

Série Saúde & Amazônia, 26

# A SAÚDE INDÍGENA NAS CIDADES:

redes de atenção, cuidado  
tradicional e intercultural

**ORGANIZADORES:**

Rodrigo Tobias  
Noeli das Neves Toledo  
Camila Carlos Bezerra  
Raniele Alaha Lima Alves  
Tais Rangel Cruz Andrade

editora



redeunida



**ORGANIZADORES:**

Rodrigo Tobias  
Noeli das Neves Toledo  
Camila Carlos Bezerra  
Raniele Alana Lima Alves  
Tais Rangel Cruz Andrade

# A SAÚDE INDÍGENA NAS CIDADES:

redes de atenção, cuidado  
tradicional e intercultural

**1ª Edição**  
**Porto Alegre, 2023**  
**Rede UNIDA**



**REALIZAÇÃO:**



## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

## Editores Associados:

Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins

## Conselho Editorial:

**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Ángel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha.

**Angelo Stefanini** - Università di Bologna, Itália.

**Ardigò Martino** - Università di Bologna, Itália.

**Berta Paz Llorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha.

**Celia Beatriz Iriart** - University of New Mexico, Estados Unidos da América.

**Denise Bueno** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

**Érica Rosalba Mallmann Duarte** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Francisca Valda Silva de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

**Heider Aurélio Pinto** - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.

**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

**Júlio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil.

**Leonardo Federico** - Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

**Lisiane Bôer Possa** - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil.

**Luciano Bezerra Gomes** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil.

**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil.

**Maria Augusta Nicoli** - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália.

**Maria das Graças Alves Pereira** - Instituto Federal do Acre, Brasil.

**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** - Universidade Federal do Pará, Brasil.

**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

**Rossana Staevie Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil.

**Sara Donetto** - King's College London, Inglaterra.

**Sueli Terezinha Goi Barrios** - Associação Rede Unida, Brasil.

**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil.

**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

**Vera Lucia Kodjoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil.

**Vera Maria da Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

**Vincenza Pellegrini** - Università di Parma, Itália.



Comissão Executiva Editorial

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Renata Riffel Bitencourt**

**Alana Santos de Souza**

Projeto Gráfico Capa e Miolo

**Editora Rede UNIDA**

Diagramação

**Beast Design**

Imagem da Capa

**Maloca do Parque das Tribos, Manaus-AM**

**Rodrigo Tobias (ILMD Fiocruz Amazônia)**

Arte da Capa

**Junio Pontes**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

**S255**

A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/ Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade

**1.ed.** - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

**ISBN:** 978-65-5462-065-9

**306 p.:** (Série Saúde & Amazônia, v.26)

**DOI:** 10.18310/9786554620659

1. Saúde de Populações Indígenas. 2. Atenção à Saúde. 3. Assistência à Saúde Culturalmente Competente. 4. Serviços de Saúde do Indígena. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

**22-30180140**

**NLM WA 380**

**CDU 614.78**

## ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde Indígena; Interculturalidade; Cidades; Redes de Atenção à Saúde;

## Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza - Bibliotecária - CRB 10/2738

Copyright ©. Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves, Tais Rangel Cruz Andrade.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, n° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (051) 3391-1252  
[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



A **Série Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: **Dr. Júlio Cesar Schweickardt** (Fiocruz Amazônia); **Dr. Alcindo Antônio Ferla** (UFRGS) e **Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (UFPA).

Esta publicação foi realizada a partir de um projeto de pesquisa financiado pelo Inova Saúde Indígena Fiocruz e desenvolvido pelo Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, com a colaboração de alunos, pesquisadores, trabalhadores e gestores de saúde de diferentes instituições e municípios do Estado do Amazonas e de outros estados do Brasil. E-mail: [lahpsa.fiocruz@gmail.com](mailto:lahpsa.fiocruz@gmail.com)

# A SAÚDE INDÍGENA NAS CIDADES:

redes de atenção, cuidado  
tradicional e intercultural

## ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Editais INOVA SAÚDE INDÍGENA - Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia

## AGRADECIMENTO AO TRABALHO

### VALOROSO DOS REVISORES DESTA OBRA:

**Bahiyeh Ahmadvpour**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Camila Carlos Bezerra**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Carla Pontes Albuquerque**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
**Eron Soares Carvalho Rocha**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Fabiane Vinente dos Santos**, ILMD FIOCRUZ/Amazônia.  
**Fernando Aith**, Universidade de São Paulo.  
**Gilsirene Scantelbury de Almeida**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Joice Claret Neves**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Nair Chase**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Nicolás Steban Castro Heufemann**, Universidade Estadual do Amazonas.  
**Noeli das Neves Toledo**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Raniele Alana Lima Alves**, ILMD FIOCRUZ/Amazônia.  
**Rodrigo Tobias**, ILMD FIOCRUZ/Amazônia.  
**Rizoléia Marina Pinheiro Pina**, Universidade Federal do Amazonas.  
**Ricardo Luiz Narciso Moebus**, Universidade Federal de Ouro Preto.  
**Tais Rangel Cruz Andrade**, ILMD FIOCRUZ/Amazônia.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

TOBIAS, Rodrigo; TOLEDO, Noeli das Neves; BEZERRA, Camila Carlos; ALVES, Raniele Alana Lima; ANDRADE, Tais Rangel Cruz. A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural. 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. (Série Saúde & Amazônia, v. 26). E-book (PDF). ISBN: 978-65-5462-065-9, DOI:10.18310/9786554620659.

