO DE ANTICORPOS

Para o teste TR DPP COVID-19 IGM/IGG Bio-Manguinhos podemos ter os seguintes resultados:

IGM	IGG	INTERPRETAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Positivo	Positivo	Você PROVAVELMENTE teve uma infecção recente pelo SARS-CoV-2.	Você PODE estar desenvolvendo imunidade, mas não há certeza de proteção.
Negativo	Positivo	Você PROVAVELMENTE teve uma infecção pelo SARS-CoV-2.	Você PODE ter imunidade contra o SARS-CoV-2, mas ainda não há certeza de que esteja protegido.
Positivo	Negativo	Você PROVAVELMENTE teve uma infecção muito recente pelo SARS-CoV-2.	Você PODE estar desenvolvendo imunidade depois de infecção recente e PODE ainda estar infectado com o SARS-CoV-2. Não é Preciso pedir afastamento do trabalho. Procure o Nust para avaliar a realização do exame RT-PCR.
Negativo	Negativo	Não há EVIDÊNCIAS de que você tenha desenvolvido imunidade contra o SARS-CoV-2.	Você PARECE não ter sido infectado pelo SARS-CoV-2.

FONTE: Bio-Manguinhos/Fiocruz, 2020

- **Negativo (NÃO REAGENTE):** significa que no momento do exame a pessoa não tem COVID-19 ou ainda está na fase em que o teste não consegue detectar a presença do vírus no organismo. Isso costuma acontecer quando o teste é realizado com menos de 8 dias do início dos sintomas.

- **Positivo para IgM (REAGENTE):** significa que a pessoa PROVAVELMENTE adquiriu COVID-19 recentemente e tem chance para estar transmitindo para outra pessoa.
- **Positivo para IgG (REAGENTE):** significa que a pessoa PROVAVELMENTE adquiriu COVID-19 e seu corpo está reagindo contra a doença. Resultado positivo só para IgG significa provável imunidade, mas sem chance de estar transmitindo para outras pessoas.
- **Positivo para IgM e IgG (REAGENTE):** significa que a pessoa PROVAVELMENTE adquiriu a doença, tem provável imunidade, mas ainda tem chance de transmitir a doença para outras pessoas.

FONTE: Bio-Manguinhos/Fiocruz, 2020

COMO INTERPRETAR O RESULTADO DO TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO

Para o teste TR Antígeno CHEMBIO, podemos ter os seguintes resultados:

- **Positivo (REAGENTE)** — Significa que a pessoa testou positivamente, ou seja, tem a doença COVID.
- **Negativo (NÃO REAGENTE)** — Significa que a pessoa testou negativamente, ou seja, não adquiriu a doença.

No caso de resultados positivos, o agente de saúde deverá orientar o paciente para ter os cuidados necessários de isolamento, monitorar a oximetria, informar a equipe sobre o resultado do exame e a evolução do paciente. No caso de resultados negativos, o agente de saúde deverá orientar o paciente a manter os cuidados de higienização das mãos, o uso de máscara e o distanciamento social.

Seja qual for o resultado, todos devem manter as medidas de proteção.

Condutas no resultado pós teste

- Se o resultado for negativo e o paciente não tiver sintomas, permaneça observando, mas não precisa adotar conduta específica.
- Se o resultado for negativo, mas o paciente tiver sintomas, permaneça acompanhando o caso, monitore os sinais de gravidade que já apresentamos e monitore a oximetria. Notifique o DSEI ou a SEMSA, reporte diariamente a evolução dos sintomas e peça orientação sobre a conduta a adotar. Lembre-se que os sintomas podem ser decorrentes de outras doenças, como a influenza, e não serem causados pela COVID-19.

- Se o resultado for positivo para IgM, mas sem sintomas, monitore e recomende manter o isolamento social.
- Se o resultado for positivo para IgM, com sintomas, permaneça acompanhando o caso, monitore os sinais de gravidade que já apresentamos e monitore a oximetria. Notifique o DSEI ou a SEMSA, reporte diariamente a evolução dos sintomas e peça orientação sobre a conduta a adotar.
- Se o resultado for positivo para IgG, mas sem sintomas, não precisa adotar condutas específicas. Quando possível, repita o teste.
- Se o resultado for positivo para IGG e a pessoa apresentar sintomas, permaneça acompanhando o caso, monitore os sinais de gravidade que já apresentamos e monitore a oximetria. Notifique o DSEI ou a SEMSA, reporte diariamente a evolução dos sintomas e peça orientação sobre a conduta a adotar. Lembre-se de que nesses casos os sintomas podem ser causados por outra doença e não pela COVID-19.
- Se o resultado for positivo para IgM e IgG, com sintomas, permaneça acompanhando o caso e monitorando os sinais de gravidade que já apresentamos, assim como a oximetria. Notifique o DSEI ou a SEMSA, reporte diariamente a evolução dos sintomas e peça orientação sobre a conduta a adotar.
- Lembre-se que o retorno da informação para a SEMSA e o DSEI vai ajudar nos encaminhamentos necessários. Por isso é importante seguir a orientação dada no treinamento.

Como enviar o resultado do teste para a SEMSA ou o DSEI

- Preencha a ficha disponibilizada no curso para registro do caso de COVID em aldeia. Lembre-se de preencher todos os campos!
- Informe ao DSEI ou à SEMSA sobre a ocorrência dos resultados positivos e procure orientações sobre que procedimentos adotar para os pacientes com sintomas.
- Dobre a ficha de identificação do sintomático (veja a ficha em anexo). Separe e guarde dentro de sacos plásticos para depois enviá-la para a SEMSA ou o DSEI.

Procedimentos de biossegurança para o AIS que coleta testes rápidos e acompanha casos suspeitos de COVID-19

Para a coleta dos testes, o AIS ou outro profissional de saúde deve usar máscara, protetor facial, luva de procedimentos e, quando disponível, avental. Procure seguir os seguintes passos:

- Antes de coletar o teste, lavar as mãos com água e sabão por 20 segundos. O tempo de 20 segundos é o mesmo de cantar a música “parabéns para você” por duas vezes.
- Se paramente com os EPI. Ainda em casa, o AIS ou profissional de saúde deve vestir o avental, colocar a máscara e o protetor facial. A luva só deve ser colocada no momento de realizar o exame.
- Peça às pessoas que irão fazer o teste para que lavem as mãos com água e sabão antes do exame.
- Colete o exame e interprete o resultado conforme orientação específica recebida no treinamento.

- Realize o teste rápido em todas as pessoas da família para as quais seja indicado fazer o exame.
- Retire todo o material usado para realizar o teste para descartar conforme orientado. Não deixe nada na casa das pessoas examinadas.
- O material a ser descartado pode ser recolhido em garrafas pet (caso das lancetas e pipetas). Algodão, base plástica do teste e outros resíduos devem ser descartados provisoriamente em latas de alumínio tampadas.
- Guarde tudo bem tampado até fazer o descarte final. O material a ser descartado deverá ser entregue à equipe da SEMSA ou do DSEI para ser descartado na sede do município da forma adequada.
- Ao final do turno de trabalho tome banho, se ensaboe bem e lave de imediato a roupa que estava utilizando. Não deixe a roupa suja no porto ou no varal porque pode contaminar outras pessoas.

Como armazenar e conservar na comunidade os testes rápidos ainda não utilizados

- Os testes rápidos deverão ser armazenados em um isopor específico para esta finalidade, preferencialmente em local não muito quente e arejado. Não usar este isopor para outro fim.
- Orientar familiares a evitar mexer no isopor para evitar contaminação ou perda dos testes. O isopor deverá ficar longe de crianças.

FONTE: Protocolo Ministério da Saúde adaptado pela equipe dos Lab-SAGESPI e Lab-EDTA/ILMD — Fiocruz Amazônia

**FICHA PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMÁTICOS
E RESULTADOS DE TESTES RÁPIDOS DE COVID-19**

Nome:

Sexo: () M () F Idade: Peso:

Comunidade: Etnia:

Polo-base:

Sintomático: () Sim () Não

Data do início dos sintomas: / /

Data da coleta do exame: / /

Apresenta sintomas:

- | | |
|--|----------------------|
| () Febre | () Nariz escorrendo |
| () Dor de cabeça | () Dor na garganta |
| () Dor no peito | () Espirros |
| () Tosse | () Diarreia |
| () Dificuldade de respirar (falta de ar) | |
| () Perda do olfato (não sente cheiro) | |
| () Perda do paladar (não sente gosto da comida ou bebida) | |

Registro de oximetria :

Acima de 60 anos **SEM** doença crônica
(hipertensão, diabetes etc.) OXIMETRIA:

Acima de 60 anos **COM** doença crônica
(hipertensão, diabetes etc.) OXIMETRIA:

Pacientes de qualquer idade **SEM**
doença crônica OXIMETRIA:

Pacientes de qualquer idade
COM doença crônica

OXIMETRIA:

Resultados do teste

() Negativo (NÃO REAGENTE)

() Positivo (REAGENTE)

() IGM Positivo (REAGENTE)

() IGG Positivo (REAGENTE)

Nome do Agente de Saúde que coletou o teste:

Comunidade do Agente de Saúde que coletou o teste:

FONTE: Material elaborado/adaptado pela equipe do Lab-SAGESPI

INSTITUIÇÕES PARCEIRAS NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN)
Coordenação das Organizações Indígenas da Bacia Amazônica (COIAB)
Operação Amazônia Nativa (OPAN)
Greenpeace
Federação do Povo Huni Kui do Estado do Acre (FEPHAC)
Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas (FAPEAM)
Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino Superior (CAPES)
Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq)
COSEMS Amazonas
Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira
Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga
Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant
Hospital de Guarnição de Tabatinga
LAFRON Tabatinga
Universidade Estadual do Amazonas — Campus de Tabatinga
Universidade Federal do Amazonas — Campus de Benjamin Constant
Rede Transfronteiriça para o enfrentamento da pandemia por COVID-19
Coordenação de Vigilância Epidemiológica (Colômbia)
Fundação de Vigilância em Saúde (FVS-AM)
LACEM Manaus

AGRADECEMOS O APOIO DE

Vice-Presidência de Gestão e Desenvolvimento Institucional
da Fiocruz/Escritório de Captação de Recursos da Fiocruz —
Programa Unidos contra a COVID-19

Gabinete da Presidência da Fiocruz e VPAPS

Bio-Manguinhos

Diretoria do Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane

Projeto QualificaSUS — ILM D

Presidência da FOIRN

Greenpeace/Programa Asas da Emergência

CRÉDITOS PARA AS FOTOS

Sully Sampaio, J. J. Carvajal Cortes, Uziel Suwa, Luiz Penha,
Uriel Madureira, Valentina Ricardo e Calebe Alexandre.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, I. et al. Indigenous and tribal peoples/health: a population study. *The Lancet*, v. 388, n. 10040, pp. 131-157, 20 de abril de 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).
- ALMEIDA, P.F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em debate*, v. 37, n. 98, pp. 400-415, 2013.
- ARRUDA, N.M.; MAIA, A.G.; ALVES, L.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 e 2008. *Cad. Saúde Pública*, 2018, v. 34, n. 6: e00213816.
- BIO-MANGUINHOS–FIOCRUZ. TR DPP® COVID-19 Ag — Bio-Manguinhos. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/reativos/testes-rapidos/tr-covid-19-igm-igg>. Acesso em 11/8/2022 .
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 11/8/2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. SARS-CoV-2 antibody test. Teste Rápido Imunocromatográfico, 2020. Disponível em: <https://www.diagnosticosdobrasil.com.br/artigo/conheca-o-exame-covid-neutralizante-neucov>.

CENTERS for Disease Control and Prevention. CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, Instructions for Use. Atlanta: CDC, 2020. Disponível em: <https://www.fda.gov/media/134922/download>.

CENTERS for Disease Control and Prevention (CDC). Testing for COVID-19 (2019). Atlanta: CDC, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/testing.html>.

CHEN, J. et al. Cellular Immune Responses to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV) Infection in Senescent BALB/c Mice: CD4+ T Cells Are Important in Control of SARS-CoV Infection. *Journal of Virology*, janeiro de 2010, v. 84, n. 3, pp. 1289-1301. DOI: 10.1128/JVI.01281-09.

CORMAN, V.M. et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Euro Surveill*, 2020, v. 25, n. 3.

EL KADRI, M.R. et al. *Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil*. Botucatu: Interface, 2019, p. 23.

GARNELO, L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cad. Saúde Pública*, 2019, v. 35, n. 12: e00220519.

GARNELO, L et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*, 2020, v. 19, n. 54.

GARNELO, L et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em debate*, 2018, v. 42, n. spe1, pp. 81-99.

- GARNELO, L. *Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde*. In: GARNELO, L; PONTES, AL (orgs). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012, pp.18-59.
- GUO, L. et al. Profiling early humoral response to diagnose novel coronavirus disease (COVID-19). *Clin Infect Dis. Published*, v. 71, n. 15, pp. 778-715, 2020.
- HALLAL et al. SARS-COVI-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *The Lancet Global Health*, v. 8, n. 11, E1390-E1398, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9).
- PONTES, A.L.P. et al. *Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos*. In: MATTA, G.C. et al. (eds.). *Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [Online]. Rio de Janeiro: Observatório COVID 19; Editora Fiocruz, 2021, pp. 123-136.
- RANZANI et al. Characterisation of the first 250.000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Respiratory Medicine*, v. 9, n. 4, pp. 407-428, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9).
- SANTOS, D. et al. *Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira: IPS Amazônia 2018*. Belém: Imazon; Social Progress Imperative, 2018. Disponível em: <http://www.ipsamazonia.org.br/publicacao>.

Expedição Alto Rio Negro — Ações de Combate à COVID-19 no município com maior população indígena no Brasil

¹SULLY SAMPAIO¹ • ANNY BEATRIZ COSTA ANTONY DE ANDRADE²
JOSÉ JOAQUIN CARVAJAL CORTES³ • FELIPE NAVECA³
UZIEL SUWA⁴ • LUIZ CARLOS PENHA⁴
ANTÔNIA ELCIENE RODRIGUES⁵ • JULIANE BELÉM⁵
LUANA PRAIA⁵ • FERNANDA DE OLIVEIRA NASCIMENTO⁶
KELLY NATALIA ROMERO⁷ • SEBASTIÃO DIAS DA SILVA⁸
LUIZA GARNELO¹ • SÉRGIO LUIZ BESSA LUZ³

A Expedição Rio Negro fez parte das ações de combate à COVID-19 desenvolvidas pelo Instituto Leônidas & Maria Deane — ILMD/ Fiocruz Amazônia junto às populações vulneráveis e indígenas residentes em áreas de fronteira (GARNELO et al., 2021). Este manuscrito aborda as ações especificamente realizadas no município de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, localizado entre as fronteiras com Colômbia e Venezuela, que receberam suporte financeiro do programa Unidos contra a COVID-19 — Fiocruz e aconteceram no período de 20 a 24 de setembro de 2021 (SAMPAIO et al., 2021).

¹ Pesquisador do SAGESPI/ILMD, ²mestre egresso do PPGVIDA/ILMD, ³pesquisador do EDTA/ILMD, ⁴doutorando do PPGVIDA/ILMD, ⁵facilitadoras do projeto QualificaSUS, ⁶mestre egresso do PPGBIO-Interação/ILMD, ⁷mestrando do PPGBIO-Interação/ILMD, ⁸técnico de laboratório do ILMD.

A cidade de São Gabriel da Cachoeira fica no noroeste do estado do Amazonas, no Alto Rio Negro, região onde estão localizadas as terras indígenas Alto Rio Negro, Médio Rio Negro I, Médio Rio Negro II, Rio Téa e Rio Apaporis, Balaio e Marabitanas. É considerado o município mais indígena do Brasil, já que conta com maioria da população indígena. O público-alvo das ações foram os trabalhadores da educação das redes municipal, estadual e federal de ensino, que são majoritariamente indígenas, bem como seus estudantes (SCOLFARO; DIAS, 2021). A iniciativa da testagem não se estendeu aos trabalhadores da educação residentes em área indígena porque o acesso às terras indígenas está proibido pela Funai desde o início da pandemia.

Também foram ofertados cursos de atualização sobre teste de antígeno para o coronavírus e de uso da oximetria para monitoramento de agravamento da COVID-19, destinados a agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE). Estes, tal como os trabalhadores da educação, são indígenas e têm profunda interação com as comunidades, recebendo em suas casas parentes que vivem nas terras indígenas ou orientando-os sobre as medidas protetivas. Os participantes da qualificação receberam certificação equivalente a 20h, foram testados e ganharam oxímetros e insumos para o combate à COVID-19. Finalmente, foram doados às autoridades municipais testes de antígeno, EPI e oxímetros para apoio ao enfrentamento do coronavírus.

Organização e logística da expedição

São Gabriel da Cachoeira está localizada no alto curso do Rio Negro, o que dificulta a trafegabilidade por suas condições geográficas, com trechos encachoeirados devido às pedras e aos bancos de areia ao longo do rio, que em determinadas épocas

do ano ficam expostos, dificultando ainda mais a navegação. Tais características dificultam, ainda, a oferta e o acesso aos cuidados de saúde e favorecem a transmissão da COVID-19, tendo em vista o elevado número de dias de viagem nos barcos que trafegam na região efetuando o deslocamento de pessoas.

No decorrer do ano de 2020, foram desenvolvidas atividades para combate à COVID-19 destinadas a agentes indígenas de saúde atuantes no DSEI Alto Rio Negro, tendo como principal interlocutor o Comitê de Combate à COVID-19, liderado pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Considerando as ações já desenvolvidas no ano anterior, optamos por direcionar o foco para os trabalhadores da educação, tendo em vista que as atividades letivas presenciais nas escolas estavam previstas para iniciar, por decreto estadual, na semana imediatamente anterior à chegada da equipe do ILMD/Fiocruz.

Após consulta ao titular da Secretaria Municipal de Educação (SEMED) e ao gestor da Coordenadoria Regional da Secretaria de Estado da Educação e Qualidade de Ensino (SEDUC), ofertando a testagem dos trabalhadores da educação residentes em São Gabriel da Cachoeira, ficou acordado que este seria o público-alvo. No decorrer das negociações com as autoridades educacionais do município, foi consultado, também, o Instituto Federal do Amazonas (IFAM) sobre o interesse em participar, que aceitou. O passo seguinte foi solicitar uma lista nominal destes trabalhadores para que fosse possível estimar a quantidade de insumos a transportar. Inicialmente, a partir da lista enviada pelos gestores, ficou acertado que faríamos a testagem de 909 trabalhadores da educação.

Onze profissionais do ILMD/Fiocruz se deslocaram para São Gabriel da Cachoeira. Localmente, a equipe se reuniu com os gestores da SEMED, da SEDUC, do IFAM e demais autoridades municipais para ajustes das ações ofertadas. O trabalho foi fortemente apoiado pelos professores e gerentes indígenas de

educação e contou com o apoio de 19 alunos indígenas do Curso Técnico de Enfermagem e três docentes do Instituto Federal do Amazonas (IFAM) — Campus São Gabriel da Cachoeira.

Metodologia da coleta, organização e análise do banco de dados

O planejamento da testagem rápida para a COVID-19 em São Gabriel da Cachoeira abrangeu, inicialmente, 909 profissionais envolvidos com atividades da educação. No entanto, revisões feitas em campo evidenciaram disponibilidade de 807 pessoas elegíveis para testagem.

Para organizar a coleta foi concebido um cronograma (Quadro 1) que escalonou por turnos os estabelecimentos de ensino. O objetivo inicial deste cronograma foi evitar aglomeração no local onde seria realizada a testagem. Essa estratégia mostrou-se eficiente, sendo seguida diariamente.

Ao final da ação, contabilizou-se que foram realizadas 572 das testagens programadas. Adicionalmente, foi realizada a testagem de 45 pessoas por demanda espontânea e dos contactantes dos casos positivos, além de alguns trabalhadores vinculados às escolas rurais da região que estavam de passagem pela sede municipal. Os demais 235 profissionais da educação previstos para a testagem não compareceram à ação.

QUADRO 1 | Cronograma para execução da coleta de testes para COVID-19 dos trabalhadores da educação residentes em São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. Expedição — Alto Rio Negro Setembro/2021

LOCAL DE LOTAÇÃO	N.º DE PROFISSIONAIS	DATA DA COLETA	TURNO	ESTIMATIVA DE COLETAS
Escola Estadual Inês Penha	70	20/09	M	164
Creche Mamã Margarida	25			
Escola Estadual Sagrada Família	79		T	
Secretaria Municipal de Ação Social	10			
Instituto Federal do Amazonas	70	21/09	M	247
EETI Pedro Fukuyei Yamaguchi Ferreira	41			
Escola Indígena Municipal Tiago Montalvo	95		T	
Escola Estadual Dom João Marchesi	41			
Escola Municipal Indígena Dom Bosco	26		M	258
Escola Municipal Indígena Dom Miguel Alagna	100			
Escola Estadual São Gabriel	82		T	
Creche Municipal Sandra Henry	52			
SEMED (Sede)	117		M/T	138
SEDUC (Sede)	6			
Projeto Kunhãtaí Uka Sury	15			
Busca ativa de remanescentes		24/09	M/T	
Total de trabalhadores da educação				807

FONTE: SEMED, SEDUC, IFAM — São Gabriel da Cachoeira, 2021

OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE TESTE DE ANTÍGENO E RT-PCR

Os exames ofertados na Expedição Alto Rio Negro foram testes de antígeno com elevada sensibilidade, permitindo detectar o agente patogênico a partir do primeiro ao terceiro dia de infecção. Igualmente, foi ofertado o teste de reação de cadeia de polimerase de transcriptase reversa (RT-PCR), considerado padrão ouro por detectar com mais precisão e a partir do primeiro dia após infecção.

Antes de iniciar a coleta, os alunos indígenas do IFAM foram treinados para a realização da abordagem e do acolhimento dos participantes. Ao chegarem, eles eram direcionados para um lado da arquibancada do ginásio, obedecendo o distanciamento social, para aguardar a coleta do teste rápido e do PCR. Após a coleta, eram orientados a esperar seus resultados em arquibancadas do lado oposto de quem chegava. Obedecidos os tempos estabelecidos para a liberação do resultado, cada participante recebia seu laudo e era orientado a manter as medidas protetivas e a tomar as vacinas em atraso, quando era o caso. Quando o resultado era positivo, o profissional recebia outro tipo de orientação, perguntando sobre possíveis contactantes e sugerindo que fossem testados também.

Nos casos de resultados positivos, o ILMD/Fiocruz obedeceu ao protocolo de preenchimento das fichas de notificação e encaminhamento à Vigilância Epidemiológica do Município, acompanhadas do laudo de cada resultado para dar continuidade às investigações e ao acompanhamento dos casos.

Como já foi dito acima, foram coletadas 617 amostras de ambos os testes, antígeno e RT-PCR. Optou-se por coletar as duas amostras para a realização do sequenciamento genético em Manaus, de forma a identificar novas variantes circulando na cidade. Esta parte do trabalho vem sendo realizada

nas dependências do ILMD, com as amostras acondicionadas e trazidas para Manaus em condições especiais de conservação em tanques de nitrogênio líquido.

Na chegada a Manaus, a equipe do projeto QualificaSUS do ILMD iniciou a sistematização das informações coletadas. Parte do trabalho consistiu no cruzamento das listas entregues pelas instituições SEMED, SEDUC e IFAM dos trabalhadores da educação residentes em São Gabriel da Cachoeira com as informações sociodemográficas dos participantes coletadas por ocasião da testagem

Curso de Atualização de 20h: Teste de Antígeno e uso da oximetria para o monitoramento de agravamento da COVID-19

O Projeto QualificaSUS é uma iniciativa do ILMD/Fiocruz, em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS), que oferece treinamentos para os profissionais dos sistemas municipais de saúde. Os cursos de atualização têm como público-alvo os ACS e ACE que atuam na Atenção Básica nos municípios do interior do Amazonas.

Inicialmente, os cursos oferecidos pelo QualificaSUS foram: 1) Atualização em Organização de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Agravos Notificáveis; e 2) Atualização em Organização de Ações de Monitoramento de Agravos Imunopreveníveis. A oferta dos cursos levou em consideração as características epidemiológicas dos municípios. As turmas eram compostas de 50 ACS e ACE e tinham carga horária de 40 horas. Com o advento da pandemia da COVID-19, houve uma redefinição de cursos e a partir de junho de 2020, por recomendações para segurança sanitária, a oferta de vagas passou a ser de 20 alunos por turma para evitar aglomerações. Nessas circunstâncias, foram concebidos

mais dois cursos, com carga horária de 20h: 3) Atualização em Teste Rápido-TR-DPP/Bio-Manguinhos, substituído posteriormente por Atualização em Teste de Antígeno; e 4) Atualização em TR-PCR, ofertados para agentes indígenas de saúde, agentes de combate a endemias e demais profissionais de saúde atuantes na linha de frente de combate à COVID-19, principalmente em áreas indígenas e de fronteira, e populações vulneráveis residentes na Amazônia.

No ano de 2021, mais dois cursos foram adicionados ao portfólio do ILMD: Atualização sobre o Uso da Oximetria para o monitoramento de agravamento da COVID-19 e Atualização sobre uso de Teste Rápido de Antígeno e uso da oximetria para o monitoramento de agravamento da COVID-19.

A realização dessas atividades em 2021 deu continuidade às ações de combate à COVID-19 iniciadas em 2020. Para sua realização, foram contactadas as coordenações do Departamento de Educação Continuada e da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, que atenderam positivamente à demanda oferecida pelo QualificaSUS.

Foram ofertadas 20 vagas, distribuídas igualmente entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, possibilitando a representatividade de todas elas. Dentre os objetivos do curso destacam-se os propósitos de treinar os ACS e ACE para identificação de sinais e sintomas da COVID-19, realização da coleta de teste de antígeno, registro da oximetria para avaliar a saturação e monitoramento de casos suspeitos. Todos os participantes foram testados no início do curso para garantir sua biossegurança. Após apresentação dos procedimentos para a coleta, formaram-se duplas e cada agente de saúde teve a oportunidade de coletar o teste de antígeno um no outro, assim como o registro da oximetria. Não foi identificado nenhum aluno positivo para a COVID-19.

No decorrer das discussões, os participantes relataram suas experiências com a fase aguda da pandemia no município e suas opiniões sobre a oferta do curso:

Eu penso assim: tudo o que estou recebendo de capacitação, tudo o que eu sei sobre a doença COVID está me deixando mais preparada para levar a informação certa para a população da minha comunidade, quer dizer, onde eu vou passar. Eu tenho a certeza do que eu vou falar bem para eles; é que a gente tem que se prevenir para a gente poder se livrar da doença. Porque a gente não sabe se vai terminar ou se vai continuar para sempre essa doença. Então, a gente tem que levar certas informações para eles e evitar que eles confiem em *fake news*, porque tem bastante e eles acreditam nessas. (...)

Faz tempo; essa doença vai fazer dois anos já. E a gente nunca teve essa capacitação aqui pelo município, assim a fundo, do jeito que o pessoal da Fiocruz trouxe pra gente aqui. A gente sempre teve o básico sobre a doença, mas a capacitação em si, não foi igual como está tendo agora. Isto a gente nunca teve! Eu penso nos meus colegas, que eles também precisam desse conhecimento para podermos trabalhar, porque a gente que está lidando diariamente com a família, com a população. Muitas vezes a gente recebe o paciente com várias queixas e a gente não sabe como classificar esse paciente. Então com esse material adquirido durante a capacitação com certeza vai facilitar a vida de cada um, dos pacientes e a nossa também (MOF, da etnia Baniwa, agente comunitário de saúde que atua em uma UBS do município).

Os discursos dos ACS e ACE reproduzem a sede por capacitação, principalmente sobre a COVID-19 e a melhor forma para enfrentá-la; valorizam a possibilidade de saber identificar situações de risco e como contribuir para a melhora do paciente. Estes profissionais, mesmo atuando em contexto urbano, são indígenas e têm contato permanente com pacientes, seus parentes, vindos das comunidades.

Aqui, quando já se ouvia falar na COVID, todo mundo achava que nunca ia chegar para cá, até porque aconteceu do outro lado do mundo, vamos dizer assim. Só que quando veio chegando bem próximo e quando chegou próximo de Manaus, a gente já ficou agoniado, e o medo realmente existiu bastante. Só que como ACE, aqui onde eu trabalho, não tivemos folga, a gente continuou trabalhando com as pessoas, indo de casa em casa, de porta em porta. Apesar de que quando deu um surto todo mundo praticamente começou de fechar as portas para gente. O que aconteceu muito nessa pandemia foi que os sintomas da COVID eram praticamente muito idênticos com o da Malária, então querendo ou não eles [população] procuravam muito a gerência, os agentes de endemias. (...)

Aqui, a tradição de nós indígenas, é muito benzimento e chá caseiro, a gente procura muito esses negócios tradicionais. Ir mesmo para floresta, pegar remédios caseiros e foi assim que eles foram se protegendo; vamos dizer, tentando se proteger (RRL, da etnia Tariano, agente de combate a endemias que atua na gerência de endemias do município).

Ao final do curso, os participantes receberam um kit de materiais composto por mochila, luvas, máscaras, *face shield* (escudos faciais), avental e oxímetro, para o uso em suas atividades de enfrentamento à COVID-19.

Discussão de resultados

Na Tabela 1 descrevemos o perfil dos profissionais de educação testados para COVID-19 segundo o resultado da testagem (positivo ou negativo). Também constam as frequências de tipo de vinculação, ocupação, nível de instrução, vinculação trabalhista a ente federativo e status da vacinação. É possível observar

que o maior percentual de casos positivos ocorreu entre o sexo feminino (72,7%), profissionais em exercício de serviços escolares essenciais (36,4%), com vínculo em instituições estaduais (45,5%) e com a segunda dose da vacinação registrada (63,6%).

TABELA 1 | Caracterização do perfil dos profissionais da educação e comunitários testados para a COVID-19 durante ação em São Gabriel da Cachoeira, 2021

VARIÁVEIS	RESULTADO DA TESTAGEM PARA COVID-19	
	POSITIVO	NEGATIVO
	N=11(%)	N=605(%)
SEXO		
Feminino	8 (72,7)	368 (60,8)
Masculino	3 (27,3)	237 (39,2)
TIPO DE VÍNCULO		
Efetivo	6 (54,5)	301 (49,8)
Processo seletivo	1 (9,1)	40 (6,6)
Nomeação	0 (0,0)	4 (0,7)
Regime complementar	0 (0,0)	2 (0,3)
Comissionado/contratado	0 (0,0)	49 (8,1)
Ignorado	4 (36,4)	209 (34,5)
OCUPAÇÃO		
Atividades ligadas à docência	3 (27,3)	328 (54,2)
Estudante	2 (18,2)	27 (4,5)
Gestão escolar	0 (0,0)	78 (12,9)
População geral	0 (0,0)	20 (3,3)
Segurança	0 (0,0)	13 (2,1)
Serviços escolares essenciais	4 (36,4)	60 (9,9)
Serviços gerais	2 (18,2)	59 (9,8)
Técnicos especializados	0 (0,0)	20 (3,3)

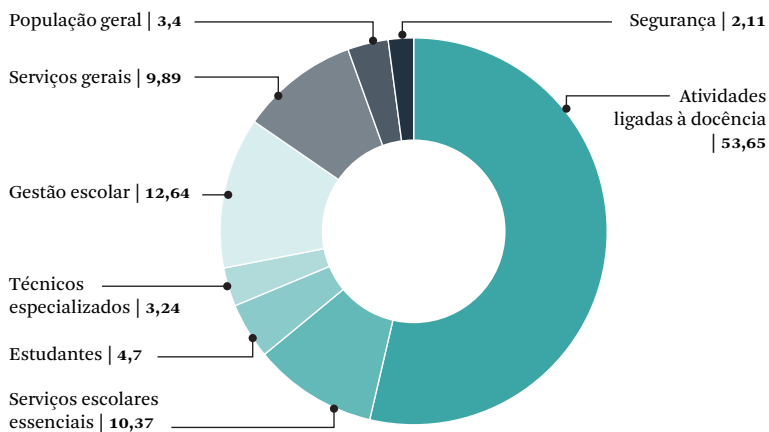
TABELA 1 | Caracterização do perfil dos profissionais da educação e comunitários testados para a COVID-19 durante ação em São Gabriel da Cachoeira, 2021 (CONT.)

VARIÁVEIS	RESULTADO DA TESTAGEM PARA COVID-19	
	POSITIVO	NEGATIVO
	N=11(%)	N=605(%)
INSTRUÇÃO		
Ensino fundamental	0 (0,0)	3 (0,5)
Ensino médio	0 (0,0)	36 (6,0)
Ensino superior	1 (9,1)	243 (40,2)
Ignorado	10 (90,9)	323 (53,4)
INSTITUIÇÕES		
Municipais	3 (27,3)	255 (42,1)
Estaduais	5 (45,5)	272 (45,0)
Federais	1 (9,1)	40 (6,6)
Organizações não governamentais	0 (0,0)	3 (0,5)
Ignorados	2 (18,2)	35 (5,8)
STATUS DE VACINAÇÃO		
1ª dose	3 (27,3)	121 (20,0)
2ª dose	7 (63,6)	427 (70,6)
Não vacinado	1 (9,1)	54 (8,9)

FONTES: Dados coletados durante a ação, em setembro de 2021

No Gráfico 1, apresentamos o perfil de pessoas alcançadas de acordo com suas ocupações. Percebemos que conseguimos alcançar diversos tipos de profissionais da educação que atuam no município, sendo a maioria os ligados à docência (53,65%), seguidos pelos trabalhadores da gestão escolar (12,64%) e dos serviços escolares essenciais (10,37%).

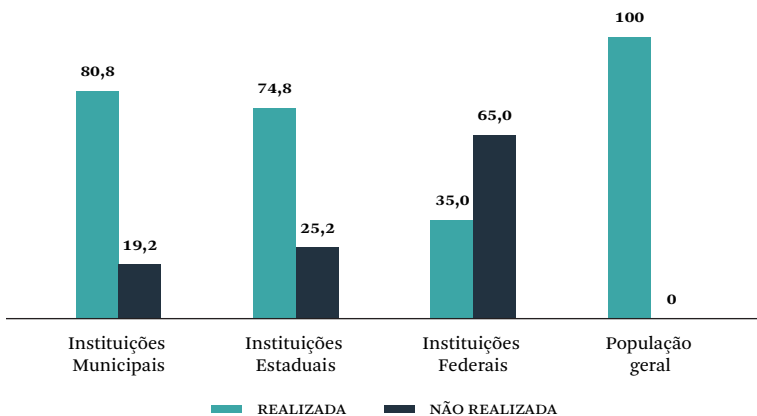
GRÁFICO 1 | Distribuição percentual dos comunitários e profissionais da educação, segundo ocupação principal, testados para a COVID-19 durante a ação em São Gabriel da Cachoeira, 2021



FONTE: Dados coletados durante a ação, em setembro de 2021

No Gráfico 2, apresentamos o status de realização do teste. A maioria dos profissionais testados concentra-se em instituições municipais e estaduais. Nas instituições municipais, o percentual de testagens realizadas foi de 80,8%; entre os profissionais de instituições estaduais, a testagem alcançou 74,8%. O maior percentual de profissionais não testados foi daqueles vinculados às instituições federais (65,0%). Como houve a procura espontânea da população geral para a testagem, a realização dos testes neste segmento foi de 100%.

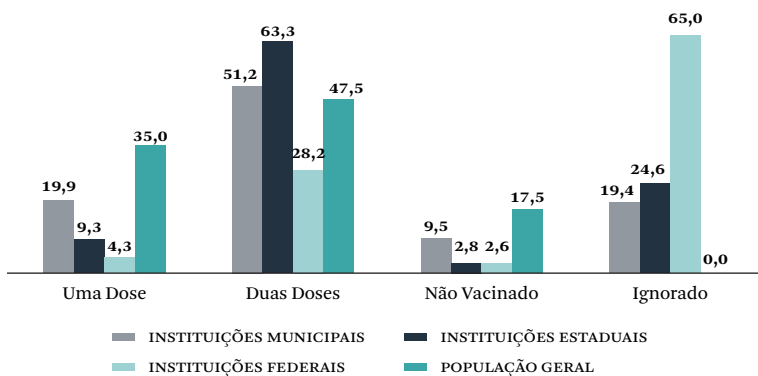
GRÁFICO 2 | Status de realização do teste rápido de COVID-19 em profissionais de educação e trabalhadores da comunidade em geral, segundo vínculo profissional, São Gabriel da Cachoeira, 2021



FONTE: Dados coletados durante a ação, em setembro de 2021

Apresentamos no Gráfico 3 os percentuais de vacinados e não vacinados entre os trabalhadores da educação, de acordo com seu vínculo profissional. Observamos um maior percentual da segunda dose da vacina entre os profissionais vinculados a instituições municipais (51,2%), estaduais (63,3%) e entre a população geral (47,5%). Quanto aos profissionais com vínculo federal, o maior percentual foi de “ignorados” (65%). Neste último caso, é necessário considerar que se tratou de uma ação de participação espontânea da comunidade onde foi realizada. Devido ao não comparecimento de alguns profissionais vinculados a instituições federais durante os dias da ação, mesmo após a sensibilização realizada pelas autoridades locais, não foi possível obter a atualização de seus dados vacinais, sendo assinalados no campo “ignorado”.

GRÁFICO 3 | Distribuição percentual do status vacinal dos profissionais de educação e trabalhadores da comunidade em geral durante a testagem para COVID-19 segundo vínculo profissional, São Gabriel da Cachoeira, 2021



FONTE: Dados coletados durante a ação, em setembro de 2021

Considerações finais

A realização da Expedição Rio Alto Rio Negro reuniu os esforços de pesquisadores de dois laboratórios do ILMD que têm trabalhado em parceria na realização de ações de combate à COVID-19: o Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros Grupos Vulneráveis (SAGESPI) e o Laboratório Ecologia de Doenças Transmissíveis na Amazônia (EDTA), especificamente os profissionais do laboratório de virologia, do Projeto QualificaSUS, para a operacionalização das atividades programadas.

A trajetória de pesquisadores do ILMD no Alto Rio Negro e as relações cultivadas ao longo de muitos anos de trabalho possibilitaram a mobilização das instituições locais e a adesão das mesmas à proposta de testagem de trabalhadores da educação,

com consentimento e apoio da Prefeitura Municipal de São Gabriel da Cachoeira. O número de profissionais testados foi considerado satisfatório e está dentro das expectativas programadas.

Reproduzimos um trecho da fala do titular da Secretaria Municipal de Educação, da etnia Baniwa, sobre as atividades desenvolvidas pela Expedição Alto Rio Negro:

A ação da Fiocruz aqui na Amazônia, inclusive em São Gabriel da Cachoeira, traz pra mim, como dirigente da educação municipal, um avanço significativo que me dá a certeza de que estamos nesse nível de superação da COVID-19. Ela [a COVID-19] mexeu com a vida aqui em São Gabriel. Perdemos parentes e lideranças fortes, parentes próximos e familiares. Perdemos, sim; então, estamos em um momento difícil. Quando chegou a Fiocruz, foi como se fosse a gente que convidou para fazer a ação que estamos precisando no momento, pois as instituições hoje estão cobrando a SEMED. Cobrando a volta das aulas presenciais, como a Câmara de Vereadores, por exemplo. Só que existia ainda uma barreira: que precisamos saber se já estamos 100% vacinados e se profissionais, como servidores, e também estudantes estavam saudáveis. Então, para mim eu destaco o trabalho da Fiocruz nesse momento importante. Veio para nos ajudar, para apoiar a retomada das aulas e divulgar como estamos hoje nesse ponto da COVID-19. Então, a Fiocruz realmente tem um trabalho para São Gabriel, neste momento interessante, significativo. Sabemos que o município de São Gabriel abrange muitas comunidades indígenas, então hoje está tendo ação aqui e todo mundo gosta dessa ação da Fiocruz. Eles querem saber se já estão superando a COVID-19, eu tenho certeza de que todo comprovante do teste vai ser encaminhado para o RH. Então, realmente a Fiocruz veio nos ajudar para nos programar, planejar a volta das aulas presenciais no ano 2022. (...)

Os profissionais estão sendo vacinados, só que existe além, tem alguns profissionais que recusam a vacina e não querem tomar, então temos que tomar providências e decidir a vida desse profissional. Se realmente ele está recusando a vacina, precisamos dialogar para chegar numa decisão. Eu tenho certeza de que já estão sendo vacinados, mas não 100%. Também para os alunos municipais está acontecendo a vacinação, inclusive amanhã terá vacinação para adolescentes e isso acaba também trazendo impasse para nós, de nos alinhar e fazer a retomada pedagógica, fazendo outro reinício, como antes, como aconteceu aqui antes da pandemia.

Por ser uma região de fronteira e de grande concentração de indígenas, logo tornou-se imprescindível a Expedição Alto Rio Negro, no município de São Gabriel da Cachoeira. A realização do Curso de Atualização direcionado aos ACS e ACE também se mostrou bastante positiva. De maneira geral, serviu para reforçar a necessidade de medidas preventivas pela população, tais como a utilização de máscaras, a intensificação da lavagem das mãos, e a conscientização das pessoas sobre a necessidade da não aglomeração, evitando o aumento de números de casos de COVID-19.

Finalizamos a Expedição Alto Rio Negro com a doação de materiais e insumos para o combate à pandemia. Para garantir a divisão equânime, organizou-se seis lotes destinados às quatro Unidades Básicas de Saúde, ao Centro de Referência COVID-19 e à Vigilância Sanitária do Município. Foram distribuídos mochilas e equipamentos de proteção individual, como escudos faciais, luvas de procedimento, máscaras cirúrgicas triplas, aventais e oxímetros com pilhas. A entrega foi realizada no ginásio e contou com a presença das instituições que aderiram à iniciativa.

EQUIPE DA EXPEDIÇÃO ALTO RIO NEGRO

Sully Sampaio — Pesquisador do Laboratório SAGESPI/ILMD e do Projeto QualificaSUS

Felipe Naveca — Pesquisador do Laboratório EDTA/ILMD

Jose Joaquin Carvajal Cortes — Pesquisador do Laboratório EDTA/ILMD

Sérgio Luiz Bessa Luz — Pesquisador do Laboratório EDTA/ILMD

Fernanda Nascimento — Egresso do Mestrado PPGGIO-Interação/ILMD

Kelly Natália Romero — Mestrando do PPGGIO-Interação/ILMD

Sebastião Dias da Silva — Técnico de Laboratório do ILMD

Luiza Garnelo — Pesquisadora do ILMD

Antônia Elciene Rodrigues — Projeto QualificaSUS

Juliane Belém — Projeto QualificaSUS

Luana Praia — Projeto QualificaSUS

Luiz Carlos Penha — Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e doutorando do PPGVIDA/ILMD

Uziel Swua — Doutorando do PPGVIDA/ILMD

EQUIPE DE APOIO

Eleucimar Monteiro da Cunha — Docente do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Maria Rosineide G. Feitosa — Docente do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Sayane Marlla Montenegro — Docente do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Arlene Sandra Tariano — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Aroldo Pompilho — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Clayton Salustiano — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Décio Antônio da Silva — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Edivaldo Lemos Castilho — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Franciluci Cruz Marcelino — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Geison Falcão Araújo — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Greicy Luzia Lopes Amorim — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Jailson de Albuquerque Cruz — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

João Pedro Marques Rezende — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Valdo Florentino Monteiro — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Keliane Gama de Albuquerque — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Leila Rosiane Garcia — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Maisa Islei Dutra Mendes — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Maria Jucileide Almeida Trindade — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

Michel Castro Fernandes — Estudante do Curso Técnico de Enfermagem IFAM

REFERÊNCIAS

- GARNELO, L. et al. *Relatório das ações de combate à COVID-19 junto às populações indígenas e outros grupos vulneráveis na Amazônia*. Relatório Final — ILMD/Fiocruz, 2021.
- SCOLFARO, A., DIAS, C. (orgs.). *Plano de Gestão Indígena do Alto e Médio Rio Negro: PGTA Wasu*. 1 ed. São Gabriel da Cachoeira: Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro — FOIRN, 2021, p. 378.
- SAMPAIO, S. et al. *Relatório da Expedição Alto Rio Negro no combate à COVID-19*. Relatório Final — ILMD/Fiocruz, 2021.