**1ª Edição**  
**Porto Alegre/RS 2023**  
**Rede UNIDA**





Série Saúde & Amazônia, 26

**ORGANIZADORES:**

Rodrigo Tobias  
Noeli das Neves Toledo  
Camila Carlos Bezerra  
Raniele Alana Lima Alves  
Tais Rangel Cruz Andrade

# A SAÚDE INDÍGENA NAS CIDADES:

redes de atenção, cuidado  
tradicional e intercultural

1ª Edição  
Porto Alegre, 2023  
Rede UNIDA



# AY KAKUYRI TAMA, EU MORO NA CIDADE



Ay kakuyri tama.  
Ynua tama verano y tana rytama.  
Ruaia manuta tana cultura ymimiua,  
Sany may-tini, iapã iapuraxi tanu ritual.

Tradução: Eu moro na cidade  
Esta cidade também é nossa aldeia,  
Não apagamos nossa cultura ancestral,  
Vem homem branco, vamos dançar  
nosso ritual.

Nasci na Uka sagrada,  
Na mata por tempos vivi,  
Na terra dos povos indígenas,  
Sou Wayna, filha da mãe Aracy.

Minha casa era feita de palha,  
Simples, na aldeia cresci  
Na lembrança que trago agora,  
De um lugar que eu nunca esqueci.

Meu canto era bem diferente,  
Cantava na língua Tupi,  
Hoje, meu canto guerreiro,  
Se une aos Kambeba, aos Tembê, aos  
Guarani.

Hoje, no mundo em que vivo,  
Minha selva, em pedra se tornou,  
Não tenho a calma de outrora,  
Minha rotina também já mudou.

Em convívio com a sociedade,  
Minha cara de “índia” não se transfor-  
mou,  
Posso ser quem tu és,  
Sem perder a essência que sou,

Mantenho meu ser indígena,  
Na minha Identidade,  
Falando da importância do meu povo,  
Mesmo vivendo na cidade.

Poema indígena de Márcia Kambeba  
(indígena, professora, geógrafa  
e ativista do meio ambiente)  
KAMBEBA, M. W. Ay Kakyri Tama - Eu  
moro na cidade. Manaus: Ed. Grafisa,  
2013, p.23.



# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>11</b>
<i>Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez - UnB</i>	
<b>Saúde Indígena, o Urbano e o conjunto da obra</b> .....	<b>13</b>
<i>Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Tais Rangel Cruz Andrade</i>	
<b>EIXO I: UNI(DI)VERSIDADE INDÍGENA: DOS ASPECTOS ÉTICOS AOS ORGANIZATIVOS E DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	<b>19</b>
<b>“Ninguém deixa de ser indígena porque mora na cidade”: um olhar sobre as políticas públicas de saúde e os povos indígenas no contexto pandêmico de Covid-19</b> .....	<b>20</b>
<i>Raniele Alana Lima Alves, Leandro Eustáquio Gomes, Noeli Neves Toledo, Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias</i>	
<b>Saúde Mental e Bem Viver de jovens indígenas em contexto urbano</b> .....	<b>45</b>
<i>Viviane Lima Verçosa, Sônia Maria Lemos, Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias</i>	
<b>COPIME: Uma história de luta e da autonomia indígena nas políticas públicas</b> .....	<b>62</b>
<i>Marcivana Sateré-Mawé, Jéssica Batista do Nascimento Apurinã, Ludimar Nunes Gonçalves Kokama, Mayra Farias, Rodrigo Tobias</i>	
<b>Ética e os caminhos da pesquisa com populações indígenas em contextos rural e urbano amazônicos</b> .....	<b>76</b>
<i>Neuliane Melo Sombra, Esron Soares Carvalho Rocha, Zilmar Augusto de Souza Filho, Rizioléia Marina Pinheiro Pina, Camila Carlos Bezerra, Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo</i>	
<b>O direito à saúde, o direito à cidade e os povos originários em espaço urbano</b> .....	<b>93</b>
<i>Fernanda Cabral Cidade, Ivani Ferreira de Faria</i>	
<b>EIXO II: O CUIDADO INTERCULTURAL EM SAÚDE E O URBANO</b> .....	<b>103</b>
<b>Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo/Unifesp: Da aldeia à cidade um serviço especializado para acolher a diversidade</b> .....	<b>104</b>
<i>Juliana Cláudia Leal Martins, Vânia Fernandes Rabelo, Sofia Beatriz Machado de Mendonça, Douglas Antônio Rodrigues</i>	
<b>ESF Pankararu na cidade de São Paulo: visibilidade indígena, cuidado intercultural e formação crítica dos profissionais de saúde</b> .....	<b>120</b>
<i>Marco Antônio Silva dos Santos, Juliana Gonçalves Fidelis, Caroline Pirceñi Di Celio, Viviane da Silva Freitas</i>	

---

<b>Desafios, lutas e resistências dos povos indígenas residentes em Cuiabá (MT) no contexto da pandemia de COVID-19 .....</b>	<b>144</b>
<i>Naine Terena de Jesus, Reginaldo Silva de Araújo</i>	
<b>Gravidez de alto risco em indígenas no estado do Tocantins ....</b>	<b>165</b>
<i>Ana Caroline Machado Rocha, Raynara Melo da Conceição, Camila Fonseca Bezerra, Poliana Guerreiro Marson, Danielle Rosa Evangelista</i>	
<b>Desenvolvimento de cartilha cuidativa-educativa sobre saúde sexual e reprodutiva para mulheres indígenas .....</b>	<b>191</b>
<i>Paula Fabiane da Rocha Nobre, Bruna Reis de Souza Tembé, Jainara de Souza Araújo, Raimundo Abreu dos Santos, Nadile Juliane Costa de Castro</i>	
<b>EIXO III: REDES DE ATENÇÃO E SAÚDE INDÍGENA .....</b>	<b>205</b>
<b>As práticas de atenção à saúde e a rede de atenção à saúde: mulheres indígenas no período gravídico-puerperal na aldeia Kondá, em Santa Catarina .....</b>	<b>206</b>
<i>Francielli Girardi, Cristianne Maria Famer Rocha, Paula Brustolin Xavier, Michele Neves Meneses, Marisangela Spolaôr Lena</i>	
<b>O itinerário terapêutico do usuário indígena em um serviço especializado em Manaus .....</b>	<b>220</b>
<i>Bahiyeh Armadphour, Danielle Fernanda da Silva, Geise de Andrade Lima, João Victor de Oliveira Melo, Ruth Natalia Thereza Turrini</i>	
<b>Acessibilidade e itinerários terapêuticos de indígenas aos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19 em Manaus, Amazonas .....</b>	<b>240</b>
<i>Francimar Oliveira de Jesus, Evelyne Therese Mainbour, Kátia Silva Lima de Meneses, Fabiane Vinente dos Santos</i>	
<b>Redes de diferenças: um relato sobre a rede intersetorial de saúde mental indígena em Manaus .....</b>	<b>254</b>
<i>Andréa Borghi Moreira Jacinto, Andrea Bitencourt Prado</i>	
<b>Suicídios e tentativas de suicídios: redes de cuidado em saúde em um contexto indígena urbano .....</b>	<b>278</b>
<i>Marluce Mineiro Pereira</i>	
<b>SOBRE OS AUTORES E AUTORAS .....</b>	<b>293</b>

# PREFÁCIO

---

**D**ando continuidade à publicação Série Saúde & Amazônia, uma iniciativa interinstitucional de produção científica e de divulgação organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e a Rede Unida, apresenta hoje seu número 25, com o tema “A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural”. Congregam-se nestas páginas um horizonte de reflexões e de sistematização de resultados de projetos de pesquisa que têm como eixo articulador, ao redor do campo da saúde coletiva, duas dimensões centrais da contemporaneidade: as cidades e as vidas da população indígena nesses territórios.

Se isto já denota uma complexidade social e política significativa em termos dos lugares e das maneiras em que os povos originários ocupam e disputam esses territórios urbanos, o cenário das cidades se viu marcado por novas feições frente à emergência da pandemia de Covid-19, que provocou graves consequências na ordem sanitária, por um lado, e, por outro, expôs dramaticamente as mazelas sociais produzidas pelas inequidades sociais e econômicas caracterizadas por diversas formas de opressão de classe, gênero, raça de pertença étnica e outras que estruturam nossa sociedade.

Pode-se pensar essa complexidade crescente como uma tessitura de camadas que configuram-se das mais diversas maneiras e, que, de uma perspectiva relacional dos territórios urbanos, dos grupos étnicos que os habitam, dos equipamentos sociais disponíveis a partir de políticas públicas que são acessadas, se criam experiências de vida e trajetórias individuais e coletivas que se imprimem e se exprimem nas formas de estar e de viver das diferentes populações nesses espaços, marcados também pelo tempo, a história, as memórias, os percursos e as identidades culturais.

A invenção da vida precisaria ser exercício cotidiano da nossa condição humana. Inventar e legitimar nossa existência pode significar o enfrentamento dos mundos que nos apresentam como possíveis e como certos. Espera-se, por exemplo, que os indígenas que saem das aldeias e vão para as cidades cristalizem suas identidades como se os seres humanos não fossemos

permeáveis às mudanças, à incorporação de novos símbolos, novas metáforas e linguagens e a criar maneiras de produzir existências. As identidades étnicas e as distinções peculiares que assumimos ao estar no mundo estão, em última instância, permeadas pelas relações de poder dos grupos sociais aos quais pertencemos e às tensões derivadas da hegemonia política, econômica e social dos grupos dominantes.