Extensão de Cobertura do subsistema de saúde indígena para residentes nas cidades e em áreas não demarcadas. Controvérsias, possibilidades e avanços

LUIZA GARNELO¹

O contexto de fala em que este escrito foi produzido se associa à dinâmica instituída pela Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n^o 709, ajuizada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) junto ao Supremo Tribunal Federal (STF). Esta ADPF tinha entre suas finalidades conduzir o executivo a honrar a obrigação constitucional de atender adequadamente às necessidades de saúde dos povos indígenas. A ação resultou em decisão proferida em julho de 2020 que, dentre outras providências, determinou que a União elaborasse e monitorasse o Plano de Enfrentamento da COVID-19 para os Povos Indígenas Brasileiros e deliberou, posteriormente, que a cobertura assistencial provida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) deveria ser estendida aos indígenas

¹ Pesquisadora do Instituto Leônidas & Maria Deane — ILMD/Fiocruz Amazônia.

residentes nas cidades que enfrentassem barreiras de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tais deliberações desencadearam um conjunto de debates sobre a possibilidade de implementação da extensão da cobertura assistencial para os indígenas residentes em territórios não demarcados, aí incluídos os residentes em áreas urbanas. O presente texto foi produzido como subsídio à apresentação feita pela autora em seminário virtual intitulado “Atendimento à Saúde para indígenas em contexto urbano — Perspectivas a partir da decisão na ADPF 709”, organizado sob os auspícios da 6ª Câmara do Ministério Público Federal.

No recorte aqui produzido formulamos uma pergunta que operará como eixo guia para a exploração de algumas facetas dessa iniciativa: há necessidade de discutirmos se índios que residem em áreas urbanas devem ter acesso a atenção diferenciada?

Alguna contextualização sobre a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) enuncia como propósito “garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde” (BRASIL, 2002, p. 13), mas jamais definiu tal prioridade de acordo com a condição de residência dos indígenas. Pelo contrário, no mesmo parágrafo o documento afirma que a PNASPI deve “contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política” dessas populações (grifo meu). Ou seja, o documento regulamentador da política de atenção à saúde indígena jamais proibiu a extensão da cobertura de suas ações à população indígena que resida em espaços urbanos, periurbanos ou em territórios não demarcados. Ele é omissos nessa questão, mas não impõe qualquer restrição a respeito.

Há razões para essa omissão.

Há mais de trinta anos, quando tais temas emergiram no cenário das discussões sobre os direitos à diferença étnica, não havia suficiente clareza sobre a extensão desses direitos aos indígenas residentes nas cidades. Trata-se de uma movimentação que antecede, em muito, a publicação da Portaria MS nº 254, que só veio a público, em 2002, para ratificar a PNASPI, uma política que já vinha sendo gradativamente implantada e praticada desde o início dos anos 1990.

No momento em que emergiu a proposta de criação do subsistema de saúde indígena havia um foco de luta a ser priorizado, que era garantir a salvaguarda dos direitos indígenas, concretizados na demarcação das terras, na implementação de políticas específicas, como as de saúde e educação, e outras iniciativas que pudessem garantir as vidas indígenas seriamente ameaçadas pelas políticas genocidas praticadas pela ditadura militar. No caso específico da saúde, a diferenciação da atenção a ser ofertada pelo subsistema foi uma prioridade definida pelo movimento indígena e endossada pelos sanitaristas que lutaram pela criação do subsistema de saúde indígena. Em tais circunstâncias era clara a necessidade de promover uma extensão de cobertura assistencial para a população aldeada que na época estava inteiramente desprovida de ações interiorizadas de atenção à saúde. Assim, no alvorecer da implantação do subsistema de saúde indígena, a temática dos índios residentes em espaços urbanos ficou em segundo plano.

Três décadas se passaram e ao longo desse período não foram observadas iniciativas das autoridades sanitárias do subsistema de saúde indígena para promover a inclusão dos grupos residentes fora dos territórios indígenas ou a propositura de estratégias que viabilizassem uma progressiva extensão da cobertura assistencial às famílias indígenas residentes em espaço urbano. A irrupção da epidemia do coronavírus reposiciona

esta necessidade — transformada em questão premente de vida ou morte —, obrigando-nos a revisita-la em caráter emergencial na busca de garantir o acesso aos cuidados de saúde, em suplementação a um dever de Estado não efetivado no tempo e no ritmo adequados à abordagem de um problema de caráter complexo e multifacetado.

Será necessário discutir quem é o mais desigual ou o mais pobre, como condição de acesso à universalidade do direito à saúde que já está garantido na Constituição?

O capítulo da saúde na Constituição e os princípios humanísticos, éticos e técnicos que guiaram a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm em comum a ideia de inclusão social, expressa em universalização da atenção à saúde, entendida como uma das vias — exercida no campo da saúde — para reduzir ou amenizar desigualdades sociais estruturais, decorrentes do modelo produtivo vigente. Essa é a essência do SUS!

Dentre as diretivas de criação do SUS, destaca-se o princípio da equidade que preconiza que o tipo de atendimento a ser ofertado não é necessariamente igual para todos, pois seu perfil deve ser orientado de acordo com a necessidade dos diversos grupamentos sociais que coexistem no país.

A criação do SasiSUS e o texto da PNASPI, aqui entendidos como expressão do direito à saúde concretizado nas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, traduzem o reconhecimento da necessidade de promover a equidade no que diz respeito aos direitos dos povos indígenas. Ou seja, tendo em vista as iniquidades sociais e sanitárias que incidem sobre os povos indígenas,

bem como suas singularidades culturais, reconhece-se a existência de necessidades especiais e diferenciadas como fundamento para instituir o subsistema. Este foi concebido não como um substitutivo e sim como elemento aditivo aos direitos já garantidos ao conjunto de cidadãos com a implantação do SUS. Como dito acima, uma fração importante da população indígena, aqueles residentes em espaços urbanos e em terras não demarcadas, deixou de ser contemplada pela inclusão que lhe era devida na implantação do SUS e de seu subsistema. Tal lacuna de origem perpetuou-se na omissão e na escusa do poder público em estender até o momento os direitos devidos aos integrantes dessas minorias.

Firmadas essas premissas, torna-se mais fácil enveredar por um debate cujo teor pode se tornar amargo e divisionista, já que esbarra na antiquada discussão sobre quem é índio e quem não é. Embora superados termos históricos, éticos e teóricos, essa tese continua a permear a arena política do indigenismo estatal e costuma ser utilizada pelos adversários dos direitos indígenas e por governantes autoritários que não hesitam em retomar teses evolucionistas amplamente refutadas para justificar suas escusas no cumprimento das obrigações do Estado e limitar o alcance de suas responsabilidades junto aos povos indígenas. Esses argumentos também são esgrimidos para promover fricções que desgastam a militância indígena, promovem as contradições internas e favorecem os agentes políticos anti-indígenas.

Tais premissas e suas consequências oferecem um pano de fundo sobre a polêmica que cerca as reivindicações de indígenas que vivem em ambientes urbanos e/ou fora de territórios demarcados, para se tornarem beneficiários de políticas etnicamente específicas. A crise gerada pela epidemia da COVID-19 agudizou a demanda de extensão para os residentes fora das terras indígenas oficialmente reconhecidas, excluídos da cobertura assistencial ofertada pelos Distritos Sanitários Especiais (DSEI) da Secretaria

Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão que responde pelas ações de saúde realizadas em terras indígenas. O passo seguinte foi a reivindicação de inclusão dos indígenas não residentes em terras demarcadas como grupo prioritário para vacinação, tal como já ocorrera para os aldeados.

Do ponto de vista do direito à diferença étnica, a discussão não deveria existir, pois tal direito já foi reafirmado inclusive pelo poder judiciário, que através do Supremo Tribunal de Justiça reafirmou (BRASIL/STJ, 2008) que o local de moradia não é definidor do status de (ser) índio. No âmbito da política de saúde a discussão também não se sustenta, porque a diretiva de saúde como direito universal persiste na Constituição. Tampouco na Lei nº 9.836 (BRASIL/DOU, 1999; Lei Arouca), que criou o SasiSUS, se observa qualquer restrição de atendimento à saúde para os indígenas que vivem nas cidades ou em terras não demarcadas.

As reivindicações indígenas cresceram e recentemente chegaram até o Supremo Tribunal Federal (STF) através da supracitada Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 709). Dentre medidas tomadas pelo STF à arguição 709 destacamos o deferimento à extensão dos serviços do subsistema aos povos indígenas não aldeados, quando verificada barreira de acesso ao SUS. A tal deliberação a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) respondeu através do Ofício Circular nº 1/2021/COGASI/DASI/SESAI/MS, encaminhado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, datado de 5/01/2021, cujo teor resumimos abaixo:

Neste ofício a SESAI informa ter se reunido com o Conselho Nacional de Secretarias (CONASEMS), tendo resultado desse contato a implantação do “Registro de relatos de barreira de acesso a atendimentos de atenção primária na rede municipal de saúde”. Trata-se de medida a ser adotada nas situações em que o indígena não aldeado busque a prestação de serviços de

atenção primária nos DSEI. Dentre as determinações encaminhadas aos DSEI, aponta-se que na ocorrência desse tipo de demanda o usuário deverá preencher e assinar o recém instituído “Formulário de Barreira de Acesso” (0018451079), relatando as barreiras que enfrentou na busca por atendimento. Feito isso, caberá ao DSEI enviar, através de ofício, tal formulário para o município equivalente, onde a suposta barreira de acesso teria ocorrido, solicitando manifestação do sistema municipal de saúde sobre tais eventos, com cópia para CONASEMS.

O tortuoso roteiro instituído pela SESAI adiciona um intrincado trajeto burocrático a ser seguido por pessoas necessitadas de cuidados, as quais ao invés de recebê-los se veem envolvidas num labirinto kafkiano onde a saída passa por comprovar a existência de obstáculos ao atendimento. Em suma, como condição para receber atendimento institui-se que o usuário indígena arque com o ônus de buscar, nos próprios órgãos de saúde que lhe negaram atendimento, as provas que os incriminariam por negação em prover assistência. Se lembrarmos que essas condições impossíveis de cumprir foram instituídas em plena pandemia da COVID-19, conclui-se que tais determinações não apenas são desumanas, mas também favorecem a transmissão viral, pois a inútil e perigosa peregrinação expõe as pessoas a adquirir e transmitir o coronavírus e outras doenças, adiciona gastos à fragilizada economia doméstica e pode agravar as condições de saúde em decorrência do retardo no atendimento

Retomando o princípio da equidade no SUS, cabe lembrar que este se aplica às situações em que as iniquidades sociais incidem com maior força sobre determinados grupos populacionais, gerando importantes prejuízos à saúde e exigindo, portanto, intervenções diferenciadas do sistema de saúde. Nesse sentido, a promoção da equidade em saúde tem potencialidade para reduzir o impacto negativo da epidemia nas conquistas sociais e nas condições de vida.

Não há, na aplicação desse princípio do SUS, qualquer exigência de que os grupos vulnerabilizados sejam obrigados a comprovar individualmente os padecimentos e dificuldades sanitárias que enfrentam ao buscar soluções para suas demandas de saúde. Pelo contrário, a política de saúde implantada a partir da criação do SUS tem priorizado a tomada de decisão com base em indicadores de saúde que permitam definir de forma clara, objetiva e coletiva quais problemas de saúde devem se converter em prioridade para atendimento, não onerando o usuário com a obrigação de comprovar as dificuldades que enfrenta no acesso ao SUS.

Há necessidade de provar que os indígenas enfrentam barreiras de acesso ao SUS?

Não há dúvida sobre a existência de acentuadas condições de pobreza, desigualdades sociais e dificuldades de acesso ao atendimento à saúde nos ambientes rurais no Brasil (ANDRADE et al., 2013; ARRUDA et al., 2018). No campo da saúde tais iniquidades incidem de modo mais acentuado nos pequenos municípios, em particular os da região Norte, cujas receitas e infraestrutura limitadas resultam em menor capacidade instalada de rede de saúde (GARNELO et al., 2018; 2020). São situações agravadas pelo insuficiente repasse de verbas do governo federal às pequenas municipalidades, com repercussões igualmente negativas para o atendimento à saúde. Tais iniquidades incidem pesadamente entre os grupos mais pobres e vulnerabilizados das áreas rurais amazônicas, onde têm sido encontrados os piores indicadores de condições de vida e de progresso social, com repercussões negativas nos níveis de saúde (SANTOS et al., 2018).

Estas limitações se expressam, por exemplo, na insuficiente cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF), que

é a principal via de acesso da população pobre, seja urbana, seja rural, aos cuidados de atenção primária e, sequencialmente, do acesso a atendimento especializado quando necessário. Em estudo publicado em 2018 por Neves et al., os autores demonstram que numa evolução temporal de dez anos a cobertura assistencial de atenção primária, que era de 45,3% em 2006, evoluiu para uma média de 64,0% para o conjunto do país, mas não chegou a ultrapassar os 74% para a maioria absoluta das unidades federadas, sendo desejável que alcançasse entre 90 e 100%.

Se tomarmos como exemplo as regiões Norte e Centro-Oeste, onde se concentra a maior parte da população indígena no Brasil, encontraremos baixos percentuais de cobertura da ESF ano a ano na série histórica de dez anos (Quadro 1) analisada por Neves et al. (2018) para a população em geral.

QUADRO 1 | Percentuais de Cobertura da ESF por ano e região do país, 2006-2016

ANO	NORTE	CENTRO-OESTE
2006	40,7	44,8
2007	42	44,8
2008	45,7	47,4
2009	49,2	49
2010	51,4	51,9
2011	51,6	52,9
2012	51,1	53,7
2013	52	55,5
2014	57,3	58,6
2015	61,9	60,2
2016	63,4	60,9

FONTE: Neves et al., 2018

Os resultados demonstram de forma indubitável a existência de barreiras de acesso para a população como um todo na medida em que no ano mais favorável, que é 2016, cerca de 40% da população nas regiões Norte e Centro-Oeste permanece sem acesso à rede de cuidados primários de saúde. Não há razão para se pressupor que os índios residentes em espaços urbanos ou em áreas ruais não demarcadas tenham acesso maior que o da população geral.

A literatura disponível aponta fartas evidências sobre as iniquidades sociais e sanitárias que penalizam as populações indígenas, seja aquelas residentes em terras indígenas, seja entre aquelas que passaram a habitar os ambientes urbanos (ANDERSON et al., 2016). Tais desigualdades étnico-raciais se originaram pela violência do processo colonizatório instituído nas Américas, mas continuam a se perpetuar e se aprofundaram no século XXI, agravando-se na ocorrência de crises econômicas e sanitárias como a pandemia de coronavírus.

Iniquidades enfrentadas pelos indígenas têm sido apreendidas pelos censos demográficos decenais (IBGE, 2011), pelas estatísticas de saúde e por pesquisas específicas que investigaram perfis demográficos, socioeconômicos e agravos relacionados às condições precárias de vida, como as taxas de mortalidade infantil, morbimortalidade por doenças evitáveis pela vacinação, ocorrência de desnutrição, diarreias e outros agravos associados à falta de acesso ao atendimento à saúde e às condições adequadas de vida (BASTOS et al., 2017). Estas iniciativas têm mostrado de modo recorrente que indicadores de saúde dessas minorias étnicas são desfavoráveis, em particular quando comparados aos não indígenas (COIMBRA JR. et al., 2013).

No Brasil há um insuficiente conhecimento sobre as condições de saúde de famílias indígenas que residem em espaços urbanos, aí incluídas suas condições de acesso e uso de cuidados e serviços de saúde. Os estudos disponíveis são limitados, mas

apontam indicadores sociais, econômicos e de saúde amplamente desfavoráveis, sendo estes desfechos negativos fortemente mediados pela categoria raça/cor (indígena), de acordo com a terminologia adotada pelo IBGE (IBGE, 2011; TEIXEIRA; MAINBOURG, 2009; ALMEIDA; SANTOS, 2009).

Em publicação de 2019, Raupp et al. analisaram dados relativos às variáveis cor/raça adotadas no censo demográfico decenal, comparando o acesso a serviços de saneamento em domicílios urbanos de famílias indígenas e não indígenas com presença de crianças menores de 5 anos para as diversas regiões geográficas do Brasil. Os resultados deste estudo apontaram baixos percentuais de domicílios indígenas em espaços urbanos com abastecimento corrente de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo (42,4%), cuja presença simultânea no domicílio caracterizaria acesso a saneamento satisfatório. Os achados nos domicílios indígenas foram comparados àqueles vigentes nas residências de crianças brancas menores de 5 anos, que alcançaram 72,8% de condições satisfatórias de saneamento, para o conjunto do país, evidenciando de forma nítida a desvantagem vigente nos domicílios indígenas. No comparativo entre as regiões do país, os domicílios indígenas no Norte e no Nordeste tiveram o mais baixo percentual encontrado na pesquisa: 15,8% e 44,0%, respectivamente, contra 27,7% e 50,9,0% de domicílios de famílias brancas com adequação de saneamento. Na região Sul, embora sendo uma das mais ricas do país, o percentual de inadequação das condições de saneamento nos domicílios indígenas metropolitanos também foi elevado — 73,3% contra 48,2% dos domicílios de crianças brancas menores de 5 anos (RAUPP et al., 2019).

O cálculo das Razões de Chance (RC) empreendido no artigo de Raupp et al. (2019) estimou a associação entre cor/raça e a disponibilidade de serviços de saneamento básico, concluindo que mais da metade (56,3%) dos domicílios indígenas urbanos

com crianças menores de 5 anos tinha chance de não dispor de serviços adequados de saneamento, em comparação aos domicílios de crianças brancas.

O acesso ao saneamento é variável relevante para estimar os níveis de saúde de uma população, pois a carência de infraestrutura sanitária favorece a ocorrência de agravos como anemia e doenças diarreicas que têm forte interveniência na desnutrição. Anemia e diarreia respondem por cerca de 60% da taxa de mortalidade infantil indígena, que alcança valores como 48,3/1.000 nascidos vivos (no Centro-Oeste) e 47,3/1.000 (no Norte) contra 18,1/1.000 nascidos vivos para o Brasil como um todo (RAUP et al., 2019; ESCOBAR et al., 2015). Tais taxas estão intimamente ligadas às situações de pobreza, violência e desassistência vigentes em espaços urbanos, que continuam a se reproduzir na América Latina e no Brasil em particular, em cujas cidades os indígenas despontam como um dos grupos sociais mais desfavorecidos (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006).

Em outro estudo, Santos et al. (2020) compararam a mortalidade de crianças e adolescentes indígenas e não indígenas. Os autores demonstraram que crianças indígenas do sexo masculino, menores de 1 ano, residentes em áreas urbanas têm elevada probabilidade de falecer (27,1 mortes/1.000) em comparação a crianças não indígenas urbanas do sexo masculino e na mesma faixa de idade, cuja probabilidade de falecimento é de 13,4/1.000). Na faixa etária de 10 a 19,9 anos os autores constataram que a probabilidade de morrer dos jovens indígenas do sexo masculino residentes em áreas urbanas é de 15,9/1.000, ao passo que dos jovens não indígenas da mesma faixa etária e sexo é de 12,9/1.000. Para o sexo feminino tais probabilidades alcançaram 9,4/1.000 entre as adolescentes indígenas, contra 4,4/1.000 entre as não indígenas também residentes em meio urbano. Ou seja, no meio urbano as chances de filhos de famílias indígenas sobreviverem até a idade adulta é bastante reduzida,

comprovando-se por mais esta via a existência de forte polo de iniquidades étnico-raciais que atingem essas minorias em nosso país.

A busca de publicações versando sobre indicadores de saúde de populações ou famílias indígenas residindo em áreas rurais não demarcadas se mostrou infrutífera, evidenciando lacunas de conhecimento sobre os níveis de saúde e de cobertura assistencial para tais coletivos.

Foi sobre essas condições muito desfavoráveis de vida que se instalou a epidemia da COVID-19. Suas manifestações não se limitaram à presença de sinais e sintomas clínicos, mas também repercutiram negativamente no trabalho, na renda e no acesso à alimentação. Em estudo tratando dessa temática, Leite et al. (2020) apontam que as recomendações de distanciamento social tiveram repercussões negativas na mobilidade entre as aldeias, com limitações na produção, na partilha e no consumo de alimentos pelos indígenas. Segundo os autores, a necessidade de mobilização das famílias indígenas para (e nas) cidades em busca do auxílio emergencial para adquirir alimentos, materiais de higiene e outros bens de consumo contribuiu para ampliar as taxas de infecção pelo coronavírus. Leite et al. citam como evidência de fome nos domicílios indígenas a multiplicidade de campanhas organizadas pelas entidades indígenas na vigência da pandemia buscando doações para aquisição de alimentos e produtos de higiene — iniciativas que se voltaram principalmente para atender às famílias indígenas residentes nas cidades (INSTITUTO SOCIAMBIENTAL, 2020)

Na ausência de dados oriundos da SESAI que permitissem analisar o perfil dos casos da COVID-19 para o conjunto de indígenas que vivem nas cidades utilizaremos o recurso de um estudo de caso de São Gabriel da Cachoeira, no noroeste amazônico, também conhecida como região do Alto Rio Negro, para exemplificar a gravidade da ocorrência do coronavírus entre indígenas residentes em espaço urbano.

O município de São Gabriel da Cachoeira tinha uma população de 46.303 habitantes estimados em 2020 (IBGE, 2020), dos quais a maioria era indígena. Do total de residentes no município, 19.054 vivem em área urbana; desses, 11.016 (57,8%) são indígenas vivendo na cidade, ao passo que os não índios vivendo na sede municipal são estimados em 8.038 pessoas (42%). O restante da população vive em terras indígenas na área rural do município.

ASPECTOS GERAIS DA CIDADE DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA

- Território: 109.181,245 km²
- Distância entre SGC e Manaus: 865 km
- Salário médio mensal dos trabalhadores formais: 1,8 salários-mínimos
- Pessoal ocupado: 2.632 pessoas
- Proporção de pessoas ocupadas em relação à população total: 5,9%
- Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até
- 1/2 salário-mínimo: 53,2%
- Taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos de idade: 89,4%
- No Estado do Amazonas: 35^o/62^o
- Esgotamento sanitário adequado: 11%
- Taxa de mortalidade infantil média na cidade: 34.60/1.000 nascidos vivos
- Internações devido a diarreias são de 0.3/1.000 habitantes (2018), via de regra associadas a saneamento inadequado

FONTE: São Gabriel da Cachoeira (AM) — dados IBGE, 2018

No conjunto, os indicadores sociais e econômicos evidenciam situações de pobreza; limitada oferta de postos de trabalho, em que pese uma escolaridade relativamente elevada; e níveis expressivos de mortalidade infantil, além de grande distância a ser percorrida entre a sede municipal e Manaus, a capital do estado, onde estão sediados os serviços especializados, como unidades de terapia intensiva.

Perfil de óbitos por COVID-19

No período compreendido entre fevereiro de 2020 e 23 de março de 2021, São Gabriel da Cachoeira teve 104 óbitos por COVID-19² registrados, 64 deles ocorridos ao longo de 2020 e 40 nos três primeiros meses de 2021. Do total de mortes por COVID-19 ocorridas no município para o período epidêmico como um todo, 97 (93,2%) foram óbitos indígenas e sete (6,8%) de não indígenas residentes na sede municipal (FOIRN/Comitê de Combate à COVID-19, 2021). Se convertermos esse registro de óbitos em taxas teremos uma taxa de mortalidade por COVID-19 em São Gabriel da Cachoeira de 224,6 óbitos/100.000 habitantes

Numa análise direcionada somente aos residentes na sede municipal encontramos 79 óbitos de indígenas, contra os mesmos sete óbitos de não indígenas, posto que estes residem apenas na sede municipal. Nesse caso, a taxa de mortalidade por COVID-19 de indígenas residentes na área urbana de São Gabriel da Cachoeira seria de 717,1/100.000, em contraponto à taxa de mortalidade dos não indígenas por COVID-19, em torno de 87,0/100.000.

² Até a finalização da coleta de dados, o DSEI Alto Rio Negro, operado pela SESAI, reportava somente 25 óbitos por COVID-19 nas terras indígenas onde atuava.

Prosseguindo no escrutínio do problema, podemos comparar a taxa de mortalidade de indígenas residentes na cidade de S. Gabriel (717,1/100.000) com a taxa de mortalidade por COVID-19 ocorrida em Manaus (390,3/100.000), no Amazonas (286/100.000) e no Brasil (40/100.000) para o mesmo período. Tais resultados propiciam um entendimento mais adequado sobre a grave desigualdade na ocorrência das mortes por COVID-19 na população indígena que reside na cidade de S. Gabriel da Cachoeira em contraponto aos indicadores dessa ocorrência para outras populações.

Embora não sejam exaustivos, os dados apresentados são convincentes em demonstrar que indígenas residentes em espaços urbanos enfrentam problemas com baixa renda, residem em locais inadequados e estão seriamente expostos às doenças e mortes evitáveis e a outros agravos associados às iniquidades sociais e econômicas. Vivem em municípios com infraestrutura precária, carentes de oportunidades e de acesso eficiente e resolutivo ao atendimento à saúde. A somatória dessas condições insatisfatórias de vida, certamente, conflui para instituir níveis inadequados de saúde e limita a acessibilidade ao atendimento no SUS, instituindo barreiras à própria manutenção da vida, como se pôde constatar no supracitado estudo sobre mortalidade de crianças e jovens indígenas e no estudo de caso de São Gabriel da Cachoeira.

Exigir que os pobres comprovem — através de um périplo de declarações e documentos instituídos pela SESAI, com alegada coparticipação do CONASEMS — que enfrentam barreiras de acesso à saúde representa não apenas uma grave quebra dos princípios orientadores do SUS, que jamais instituiu a necessidade de comprovação individual da necessidade de atendimento por parte do usuário, mas também remete para o “caso a caso” a obrigação de definir, dentre o conjunto de necessidades coletivas existentes, aquelas que devem representar prioridades a serem incorporadas nas rotinas de atendimento do sistema de saúde.

No SUS a verificação da existência de barreiras de acesso não demanda comprovação por parte de cada indivíduo que se reconheça prejudicado. Como evidenciado acima, a simples análise das coberturas assistenciais insuficientes dos serviços de APS, tal como empreendido na publicação de Neves et al. (2018), já demonstra sobejamente a existência de tais barreiras de acesso aos serviços de saúde. Os indicadores assistenciais e de condições de vida e de saúde apresentados demonstram com bastante clareza que as famílias indígenas residentes em espaço urbano constituem um grupo populacional a ser priorizado em qualquer política pública comprometida com a redução das desigualdades sanitárias, como é missão específica do SUS e de seu subsistema. Não se justifica, portanto, o intuito de penalizar o usuário indígena com o ônus adicional de comprovar sua necessidade de atendimento médico sanitário, nem as dificuldades em obtê-lo.

Nas rotinas praticadas no Sistema Único de Saúde para a população brasileira jamais se ouviu falar que mulheres grávidas tenham que comprovar individualmente que enfrentam barreiras de atendimento nas unidades de saúde para obter a atenção que lhes é devida na gestação, nem que sejam obrigadas a preencher formulários e a obter o posicionamento de uma instância federal, uma municipal e outra colegiada em âmbito nacional (o CONASEMS) para que possam, por fim, iniciar seu pré-natal. O mesmo raciocínio pode ser adotado para os hipertensos, os diabéticos, para os exames preventivos de câncer de colo de útero etc. Em nenhuma dessas situações cabe ao usuário do serviço de saúde comprovar sua necessidade de atendimento. Na condução das políticas de saúde adotadas a partir da Constituição de 1988, a identificação de necessidades de saúde e sua conversão em ações prioritárias para o SUS decorrem de iniciativas de gestão calcadas em indicadores epidemiológicos que demonstrem tal necessidade e a convertam em atendimento elegível no sistema de saúde. Não é racional que a incorporação do usuário para

receber atendimento se dê mediante reivindicação específica, caso a caso, conforme instituído pela SESAI no supracitado Ofício Circular 01/2021.

A adoção do Formulário de Barreira de Acesso instituído pela SESAI, além de representar um retrocesso das conquistas alcançadas pela universalização instituída com a implantação do SUS e daquelas garantidas pelo subsistema de saúde indígena e expressas na PNASPI, implica numa cruel penalização de pessoas desprovidas de recursos que se veem obrigadas a realizar vários percursos que ampliarão seus gastos com transporte, a enfrentar a recusa do atendimento imediato e passar pela humilhação de comprovar que são pobres e destituídas de acesso à saúde. Tais medidas, que já seriam cruéis e insensíveis em tempos normais e em condições sanitárias habituais, podem se mostrar fatais na vigência da pandemia.

Finaliza-se a seção invertendo-se a lógica adotada pela SESAI na resposta que deu às demandas dos usuários indígenas residentes em áreas urbanas: por que razão se deve penalizar as famílias indígenas obrigando-as a comprovar a existência de barreiras de acesso ao SUS ao invés de obrigar o poder público a promover pura e simplesmente a incorporação desses usuários na população adscrita ao subsistema? Por que não efetivar um planejamento estratégico que programe e efetive a extensão assistencial gradativa ao universo desses indígenas, saldando, assim, uma dívida social que perdura desde a implantação do subsistema de saúde indígena?

Quais as vantagens de promover a inclusão das famílias indígenas residentes nas cidades no SasiSUS?

NA VIGÊNCIA DA EPIDEMIA

Do ponto de vista epidemiológico, estender a vacinação dos indígenas residentes em espaços urbanos auxiliará de modo efetivo no bloqueio da transmissão do coronavírus. Considerando que a circulação viral é mais intensa nas cidades, a ampliação da cobertura vacinal contribuirá para reduzir a incidência de casos no meio urbano e nas aldeias, já que as famílias indígenas mantêm relações de parentesco, de apoio mútuo e de visitação entre aldeados e cidadãos, resultando num fluxo regular de interações que podem ser severamente prejudiciais à saúde de ambos os grupos na vigência da desproteção sanitária.

As moradias dos residentes nas cidades servem como base de apoio para os deslocamentos das famílias que vivem nas aldeias, tanto para os jovens estudantes quanto para os que se deslocam para fazer compras, receber benefícios sociais e atendimento médico, e inclusive para acompanhar os doentes da COVID-19 quando removidos. O fluxo inverso também é recorrente. Nesse sentido, não há inteligência epidemiológica em vacinar os aldeados e deixar de fora dos grupos eletivos a população indígena que vive nas cidades.

O reconhecimento de tal necessidade e de sua relevância se expressou, por exemplo, na decisão liminar da 1ª Vara da Justiça Federal no Amazonas, de junho de 2021, que determinou a inclusão de **todos os indígenas do Estado do Amazonas, incluso os que vivem em contextos urbanos ou locais não cadastrados pela SESAI**, como grupo prioritário na vacinação contra a COVID-19 (BRASIL/JF 1ª região, 2021). A decisão reconhece não apenas a inadequação da SESAI ao promover a exclusão dos

indígenas vivendo fora de terras demarcadas, mas coloca por terra a argumentação falaciosa que instituiu a necessidade de comprovar a existência de barreiras de acesso ao SUS a fim de obter o acesso ao subsistema de saúde indígena.

DO PONTO DE VISTA MAIS GERAL DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA E SUAS ROTINAS

Nesse âmbito, trata-se de dar os primeiros passos para sanar uma omissão histórica que se perpetua desde a implantação do SasiSUS e promover uma extensão de cobertura assistencial capaz de apoiar esses grupos sociais na superação das profundas iniquidades sanitárias que sobre eles incidem. Ressalve-se, ainda, que tais medidas contribuirão para reduzir a morbimortalidade da população aldeada, pois os laços familiares indígenas são resistentes e a interação entre as pessoas não reconhece barreiras geográficas entre cidades, aldeias e quaisquer outros espaços.

Algumas ideias de como poderia ser operacionalizada a extensão da cobertura assistencial do SasiSUS aos indígenas nas cidades

É pouco desejável o imperativo de traçar um plano geral, aplicável de modo padronizado a todos os DSEI, para guiar o processo de extensão de cobertura. Tal modalidade de planejamento expressa um modelo autoritário e verticalizado de gestão e costuma resultar em orientações excessivamente genéricas, incapazes de ofertar guias adequados para a atuação das equipes de saúde no plano local onde a oferta de cuidados é realizada.

Um planejamento capaz de abarcar as particularidades do subsistema de saúde indígena e de suas populações, urbanas e aldeadas, se efetivaria de modo mais adequado através da

consolidação de iniciativas e experiências que potencializassem as capacidades locais das diversas instâncias federativas com interveniência no atendimento à saúde indígena. Inaugurar esta modalidade permitiria inverter o atual modelo centralizado de gestão, promovendo uma consolidação gradativa das ações de saúde indígena no plano local, devidamente monitoradas pela instância federal, a quem compete a responsabilidade sanitária pela população indígena. Na vigência da epidemia da COVID-19 urge a aproximação com os comitês municipais de combate ao vírus, muitos dos quais já contam com importante participação indígena, de modo a fortalecer e aprimorar os planos de combate à epidemia, acumulando forças e experiências que auxiliem a reformulação das estratégias do SasiSUS para o conjunto das ações de proteção à saúde.

Porém, alguns pontos relevantes podem ser assinalados:

A discussão sobre a extensão de cobertura para indígenas residentes em espaços urbanos e terras não demarcadas se faz acompanhar de uma questão que ressurge de tempos em tempos: a da necessidade de reconhecer quem é índio — sendo, portanto, elegível para as ações do indigenismo estatal — e quem não é. Trata-se de temática largamente contestada pelos saberes antropológicos e pelo movimento indígena, mas cujas nuances no campo sanitário precisam ser analisadas com atenção. No campo da saúde pública, a prospecção mínima da população beneficiária da ação e de sua distribuição no tecido social é prerequisite essencial para o estabelecimento de programações em saúde. São passos prévios e imprescindíveis para dimensionar o perfil e o alcance das ações e para estimar a necessidade de gastos com pessoal e insumos indispensáveis à realização dos cuidados a serem ofertados pelo sistema de saúde. No SUS o planejamento de ações para populações não indígenas já desenvolveu estratégias de prospecção que são habitualmente utilizadas nas pactuações firmadas com estados e municípios. No

entanto, em se tratando de questões indígenas, há outras implicações a serem levadas em conta.

Não há dados precisos que propiciem uma identificação fidedigna sobre a magnitude, a distribuição e as características da população indígena residente em espaços urbanos e em territórios não demarcados no Brasil. Os dados produzidos pelo IBGE nos últimos censos propiciaram inegável avanço a este respeito, mas ainda são insuficientes para delinear um perfil populacional adequado às necessidades do setor saúde. Não há meios para se obter tais informações num estalar de dedos, pois trinta anos de omissão das autoridades sanitárias não podem ser corrigidos com ligeireza. Caso tais medidas tivessem sido tomadas em tempo hábil, não seríamos obrigados a equacionar tais problemas nas condições desfavoráveis instituídas pela pandemia. Entretanto, temos este problema em mãos e o planejamento presente e futuro exige que seja levado em conta.

Um dos desdobramentos políticos mais relevantes dessa questão é a quem caberia o poder de definir a elegibilidade às ações do subsistema de saúde indígena, uma vez que se estabeleça a desejada extensão de cobertura aos indígenas não atendidos atualmente pelo subsistema. Ainda que no âmbito do SUS as práticas de delimitação de populações visem à adição de direitos, não se pode tomá-las de modo ingênuo no que diz respeito à política de saúde indígena. Afinal, a utilização de um instrumento jurídico que autorize discriminar quem é índio e quem não o é tem sido usada ao longo da história mais para prejudicar do que para favorecer os indígenas (SOUZA LIMA, 2015; OLIVEIRA, 2016). As tensões interétnicas que se instituíram em torno da temática da identidade indígena, intimamente associadas ao poder dos agentes estatais de incluir ou excluir sujeitos na categoria indígena, têm resultado na subtração de direitos dessas minorias, em particular na restrição territorial (SOUZA LIMA, 2014; SEYFERTH et al., 2020).

A criação do subsistema de saúde indígena instaura um estatuto especial de cidadania no campo sanitário, algo bem conhecido na política indigenista, mas relativamente ignorado na implantação da PNASPI, obscurecendo as nuances que cercam o problema da delimitação da população usuária do SasiSUS. A ausência de problematização dessa temática possibilitou que sucessivos dirigentes se acomodassem aos padrões pré-definidos pelo indigenismo estatal, promovendo algumas ações de saúde em terras indígenas e se eximindo da responsabilidade de estender a cobertura assistencial aos residentes em territórios não demarcados e/ou nas cidades. Assim procedendo, os dirigentes da saúde indígena foram copartícipes da exclusão sistemática que incidiu sobre famílias indígenas, que talvez sejam portadoras de piores indicadores de condições de vida e de saúde em comparação a outros segmentos da população brasileira.

No campo da antropologia abundam as críticas aos procedimentos adotados pelo indigenismo oficial que habitualmente se pautavam por atos discricionários rasos que definiam o pertencimento à condição de indígena através de manifestações externas de uma suposta indianidade, como domínio de língua própria, uso de adereços e artefatos tradicionais e manutenção de certas práticas características como danças e xamanismo (OLIVEIRA, 2016; 2012; OLIVEIRA; MURA, 2015). A tais injunções simplórias os índios responderam criativamente com os “ressurgimentos” e, por vezes, com o aprendizado dos descritores de indianidade (tal como concebidos pelo indigenismo estatal) junto a outros grupos, contornando ou neutralizando os obstáculos que a autoridade tutelar interpunha em seu caminho (OLIVEIRA, 2004; 2016).

Um conjunto expressivo de estudos antropológicos produzidos no Brasil (OLIVEIRA; MURA, 2015; OLIVEIRA, 2012) contesta as práticas do indigenismo oficial que incluem (ou excluem) grupos no nicho da indianidade nacional, mediante

inspeção e verificação de atributos de cultura supostamente confirmadores da condição de índios “autênticos”, elegíveis, portanto, às ações da política indigenista, aí incluída a de saúde. Vozes mais conservadoras e autoritárias sempre acenaram com a possibilidade — desejável para eles — de instituir um “exame de sangue” que permitisse eliminar de vez a subjetividade inerente à avaliação antropológica, obtendo-se parâmetros claros e objetivos que propiciassem a eliminação dos não aprovados em tais testes e possibilitando a exclusão de direitos e a subsequente liberação de territórios para exploração pelos não indígenas.

Ademais, numa população geneticamente misturada como a brasileira tal alternativa seria pouco mais que inútil, dada a probabilidade de grande número de testagens positivas, tornando elegível para o SasiSUS uma imensa parte da população do país. Apesar da inocuidade biológica desta medida, não se pode minimizar o impacto político do poder retido por agentes do Estado ao produzir a titularidade na concessão de direitos duramente conquistados pelo movimento indígena nas três últimas décadas. O autorreconhecimento, já validado por órgãos como o IBGE, é conquista social a ser respeitada também pelo SasiSUS, cujo perfil de atuação é incompatível com iniciativas que violentam pessoas e criam obstáculos ao atendimento de necessidades de saúde.

Em que pese a relevância dos aspectos políticos da auto ou hetero definição de quem será enquadrado (ou não) como indígena, o aparato de Estado permanece a braços com o problema de quantificar os usuários a serem atendidos pelo SasiSUS e de definir o limite e a abrangência da extensão da cobertura a ser efetuada. Ambos são elementos essenciais para programar e buscar os recursos financeiros, materiais e humanos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde. Na vigência da epidemia do coronavírus se trata de estratégia imprescindível, ainda, para estimar a necessidade de doses de vacina e

repactuar as metas de vacinação e de outras ações de prevenção e controle do processo epidêmico programadas somente para a população aldeada.

Não há solução fácil, capaz de atender à necessidade estatal de circunscrever e delimitar populações e, simultaneamente, respeitar a dinâmica dos coletivos indígenas que não se amoldam às injunções do Estado. Em termos práticos não há como fugir do ponto de partida representado pelos dados do IBGE. Além de tomar como base a autodeclaração, eles propiciam identificação e distribuição preliminar do contingente indígena residente no espaço urbano. À medida que as equipes de saúde indígena comecem a atuar junto aos atualmente excluídos do subsistema de saúde indígena far-se-á possível empreender um escrutínio fino das famílias indígenas, produzido no âmbito das atividades de rotina de atenção primária do SasiSUS.

Será necessário entender que tal processo não pode ser tratado como mera contagem de indivíduos. O SasiSUS será desafiado a exercitar o diálogo com as famílias, lideranças comunitárias e organizações indígenas e a levar em conta que lidará com redes de relações pouco perceptíveis a um olhar superficial, mas que são definidoras de critérios de elegibilidade, que podem ser muito distintos daqueles vigentes em outras populações usuárias do SUS. Mesmo entre famílias há bastante tempo estabelecidas nas cidades permanece habitual o predomínio do grupo de parentesco sobre os indivíduos e persistem vigentes as obrigações de reciprocidade e de solidariedade que podem abranger membros aldeados, vizinhos, aliados, ou residentes em locais geograficamente descontínuos ou distantes, mas reconhecidos como membros do grupo. A tal complexidade das interações coletivas adiciona-se a existência de famílias mistas, cujos membros indígenas e não indígenas tem graus diversos de reconhecimento pelos demais integrantes do coletivo indígena cuja rede de relações oferta suporte à identificação como

indígenas e portadores, portanto, de direitos à diferença étnica (VIVEIROS DE CASTRO, 2006).

Neste caso, como garantir a fidedignidade das informações? Não há garantia. Há que relativizar o que seja fidedigno na ótica — habitualmente etnocêntrica — do agente público e o que é fidedigno para os membros do grupo, respeitando-se o que seja por eles entendido como elemento capaz de instituir vínculos entre pessoas e de configurar um grupo social. Há, aqui, um princípio mais importante a ser defendido e respeitado: o de que cabe aos índios e somente a eles o reconhecimento do poder de instituir e deliberar sobre os modos e critérios para definir o pertencimento ou não pertencimento de uma pessoa a um grupo étnico, não devendo tal direito ser outorgado a outrem (LUCIANO, 2021). Também é importante firmar que as vias de reconhecimento podem ser plurais e não coincidentes com os critérios utilizados pelos não índios para definir a inclusão ou a exclusão em determinado coletivo.

Não se está a desconhecer a magnitude do desafio representado pela extensão de cobertura das ações do SasiSUS aos indígenas que residem nas cidades e/ou em territórios não demarcados. Entretanto, jamais alguém negou a ousadia que foi necessária para implantar o SUS, ou o desafio enfrentado para efetivar a existência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A superação de tais obstáculos exige vontade política e a certeza de que se trata de um processo longo, mas que precisa ser iniciado de imediato, tendo em vista o prolongado atraso ocorrido. Aqui, a expectativa realista não é que a SESAI dobre seu contingente de uma hora para outra e, sim, que o Estado brasileiro cesse a prática de categorizar os índios de modo a bloquear seu acesso ao direito à saúde. Em particular no cenário caótico gerado pela pandemia não se pode esperar mais; deve-se partir para ação! Seria recomendável iniciar com ações mais factíveis de imediato e de maior impacto epidemiológico, como a vacinação entendida como passo inicial na

garantia de acesso ao atendimento à saúde para todos os indígenas, indistintamente.

É necessário repensar algumas das estratégias que guiaram até aqui a atuação do SasiSUS. Uma das mais importantes é o pacto Inter federativo praticado na gestão do subsistema de saúde indígena, quer em termos gerais, quer aquele específico voltado para o combate à epidemia.

Para este fim entendo ser produtivo distinguir entre os procedimentos de extensão de cobertura de ações rotineiras de APS para o conjunto da população indígena, abandonando-se a categorização que divide politicamente e separa a população indígena em nichos estanques incapazes de expressar sua dinâmica social. Este componente pode e deve ser desenvolvido de modo progressivo a cada exercício fiscal, prevendo-se para tal fim a adição de recursos para a saúde indígena e a redefinição dos modos de interveniência de cada ente federativo, garantindo-se a participação das comunidades e das entidades indígenas, repactuando-se as atribuições de cada ente federativo e mantendo-se a coordenação de gestão do SasiSUS pelo nível federal. No limite, há que analisar as situações locais para que se verifique a possibilidade de delegar a execução de ações para outros entes federativos, afinal, a SESAI presta assistência nas terras indígenas essencialmente através de terceirização — ou seja, já delega para terceiros a execução das tarefas que lhe cabem —, uma vez que não dispõe de quadro de servidores que lhe possibilite prover diretamente a assistência para a população indígena que hoje assiste.

Há que se repensar, também, as pactuações com as secretarias estaduais, detentoras da oferta de atendimento especializado que, atualmente, não disponibilizam acesso adequado quer para os aldeados, quer para aqueles excluídos da cobertura assistencial do subsistema. Prover um grupo de trabalho com esta finalidade, envolvendo COSEMS e CONSASEMS, talvez fosse mais útil para alocar o tempo desses colegiados do que

empregar esforços na tarefa inútil e eticamente inadequada de empreender a leitura e obter posicionamentos destes conselhos sobre os documentos que comprovem as barreiras de atendimento no SUS, que, na prática, resultarão em aprofundamento das barreiras de acesso ao sistema de saúde. Dentre as prioridades nesse campo urge as medidas que regulamentem e garantam acesso indígena à rede especializada de serviços de saúde que extrapolem as atribuições dos DSEI.

No que diz respeito à atuação demandada para fazer frente à epidemia exige-se novos modos de pensar e de agir. A vacinação nos DSEI ainda está longe de ser concluída, pois, segundo os dados da página da SESAI, a aplicação das segundas doses por DSEI ainda demandará bastante tempo e esforço. Nessas circunstâncias, será pouco factível imaginar que a SESAI poderá incorporar sozinha e em curto prazo a vacinação dos índios residentes em espaços urbanos, fazendo-se necessário buscar aliança com os municípios, ONGs, entidades indígenas e outras instituições de saúde a fim de elaborar planos suplementares de vacinação que estendam às famílias indígenas residentes em territórios não demarcados, urbanos ou não, a garantia de vacinação contra a COVID-19.

Urge reconhecer a elevada mobilidade geográfica das famílias indígenas, a ausência de fronteiras territoriais entre os residentes em terras indígenas e os residentes em locais não reconhecidos oficialmente como terra indígena. Dada a ausência de barreiras que limitem as interações entre membros das famílias indígenas, independentemente de onde residam, persistir negando-lhes o cuidado à saúde acirra as desigualdades sociais e a discriminação, contribuindo para, segundo as palavras de Gersem Luciano Baniwa (2021), “desigualar os iguais”.³ Tal

³ Fala de Gersem Luciano Baniwa na reunião da 6ª Câmara do MPG, em abril de 2021. O mesmo palestrante também informa que 60% da população indígena reside atualmente fora das aldeias, ou seja, a maior parte da população indígena no país não é atendida pela SESAI. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gBdogYHKNSM>.

estado de coisas também favorece a livre circulação de patógenos que, na vigência da pandemia deflagrada pelo coronavírus, vêm contribuindo para ceifar preciosas vidas que poderiam ter sido preservadas, não fora a omissão de governo.

Ressalve-se que as propostas de revisitar os modos de operar do subsistema, aí incluído o diálogo com os sistemas municipais e estaduais de saúde, não equivalem à municipalização. Dela se distingue, em particular, a tentativa feita pelo governo Bolsonaro de extinguir a SESAI e eliminar o subsistema de saúde indígena. Revisar os modos de atuar do subsistema, ampliando as interfaces com diversos interlocutores, é um imperativo ético e uma necessidade sanitária que não guarda equivalência com retirar a interveniência do nível central de governo e a repassar o atendimento aos indígenas para os municípios. O caminho da repactuação entre os entes federativos com interveniência na saúde indígena pode representar uma alternativa que substitua os genéricos planos de contingência e as programações de rotina que vêm sendo praticadas no SasiSUS, incapazes de implementar ações estratégicas que sejam técnica e culturalmente adequadas às necessidades de saúde dos povos indígenas.

Tendo em vista que os municípios já usufruem do repasse de verbas do fundo municipal de participação, que incluem os indígenas ali residentes, a programação de atividades pactuadas com a SESAI e computadas nas metas e indicadores de saúde incluídas nos pactos municipais seria um acréscimo bem-vindo para ampliar as ações atualmente ofertadas pelo SasiSUS, caso contassem com acompanhamento técnico do nível federal e monitoramento estratégico das entidades indígenas para zelar por sua adequação e cumprimento.

Cabe também reconhecer que o repasse de responsabilidades do SasiSUS para os municípios já vem ocorrendo e se expressa, por exemplo, na recusa da SESAI em reconhecer os direitos dos que vivem fora dos territórios demarcados e na insistência em

se apoiar em arcaicas categorizações que separam urbanos de aldeados. Dessa forma, a SESAI justifica o fato de reservar para si o papel mínimo de prover atendimento exclusivamente aos aldeados. Para além do caráter inconstitucional da divisão e subdivisão excludente dos índios e de obscurecer as continuidades de fato existentes entre os que residem e os que não residem nas terras demarcadas, a recusa da SESAI não encontra apoio na Lei Arouca nem cumpre adequadamente o mandato de inclusão social que pautou a criação do SUS.

A repactuação dos entes federativos contemplando programações multiinstitucionais que propiciem a necessária extensão de cobertura aos indígenas excluídos e que possam imprimir celeridade ao controle da epidemia entre tais grupos minoritários não é, e nem precisa ser, sinônimo de municipalização, implicando na retirada de direitos, mas, sim, o cumprimento do que foi sempre o caráter aditivo do subsistema de saúde indígena.

Vozes diversas esgrigem o argumento da falta de recursos para abranger o atendimento aos excluídos do subsistema. Ante tais discursos é válido indagar se cabe incorporar às nossas falas e ações o discurso conformista e negador de direitos esgrimido pelos agentes de um estado autoritário e anti-indígena? Certamente, o movimento indígena não se organizou aceitando as recusas e as parcas prerrogativas concedidas pelo Estado brasileiro, nem se conformando com migalhas dadas ou anuindo de modo comportado ante as justificativas rotas de agentes do poder público pouco comprometidos com o bem-estar da população.

Parodiando o Timbira que narra a história de Juca Pirama, o trágico herói de um poema quase esquecido, seria possível dizer: **“Meninos eu vi!”**. Testemunhei outros tempos quando se iniciaram as ações de saúde indígena na Amazônia. Ainda na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), começamos, no Amazonas, com oito profissionais que atuavam num pequeno braço do DSEI Yanomami e sem nenhum centavo de dotação

orçamentária. Esses oito encararam, juntamente com as organizações indígenas, o desafio de implantar as atividades do subsistema para o vasto conjunto de terras e povos indígenas que viviam no Amazonas. Quatro anos depois, os oito pioneiros tinham se convertido em 126 profissionais concursados que movimentavam um orçamento de R\$ 6.000.000,0 e lançaram os fundamentos da formação dos sete DSEI até hoje implantados no estado.

De modo similar à implantação de outras políticas públicas no Brasil, a implantação do subsistema não começou de modo robusto, nem contava com profissionais e recursos suficientes para garantir o atendimento às necessidades dos seus beneficiários. Porém, se aqueles que o fizeram tivessem recusado a tarefa por temerem o desafio à frente, tal processo teria sido ainda mais lento e difícil ou talvez sequer tivesse ocorrido.

Temos que ter em mente que o avanço de uma política social não pode ser retido porque outras não avançaram o suficiente. Este é um discurso ilusório, esgrimido pelos que buscam obscurecer seu conformismo frente às desigualdades que vitimizam famílias e gerações. As lutas por melhoria das condições de vida e de saúde devem ser inclusivas e estar prontas a escalar destemidamente os muros que se solidificam com as negativas de acesso aos direitos civis. A naturalização da injustiça e da recusa em prover o atendimento que costuma vir embalada em argumentos de uma suposta racionalidade administrativa deve ser suplantada em favor da possibilidade de ampliar e adensar as políticas de redução das desigualdades, e se pautar pela ideia de que o avanço nos direitos de um segmento social vulnerabilizado representa um efeito espelho para os demais, abrindo novas possibilidades que até então não eram vislumbradas como factíveis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.W.B.; SANTOS, G.S. (orgs). *Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2009. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia
- ANDERSON, I. et al. Indigenous and tribal peoples' health (*The Lancet*–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, v. 388, n. 10040, pp. 131–157, 2016.
- ANDRADE, M.V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, v. 17, n. 4, pp. 623-645, 2013.
- ARRUDA, N.M.; MAIA, A.G.; ALVES, L.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 e 2008. *Cad. Saúde Pública*, 34, n. 6: e00213816, 2018.
- BASTOS, J.L. et al. Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. *Cad. Saúde Pública*, v. 33 n. suppl 1:e00085516, 2017.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- BRASIL/MS/FUNASA. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, 2002. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. DOU nº 26 — Seção 1, pp. 46-49, 6 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.064.009 SC 2008/0122737-7. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19110547/recurso-especial-resp-1064009-sc-2008-0122737-7>.

BRASIL. Justiça Federal da 1ª Região PJe — Processo Judicial Eletrônico. Número: 1011770-73.2021.4.01.3200. Classe: AÇÃO CIVIL PÚBLICA CÍVEL. Órgão julgador: 1ª Vara Federal Cível da SJAM, 24/06/2021. Disponível em: <https://pje1g.trf1.jus.br/pje/DetalheProcessoConsultaPublica/documentoSemLoginHTML.seam?ca=a804fbde5bd7b0bb15469bfe479aa47e3c351396dc08261a2d7914b604f3499f5a227a5cbe97910e2839cec1d1610e5b39e906bf3bb491dd&idProcessoDoc=592994855>.

BRASIL. Lei Arouca: Lei nº 9.836. DOU, 24/9/1999. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/doc/Lei_9836_1999.pdf.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades/São Gabriel da Cachoeira. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/sao-gabriel-da-cachoeira/panorama>.

COIMBRA, C.E. et al. Primeira Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição Indígena do Brasil: justificativa, metodologia e panorama dos resultados. *BMC Public Health*, v. 13, n. 52, 2013.

GARNELO, L. et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*, v. 19, n. 54, 2020.

- GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em debate*, v. 42, spe1, pp. 81-99, 2018.
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *COVID-19 e os povos indígenas: banco de iniciativas*. São Paulo: Instituto; 2020. Disponível em: <https://COVID19.socioambiental.org/banco-de-iniciativas>.
- LEITE, M.S. et al. Protagonismo indígena no contexto da insegurança alimentar em tempos de COVID-19. *Revista de Nutrição*, 2020, v. 33: e200171. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e200171>.
- LUCIANO (BANIWA), G. *Webnário MPF: Atendimento à saúde para indígenas em contexto urbano*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gBdogYHKNSM>.
- MONTENEGRO, R.A.; STEPHENS, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 2006, v. 367, pp. 1859-1869.
- NEVES, R.G. et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v. 27, n. 3: e2017170, 2018.
- OLIVEIRA, J.P. Mensurando Alteridades, Estabelecendo Direitos: Práticas e Saberes Governamentais na Criação de Fronteiras Étnicas. *Dados — Revista de Ciências Sociais*, v. 55, pp. 105-108, 2012.
- OLIVEIRA, J.P. Sem a Tutela, uma Nova Moldura de Nação: O Pós-Constituição de 1988 e os Povos Indígenas. *Brasíliana: Journal for Brazilian Studies*, v. 5, pp. 200-229, 2016.
- OLIVEIRA, J.P. Tradiciones etnográficas y formas de construcción de la otredad. *INTERdisciplina*, v. 4, pp. 93-112, 2016.

- OLIVEIRA, J.P.; MURA, F; SILVA, A.B. (orgs.). *Perícias Antropológicas em Perspectiva*. 1. ed. Brasília: ABA Publicações, 2015, v. 1. 200p.
- OLIVEIRA, J.P. *A Viagem da Volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no nordeste indígena*. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED/Museu Nacional, 2004, v. 1. 361p.
- RAUPP, L. et al. Saneamento básico e desigualdades de cor/raça em domicílios urbanos com a presença de crianças menores de 5 anos, com foco na população indígena. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, suppl 3, 2019.
- SANTOS, D. et al. *Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira: IPS Amazônia 2018*. Belém: Imazon; Social Progress Imperative, 2018. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/ipsx.tracersoft.com.br/documents/2018/publicacoes/Resumo-Executivo-V12.pdf>.
- SANTOS, R.V. et al. Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census? *SSM — Population Health*, v. 00, p. 100537, 2020.
- SEYFERTH, G. et al. (orgs.). *O Beneplácito da Desigualdade: breve digressão sobre o racismo e outros textos sobre questões étnico-raciais*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora 7Letras, v. 1, 2020. 303p.
- SOUZA LIMA, A.C. de. *O exercício da tutela sobre os povos indígenas no Brasil: um itinerário de pesquisa e algumas considerações sobre as políticas indigenistas no Brasil contemporâneo*. In: SOUZA LIMA, A.C. de. (org.). *Tutela: formação de Estado e tradições de gestão no Brasil*. Rio de Janeiro: E-papers, v. 1, pp. 58-92, 2014.
- SOUZA LIMA, A.C. de. Sobre Tutela e Participação: Povos Indígenas e formas de Governo no Brasil. Séculos XX/XXI. *Mana* (UFRJ), v. 21, pp. 425-457, 2015.

TEIXEIRA, P.; MAINBOURG, E.M.T.; BRASIL, M. Migração do povo indígena Sateré-Mawé em dois contextos urbanos distintos na Amazônia. *Caderno CRH*, v. 22, pp. 531-546, 2009.

VIVEIROS DE CASTRO, E. *No Brasil todo mundo é índio, exceto quem não é*. In: RICARDO, C.A; RICARDO, F. (orgs.). *Povos indígenas no Brasil (2001/2005)*. São Paulo: ISA, 2006, pp. 41-49.

Atendimento à Saúde para indígenas em contexto urbano — perspectivas a partir da decisão na ADPF 709¹

DR. LUIZ ELOY TERENA (APIB)²

Gostaria, inicialmente, de saudar o Ministério Público Federal por estar promovendo este debate. Sem dúvida, nós temos nesta instituição um dos principais aliados na defesa dos direitos dos povos indígenas, especialmente nesse contexto. Eu quero estender todos os cumprimentos também aos membros do Ministério Público Federal que estão presentes e da Defensoria Pública da União. Quero saudar as lideranças indígenas que estão nos acompanhando, seja aqui na sala, os palestrantes, mas também os ouvintes, especialmente as lideranças que

¹ Fala do Dr. Luiz Eloy Terena durante o Seminário Virtual: Atendimento à Saúde para indígenas em contexto urbano — perspectivas a partir da decisão na ADPF 709 (6ª Câmara — MPF). Arguição de Descumprimento de Preceito Federal, a ADPF 709 diz respeito à assistência em saúde prestada aos povos indígenas em contexto urbano durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. A íntegra do seminário virtual produzido no âmbito da 6ª Câmara do MPF pode ser acessada no endereço eletrônico: <https://www.youtube.com/watch?v=gBdogYHKNSM>.

² Advogado indígena e coordenador da Assessoria Jurídica da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB). Doutor em Antropologia pelo Museu Nacional (UFRJ). Realizou o Pós-doutorado na École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), em Paris, França.

acompanham e compõem o controle social de saúde indígena. Saudá-los também pela resistência, especialmente nesse contexto tão difícil que nós estamos vivendo. Saudar, ainda, o professor Gersem Baniwa, pois é sempre um prazer compor com ele mesas de reflexões e debates e agradecer pelo convite.

Eu já fui apresentado, eu sou do povo Terena e tive o prazer e a felicidade de ser um dos subscritores da ADPF 709, que é, sem dúvida, a primeira ação, no âmbito de jurisdição constitucional, em que os povos indígenas tiveram a oportunidade de levar ao Supremo Tribunal Federal uma demanda em nome próprio, defendendo o direito próprio e através de representação própria. Então, isso é muito significativo para nós, tendo em vista a herança colonial que ainda persiste no Brasil e também as dimensões do racismo que ainda afeta os povos indígenas e que se manifesta por meio das estruturas do Estado e por meio de outras estruturas fora do Estado. Essa ADPF foi pensada justamente por conta do contexto pandêmico: a APIB (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil) estava se preparando para levar uma ADPF ao Supremo Tribunal Federal, mas não com tal temática. Nós estávamos estudando e construindo uma ação voltada para a questão territorial. Mas, diante do contexto da pandemia, nós nos deparamos com a situação em que várias comunidades indígenas estavam sendo contaminadas pelo vírus, com mortes de lideranças e, ao mesmo tempo, nós, como organização indígena, estávamos recebendo várias demandas. Essas demandas são de distintas ordens: a questão dos povos indígenas isolados, a questão das invasões, a questão da desassistência nas próprias comunidades indígenas e a questão dos indígenas em contexto urbano. Então, o foco da nossa conversa neste espaço no dia de hoje é a questão dos indígenas no contexto urbano. É uma demanda que já em 2010 foi apresentada pela APIB, logo após a divulgação dos dados do censo do IBGE naquele ano.

Já se tem a informação de que existem mais de 315 mil indígenas vivendo em contexto urbano e, passados mais de dez

anos, esse número deve ser muito maior. Isso é uma realidade que existe há muito tempo no Brasil. Desde o período colonial os povos indígenas transitam — se aproximavam das vilas e depois das cidades em busca de trabalho e renda, recursos — e, atualmente, isso se revela por meio de busca por profissionalismo, por trabalho e renda, por assistência social e saúde. Então, são várias dimensões que encontramos nos mais diversos contextos sociais do Brasil. No Centro-Oeste, no Nordeste e também na região Amazônica não é diferente. E o que nós constatamos, a partir de falas da própria Secretaria Especial de Saúde Indígena, que soltou na ocasião uma nota, é que a SESAI não iria prestar o atendimento a indígenas em contexto urbano, por conta do próprio desenho institucional que existe. Quer dizer, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, e possivelmente o Erivelto falará disso com mais propriedade do que eu, foi desenhado justamente para atender os indígenas aldeados. Essa é uma dimensão que a APIB entende, mas que nesse contexto de pandemia não é razoável que os parentes que estão localizados nas cidades fiquem desamparados. Essa é uma questão que foi posta ao ministro Luís Roberto Barroso, relator da ADPF 709 no STF (Superior Tribunal Federal).

O outro aspecto, que também acreditamos ser consenso entre nós, é no que tange à questão da identidade cultural. O indígena, por estar fora da sua terra, por si só, não deixa de ser indígena. Eu acho que esse é um aspecto que não iremos debater aqui porque é consenso de nossa parte. Ocorre que, mesmo assim, a estrutura estava negando atendimento a esses indígenas e estava desconsiderando sua identidade. Ao tempo em que a SESAI não é responsável pelo atendimento aos indígenas em contexto urbano, ao nosso ver, ela é responsável pela articulação com o sistema SUS, para que o SUS, em sentido amplo, possa atender aos povos indígenas. Mas nem isso estava acontecendo. Então, é a partir de flagrante violação a esse direito

à saúde, flagrante violação ao direito à igualdade, flagrante violação ao próprio direito à vida que nós apresentamos essa demanda ao Supremo Tribunal Federal. Então, neste momento de pandemia, a APIB demandou que os indígenas em contexto urbano tenham toda a assistência, seja por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena ou seja por meio da eliminação de barreiras, algo inclusive que o ministro Barroso deferiu. Então, a decisão do ministro Barroso não atendeu o pleito completo da APIB, ele não determinou a extensão do atendimento do subsistema de saúde indígena a todos os indígenas que estão no contexto urbano, acatando justamente o argumento levado aos autos pela própria União de que isso poderia causar um sobrecarregamento do subsistema do ponto de vista financeiro e de recursos humanos. Então, o ministro determinou que fosse garantida a assistência a esses indígenas que tiverem dificuldades para acessar o sistema do SUS.

Ao nosso ver, essas barreiras ou dificuldades são de várias ordens: podem ser barreiras culturais, pois nós sabemos que existem indígenas que não dominam o português, ou não entendem o sistema, não sabem como acessar o sistema. Essa barreira pode ser de ordem econômica, existem muitos indígenas que não têm condições de sequer se locomover dentro de cidade, ou de buscar os pontos específicos de atendimento. Essas barreiras podem ser inclusive de ordem social, através da discriminação. Nós sabemos que isso existe, especialmente nas cidades que apresentam um forte conflito com o agronegócio, conflitos territoriais, então, a discriminação acaba afetando o acesso aos serviços públicos. Esses aspectos todos estão bem delineados e nós levamos ao ministro, inclusive, entramos com embargos declaratórios para afirmar justamente isso: o fato do indígena estar na cidade, por si só, já possui várias barreiras. É uma barreira presumida. Após essa decisão, a SESAI enviou o Ofício Circular nº 1, desse ano de 2021, orientando os DSEI

(Distritos Sanitários Especiais Indígenas) para que preenchessem um formulário de barreiras. Então quer dizer: o indígena que estiver com alguma dificuldade deve procurar o DSEI e preencher esse formulário e o DSEI irá enviar esse formulário ao município. Isso para nós não é plausível. Você delega ao usuário indígena o dever de comprovar que está tendo barreiras, obrigando-o a se deslocar para ir ao DSEI, pegar um ônibus, possivelmente nesse contexto de pandemia, preencher esse formulário. No nosso entendimento, essas barreiras que os indígenas têm, ao acessar o SUS, devem ser presumidas. Não deve ser delegado a ele o ônus de provar que enfrenta barreiras e igualmente não é plausível que o DSEI fique apenas responsável em receber o formulário e comunicar ao município. Por determinação legal, a SESAI tem a atribuição de articular estratégias para que, ao longo dos anos, essas barreiras sejam eliminadas, e essas ações nós não estamos vendo acontecer.

Então, Doutora Eliana, essas são as considerações iniciais, nós estamos também abertos, tanto ao Ministério Público Federal, à Defensoria Pública da União, à instância de controle social da saúde indígena para dialogar. Igualmente, estamos abertos aos pesquisadores da Fiocruz e da ABRASCO que têm nos ajudado muito nessas reflexões para buscar e garantir esses direitos fundamentais: o direito fundamental do acesso à saúde, o direito fundamental à vida, o direito fundamental de tratamento igualitário dos indígenas que estão em contexto urbano e que por ali estarem não devem ser privados desses direitos reconhecidos. Nós temos que, de fato, promover o diálogo buscando soluções. São essas as considerações que nós da APIB apresentamos no âmbito da ADPF 709. Eu agradeço a abertura, por estarem nos ouvindo e também ficamos à disposição para dialogar sobre outras dimensões que por ventura nós não tenhamos levado em consideração. Por fim, quero agradecer ao Ministério Público Federal, por meio da 6ª Câmara, que também tem dado um apoio

muito importante no âmbito dessa ADPF, por meio das manifestações, apoiando a participação concreta da APIB, enquanto representante dos povos indígenas, nesta ação constitucional. Muito obrigado!

Racismo na atenção à saúde indígena em contexto urbano no Brasil¹

PROF. DR. GERSEM BANIWA (UFAM)²

Dou início a minha fala agradecendo o convite e parabenizando a iniciativa deste evento que trata de um tema tão importante, atual e espinhoso. Entendo que se trata de um debate necessário e importante para encarar essa questão tão problemática e muito mal compreendida e conduzida das identidades e direitos dos indígenas residentes ou em trânsito pelas cidades ou territórios não reconhecidos pelo Estado brasileiro. Esse tema é fundamental e irreversível no campo do debate e da organização dos serviços de atenção à saúde indígena, pois trata-se de uma demanda urgente e relevante e que requer tratamentos adequados nas políticas públicas do Estado. Qualquer tentativa de minimização da questão será um erro histórico. A pandemia fez explodir problemas graves causados por séculos

¹ Fala do Prof. Dr. Gersem Baniwa durante o Seminário Virtual: Atendimento à Saúde para indígenas em contexto urbano — perspectivas a partir da decisão na ADPF 709 (6ª Câmara — MPF).

² Gersem Baniwa é doutor em Antropologia pela UNB e professor no curso de Licenciatura Específica Formação de Professores Indígenas da UFAM. Atuou como conselheiro no Conselho Nacional de Educação (2006-2008 e 2016-2020). É cofundador da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN).

de omissão, descaso e racismo contra essa parcela significativa dos povos indígenas do Brasil que tendem a se aprofundar após a pandemia.

Há uma necessidade urgente de rearranjo na política pública nacional no atendimento aos indígenas, não apenas na saúde, mas em todas as outras áreas, da educação à questão territorial, no tocante a todos os povos indígenas, independentemente de onde se encontram morando. Espero que depois da pandemia o Estado e a sociedade brasileira saiam com essa tarefa de reestruturar as políticas públicas voltadas para os povos indígenas a fim de atender a todos, sem nenhuma distinção. Não poderemos sair da pandemia do mesmo jeito que entramos. Se o próprio movimento indígena sair da pandemia achando que isso continuará assim será um erro, porque não ficará do mesmo jeito. Por isso, parablenizo mais uma vez a iniciativa da organização desse evento por propiciar o diálogo aberto, franco e esclarecedor sobre o tema. É importante que conheçamos os aspectos que envolvem esse debate.

No momento atual não podemos ignorar que o cenário de quinze ou vinte anos atrás quando nós discutimos e contribuimos para o desenho conceitual e operacional do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, voltado exclusivamente para “as comunidades indígenas aldeadas”, era muito diferente. Eu sou da geração que participou ativamente do processo. Lembro-me das reuniões na sala da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), em Manaus, discutindo e construindo o projeto. A aceitação da exclusão sumária de indígenas residentes em cidades da atenção do subsistema de saúde indígena foi um erro, mas fundamentada em alguns entendimentos da época que não apresentam mais sentido já algum com o passar do tempo. Talvez o que mais tenha pesado, até mesmo de modo inconsciente, na aceitação da exclusão de indígenas residentes em centros urbanos tenha sido a teoria antropológica

de “índios” associados sempre à aldeia, ao mato, à floresta, selva, primitivos, vivendo em ambientes distantes e exóticos. Assim, reinava no imaginário da sociedade, inclusive entre os povos indígenas, a ideia de que os indígenas residentes em cidades não eram mais indígenas ou eram menos indígenas, razão pela qual deveriam ser tratados como não indígenas ou brancos, não podendo receber atenção específica do Estado, nos moldes dos indígenas “autênticos” e “originais” dos lugares distantes. Darcy Ribeiro contribuiu muito para essa visão equivocada de categorias distintas e hierarquizadas de indígenas com a criação dos graus de integração dos indígenas do Brasil.

Importa afirmar que até então o embate principal era entre índios “aldeados” e índios “desaldeados” ou “índios destribalizados” ou, ainda, “índios desterritorializados”. Mais recentemente e com os avanços crescentes nas conquistas de direitos, o Estado e as suas políticas públicas foram buscando outras formas e argumentos para excluir comunidades e populações indígenas e, assim, reduzir o público-alvo de suas políticas e o tamanho dos investimentos orçamentários. Foi assim que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena restringiu ainda mais o seu público a ser atendido, excluindo comunidades e populações indígenas inteiras que residem em terras indígenas ainda não reconhecidas e demarcadas pelo Estado, ainda que sejam residências e territórios ancestrais ou tradicionais. Assim, atualmente o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, coordenado e implementado pela SESAI, exclui praticamente dois grandes grupos de populações indígenas: são as comunidades indígenas localizadas em centros urbanos e as comunidades indígenas localizadas em territórios indígenas não reconhecidos ou demarcados pelo Estado brasileiro. Os dois grupos populacionais indígenas somam mais de 60% da população indígena brasileira, o que torna a questão extremamente importante e preocupante, considerando a configuração das atuais políticas públicas indígenas e indigenistas excludentes e racistas.

O outro aspecto que contribuiu para essa exclusão de indígenas citadinos do atendimento da política do subsistema de saúde indígena é que à época de sua construção e criação não se tinha dados demográficos confiáveis de populações indígenas residentes em cidades para justificar sua relevância no atendimento da política de saúde indígena. Além disso, não havia movimentos organizados e reconhecidos de indígenas residentes em cidades, que fossem ativos e representativos e que pudessem pautar suas demandas e direitos no processo do debate e da construção da política.

Passo, agora, a apontar alguns aspectos que eu considero importantes, tentando pensar numa estrutura de política pública capaz de resolver questões emergentes demandadas no contexto atual do processo histórico. Em primeiro lugar, é importante que fique claro quem são os indígenas vivendo em cidades ou em aldeias ou terras indígenas não reconhecidas. A resposta é simples: são indígenas membros dos 305 povos indígenas do Brasil. Trata-se de pessoas indígenas com o mesmo sangue que circula nas veias, mesmas culturas, tradições, línguas, princípios e valores de pessoas indígenas habitantes de terras e aldeias indígenas reconhecidas pelo Estado. Eu moro há muito tempo na cidade e continuo comendo os mesmos alimentos e da mesma forma: saúva, tucupi, pimenta, beiju e farinha de mandioca. Continuo falando a língua materna indígena, além do português. Não há diferença, nem cultural, nem econômica, nem social e nem religiosa. O que a minha mãe come morando no Alto Rio Negro eu também como na cidade grande. Aliás, é a mesma comida, inclusive porque ela manda para mim; a gente faz troca permanente. Isso tem que ficar muito claro, porque a nossa Constituição Federal de 1988 em nenhum momento cria ou faz distinção entre categorias ou tipos de indígenas.

Em segundo lugar, chamo atenção para o fato de que essa questão é muito séria e grave, quando são criadas artificial e

arbitrariamente diferentes categorias hierarquizadas de indígenas para se definir quem é indígena e quem não é indígena ou, ainda, quais categorias de indígenas têm determinados direitos ou não. Para mim, isso gera uma desigualdade e discriminação intraétnica profundamente perversa, dolorosa, injusta e desumana.

Foi um erro o próprio movimento indígena ter aceitado isso lá atrás. Eu faço parte do movimento e participei dessa construção equivocada. Estou assumindo que isso foi um equívoco porque todos pertencem às mesmas organizações sociais, culturais, linguísticas e epistêmicas. Vejo todos os dias indígenas que moram nas cidades, como eu, valorizando, praticando e vivendo suas culturas, língua, saberes, fazeres e valores tradicionais e, em muitos casos e momentos, reaprendendo muito sobre suas línguas e tradições. Muitos indígenas que se encontram morando em cidades estão em trânsito, estudando, tratando sua saúde e cuidando de parentes doentes, visitando parentes, passando uma temporada de trabalho ou de passeio.

Essa mobilidade e transitoriedade espacial é parte dos modos tradicionais de viver dos povos indígenas baseados nas ideias de liberdade de ir e vir, de conhecer outros lugares, de buscar outros conhecimentos, saberes, culturas e outros modos de vida. Em geral, os povos indígenas não concebem suas moradias e lugares de residência como fixas, privativas ou exclusivas. Assim, os indígenas que, por alguma razão, estão morando em cidades estão sempre com um pé na aldeia e mantendo forte e profundo vínculo e interação constante com suas famílias e comunidades de origem ou de referência territorial e étnica.

Foi realizada uma pesquisa com 115 comunidades indígenas de Manaus, a partir de sugestão de um procurador do Ministério Público Federal. A pesquisa revelou que quase metade dessas famílias recebeu entre seis e dez parentes residentes em aldeias muito distantes de Manaus, mesmo sendo no período auge da pandemia de COVID-19. Esse dado demonstra o tamanho dessa

mobilidade permanente dos povos indígenas, o que invalida qualquer tentativa de estabelecimento de fronteiras ou muros socioculturais entre eles.

Não há fronteira nem real nem simbólica entre indígenas “aldeados” e “não aldeados”. Não existe distinção entre os que moram na cidade e os que moram na aldeia, do ponto de vista sociocultural e epistêmico. Mesmo no campo das demandas por políticas públicas há semelhanças. Os indígenas morando em cidades lutam por território, saúde, educação, emprego, geração de renda, do mesmo modo que os indígenas morando nas aldeias. O que há é um permanente trânsito, articulações e mobilizações entre eles. Nesse sentido, os resultados da pesquisa realizada em Manaus foram muito interessantes ao mostrar claramente a intensidade, a dinamicidade e a proximidade entre os indígenas moradores das aldeias e os indígenas moradores das cidades que precisam ser considerados no atendimento aos direitos no âmbito das políticas públicas indigenistas, muito particularmente, no âmbito da Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI) e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Mas quem são os chamados indígenas “não aldeados”? A própria denominação “aldeia” apresenta sentido limitado, uma vez que na atualidade muitos povos indígenas, como os 23 povos indígenas que habitam a região do Rio Negro, desconhecem essa denominação, pois suas organizações comunitárias são denominadas de comunidades, ou seja, comunidades indígenas.

Mas o que caracteriza uma aldeia ou uma comunidade? São coletivos indígenas morando em um espaço territorial socialmente organizados, com suas lideranças sob a coordenação de um cacique ou tuxaua e segundo suas tradições culturais próprias. Assim, a constituição e existência de uma aldeia ou comunidade indígena independe do seu reconhecimento por parte do Estado, assim como independe de estar localizada ou não em um território indígena reconhecido e demarcado

ou não pelo Estado. É por isso que em muitas cidades existem aldeias ou comunidades indígenas e as suas formas de organização e funcionamento não diferem em nada daquelas situadas em terras indígenas distantes das cidades, com seus caciques, tuxauas, e vivendo conforme suas organizações sociais, culturais, políticas, tradições, línguas, danças, músicas, rituais e modos de vida. Além disso, é muito importante considerarmos seriamente a separação, a distinção e a discriminação artificial, colonialista, racista entre os povos indígenas cujos resultados e impactos se revertem fortemente em desvantagem e enfraquecimento dos povos indígenas na luta por seus direitos e por suas existências e, pasmem, pela vantagem e fortalecimento do Estado no seu processo de dominação colonial dos povos indígenas.

O Estado sempre usou a estratégia de dividir os povos indígenas para dominá-los e massacrá-los. Não devemos e nem podemos esquecer que os indígenas residentes fora das terras indígenas demarcadas ou reconhecidas pelo Estado somam mais de 50% da população indígena do país, estimada em pouco mais de 810.000 (IBGE 2010), entre os que residem nas cidades e em territórios tradicionais sem reconhecimento do Estado. O subsistema de saúde indígena trabalha com dados de pouco mais de 410 mil indígenas “aldeados” que são beneficiários de suas ações. Por isso, se faz mais do que urgente derrubar essa cruel e injusta distinção entre índios “aldeados” e “índios não aldeados” ou “desaldeados”, “urbanos” ou cidadãos” e transformar o quanto antes as políticas públicas que seguem essa distinção em favor de políticas públicas de Estado para todos os povos indígenas, independentemente de onde estejam morando, seja de modo permanente ou transitório.

Mas por que os indígenas residentes ou em trânsito pelas cidades estão excluídos das políticas dirigidas aos povos indígenas, duramente observadas e sentidas no subsistema de saúde indígena, principalmente nesses tempos da pandemia

de COVID-19? Quais são as consequências da falta de atenção e serviços do subsistema de saúde indígena aos indígenas “não aldeados”? É verdade que o fato do atual subsistema de saúde indígena só atender às comunidades indígenas “aldeadas” foi uma decisão que contou com a participação indígena, por meio de suas organizações. Essa decisão foi baseada numa visão equivocada e distorcida da antiga vertente da antropologia colonialista e tutelar que orientou o indigenismo estatal de que índio era aquele que morava no mato, numa exótica aldeia, vivia nu, sem influência ou estrago do mundo branco, não tinha contato com cidades, não falava português, não era escolarizado, assim por diante. Darcy Ribeiro consagrou essa visão, ao criar categorias hierarquizadas de indígenas: índios puros ou sem contato com o mundo branco, índios com algum contato, índios com bastante contato ou semi-integrados e índios integrados completamente dependentes do mundo branco, um quase branco ou um novo branco ex-índio. Assim, o subsistema de saúde indígena foi pensado e criado apenas para os mais indígenas ou verdadeiros indígenas. Por isso é que essa questão é séria, grave, abominável, discriminatória, racista, ilegal e inconstitucional, além de vergonhosa, quando alguns indígenas defendem essa forma de política pública de Estado.

A primeira consequência dessa política discriminatória é a divisão desnecessária e desvantajosa dos povos indígenas. Põe os povos indígenas em conflito entre si mesmos, que tende a crescer significativamente, processo no qual todos os povos indígenas perdem, na medida em que se enfraquecem em suas frentes de luta por seus direitos, facilitando o processo de dominação por parte do Estado. Enfraquece o movimento indígena porque até a pandemia de COVID-19 todos estavam juntos indistintamente nas lutas, mobilizações e marchas indígenas por direitos aos seus territórios, à saúde, à educação, ao desenvolvimento econômico sustentável e outras frentes. Em

alguns contextos específicos estratégicos, como no Amazonas, as grandes marchas e mobilizações de ruas e outros eventos de luta realizados pelos povos indígenas, a participação de indígenas residentes em cidades ou territórios não reconhecidos pelo Estado é significativa e chega a ser majoritária em muitos casos. Mas se essas populações indígenas continuarem excluídos e, pior, com anuência de algumas lideranças indígenas, a tendência é a fragmentação e tensão nas próprias pautas de luta dos distintos movimentos indígenas, principalmente se considerarmos a tendência de crescimento das organizações indígenas representativas das comunidades situadas em cidades, entornos de cidades e em terras indígenas não reconhecidas. Na cidade de Manaus, por exemplo, existem pelo menos meia dúzia de aldeias, comunidades ou “bairros indígenas”, alguns com populações acima de 10 mil indígenas, como é o caso do “Parque das Tribos”. Essa nova realidade requer, tanto do movimento indígena quanto dos governos e do Estado brasileiro, respostas adequadas e urgentes. Quanto a isso, as primeiras tentativas de respostas e adequações já foram observadas durante a pandemia de COVID-19, quando em alguns estados e municípios os indígenas residentes em cidades foram à justiça, por meio do Ministério Público, e conquistaram o direito de vacinação prioritária, inclusive na cidade de Manaus, mas, infelizmente, não implementado adequadamente por parte do município, que é muito indiferente às demandas indígenas.

A segunda consequência da exclusão das comunidades indígenas localizadas em aldeias ou terras indígenas não reconhecidas pelo Estado é o aprofundamento da desigualdade e da iniquidade intraétnica, da discriminação e dos preconceitos que moralmente são inconcebíveis e inaceitáveis nas culturas indígenas. Não podemos esquecer que, de acordo com o IBGE, praticamente 40% da população indígena no Brasil reside em centros urbanos. Essa questão, portanto, não é trivial. Se levarmos em

conta o que o próprio parente Marivelton Baré, presidente da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), falou há pouco sobre os indígenas atendidos pelo subsistema de saúde indígena, indicando uma população estimada em 400.000 indígenas, isso torna a situação ainda mais séria e grave, pois significa dizer que 60% da população indígena do país hoje, uma população majoritária, não é atendida por esse Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Isso justifica a necessidade urgente de revisão e reformulação da política.

A outra consequência é a necessidade premente de derrubada das concepções colonialistas, integracionistas e assimilacionistas da atual visão teórica que fundamenta a Política Nacional de Saúde Indígena. Precisamos abandonar em definitivo o pensamento de Darcy Ribeiro dos graus de integração, que tanto fez e continua fazendo mal aos povos indígenas. Entendo que não foi essa a intenção do autor que nos deixou legados importantes na defesa dos direitos indígenas, mas neste caso, em particular, o Estado brasileiro e seus agentes, e mesmo os indígenas, apropriaram-se de forma distorcida de seus pensamentos e teorias.

Nós somos indígenas sem distinção, a não ser a nossa pluralidade étnica, cultural e linguística. Pluralidade essa que não nos diferencia em termos de direitos, pois não se trata de divisão entre indígenas de menos ou indígenas de mais, entre indígenas com direitos ou indígenas sem direitos, indígenas merecedores de políticas de atenção ou de indígenas não merecedores de atenção. Não é assim que nós indígenas pensamos. Nossos antepassados nunca pensaram assim. Por que haveríamos nós — justamente os que recebemos valorosos legados dos nossos antepassados, estamos mais esclarecidos, organizados interetnicamente — de criar essas divisões e discriminações descabidas e desnecessárias que só nos enfraquecem, nos violentam e nos maltratam? Isso não quer dizer que as prioridades e demandas no tocante a direitos e políticas públicas sejam iguais. Mesmo

entre as comunidades indígenas situadas em terras indígenas demarcadas e reconhecidas pelo Estado, as demandas e prioridades não são homogêneas. Algumas priorizam demandas territoriais, outras demandam atividades econômicas, outras demandam atividades de organização social e cultural, outras ainda demandam prioritariamente educação e saúde. Essas demandas e prioridades são definidas conforme o processo histórico, realidade contextual e planos de vida desenhados para o futuro. Assim, as demandas e prioridades das comunidades indígenas situadas no interior das terras indígenas podem ser diferentes, em alguns aspectos, das demandas e prioridades de comunidades situadas em cidades. Comunidades indígenas situadas dentro de cidades ou no entorno delas tendem a demandar e priorizar buscas por emprego e renda, profissionalização técnica, mas também por políticas assistenciais de educação, saúde, segurança alimentar, segurança pública e luta por moradia e terra. Como se pode ver, em muitos aspectos as demandas e prioridades são comuns.

Muitos que concordam ou defendem a exclusão de indígenas residentes em cidades do atendimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SesiSUS) e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) usam do argumento de que estes indígenas já são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de sua rede de hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizados e funcionando nos centros urbanos. Essas pessoas não conhecem e não sabem das enormes dificuldades e inadequações de acesso e de atendimento dessa rede, mesmo com sua importância e robustez estrutural e funcional demonstradas durante a pandemia da COVID-19, mesmo diante de constantes tentativas de desvalorização e reduções de investimentos financeiros, tecnológicos e de recursos humanos. Indígenas que moram nas cidades sabem das dificuldades de acesso à Rede SUS. Pesquisas realizadas em Manaus revelaram

que a Rede SUS só atende 30% da população da periferia. Nesse número enquadram-se os indígenas. Significa dizer que 70% de indígenas e pessoas pobres que moram na periferia não têm acesso à rede de UBS e hospitais do SUS, simplesmente porque moram em lugares distantes, não possuem condições de deslocamento e de longas esperas (dias, semanas, meses, anos) para serem atendidos.

Aponto, aqui, os principais problemas de acesso ao serviço de saúde enfrentados por indígenas “não aldeados”. A primeira dificuldade é o acesso à Rede SUS no tocante a deslocamento, distâncias e longas esperas para atendimento. A segunda dificuldade é a questão sociolinguística. Os indígenas são discriminados em UBS (Unidades Básicas de Saúde) e hospitais na cidade porque ninguém considera que eles falam outras línguas e muitos não falam e nem compreendem ou compreendem muito pouco o português, tal como ocorre com os que vivem na aldeia. Não são respeitados em seus hábitos alimentares, em suas formas de dormir em redes e, principalmente, em suas formas tradicionais de conceber, cuidar e curar doenças. Há uma discriminação tremenda, culturalmente falando, nos sistemas hospitalares do SUS na cidade.

Há muitas razões para se pensar em uma atenção à saúde diferenciada para indígenas “não aldeados”, inclusive de ordens axiológicas. A discriminação negativa imposta a eles é um tipo de violência muito maior do que a violência física. Os senhores e as senhoras não têm ideia de como nós, indígenas residentes na cidade, estamos nos sentindo um lixo entre os povos indígenas, por não termos sido inseridos como prioridade na vacinação. É uma desmoralização muito grande, que fere muito a nossa dignidade, a nossa identidade, a nossa existência. Não preciso ir longe em busca de exemplo ou demonstração dessa violência, pois eu sou uma das vítimas. Minha mãe, meus irmãos, sobrinhos e netos logo foram vacinados porque estavam na comunidade e eu fiquei

muito feliz com isso. Mas eu não fui vacinado prioritariamente como eles, simplesmente porque eu transito pela cidade e trabalho na cidade, inclusive por eles e para eles. Trabalho como professor formador dos professores indígenas deles. Passei a minha vida inteira lutando e defendendo esses direitos coletivos, inclusive participei e contribuí com a construção do subsistema de saúde indígena, mas, neste momento, não pude me beneficiar desse direito coletivo que ajudei a conquistar. Foi e continua sendo doloroso me sentir discriminado, negado, condenado a me sentir um indígena diferente, menor, ou um indígena cidadão inferior. É muito doloroso, sendo indígena, ser tratado descaradamente como não indígena, como branco. Não dá! É muita imoralidade. Essa régua política arbitrária e racista que nos discrimina e nos separa é muito dolorosa e revoltante. É muito difícil pensar nisso. Deixo aqui o meu testemunho.