Os capítulos que compõem esta coletânea transitam por diversos universos territoriais, temáticos, metodológicos e institucionais pelos olhos de seus protagonistas. Que possamos aprender com eles novas visões e existências que permitam renovar esperanças em projetos de sociedade colaborativos, que promovam responsabilidade ambiental, fortalecimento da participação social e da cidadania na perspectiva de repensar a vida no planeta.

### **Profa. Dra. Ximena Pamela Bermúdez**

Docente e coordenadora do Laboratório de Antropologia da Saúde (Labas) do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde; Coordenadora (2021-2022) e atual membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Brasília – UnB.



# SAÚDE INDÍGENA, O URBANO E O CONJUNTO DA OBRA

**Rodrigo Tobias**  
**Noeli das Neves Toledo**  
**Camila Carlos Bezerra**  
**Tais Rangel Cruz Andrade**

A saúde é uma condição inalienável para a vida de todos os seres humanos, e isso inclui os povos indígenas que vivem em ambientes urbanos. Essas comunidades enfrentam desafios específicos decorrentes da sua migração e do choque cultural, o que torna ainda mais crucial garantir o acesso adequado aos cuidados de saúde.

A preservação da saúde desses povos é essencial para a promoção da equidade e da justiça social. Além disso, a saúde está intrinsecamente ligada à identidade e ao bem-estar dessas comunidades, influenciando sua capacidade de manter suas tradições culturais e seu modo de vida (GALLO, SETTI, 2017). Ao reconhecer e garantir a saúde como uma prioridade para os povos indígenas urbanos, estamos valorizando sua existência e contribuição para a sociedade, além de respeitar seus direitos fundamentais como seres humanos (FIGUEIREDO, *et al.*, 2017).

Exatamente diante desta prerrogativa fundamental, que a presente obra se constitui. A ideia do livro nasce de uma necessidade de compilar referências de estudos e reflexões sobre os modos colaborativos de fazer saúde indígena nas cidades, uma vez que o subsistema de saúde indígena, preconizada pela Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), somente realiza as ações de cobertura assistencial com indígenas aldeados (BRASIL, 2002). Os indígenas não aldeados e que vivem em contextos urbanos ficam à revelia ou na penumbra das políticas de atenção à saúde, por conta das barreiras encontradas, seja linguística, seja de acesso aos serviços motivadas por outras razões.

Não obstante, é notório a superposição de injustiças sociais diante das diversas camadas de invisibilidades na garantia dos direitos fundamentais nas cidades. Tem-se registrado uma migração cada vez maior de indígenas de várias etnias que deixam suas aldeias e passam a viver em localidades periféricas e de grande vulnerabilidade socioambiental nas cidades. Esses espaços não garantem a moradia digna, o cultivo dos alimentos e, por conseguinte, insegurança alimentar (MARTELLI *et al.*, 2019), o saneamento básico e, além disso, enfrentam vários obstáculos no acesso aos equipamentos sociais, tais como a escola – que por vezes pode proporcionar mecanismos colonialistas de opressão e preconceito com as crianças, e como os serviços de saúde, cuja a atenção básica e especializada não estão preparadas para promover o acolhimento e vínculo necessários para a produção do cuidado intercultural. Em especial, na área da saúde, há uma debilidade na formação de profissionais na perspectiva da educação intercultural, que articule a episteme pluralista indígena e as práticas de um cuidado interprofissional (QUINTRIQUEO, ARIAS-ORTEGA, 2019).

É disso que esta obra trata. Compreende, assim, as dimensões da produção do cuidado em saúde na perspectiva da originalidade das práticas tradicionais, bem como do resultado das interações práticas interprofissionais e do conhecimento gerado a partir do encontro e da troca de saberes nos cenários de práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) nos grandes centros urbanos brasileiros.

O livro **“A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural”**, se consolidou a partir de trabalhos e incursões desenvolvidos junto aos povos indígenas no Brasil, com especial atenção aos que vivem em contextos urbanizados. O conjunto da obra aborda experiências na atenção básica e especializada com populações indígenas, o trabalho em saúde indígena, promoção e educação em saúde indígena, vigilância de agravos com populações indígenas, cuidado tradicional e intercultural, ações de enfrentamento da COVID-19 nos territórios na relação com as redes de atenção instituídas nos centros urbanos de cidades situadas nos estados do Amazonas, Tocantins, São Paulo, Mato Grosso, Santa Catarina. O livro concentra um conjunto de relatos e resultados de pesquisas, bem como reflexões fundamentadas sobre processos, estruturas e contextos diferenciados de produção de cuidado, na perspectiva da multiculturalidade, representativos das populações indígenas que acessam os serviços de saúde de quatro das cinco regiões brasileiras.