Tudo isso a pandemia escancarou e motivou esse debate. Daqui para frente nós só teremos dois caminhos para buscar solução: ou a sociedade brasileira e os povos indígenas chegam a um consenso de reformular a política e construir uma nova política para todos ou nós vamos ter que buscar soluções na justiça, o que não deveria ser necessário. Vamos recorrer ao Ministério Público e ao STF, se for necessário. É muito importante que a gente possa se antecipar e tentar resolver isso na política pública, atualizando e reformulando a política de saúde indígena. Concordo com Doutor Eloy quando afirmou que o movimento indígena brasileiro não será mais o mesmo depois da pandemia, porque ou o movimento indígena discute e resolve isso ou vai aprofundar a divisão dos “aldeados” e dos “não aldeados”. E lembro que 60% da população indígena brasileira excluída da atual política de saúde indígena, portanto, tem força demográfica, política e legitimidade para virar esse jogo. O movimento indígena brasileiro precisa se antecipar em pautar imediatamente esse debate internamente e junto ao Estado. Do

contrário, este passivo tende a continuar, e todo mundo tende a perder, inclusive o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a Política Nacional de Saúde Indígena.

É determinante o entendimento de que os distintos contextos em que vivemos — aldeias, comunidades, sítios, vilas, distritos, cidades, em terras indígenas demarcadas ou não — não nos fazem diferentes para termos direitos diferentes, distintos ou excludentes. É importante afirmar que muitos indígenas estão fora de suas terras tradicionais porque foram expulsos pelo próprio Estado ou estão a serviço de suas comunidades e povos.

É claro que em uma aldeia na Amazônia tem que ter o barco ou voadeira e todo o aparato para atender de forma adequada os indígenas. Já na cidade não será preciso ter essas coisas, mas tem estrada para percorrer, que também requer serviço adaptado para atender os indígenas. Por exemplo, na cidade tem que ter intérprete. Então, o sistema tem que atender essa necessidade.

A discriminação, volto a afirmar, é um erro sério, tanto para a política pública quanto para o movimento indígena. Então, precisamos encarar e tomar decisões que de fato possam nos levar, se necessário, às defensorias públicas. Na semana passada eu estava conversando com os defensores públicos, também em um curso, e agora estou aqui num evento que permite ser ouvido também pelos nossos defensores do Ministério Público. É uma oportunidade muito importante. As questões precisam ser postas na mesa do debate para podermos encarar e criar estratégias de soluções. Reafirmo que não haverá pós-pandemia igual como era antes. As questões se afloraram e, então, a sabedoria nos indica a necessidade de fazer alguma coisa para mudar a nossa realidade. É um caminho longo, mas nós teremos que nos preparar para encarar isso, mesmo que seja diante dos nossos pensamentos divergentes, mas precisamos avançar. Muito obrigado e parabéns pela iniciativa. Um abraço a todos!

PARTE II

Controle social e interfaces da saúde indígena

Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta¹

CARLA COSTA TEIXEIRA (UNB, CNPQ)

DIEGO DA HORA SIMAS (UNB)

NILTON MIGUEL AGUILAR DE COSTA (UNB)

Apresentação

A atual política brasileira de saúde indígena, embora recente, tem marcos legais que já completaram mais de dez anos. A lei que estabeleceu o subsistema de saúde indígena (doravante subsistema) foi aprovada pelo Congresso Nacional em 1999 e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi emitida pelo Ministério da Saúde em 2002. Muitos são os trabalhos² que buscam refletir sobre os avanços e fracassos obtidos ao longo do processo de redefinição de diferentes políticas voltadas para os povos indígenas no Brasil (educação, saúde, direitos humanos etc.), políticas estas que se inserem na redemocratização que o país vivenciou desde o final dos anos 1980.

¹ Artigo publicado anteriormente em *Tempus — Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, pp. 97-115, 2013. Foram mantidas as filiações institucionais dos autores à época.

² Dentre os quais: LIMA; BARROSO-HOFFMANN, 2002a; 2002b; 2002c; ARAÚJO et al., 2006; LUCIANO, 2006; SOUSA et al., 2010; DE PAULA; VIANNA, 2011; GARNELO; PONTES, 2012.

No que concerne especificamente às políticas de saúde, neste momento houve uma articulação profícua entre o movimento indígena e o movimento pela universalização do sistema de saúde. Tal articulação buscou traduzir a bandeira abrangente que afirmava a saúde como dever do Estado para uma agenda voltada para a população indígena, respeitadas suas singularidades. Assim, tratou-se de assegurar condições políticas para a construção de um sistema de saúde vinculado ao Ministério da Saúde (MS), e não mais ao órgão indigenista (Fundação Nacional do Índio — Funai), e no qual estivesse assegurada a participação indígena efetiva, através do dito controle social. Este é um termo de governo e representa o instrumento pelo qual a sociedade deve participar do processo de planejamento, operacionalização, fiscalização da execução e avaliação das políticas públicas. Seu objetivo é compartilhar entre sociedade e governo o compromisso com as ações de governo em todas as suas etapas, visando sua eficácia, não só no que diz respeito a questões técnicas e orçamentárias, mas também no que tange à pertinência e à adequação dessas políticas à realidade de seus usuários.³

Desta perspectiva, tomamos como recorte etnográfico a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI), tendo em vista seu processo de construção e atuação junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) para refletir sobre as conquistas alcançadas nas duas últimas décadas no campo da saúde indígena. Acompanhamos as atividades da CISI desde o ano de 2006,⁴ a

³ Para uma abordagem da dimensão do controle social sobre a saúde exercido por meio dos conselhos de saúde, consultar: CORREA, 2000.

⁴ Carla Teixeira ocupou de 2006 a 2010 a cadeira de representante da Associação Brasileira de Antropologia na CISI e permaneceu como membro convidada permanente da comissão. Parte das observações se devem, também, à pesquisa etnográfica das reuniões da comissão para projeto de iniciação científica submetido ao edital ProIC/CNPq/UnB do período 2012/2013, realizada por Diego da Hora Simas, Nilton Miguel Aguilar de Costa, Sara Godoy Brito e Marcos Júnior dos Santos Alvarenga.

fim de observarmos a relação dos representantes indígenas com os demais membros da comissão e com as outras entidades governamentais relacionadas à política indigenista e vermos como se organizam os discursos em torno das temáticas debatidas. Ademais, analisamos todas as recomendações e resoluções publicadas pelo CNS entre 1991 e 2012.

A escolha por focalizar o controle social, um processo de participação legalmente previsto,⁵ toma como referência tanto a relevância que lhe atribuem os movimentos indígenas quanto seus desdobramentos políticos que não se esgotam naquelas instâncias. Considerando esse cenário, nosso objetivo é contribuir para a compreensão da inclusão política dos representantes indígenas nas instâncias formais de deliberação e fiscalização das ações de governo na saúde. Para tal, apresentamos a CISI, espaço de fomento de ações para a saúde indígena no assessoramento do órgão máximo do controle social em saúde, o CNS. Em seguida, fazemos uma apresentação dos principais marcos institucionais que representaram conquistas para o movimento indígena pelo direito à saúde, através do controle social e/ou demais vias de ação política acessadas pelas representações indígenas. E, finalmente, procuramos refletir sobre quais os limites da democracia direta via controle social, a possibilidade de ação política que contemple o diálogo interétnico e, principalmente, a tradução das conquistas institucionais em melhorias significativas na realidade cotidiana dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

⁵ No âmbito do SUS, o controle social é sugerido em diversos artigos (como os 7,^o 12^o e 15^o) da Lei n^o 8.080/1990, mas foi, de fato, institucionalizado pela Lei n^o 8.142/1990, que estabelece os conselhos de saúde (órgãos colegiados permanentes com poder deliberativo) dos municípios, estados e distritos sanitários indígenas quanto aos desdobramentos políticos que não se esgotam naquelas instâncias.

Controle Social Indígena no CNS

Dentre as instâncias de controle social inseridas no subsistema — as quais incluem os conselhos locais indígenas, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e o fórum de seus presidentes (FPCONDISI), além das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI)⁶ —, a CISI é a que tem a prerrogativa de assessorar o pleno do Conselho Nacional de Saúde, o mais alto colegiado deliberativo do SUS. Como as demais comissões intersetoriais (doravante CI), ela deve subsidiar discussões e submeter recomendações que tornam-se insumos para as deliberações do conselho no que concerne ao planejamento estratégico e à fiscalização da execução de políticas, normas e programas de instituições e setores relacionados ao SUS.⁷ Segundo texto de apresentação disponível no website institucional do CNS, a realização de estudos e debates e a produção de conhecimento que contribuam para o benefício da qualidade de vida das populações indígenas são algumas de suas atribuições.

Não obstante o fato de que a saúde indígena não tenha sido abordada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), a qual prescreve a criação de comissões intersetoriais para o conselho e sugere seis temas a serem contemplados, a CISI foi criada, em 1991, pela mesma resolução que, de fato, instituiu as

⁶ Um estudo mais detalhado das Conferências Nacionais de Saúde como instâncias de controle social pode ser encontrado em: ESCOREL; BLOCH, 2005.

⁷ Informações extraídas do website institucional do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>.

primeiras CI.⁸ Ainda desconhecemos os pormenores do processo político que se deu entre a publicação da Lei nº 8.080/90 e da Resolução CNS 11/91 e que culminou com a criação da CISI juntamente com outras seis primeiras comissões. Sabemos, por conversas com representante do Conselho Missionário Indigenista (entidade que integra a CISI desde sua criação), que, a partir da articulação entre o movimento indígena e o movimento sanitarista, a grave crise na saúde dos povos Yanomami que se acentuava desde o fim dos anos 1980 repercutiu no conselho, sendo decisiva para o alçamento da pauta da saúde indígena já nos primeiros anos da atual formatação do CNS. Tal crise, decorrente da corrida do ouro na reserva Yanomami e que dizimou cerca de 14% de sua população somente no estado de Roraima (RAMOS, 1993, p. 50 apud CASTELLANI, 2012, p. 44), atraiu até mesmo a atenção internacional, forçando o governo brasileiro a elaborar às pressas um programa emergencial de saúde, o qual redundou na criação, em janeiro de 1991 (portanto nove meses antes da publicação da Resolução CNS 11), do primeiro DSEI (CASTELLANI, 2012, p. 44).

⁸ Em seu 12º artigo, o texto da Lei nº 8.080/90 diz: “Serão criadas comissões inter-setoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde”. E, posteriormente, no artigo 13º: “articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I — alimentação e nutrição; II — saneamento e meio ambiente; III — vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV — recursos humanos; V — ciência e tecnologia; e VI — saúde do trabalhador”. Ou seja, tal lei não cria as CI, mas prevê seu estabelecimento em ato normativo posterior e resolve que esses temas devem ser contemplados. De fato, é a Resolução 11/91 do próprio conselho que estatui as sete primeiras CI, seis das quais compreendem os temas prescritos pela Lei Orgânica da Saúde. A sétima delas é a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena.

A composição atual da CISI⁹ tem como titulares cinco representantes indígenas das diferentes regiões do Brasil,¹⁰ e um representante de cada uma das seguintes organizações: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Antropologia (ABA), Conselho Indigenista Missionária (CIMI), Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Pastoral da Criança/CNBB, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e Funai. Como suplentes, há um representante de cada uma das seguintes entidades: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) e dos ministérios da Educação, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e Desenvolvimento Agrário. Completando o quadro de suplentes, há um representante dos prestadores de serviço de saúde e um da Força Sindical.

⁹ Definida pela Resolução CNS 380/07 e modificada pela Resolução CNS 241/11, a qual aprova a entrada da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na comissão.

¹⁰ Sendo as regiões Norte e Centro-Oeste representadas pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), as regiões Nordeste e Sudeste representadas pela Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME), e a região Sul representada pela Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (ARPINSUL).

A coordenação e a coordenação-adjunta, a cargo de integrantes do pleno do Conselho Nacional, são assumidas, respectivamente, por representante da COIAB e da CNBB.¹¹

Objetivando construir um instrumento¹² que nos auxiliasse na compreensão da natureza, do alcance e das possibilidades do controle social das lideranças indígenas na instância máxima deliberativa do SUS, examinamos todas as 326 recomendações e 422 resoluções publicadas no website do CNS¹³ entre os anos

¹¹ Muito embora a Resolução CNS 380/07 determine que a coordenação e a coordenação-adjunta da CISI sejam assumidas por, respectivamente, APOINME e COIAB. Entretanto, desde a publicação da Resolução CNS 407/08, a qual estabelece o atual regimento interno do conselho, a APOINME deixou de se caracterizar como uma entidade ou um movimento social nacional, uma vez que o referido documento define (em seu parágrafo 3º) como nacional apenas as representações que atuam em ao menos um terço das unidades federativas e em três regiões do país. Por atuar somente nas regiões Nordeste e Sudeste, a APOINME não mais integra o pleno do Conselho Nacional nem coordena comissões intersetoriais, pois somente entidades nacionais podem compor o pleno do conselho e apenas conselheiros nacionais podem assumir a coordenação das CI. Anteriormente à atualização do regimento interno, representantes da APOINME coordenavam três CI, quais sejam, Saúde Bucal, Eliminação da Hanseníase, e a própria CISI.

¹² Uma análise mais detalhada foi feita no relatório de iniciação científica “Um estudo sobre o controle social indígena no Conselho Nacional de Saúde, a partir de suas recomendações e resoluções”, de Nilton Miguel Aguilar de Costa, que encontra-se no prelo.

¹³ Acessamos apenas as resoluções e recomendações disponíveis no website institucional do CNS. As resoluções são enumeradas ininterruptamente entre os anos, ou seja, a primeira resolução de cada ano é de número subsequente à última resolução do ano anterior. Constatamos que 43 resoluções não foram publicadas no site do CNS. Já as recomendações são contadas a partir do número 01 a cada ano. Desta forma, não nos foi possível verificar se após a última recomendação de cada ano há alguma outra que deixou de ser publicada no site. Assim sendo, estimamos que 24 recomendações não foram disponibilizadas, podendo esse número ser maior. A lista com recomendações e resoluções não disponibilizadas no site do CNS e, portanto, não analisadas encontra-se em apêndice.

de 1991 e 2012.¹⁴ Dentre esses 748 documentos, encontramos 83 (ou seja, cerca de 11%) em que questões concernentes à saúde indígena são abordadas de maneira central ou secundária.

Salientamos que não foi possível averiguarmos em que CI se originou cada uma das discussões que tratam de questões de saúde indígena resolvidas e recomendadas pelo conselho, uma vez que poucos desses atos normativos explicitam essa informação. As representações indígenas no CNS não se concentram apenas na CISI, pois, entre 2007 e 2009, inseriram-se também em outras onze das vinte e seis CI do CNS.¹⁵ No entanto, em que pese o fato de que a CISI não seja mencionada em todas essas resoluções e recomendações, cerca de 43% dos documentos examinados que dispõem sobre saúde indígena fazem menção a essa comissão. E, o mais importante, não há dúvidas de que a existência de uma CI com a finalidade específica de atuar na política de saúde indígena, tendo a participação de representantes indígenas, foi fundamental na consolidação de uma agenda indígena no CNS.

¹⁴ De fato, a primeira resolução do CNS disponível em seu website foi publicada no Diário Oficial da União no dia 14 de junho de 1988. Todavia, essa resolução é de período anterior à atual formatação do conselho, baseada em ampla participação de representantes da sociedade civil e na existência de comissões intersetoriais temáticas. Os marcos legais da atual formatação são o Decreto nº 99.438 (que dispõe sobre a organização e as atribuições do CNS) e a Lei nº 8.080 (que, entre outras providências, prescreve a criação das comissões intersetoriais), ambos de 1990. Ademais, nenhuma outra resolução foi publicada entre os anos de 1988 e 1990 — a única a ter sido publicada foi revogada em 1996. Assim sendo, para fins de análise, consideraremos apenas o período que compreende os anos de 1991 a 2012.

¹⁵ São elas: as comissões de Alimentação; Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente e Jovens; Educação Permanente do Controle Social no SUS; Eliminação da Hanseníase no Brasil; Práticas Integrativas e Complementares do SUS; Saneamento e Meio Ambiente; Saúde Mental; Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis; Saúde da Pessoa com Deficiência, Trauma e Violência.

Recomendações do CNS

Cerca de 10% das recomendações examinadas dispõem, de maneira central ou secundária, sobre questões atinentes à saúde dos povos indígenas, fazendo desse o segundo tema mais recorrente entre as recomendações, superado apenas pela saúde do trabalhador.¹⁶ Observamos que em períodos de grandes mudanças na estrutura do subsistema tais questões se destacaram entre as recomendações feitas pelo CNS a órgãos dos poderes executivo e legislativo. No ano de 1998, por exemplo, em que, com a revogação do decreto presidencial 1.141/94, a FUNASA assumiu a gestão das ações em saúde indígena (as quais anteriormente dividiam-se entre ações curativas sob responsabilidade da Funai e ações preventivas sob responsabilidade da FUNASA), cerca de um quarto de todas as recomendações publicadas pelo CNS pautaram temas de saúde indígena. Essa proporção se repetiu no período que compreende os anos de 2009 e 2010, no qual se desenrolou a transferência da responsabilidade pelo subsistema da FUNASA para o Ministério da Saúde, culminando com o estabelecimento da SESAI. É visível, portanto, que as lideranças indígenas com representação nas comissões intersetoriais e no pleno do conselho participaram ativamente do debate que precedeu as grandes mudanças nos marcos legais que definiram a responsabilidade pela gestão da estrutura no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena das duas últimas décadas.

Além de debater sobre os atos normativos que regulam o subsistema (assunto pautado por 25% de todas as recomendações que abordam a saúde indígena), o conselho também recomendou a diversos órgãos e setores ligados à gestão das políticas de saúde ações que: (i) transformassem a estrutura e a gestão

¹⁶ A saúde do trabalhador ocorre com uma frequência muito maior que qualquer outro assunto entre as recomendações publicadas pelo CNS, totalizando um número aproximadamente três vezes maior que o da saúde indígena.

do subsistema (como definição de estratégias para o estabelecimento da SESAI e para o processo de gestão autônoma dos DSEI e a formulação de uma norma operacional básica para a saúde dos povos indígenas); (ii) e adequassem políticas públicas em saúde para a realidade dessas populações (que abrangem temas que vão desde a distribuição de merenda escolar e programas de saúde bucal a formação de recursos humanos indígenas para atuação nos DSEI).

As recomendações do CNS também constituem instrumento a partir do qual as representações indígenas lançam mão do controle social para monitorar o funcionamento do subsistema, por exemplo: (i) ao proporem o levantamento de ações realizadas por agências missionárias; (ii) a garantia do acompanhamento de lideranças na escolha do quadro de dirigentes da FUNASA; (iii) e a solução para problemas diversos concernentes às atividades de órgãos e setores responsáveis por políticas para a saúde indígena.

Completando os temas pautados por recomendações feitas pelo CNS, está a convocação, a realização, a divulgação, bem como a implementação de deliberações de encontros e conferências sobre saúde indígena. Isto posto, verificamos que cerca de 87,5% (28) das recomendações feitas pelo CNS que discutem questões concernentes à saúde indígena dispõem sobre regulação, gestão e funcionamento de políticas públicas, enquanto 12,5% (4) delas abordam eventos que se constituem como relevantes espaços de debate dessas políticas. Ou seja, além de pautar a discussão sobre políticas públicas, o conselho fomenta, por meio de recomendações, conferências que, por sua vez, orientam diversas recomendações e resoluções do próprio conselho sobre as políticas públicas.¹⁷

¹⁷ Recomendações sobre temas como a revisão do Decreto Presidencial nº 1.141, de 1994, a instituição da SESAI e as modificações no Projeto de Lei nº 3.958 de 2008, por exemplo, basearam suas considerações em deliberações de eventos sobre saúde indígena.

Resoluções do CNS

Diferentemente das recomendações a partir das quais o pleno do CNS sugere a tomada de ações para diversos órgãos e setores dos três poderes, as resoluções são deliberações que se traduzem em portarias do Ministério da Saúde, uma vez homologadas pelo ministro de Estado,¹⁸ seja por anuência do mesmo ou através de negociação política, ação judicial ou acionamento do Ministério Público (NÉDER, 1994, p. 40). Cerca de 12% das 422 resoluções que examinamos ressaltam questões relacionadas à saúde dos povos indígenas. Apenas uma delas não foi homologada, qual seja, a Resolução 304/2000, que aprova normas para pesquisa envolvendo seres humanos, sendo a questão dos povos indígenas uma entre diversas outras por ela consideradas.¹⁹

Destacam-se dentre esses atos normativos as deliberações sobre a estrutura organizacional do próprio CNS, as quais somam metade de todas as resoluções examinadas e abordam desde a criação e a estrutura organizacional das CI à aprovação de regimentos eleitorais e à periodicidade de reuniões. Nas sete resoluções publicadas entre 1992 e 2011 que alteram a composição da CISI, percebe-se uma progressiva ampliação da participação das representações indígenas na comissão. Na primeira composição da CISI, de 1991, haviam dois representantes de usuários, um da União dos Povos Indígenas (UNI) e um da União dos Povos da Floresta. Em 1992,²⁰ a cadeira de dois representantes de gestores e a da União dos Povos da Floresta foram cedidas a representantes

¹⁸ No caso dos CONDISI, cabe ao secretário especial de saúde indígena fazê-lo.

¹⁹ A questão da ética em pesquisa com povos indígenas é objeto de recorrente discussão e controvérsia nas associações científicas interessadas em pesquisas com seres humanos. Interessados na perspectiva antropológica sobre o tema, consultar: VICTORA et al., 2004; FLEISCHER; SCHUCH. 2010.

²⁰ A partir da Resolução nº 34 de 1992, que baseia suas considerações no relatório final do Painel de Saúde do Índio, da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

do Conselho de Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (CAPOIB), da Comissão de Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste e da UNI — Acre e Sul do Amazonas. Em 1996²¹ a composição da CISI é reestruturada e são garantidas quatro vagas de titular para representantes indígenas, as quais são empossadas por um representante da COIAB, um representante do Conselho Indígena de Roraima, um representante da UNI — Acre e Sul do Amazonas e um representante da APOINME. Em 2007²² esse número saltou para sete. Cinco cadeiras de titulares são designadas para lideranças das regiões do país e os cargos de coordenação e coordenação-adjunta são ocupados por organizações indígenas, muito embora, como observado acima, atualmente a coordenação-adjunta esteja a cargo de representante da CNBB.

Ademais, por meio das resoluções do CNS, a participação das lideranças indígenas também se expandiu para outras comissões, sendo que atualmente há ao menos um representante indígena em quase metade das CI. Considerados esses dados, nota-se que desde 1991 o número de representantes dos povos indígenas aumentou quase dez vezes nas comissões que assessoram

²¹ Com a publicação da Resolução nº 137 de 1996.

²² Quando da publicação da Resolução nº 380 de 2007, que define a atual composição da CISI.

a instância máxima de deliberação do SUS.²³ Talvez por isso, não obstante o fato de que o número de CI do conselho tenha aumentado de sete para vinte e seis, a proporção de resoluções e recomendações que tratam de questões relacionadas à saúde indígena não tenha diminuído. Ao contrário, a proporção de resoluções que dispõem sobre questões de saúde indígena aumentou a partir de 2007, ano em que foram criadas diversas CI e que outras já existentes foram reestruturadas, integrando em sua composição representantes indígenas. Percebe-se, por conseguinte, que, deliberando sobre a estrutura do próprio controle social, a mais alta instância de controle social do SUS viabiliza a ampliação dos debates sobre a agenda da saúde indígena.

Cerca de 30% das resoluções do CNS também abordam questões semelhantes àquelas tratadas pelas recomendações, quais sejam, a regulação, a gestão e o funcionamento das políticas públicas em saúde, além de encontros e conferências em que tais políticas são discutidas. Destacam-se entre essas resoluções as que dispõem sobre o processo de estruturação dos DSEL, deliberando sobre questões que vão desde a elaboração de critérios para sua delimitação geográfica, cultural, populacional e

²³ Somando-se todas as vagas destinadas, por resolução, a representações indígenas em doze das vinte e seis CI, encontra-se um total de dezenove indígenas compondo as comissões que assessoram o conselho (sendo treze atuando como titulares, dois como coordenadores, e quatro suplentes). Representantes da COIAB ocupam onze dessas cadeiras, sendo três na CISI (coordenando a comissão e representando as regiões Norte e Centro-Oeste) e nove em outras CI: seis deles titulares, um suplente, e o coordenador-adjunto da CI de Saúde Bucal. Outras seis cadeiras ocupadas por organizações do movimento indígena são distribuídas entre a ARPINSUL, representando a região Sul na CISI, e a APOINME, representando as regiões Nordeste e Sudeste na CISI e com um membro titular na CI de Eliminação da Hanseníase. As quatro outras vagas são empossadas por presidentes dos CONDISI, representando os FPCONDISI. Junto à COIAB, o FPCONDISI possui um membro titular (além de dois suplentes) no pleno do Conselho Nacional. Entre conselheiros nacionais, suplentes de conselheiros nacionais e membros titulares e suplentes das comissões intersetoriais, há um total de vinte e cinco cadeiras disponíveis para representações indígenas na estrutura do CNS, das quais oito são para suplentes.

administrativa até a reestruturação de toda rede dos Conselhos de Saúde. Por meio de resoluções, o CNS também aprova normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos.

Categorizados em assuntos-chave, as questões sobre as quais dispõem as resoluções do CNS se distribuem da seguinte maneira:

TABELA 1 | Resoluções do CNS que dispõem sobre questões de saúde indígena distribuídas por assuntos-chave agrupados

ASSUNTOS-CHAVE AGRUPADOS	QTD.	%
Pesquisa em saúde indígena	5	9,8
Eventos sobre saúde indígena	5	9,8
Políticas públicas para saúde indígena	15	29,4
Estrutura do CNS	25	49
TOTAL	51	100

Observamos, ainda, que resoluções publicadas pelo conselho são também instrumentos a partir dos quais a CISI reitera e salienta suas funções para as outras instâncias de poder, sobretudo ao resolver sobre os atos normativos do poder legislativo. A Resolução 45/93, por exemplo, aprova propostas feitas pela CISI para modificar o substitutivo da deputada Tereza Jucá ao Projeto de Lei nº 2.057/91, conhecido como Estatuto do Índio. Dentre elas está a de alteração de um dos artigos do PL para o seguinte texto:

O órgão federal de saúde atuará através de: I — Coordenação de Saúde do Índio, da [FUNASA], a qual caberá o controle das ações de saúde entre os povos indígenas. II — Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, vinculada ao [CNS], a qual *cabará propor a Política Nacional de Saúde do Índio, através da formulação de princípios, diretrizes e estratégias de ação relativas à saúde dos povos indígenas* (Grifo nosso).

Essa resolução também considera desnecessária a criação, proposta pelo substitutivo, de uma “Comissão de Saúde do Indígena”, sob a justificativa de que já havia, além da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, a própria CISI, descrita como de “maior abrangência e representatividade institucional e indígena.” Posteriormente, outras propostas de alteração ao anteprojeto de lei do novo Estatuto do Índio foram feitas pela Resolução CNS 121/1994. Esta recomenda, entre outros pontos, a substituição de dois artigos do anteprojeto pela seguinte redação:

A formulação dos princípios, diretrizes e estratégias da política nacional de saúde para as comunidades indígenas, bem como o controle da execução desta política cabe à Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, vinculada ao [CNS].

E, por fim, a Resolução CNS 59/1993 pontuara, ao recomendar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde se adeque à especificidades das comunidades indígenas, que suas políticas deveriam acatar as orientações da CISI, “que tem, a nível federal, as mesmas atribuições dos Núcleos Regionais de Saúde Indígena.”

Além do Controle Social

Quando falamos de controle social, estamos nos referindo aos diferentes mecanismos que nas últimas décadas o governo brasileiro, em suas variadas composições políticas, tem criado para gerar o que atualmente é denominado na política de saúde, nosso foco, “gestão estratégica e participativa” ou, numa denominação mais abrangente, “democracia direta”. Este tipo de concepção de gestão consiste basicamente de instâncias do tipo conselho, compostas por usuários (50%), gestores (25%) e trabalhadores da saúde (25%) e que são mais normatizadas em

seu funcionamento conforme tenham ou não poder de deliberação. Isto em que pese o fato de qualquer deliberação necessariamente ter de ser sancionada pelo representante do poder executivo no qual o conselho se insere. Existem, ainda, as conferências nacionais de saúde e as conferências nacionais específicas para a saúde indígena que ocorrem periodicamente²⁴ com a função de fazer diagnósticos e propor orientações para as políticas de governo — cuja composição é similar à dos conselhos. Tal organização híbrida de regime de governo tem como meta inserir de forma subalterna algumas práticas de participação cívica direta permanente no bojo da democracia representativa eleitoral que qualifica o sistema político brasileiro. Contudo, como veremos, não o faz sem tensões, e suas consequências têm gerado controvérsias.

Estudos realizados em conselhos nacionais localizados em diferentes ministérios têm destacado sua relevância para a ampliação da governança democrática e pontuado seus desafios e limitações.²⁵ A principal limitação apontada na atuação destes canais institucionais de participação é o seu baixo impacto nas políticas públicas tanto do ministério em que se inserem como em termos gerais (Congresso Nacional, outros ministérios, iniciativa privada etc.). Todavia, tal avaliação de impacto nem sempre é compartilhada pelos que participam dos conselhos. No caso específico do CNS, investigação realizada em 2012 revelou que 71% dos conselheiros reputavam como significativa e muito significativa a influência do conselho nas políticas públicas do ministério da saúde (IPEA, 2013b). Como nossas observações em campo se limitaram à comissão que assessorava

²⁴ As primeiras ocorrem de quatro em quatro anos e não há regularidade entre as segundas.

²⁵ Entre eles: CARNEIRO, 2007; TEIXEIRA et al. 2009; SOUZA; LIMA, 2012; BISPO; GERSCHMAN, 2013; IPEA, 2013a.

o conselho nos assuntos que envolvem a saúde indígena, não temos como avançar na compreensão dessa opinião dos conselheiros. Contudo, no que concerne à referida comissão (CISI), o desenvolvimento da política de saúde indígena é, como pontuamos acima, marcado por ações políticas bem-sucedidas do movimento indígena e dos seus representantes políticos nesta.

Assim, como já dito, verificamos a articulação do movimento indígena com o movimento pela reforma do sistema de saúde já nos primeiros momentos de definição do novo sistema de saúde, que seria instaurado com a volta da democracia no Brasil. Tal articulação garantiu que a CISI compusesse o primeiro conjunto de comissões criadas para assessor do Conselho Nacional de Saúde em 1991. Garantiram, neste momento, um fórum de participação institucional predominantemente formado por lideranças políticas indígenas, que viriam em 2006 a conquistar duas cadeiras no Conselho Nacional de Saúde e também assumir a coordenação da CISI.

Em termos de organização do serviço de saúde, observamos a conquista da instituição de um subsistema para a saúde indígena no final dos anos 1990. O país tinha, desde a Constituição Federal de 1988, estabelecido o Sistema Único de Saúde orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da descentralização. Neste quadro, os indígenas se mobilizaram para garantir que no caso específico da saúde indígena a descentralização das ações de saúde básica não se fizesse via municipalidade, mas que fossem criados distritos sanitários especiais vinculados diretamente ao governo federal — responsável legal pelos assuntos relativos aos povos indígenas. Seu argumento era de que justamente no âmbito do poder municipal encontravam-se seus inimigos históricos: grandes produtores agrícolas, pecuaristas etc. Desta perspectiva, entregar a responsabilidade pela atenção primária à saúde indígena aos municípios era visto como contrário aos interesses indígenas e, principalmente, como

sinônimo de desassistência. Além de permitir uma descentralização distinta, os DSEI previstos no subsistema compunham a proposta de que deveria ser construído um serviço de atenção diferenciada para os indígenas, ou seja, um serviço que considerasse as especificidades desses povos. Ainda, o subsistema previa que fossem criadas instâncias de participação formal no âmbito das aldeias e dos DSEI, respectivamente, Conselhos Locais de caráter consultivo e Conselhos Distritais de caráter deliberativo. Assim, as lideranças indígenas lograram, pela criação do subsistema, garantir a descentralização sem os municípios; o direito à diversidade em articulação com o princípio da universalidade, tendo sido o princípio da atenção diferenciada incorporado de forma central na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em 2002; e a ampliação dos espaços de participação especificamente indígenas na gestão da saúde.

Por fim, gostaríamos de destacar a habilidade das lideranças indígenas (membros da CISI, presidentes de CONDISI, líderes tradicionais e articulações políticas indígenas regionais e nacional) na condução de seus interesses durante a crise política e administrativa que culminou com a criação da SESAI em 2010. Esta era a proposta predominante no movimento indígena e nos canais de participação indígena na gestão governamental da saúde e tivemos a oportunidade de acompanhar de perto as negociações com o MS e com o Congresso Nacional, que sancionou a proposta enviada pela Presidência da República. Nestas oportunidades, as lideranças indígenas foram incansáveis e competentes na busca por convencer seus interlocutores de que esta era a melhor solução para a situação precária das condições de saúde dos povos indígenas. No dia em que o plenário do Senado aprovou a criação da secretaria o fez por unanimidade e com uma performance inusitada: os senadores aplaudiram o público que assistia à votação, composto predominantemente por indígenas, muitos deles com ornamentos tradicionais.

Assim, gostaríamos de argumentar que a compreensão da relevância do exercício do controle social indígena, ou seja, da participação indígena nas instâncias dentro das estruturas estatais da gestão da saúde deve considerar sua eficácia num duplo registro, intrinsecamente articulado: na atuação bem-sucedida na definição das políticas de saúde indígena (observadas nas recomendações e resoluções acima expostas) e no que concerne ao desenvolvimento da competência discursiva indígena nas negociações políticas com representantes de governo. Uma competência que tem se expressado na atuação das lideranças indígenas pela combinação: (i) do manejo das estatísticas, das normas legais e da experiência de vida nas aldeias com (ii) o conhecimento das possibilidades institucionais ao alcance do controle social; ambos confluindo para (iii) a construção de uma retórica sofisticada em que cidadania diferenciada, direitos humanos e biogitimidade (FASSIN, 2001; 2005) se apresentam hierarquizadas conforme o contexto. Com isto, queremos destacar que a participação indígena no controle social é um instrumento para obtenção e efetivação de direitos na saúde, mas também, e não menos importante, um valor em si, na medida em que se constitui em um processo de aprendizado dos meandros da luta política na sociedade nacional, bem como de progressivo reconhecimento dos povos indígenas como sujeitos políticos legítimos.

Considerações finais

Na dimensão instrumental do controle social, até agora argumentamos no sentido de destacar a capacidade das representações indígenas de construir políticas de governo de seu interesse. A questão que gostaríamos de propor para finalizar este artigo é relativa à tradução do sucesso político normativo

(políticas de governo) na melhoria das condições de vida de homens e mulheres indígenas nas aldeias. Os resultados são reduzidos. Segundo depoimento de diferentes representantes indígenas na CISI nos últimos anos (2006-2013), os problemas de saneamento e de água potável permanecem — e por vezes se agravaram, como entre os Guarani-Kaiowá e os Xavante. Se considerarmos os indicadores de saúde produzidos pela FUNASA, embora alguns tenham melhorado, continuam muito piores do que os da população nacional. O coeficiente de mortalidade infantil em indígenas caiu entre os anos 2000 e 2006 de 74,6 para 48,6 (por mil vivos), permanecendo, contudo, quase duas vezes maior do que o coeficiente nacional, que foi estimado em 25,1 para 2006 (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). Tudo parece indicar, portanto, que haveria uma inclusão política sem consequências consistentes para a melhoria das condições materiais de existência dos indígenas.²⁶ Nas palavras de Kleber Karipuna, então coordenador-tesoureiro da COIAB e atual presidente do CONDISI Amapá e Norte do Pará: “A população indígena exerce um controle social. Participa, reclama, apoia quando é necessário, expõe quais são os problemas que devem ser atacados para melhorar a atenção à saúde indígena, mas, infelizmente, na prática, isso não funciona; não conseguimos ver a melhora de fato” (BANIWA; KARIPUNA, 2012). Nessa disjunção entre reconhecimento político e desconsideração cívica na efetivação dos direitos, surge a indagação sobre se a eficácia política das lideranças indígenas nas instâncias estatais irá manter-se sem impactar positivamente na vida cotidiana daqueles a quem representam. O que temos observado é preocupante. Tem sido frequente o deslocamento de indígenas (homens e mulheres) de suas aldeias para a capital federal a fim de falar diretamente com

²⁶ Estudos recentes em outras instâncias participativas em órgãos de governo indicam que esta não é uma realidade exclusiva do controle social indígena na saúde.

o secretário especial de saúde indígena, por vezes adentrando em reuniões e desconsiderando seus representantes que lá estão. Sem pretendermos tirar conclusões precipitadas, contudo, é preciso destacar que a descontinuidade entre eficácia simbólica e material, os estudos antropológicos já demonstraram, dificilmente se mantém por muito tempo. Esse parece ser o desafio atual do protagonismo indígena no Brasil. Um desafio que, é importante destacar, vem a ser compartilhado por todos os que apostam na estratégia de ocupação dos espaços internos às estruturas estatais: não apenas influenciar as políticas de governo, mas garantir que suas determinações saiam do papel.

Cientes disso, as articulações políticas indígenas têm intensificado outros tipos de ação política, além das previstas na governança democrática, a fim de garantir que o sucesso do protagonismo indígena na construção de políticas públicas de saúde, e em outras, torne-se uma realidade imediata e duradoura na jovem democracia brasileira. São as estratégias políticas combinadas que pudemos ver, com expressão espetacular, este ano no Abril Indígena com a ocupação da Câmara dos Deputados em Brasília e de várias Câmaras Municipais em todo o país; e na Semana de Mobilização Nacional Indígena com audiência pública no Senado, agenda com os ministros do Supremo Tribunal Federal — manifestação que, em sua caminhada pelos Três Poderes, incluiu um único ministério: o da Saúde. Se estes exemplos tiveram como temática central os direitos territoriais indígenas, sua manutenção e expansão, esse tipo de atuação tem se mostrado central também nas políticas de governo setoriais.

Assim, na política de saúde indígena verificamos somente no último mês de setembro a ocupação da sede do DSEI do Médio Purus (AM), em Lábrea — na busca por melhorar o atendimento, mudar o coordenador do DSEI e barrar as interferências

partidárias no DSEI²⁷ —, e também da sede do DSEI Mato Grosso do Sul, em Campo Grande, com objetivos similares.²⁸ Longe de ser novidade, estas ocupações de sedes de DSEI vêm ocorrendo com frequência há muitos anos, por vezes com detenção de funcionários, tendo sido o próprio secretário Antonio Alves (SESAI) detido em Barra do Corda (MA) quando fazia a entrega de viaturas ao DSEI em julho deste ano.²⁹

A adequada compreensão das possibilidades de tais estratégias requer que se amplie a lente de enquadramento e se considere a situação dos povos indígenas no Brasil, e sua agência política, no horizonte abrangente de profunda assimetria de poder e de exclusão que tem caracterizado suas relações com a sociedade nacional. Como disse recentemente o antropólogo e liderança indígena Gersen Luciano Baniwa: “Quando observamos a difícil situação de vida dos povos indígenas, pelas permanentes violações de seus direitos básicos, como o direito ao território e à saúde, podemos acreditar que ou o país ainda não definiu seu projeto de nação; ou já definiu e neste projeto não há lugar para os povos indígenas”.³⁰

²⁷ ROSHA, D. Povos indígenas ocupam sede do DSEI de Lábrea, Amazonas. *Conselho Indígena Missionário*, 13 de setembro de 2013. Disponível em: <https://cimi.org.br/2013/09/35288/>. Acesso em: 21/07/2021.

²⁸ SPOSATI, R. MS: indígenas ocupam sede do distrito de saúde; leia carta. *Blog da Articulação dos Povos Indígenas Brasileiros*, 18 de setembro de 2013. Disponível em: <https://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2013/09/indigenas-ocupam-predio-da-sesai-e-pedem-saida-de-coordenador-em-ms.html>. Acesso em: 10/08/2022.

²⁹ Índios sequestram comitiva do Ministério da Saúde no Maranhão. *Blog Questão Indígena*, 20 de julho de 2013. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2013/07/parte-de-comitiva-de-ministerio-da-saude-e-resgatada-em-aldeia-indigena.html>. Acesso em: 10/08/2022.

³⁰ PIMENTA, T. Atual projeto de nação não tem lugar para povos indígenas, diz indígena e doutor em antropologia. *EBC*, 12 de abril de 2013. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/cidadania/2013/04/indigena-e-doutor-em-antropologia-social-fala-sobre-projeto-indigenista-para-o>. Acesso em: 10/08/2022.

Mas também urge considerar a eficácia dessas ações políticas não institucionalizadas na especificidade do conjunto do controle social, ou seja, não apenas na proposição de políticas públicas, mas, sobretudo, na gestão cotidiana dos serviços prestados a partir das políticas de governo conquistadas. Afinal, tais serviços são fundamentais justamente na alteração das condições de saúde nas comunidades indígenas, uma realidade que, como destacamos, tem se modificado muito lentamente em um processo marcado por avanços e retrocessos.

Como atuar no cotidiano da saúde indígena? Este parece ser o desafio sobre o qual várias lideranças com experiência nos CONDISI, espaço por excelência do exercício do controle social nas comunidades indígenas, têm refletido. A complexidade da indagação tem suscitado uma abordagem que considera múltiplas causalidades. As reflexões apontam desde a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o funcionamento da “burocracia” estatal até o reconhecimento de que é preciso que o movimento indígena promova a reprodução de lideranças que detêm mais experiência nesta atuação, passando pela crítica às normas legais do controle social que controlariam mais a representação indígena do que permitiriam que esta controlasse as ações de governo. Tais análises revelam densidade política quando as lideranças indígenas as inserem na compreensão de que o controle social é um campo de forças, no qual têm de fazer valer a perspectiva indígena.

Mas como privilegiar a perspectiva indígena em um modelo de controle social que foi instituído sem considerar as especificidades de sua organização política? São notáveis as dificuldades encontradas pelas organizações indígenas para se enquadrarem nas definições de representação legítima definidas oficialmente. Teixeira (2009, pp. 113-114) já havia chamado atenção para o fato de que o reconhecimento político das autoridades indígenas e de suas formas próprias de organização,

historicamente ignoradas, ainda é incipiente. Ainda hoje, as relações entre Estado e povos indígenas fundamentam-se no reconhecimento da capacidade processual de seus indivíduos e organizações (ou seja, sua capacidade de acionar o Estado para pleitear interesses), em detrimento do reconhecimento propriamente político dessas organizações, muitas das quais são deslegitimadas por agências do governo que não reconhecem em seus arranjos a representação da totalidade dos povos indígenas. Tais dificuldades podem ser observadas até mesmo no Conselho Nacional de Saúde, cujo regimento restringe a participação de entidades e articulações que não atuam em pelo menos um terço dos estados e três das regiões do país. Ora, é sabido que a distribuição demográfica dos grupos e reservas indígenas não se harmoniza com essa divisão oficial, assim como o próprio subsistema de saúde indígena, organizado em DSEI, os quais nem sempre respeitaram as afinidades étnicas.

Como observado por Ferreira (2012, p. 118), a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social — para os quais autonomia das organizações indígenas é uma ideia de valor consensual entre todos os atores envolvidos (TEIXEIRA, 2009) — dissona de sua realização prática. Tal descompasso redundava na dificuldade de se concretizar um diálogo efetivamente intercultural entre organizações políticas indígenas e instâncias estatais. Ainda que desde as primeiras discussões sobre a implementação de um subsistema diferenciado, as políticas públicas para a saúde indígena no Brasil tenham sido norteadas pelo princípio do respeito às especificidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas (LANGDON, 2004, p. 33), esse valor tem sido minimizado na instrumentação do controle social, que não favorece os modos tradicionais de organização e atuação política desses povos. Em outras palavras, embora haja um subsistema de saúde diferenciado, não há, de fato, um modelo de controle social diferenciado.