As parcerias entre a Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA), Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia, por meio da co-

ordenação do “Projeto Manaós: Saúde da população indígena em contexto urbano e os desafios da atenção primária”, financiado pelo Programa INOVA Saúde Indígena da FIOCRUZ e Ministério da Saúde, possibilitou a organização e apresentação de manuscritos. Tais manuscritos foram dispostos de acordo com a proximidade temática, de forma a dialogar com o desenvolvimento de saberes à luz do cotidiano do trabalho em saúde indígena, buscando socializar vivências percorridas por pesquisadores, estudantes, trabalhadores, docentes, gestores e comunidade.

Assim, o livro se estruturou em três eixos, a saber: a) Uni(di)versidade Indígena: Dos aspectos éticos aos organizativos e de políticas públicas; b) O Cuidado Intercultural em Saúde e o Urbano; e c) Redes de Atenção e Saúde Indígena.

O primeiro eixo consiste em apresentar pressupostos teóricos-reflexivos sobre as lutas e resistências para conquista do direito à cidade e à saúde pelos povos indígenas; os conceitos da (des)territorialização dos corpos indígenas no período pandêmico; o “*bem-viver*” entre jovens indígenas no contexto urbano; o relato protagonista de uma organização representativa dos povos indígenas urbanos da Amazônia; além de um relato dos percursos investigativos e os dilemas, entraves e desafios éticos da pesquisa com indígenas aldeados e não aldeados.

O segundo eixo consiste em adensar os modos de fazer cuidado intercultural em saúde, observando a acomodação inédita de infraestrutura ambulatorial de serviços de saúde para povos indígenas nos centros urbanos; a estrutura e processos de formação interprofissional na atenção básica para esses povos; os arranjos organizativos de enfrentamento da pandemia pelos originários; e as linhas de cuidado e estratégias de promoção da saúde da mulher indígena e da saúde sexual reprodutiva.

O terceiro eixo representa um agregado de experiências e pesquisas sobre as redes instituídas e intuitivas dispostas para organizar a atenção a saúde nos centros urbanos, a partir dos itinerários terapêuticos de indígenas que percorreram os serviços de atenção básica, a atenção especializada, seja em período com ou sem pandemia, as redes intersetoriais no campo da saúde mental, bem como as lacunas das redes de atenção no enfrentamento ao suicídio, sendo substituída pelas redes de cuidado entre indígenas.

Compreendemos que esta obra simboliza, em certa medida, as diversas matizes temáticas de resistência social dos povos originários. Entendemos que os textos aqui produzidos se alinham com a construção de um Brasil mais justo e democrático, na medida em que as experiências e pesquisas aqui expressas

enfrentam os efeitos nocivos do patriarcalismo, do racismo e branquitude estrutural, a interseccionalidade, a hipervalorização da epistemologia eurocêntrica e do modelo biomédico hegemônico na formulação científica de modelos e soluções para o SUS. Assim, a obra colabora com a realização de um mundo melhor, quando apresenta dispositivos, arranjos e agenciamentos para a produção do cuidado junto a populações vulneráveis social e ambientalmente, contrariando um sistema social discriminatório para indígenas que gera desigualdades sociais, principalmente nos centros urbanos.

Agradecemos aqui todos o(a)s autore(a)s que confiaram na construção desta obra e que entenderam que este volume bibliográfico especial pode se configurar em marco referencial que sustente linhas de pesquisa-ação nos programas de pós graduação, nos programas de residências multiprofissionais em saúde, nos programas de educação pelo trabalho, nos projetos de extensão e projetos de intervenção social de domínio das organizações sociais no campo da saúde indígena e suas interfaces com as ciências sociais, sobretudo.

Além disso, dedicamos esta obra aos povos indígenas que vivem nas cidades, cuja referência possa ser enclave de coragem e de empoderamento do coletivos indígenas e da emancipação social efetiva em busca dos direitos fundamentais e do espírito democrático e de justiça social. Aqui tomamos a liberdade de fazer alusão a Cacica Lutana Kokama e Vanda Witoto, lideranças femininas indígenas, que tem proporcionado melhorias na Comunidade Parque das Tribos em Manaus (lugar situado em região urbana periférica de Manaus e que concentra 35 etnias convivendo com sua língua e traços culturais coletivamente), simbolizando a todo(a)s aquele(a)s que lideram processos de participação social e que lutam pelas causas indígenas nas cidades brasileiras. E que nos lembra, pelo viés da ancestralidade, que são os originários da Terra Brasilis e que a cidade construída sobre o cemitério indígena, também é lugar de indígena.