Em que pese algumas inovações — como a organização dos Conselhos Locais em aldeias, conjuntos de aldeias e calhas de rios (FERREIRA, 2012, p. 55), ao invés de municípios; dos Conselhos Distritais em lugar dos Conselhos Municipais; e a própria criação de um Fórum de Presidentes do CONDISI, que não encontra paralelo no sistema universal —, a instrumentação não diferenciada desse recurso de participação e, certamente, de disputa política passa ao largo de duas questões fundamentais: a de que as relações entre Estado e povos indígenas têm uma história muito distinta daquelas entre Estado e sociedade envolvente; e a de que diferentes sociedades indígenas não compartilham entre si e com o Estado as mesmas categorias de representação e expressão do mundo.

Ao pesquisarem as atividades políticas de quatro DSEI do Norte do Brasil, Garnelo e Sampaio (2003) observaram, por exemplo, que o ideário de democracia representativa consolidada nos modelos políticos ocidentais, em que espera-se que a figura de autoridade do mandatário decida por seus mandantes, não é partilhada por organizações políticas nativas da região. A logística de distribuição de insumos de bens e serviços providos pelas agências de saúde e a própria estruturação das aldeias em ordem de complexidade crescente nas áreas abrangidas pelo subsistema também vão de encontro aos modos de vida tradicionais, o que potencializa novos ou antigos conflitos entre as populações usuárias. Ademais, a metodologia das reuniões dos conselhos estabelece um modelo de debate e resolução de questões no qual a definição de pautas, tempo e ordem de fala muitas vezes não é construída junto com as representações indígenas participantes.

Por mais que esse instrumento “democracia direta,” baseado em definições restritivas de “representação,” tenha se apresentado muitas vezes como um empecilho para uma verdadeiramente ampla participação das lideranças indígenas, estas têm

tido êxito não só na construção de políticas públicas a partir do controle social, mas também na garantia e ampliação de sua atuação e protagonismo. E, como pontuado por Teixeira (2009), esse êxito explica-se, ao mesmo tempo, pela subversão e pelo domínio desse conjunto de regras estabelecidas à sua revelia — por uma leitura e um manejo peculiares das instâncias de participação estatais.

Por fim, se o domínio do funcionamento burocrático é importante, é porque sem este não se consegue transformar o princípio geral do direito adquirido em prática específica administrativa. Assim, trata-se de um instrumento e não de um fim em si mesmo, pois como declarou André Fernando Baniwa, ex-presidente do CONDISI Rio Negro (AM): “Então, eu acho que o controle social é, primeiramente, o que você faz quando está bem definido em seu espaço, em sua identidade. Aí você vai forte”. E, mais adiante, ao refletir sobre os riscos do controle social, ele explica melhor essa colocação afirmando que “há um grande risco de se passar para o outro lado e não manter o posicionamento que o levou até ali. Há um grande risco de passar a ouvir só o Estado e não mais ouvir a população” (BANIWA; KARIPUNA, 2012).

REFERÊNCIAS³¹

- TEIXEIRA, C.C.; DIMAS, D.H.; SILAS, M.N.A. Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Tempus — Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, pp. 97-115, 2013.
- LIMA, A.C.S.; BARROSO-HOFFMANN, M. (orgs.). *Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED/Museu Nacional, 2002a.
- LIMA, A.C.S.; BARROSO-HOFFMANN, M. (orgs.). *Estado e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED/Museu Nacional, 2002b.
- LIMA, A.C.S.; BARROSO-HOFFMANN, M. (orgs.). *Além da tutela: bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED/Museu Nacional, 2002c.
- ARAÚJO, A.V. et al. Povos indígenas e a lei dos “brancos”: o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional 2006.
- LUCIANO, G.S. *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas do Brasil de hoje*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.
- SOUSA, C.N.I. et al. (orgs.). *Povos indígenas: projetos e desenvolvimento II*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: LACED/Museu Nacional, 2010.
- DE PAULA, L.R.; VIANNA, F.L.B. *Mapeando políticas públicas para povos indígenas: guia de pesquisa de ações federais*. Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED/Museu Nacional, 2011.

³¹ Por ordem de aparecimento no texto.

- GARNELO, L.; PONTES, A.L. (orgs.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; Unesco, 2012.
- CORREIA, M.V.C. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- SCOREL, S.; BLOCH, R.A. *As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS*. In: LIMA, N.T. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- RAMOS, A.R. *O papel político das epidemias: o caso Yanomami*. In: Simpósio “Povos Indígenas em Risco de Extinção”. 13º Congresso Internacional de Ciências Antropológicas e Etnológicas. Cidade do México. Unión Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, 1993.
- CASTELLANI, M.R. *Subsistema de saúde indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- NÉDER, C. *Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros*. In: *Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS (textos técnicos para conselheiros de saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- VICTORA, C. (orgs.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004.
- FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (orgs.). *Ética e regulamento na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Livres; Editora UnB, 2010.
- CARNEIRO, C.B.L. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. *Políticas Públicas*, 2007, v. 2, pp. 149-166.

- TEIXEIRA, M.L. et al. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, 2009, v. 11, n. 21, pp. 218-251.
- SOUZA, C.H.L.; LIMA, P.P.F. *Da inclusão ao insulamento: uma análise sobre o potencial inclusivo de conselhos nacionais*. Brasília: Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades, 2012.
- BISPO JR., J.P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, v. 18, n. 1, pp. 7-16.
- IPEA — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Conselhos nacionais: perfil de atuação dos conselheiros*. Relatório de pesquisa. Brasília, 2013.
- IPEA — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *O Conselho Nacional de Saúde na visão de seus Conselheiros*. Relatório de pesquisa. Brasília, 2013.
- FASSIN, D. The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. *Anthropology Today*, fevereiro de 2001, v. 17, n. 1, pp. 3-7.
- FASSIN, D. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los imigrantes. *Educación*, 2004, v. 28, n. 2, pp. 201-226.
- BASTA, P.C.; ORELLANA, J.D.Y.; ARANTES, R. *Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados*. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L. (orgs.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC/SECADI; UNESCO, 2012.
- BANIWA, A.; KARIPUNA, K. (depoimentos coletados por SAMPAIO, S.). *Controle social: o ponto de vista das lideranças*. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L. (orgs.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC/SECADI; UNESCO, 2012.

- TEIXEIRA, C.C. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico*, 2009, n. 1 (2010), pp. 99-128.
- FERREIRA, L.B. *O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética*. Tese de Doutorado em Bioética. Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- LANGDON, E.J. *Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde*. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na região no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003, v. 19, n. 1, pp. 311-317.

Quantitativo de recomendações feitas pelo CNS (1995-2012)

ANO	GERAL	SOBRE SAÚDE INDÍGENA	SOBRE SAÚDE INDÍGENA(%)
1995	12	0	-
1996	22	3	13,63
1997	7	0	-
1998	16	4	25
1999	16	1	6,25
2000	8	0	-
2001	26	0	-
2002	29	1	3,45
2003	15	2	6,66
2004	10	2	20
2005	16	2	12,5
2006	3	1	33,3
2007	8	1	12,5
2008	50	1	2
2009	34	6	17,6
2010	11	5	45,45
2011	14	0	-
2012	29	3	10,3
TOTAL	326	32	9,8

³² Não foi feita uma atualização dos dados. Contudo, para verificar a permanência ou não da tendência encontrada até o momento de publicação original deste artigo, foi feita consulta em 7 de julho de 2021 à página do CNS. Foram escolhidas as “Recomendações” por se dirigirem a instâncias externas ao Conselho Nacional de Saúde e, portanto, serem mais sensíveis às mudanças conjunturais. Tal consulta revelou que a partir de 2017 o número de recomendações saltou da ordem de 20 por ano para cerca de 60 — exceto em 2020, já durante a pandemia de coronavírus, quando houve apenas uma reunião. Tais recomendações versam sobretudo sobre a defesa das diretrizes constitucionais do SUS, das políticas de bem-estar social e de recursos orçamentários para ambos. Expressam, assim, a luta contra o desmonte desses sistemas que já estava em curso.

Quantitativo de resoluções feitas pelo CNS(1991-2012)

ANO	GERAL	SOBRE SAÚDE INDÍGENA	SOBRE SAÚDE INDÍGENA (%)
1991	20	1	5
1992	15	1	6,6
1993	61	10	16,4
1994	50	4	8
1995	26	0	-
1996	32	3	9,3
1997	55	0	-
1998	22	0	-
1999	10	1	10
2000	8	3	37,5
2001	6	0	-
2002	4	0	-
2003	13	2	15,4
2004	8	1	12,5
2005	12	0	-
2006	5	1	20
2007	25	9	45
2008	10	1	10
2009	15	5	33,3
2010	3	1	33,3
2011	13	4	30,7
2012	9	4	44,4
TOTAL	422		12,08

Relação de resoluções indisponíveis no site do CNS (nº)

036 (1992 ou 1993); 103 (1994); 149 (1994 ou 1995); 150 (1994 ou 1995); 151 (1994 ou 1995); 152 (1994 ou 1995); 233 (1997); 319 (2002 ou 2003); 327 (2003); 328 (2003); 336 (2004); 339 (2004); 259 (2006); 360 (2006); 362 (2006); 365 (2006 ou 2007); 366 (2006 ou 2007); 391 (2007); 392 (2007); 393 (2007); 396 (2008); 398 (2008); 401 (2008); 405 (2008); 416 (2009); 417 (2009); 418 (2009); 420 (2009); 422 (2009); 425 (2009); 427 (2009); 428 (2009); 432 (2009 ou 2010); 436 (2010 ou 2011); 449 (2011); 455 (2012); 456 (2012); 458 (2012); 462 (2012); 463 (2012); 464 (2012); 465 (2012).

Relação de recomendações indisponíveis no site do CNS (nº)

001/1998	002/1998	003/1998	004/1998
005/1998	006/1998	007/1998	008/1998
010/1998	011/1998	012/1998	016/1998
017/1998	018/1998	019/1998	020/1998
021/1998	022/1998	023/1998	024/1998
025/1998	026/1998	027/1998	004/2002

Uma crise permanente: reflexões sobre a política de saúde indígena a partir do caso do Alto Tapajós (PA)¹

CRISTINA DIAS DA SILVA²

(UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

Introdução

Desde os anos 1990, o entrelaçamento entre saúde e política compõe importantes trabalhos antropológicos sobre povos indígenas e as políticas de saúde que os assistem (RAMOS, 1993; FRANKENBERG, 1993; GALLOIS, 1991; BUCHILLET, 1991; 1995). Naquela década, o principal destaque da literatura foi a desconstrução de premissas epidemiológicas que apontavam para universalidades controversas, como a noção de corpo da biomedicina, a etiologia das doenças, entre outros exemplos. Era importante apontar que as tecnologias e conhecimentos biomédicos se conectavam a um papel político em torno das epidemias, pois estas eram, via de regra, geradas pelo contato interétnico num sentido amplo: tanto devido ao contato físico em si quanto pelo

¹ Este artigo foi originalmente publicado na Revista Equatorial, v. 8, n. 14, 2021.

² Professora Associada de Antropologia no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Atua como professora e pesquisadora no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (UFJF).

caráter conflituoso e precário da assistência prestada. Modelos etiológicos indígenas eram sistematicamente desconsiderados na relação estabelecida como o modelo biomédico vigente e tal situação foi amplamente discutida na literatura. Na década seguinte, já no cenário de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, esse debate se expandiu em algumas direções. Ainda que o confronto de perspectivas estivesse presente, as questões da gestão da saúde indígena assumiram maior relevância com o debate mais explícito dos dilemas em torno da construção dos distritos sanitários (GARNELO; WRIGHT, 2001; MAGALHÃES, 2001; MARQUES, 2003; GARNELO, 2003; 2004; LANGDON; GARNELO, 2004; ARAÚJO, 2012). O debate, portanto, se expandiu, pois ao mesmo tempo que os embates de ordem cosmológica conformavam os trabalhos de campo dos antropólogos, o problema político-epistemológico da governança, através das etnografias sobre as políticas públicas de saúde, adensou a perspectiva do contato interétnico para além do conflito sobre processos saúde-doença, estrito senso. Assim, para refletir sobre as descontinuidades e desigualdades embutidas nos cenários da assistência, os autores supracitados se voltaram para os processos da gestão e da administração das políticas públicas de saúde indígena, com especial interesse no processo de construção dos distritos sanitários e na relação entre itinerários terapêuticos e burocráticos no interior do subsistema de saúde indígena.

Aproximadamente a partir de 2010, uma nova leva de trabalhos continuou a elaborar os problemas de gestão na saúde indígena, desta vez com mais ênfase no papel dos agentes indígenas de saúde (NOVO, 2010; TEIXEIRA, 2014; LANGDON; DIEHL; DIAS-SCOPEL, 2014; MOURA-PONTES; GARNELO, 2014; SCOPEL; DIAS-SCOPEL; LANGDON, 2015; SILVA, 2017) e na sua relevância no seio das estratégias políticas para a promoção da saúde indígena. O agente indígena de saúde (AIS) e o agente

indígena de saneamento (AISAN) se tornaram não apenas mediadores políticos das relações entre povos indígenas e agentes governamentais, mas também mediadores acadêmicos, no sentido de que a literatura da área os elegeu como uma possibilidade de refletir e debater a articulação entre saberes e de promover uma atenção diferenciada. Mais ainda, os AIS e AISAN foram pensados como uma possibilidade de apoderamento das estruturas governamentais por parte dos povos indígenas, ainda que de forma incipiente e não necessariamente em busca de uma autonomia plena na gestão da saúde (TEIXEIRA, 2010).

Para as reflexões do presente artigo, proponho rever alguns dados de trabalho de campo em consonância com a literatura antropológica produzida mais recentemente, a fim de revisitar distintas facetas de pesquisas que, assim como a minha, foram produzidas a partir de 2010, e discutiram os diversos gargalos e problemas estruturais da gestão cotidiana, considerando os marcos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI) e suas premissas da atenção diferenciada. Para os fins deste artigo, elegi dois eixos principais de análise: 1) a articulação de saberes na saúde indígena como estratégia ambígua para uma política de afirmação de direitos; e 2) a **crise permanente** na saúde indígena como símbolo de uma gestão das desigualdades históricas que estruturam o campo de relações interétnicas no Brasil.

As políticas de saúde indígena se tornaram um campo de lutas com suas próprias estratégias, cujos significados de termos como “articulação de saberes” e “atenção diferenciada” adquiriram sentidos específicos que não necessariamente estimularam a horizontalidade da interculturalidade, desafiando o compromisso pela equanimidade e pela justiça social na saúde indígena (GARNELO, 2003; GARNELO; SAMPAIO, 2005; LANGDON; GARNELO, 2004; TEIXEIRA, 2017). O cenário do Alto Tapajós, no qual empreendi pesquisa de campo por oito meses, entre

2008 e 2009, pouco mudou em relação à precariedade da assistência oferecida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Rio Tapajós.³

Este trabalho de campo foi realizado para a tese de doutorado em uma aldeia Munduruku e na cidade mais próxima, que abrigava a Casa de Saúde Indígena e a sede administrativa local do DSEI Rio Tapajós. Dentre as principais estratégias da pesquisa estava a de conviver com os profissionais de saúde alocados nas aldeias, assim como realizar uma extensa interlocução com os agentes indígenas de saúde. Durante os oito meses de convívio, destacou-se o manejo político da categoria atenção diferenciada e a perspectiva de uma escassez estruturante das próprias identidades profissionais na saúde indígena: “se virar nos trinta” era o símbolo daqueles que atuavam na saúde indígena. Assim, embora haja muitas outras questões suscitadas e outros dados coletados de igual valor para uma análise, como as contradições explícitas entre etiologias indígenas e não-indígenas (SILVA, 2017), optou-se neste artigo por reaver dados que elaboram as relações de manejo político da categoria atenção diferenciada, pela sua explícita referência à disputa por legitimidade enfrentada pelos povos indígenas no tocante a uma política específica de atenção à saúde.

³ Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são zonas imaginadas, cujas fronteiras delimitam o atendimento a um certo número de etnias, borrando, por vezes, fronteiras estaduais. A noção de distrito sanitário, portanto, tenta seguir a lógica da distribuição das etnias no território brasileiro. Entretanto, o distrito não engendra poderes administrativos autônomos, como gestão de recursos. De fato, quem gere os recursos são, na maior parte das vezes, entidades sem fins lucrativos, que são contratadas pelo governo federal para execução das ações. Assim se delinea o subsistema de saúde indígena, que é integrado ao Sistema Único de Saúde, e apenas responde pelo atendimento local em aldeias e municípios próximos, relativos à baixa complexidade. Quando há casos mais graves e complexos, os povos indígenas acessam o SUS, sendo devidamente referenciados — no caso dos Munduruku — por meio de transporte aéreo de Jacareacanga ou Itaituba para os hospitais públicos de Belém.

Atualmente, o DSEI Rio Tapajós atende a mais de doze mil indígenas, em 141 aldeias, envolvendo, ao todo, quatro etnias — Apiaká, Munduruku, Kaiapó e Kaiabi. A prestação dos serviços é realizada por intermédio da organização social de saúde HMTJ (Hospital Maternidade Therezinha de Jesus), responsável por articular as demandas de contratação de pessoal (sob convênio nº 878448/2018). Em 2008 e 2009, a responsável era a Fundação Esperança, organização com as mesmas características organizacionais e administrativas da HMTJ, isto é, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Em relação à estrutura permanente do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós, havia uma sede administrativa em Itaituba e outra em Jacareacanga, cidades localizadas no sudoeste do Estado do Pará, Médio e Alto Rio Tapajós, respectivamente. O hospital local não contava com Unidades de Tratamento Intensivo, sendo apenas referência de média complexidade. A estrada que ligava Itaituba a Jacareacanga, trecho da BR-230, praticamente não era asfaltada e o transporte era muito precário. A única forma eficaz de realizar atendimentos emergenciais de alta complexidade continuava sendo em Belém, capital do estado do Pará, o que ocorria por via aérea, a uma distância de quase 1.700 quilômetros. Assim, embora o distrito sanitário seja pensado para além das fronteiras estaduais, no caso do DSEI Rio Tapajós a referência do atendimento para os habitantes do Alto Tapajós é a capital do estado — mesmo que existam outras capitais mais próximas de Jacareacanga (como é o caso de Manaus, que dista 1.360 quilômetros, ou Porto Velho, que dista 880 quilômetros). Não houve intervenção com ações de infraestrutura de impacto significativo nos últimos anos, seja para melhoria dos recursos humanos e materiais em saúde, como hospitais de média e alta complexidade nas cidades mais próximas do DSEI, seja para contratação de pessoal médico e de enfermagem permanentes; tampouco os equipamentos são suficientes e adequados às demandas. Estes

dados foram atualizados não apenas pelo sítio virtual da HMTJ,⁴ mas também por uma das etapas regionais da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, referente ao DSEI Rio Tapajós, realizada na Aldeia Karapanatuba, em Jacareacanga, nos dias 17, 18 e 19 de dezembro de 2018, durante os quais se discutiram os eixos da conferência, rumo a sua etapa nacional, que seria realizada em 2019, dentre os quais destaco: (1) a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; (2) o modelo de atenção e organização dos serviços de saúde; (3) os recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural, infraestrutura e saneamento.⁵

Entre as maiores preocupações destacadas pelos Munduruku estão a ação ilegal do garimpo em suas terras, a construção da hidrelétrica do Tapajós, a alta rotatividade de profissionais de saúde e a descontinuidade da prestação de serviços odontológicos e psicológicos, dentre outros serviços previstos nas equipes multidisciplinares de saúde indígena. No entanto, há iniciativas locais que fazem parte do processo de fortalecimento da saúde indígena como um todo. Por exemplo, a formação de técnicos em enfermagem pelo projeto educacional Ibaorebu, de coordenação da Fundação Nacional do Índio (Funai), cujo resultado foi a formação de turmas profissionalizantes em 2016 (técnicos em enfermagem, em agroecologia e em magistério intercultural), após quase dez anos de esforços continuados por parte da instituição. O projeto reforçou a possibilidade de incrementar

⁴ Disponível em: <https://hmtj.org.br/home/unidades-indigenas/dsei-tapajos/>. Acesso em 10/08/2022.

⁵ A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena foi, desde meados de 2019 (quando deveria ter sido realizada), sucessivamente adiada. Acusações de desvio de verba foram utilizadas pelo governo federal para impedir sua realização no ano de 2019. A última previsão divulgada pelos órgãos oficiais foi que aconteceria entre 1º e 4 de julho de 2020 — segundo o site <https://6cnsi.wordpress.com/> —, mas a atual pandemia da COVID-19 deixou a situação sem resolução até o momento de publicação deste artigo.

a mediação exercida pelos agentes indígenas de saúde, através da formação de técnicos em enfermagem dentro das próprias aldeias. Destaca-se, contudo, a inconstância de tais iniciativas — ou aquilo que Pareschi (2002) oportunamente chamou de **projetismo**, ao analisar a relação entre projetos de desenvolvimento e pequenas comunidades. Frente aos enormes e desafiadores problemas estruturais, como no caso do Alto Tapajós, e para os quais projetos pontuais não possibilitam mudanças profundas, independentemente da qualidade de suas elaboração e execução, perguntamo-nos se não seria o caso de pensar que estamos diante de uma faceta do projetismo. Segundo a autora, o termo

[j]á foi utilizado por Fayerweather (1959 apud Pitt, 1976b: 11) para designar uma situação em que o plano é a única sagrada e inviolável realidade. Os projetos são construídos sob uma ideologia de sucesso inevitável, mesmo antes de qualquer implementação. (...) O foco de avaliação permaneceu nos projetos em si e não em seu contexto mais amplo, seja o modo de vida dos grupos sociais ou entidades que o apresentaram, seja o das estruturas que condicionam e moldam de alguma forma a situação em que estes grupos e entidades se encontram. (...) A ênfase na “mudança” implícita na noção de “projeto” — especialmente aqueles projetos que visam a transformação da sociedade a longo prazo — contrasta com as limitações operacionais e estruturais (inclusive das relações de poder) destes mesmos projetos, trazendo à luz sua natureza paradoxal (PARESCHI, 2002, p. 103).

A forma de gestão da saúde indígena se ampliou enormemente (distritos sanitários, equipes multidisciplinares, polos-base, sedes administrativas locais, conselhos distritais de saúde, comissões bipartite, instâncias de controle social, entre outros). Mas, no contexto do Alto Tapajós, a assistência à saúde ainda

vive uma experiência de pouca flexibilidade quanto ao deslocamento de pacientes, que ocorre sempre para Belém, além da alta rotatividade de profissionais de saúde e, também, da rotatividade implicada nas fundações e organizações que operam a logística de cada distrito. A instabilidade da assistência ocorre em vários níveis, e, talvez, iniciativas locais bem-sucedidas no Brasil, como foram as iniciativas do parque do Xingu (BARUZZI; JUNQUEIRA, 2005) e de São Gabriel da Cachoeira (GARNELO; SAMPAIO, 2003; 2005; BRANDÃO; PAULA; ATHIAS, 2002) representem exceções à luz de outras situações regionais.

Tratar-se-ia, ainda, considerando as mudanças ocorridas em todo o território nacional desde o início da década de 2000, de um mecanismo de gestão de precariedades capaz de expandir o sistema até o ponto em que se criam postos de trabalho locais, novos gestores que se espalham em funções administrativas nos polo-bases, distribuídos na área imaginada dos distritos sanitários, mas cuja capacidade resolutive é marcada por uma precariedade similar ao longo de várias décadas. A ambiguidade desse tipo de governança, na qual a principal técnica de gestão consiste em transformar o sujeito dos direitos em cogestor, bem como o de tornar identidades políticas em funções administrativas, como discutido por Teixeira (2017), se aproxima do contexto de assistência à saúde indígena.

A articulação de saberes e a aposta dialógica da PNASPI

Meu caderno de campo sempre foi uma fonte de conflito entre mim e os profissionais de saúde que comigo partilhavam o espaço do posto de saúde em aldeia. Certa vez ouvi que uma das técnicas de enfermagem havia trocado a mesa de lugar para se afastar da presença

pretensamente “fiscalizadora” da antropóloga. Assim como toda lógica da saúde/doença no Alto Tapajós, o posto de saúde era um lugar muito vulnerável aos feitiços. O posto de saúde fazia este papel de receptor de feitiços, um papel perigoso e complicado de se lidar no dia a dia. Era um problema político importante. Além disso, podia-se ouvir sons estranhos no posto de saúde à noite, palavra de uma das enfermeiras mais antigas e respeitadas da região. *Os profissionais de saúde não-índigenas sabiam reproduzir a fala institucional da biomedicina e da epidemiologia, mas não podiam explicar suas próprias experiências*, os sons estranhos, a autoridade dos xamãs e nem suas dúvidas a respeito da eficácia de seus próprios métodos. *O olhar clínico, conforme tão bem descreveu Foucault para refletir sobre o nascimento da clínica no ocidente, não tinha o mesmo poder na aldeia. E os profissionais de saúde não sabiam explicar o porquê.* Emergências médicas na aldeia, à noite sobretudo, davam o tom do conflito que misturava o poder dos xamãs, a lógica de atendimento aos índios e a fragilidade da estrutura do subsistema de saúde indígena (DIÁRIOS de campo, 2009, Alto Tapajós, Pará).

Neste relato de campo encontramos uma dupla aceção em torno dos profissionais de saúde: tanto aquela descrita e consagrada na literatura, de evitação e conflito, quanto outra, menos debatida, mas igualmente presente: o fato das explicações epidemiológicas desafiarem o cotidiano dos próprios agentes de saúde, que começavam a estabelecer diálogos com os feitiços, mau-olhado e outras premissas não ocidentais. Não obstante, a relação com a antropóloga era sempre tensa, num constante desafio de como ser olhado, de como se apresentar diante de uma presença percebida como fiscalizadora. Muitos viam a minha presença como uma oportunidade de reclamar da má gestão dos serviços que desembocavam em suas mãos: estar só na aldeia, sem medicamentos, não ter ninguém para

ajudar a fazer uma sutura de emergência, não receber treinamento adequado para preenchimento dos consolidados do mês, e, finalmente, o medo de que alguém morresse “em suas mãos”. Por outro lado, havia também a perspectiva de que os povos nativos eram teimosos, não gostavam de seguir prescrições e acreditavam em superstições, mesmo que estas fossem compartilhadas entre os agentes não indígenas. O interessante dessa triangulação entre agentes governamentais da saúde, povos nativos e pesquisadores é que as falas possuem uma circunstância específica: diante da pesquisadora, diante da chefia local da enfermagem, diante das pessoas atendidas no posto de saúde. Cada enquadramento desse (GOFFMAN, 1981) configura uma faceta importante da gestão cotidiana da saúde indígena.

Contiguamente, nos interessa ponderar sobre um momento da produção antropológica, na primeira década do século XXI, que concentrou suas apostas de análise na perspectiva de um diálogo entre saberes. Essa aposta, cujos fundamentos estão bem elucidados no texto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), buscava “sensibilizar” os profissionais de saúde para uma demanda própria à saúde indígena, qual seja, as múltiplas referências dos povos nativos aos seus conhecimentos tradicionais. As raízes desses conhecimentos estavam localizadas em vários lugares, pessoas e situações; tanto na figura dos xamãs, nas cachoeiras e nos locais sagrados como nos itinerários terapêuticos indígenas. A perspectiva de produzir diálogos entre estes conhecimentos e os conhecimentos biomédicos não era um ato de boa-fé: deveria ser acompanhada de uma estrutura organizacional que produzisse ativamente tal articulação. Assim, uma logística distrital foi pensada em torno das aldeias e das cidades próximas, um sistema que tentava deixar de lado o modelo emergencial e desenvolver uma assistência primária estruturada, com postos de saúde localizados em algumas aldeias, e referenciados a polos-base de municípios próximos.

Inicialmente, merece destaque a circunstância do posto de saúde em aldeia, cujas interações estabeleciam uma dinâmica singular entre técnicos e auxiliares de enfermagem e os agentes indígenas de saúde. Ambos aprendiam com as enfermeiras processos de cuidado essenciais para o dia a dia do posto de saúde. As pessoas que cotidianamente ocupavam o posto de saúde eram, em sua maioria, técnicas, auxiliares, agentes indígenas de saúde, crianças, mães e idosos. Os postos de saúde em aldeias constituem uma das principais mudanças implantadas pelos distritos sanitários, uma vez que, anteriormente, havia apenas os postos da Funai para gerir a assistência primária em saúde (COSTA, 1987). O que gostaria de sugerir é que, embora este novo cenário seja mais adequado às demandas dos povos indígenas, distribuídos em pequenas aldeias ao longo do rio e nos interiores do território, a articulação de saberes — desde o início — não se desenrolou como uma proposta de encontro entre distintas epistemologias. Como argumenta Teixeira, no Brasil, à diferença de outras realidades latino-americanas, a noção de interculturalidade não é a principal referência dos debates das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, pois a noção de atenção diferenciada é muito mais acionada (TEIXEIRA, 2017).

Por um lado, o espaço do posto de saúde em aldeia seria uma extensão físico-administrativa das funções do Estado promotor da saúde pública e simbolizaria uma luta histórica por atendimento médico primário. Por outro lado, o cotidiano dos postos de saúde em aldeia estaria, a rigor, muito mais próximo do que entendemos por atenção diferenciada, categoria que explicita muito mais a disputa dos sentidos políticos da participação social do que uma articulação de saberes ou interculturalidade, estrito senso. Assim, a garantia de saúde, um dever do Estado brasileiro, simbolizaria, na mesma medida em que é acionada como direito e garantia, o fracasso de um diálogo intercultural que nunca se estabeleceu de maneira estruturada e/ou continuada.

Os postos de saúde em aldeias deslocaram, mas reproduziram, portanto, uma gestão de desigualdades históricas em permanente reinvenção: a precariedade dos postos de saúde raramente mencionada nos consolidados das equipes de saúde em detrimento dos comportamentos desse ou daquele paciente. Embora houvesse mais acesso a medicamentos básicos, como antitérmicos e analgésicos, estes remédios eram sempre alvo de negociação e nunca podiam ser administrados pelas famílias indígenas, implicando numa rotina diária de administração de remédios que acontecia no interior do posto de saúde. Argumentava-se que os índios não sabiam usar os remédios dos brancos. Mais do que um itinerário terapêutico, temos nas aldeias a reprodução de um itinerário burocrático, homóloga à própria relação entre povos indígenas e governos no Brasil. A perspectiva de troca de saberes se tornava secundária no cotidiano da saúde indígena, isto é, naquilo que compete a uma gestão cotidiana de procedimentos, rotinas e desempenhos. Embora o texto da PNASPI seja repleto das referências conceituais à diversidade cultural, estas referências, em sua maioria, acontecem na forma de apostos, isto é, de modo complementar, e nada ou muito pouco se diz sobre a gestão implícita no interior do processo de articular saberes.

O texto da PNASPI, por exemplo, apresenta variadas inserções do termo “articulação” em sentido administrativo e político, e apenas uma vez o caráter de articulação entre saberes é explicitado (BRASIL, 2002, p. 13): “articulação dos sistemas tradicionais de saúde indígena”. Assim, temos na página 14 as comissões bipartite como espaços importantes de articulação, e na página 18 aparece a noção de que é preciso haver uma articulação entre saberes e práticas. Na página 19, é citada a articulação com instituições nacionais para controle de agravos à saúde indígena; na página 21, o Conselho Local de Saúde é mencionado como espaço de articulação para os gestores locais

encaminharem demandas; na mesma página também é citada a articulação entre a “população regional e a população indígena” através do trabalho a ser realizado pelo Conselho Distrital de Saúde, garantindo-lhes assento nos conselhos municipais de saúde; e, por fim, uma “ampla articulação” entre os níveis inter e intrasetorial do subsistema encerra a enorme cadeia de articulações do subsistema de saúde indígena. Ao fim do documento, na página 38, a Portaria nº 1.163/GM (de 14 de setembro de 1999) ainda cita a necessária articulação “com municípios, estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais a fim de garantir o desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena”.

É interessante notar que, em consonância com o entendimento refletido no texto da PNASPI, os conflitos diários narrados nas etnografias da última década enfatizam mais as articulações políticas necessárias à produção de uma atenção diferenciada, com especial ênfase para os agentes indígenas de saúde como mediadores e para os conflitos entre pesquisadores e profissionais da saúde indígena (SMILJANIC, 2008; NOVO, 2010; SILVA, 2011; FERREIRA, 2013) do que um diálogo intercultural — pois, nesse sentido, o diálogo intercultural aparece como um dever ser. Na verdade, a ausência de tal diálogo constitui uma crítica frequente dos pesquisadores, o que reforça o contorno ainda prescritivo da noção de interculturalidade na saúde indígena brasileira. Por um lado, há que se equacionar o quão grave é a precariedade da prestação de serviços em torno de uma instabilidade e de iniciativas que nunca se prolongam, por outro há que se reconhecer que os conflitos entre pesquisadores e profissionais de saúde indígena fazem, em si mesmos, parte de uma estrutura política de relações implicadas na ambiguidade da categoria atenção diferenciada no contexto nacional do subsistema de saúde indígena.

A PNASPI e sua aposta dialógica, quase vinte anos depois, nos ensaja a pensar que os conflitos na saúde indígena remetem a

discussões anteriores, isto é, que não basta apontarmos falhas de execução da política de saúde, tampouco nos atermos à produção de estratégias a serem aplicadas ou à produção de ajustes constantes, como se fosse um problema de ordem prática simplesmente (ou da articulação entre saberes e práticas). É preciso desnaturalizar tal conceito de gestão e o inserir em um contexto de produção de indiferenças sociais profundas, que nos permite enxergar a continuidade entre gerir, saber e poder (SOUZA LIMA, 2002a; 2002b; TEIXEIRA, 2009; TEIXEIRA; SILVA, 2019) no contexto da política de saúde indígena brasileira.

Por tais razões, seria interessante refletir sobre uma agenda de pesquisa capaz de lidar com as desigualdades sistemáticas e concretas de acesso a bens e serviços em saúde para os povos indígenas, considerando que a principal característica da produção de desigualdades seria: (a) gerir precariedades como se estas fossem problemas de ordem prática e de mau uso das instituições e, no interior deste processo, (b) manejar a própria noção antropológica de cultura como meio de legitimar as hierarquias historicamente constituídas no seio das relações interétnicas (a cultura como obstáculo). Se para nós, antropólogos, a noção de atenção diferenciada se refere à cultura, ao outro, às dimensões da experiência da alteridade, não devemos por isso supor que essa noção seja utilizada pelos profissionais da saúde indígenas da mesma forma (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). Os deslizamentos de sentido que a noção de atenção diferenciada agrega são importantes para compreender os modos de gestão de precariedades permanentes na saúde indígena.

Emergências e urgências de sentido: crises permanentes são crises?

Era um dia comum, quase nove horas da noite, quando um dos Agentes Indígenas de Saúde subiu o morro que separava as casas do rio, aproximando-se do posto e gritando o nome da plantonista técnica de enfermagem. *A senhora ficou pálida ao descobrir que estaria sozinha naquela emergência.* Uma grávida e seu marido desciam o rio de barco a remo desde as sete horas da noite em busca de um motor que pudesse levá-los a cidade. A situação era grave, um parto que se complicou havia terminado na morte do feto dentro do útero. Após um rápido atendimento para verificar a pressão arterial da senhora, um motor de popa foi trazido e o casal seguiu viagem por mais meia hora até o município vizinho. No dia seguinte, a enfermeira chefe voltou rapidamente à aldeia para averiguar a história e dar sua versão dos fatos que poderiam ter evitado aquela emergência e o óbito do feto. Não sei se por tal atitude ou não, mas ninguém a culpou diretamente pelo ocorrido. *A falta de estrutura de barcos e motores ou sua escassez é que irritaram profundamente o casal* (DIÁRIOS de campo, 2008, Alto Tapajós, Pará).

A dor, o sofrimento e a angústia presentes na situação narrada fazem parte de uma estrutura histórica de longo prazo, isto é, possuem continuidade com os relatos anteriores de desassistência e desconsideração pela logística necessária para rápidas intervenções no contexto das aldeias, sua forma de distribuição e suas peculiaridades geográficas. Ainda que o subsistema de saúde indígena seja uma forma de acesso ao Sistema Único de Saúde, garantindo mais acessibilidade por meio da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a realidade da saúde indígena nunca superou tal precariedade material e logística. Ainda assim, o que aparece discursivamente como

obstáculo é justamente a cultura. Emergem dos textos etnográficos dos últimos anos uma série de relatos sobre como os profissionais de saúde tendem a associar a precariedade material e assistencial às próprias culturas indígenas (NOVO, 2010; SILVA, 2011; FERREIRA, 2013; SCOPEL, 2013), efetuando um perverso e eficaz manejo política da diversidade cultural (TEIXEIRA, 2012; SILVA, 2014).

Carregada de sentidos históricos, a situação vivida nestes trabalhos de campo nos permite refletir sobre a forma de atuação do Estado em sua relação com os povos indígenas: ao mesmo tempo que fornece alguma estrutura, inviabiliza investimentos de longo prazo, pois o modelo cuja eficácia é atestada discursivamente para “lidar com os indígenas” é aquele em que a saúde é compreendida de forma emergencial, a partir das demandas já instaladas. Mesmo no contexto dos distritos sanitários, há uma permanente situação de improvisos e um corre-corre típico de uma gestão de precariedades anunciadas, e que constituem a própria visão de mundo de muitos profissionais da saúde indígena com quem convivi no Alto Tapajós, para quem a saúde indígena era “diferenciada” por essa mesma razão: antes da diferença cultural, isto é, antes do outro, o próprio eu do profissional da saúde indígena se colocava. Em geral, tratava-se de alguém com formação técnica e desassistido. No entendimento desses profissionais, era preciso ser diferenciado para trabalhar com saúde indígena, pois, como muitas das minhas interlocutoras costumavam repetir, era preciso “se virar nos trinta” ou “saber lidar com eles”. A reputação das profissionais da saúde indígena, constituída pelos rumores que circulavam no município próximo, reforçava esses aspectos de suas identidades como verdadeiras gestoras da precariedade, constituindo-se em certo elogio social.

Não obstante, esta situação inclui também os próprios pesquisadores que, ao colidirem em perspectiva e prática com os profissionais da saúde indígena, ao discordarem veementemente da forma como os conflitos cotidianos eram geridos,

ao se indignarem com a ausência da propalada articulação de saberes, integram, em parte, o processo da gestão para e pela desigualdade, uma vez que aderimos ao projeto político da saúde indígena na função de sensibilizadores dos profissionais de saúde — dificultando um aspecto fundamental da prática antropológica, que é a de pensar os manejos políticos que toda situação interétnica produz (OLIVEIRA FILHO, 2001; 2012). Como pesquisadores devemos, sim, estar atentos a este jogo de interesses, o que constitui uma reflexão ética complexa na qual nossa própria identidade deve ser considerada e problematizada (DEBERT, 2004).

Por tais razões, a situação de improviso não deve ser pensada apenas como aspecto intrínseco da precariedade ou da escassez, mas como uma tecnologia governamental de gestão desta precariedade que envolve a tríade povos indígenas, profissionais de saúde e pesquisadores. Precisamos estar atentos todas as vezes em que o debate em torno das dificuldades de implantar um sistema de articulação de saberes produz seu foco na “sensibilização” dos profissionais de saúde. Pois, ao elegermos o problema da saúde indígena como ausência de articulação, isto é, como um problema de “execução”, e não de planejamento do que seria articulação de saberes e de todas as instâncias citadas na PNASPI, aderimos ao projeto político de gestão das precariedades. Afinal, o que dizer para profissionais com formação técnica em enfermagem que permanecem em aldeia, sem qualquer assistência imediata, sobre articulação de saberes? Como os relatos de campo que destaquei acima, tais pessoas não representam o núcleo duro da biomedicina. Não parece, portanto, que o problema sejam os profissionais de saúde incautos ou insensíveis, mas o próprio processo social e político que desloca e reduz a categoria de interculturalidade, enquanto modos de negociação das diferenças e estratégia de legitimação da alteridade, à categoria de atenção diferenciada, enquanto estratégia endógena do sistema de saúde e seus itinerários burocráticos.

Esta ambiguidade constitutiva das políticas de saúde indígena no Brasil seria, ao menos, uma das pautas de uma agenda de pesquisa cara à antropologia brasileira. Ao pensarmos nos profissionais de saúde como obstáculos, produzimos um jogo de espelhos, reproduzindo um dos aspectos mais criticados pelos textos antropológicos: de como e quando os profissionais pensam na cultura como um obstáculo a ser superado. Ao aprofundarmos o nosso olhar antropológico para a “ponta” do subsistema de saúde indígena, jargão informal para designar os postos de saúde em aldeia e seus profissionais, efetivamente lutamos contra a invisibilidade de certo discurso político-institucional que enxerga neles uma pretensa articulação que falhou em sua execução. Do ponto de vista das pesquisas antropológicas, este seria um interessante caminho metodológico para relacionar a política das grandes conferências nacionais com o cotidiano dos postos de saúde em aldeia e, assim, refletir mais especificamente sobre as formas de gestão da saúde indígena vis-à-vis os itinerários terapêuticos indígenas.

O uso recorrente do termo crise para designar a saúde indígena brasileira começa a se tornar mais claro. Ele parece nos apontar para uma ambiguidade sistemática: a escassez permanece como elemento constitutivo, embora seja narrada como elemento circunstancial, isto é, muitas vezes é tomada como um problema da execução da política. Ao considerar os aspectos contraditórios e, ao mesmo tempo, eficazes que atuam como forças opostas e complementares, começa a fazer sentido, no interior deste universo de ambiguidades, que a crise seja **permanente**, pois ela opera os valores de um campo de atuação política no qual emergem relações interétnicas marcadas por profundas desigualdades históricas (SOUZA LIMA, 1995; GARNELO, 2003; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Considerações finais

As etnografias consultadas são hábeis em mostrar a correlação pormenorizada entre dinâmicas indígenas do adoecimento e o modo como os agentes governamentais atuam, o que resulta em um complexo sistema de gestão de desigualdades duradouras. Por um lado, é preciso reconhecer que houve significativas mudanças nos últimos vinte anos, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, uma luta política por expansão que teve início, ao menos, desde a primeira Conferência para Saúde dos Povos Indígenas, em 1986 (TEIXEIRA; SILVA, 2013). O sistema de referências e contrarreferências organizados através dos polos-base é fundamental para a construção de um sistema de informações, bem como a produção de consolidados por aldeias é uma conquista histórica, muito embora as informações não estejam plenamente organizadas e disponíveis (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Por outro lado, como disse, há uma perene improvisação em torno de dinâmicas cotidianas de atendimentos: desde os medicamentos básicos dos postos de saúde em aldeias até o combustível responsável pelo deslocamento das aldeias para a cidade. A contratação de pessoal continua obedecendo ao “padrão” da alta rotatividade, por meio de contratos que o governo federal estabelece com associações e fundações, o que dificulta o desenvolvimento de projetos de longo prazo. Tudo está por conta de múltiplas articulações intra e intersetoriais

cuja definição é essencialmente ambígua no texto da PNASPI e dá margem a múltiplas interpretações.⁶

A aposta dialógica contida na Política Nacional de Assistência à Saúde Indígena parece espelhar a ambiguidade que sustenta a gestão das precariedades na saúde indígena: se, por um lado, opera com valores da diferença cultural, tendendo a valorizar os modos de vida indígenas, por outro lado reforça as hierarquias sociais que submetem tais valores a uma odisseia burocrática de articulações complexas, envolvendo uma grande diversidade de atores (pessoas físicas e jurídicas) e uma escassez e uma precariedades que, juntas, reproduzem uma **crise permanente**. Tal estado perene de crise configura um modo de governança, no qual a alteridade é tratada como obstáculo *per se*, mesmo na sua versão positiva, “diversidade cultural”, e na qual os profissionais de saúde deveriam ser “sensibilizados”. Não seria esta sensibilização apenas outro modo de enunciar algo que minhas interlocutoras faziam com frequência, isto é, um “saber lidar com eles”? Não seria isto uma faceta da gestão das precariedades?

Embora a produção antropológica brasileira recente persista, de maneira acertada, em remeter a noção de cultura à dinâmica histórica de toda e qualquer sociedade, os aspectos discursivos que estruturam este campo de atuação, qual seja, o da política

⁶ “Articulação Intersetorial: Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações. O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

Articulação intrasetorial: Do ponto de vista da articulação intrasetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde — SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas” (BRASIL, 2002, p. 22).

de saúde indígena, continuam sendo conformados pela retórica da cultura coisificada e genérica. Vale destacar, portanto, que não se trata de fazer uma crítica à execução da política, simplesmente, mas à própria configuração dos valores e ideias deste campo: o texto da PNASPI trata a cultura como elemento complementar e dissociado do debate sobre a gestão dos recursos e dos meios. A profusão de termos como “especificidades étnicas e culturais”, “comunidade culturalmente diferenciadas”, “diversidade cultural”, “especificidade da cultura dos povos indígenas” (BRASIL, 2002), mas sem nenhuma referência a uma prestação de contas específicas sobre este processo genérico de respeito à diferença, demonstra que há uma dissociação entre o que se refere à cultura e os mecanismos capazes de integrar estas diferenças anunciadas. A atenção diferenciada é uma diretriz que sofre múltiplas refrações ao longo do subsistema, a depender dos enquadramentos dos atores envolvidos: técnicos em enfermagem, agentes indígenas de saúde, enfermeiros, pesquisadores, entre outros.

A cultura se torna, assim, algo a ser preservado e, inevitavelmente, uma especificidade apartada e isolada do debate sobre a forma de gestão dos processos saúde-doença na saúde indígena. Assim, talvez por isso, a noção de atenção diferenciada ou de articulação de saberes venha experimentado um esvaziamento de sentido recentemente. Seria preciso voltar nossa atenção aos processos políticos de construção das conferências nacionais de saúde indígena e seu modo de inserção de demandas, cujo mecanismo de produção das etapas regionais em uma grande etapa nacional parece escamotear aspectos importantes das distintas realidades regionais.

Para desconstruir estas ambiguidades, ao menos no âmbito das pesquisas antropológicas, seria interessante produzir uma agenda de pesquisa que mobilize, ao mesmo tempo, as categorias de cultura, política e cotidiano em um mesmo nível de

análise. Isto é, pensar os processos de adoecimento e cura por dentro dos processos burocráticos e das disputas de sentido em torno dos termos articulação de saberes e atenção diferenciada, produzindo uma associação entre itinerários terapêuticos e político-administrativos. Essa seria uma compreensão de que certas lógicas de articulação da alteridade se repetem em função de dinâmicas de poder específicas que precisam ser pensadas juntos aos itinerários terapêuticos para que sejamos capazes de discutir, a um só tempo, ações de cuidado e de governança.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Reginaldo S. *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial do Xingu*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos, 2012. 260f.
- BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen. *Parque indígena do Xingu. Saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem Editora, 2005.
- BRANDÃO, Maria C.; PAULA, Nilton C.; ATHIAS, Renato. *Saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira. Uma abordagem antropológica*. Recife: Liber Gráfica e Editora, 2002.
- BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.
- BUCHILLET, Dominique. *A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde*. In: BUCHILLET, Dominique. (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, 1991.
- BUCHILLET, Dominique. *Contas de Vidro, Enfeites de Branco e Potes de Malária: Epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana*. Série Antropologia, v. 187. Brasília: DAN/UNB, 1995.
- COSTA, Dina C. Política Indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 3. pp. 388-401, 1987.
- DEBERT, Guita. Ética e as novas perspectivas da pesquisa antropológica. In: VÍCTORA, C. et al. (orgs.) *Antropologia e Ética. O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004, pp. 45-54.

- DIEHL, Eliane; LANGDON, Esther J.; DIAS-SCOPEL, Raquel. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, pp. 819-831, maio de 2012.
- FERREIRA, Luciane O. *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição — Entre discursos oficiais e vozes indígenas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- FRANKENBERG, Ronald. *Risk: Anthropological and epidemiological narratives of prevention*. In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (eds.). *Knowledge, power and practice. The Anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1993, pp. 219-244.
- GALLOIS, Dominique. *A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?* In: BUCHILLET, D. (org.) *Medicinas Tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, 1991, pp. 175-206.
- GARNELO, Maria Luiza; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, pp. 273-284, 2001.
- GARNELO, Maria Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- GARNELO, Maria Luiza. *Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período 1990 a 2004*. Porto Velho: UFRO; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- GARNELO, Maria Luiza.; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, pp. 1217-1223, 2005.

- GARNELO, Maria Luiza; SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 311-317, 2003.
- GOFFMAN, Erving. *Footing*. In: GOFFMAN, Erving. *Forms of Talk*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press, 1981.
- LANGDON, Esther J.; GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre Antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa; ABA, 2004.
- LANGDON, Esther J.; DIEHL, Eliane E.; DIAS-SCOPEL, Raquel. *O Papel e a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde na Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas Brasileiros*. In: TEIXEIRA, Carla; GARNELO, Maria Luiza (orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, pp. 213-240.
- MAGALHÃES, Eduardo D. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2001. 203f.
- MARQUES, Irânia S. F. *A política de atenção à saúde indígena: a implantação do DSEI de Cuiabá-MT*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MOURA-PONTES, Ana Lúcia; GARNELO, Maria Luiza. La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. *Salud pública Méx* [Online], v. 56, n. 4, pp. 386-392, 2014.
- NOVO, Marina P. *Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu*. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.

- OLIVEIRA FILHO, João P. *Políticas indígenas contemporâneas na Amazônia brasileira: território, modos de dominação e iniciativas indígenas*. In: D'INCAO, M.A. (org.). *O Brasil não é mais aquele... Mudanças sociais após a redemocratização*. São Paulo: Cortez Editora, 2001, pp. 217-236.
- OLIVEIRA FILHO, João P. Mensurando alteridade, estabelecendo direitos: práticas e saberes governamentais na criação de fronteiras étnicas. *Dados — Revista de Ciências Sociais*, v. 55, pp. 105-108, 2012.
- PARESCHI, Ana Carolina. *Desenvolvimento sustentável e pequenos projetos: Entre o projetismo, a ideologia e as dinâmicas sociais*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2002. 380f.
- RAMOS, Alcida R. *O Papel Político das Epidemias: o caso Yanomami*. Série Antropologia, v. 153. Brasília: DAN/UNB, 1993.
- SCOPEL, Daniel. *Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de automação, xamanismo e biomedicina*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 262f.
- SCOPEL, Daniel; DIAS-SCOPEL, Raquel; LANGDON, Esther J. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 12, 2015.
- SILVA, Cristina D. *Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. 276f.

- SILVA, Cristina D. *Como terceiros: reflexões entre agentes indígenas de saúde no Alto Tapajós (PA)*. In: TEIXEIRA, Carla; VALLE, Carlos Guilherme do; NEVES, Rita de Cássia (orgs.). *Saúde, mediações e mediadores*. 1. ed. Brasília: ABA Publicações, v. 1, pp. 221-248, 2017.
- SILVA, Cristina D. *De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem*. In: TEIXEIRA, Carla; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- SMILJANIC, Maria I. *Da observação à participação: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami*. Série Antropologia, v. 417. Brasília: DAN/UNB, 2008.
- SOUSA, Maria da Conceição; SCATENA, João H.G.; SANTOS, Ricardo V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 23, n. 4, pp. 853-861, 2007.
- SOUZA LIMA, Antonio C. *Um grande cerco de paz. Poder tutelar, indianidade e formação do estado no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.
- SOUZA LIMA, Antonio C. *Tradições de conhecimento para gestão colonial da desigualdade: reflexões a partir da administração indigenista no Brasil*. In: BASTOS, C.; ALMEIDA, M. V.; FELDMAN-BIANCO, B. (orgs.). *Trânsitos coloniais: diálogos críticos luso-brasileiros*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002a, pp. 151-172.
- SOUZA LIMA, Antonio C. *Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo*. In: SOUZA LIMA, Antonio C. *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Coleção Antropologia da Política. Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp.11-22, 2002b. 316 p.

- TEIXEIRA, Carla C. *Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva*. In: SILVA, C.T.; SOUZA LIMA, A.C.; BAINES, S. (orgs.). *Problemáticas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada*. São Paulo: Edit. AnnaBlume, pp. 129-146, 2009.
- TEIXEIRA, Carla C. *Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando?* *Anuário Antropológico* 2009/I. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2010.
- TEIXEIRA, Carla C. *A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira*. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v. 55, n. 2, 2012.
- TEIXEIRA, Carla C. *Do Museu aos Manuais: reflexões sobre o agente indígena de saneamento*. In: TEIXEIRA, C.C.; GARNELLO, L. (orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 2014, pp. 145-180.
- TEIXEIRA, Carla C. *Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?* *Amazônica — Rev. Antropol.* [Online], v. 9, n. 2, pp. 716-733, 2017.
- TEIXEIRA, Carla C.; SILVA, Cristina D. *Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação*. *Anuário Antropológico*, v. I, pp. 35-57, 2013.
- TEIXEIRA, Carla C.; SILVA, Cristina D. *Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence*. *Vibrant*, Florianópolis, v. 16, pp. 1-22, 2019.

Saúde indígena no Brasil: reflexões sobre formas de violência¹

CARLA COSTA TEIXEIRA (UNB)

CRISTINA DIAS DA SILVA (UFJF)

Este artigo aborda investigações desenvolvidas pelas autoras sobre a política pública de saúde para os povos indígenas no Brasil focalizando as relações de violência observadas. Por meio da análise articulada entre a pesquisa de campo realizada sobre serviços primários de saúde em área indígena e as observações das negociações políticas entre lideranças indígenas e gestores governamentais no âmbito da saúde, destaca a existência de diferentes tipos de violência. De um lado, refere-se à frequente violência simbólica observada nas interações cotidianas entre trabalhadores de saúde e pacientes indígenas; de outro, explora a disjunção entre a retórica política oficial de reconhecimento da autoridade indígena e sua sistemática não consideração nas decisões para a saúde indígena.

Desta perspectiva, o texto se desenvolve da seguinte maneira: (i) explicita a abordagem de violência em que se apoia; (ii) traça disjunções históricas centrais às políticas de saúde indígena

¹ Versão traduzida e adaptada do artigo: TEIXEIRA, C. C.; DIAS DA SILVA, C. Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence. *Vibrant*, v. 16, pp. 1-22, 2019.

brasileiras; (iii) apresenta situações etnográficas que expressam os diferentes tipos de violência na saúde indígena, isto é, nas negociações da política de saúde indígena e no cotidiano do atendimento aos indígenas, e destaca sua dimensão estrutural; e, por fim, (iv) busca traçar conexões entre ambas as configurações e formas específicas de violência que engendram, inserindo-as no horizonte maior de discussão da construção da cidadania indígena no espaço político da saúde no Brasil.

A violência como qualidade da interação e como condição estrutural

Talvez um dos maiores desafios do manejo da categoria de violência seja romper com a dicotomia entre definir a violência a partir, exclusivamente, das representações construídas pelos sujeitos pesquisados e sua redução a elementos objetivados e universalizáveis para todas as formações socioculturais independente dos significados atribuídos pelos envolvidos nos distintos contextos. Se na primeira alternativa, em seu relativismo radical, a abordagem comparativa tão cara à compreensão antropológica (e ao empreendimento científico) fica inviabilizada; na segunda, diante da diversidade de configurações passíveis de serem consideradas violentas, caberia ao investigador estabelecer quais elementos locais deveriam compor um repertório comum a toda humanidade, num exercício de autoridade pouco rentável analiticamente.

Assim, para romper o dilema entre o imperativo dos sentidos que impossibilita a tradução entre mundos e o universalismo etnocêntrico dos universais empíricos, há que mudar a pergunta norteadora da investigação sobre os fenômenos de violência: não mais qual conteúdo os define, mas, sim, as características que distinguem uma **forma de interação** como violenta. Por

tal deslocamento, a violência deixa de ser uma realidade substantiva e transforma-se numa qualidade da interação social na qual sentido e estratégia são antecipados, manipulados e disputados. A violência, desta perspectiva, passa a ser considerada como um **recurso de construção de legitimidade** (RICHES, 1986; KROHN-HANSEN, 1994; DIAS DA SILVA, 2017a) entre os envolvidos numa situação particular que viola a integridade físico-moral do outro. Afinal, se a violência moral não requer força ou dor física para se realizar; toda violação física implica em violação da identidade do que sofre a agressão, ou seja, da representação de sua condição e de seu lugar no mundo. E se a violência moral precede ou não um episódio de agressão física não nos importa tanto, mas, sim, a compreensão de que a categoria violência nos permite abranger estas conexões entre o universo físico-moral que buscamos descrever. Não se trata de opor estas duas dimensões, mas, justamente, não as deixar escapar para universos complementares.

Aprofundando a concepção de violência como conflito de legitimidades, a violência emerge numa paisagem discursiva na qual encontra-se em questão o valor (político, moral, emocional etc.) das ações, e se desenvolve em fluxos e temporalidades nos quais os sujeitos em oposição buscam se posicionar favoravelmente no mundo via construção da validade de sua atuação. Os sujeitos lutam, assim, pela redefinição de um significado comum (mesmo que diferentemente compartilhado) que permita estabilizar e garantir a legitimidade pleiteada ou, dito de outra forma, que constitua o terreno simbólico no qual certos valores e palavras poderão ser manejados adequadamente da perspectiva particular de cada um dos termos envolvidos direta (sujeito agressor e agredido) ou indiretamente (sujeitos e significados mediadores) na disputa.

Às reflexões de Riches acerca da violência como um recurso da interação publicadas na coletânea “The Anthropology of

Violence” (1986) e seus desenvolvimentos posteriores (KROHN-HANSEN, 1994; STWART, STRATHERN 2002), gostaríamos de trazer sua dimensão estrutural e de invisibilidade. Mantendo a ênfase na compreensão da violência a partir de certas características formais — ou seja, como um instrumento material e simbólico manejado em relações de poder particulares, nas quais o reconhecimento tácito (a legitimidade) do mundo está em questão e cujas configurações de interação envolvem sempre mediações e mediadores —, o intuito é buscar articular a abordagem interacional com os constrangimentos sociais e políticos em que as interações concretamente se atualizam. Não porque pretendamos qualquer síntese conceitual, mas, sim, pelas exigências oriundas das experiências etnográficas que orientam este texto — relações políticas e de atenção à saúde indígena no Brasil recente —, cuja compreensão não pode se esgotar no que Farmer denominou **etnograficamente visível** (2004, p. 305). Trata-se, portanto, de uma escolha heurística que, numa inspiração weberiana, almeja, por um lado, apontar para a relevância de se pensar a violência simultaneamente como ação significativa, estrutura e história e, por outro, expressa afinidade com certa visão contextual e localizada das opções teóricas na produção das ciências sociais.

No início de seu artigo magistral “An Anthropology of Structural Violence”, publicado em 2004, Farmer ressalta a necessária articulação entre o projeto interpretativo da antropologia moderna e o entendimento histórico das estruturas sociais e econômicas de larga escala em que o sofrimento se insere — no caso específico, o sofrimento oriundo da epidemia de AIDS no Haiti. Longe de pleitear que as etnografias tragam contextos ou panoramas históricos, Farmer refere-se ao desafio de construir conexões entre temporalidades e espacialidades vividas como disjuntivas e, neste movimento, referenciar mutuamente os sentidos atribuídos à experiência e à materialidade da vida

social. Nesse percurso, o autor alinhava histórias de sofrimento de pacientes haitianos na busca por tratamento para tuberculose, AIDS ou câncer — o seu “etnograficamente visível” — com o modo de vida burguesa na França do século XIX, por meio da indagação sobre as condições materiais de manutenção do luxo e dos excessos que o caracterizou. Tal questionamento traz ao cenário a colônia escravocrata francesa mais produtiva de então: São Domingos, ou seja, a formação social que viria a se tornar o Haiti empobrecido de hoje. Assim, numa triangulação entre tempos e espaços, Farmer explicitou a estrutura profunda e a institucionalidade da violência vivida pelos haitianos em seus percursos terapêuticos contemporâneos. E o mais importante: destacou que essa violência estrutural seria percebida como uma violência sistemática sem sujeitos e sem culpados, ao transcender os sujeitos imediatamente envolvidos nas relações (profissionais de saúde e pacientes), constringendo suas possibilidades de ação. Tal percepção seria possibilitada por variadas formas de dessocialização de experiências e mundos ou de apagamento da memória histórica, a cujas conexões o antropólogo deveria estar atento, sob o risco de compreender apenas os significados residuais da experiência em foco.

Se, nas palavras de Farmer, desequilíbrios materiais de poder não podem ser apagados sem distorção de significado (2004, p. 309) — daí sua relevância para o projeto interpretativo da antropologia —, em Bourdieu encontramos quase uma inversão dessa relação. Para esse autor, a transfiguração das relações materiais de poder é o trabalho por excelência de um tipo de poder: o poder simbólico. A violência simbólica, nosso interesse aqui, seria, portanto, a forma gentil e invisível que se intensifica sempre que a aplicação direta da violência física ou econômica seja sancionada negativamente pelo grupo (1977, pp. 191-192). Numa espécie de alquimia social, a violência simbólica opera a fabricação da autoridade legítima por meio de relações pessoais nas

quais trabalho, tempo, atenção, cuidado, inclusão, participação política, ou quaisquer outras atitudes moralmente afinadas com o ambiente ou grupo, logrem gerar valores considerados irreduzíveis à materialidade do mundo. E, assim, tais práticas podem ser apreendidas como generosas, desvinculados de interesses particulares e, sobretudo, comprometidas com ideais transcendentais (salvar vidas, fortalecer a democracia etc.).

Bourdieu diria que o conceito de *habitus* é capaz de vincular estruturas e práticas por meio da agência dos sujeitos que, ao mesmo tempo que incorporam condutas, criam e recriam modos de agir baseados num princípio de percepção das experiências ulteriores, como “um sistema adquirido de esquemas geradores” (2009, p. 91). O esquema conceitual intitulado como *habitus* se coloca como tentativa de superação das dicotomias entre sujeito e ação, indivíduo e sociedade, estrutura e prática, ao que se aproxima da ideia de Schutz que define antecipação e tipificação como ações no mundo da vida — a primeira baseada na experiência pregressa (estrutura estruturada para Bourdieu) e a segunda na classificação ou nos modos de percepção da experiência futura (estruturas estruturantes). A relação entre os atos de antecipar e tipificar é equacionada por Schutz (1979, p. 136) na própria mediação entre a experiência passada e a futura que se dá, portanto, pelo sujeito da ação que age segundo um sistema de relevância criado por ele e através dele. O sujeito em situação é o que constitui o elo, é o que sustenta a unidade das oposições. Logo, se aproximarmos a violência simbólica, entendida como uma qualidade da interação, do conceito de *habitus*, podemos refletir sobre a violência como um universo em si de mediação entre ação e estrutura ou como um terceiro potencial — uma espécie de gramática social — que provê regras específicas para um jogo em que a luta por legitimidade valida a disputa de sentidos. A violência é legitimada, portanto, como parte das interações. Contudo, tal gramática se constituiu ao

longo de um processo histórico no qual desequilíbrios materiais de poder têm combinado de maneira diferenciada formas de violência física e simbólica. É o que abordaremos a seguir.

Políticas para a saúde indígena no Brasil: entre a abnegação e a degradação

Os estudos que buscam compreender a história das políticas de saúde para os povos indígenas apontam uma aparente contradição, que viria desde as primeiras ações governamentais, entre o “perfil de motivação abnegada” dos profissionais de saúde e a “dinâmica estrutural” do contato que produzia a degradação física das populações (COSTA, 1987). Tais ações se constituíram como serviço formal de assistência à saúde indígena no Brasil apenas em 1956, cerca de quase 50 anos após a criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPI/LTN), em 1910 — apenas SPI a partir de 1918. O médico sanitarista Noel Nutels teve papel fundamental como responsável pelo planejamento e pela execução do que foi designado como Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Essa foi uma das primeiras e sucessivas tentativas realizadas ao longo do século XX de transformar o atendimento esporádico e as informações sobre as condições de saúde dessas populações, apenas eventualmente repassadas através de relatos de missionários e de médicos que haviam participado de expedições ao interior do Brasil (1987, p. 391).

Tendo integrado uma dessas expedições nos anos 1940, a Expedição Roncador-Xingu, Nutels compartilharia da perspectiva de que era preciso criar meios para garantir a sobrevivência dos grupos e intermediar o contato recente de muitos outros,²

² Ver interessante trabalho sobre o “espírito do sanitarismo” a partir de relatos de profissionais de saúde pública dos anos 1930 no Brasil em: CUNHA, 2002.

com o objetivo de interromper as mortes por endemias avassaladoras de tuberculose, malária, gripe, entre outras. A partir da inserção como médico na expedição citada, Nutels se empenharia em estruturar um sistema de atendimento regular e, para isso, fez inclusive uma especialização sobre tuberculose no intuito de estabelecer um controle permanente sobre os casos. O tratamento dessa doença, em especial, continuaria a fazer parte da estratégia dos serviços de saúde mesmo após a extinção do SUSA, em 1968, seguindo a perspectiva sanitária de isolamento de áreas para o tratamento. Nas próprias palavras do médico, resgatadas por Costa (1987, p. 392): “Deste modo estabeleceremos uma verdadeira cortina sanitária em torno da área a ser atingida. Ninguém poderá entrar ali sem prévio controle”.

Além de um enfoque no isolamento e no controle territorial, podemos supor que uma perspectiva protecionista — inspirada na filosofia de trabalho de Rondon — emergia através da aura heroica atribuída às equipes de saúde que se propunham assistir os povos indígenas nos locais mais remotos. Ainda, em estudos mais recentes sob a perspectiva de uma sociologia histórica da saúde pública no Brasil, Arouca e Lima puderam destacar outras contradições ao recuperar os planos médicos de 1947 destinados aos povos indígenas. No documento, podemos ver que Herbert Serpa, médico responsável pela elaboração do mesmo, já apontava para, minimamente, um conflito de concepções: “São inegáveis as profundas diferenças e divergências existentes entre a medicina indígena e a dos civilizados” (2014, p. 70).

Assim, comparações com as concepções da ação indigenista nos pareceram pertinentes para a análise desse primeiro serviço estatal de assistência à saúde indígena no Brasil, que poderia ser considerado o primeiro desdobramento do poder tutelar com ações no campo da saúde no Brasil. Heroísmo autoritário dos profissionais de saúde — e dos indigenistas em geral — e dramaticidade da expansão interna das fronteiras (VELHO,

2009a; 2009b) constituem, portanto, desde o início, duas faces de um mesmo processo.

Com a instituição da Fundação Nacional do Índio (Funai) em 1967 e a subsequente criação de uma divisão de saúde do órgão, a equipe responsável pelo atendimento aos povos indígenas sofreu um desmembramento e tornou-se mais dispersa no território — deixando de ser apenas um serviço (Susa) e tornando-se uma equipe. A partir da Funai, criou-se a Equipe Volante de Saúde (EVS), composta por médico, enfermeiro, bioquímico e dentista, que residiam nas capitais regionais e atendiam de forma esporádica nas aldeias. Cabe destacar que este modelo inicial capacitado por Nutels não deixou de existir, mas sofreu uma transição institucional a partir da Funai, quando se implantou um sistema de escala de auxiliares de enfermagem nas aldeias, para ações curativas de emergência e tratamentos prolongados (VERANI, 1999, p. 3), até chegarmos à proposta atual. O enfoque, portanto, já era a assistência básica e a remoção de casos mais graves para unidades hospitalares. Mas nota-se que a figura dos “auxiliares”, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde diversos só viria a se expandir desde então. Formava-se, então, uma estrutura de atendimento que persistiria às numerosas crises de legitimidade e institucionais que incidiram sobre a política de saúde indígena durante as décadas posteriores, culminando no modelo dos distritos sanitários³ e cuja premissa é a do controle social.

No período em que Nutels coordenou as ações de saúde, a visão sobre a relação entre a saúde indígena e as mazelas do contato era preponderante, assim como a visão protecionista que almejava garantir a sobrevivência física dos povos indígenas que se coadunava com a necessidade de estabelecer uma intervenção direta. No entanto, o imaginário de um “Brasil doente”

³ Ver: ATHIAS; MACHADO, 2001; MAGALHÃES, 2001; MARQUES, 2003; BUCHILLET, 2004; ROCHA, 2007.

(LIMA; HOCHMAN, 2000) e abandonado em seus interiores e sertões, forjado no seio do movimento sanitarista do início do século XX, não considerava os povos indígenas. Dos relatórios e estudos da época brotava a imagem de um país “com uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutivo e abandonada, sem nenhuma identificação com a pátria” (2000, p. 315). Esse movimento científico criou subsídios político-administrativos para o surgimento, no início da década de 1940, de serviços nacionais de combate a doenças endêmicas, consideradas entraves ao desenvolvimento nacional. Em que pese a inexistência de distinções étnicas, foi a partir daí que começou a se delinear um alinhamento explícito entre “expansão do poder público, desenvolvimento, saúde pública institucionalizada e populações indígenas.” (HOCHMAN; SILVA, 2014). O foco na doença que acompanhou as ações em saúde dos povos indígenas tinha suas bases nesse modelo de intervenção governamental inspirada nas concepções de desenvolvimento econômico e nacional que marcaria as décadas de 1950 e 1960.

A narrativa heroica traçada por poucos, esporádicos, mas persistentes profissionais de saúde acentuaria o caráter do cuidado (assistência) como proteção e tutela dos relativamente incapazes e indefesos. E a perspectiva inerente de controlar doenças, mas doenças exógenas, como a tuberculose, indexava uma prática de controle com enfoque nas doenças do contato. O fortalecimento da indústria farmacêutica após a Segunda Guerra Mundial, com a expansão e a institucionalização do uso de anti-maláricos e antibióticos (HOCHMAN; SILVA, 2014), reforçou as relações entre saúde e certa perspectiva de desenvolvimento. Apesar de uma separação entre combate às doenças e assistência médica propriamente dita, do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas às Equipes Volantes de Saúde, vemos que o preceito do controle sobre a doença exercido pela criação de equipes de saúde em torno dos povos indígenas ia, aos poucos, fomentando uma lógica da prática na qual o controle da territorialização dos

indígenas se articulava com o controle do comportamento das pessoas, via campanhas (de combate às endemias) e medidas educativas de higiene, numa relação de reforço mútuo entre indigenismo e sanitarismo. Como diriam Arouca e Lima, se “as décadas de 40 e 50 representaram um importante capítulo na história da questão indígena no Brasil; um ponto de encontro entre concepções médicas e perspectivas antropológicas” (2014, p. 76), é nessa gestão articulada de território, ações de saúde e educação que as diferenças culturais são inventadas como obstáculo às medidas de prevenção e assistência — ensejando práticas de violência simbólica marcadas pela desautorização do outro, isto é, pelo exercício de um poder tutelar específico (SOUZA LIMA, 1987). Tal desautorização do outro ganharia contornos distintos no processo democrático inaugurado ao final dos anos 1980 em diferentes espaços políticos da saúde, como expresso nas situações narradas na próxima parte.

Considerações específicas sobre a reconstrução da história da política indigenista no século XX possibilitam refletirmos sobre as conexões entre as noções de proteção e tutela que arregimentaram a relação entre Estado e povos indígenas e a expansão do poder biomédico no Brasil instaurado a partir do movimento sanitarista. As seguidas reestruturações dos serviços de saúde indígena — e nacional — intensificadas nos anos 1950 e 1960 e depois nos anos 1980 e 1990 se dão concomitantemente ou em sequência aos movimentos de colonização interna que marcaram a “marcha para o Oeste” (década de 1950) e os projetos desenvolvimentistas do governo militar (década de 1970) e dos governos democráticos (década de 1990).⁴ O que nos permite apreender

⁴ A lógica do desenvolvimentismo se atualiza nos anos 2000 com o impulso dado aos grandes projetos, principalmente, de hidroelétricas e mineradoras. Contudo, tal impulso se expressou num aparente paradoxo no incremento das instâncias de participação social (controle social) indígena, o que será objeto de reflexão mais afrente na parte dedicada às situações etnográficas.

continuidades históricas entre a lógica do salvamento de vidas dos serviços estatais com a violência física sofrida no âmbito das disputas e dos conflitos de terra. Para Souza Lima (1987), as ações e os discursos contidos nos projetos indigenistas incrementavam a luta política através de um conteúdo emergencial que primava sobre a forma de relação estabelecida, qual seja, a da sobrevivência física dos povos indígenas. Essa forma de relacionar o tempo (emergência) à ação política (sobrevivência física) marcaria profundamente a visão de Darcy Ribeiro como ator do processo de uma política governamental cuja ênfase estava na interface entre proteção e tutela. Nesse momento, as duas eram entendidas como salvamento emergencial de vidas e forma de relação. Darcy Ribeiro defendia “a importância da prática, da convivência direta, a negação de uma postura científica, a vocação profética de formulação de um projeto indigenista e de um projeto para a nação” (1987, p. 157). Visão esta que facilmente se generalizava para grande parte da intelectualidade brasileira. Na análise da obra de Darcy Ribeiro vemos constituir-se um projeto indigenista ao estilo Rondon articulado a uma visão autoritária da construção da nacionalidade. Qual seja, a de que caberia ao órgão indigenista, primeiro o SPI e depois, inicialmente, a Funai, construir essa nacionalidade através da salvação física dos povos indígenas, convencidos de que isso traria a reboque uma “sobrevivência cultural desejável”. Assim, a premissa da sobrevivência dos povos indígenas nada mais tinha a acrescentar à nação do que sua representação física.

Tal representação, historicamente construída, é induzida pela própria estrutura desse espaço de disputas que se estabeleceu a partir do início do século, do qual resulta a constituição da SPILTN enquanto agência, pelo Estado brasileiro, e que seu cerne consiste na busca de construção de um consenso onde, uma vez tomada uma posição em que se escape à censura característica desse

campo, ver-se-á surgir a dimensão necessária para que se possa atingir as regiões de consenso mais profundo (SOUZA LIMA, 1987, p. 163).

A questão que precisamos enfrentar para atualizar essa reflexão reside, justamente, nos termos novos em que, nas palavras de Souza Lima acima transcritas para falar do SPI e do mito rondoniano, tem se dado a “busca de construção de um consenso onde, uma vez tomada uma posição em que se escape à censura característica desse campo, (...) se possa atingir o consenso mais profundo”. Qual a censura constituída nos tempos democráticos atuais nesse encontro do indigenismo com o sanitarismo?

Cenários e violências

Para começar a responder a essas perguntas, abordaremos a seguir relatos de pesquisa nos dois contextos em foco (a atuação política indígena no âmbito federal e o atendimento nas aldeias) para podermos, ao final, mapear as conexões entre ambos. Conexões que têm sido invisibilizadas e que, a nosso ver, são fundamentais para compreender as violências e a configuração de poder que qualificam o espaço político da saúde indígena.

NEGOCIAÇÕES E CENÁRIOS POLÍTICOS

E a instituição responde: (...) estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis (...); que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele advém (FOUCAULT, *A ordem do discurso*, 1996, p. 7).

A escolha desse diálogo imaginário construído por Foucault em suas reflexões sobre o discurso como um dispositivo de poder

pretende servir de guia para a compreensão das situações etnográficas aqui narradas e das escolhas feitas. Desde já será possível insinuar ao leitor a inquietação com o dito, suas entrelinhas e ênfases que nos levou a percorrer o caminho interpretativo que orientou o próprio recorte das situações e que será apresentado em seguida.⁵ A apresentação inicial dessas breves situações etnográficas em conjunto tem por objetivo, nos dois cenários priorizados, dar o contorno do quadro geral que será explorado mais pausadamente nas próximas páginas. Esperamos por tal recurso conduzir o leitor à compreensão das dinâmicas que nos motivaram a escrever este artigo, suscitadas por pesquisas que já datam de mais de dez anos.

SITUAÇÃO 1. Em entrevistas concedidas a Ferreira,⁶ em Brasília, dois presidentes de Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) explicaram a não implementação de suas decisões pelos gestores nos seguintes termos:

“(…)o CONDISI tem que ser chamado na hora de tomar as decisões. Atualmente só é chamado pelo gestor quando tem que resolver problemas junto à população indígena” (FERREIRA, 2012, p. 105).

“(…) porque hoje o gestor não respeita as deliberações do conselho, ele faz de conta que não sabe, (...) enrola

⁵ Com exceção da Situação 1, todas as situações etnográficas apresentadas nesta parte são oriundas de observações diretas e entrevistas realizadas por Teixeira e equipe na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e disponíveis no vídeo etnográfico “Estive em Brasília, lembrei de você” (<https://vimeo.com/126372482>).

⁶ Ferreira realizou entrevistas com 32 presidentes de Conselho Distrital de Saúde Indígena nos anos 2011 e 2012. “Os presidentes entrevistados disseram sobre as perguntas: Como foi a criação do Conselho Distrital de Saúde Indígena no seu distrito? Quais as principais dificuldades e avanços relacionados ao controle social?” (FERREIRA, 2012, p. 12). As entrevistas foram realizadas nos seguintes eventos: Reunião do Controle Social/MS — março/2011; Abril Saúde Indígena — abril/2011; Acampamento Terra Livre — maio/2011; Oficina de Planejamento Estratégico — fevereiro/2012; e Reunião do fórum — março/2012 (2012, p. 73).

entendeu? Então nesse sentido não vai melhorar, pode estar um conselho capacitado, conselho funcionando, mas se o gestor não respeitar não tem como melhorar (FERREIRA, 2012, p. 85).

SITUAÇÃO 2. Abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, centro de convenções em Brasília. Mesa formada por autoridades governamentais e lideranças indígenas, plenário com mais de mil delegados indígenas de todo país, o cerimonial ainda fazia apresentações e homenagens quando a delegação de indígenas do Mato Grosso do Sul (MS) entrou silenciosamente pelo corredor central carregando faixas nas quais podia-se ler: “A saúde indígena do Mato Grosso do Sul pede socorro”; “Terra é saúde: demarcação urgente das terras indígenas”; “Distrito Sanitário Especial Indígena/MS com 75 mil índios exige respeito: abaixo a ditadura na saúde indígena”. Alguns indígenas aplaudiram, mas o cerimonial continuou indiferente às faixas que eram mantidas abertas. Foi Sônia Guajajara, coordenadora da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, primeira liderança indígena da mesa de abertura a falar, que destacou as mensagens da delegação do Mato Grosso do Sul e, muito aplaudida, denunciou o enfrentamento dos indígenas com os “ruralistas” em defesa de suas terras e conclamou o ministro da saúde ali presente a levar “nossa voz à presidente Dilma por terra” (NOTAS de campo, 5ª CNSI, 2-6/12/2013, Brasília).

SITUAÇÃO 3. “Talvez um dos maiores avanços, entre os muitos avanços que a gente teve com o Subsistema [de Atenção à Saúde Indígena], foi sem dúvida a criação do controle social na saúde indígena que para nós tem funcionado como uma escola numa formação mais concisa, com relação à legislação, de muitas de nossas lideranças” (ENTREVISTA com Uwira Xakriabá, presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Altamira/PA, 5ª CNSI, 2-6/12/2013, Brasília).

SITUAÇÃO 4. “Qual o papel de uma conferência? Como o próprio nome já diz, conferência confere. (...) Avalia a política que está em vigor, detecta o que de bom está em vigor, vê quais propostas não se aplicam e precisam ser reformuladas e aprova diretrizes para uma nova política ou a revisão da política atual. (...) Estão [os indígenas] muito bem preparados para reivindicar os direitos deles. Controle social é isso: participação, respeito ao outro, saber ouvir, falar menos e ouvir mais, cumprir compromissos, fazer acordos, negociar, dialogar” (ENTREVISTA com Antonio Alves, secretário especial de saúde indígena, Ministério da Saúde, 5ª CNSI, 2-6/12/2013, Brasília).

As situações e entrevistas deram-se em reuniões de instâncias formais do chamado “controle social” na saúde indígena, especificamente o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) — que ocorre periodicamente em Brasília — e a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), realizada em 2013. Esse recorte etnográfico deu-se pelo fato de serem instâncias de atuação indígena previstas legalmente e que gozam de grande capilaridade: existem 34 conselhos distritais espalhados em todo o território nacional, com conselhos locais por aldeias, um conselho por distrito e o fórum de seus presidentes que se reúne quatro vezes ao ano. Já as conferências, de periodicidade incerta, congregam cada vez maior número de “delegados” e membros de organizações indígenas vindos de todas as regiões do país — na última em 2013 estiveram mais de mil indígenas. Mas o critério decisivo foi o fato de ser o controle social, o qual essas instâncias integram, a principal aposta de atuação política permanente dos indígenas nas políticas de saúde para seus povos. Tal ênfase se manteve durante os anos 2000, pelos menos até o presidente Temer assumir em 2016. E nas situações aqui apresentadas, Uwira Xakriabá explicitamente expressou-a quando disse que o controle social seria uma “escola de formação” e um dos maiores avanços na saúde indígena (Situação 3) — o que

confirma o que ouvimos entre 2006 e 2014 nas reuniões periódicas da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Compreender essa aposta permite conjugar sua importância para os indígenas com a centralidade do debate que a participação social como forma de governo tem adquirido nos meios acadêmicos. E, nesse percurso, buscar articular a violência simbólica que tal processo de ampliação democrática parece atualizar.

As situações narradas acima apontam para um jogo político complexo e singular. Nesse jogo a participação dos chamados representantes ou lideranças indígenas — mesmo quando em forte tom de crítica — é reconhecida e com frequência celebrada; suas vozes são articuladas às de autoridades governamentais em conferências e na própria gestão local nos 34 distritos especiais de saúde indígenas (seja sob a forma de participação nos conselhos distritais, seja como assessores indígenas na gestão ou na atuação como agentes de saúde e de saneamento); são realizadas reuniões trimestrais com todos os presidentes de conselhos distritais de saúde na sede do Ministério da Saúde em Brasília; representantes indígenas têm, também, assento no órgão máximo de deliberação participativa na saúde (o Conselho Nacional de Saúde), coordenam e detêm a maioria da composição da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (comissão que assessora o conselho nacional para os assuntos de saúde indígena), além de participarem de outras comissões assessoras do conselho nacional. Tal inclusão, como expresso nas quatro situações, é acompanhada de uma percepção de vazio de poder.⁷ Mas um vazio que não desautoriza a retórica democrática da participação como uma forma de governo, que foi a

⁷ O material coletado por Ferreira (2012, p. 85) confirma essa hipótese: “No questionário, ao responder se as reivindicações das populações indígenas foram atendidas em 2009, a metade dos 34 CONDISIS informou que não, oito responderam que sim, oito informaram que foram atendidas em parte e um deles não respondeu”.

marca dos governos do presidente Lula e da presidente Dilma Rousseff, e, ao mesmo tempo, permite eufemizar o agravamento da degradação das condições de vida e da violência física nos territórios indígenas (retornaremos adiante).

Nas interações apresentadas a violência simbólica se produz, como se pode vislumbrar, por um caminho tortuoso e por acusações e queixas tangenciais. Nesse caminho a autoridade legítima formalmente outorgada aos representantes e líderes indígenas por meio da política de participação social é reduzida aos contextos (como as conferências de saúde e os conselhos distritais e nacional) nos quais são discutidos e deliberados princípios e diretrizes orientadores da política nacional de saúde e de saúde indígena e de seu acompanhamento em diferentes níveis. Vista por esse ângulo, a política de participação tal como se encontra estruturada (1) deixa institucionalmente de fora do arbítrio indígena a efetivação da política de saúde local e nacional e, simultaneamente, (2) mantém suas vozes junto à gestão como conselheiros e assessores (junto ao secretário especial de saúde indígena no Ministério da Saúde e aos diretores de Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todo o país, por exemplo). Em tal configuração, portanto, a presença indígena é por direito instituída, mas desautorizada pelas regras que asseguram sua participação; regras estas que precisam ser aprimoradas com vistas a garantir a tradução da participação em autoridade nas decisões políticas. Os indígenas, em meio a essa situação paradoxal, tendem no cotidiano do exercício do controle social a responsabilizar sobretudo os indivíduos com quem interagem na gestão pela desconsideração de suas vozes. E, assim, a alquimia de invisibilização da violência desta configuração se realiza por meio da transformação do que é estruturante do jogo político em questão de caráter pessoal: gestores locais não respeitam as deliberações dos conselhos, como expressam os presidentes de CONDISI nas entrevistas

transcritas na Situação 1. E gestores nacionais escutam as posições e recomendações gerais dos conselheiros em suas reuniões periódicas e as dos delegados nas conferências nacionais, mas suas vozes não são consideradas — no que diz respeito às ações indigenistas na saúde e em sua política territorial. Confirmando esta postura de escuta sem atribuição de autoridade ao dito e feito, o cerimonial da 5ª CNSI e as autoridades de governo em sua mesa de abertura ignoraram o protesto da delegação do Mato Grosso do Sul (Situação 2); e o então secretário especial de saúde indígena confirmou o papel domesticador de conflitos das conferências, nas quais, em suas palavras, se deve “saber ouvir, falar menos e ouvir mais, cumprir compromissos, fazer acordos, negociar” (Situação 4).

Observamos que o exercício da dominação cotidiana que é própria à burocracia (WEBER, 1999) quando atualizada em “gestão democrática” passa a ser atribuída principalmente às qualidades morais ou aos interesses políticos e materiais daqueles que atuam na gestão — e que seriam responsáveis, portanto, por não efetivarem os princípios orientadores pactuados para a política de saúde indígena. Não é que as pessoas não importem no exercício das funções, sejam essas mais ou menos burocráticas ou políticas. O que queremos destacar é que a ênfase nessa dimensão dificulta ver que é o próprio modelo de participação política e suas condições institucionais que legitimam que os indígenas, já excluídos das instâncias formais de produção das leis e da distribuição de recursos e, não menos importante, das redes de relações pessoais que influenciam as autoridades em exercício, também o sejam da administração cotidiana que reproduz, acomoda e readéqua as relações de poder político e material dominantes. Tal exclusão dá-se de modo tácito no jogo da inclusão participativa, se expressa em desrespeito que é antecipado e tipificado na dinâmica interpessoal num vocabulário moral de negociação, compromisso e diálogo (Situação 4) que

tem por efeito desautorizar o conflito aberto por legitimidade que qualifica as acusações de violência. E, assim, a disputa central, aquela que tem por foco as condições externas que possibilitam e limitam a participação como tática política, torna-se secundária. Em outras palavras, a reflexão (1) sobre em que termos se dá a definição das regras do jogo a ser jogado e do que pode ser dito e feito por quem e em que contextos político-institucionais; e (2) sobre o lugar que o jogo participativo ocupa na hierarquia dos contextos político-institucionais e os efeitos que estar nesse lugar produz parece ser banida pela valorização do mecanismo da participação em si (tanto por indígenas quanto por autoridades, situações 3 e 4). Mas, também, pelo privilégio ao debate das relações de poder internas entre os sujeitos que constituem as arenas participativas: nas acusações contra os gestores feitas pelos presidentes de CONDISI e na repercussão da falta de consequências do protesto feito na sessão de abertura da 5ª CNSI (respectivamente, situações 1 e 2).

Não há dúvida de que é muito claro para representantes e lideranças indígenas que a defesa dos territórios indígenas é central para a melhoria das condições de saúde de seus povos⁸ (como a delegação do Mato Grosso do Sul ritualizou na 5ª CNSI, Situação 2). Também é evidente a importância atribuída a outras formas de ação política que escapem da armadilha de aprisionamento do discurso da gestão e construam estratégias políticas autônomas, como o Acampamento Terra Livre, que desde 2003 é realizado em abril, em Brasília (SOUZA LIMA, 2015; SILVA, 2017). O que não parece ser socialmente tão visível — e isso não é específico dos movimentos indígenas nem do Brasil (BRONZ, 2011; CRUIKSHANK, 1999) — é que o jogo participativo contribui

⁸ Para os interessados, ver os relatórios da Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios.htm>. Acesso em: 20/01/2018.

para a ressignificação política da violência direta vivida localmente e, principalmente, para a disjunção entre a dimensão política e a econômica. É como se os ataques a territórios indígenas por grandes fazendeiros — representados pela “Frente Parlamentar da Agropecuária” — se dessem apesar da presença indígena na política nacional e do projeto político democrático que essa presença expressa. Como se fossem, assim, episódios isolados e excepcionais a serem tratados, investigados e resolvidos por meio de processos policiais e não por redefinições da ordenação política.