Não obstante, essa obra tem o caráter analisador e marcador para tratar sobre os direitos, bandeiras e lutas dos movimentos indígenas nas cidades e nas aldeias. Neste sentido, é relevante anunciar, no atual contexto jurídico-político brasileiro, que o marco temporal para a demarcação das terras indígenas é a tese jurídica segundo a qual os povos indígenas têm direito de ocupar apenas as terras que ocupavam ou já disputavam em 5 de outubro de 1988, renegando a tradição e a história oral de vivências e experiências das mais de 300 etnias indígenas que reivindicam suas terras originárias. No âmbito legislativo, até junho de 2023, foi aprovado o PL 490/2007 na Câmara dos Deputados que aprova a demarcação a partir da data da constituição e que vai tramitar no Senado, como PL 2903/2023. Ao mesmo tempo, o Supremo Tribunal Federal tem julgado a mesma causa e que se encontra sob os olhares atentos dos



movimentos indígenas e da sociedade. Portanto, essa obra se coaduna com os esforços empreendidos pelos coletivos originários e acredita que o direito a terra, é anterior ao direito a cidade, e, assim anterior à própria formação do Estado e a demarcação é um ato meramente declaratório. A capa desta obra representa nosso posicionamento ético-político diante da sobrevivência de muitas comunidades indígenas e de florestas.

Por fim, convidamos os leitores a contemplar esta obra com uma perspectiva crítico-reflexiva e entusiasmada, vislumbrando possibilidades futuras de construção e implementação de políticas de atenção e cuidado mais condizentes as necessidades dos povos indígenas, estejam eles vivendo em lugares remotos ou nos grandes centros urbanos.

## REFERÊNCIAS

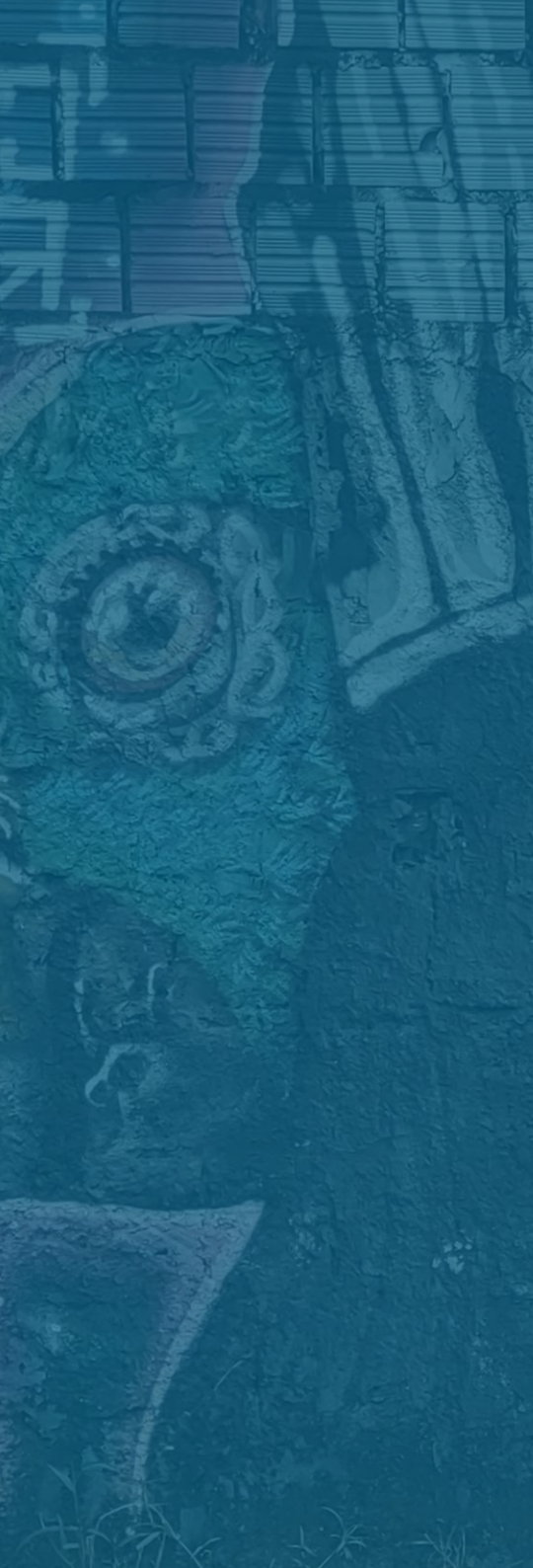
BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 40 p.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões? **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, v. 12, p. 3821-3830, 2017.

GALLO, E.; SETTI, A. F. F. Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20, Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 36, n. especial, p. 55-67, junho, 2012.

MARTELLI, A., LÓPEZ, V., GARCÍA, C., LEÓN, A., GUTIÉRREZ, A., BAÑUELOS, J., AGUILAR, N., CORTÉS, C., & MARTÍNEZ, F. (2019). La seguridad alimentaria y nutricional en una comunidad indígena de México. **Revista Española De Nutricion Comunitaria**.

QUINTRIQUEO, S., & ARIAS-ORTEGA, K. (2019). Educación intercultural articulada a la episteme indígena en latinoamérica: el caso mapuche en Chile. **Diálogo andino**.