NEGOCIAÇÕES E CENÁRIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM ALDEIA

Antes de narrar o segundo conjunto de situações etnográficas selecionadas, importa explicitar que os postos de saúde localizados em aldeias indígenas constituem uma das chamadas “pontas” do subsistema de saúde indígena. Seguindo a lógica da descentralização implantada a partir dos 34 distritos sanitários, o posto de saúde é lugar imaginado como início, isto é, onde as pessoas começam a percorrer itinerários de saúde via política institucional de saúde. Mas, longe de buscar construir um comparativo do tipo objetivos-resultados, nossa proposta é focar os percursos possíveis para os que buscam consultas, remédios e orientações diversas para males como diarreias, dores de cabeça e no estômago, febres, malária, gripe e pneumonia, entre outros. As intervenções médicas possíveis nesses espaços não ultrapassam a administração de medicamentos, consultas ou, ainda, algumas suturas de pequeno porte. Esse cenário, embora recheado de um certo apelo de “porta de entrada” é, em muitos momentos, o local de crises intensas que envolvem os mais diversos sujeitos. Casos de morte por descaso, por negligência, por impossibilidade estrutural de atendimento podem

ser vividos, circunstancialmente, como erros de indivíduos. É esse tipo de poder que aqui nos interessa pensar.

As situações a seguir descrevem, dentre outras coisas, múltiplos níveis de violência simbólica (falada, ouvida, presenciada, sentida no corpo), cuja fugacidade dos enquadramentos pode ser mais bem visualizada situacionalmente. Assim, um ato cotidiano de aplicar uma injeção (Situação 5) pode se desdobrar ininterruptamente numa cascata de elementos de desconsideração ao outro — engendrando num mesmo balaio a falta de estrutura material e a configuração interacional que se desenrola nos postos de saúde em aldeia. Mesmo quando há uma crítica à pobreza visível das aldeias em um nível discursivo consciente, tal ausência material é traduzida como uma faceta igualmente moral da repulsa a valores e práticas associadas aos índios, embora não exclusivamente a eles. Alguns episódios oriundos da etnografia no DSEI Rio Tapajós, entre 2008 e 2009, apontam para tais dinâmicas.⁹

SITUAÇÃO 5. “Hoje à tarde acompanhei a enfermeira Malu numa nova visita/consulta à Sr^a Kabá. Ela estava prostrada em sua rede com dores na barriga. Quando chegou, a enfermeira Malu logo perguntou se ela não queria descer para a cidade, mas esta afirmou simplesmente que não. Continuou a enfermeira, então, dizendo que tal decisão de permanecer na aldeia seria de responsabilidade da Sr^a Kabá, avisou que desceria no dia seguinte para a cidade e que se acontecesse algo como ‘a senhora morrer, Deus o livre, ficaria sem atendimento.’ A Sr^a Kabá ignorou seu conselho. Todas nos dirigimos para uma parte da casa onde havia mais luz, para aplicar a injeção na senhora. Malu perguntou se ela havia comido, mas não havia. Já eram catorze horas e trinta minutos. Malu concluiu: ‘Então, é vento na barriga.

⁹ Esta etnografia é parte da pesquisa de doutorado de Dias da Silva (2010).

Isso dói muito. A senhora tem que comer.’ Ato contínuo, ela começou a olhar as crianças em volta e apontou para um dos meninos, com um problema ósseo no tornozelo, e perguntou se já haviam dado entrada no pedido de aposentadoria dele. Observou ainda que, quando veio de Jacareacanga o menino estava gordinho e havia emagrecido muito em aldeia. Depois, quando saímos, comentou que naquela casa havia muita criança e que os filhos da Sr^a Kabá não faziam nada. E citou como exemplos dois deles que, ao chegarmos, estavam descansando” (DIAS DA SILVA, 2010).

O que impressiona nesse caso é que a enfermeira, uma conhecida figura local, que gozava junto aos Munduruku de certo respeito pelo tempo de trabalho na saúde indígena, nem por isso produzia um diálogo crível. Certamente Malu não acreditava em suas próprias palavras quando disse que a injeção ia ajudar a curar o vento na barriga, pelo menos sua formação em enfermagem nos afastaria dessa possibilidade de imediato e toda minha experiência durante o trabalho de campo também diz o contrário. Mas o que estamos afirmando nesta oportunidade é que essa era uma escolha retórica diante dos Munduruku. Criar metáforas do tipo “vento na barriga” era exatamente uma forma bastante comum de desconsideração pelo outro, como vemos em outros casos na literatura antropológica sobre poder tutelar e suas diversas facetas, por exemplo, os estudos em antropologia da saúde sobre as relações de poder que permeiam o diálogo “de surdos” entre médicos/profissionais de saúde e pacientes quando esses pertencem a distintas culturas (GARNELO, 2003; 2004; LANGDON, 2004; CARDOSO, 2004; SMILJANIC, 2008; NOVO, 2010; TEIXEIRA, 2012; FERREIRA, 2013) ou, ainda, a grupos sociais distintos (BOLTANSKI, 1979; LOYOLA, 1984; DIAS DUARTE, 1986). Logo, o embate não parece se colocar entre a suposta oposição entre conhecimentos biomédicos e

conhecimentos tradicionais. O que se disputa nesses cenários de atendimento não é uma razão epistêmica, mas, antes, é a habilidade de contornar situações “difíceis”, ou como diziam as técnicas muito frequentemente, “se virar nos trinta”.

SITUAÇÃO 6. “Um explícito e muito usado recurso de evitação de conflito que fazia parte do processo cotidiano era a prescrição de vitaminas. Observando atentamente o quadro de medicamentos estocados no posto e seus usos habituais, os polivitamínicos, complexo B e vitamina C eram comumente administrados em mulheres grávidas, pacientes de malária e em recuperação e, também — de forma surpreendente — ‘para evitar conflitos’”. Isto significava, em termos práticos, que pacientes que não apresentassem nenhum sintoma, e estivessem apenas precisando de atenção, poderiam ser eventualmente receitados com vitaminas, como num ato de reciprocidade básica. O fato do registro em si ser uma informalidade demonstra uma forma estabilizada de condutas e interações, sendo comum que profissionais mais experientes usassem esse recurso, considerado potencialmente inofensivo. Associar tais substâncias, as vitaminas, a uma das várias estratégias para evitar conflitos decorre de uma análise dos contextos experimentados e vividos em campo, junto aos profissionais de saúde e aos Munduruku, para quem os aspectos improvisados do atendimento não eram simplesmente uma “ausência”, mas uma forma de agir total, um modo de estar no subsistema de saúde indígena. Daí a importância de tratar o imprevisto como categoria nativa, conforme discutido em outro lugar (DIAS DA SILVA, 2014).

SITUAÇÃO 7. Em entrevista realizada na sede local do DSEI Rio Tapajós em Itaituba (PA), Seu Lino, responsável pela execução das obras de saneamento no Distrito e um funcionário de muitos anos de ‘casa’, me explicou que o trabalho com as obras de saneamento continuava e que

a prioridade até o fim daquele mandato era terminar obras de saneamento que foram interrompidas há muito tempo e ficaram pelo caminho, como era o caso da aldeia onde eu estava pesquisando, que possuía toda a estrutura de torneiras, o posto com banheiro, cozinha, mas sem água. E isto há mais de dez anos. Ele tinha perspectiva de ir para a aldeia ainda no final daquele ano.

Quando retornei ao campo, na segunda metade de 2009, a água encanada já havia chegado à aldeia, conforme aparece neste trecho (embora isso não resolvesse a questão, como veremos mais adiante): “A chegada da água encanada na aldeia, para a qual já havia instalações há bastante tempo, tornou o acesso à água muito mais rápido, porém, as pessoas não deixaram de ir ao rio todos os dias para tomar banho, lavar roupa, lavar louça. Os banheiros da aldeia (onde também havia uma torneira e dois chuveiros), não eram utilizados de maneira sistemática. Ao fim da tarde, muitas crianças tomavam banho nessas “melhorias sanitárias” e no início das manhãs uma anta de estimação, de uma velha senhora vizinha ao posto, costumava ocupar o espaço e lá ficava aproveitando a umidade dos ladrilhos enquanto as crianças olhavam com graça. A torneira em cada casa foi construída junto com uma pia sem tubulação completa. A água ali utilizada caía diretamente na terra, do lado de fora da casa. Os banheiros tinham sistema de fossa. A chegada da água também não alterou os horários em que as pessoas iam para a beira do rio. As famílias se juntavam para ir ao rio” (DIAS DA SILVA, 2010).

Ora, se estamos em um mundo da vida, para usar a expressão de Schutz ao descrever o fluxo dos acontecimentos, em que coabitam instalações sanitárias, antas, profissionais de saúde, medicamentos, o rio, entre outros, a diversidade material seria tão epistêmica quanto qualquer conceito de articulação de conhecimentos poderia ser. Considerar todo esse cenário como uma situação implica um jogo conceitual entre estruturas e

práticas, como descrito anteriormente no debate sobre violência simbólica enquanto forma de interação. Destacamos não propriamente a precariedade material, mas os agenciamentos pelos quais as situações descritas, nesse cenário cotidiano em aldeia, produzem ao gerar efeitos invertidos: a persistente precariedade material (falta de instalações ou falta de manutenção etc.) passa a ser identificada com os próprios sujeitos e seus comportamentos. Na situação a seguir apresentamos um contexto similar, no qual a precariedade das informações transmitidas desliza de seu sentido original e se tornam dificuldades inerentes à saúde indígena.

SITUAÇÃO 8. “Já na primeira semana [de pesquisa de campo] uma enfermeira realizou palestra para as mães sobre: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Prevenção ao Câncer do Colo de Útero e Higiene. Embora tenha convocado um agente indígena de saúde para traduzir a sua fala, a palestra foi iniciada sem ele apesar da maioria das mulheres Munduruku não falar português. Quando este chegou a tradução passou a ser realizada sempre ao final de uma longa exposição recheada de imagens e sem que fosse previsto o tempo necessário à elaboração da tarefa do agente indígena que era traduzir o evento” (DIAS DA SILVA, 2010).

Na configuração de valores que constitui a engenharia institucional da saúde indígena brasileira assumem destaque os agentes indígenas de saúde e de saneamento, bem como enfermeiras e técnicas de enfermagem, cabendo-lhes fazer a ligação entre a comunidade indígena e os profissionais de saúde, principalmente no sentido de promover a articulação entre as práticas tradicionais indígenas e a biomedicina. Esta mediação deveria assegurar o reconhecimento das especificidades étnicas e culturais no atendimento, a chamada “atenção diferenciada”. E, assim, permitir que o subsistema de saúde indígena promova e recupere a saúde dos indígenas, contribuindo para garantir

o exercício pleno de sua cidadania. Trata-se, portanto, de uma função institucional que já na sua origem apresenta orientação técnica e política. Um olhar sobre a prática cotidiana do atendimento em área indígena (situações 7 e 8) revela, contudo, o distanciamento entre a “linguagem da imaginação” que qualifica os documentos normativos da “linguagem da decisão” que este tipo de texto pretende propiciar (GEERTZ, 1985). Tal distanciamento, como as situações narradas expressam, constitui-se nas muitas relações de desconsideração com os pacientes e agentes indígenas observadas (DIAS DA SILVA, 2010) no cotidiano em aldeia (situações 5 e 6), tanto no que se refere ao atendimento culturalmente diferenciado quanto à demanda do paciente e à mediação dos agentes indígenas de saúde.

A metáfora do ‘vento na barriga’ (Situação 5) poderia ser descrita como uma situação redundante. Praticamente todos os dias acontecia um momento do tipo “vento na barriga” ou “vitaminas para evitar conflitos” (Situação 6). Embora as enfermeiras e técnicas de saúde fossem as mais próximas das experiências de dor e sofrimento do povo Munduruku dentro do subsistema de saúde indígena, em geral eram também as pessoas que perpetravam um tipo de desautorização de difícil apreensão, pois não se dava sob a forma de coerção nem era provida de uma intencionalidade nefasta, muito pelo contrário. Trata-se de uma forma de violência que autoriza e desautoriza na mesma proporção, pois à medida que culpabiliza o paciente indígena (e sua família) por sua condição, o responsabiliza pelas consequências de sua decisão de permanecer na aldeia e, ao mesmo tempo, ignora a dimensão política, por exemplo, das precárias condições materiais de atenção à saúde oferecida no subsistema. Revela-se, então, o poder tutelar em sua forma brutal e não sob a forma da benevolência como em geral observamos. Aqui, o destaque a como as pessoas (no contexto de serem “pacientes e suas famílias”) eram tratadas nos remete a mecanismos de desautorização

como um tipo de interação que evita conflitos, mas cujo potencial de agressividade reside justamente nessa evitação — um processo similar ao que Herzfeld (2008) elaborou ao aproximar o conceito de violência à noção de intimidade cultural, a qual define, provisoriamente, como uma espécie de essencialismo disseminado e traduzido em constrangimentos práticos da vida social: “A intimidade cultural é, acima de tudo, **familiaridade com imperfeições sociais conhecidas**, que oferecem explicações culturalmente convincentes para os aparentes desvios em relação ao interesse público” (HERZFELD, 2008, pp. 24-25. Grifo nosso).

Tais mecanismos de desautorização também são encontrados na prescrição de medicamentos (Situação 6), quando o potencial conflito a ser desencadeado pela sequência chegar ao posto, realizar uma consulta e não receber qualquer medicação em retorno, era mediado através da administração via oral de vitaminas. Esta é uma situação entre outras possíveis; ela é exemplar, mas não é totalizante. Assim, “reclamações” classificadas como exageradas, mas cuja performance não podia ser ignorada, eram contornadas, com relativo sucesso, a partir deste uso específico das vitaminas, como uma substância/objeto que flutua entre certa percepção de distância cultural (eles não entendem ou não sabem, típica de um poder tutelar). Dizer que as vitaminas têm um lugar privilegiado na gestão cotidiana de conflitos, inserindo-se na categoria nativa do improviso, não significa culpar indivíduos por essas ações específicas. O objetivo é, ao contrário, entender estas ações específicas como um conjunto maior de atitudes e táticas, tais como as noções de poder tutelar e gestão da desigualdade sugerem (SOUZA LIMA, 1995; 2002a; 2002b; 2002c).

Essa anotação, peculiar a todo o quadro de medicamentos, explicita o potencial persuasivo do ato de “ministrar medicações”, cuja análise é ainda mais interessante por ser um ato

performativo, um ritual que compõe o cotidiano das ações. Assim, vemos como a dimensão política/ritual dessa relação também é visível no caso do abastecimento de água e do esgotamento sanitário da aldeia (Situação 7). As torneiras faziam parte das casas das famílias há vários anos. Por um lado, isto revela a precariedade dos serviços prestados, a situação era — no mínimo — estranha de se ver: as torneiras sem qualquer uso, encanamentos que já estavam com defeitos antes de serem utilizados. Por outro lado, quando a obra foi finalizada, o uso dado pelos Munduruku às torneiras “não atingiu as expectativas”, uma modalidade de explicação que indica outros sentidos para além da precariedade material. No caso, destacamos que a produção desta mesma precariedade, de uma perspectiva estrutural, se transforma em relações tuteladas, ou seja, de busca pelo controle do comportamento do outro considerado relativamente incapaz. Essa situação contém uma forma de interação que aqui buscamos sublinhar, qual seja: as condições materiais adquirem um sentido duplo, pois perpetuam e representam. Elas dão continuidade a problemas flagrantes, ao mesmo tempo que passam a representar o outro numa inversão entre as noções de condições de vida e modos de vida (DIAS DA SILVA, 2010).¹⁰

Na Situação 8 a enfermeira focalizou a força expressiva de sua palestra numa lógica que desconsidera a ação do próprio agente indígena. A noção de risco e perigo transmitida pelas fotos das enfermidades era considerada fundamental para conectar a audiência, compondo uma prática discursiva pretensamente universal. Em seguida, a enfermeira desdobra o alerta em “gestão de risco” por meio de ações para a alteração dos cuidados de si com vistas à prevenção das doenças. No caso específico do

¹⁰ O conceito de cultura, assim vivido como um obstáculo, nos leva a um cenário de reconhecidas tensões entre antropólogos em trabalho de campo e profissionais de saúde dos distritos sanitários. Ver: SMILJANIC, 2008.

tópico higiene a conexão entre alerta e prescrição comportamental se deu pela afirmação de que o inverno amazônico estava começando e, com ele, grandes índices de contaminação por doenças relacionadas à água do rio (diarreia e verminoses). Sobre as práticas corporais relacionadas à higiene destacou que seria bom “tomar banho todo dia, de manhã, de tarde, de noite, limpar a sua casa, varrer, colocar no local o lixo”. Havia nessas recomendações comentários muito gerais e marcados por um vazio sociológico, que não faziam sentido para o cotidiano dos Munduruku, pois tomar banho três vezes ao dia e varrer as casas era um hábito consolidado entre eles, enquanto a ideia de que defecavam à beira do rio não tinha conexão com a vida na aldeia, mas fazia parte de um repertório de educação em saúde para as populações ribeirinhas em geral. A riqueza desse relato reside, ainda, em reportar uma ação de educação em saúde que prescindiu do agente indígena, proferida em português para mulheres não bilíngues (e sem a necessária tradução), numa linguagem biomédica **universalista** de doenças, mas plena de antecipações **particulares**. Afinal, a biomedicina é uma idiosincrasia cultural como outras, daí o surgimento da noção de interculturalidade como recurso para o diálogo entre conhecimentos médicos. Entretanto, o modo de vida Munduruku é desautorizado nesse processo em que a política de saúde acordada desde a Constituição de 1988 e reafirmada nas reuniões entre lideranças indígenas e gestores governamentais (TEIXEIRA, 2010) é vivida como uma interculturalidade, mas reprodutora do mesmo tipo de assimetria e tensão da qual busca se livrar.

Vale lembrar que não pretendemos com as evidências etnográficas narradas nas diferentes situações culpabilizar indivíduos, este não é o caminho que o conjunto de dados etnográficos aponta. Mas, sim, o de considerar minuciosamente estas situações privilegiando as imbricações entre pessoas e instituições e seus efeitos de poder. Logo, a enfermeira palestrante

desconsiderou os Munduruku não porque ela era uma má servidora pública ou uma má profissional de saúde, mas porque podia assim fazê-lo num sentido estrutural. Era uma maneira mais rápida de cumprir um protocolo chato que, talvez, nem ela própria quisesse realizar, visto a sua impaciência expressiva durante o evento. De todo modo, não estamos no reino das intencionalidades, mas de uma política das relações que possui uma profundidade histórica que a todos perpassa.

Parece-nos bastante claro, a essa altura, que o ato de cuidar é um ato de poder, e relações de cuidado não são menos políticas nem ocupam uma aura à parte dos conflitos cotidianos, logo, cuidar seria também um ato de gerir o espaço, o tempo e a vida dos outros. Nossa proposta aqui, portanto, não seria a de assumir uma posição naturalizada sobre o cuidado, como se a dimensão política fosse contaminadora das relações de cuidado, em vez de percebida como parte indissociável e cujas formas de associação devem ser investigadas. Tal postura teórica nos permite avançar na compreensão dessa relação de poder específica — desdobramento que exploraremos a seguir.

Considerações finais: novas configurações de poder e de violência, novas cidadanias

Muitos são os estudos sobre atenção à saúde indígena nos distritos sanitários especiais indígenas com diferentes abordagens e focos: medicinas tradicionais, agentes indígenas de saúde e de saneamento, atenção diferenciada etc. (BUCHILLET, 1991; 1995; 2004; GARNELO, 2003; ERTHAL, 2003; LANGDON; GARNELO, 2004; DIAS-SCOPEL, 2005; NOVO, 2010; DIAS DA SILVA, 2014; 2017b). São também numerosas as investigações sobre a participação indígena nas políticas públicas: seus dilemas e desafios (CRUZ, 2011; RIBEIRO DE ALMEIDA, 2010; TEIXEIRA

et al., 2013; PALHETA, 2015); as conferências (GARNELO, 2002; TEIXEIRA, 2010); os conselhos e os conselheiros (LANGDON; GARNELO, 2004; GARNELO; SAMPAIO, 2005; FERREIRA, 2012). O que buscamos aqui foi, considerando a riqueza dessas pesquisas, articular de modo distinto estes dois cenários a fim de vislumbrar novos sentidos. A indagação se deu, portanto, em torno da violência em cada uma dessas situações, suas possíveis conexões e desdobramentos políticos.

Assim, alinhavamos essas páginas finais com uma reflexão delicada que não gostaríamos que fosse inadequadamente lida. Nosso intuito é contribuir para a compreensão dessa nova configuração de poder que pretende produzir cidadãos que devem ser capazes de agir em seu próprio benefício participando e colaborando com as políticas de governo. Uma espécie de versão cívica da pastoral cristã que pregava, e ainda prega, que “não se deve dar o peixe, mas ensinar a pescar”. Dessa perspectiva, o cidadão que deve ser um novo sujeito de poder (o cidadão participativo) precisa ser produzido enquanto tal: “ensinado”, “capacitado” e tantos outros termos que nos permitem ver a sujeição e o enquadramento necessário a esse processo. Assim, a dicotomia sujeito e objeto de poder deixa de ter sentido, pois a produção do primeiro se dá via constituição do segundo: o cidadão que participa (sujeito de poder) deve aprender a ser o cidadão (objeto de poder) que negocia, dialoga e compõe, em detrimento do cidadão que luta e confronta. Não se trata mais, como explicitou o ministro da Agricultura, Indústria e Comércio quando da proposta de criação do SPI em 1910, de “constituir em bases novas a catequese, imprimir-lhe feição republicana” (SOUZA LIMA, 1987, p. 26), substituindo, então, a palavra catequese por proteção. Atualmente, a magia da transformação da violência direta em violência simbólica não mais se dá pela proteção fraternal, adquirindo nova dinâmica por meio do projeto de distribuição do poder e afirmação dos direitos

diferenciados. Uma dinâmica em que a disputa por legitimidade se complexificou na multiplicação de novos mediadores (especialistas indígenas e não indígenas, lideranças indígenas e aliados, burocratas diversos, políticos profissionais e ocasionais) que são acionados frequentemente em uma gramática acusatória que raramente na saúde explicita-se na acusação de violência, como argumentamos ao longo deste trabalho. Todavia, a participação social, ao ser vivida como um projeto político, gerou novas possibilidades de agência aos indígenas que lutavam por sua ampliação prática e formal.

Desta perspectiva, sem dúvida, a experiência de participação indígena possibilitou ampliação de redes, de canais de articulação, aprendizados políticos novos, atos de fala e práticas com efeitos na política de saúde indígena. O que argumentamos ao longo deste artigo é que tais efeitos ficaram contidos pelas regras formais do “controle social” que não outorgam aos indígenas poder de decisão (nem de veto) e parecem amortecer o enfrentamento político pelo tom moral de conciliação predominante. A presença de candidatas indígenas nas eleições de 2018 aponta para a compreensão de que o desafio parece ser aprofundar as condições da participação política. De forma a, inclusive, tensionar os espaços de participação social institucionalizada: o “controle social”. Visto que o estímulo a essa participação (nas políticas de governo e na gestão local da saúde indígena) não parece ter como referência principal de sucesso o incremento das condições de vida desses cidadãos — agora transformados em população com seus indicadores e estatísticas —, mas, sim, gerar e multiplicar a própria participação. Um processo que, por sua vez, transforma em “paradoxo” ou em “caso de polícia” a violência direta e portadora de uma face clara — a do desenvolvimento nacional, na qual os agentes estatais atuam de forma direta e por omissão —, que tem sido exercida e combinada com a modalidade de poder participativo. Aqui,

a violência estrutural se processa não apenas pelo apagamento das conexões históricas com a dominação tutelar, mas, principalmente, pela transformação dessas conexões em “condições” do processo democrático a ser corrigido, até passado recente, com a aposta em mais espaços de democracia participativa, mas segundo as mesmas regras.

Por outro lado, nas práticas de cuidado à saúde indígena a relação entre abnegação dos profissionais e precarização das condições de vida dos povos indígenas, que marcou o indigenismo brasileiro desde o SPI e não apenas na saúde, vem se perpetuando até os dias atuais sob o manto das práticas de improviso (DIAS DA SILVA, 2010) que qualificam a atuação dos profissionais em saúde nas terras indígenas, seja como forma de lidar com a precariedade material ou nas dinâmicas interativas que explicitam a desautorização do outro. O universo de benevolência que marca a retórica desses cuidados cotidianos, e cujo espaço por excelência é o posto de saúde, atravessa a retórica da participação social e se mantém como uma forma de interação violenta, que desconsidera e descaracteriza os apelos do outro na gestão desses cuidados. Pensar a violência na saúde indígena como, simultaneamente, ação significativa, estrutura (de poder e de condições materiais de existência) e história nos possibilitou mapear continuidades entre temporalidades e espacialidades distintas. No eixo do tempo, a relação entre um passado que remonta à virada do século XIX para o XX e o período recente (1) da democracia participativa e (2) dos direitos universalizados e diferenciados à saúde. Procuramos, assim, articular dinâmicas presentes na produção do indígena legalmente incapaz de ontem e do sujeito (sujeitado à) da participação de hoje — em suas continuidades e descontinuidades. Mas também buscamos conectar o indígena alvo de ações abnegadas de saúde (e das campanhas do sanitarismo) e objeto dos efeitos destruidores do “contato” tematizado no passado com o

indígena sujeito portador do direito diferenciado à saúde e objeto dos efeitos da precariedade da estrutura de saúde nas aldeias e dos arranjos de desconsideração e de evitação de conflitos (por meio de manipulação da autoridade e dos procedimentos biomédicos). No eixo do espaço, apontamos — sem explorar — para junções entre a política de participação indígena inclusiva e o modelo de desenvolvimento econômico que os exclui;¹¹ bem como entre essa política participativa (e sua configuração de poder) e as relações de poder entre profissionais de saúde e pacientes indígenas.

Nossa hipótese, portanto, retomando as perguntas sobre a censura produzida nesse campo, é que na recente arena política democrática brasileira o efeito de censura se expressa no interdito a conceber que a participação como diálogo e corresponsabilidade é tanto uma partilha de poder quanto uma atualização de relações históricas das políticas indigenistas. De modo que o conflito e a disputa por legitimidade não se explicitam, tamanho o consenso profundo sobre o entendimento do valor da participação e do controle social na saúde indígena que domina esse campo. Um campo em que o indigenismo se encontra com o sanitarismo, o poder tutelar com o poder biomédico na contemporaneidade democrática. São esses elementos que orientam a dinâmica de produção permanente da nova cidadania indígena desde meados da década de 1980: um cidadão participativo e com direito diferenciado e não somente à saúde. E com o qual, num aparente paradoxo, as políticas de governo buscariam, com recursos financeiros e programas de capacitação, partilhar o exercício do poder por meio de formas de colaboração variadas.

¹¹ Vários são os trabalhos de antropólogos que exploram a dupla origem da participação social: forma de atuação do Banco Mundial nas últimas décadas e demanda dos movimentos sociais. Para o Brasil, ver: SALVIANI, 2010; BRONZ, 2016; TEIXEIRA, 2017.

Mas não é apenas a cidadania participativa que não pode ser explicitada como um processo singular de produção de sujeitos e de sujeição; tampouco o cuidar pode aí ser desnudado como um processo de produção de violência cotidiana. Nas ações locais de atenção à saúde, nosso segundo foco, a disjunção (que oculta a violência estrutural) se faz sobretudo pela gestão cotidiana da desatenção à saúde indígena nas aldeias que engendra sofrimentos e mortes rotineiras, por meio de um processo não espetacular de exclusão, de transformação da violência física inadmissível (mortes e adoecimentos decorrentes da desnutrição, doenças hídricas, parasitoses etc.) em rotinas de política de atenção à saúde mais ou menos bem-sucedidas devido a alegadas injunções “culturais”, “logísticas”, “legais” etc. Dessa forma, se configuraria uma violência na saúde cujos responsáveis são de difícil localização na atenção à saúde e na política nacional de saúde.

Esses são os indizíveis em tempos rotineiros, mas que em momentos de crise e de desconfiança conseguem escapar dos efeitos de censura do jogo político da saúde indígena. Somente escrutinando delicadamente as interações vividas nos dois cenários aqui articulados (negociações políticas no controle social e ações de saúde nas aldeias), inserindo-os no processo histórico que os constituem de longa data (indigenismo e sanitarismo) e referenciando-os à exacerbação da violência física que tem crescido nos últimos anos,¹² é que conseguimos compreender as queixas, os conflitos (vividos em palavras, em manejo de remédios, em protestos performáticos etc.) e as negociações na saúde indígena como expressões e armas de uma luta de poder e de dominação que se metamorfoseia em colaboração, participação, atenção, cuidado: o que é possível porque, subjacente às interações (explicitadas como) políticas e às ações de saúde

¹² Ver relatório produzido pelo Conselho Indigenista Missionário. Disponível em: <https://www.cimi.org.br/observatorio-da-violencia/relatorio-2016/>. Acesso em: 08/02/2018.

(negadas como tal), permanecem as condições objetivas que garantem que pouco mude ao mudar.

A violência estrutural e sua expressão simbólica puderam, assim, ser vistas por nós nas diferentes situações narradas, aqui, em sua sistematicidade nas relações usuais no serviço de saúde e nas negociações da política de saúde indígena, tanto nos desequilíbrios materiais de poder apontados quanto em suas distorções de sentido. Constituindo uma dupla transfiguração em que: os conflitos são evitados, contidos e ocultados por procedimentos variados acionados pelos profissionais institucionalmente responsáveis pela saúde indígena “na ponta”; e a fragilidade de um “controle social” incipiente é reputada principalmente às atitudes pessoais das autoridades legítimas (coordenadores de DSEI, ministro da saúde, presidente da república etc.) que no diálogo da participação não respeitariam suas decisões. Opera-se por tais percepções, portanto, o apagamento da violência que media como uma gramática incorporada às condições de possibilidade das ações e das questões a serem debatidas na saúde indígena. Refletir sobre algumas das regras e tendências que são aí dominantes — mas não explicitadas — nos pareceu fundamental no intuito de, ao torná-las conhecidas, contribuir para “veicular interrogação sobre condições tácitas, sobre os pressupostos” (BOURDIEU, 2003, p. 50) da política de saúde indígena. Como argumentou o antropólogo e liderança indígena Gersem Luciano Baniwa,¹³ o momento é propício pelas dificuldades que se avizinham após as eleições de 2018 para a articulação de um projeto étnico-político que insira os indígenas nos projetos de Brasil em discussão. Um projeto que nasça da prospecção dos riscos políticos e econômicos para os povos indígenas e da capacidade de planejar o futuro a partir do horizonte das cosmologias indígenas.

¹³ Em conferência proferida no Departamento de Antropologia da UnB, em 5/12/2018, encerrando o ciclo de conferências dos Seminários do DAN desse ano.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Carolina; LIMA, Nísia T. *Antropologia e medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956)*. In: TEIXEIRA, Carla; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, pp. 425-431, 2001.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Graal, 1979.
- BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Lisboa: Fim de Século — Edições, 2003.
- _____. *O senso prático*. Petrópolis: Editora Vozes, 2009 [1980].
- BRONZ, D. *Nos bastidores do licenciamento ambiental. Uma etnografia das práticas empresariais em grandes empreendimentos*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.
- BUCHILLET, D. *A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde*. In: BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, 1991.
- _____. *Contas de Vidro, Enfeites de Branco e Potes de Malária: Epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana*. Série Antropologia, v. 187. Brasília: DAN/UNB. 1995.
- _____. *Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro*. In: LANGDON, J; GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa; ABA, 2004.

- CALDEIRA, T.P.R.; HOLSTON, J. Democracy and Violence in Brazil. *Comparative Studies in Society and History*, outubro de 1999, v. 41, n. 4, pp. 691-729.
- CARDOSO, M. *Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu*. In: GARNELO, L.; LANGDON, J. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Associação Brasileira de Antropologia, 2004.
- CRUZ, K. *Estratégias Indígenas de Participação na Saúde Indigenista*. Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/POLITICAS_PUBLICAS_PARA_OS_TERRITORIOS_POVOS_E_COMUNIDADES_TRADICIONAIS/ESTRATEGIAS_INDIGENAS_DE_PARTICIPACAO_NA_SAUDE_INDIGENISTA.pdf. Acesso em: 22/01/2018.
- CUNHA, N. V. *“O espírito do sanitarismo”: narrativas de profissionais da Saúde Pública dos anos 30*. Tese de Doutorado em Antropologia. Departamento de Sociologia e Antropologia/UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.
- DIAS DA SILVA, C. *Cotidiano, saúde e política. Uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. Tese de Doutorado em Antropologia. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- DIAS DA SILVA, C. *De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem*. In: TEIXEIRA, C., GARNELO, L. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Coleção Saúde dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- _____. *A construção da autoridade benevolente via razão humanitária: política de saúde indígena e biolegitimidade*. In: DIAS DA SILVA, C; GUIMARÃES, S. *Antropologia e saúde: diálogos interdisciplinares*. Juiz de Fora: EdUFJF, 2017a.

- _____. *Como terceiros: reflexões entre agentes indígenas de saúde no Alto Tapajós (PA)*. In: TEIXEIRA, C.; DO VALLE, C.G.; NEVES, R.C. *Saúde, mediações, mediadores*. Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRN, 2017b.
- DIAS-SCOPEL, R. P. *O agente indígena de saúde XOKLENG: O mediador entre a comunidade indígena e os serviços de atenção diferenciada à saúde — Uma abordagem da antropologia da saúde*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- ELIAS, N. *The civilizing process 1*. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2000.
- ERTHAL, R.M.C. *A formação do agente indígena de saúde Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica*. In: COIMBRA, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ ABRASCO, 2003, pp.197-215.
- FERREIRA, L. B. *O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma reflexão bioética*. Tese de Doutorado em Bioética. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Impresso), v. 20, pp. 203-219, 2013.
- FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/ Funasa, 2002.
- _____. *100 anos de saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde/ Funasa, 2004.

- GEERTZ, C. *Local knowledge*. Nova York: Basic Book, 1985.
- GARNELO, L. *Controle Social na Saúde Indígena: reflexões sobre a III Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Gramado: 23ª Reunião Brasileira de Antropologia, Fórum de Pesquisa Política de Saúde e a Intervenção Antropológica, 2002.
- GARNELO, L. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- GARNELO, L. *Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período 1990 a 2004*. Porto Velho: UFRO; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004. 29p.
- GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, julho-agosto de 2005.
- HERZFELD, M. *Intimidade cultural. Poética-social no estado-nação*. Coleção Perspectivas do Homem. Lisboa: Edições 70, 2008.
- KROHN-HANSEN, C. Anthropology of violent interaction. *J. Anthropological Research*, 1994, v. 50, n. 4, pp. 367-381.
- LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- LANGDON, E. J. *Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde*. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa; ABA, 2004.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

- MAGALHÃES, E. D. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. SER/UNB, Brasília, 2001.
- MARQUES, I. S. F. *A política de atenção à saúde indígena: a implantação do DSEI de Cuiabá-MT*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- NOVO, M. P. *Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu*. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.
- PALEY, J. Toward an anthropology of democracy. *Annual Review of Anthropology*. 2002, v. 31, pp. 469-496.
- PALHETA, R.P. *Política Indigenista de Saúde no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015.
- RIBEIRO DE ALMEIDA, F.V. *O índio sabe, o índio faz: os dilemas da participação indígena nas políticas públicas*. In: SOUZA, C. et al. (orgs.). *Povos Indígenas, projetos e desenvolvimento II*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: LACED, 2010.
- ROCHA, E. *Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial do Rio Negro*. Dissertação de Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.
- SALVIANI, R. Desenvolvimento, antropologia e “participação”. *Anuário Antropológico/2009-1*, 2010, pp. 227-261.
- SIMMEL, G. *The triad*. In: SIMMEL, G. *The sociology of Georg Simmel*. Nova York: The Free Press, 1964, pp.145-169.
- SOUZA LIMA, A.C. *Um grande cerco de paz*. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.
- _____. *Diversidade cultural e política indigenista no Brasil*. In: *Tellus*, n. 3, Campo Grande, 2002 a.

- _____. *Tradições de conhecimento para gestão colonial da desigualdade: reflexões a partir da administração indigenista no Brasil*. In: BASTOS, C.; ALMEIDA, M. V.; FELDMAN-BIANCO, B. (coords.) *Trânsitos coloniais: diálogos críticos luso-brasileiros*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 151-172, 2002b.
- _____. *Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo*. In: SOUZA LIMA, A.C. *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Coleção Antropologia da Política. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002c. 316 p.
- SCHUTZ, A. *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.
- SMILJANIC, M. I. *Da observação à participação: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami*. Série Antropologia, v. 417. Brasília: DAN/UNB, 2008.
- TEIXEIRA, C. *Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando? Anuário Antropológico*, 2010, v. 1, pp. 99-128.
- TEIXEIRA, C. *A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira*. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, 2012, v. 55, n. 2.
- _____. *Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? Amazônica — Rev. Antropol.* [Online], v. 9, n. 2, pp. 716-733, 2017.
- TEIXEIRA, C. C.; DIAS DA SILVA, C. *Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence*. *Vibrant*, v. 16, pp. 1-22, 2019.
- TEIXEIRA, C. et al. *Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta*. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, pp. 97-115, 2013.

VELHO, O. *Frente de Expansão e Estrutura Agrária: estudo do processo de penetração numa área da Transamazônia* [Online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009a.

_____. *Capitalismo Autoritário e Campesinato: um estudo comparativo a partir da fronteira em movimento* [Online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009b.

WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999.

Intermedicalidade, autoatenção e interfaces de sistemas de saberes sobre doença, cura e cuidados

LUIZA GARNELO (FIOCRUZ/AM)

A epidemia de COVID-19 desnudou contradições e interfaces já estabelecidas, mas nem sempre de forma harmoniosa, entre o subsistema de saúde indígena que executa a política oficial de saúde indígena do governo brasileiro e sistemas indígenas de cura e cuidados.

Este texto problematiza correlações, conflitos e complementaridades estabelecidos entre concepções indígenas de doença, cura e cuidados e as abordagens biomédicas desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena na prestação de serviços de saúde em terras indígenas no país.

Uma noção corrente em abordagens de antropologia da saúde é a de **intermedicalidade**. De acordo com Foller (2004), os saberes médicos têm um caráter dinâmico pois as pessoas adquirem diversos tipos de conhecimento ao longo de suas vidas e através das mais diferentes fontes. Longe de se tratar de conhecimentos abstratos, seu uso visa solucionar problemas que ameaçam a saúde e a vida, sendo moldados nas experiências cotidianas, na relação com familiares, amigos, vizinhos, terapeutas populares/tradicionais e com o sistema oficial de saúde.

Essa concepção inclui o pressuposto de que o campo da saúde é um espaço de negociação entre diferentes sistemas de conhecimentos e práticas médicas que interagem e se retroalimentam em contextos históricos e sociais específicos. Embora expressem formas possíveis de interfaces, não se pode ignorar que tais “negociações” ocorrem em contextos de relações profundas e historicamente assimétricas, pois a atuação do sistema biomédico se apoia nas políticas do Estado-nação e conta com forte apoio da indústria de medicamentos e equipamentos médicos. Estas moldam não apenas a oferta de recursos tecnológicos utilizados para diagnosticar e tratar, mas também a própria produção do conhecimento que privilegia certas tecnologias em detrimento de outras. No caso indígena deve-se adicionar mais uma camada de assimetria produzida pelo violento processo colonizatório que subordina as minorias, desvaloriza seus sistemas de conhecimento e enquadra seus especialistas em nichos marginalizados da estrutura social. Nessas circunstâncias, as negociações de sentidos e interações entre sistemas médicos indígenas e biomédicos ocorrem, mas têm um caráter majoritariamente unilateral, pois decorrem mais de decisões das pessoas e famílias indígenas em busca de alternativas para solucionar seus problemas de saúde do que por iniciativa de órgãos de governo, em que pese a obrigação de ouvir as necessidades e demandas das coletividades e minorias étnicas requeridas na diretiva da atenção diferenciada da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (PONTES; REGO; GARNELO, 2018).

No reconhecimento de que as populações incorporam, assimilam e recriam tradições médicas na busca de resolver ou reduzir seus problemas de saúde, o antropólogo Eduardo Menéndez criou o conceito de **autoatenção**, que, em sentido amplo, abrange as “estratégias utilizadas pelos grupos sociais para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos em nível dos microgrupos e especialmente do grupo doméstico. São regidas

por objetivos, valores e normas estabelecidos pela própria cultura do grupo” (MENÉNDEZ, 2003; 2009).

Para além das ações mais focadas no diagnóstico e no tratamento, o autor chama atenção para o fato de que os grupos humanos incorporam modelos explicativos e procedimentos oriundos de diversas tradições médicas para preservar ou recuperar a saúde que são direcionadas a um amplo conjunto de aspectos da vida cotidiana: *“Desde esta perspectiva podemos incluir no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso de agua, etc. Son parte de la autoatención el aprendizaje de la relación con la muerte en los diferentes términos prescriptos por cada cultura”* (2003, p. 198).

Refletindo sobre a potencialidade dessas ideias na saúde indígena, pode-se perguntar sobre as características dos sistemas indígenas de cura e cuidados de saúde em termos da autoatenção e da intermedicalidade.

Assinale-se que a troca de terminologia que aqui estamos fazendo — de medicinas indígenas para sistemas de cura e cuidados —, longe de ser neutra, é deliberada, visto a insuficiência do termo “medicinas indígenas”, tendo em conta que a manutenção e/ou a recuperação da saúde é domínio que abrange campos muito mais amplos que o das práticas de cura.

Mas de que tratam os sistemas indígenas de cura e cuidados?

Sem querer correr o risco de avançar por uma generalização indevida, mas a literatura disponível já permite apontar alguns aspectos da vida indígena e da produção de cuidados de saúde cujas características se aproximam bastante do que Eduardo

Menéndez chama de sistema de autoatenção. Para o autor, em sentido restrito a autoatenção congrega as representações e práticas utilizadas por grupos sociais e pessoas para explicar, reconhecer, aliviar, curar ou prevenir os eventos de doenças que enfrentam (MENÉNDEZ, 2003).

Nessas circunstâncias, não é possível nem desejável separar as manifestações de doença e os cuidados a elas dirigidos das diversas facetas da organização da vida e das relações cotidianas, bem como da organização social de cada grupo étnico, sua cosmologia e a interação com os territórios ancestralmente ocupados. É também conhecido o fato de que os sistemas indígenas de doença, cura e cuidados acolhem múltiplos modelos explicativos de doença e reordenam tais contribuições à luz da própria cosmologia (CHAUMEIL, 1983). Os modos operativos dos sistemas indígenas de classificar e cuidar das doenças não pressupõem a exclusão de alternativas de cura, que é uma das características da abordagem biomédica. Pelo contrário, as diversas tradições médicas podem ser agregadas ou abandonadas ao longo de um itinerário terapêutico, a depender de necessidades sentidas e da evolução do quadro sintomatológico.

Estudiosos dos modelos etiológicos das doenças (LANGDON, 2001; GARNELO, 2003) demonstram que boa parte delas tem origem no plano das relações humanas, sendo relacionadas a conflitos que se instituem, rotineira ou excepcionalmente, entre consanguíneos, afins próximos e distantes. Ciúmes, cobiça, inveja, raiva, vingança, traição, abandono e outros sentimentos de frustração e insatisfação nas relações entre pessoas podem se expressar como conflitos abertos ou escaramuças mais ou menos camufladas, mas também podem se irromper como sintomas de doenças deliberadamente provocadas, como no caso do xamanismo de agressão, ou, ainda, como manifestações mais ou menos indefinidas em termos de agentes perpetradores da agressão e que podem alcançar tanto os sujeitos

quanto sua comunidade de substância. Tais situações exigem medidas de (re)harmonização, apaziguamento ou neutralização das fontes da agressão, mediante uso de dietas, reclusão, purificação, intervenções de curas xamânicas, plantas medicinais, recitações e outras, além de manifestações diversas de religiosidade, inclusive cristã. Outro ponto comum a esses cuidados é a reafirmação de fronteiras entre aquilo que é considerado familiar, rotineiro e ordenado, em contraponto ao caos, à desordem e à indiferenciação característicos da alteridade e atualizados nos eventos de doença.

Interações humanas com potencialidade para resultar em doença e morte têm uma relação especial com um tipo de alteridade: o colonizador. Sua contribuição para a produção massiva de doenças ao longo da história do contato interétnico é reconhecida tanto pelo efeito agudo nas epidemias quanto pelas situações crônicas e menos perceptíveis, como a desnutrição, a tuberculose, o diabetes e outros agravos associados à expropriação dos territórios e à conversão dos recursos da natureza em mercadorias cujos ganhos não revertem para as famílias indígenas. Assim, as chamadas “doenças dos brancos” têm larga expressão nas taxonomias indígenas, ocupando nichos variados de periculosidade, a depender do rastro de devastação deixado na história e na memória coletiva dos grupos, atualizadas a cada leva de novas doenças.

A produção da doença também está vinculada àquilo que o mundo do colonizador chamou de natureza e que as cosmologias indígenas interpretam como sociedades e pessoas não humanas, com quem partilha-se o mundo e os meios de sobrevivência. Entendidas como dotadas de valores, sentimentos e vontades, entidades animais e elementos da paisagem como cursos d'água, cachoeiras e montanhas, bem como os mortos e outros tipos de espíritos, podem produzir meios para garantir a existência, mas são igualmente capazes de produzir doença e

morte. É válido recordar que a perpetuação da vida humana se faz às custas da predação de outras vidas; a morte de animais e plantas produz alimentos, meios de moradia e de transporte e a satisfação de outras necessidades cotidianas. No circuito infinito de trocas inerentes às cosmologias ameríndias, a subtração de presas gera um passivo a ser pago com almas e vidas humanas, contribuindo para restituir o balanço entre os vivos e os mortos e entre a ordem social e a cosmológica.

Os alimentos são expressão privilegiada da intencionalidade vingativa das presas convertidas em alimentos, exigindo diversos ritos para destitui-los da capacidade agressiva que originalmente portam. Não por acaso, as restrições alimentares, as prescrições dietéticas e outros procedimentos que visam tornar os alimentos seguros são adotados em diversas fases da vida, com vistas a proteger os corpos e os espíritos das manifestações de doença, para tratar o processo patológico instalado e para prolongar vidas saudáveis.

Em suma, a indissociabilidade entre viver e morrer gera a necessidade de dispor de meios de proteger as pessoas dos perigos derivados da produção da vida humana. Ao adentrar os mundos aquáticos e a selva, caçadores, pescadores, agricultores e viajantes expõem-se a encontros com “pais” e “mães” dos animais e outros tipos de espíritos que ameaçam a vida, a sanidade e a integridade das linhas de ascendência e descendência. As cosmologias de cada etnia costumam albergar modelos explicativos de doença e cura que narram eventos ligados à criação do mundo nos quais se movem personagens responsáveis pelo surgimento do sofrimento, da doença e da morte no mundo humano, bem como aqueles que nos legaram os saberes que garantem a cura.

Em 1991, Dominique Gallois publicou um artigo crucial que desmontou a simplicidade aparente da separação entre “doenças de índio” e “doenças de branco”, terminologia habitualmente usada entre os que lidam com a saúde indígena e mesmo no

discurso indígena cotidiano. Na publicação a autora demonstra que a atribuição de sentido às doenças de branco se faz por reinterpretção de seu significado e pela conversão dos modelos explicativos biomédicos à lógica inerente dos eventos cosmológicos que geraram a natureza e a vida em sociedade. Aos eventos avassaladores desencadeados pelo adoecimento atribui-se uma inteligibilidade nova que pode tangenciar as significações da biomedicina, mas não se restringe a elas. Cabe lembrar a íntima associação entre as doenças febris e as mercadorias dos brancos que aparece em inúmeras narrativas míticas. Tais interpretações reafirmam, através desses novos elementos trazidos pelo colonizador, a estreita relação entre a doença e os meios de subsistência. Associação similar é encontrada em ritos de cura em que as recitações fazem menção às cidades de relevância na história do contato interétnico, aos processos de manufatura fabril e à vida social e familiar dos brancos, que, do ponto de vista indígena, são anômalos. Tais elementos são correntemente associados ao calor das febres características das doenças infecciosas cujo tratamento, ao longo de gerações, foi incorporado às encantações, às narrativas e aos cânticos terapêuticos praticados em diversos rituais de cura.

A manutenção ou o comprometimento da saúde em populações indígenas estão intimamente ligados à produção e à reprodução de pessoas atualmente viventes. Mas são, também, eventos ligados direta e indiretamente à mitocsmologia de cada etnia e aos ciclos longos de sucessão de gerações que garantem continuidade à vida social, ao regime do parentesco, ao exercício do poder político e às relações de aliança, afinidades e outros elementos-chave na manutenção da vida social (ÁVILA, 2014).

Sindzingre e Zempléni (1981) contribuíram para a consolidação das teorias dos níveis de causalidade da doença. Para esses autores o nível mais evidente da manifestação patológica é aquele em que se apresentam os sintomas, cujas características

podem propiciar uma classificação (taxonomia) da doença. O nível seguinte seria o da busca de apreender sua causa imediata, ou seja, o instrumento ou o mecanismo que a gera ou propicia o aparecimento dos sintomas, podendo ser expresso na pergunta “como a doença foi gerada ou desencadeada?”. Em momento posterior, passa-se à busca de um agente causador, isto é, “quem ou o que causou a doença?”. E, por fim, tem-se o que os autores chamam de causalidade última, que é a necessidade de entender por que aquela doença ocorreu naquele momento específico e por que acometeu determinado sujeito e não outro qualquer (BUCHILLET, 1991; EVANS-PRITCHARD, 2005).

A clínica médica produzida no mundo não indígena apresenta a si própria como capaz de explicar de modo muito detalhado os sintomas típicos de cada patologia e sua causa instrumental (aqui entendida como o mecanismo biológico que produz a doença), bem como os agentes etiológicos (microrganismos, alterações teciduais etc) que produziriam os sintomas típicos de cada doença. Nesse sentido, o foco principal da biomedicina é o corpo doente sobre o qual tem a pretensão de produzir saberes de validade universal, passíveis de generalização que independa do contexto em que foram gerados. Neste enfoque, desprezam-se as manifestações particulares em favor daquelas que propiciem aplicação geral (CAMARGO JR., 2005).

O avanço das tecnologias biomédicas promoveu uma inflexão que reduziu a importância da identificação dos sintomas em favor de um sistema diagnóstico capaz de reconhecer não apenas agentes etiológicos como vírus, bactérias, fungos e protozoários, mas também de reconhecer alterações nas células e nos tecidos corporais, avançando mais modernamente para as moléculas envolvidas na geração das lesões corporais e nos mecanismos biológicos envolvidos na cura (CAMARGO JR., 2005). As práticas contemporâneas da biomedicina tornaram-na **capaz de explicar como ocorre a doença** em diversos níveis de causalidade, nos

termos estipulados por Sindzingre e Zempléni (1981), porém não dispõem de recursos para responder a uma necessidade crucial para aqueles submetidos à dor e à iminência da morte: **não consegue prover razões que expliquem por que tal ou qual infortúnio alcançou determinado sujeito.** Em suma, nem tem as ferramentas, nem é seu propósito atribuir sentidos às particularidades da doença ou do infortúnio de sujeitos singulares.

Elemento crucial nas interpretações biomédicas sobre a ocorrência de doença, a noção abstrata da causalidade aleatória das doenças é incapaz de responder à pergunta crucial — “por que eu?” — de quem se depara com a doença incurável e a morte logo à frente e que necessita de respostas que ofereçam algum sentido ou algum consolo à finitude da vida.

Os sistemas etiológicos indígenas, por sua vez, oferecem respostas diversas para inquietações deste teor remetendo a origem de tais problemas às interações intra e intersocietárias, mas também ao plano supra-humano e, no limite, propondo a busca dos responsáveis nos eventos míticos primordiais que acompanharam o alvorecer do mundo (SINDZINGRE; ZEMPLÉNI, 1981). Assim, os níveis mais amplos de interpretação e classificação da doença nos sistemas indígenas de cura e cuidados remetem à causa última dos infortúnios explicando por que determinados sujeitos são vitimados por situações que destroem sua integridade de corpo e/ou de espírito (EVANS-PRITCHARD, 2005).

Sem abraçar a ideia do acaso ou de coincidência na ocorrência de situações que resultam em doença, a interpretação indígena se interessa pelos propósitos de agentes responsáveis por cadeias de eventos que alcançam pessoas específicas em determinado momento ou lugar. Em suma, a intencionalidade é elemento-chave na interpretação indígena dos eventos patológicos e infortúnios diversos. Avançando em algum nível de especulação, tais estratégias parecem atender a uma necessidade intrínseca ao pensamento humano que resiste à ideia

de a extinção de sua vida resultar de mero acaso. Ademais, o foco explicativo das teorias indígenas de doença e suas causas não se dirige ao que ocorre no interior do corpo físico e sim às ocorrências que ameaçam o corpo social, algo que o distingue expressivamente do esquema interpretativo da biomedicina.

A busca de recursos terapêuticos também é guiada pelo reconhecimento de diversos níveis de causalidade que podem ser percorridos à medida que a desejada remissão dos sintomas não ocorra — na atribuição inicial de causalidade, associa-se ao entendimento de que a constelação inicial de sintomas expressa um caráter corriqueiro de doenças que tendem a ser transitórias e fáceis de curar. Muitas das chamadas “doenças de branco” se enquadram nesse nicho causal, tendo remissão espontânea ou mediante uso de sintomáticos. Não por coincidência, a farmacopeia da biomedicina costuma ser recurso preferencial neste momento do percurso terapêutico seguido pelo doente. O agravamento ou a cronificação dos sintomas exigem a busca de novas e variadas alternativas, que podem ser múltiplas e acionadas a partir de diversos sistemas médicos, demandando a intervenção de especialistas nativos capazes de acessar acervos mais restritos e esotéricos do conhecimento tradicional.

Assim, a biomedicina e as medicinas indígenas enfatizam aspectos distintos do processo de adoecimento e de cura. Pautada por uma ideia de unidade universal da biologia dos corpos, a biomedicina valoriza o sistêmico e o totalizante, cultivando um relativo desprezo do plano micro explicativo e contextual do adoecimento. As medicinas indígenas, por sua vez, têm maestria no manejo de situações contextuais e específicas de culturas singulares, a partir das quais produz interpretações e estratégias orientadas para a manutenção e a recuperação da saúde.

Num contexto social menos assimétrico a intermedialidades poderia ocorrer de modo livre e frutífero. Porém, a assimetria das relações entre saberes sancionados (da medicina científica)

e saberes pouco valorizados (das medicinas indígenas) recobre desigualdades estruturais que dividem os mundos indígenas do não indígena. Nessas circunstâncias, as explicações e intervenções biomédicas adquirem proeminência e subalternizam os componentes do cuidado correlato à vida em sociedade, impossibilitando que o trânsito dos aparatos médicos possa fluir em ambas as direções.

Nesta moldura de relações intersocietárias e intermédicas emergiu a COVID-19, um fato social total em que se atualizaram as manifestações mais cruéis e violentas da história do contato interétnico (SANTOS; PONTES; COIMBRA JR., 2020). A epidemia reencena no dia a dia das famílias indígenas as antigas histórias de pânico e sofrimento de aldeias inteiras acometidas por epidemias trazidas pelo branco, cursando com doença e morte sem assistência médica. A lentidão e a ineficiência dos cuidados ofertados pelo subsistema de saúde indígena foram compatíveis com a política indigenista de um governo que elegeu os povos indígenas como inimigos do Estado e que jamais cansou de enunciar o propósito de destituir os indígenas de suas terras e dos parques direitos adquiridos em décadas de lutas. O recrudescimento dos assassinatos e invasão de terras se somou à ampla circulação de notícias falsas sobre a doença e a vacinação, infladas por vertentes religiosas fundamentalistas que, deliberadamente ou não, cumpriram a agenda governista de espalhar o pânico, a desinformação e a desunião também entre os índios — embora não exclusivamente, já que a iniciativa obteve bastante sucesso em fração significativa da população não indígena —, aprofundando os problemas associados ao processo epidêmico em si.

No momento, as fases mais difíceis da epidemia parecem ter sido superadas. Cabe a todos nós aprender com o ocorrido, valorizar a capacidade das sociedades indígenas de potencializar suas capacidades e habilidades para superar os obstáculos que sempre enfrentaram, e apoiar suas demandas na retomada da normalidade da vida cotidiana.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, T. *Cultura, Sexualidade e Saúde Indígena: etnografia da prevenção das DST/Aids nos povos Timbira do Maranhão e do Tocantins*. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (orgs). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- BUCHILLET, D. *Representações e Práticas das Medicinas Tradicionais*. In: BUCHILLET, D. (org). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Ed. SEJUP, 1991.
- CAMARGO JR., Kenneth R. A Biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, pp. 177-201, 2005.
- CHAUMEIL, J.P. *Voir, Savoir, Pouvoir. Le chamanisme chez les Yagua do Nord-Ést péruvien*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes em Sciences Sociales, 1984.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Tradução: Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 255p.
- FOLLÉR, M-L. *Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde*. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (orgs). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, pp. 129-148.
- GALLOIS, D. *A Categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?* In: BUCHILLET, D (org). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Ed. SEJUP, 1991.
- GARNELO, L. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

- LANGDON, E.J. *A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas?* In: GRUPIONI, L.D.B.; VIDAL, L.B.; FISCHMANN, R. (orgs). *Povos indígenas e tolerância*. São Paulo: Edusp, 2001. pp. 157-165.
- MENÉNDEZ, E.L. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.
- _____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 11, pp. 185-207, 2003.
- PONTES, A.L.M.; REGO, S.; GARNELO, L. La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos* (Ciesas), v. 58, pp. 84-103, 2018.
- SANTOS, R.V.; PONTES, A.L.; COIMBRA JR., C.E.A. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00268220, 2020.
- SINDZINGRE, N. ; ZEMPLÉNI, A. Modèles et pragmatique, activation e répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte Ivoire. *Social Science and Medicina*, v. 15B, pp. 279-293, 1981.

Sem Povos Indígenas a democracia não acontece

JANE FELIPE BELTRÃO¹

Ler uma obra que ainda não foi apresentada ao público é um desafio. Primeiro, porque a leitora não pode prever a reação de leitores/as sobre o tema e sua pertinência — no caso, da saúde indígena. Segundo, pelo fato de que a escrita de um posfácio implica em advertir os/as leitores/as para a importância da reflexão feita pelos/as autores/as, que na obra que analiso são pessoas experientes e experimentadas no campo. Afinal, os/as representantes indígenas são protagonistas diferenciados/as acostumados/as a enfrentamentos diretos para fazer valer os direitos conquistados a partir de luta encarniçada que exige fôlego e estratégia. E os/as pesquisadores/as são aliados/as que não realizam unicamente tarefas de investigação, pois são militantes e acadêmicos que militam ombro a ombro ao lado de valorosos protagonistas.

Como amazônida acostumada a viver em voz alta para enfrentar os sussurros dissonantes de inimigos que nos perseguem diuturnamente, me volto ao tema das políticas de saúde mesmo antes da constituição da política de saúde indígena.

¹ Antropóloga, historiadora e professora titular junto à Universidade Federal do Pará (UFPA). Bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) nível 1B. Endereço eletrônico: janelbeltrao@gmail.com. Líder do Grupo de Pesquisa Cidade, Aldeia & Patrimônio na Amazônia.

E, como tal, estou impregnada pelos embates relativos à constituição das políticas etnicamente diferenciadas e dos debates pelo respeito ao que se estabeleceu como direito à saúde pelos povos indígenas, balizada pelos parâmetros do controle social e da gestão participativa. Portanto, no embate Estado versus povos indígenas, junto-me aos protagonistas, pois na vida é preciso ter lado. Serei e me apresentarei como aliada, uma vez que, em tempos de pandemia, assistimos à exacerbação das insensibilidades pautadas por um racismo colonial que discrimina e afasta para alcançar os objetivos do Estado neoliberal.

E assim avanço, estabelecendo perguntas que aprofundam a reflexão impressa na obra “Saúde Indígena em tempos de pandemia: movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil”.

Perguntas impertinentes

Até quando os povos indígenas, em lugar de terem os direitos etnicamente diferenciados respeitados, terão que combater o Estado e arguir o descumprimento de preceito constitucional?

A pergunta não diz da dor que dilacera e rasga os povos indígenas na floresta, lugar da tradição e do território ancestral, e nos espaços urbanos — locais para os quais as pessoas indígenas foram forçosamente deslocadas em tempos de pandemia que acomete muitas pessoas e ceifa a vida de tantas outras que insistem em resistir na longa duração ao racismo colonial.

Parece que não há corpos indígenas suficientes para amortizar a sanha do negacionismo, faltou ar, pois as forças dos doentes para respirar pareciam se esvaír junto com as potentes lideranças que foram silenciadas por ocasião da pandemia.

Respostas reflexivas

“Saúde Indígena em tempos de pandemia: movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil” é uma obra que traz a lume intelectuais indígenas (protagonistas) e não indígenas (aliados/as) desfiando o rosário de agruras que durante a pandemia se fez presente no cotidiano dos coletivos indígenas, sem abdicar da luta por melhores condições de vida em cada aldeia e em cada área urbana indianizada.

A organização do trabalho pertence a três pesquisadoras que há alguns anos se dedicam à saúde indígena, não apenas pesquisando, mas sobretudo experimentando a possibilidade de contribuir com mudanças que possam ser significativas para o mundo indígena. Muitos foram os cursos, as rodas de conversa, os artigos, as observações e mesmo as “oitivas antropológicas” que dizem respeito à saúde indígena, apontando mazelas e auxiliando a formar profissionais para a luta cotidiana.

As “oitivas antropológicas” estão aqui representadas pelas “mensagens aos parentes” da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), produzidas por Carla Teixeira e Cristina Silva, que não se limitam ao registro dos depoimentos dos/as participantes das amplas rodas de conversas que foram feitas sobre o Plano Emergencial Indígena de Enfrentamento da Doença.

O registro dos depoimentos aponta para os corpos indígenas que importam aos coletivos de origem, e que merecem recuperar a saúde. Quando não é/foi possível recuperar a vida, o luto se faz sentir e apresenta a importância da vida perdida para a COVID-19. Afinal, a atenção diferenciada somada ao controle social e à gestão participativa podem alcançar o etnodesenvolvimento e a segurança alimentar e nutricional que se fizeram ausentes dos territórios indígenas, nos quais saneamento e casa de saúde nem sempre se fazem presentes, sobretudo no mundo urbano para onde muitos grupos se deslocaram forçosamente.

Os registros mostram a capacidade de reflexão das lideranças e a possibilidade de indicar soluções que parecem óbvias, mas não foram executadas por quem deveria proteger a saúde dos povos indígenas.

A relação que poderia ser de cooperação entre Estado e povos indígenas parece transformada em combate infundável. As lideranças, apesar das vítimas, continuam a demandar soluções. Afinal, a luta é a herança da resistência prolongada — podem atar-lhes os pés e as mãos, ainda restará a voz. E, hoje, a pena dos advogados da APIB traz a voz presa na garganta de muitas lideranças que não se cansam de inventar fórmulas para fazer valer os seus direitos.

Acostumados/as a enfrentar desafios, pesquisadores/as do Instituto Leônidas & Maria Deane — ILMDFiocruz Amazônia e parcerias institucionais indígenas e não indígenas se comprometeram em interiorizar ações de diagnóstico e combate à epidemia em terras indígenas e em outras áreas rurais amazônicas carentes de recursos para o desenvolvimento dessas ações. Para além de enfrentar o desafio, escrevem sobre as ações que se desenvolveram/desenvolvem como uma rede de cooperação dentro do Amazonas, que não se limitou ao atendimento em saúde, voltando-se às explicações necessárias para esclarecer povos indígenas e demais populações localizadas no interior do estado. Destaco que o comprometimento salvou muitas vidas e se o exemplo tivesse sido seguido em outras regiões não teríamos de lidar com a mortalidade que se abateu sobre nós.

Devido à mobilização no Amazonas, independentemente da tragédia ocorrida em Manaus, as áreas do interior foram atendidas de forma eficiente, pois as equipes estavam imunes ao negacionismo do governo federal e fizeram ouvidos moucos para os propalados “kits COVID”, especialmente porque nas Amazônias conhecemos bem os efeitos que determinados remédios produzem — a malária, por exemplo, é endêmica e, em

geral, as pessoas a contraem mais de uma vez e os efeitos da medicação apropriada são sobejamente conhecidos.

É importante asseverar que Luiza Garnelo faz excelente análise da política de saúde indigenista oficial, exercitando a crítica que se coaduna perfeitamente com as demandas apresentadas pelas lideranças indígenas no primeiro capítulo, fazendo uma ligação adequada com a discussão promovida por Luiz Henrique Eloy Amado (Terena), que, ultimamente, pela competência coordena as demandas jurídicas da APIB e com tenacidade discute a questão do atendimento à saúde de povos indígenas em contexto urbano.

Perguntas persistentes

No debate proposto na obra, alguns pontos são passíveis de novas interrogações que surgem de forma resiliente, pois permanecem atuais. Já as situações adversas se fazem presentes no cotidiano e por constituírem-se em óbices exigem reação. Pergunto: será que os povos indígenas deixam de ser cidadãos por conta do deslocamento compulsório para os contextos urbanos? Caso os povos indígenas não se afirmassem enquanto pertencentes a determinada etnia, eles seriam atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)? O SUS não é um sistema de amplo acesso? Por que, então, os/as cidadãos/s indígenas não são atendidos/as pelas políticas de saúde indígena quando estão na cidade?

Creio que com a pandemia o cenário se abriu de vez e com as cortinas escancaradas nos foi permitido ver, minuciosamente, as desigualdades marcadas pela branquitude² hegemônica que racializa e desumaniza os povos indígenas.

² Sobre o assunto, consultar: MÜLLER, Tânia; CARDOSO, Lourenço. *Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil*. Curitiba: Appris, 2018; e PIZA, Edith. *Porta de vidro: entrada para branquitude*. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida da Silva (orgs.). *Psicologia Social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

E as perguntas continuam a se avolumar, na obra, colocando em avaliação as políticas indigenistas, sobretudo porque em tempos de pandemia, movimentos e ações não arrefeceram, pois os embates foram/são severos. Gersem José dos Santos Luciano (Baniwa) discute com propriedade o racismo presente na saúde indígena — como alguém que sente na pele o preconceito, a discriminação, e como antropólogo que é —, ao pensar que as mortes poderiam ser evitadas caso o atendimento fosse exemplar. É como ser alvo de bala com endereço certo.

As reflexões apresentadas no livro não são novas, mas as interferências nas instituições que fazem o controle social das ações relativas à saúde indígena prejudicam sobremaneira o exercício e a participação dos povos indígenas, enfraquecendo as bases de participação dos protagonistas do livro.

Brasil plural e povos indígenas

Finalizo minha análise com os olhos voltados à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, impedida pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB). A arguição é a expressão da agência dos povos indígenas que, apoiada por inúmeros/as aliados/as, faz uma movimentação histórica que teve liminar favorável e que, ao se julgar o mérito, ratificou a sentença em favor dos povos indígenas no Brasil.³

Foi um julgamento histórico, no qual os povos indígenas reafirmaram sua existência e sua resistência, além de serem

³ A formulação final ora apresentada foi, inicialmente, inscrita com ligeiras diferenças em “Povos Indígenas, organizações criminosas e Estado no Brasil”, primeiro capítulo de livro de minha autoria denominado “A Antropologia e o exercício da Justiça: perícias em torno de Direitos Indígenas” que se encontra no prelo e em breve vem a público pelo Laboratório de pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento (LACED) e Autografia.

reconhecidos a partir de suas organizações sociais em demandas judiciais, representados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), por intermédio do Dr. Luiz Henrique Eloy Amado (Terena), liderança jovem e competente na defesa dos direitos etnicamente diferenciados.

Trago à baila a ADPF 709 porque a vitória rechaçou o negacionismo que invisibiliza os povos indígenas e os desrespeita, não apenas durante a pandemia que nos assola, relativa à COVID-19, mas cotidianamente, quando ignora as especificidades étnico-raciais e faz ouvidos moucos aos direitos diferenciados.

A partir da formulação do “Plano de enfrentamento e monitoramento da COVID-19 entre **Povos Indígenas no Brasil**”, exigido pela ADPF, algumas questões, aparentemente sem importância, chamam a atenção de quem de forma mais acurada lê a documentação. E, sobretudo, o “Relatório do Grupo de Trabalho sobre o Plano de enfrentamento e monitoramento da COVID-19 para **Povos Indígenas brasileiros** no âmbito da ADPF 709” (sic, grifos meus.).

Entre “os órgãos e entidades da União” que se fizeram presentes na elaboração do documento, encontramos: o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; o Ministério da Defesa; o Ministério da Justiça e Segurança Pública (Polícia Federal e Fundação Nacional do Índio); o Ministério da Saúde (Secretaria Especial de Saúde Indígena); o Ministério do Meio Ambiente (Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade e Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Renováveis); o Ministério da Educação; o Ministério da Cidadania; e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, cujos/as **representantes deveriam dialogar** com: a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil; as lideranças indígenas representantes do Fórum de Presidentes de CONDISI; o Conselho Nacional dos Direitos Humanos; o Ministério Público Federal; a Defensoria Pública da União; e consultores/as *ad hoc*

da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Duas questões demonstram o despreparo, o autoritarismo e o negacionismo que assola a República. A **primeira** diz respeito à discussão que a equipe que representa a União tentou impor aos/às participantes usando a categoria “povos indígenas brasileiros” sem maior conhecimento das diferenciações étnicas existentes entre os mais de 300 povos indígenas existentes no Brasil. O uso da categoria foi rechaçado pelos/as protagonistas e consultores/as *ad hoc* participantes do grupo de trabalho. Observo que, para além de uma dificuldade política, há uma intencionalidade de homogeneização, de apagamento das etnias e das línguas com as quais os povos indígenas no Brasil se identificam e a partir das quais não apenas se autoidentificam, como também são reconhecidos entre parentes e não parentes. Por outro lado, qualificá-los como “brasileiros” é uma atitude negacionista da história dos povos indígenas que cá estavam, no território que hoje se chama Brasil, quando os invasores europeus chegaram há 521 anos. Aprendi com Marcos Terena que as pessoas indígenas são cidadãs, como as demais pessoas no Brasil, e o exercício da cidadania não requer deixar de “ser indígena”.

Penso que a situação não é unicamente uma divergência. O uso da categoria está fortemente relacionado à questão do chamado “marco temporal”, que tenta impor datas para a consideração e a demarcação de terras indígenas desconhecendo os esbulhos territoriais e os deslocamentos forçados, diaspóricos, registrados em inúmeros documentos, inclusive no Relatório Figueiredo, no qual chamam especial atenção os casos Krenak e Ejiwajegi/Kadiweu.

Os/as representantes da União desconhecem ou fingem desconhecer a legislação nacional e internacional vigentes. Primeiramente, o artigo 231 da Constituição Federal de 1988 e o referendo oferecido à Convenção nº 169 da OIT, que reza em seu artigo 1º:

aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas.

O documento, em seu artigo 2º, recomenda: “[O]s governos deverão assumir a responsabilidade de desenvolver, **com a participação dos povos interessados**, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade”. Como olvidar as conquistas dos povos indígenas?

A **segunda** divergência entre as partes é, aparentemente, inocente, diz respeito à referência “para **Povos Indígenas brasileiros**” no título do referido relatório. Fazer um plano de enfrentamento e monitoramento “para” os povos indígenas é radicalmente diferente de procedê-lo “com” a participação dos protagonistas e, além do mais, referenciado pelo controle social.

É importante reconhecer que o controle social tem sido, ao longo dos dois últimos anos, negado, apesar da regulamentação sobre o assunto. Como se os/as burocratas que, possivelmente, jamais estiveram em uma aldeia pudessem se arvorar a conhecer mais que os/as protagonistas, os/as interessados/as e os/as consultores/as *ad hoc*. A atitude da equipe que representa a União mostra despreparo e arrogância em termos políticos. Como antropóloga, não me surpreendo, mas faço o registro porque a tática vem sendo usada para subtrair os direitos indígenas.

A atitude dos representantes da União ao “desconsiderarem” uma decisão judicial termina negando de forma peremptória os direitos étnicos, e o comportamento se reproduz tanto em pronunciamentos discriminatórios como por compactuar com ideias e propagandas que (de)tratam os povos indígenas.

Creio que a ADPF é resultado da crise permanente entre povos indígenas e Estado, que aponta os limites e as impossibilidades de um diálogo respeitoso entre as partes litigantes ao mesmo tempo que mostra a ousadia dos movimentos indígenas que não renunciam aos direitos conquistados e, menos ainda, a ousadia de enfrentar o Estado de forma destemida e inovadora. Estou certa de que não se construirá um Brasil plural sem os povos indígenas. A luta continua...

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Ana Lúcia Pontes, médica, pesquisadora do grupo de pesquisas “Saúde, Epidemiologia e Antropologia dos Povos Indígenas” da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz/Deto de Endemias Samuel Pessoa; docente de programas de Pós-graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA/ILMD/Fiocruz-AM), do Programa de Pós-graduação em Bioética Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS/Fiocruz/UFRJ/UERJ/UFF) e do Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva (ILMD-Fiocruz/UFAM/UEA); e coordenadora do GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva — ABRASCO.

Anny Beatriz Costa Antony Andrade, bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM); residente em Enfermagem Obstétrica pelo Programa de Residência Multiprofissional e Área Profissional em Saúde, do Hospital Universitário Getúlio Vargas e Universidade Federal do Amazonas (HUGV/UFAM); mestre em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) pelo Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia); com especialização em andamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Fiocruz Brasília).

Antonia Eliene Rodrigues Pereira, graduada em Processos Gerenciais pela Faculdade Martha Falcão; bacharela em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas-UEA (2017). Atualmente compõe a equipe do Projeto Qualifica SUS do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), atuando em cursos de atualização para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias.

Antonio Carlos de Souza Lima, Professor Titular aposentado de Etnologia e colaborador voluntário do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social (PPGAS/Departamento de Antropologia, Museu Nacional-Universidade Federal do Rio de Janeiro); Professor Colaborador do PPGAS/UFMS; doutor em Antropologia Social pelo PPGAS/MN-UFRJ (1992); bolsista de produtividade em pesquisa 1A do CNPq; bolsista do programa Cientistas do Nosso Estado da Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj); coordenador do LACED/DA/MN/UFRJ; e coordenador de projetos com recursos de agências como a FINEP e a Fundação Ford. Desenvolve pesquisa em Antropologia do Estado, com ênfase em políticas indigenistas, administração pública e cooperação internacional para o desenvolvimento. Tem, ainda, experiência em políticas para o ensino superior (ações afirmativas para indígenas, em especial) e História da Antropologia. Foi vice-presidente (2002-2004) e presidente da ABA-Associação Brasileira de Antropologia (2015-2016). É coordenador da área de Antropologia e Arqueologia junto à CAPES (2018-2022) e editor da revista *Vibrant* desde janeiro de 2017.

Bernardino Albuquerque, médico, especialista em Medicina do Trabalho e em Auditoria em Serviços de Saúde. Mestre em Medicina (Doenças Infecciosas e Parasitárias) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, atualmente é professor assistente IIV na Universidade Federal do Amazonas e Pesquisador Adjunto da Fundação de Medicina Tropical “Heitor Vieira Dourado” do Amazonas. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Doenças Infecciosas e Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Doenças Endêmicas da Amazônia, Controle e Epidemiologia.

Carla Costa Teixeira, antropóloga, Professora Titular do Departamento de Antropologia e vice-diretora do Instituto de Ciências Sociais (2019-2023) da Universidade de Brasília. É bolsista de produtividade (nível 2, CNPq), coordena o Grupo de Pesquisa Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder (CNPq) e o LEIPP/UnB (Laboratório Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder). Atualmente é secretária geral da Associação Brasileira de Antropologia (2021-2022).

Carla de Paula, apoio técnico no Escritório de Gerência de Projetos do ILMD/Fiocruz Amazônia.

Cristina Dias da Silva, antropóloga, Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais e membro do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordena o Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde (LAPS/UFJF) e é editora da Revista Teoria e Cultura.

Edilaine Rucaglia Rizzo, enfermeira formada pela Universidade Castelo Branco na cidade do Rio de Janeiro; e discente do Curso de Especialização Vigilância em Saúde na Rede de Atenção Primária à Saúde — ILMD/Fiocruz Amazônia.

Evelyne Mainbourg, graduada em Enfermagem e em Desenvolvimento Econômico e Social no IEDES (Institut d'Études du Développement Économique et Social). Atualmente é pesquisadora do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), em Manaus, no Laboratório SAGESPI (Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis), e orientadora no Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do ILMD/Fiocruz.

Felipe Naveca, bacharel em Microbiologia e Imunologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999), mestre em Ciências Biológicas (Microbiologia, UFRJ-2002) e doutor em Ciências (Microbiologia, UFRJ-2006). Pesquisador em Saúde Pública (Titular II) do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD), é gerente das subunidades de PCR em Tempo Real (RPT09G) e Genômica (RPT01H) da Rede de Plataformas Tecnológicas do Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Insumos para Saúde (PDTIS-Fiocruz) e membro da Câmara Técnica de Pesquisa da Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas da Fiocruz (VPPCB). É, ainda, docente permanente dos Programas de Pós-graduação Stricto Sensu da Fiocruz.

Fernanda Oliveira do Nascimento, graduada em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Biologia da Interação Patógeno Hospedeiro pelo Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD), onde atualmente é bolsista de apoio técnico do Laboratório de Virologia.

Fernando Herkrath, graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; especialista em Ortodontia e em Bioestatística; mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas; e doutor em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atuou como docente em cursos de Odontologia e atualmente é pesquisador em Saúde Pública no Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia e Professor Adjunto da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas.

Franciney Anselmo Ferreira, graduada em Psicologia pela Universidade Nilton Lins, Pós-graduada em Neuropsicologia e Atendimento Integral à Família, e egresso do Mestrado em Condições de vida e Situação de Saúde na Amazônia/ ILMD/ Fiocruz Amazônia. Atua, principalmente, em programas de Saúde Mental da cidade de Manaus.

Gersem José dos Santos Luciano é índio Baniwa, natural da Terra Indígena Alto Rio Negro (AM), graduado em Filosofia pela Universidade Federal do Amazonas, com mestrado e doutorado em Antropologia Social na Universidade de Brasília. Foi dirigente da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro em 1987; e Coordenador-Geral da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); secretário municipal de Educação de São Gabriel da Cachoeira (AM); e Coordenador-Geral de Educação Escolar Indígena do Ministério da Educação. Foi, ainda, Diretor-Presidente Fundador do Centro Indígena de Estudos e Pesquisas (CINEP); conselheiro do Conselho Nacional de Educação (CNE), por dois mandatos, e do Conselho Estadual de Educação Escolar Indígena do Amazonas (CEEI/AM). Atualmente, é professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Jane Felipe Beltrão, antropóloga e historiadora, Professora Titular junto ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) na Universidade Federal do Pará (UFPA) e bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nível 1B. Atua nos programas de Pós-graduação em Direito e Antropologia, ambos na UFPA.

Jose Joaquin Carvajal Cortes, graduado em Biologia pela Universidad Nacional de Colombia — Sede Bogotá, mestre e doutor em Ciências (Medicina Tropical) pela Fundação Oswaldo Cruz, com doutorado sanduíche em La Maison de la Télédetection no Institut de Recherche pour le Développement em Montpellier (França). É docente permanente do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida) do ILMD/Fiocruz Amazônia.

Josivane Reis Nogueira, graduada em Enfermagem pela Universidade Paulista — Campus Manaus e servidora pública municipal de Benjamin Constant (AM). Lotada na SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde), na Coordenação de Vigilância Epidemiológica, é discente do Curso de Especialização Vigilância em Saúde na Rede de Atenção Primária à Saúde — ILMD/Fiocruz Amazônia

Juan Camilo Grisales, graduado em Biologia pela Universidade de Caldas (Colômbia), atualmente é discente do Programa de Pós-graduação PPGVIDA (mestrado em Condições de vida e Situação de Saúde na Amazônia/ILMD/Fiocruz Amazônia).

Juliane Belém, fisioterapeuta, graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Amazonas (2016). Compõe a equipe do Projeto Qualifica SUS pelo Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia, atuando em cursos de atualização para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias.

Kelly Natalia Romero Vesga, graduada em Bacteriologia e Laboratório Clínico pela Universidade de Santander (2013), da Colômbia. É estudante do mestrado em Biologia da Interação Patógeno Hospedeiro (PPGBIO) do Instituto Leônidas & Maria Deane — ILMD/Fiocruz Amazônia (2021-2023) e da especialização em Vigilância em Saúde na Rede de Atenção Primária em Saúde (2019) da mesma instituição.

Klauss Estivens Lima Salazar, graduado em Ciências Biológicas e discente do Curso de Especialização Vigilância em Saúde na Rede de Atenção Primária à Saúde — ILMD/Fiocruz Amazônia.

Leonanda Costa, graduada em Ciências Naturais pela Universidade Federal do Amazonas (2016), é bolsista do Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva.

Luana da Silva Praia, enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem de Manaus, da Universidade Federal do Amazonas (EEM/UFAM). Atualmente compõe a equipe do Projeto Qualifica SUS pelo Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia, atuando em cursos de atualização para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias.

Luiz Carlos Penha, indígena do Povo Tukano, graduado em Ciências Biológicas (UnB, 2011), mestre em Saúde Pública (Fiocruz/ILMD-2018), com Pós-graduação em Gestão em Saúde (UFF-2015). Tem experiência profissional nas áreas de Saúde Indígena e Doenças Vetoriais/Parasitárias. Atualmente, é doutorando em Epidemiologia (ENSP-Fiocruz, 2021) e consultor técnico da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB).

Luiz Eloy Terena, advogado indígena com atuação no Supremo Tribunal Federal (STF) e organismos internacionais; coordenador do Departamento Jurídico da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). Doutor em Antropologia Social pelo Museu Nacional (UFRJ), tem pós-doutorado em Antropologia na École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHSS), em Paris. Realizou estágio de pesquisa na Brandon University, com

foco em conflitos territoriais indígenas, por meio do Emerging Leaders in the Americas Program (ELAP), do governo do Canadá. Membro do grupo de trabalho “Direitos Indígenas: acesso à justiça e singularidades processuais”, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), integrou a Comissão de Assuntos Indígenas (CAI), na Associação Brasileira de Antropologia (2019-2020), e o Grupo de Trabalho Povos Indígenas e Tortura, da Organização Mundial de Combate à Tortura (OMCT). Foi membro, também, da Comissão Especial para Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil — OAB (2012-2016); integrante do Observatório Fundiário Fluminense (OBFF-UFF); e pesquisador associado do LACED — Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento (Museu Nacional — UFRJ).

Luiza Garnelo, médica e antropóloga, pesquisadora do Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia, bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nível 1D. Atua nos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Fiocruz.

Maria Rosineide Gama Feitosa, discente no Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia — PPGVIDA (ILMD/Fiocruz); especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); e graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). É funcionária do quadro permanente do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Amazonas (IFAM), com lotação no campus São Gabriel da Cachoeira (AM).

Michele Silva de Jesus, graduada em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal do Amazonas, com mestrado em Biotecnologia pelo Programa Multi-Institucional de Pós-graduação em Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas (2007). Atualmente, atua no Núcleo Técnico de suporte a Pesquisa nas atividades de gestão ligadas à área de pesquisa, gerenciando as atividades de apoio do laboratório Multiusuário do ILMD.

Nildete Geissler Ribeiro, graduada em Enfermagem, discente do Curso de Especialização Vigilância em Saúde na Rede de Atenção Primária à Saúde — ILMD/Fiocruz Amazônia.

Pedro Rapozo, professor da Universidade do Estado do Amazonas (UEA); professor de Programas de Pós-graduação (PPGICH/UEA, PROFCIAMB e Saúde Pública na Amazônia — Fiocruz); graduado em Ciências Sociais/Sociologia; mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM); doutor em Sociologia — Desenvolvimento e Políticas Sociais pela Universidade do Minho (UM); e bolsista de Produtividade em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas.

Priscilla Correia, graduada em Psicologia (2014) pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com Pós-graduação em Psicologia da Saúde pela Universidade do Estado do Amazonas (2017). Egressa do Mestrado em Condições de vida e Situação de Saúde na Amazônia — ILMD/Fiocruz Amazônia.

Raica Cardoso, enfermeira, egressa do Mestrado em Condições de vida e Situação de Saúde na Amazônia — ILMD/Fiocruz Amazônia. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção básica à saúde, análise envoltória de dados e eficiência.

Ricardo Mota, técnico em Enfermagem. Atualmente é técnico de laboratório no Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia.

Rosana Parente, graduada em Estatística pela Universidade Federal do Amazonas, com mestrado e doutorado pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (USP) e doutorado em Agronomia. É Professora Titular aposentada da Universidade Federal do Amazonas e professora permanente do Programa de Pós-graduação da área de Saúde Coletiva do Instituto Leônidas & Maria Deane (PPGVIDA). Atualmente desenvolve atividades no Serviço de Pós-graduação do ILMD/Fiocruz Amazonas.

Sebastião Dias, graduado em Tecnologia em Radiologia, é técnico de laboratório no Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia.

Sérgio Luiz Bessa Luz, graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Gama Filho (1987), mestre em Ciências Veterinárias pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1994) e doutor em Biologia Parasitária pela Fundação Oswaldo Cruz (1999). Atualmente é pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz/Amazônia-ILMD, no Laboratório de Ecologia de Doenças Transmissíveis na Amazônia.

Stephany França, mestranda em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia, é especialista em Saúde Pública pela Faculdade Evangélica do Meio Norte-FAEME (2017) e atuante nas áreas de Nutrição e Saúde Pública, Nutrição Clínica e Alimentação Coletiva.

Sully Sampaio, bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (2000), tem vínculo com o Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis — L SAGESPI/Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia. Participou da Coordenação do Curso Técnico de Formação Profissional de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro/Amazonas. Atualmente compõe a equipe do Projeto Qualifica SUS, atuando em cursos de atualização para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias.

Taciana Coutinho, tem licenciatura e bacharelado em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual da Paraíba (2003) e mestrado em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2006). Doutora em Recursos Naturais pela Universidade Federal de Campina Grande, é professora da Universidade Federal do Amazonas (Instituto de Natureza e Cultura de Benjamin Constant).

Uriel Madureira, graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte/UNINORTE, tem especialização em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia Saúde da Família pela Faculdade Máster de Parauapebas (FAMAP) e Mestrado Acadêmico no Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia — ILMD/Fiocruz Amazônia. Atualmente, atua como enfermeiro executor da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares do Instituto de Saúde da Criança do Amazonas.

Uziel Suwa, biomédico formado pela Faculdade Estácio do Amazonas; especialista em Docência do Ensino Superior pela UNINILTONLINS e em Imunologia e Microbiologia pela UCAMPROMINAS; e mestre em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas & Maria Deane — ILMD/Fiocruz. Doutorando em Saúde Pública na Amazônia (ILMD/Fiocruz), atualmente é apoiador do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde — CIEVS no DSEI Alto Rio Negro.

Valdinete Nascimento, graduada em Ciências Biológicas (licenciatura) pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (2011); mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (Universidade Federal do Amazonas/Fiocruz-AM); e doutora em Biologia Celular e Molecular pela Fundação Oswaldo Cruz (IOC/ILMD). Exerce o cargo de Biólogo Pleno no Instituto Leônidas & Maria Deane — Fiocruz-AM, sendo responsável técnica pela plataforma de PCR em tempo real.