**EIXO I**

# **UNIC(DI) VERSIDADE INDÍGENA:**

Dos aspectos éticos  
aos organizativos  
e de políticas

# “NINGUÉM DEIXA DE SER INDÍGENA PORQUE MORA NA CIDADE”: um olhar sobre as políticas públicas de saúde e os povos indígenas no contexto pandêmico de Covid-19

*Raniele Alana Lima Alves  
Leandro Eustáquio Gomes  
Noeli Neves Toledo  
Júlio Cesar Schweickardt  
Rodrigo Tobias*

## INTRODUÇÃO

A crise sanitária instalada pela Pandemia de Covid-19 evidenciou as fragilidades e deficiências das políticas de saúde para os povos indígenas no Brasil, frente às suas necessidades para garantias à saúde. Demonstrado através das limitações da Secretaria de Saúde Indígena – SESAI, quanto à assistência aos indígenas que moram nas aldeias, e a ausência de políticas públicas aos indígenas que residem em contextos urbanos, expondo as dificuldades de acesso à rede e serviços de saúde. Além disso, expôs outras violações e descasos vivenciados pelos povos originários, como questões fundiárias e impactos ambientais.

A Constituição Federal de 1988 legitimou conquistas importantes aos povos originários quanto ao reconhecimento de direitos como a saúde, as suas terras, especificidades culturais e a autonomia. Além disso, possibilitou a implantação de um modelo de atenção à saúde diferenciada aos povos indígenas, com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vinculado ao Sistema Único de Saúde – SASI-SUS, instituído através da Lei Arouca,



9.836/1999. Criando assim, uma política de Estado de fato, em superação a política indigenista de caráter tutelar e integracionista que existia anteriormente (BRASIL, 2010).

A luta dos movimentos indígenas e organizações indigenistas em prol de um sistema de saúde que respondessem às necessidades de acesso, especificidades culturais e de organização social das populações indígenas, culminaram em avanços importantes. Entre os avanços, cabe destacar a regulamentação da Política Nacional de Saúde Indígena – PNASP em 2002, e a criação da Secretária de Saúde Indígena – SESAI, em 2010 (BRASIL, 2010).

Embora tais avanços tenham contribuído no combate parcial as iniquidades vivenciadas pelos povos indígenas, ainda persistem barreiras no acesso aos serviços de saúde. A luta pela efetividade do direito pleno a saúde segue sendo uma das principais reivindicações. A atualização da PNASPI exprime os anseios dos povos originários quanto as transformações que vem acontecendo no decorrer desses anos de existência da política. Observado tanto em relação à conjuntura política no âmbito federal, quanto as mudanças em relação ao contexto de vida dos povos dentro e fora dos territórios demarcados, dentre eles, a intensificação da migração para as cidades (BRASIL, 2020).

A Pandemia de Covid-19 demonstrou a existência quanto os abismos sociais existentes na sociedade brasileira, principalmente para os povos indígenas que já possuem um histórico de vulnerabilidade sanitária e socioeconômica. Para estas populações a transmissão do vírus apresentou-se de forma acentuada tanto para os que residem na zona urbana quanto para os da zona rural (PONTES *et al.*, 2021a). Assim, diante da crise sanitária instalada, levando em consideração o cenário de iniquidades e desigualdades de acesso aos serviços de saúde, já vivenciados pelos indígenas antes da conjuntura pandêmica, e com o agravamento em meio a uma crise política, econômica e social, buscou-se compreender os aspectos identitários indígenas com relação ao acesso aos serviços de saúde de um centro urbano do Norte do Brasil, no Estado do Amazonas, na capital Manaus, no período da Pandemia de Covid-19.

Assim, o objetivo deste capítulo visa apresentar referencial teórico e bibliográfico sobre acesso aos serviços de saúde de populações indígenas urbanas nesse contexto e período pandêmico. Essa pesquisa se faz pertinente, visto que há escassez de estudos dentro do campo da saúde indígena sobre o acesso ao cuidado em saúde para os indígenas em contexto urbano. Buscamos assim, contribuir com reflexões e informações para o fortalecimento da rede de atenção à saúde dos indígenas no contexto urbano de Manaus, bem como a subsidiar discussões e reflexões a nível nacional no que se refere a atualização da PNASPI, levando em consideração o debate em torno

da atenção diferenciada, com vista a repensar a organização e estrutura das ações e serviços de saúde dos povos originários.

Essa pesquisa faz parte do Projeto Manaós<sup>1</sup>, realizada pelo Laboratório de História e Políticas de Saúde da Amazônia – LAHPSA da Fiocruz/Amazônia, em parceria com a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira- COIAB e a Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno – COPIME. A inspiração para o título deste trabalho teve origem em uma dessas reuniões realizada em 2021 com esses parceiros, em que a presidente da COPIME, Marcivana Sateré-Mawé destacou em uma de suas falas **“Ninguém deixa de ser indígena porque mora na cidade”**, evidenciando a emergência de pesquisas sobre a população indígena em contexto urbano.

Trata-se, assim, de um estudo de revisão, baseado na análise da literatura já publicada em forma de livros, artigos e literatura cinzenta (MANCINI, SAMPAIO, 2006). Neste sentido, o presente capítulo está dividido em quatro subseções que tratará referenciais sobre saúde indígena, identidade étnica e territorialidades, características da organização sociocultural dos indígenas em contexto urbano, a categoria acesso aos serviços de saúde e os povos indígenas e, por fim, o contexto da pandemia em populações indígenas em Manaus.

## SAÚDE INDÍGENA, IDENTIDADE ÉTNICA E TERRITORIALIDADES

O campo da saúde indígena no Brasil, através do SASI-SUS organiza e descentraliza suas ações com o Distrito Sanitário de Saúde Indígena - DSEI, que segundo diretriz da PNASPI são as unidades que gerem a APS nos territórios indígenas. No território brasileiro existem 34 DSEI's, que se dividem por critérios territoriais, demográficos, etnoculturais e dinâmicos, os DSEI's se estabelecem nas áreas que correspondem às Terras Indígenas - TI (BRASIL, 2002).

O DSEI possui uma rede de serviços de saúde nas TI, que se articulam com a rede de média e alta complexidade dos municípios e estados, que são responsáveis por garantir a assistência de referência e contrarreferência através do SUS (BRASIL, 2002). Assim cada DSEI apresenta uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena – EMSI composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, agentes indígenas de saúde – AIS, que atuam em um primeiro nível de atenção, e estão concentrados nos Polos Bases de Saúde, geralmente localizado nas aldeias, fora das TI, a Casa do Índio – CASAI é responsável

**1** - O presente texto é produto do Projeto Manaós e também é parte de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Situações de Saúde e Condições de Vida na Amazônia (PPGVIDA). A primeira autora é bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

por integrar e articular o subsistema com a rede do SUS (BRASIL, 2002; GARNELO, 2012; PONTES *et al.*, 2015).

A categoria território é um elemento importante no que diz respeito à organização e planejamento dos serviços de saúde pública no Brasil. No território brasileiro, que desde a criação do SUS (pela lei 8080/90), tem um modelo de atenção à saúde voltada para a APS, o território é uma diretriz que auxilia na orientação e oferta das ações e serviços de saúde. A discussão em torno do conceito de território não é de uso somente da geografia, diversas áreas vêm discutindo e desenvolvendo o conceito, como a antropologia, a sociologia, a ciência política, ecologia entre outras, assim colaborando para discussão e desenvolvimento do conceito (MONKEY *et al.*, 2010).

Segundo IBGE (2010) a população indígena registrada no Brasil corresponde a 896,9 mil indígenas, que equivale a 0,4% da população nacional, em uma diversidade de 305 etnias, e 274 línguas faladas. Desse total, 36,2% estão em áreas urbanas, e 63,8% em áreas rurais. O último censo aponta ainda que as Terras Indígenas correspondem a 12,5% do território nacional, sendo que a Terra Indígena com maior comunidade indígena é a Yanomami, que está localizada nos Estados de Amazonas e Roraima. Além disso, o Amazonas é o estado que apresenta maior número de indígenas autodeclarados, com registro de 168,680 pessoas. A quantidade expressiva para o contexto em que nos situamos, reforça a importância e a centralidade da discussão referente à dinâmica territorial desses grupos étnicos. O DSEI Manaus abrange uma área de 303.092,01Km<sup>2</sup>, tem população indígena de 31.911, distribuídos em 252 aldeias, com 49 etnias, estruturadas em 18 Unidades Básicas de Saúde Indígena- UBSI, 17 Polos Bases, 1 Casa de Saúde Indígena-CASAI (BRASIL, s/d).

Para o contexto dessa pesquisa, temos como cenário a Comunidade Parque das Tribos, localizada na zona oeste da capital amazonense, Manaus, local que não é território homologado, ou seja, não é reconhecida como Terra Indígena. A comunidade Parque das Tribos é considerada a maior comunidade indígena multiétnica urbana do Estado do Amazonas, com população de mais de 2500 indígenas de 35 etnias diferentes (PONTE *et al.*, 2021b). Sendo assim, se faz necessário compreender como a dimensão espacial é vista na percepção dos povos originários, bem como pelo Estado, quanto à questão de territorialidade, a fim de compreender como o território influencia ou, por vezes, torna-se barreiras no planejamento e acesso às ações e serviços de saúde e na criação de políticas públicas de saúde, que de fato, sejam resolutivas e equânimes.

Para compreender a significância e a relação que os povos originários estabelecem com a terra, apresentamos alguns autores que discorrem sobre a

temática e a concepção de terra e território pelo olhar dos povos originários, a fim de compreendermos que esses termos geográficos têm assimilações diferentes para esse segmento da população.

A Constituição de 1988 através do artigo 231 garantiu para os povos indígenas direitos territoriais, o artigo 1º traz uma definição do que o Estado considera terras indígenas *“São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições”* (BRASIL, 1998). Uma conquista significativa para as sociedades indígenas quanto ao que tange a regulamentação fundiária e demarcação de terras indígenas, embora os direitos territoriais ainda seja uma das principais demandas dos movimentos indígenas, visto que ainda existe terras que precisam ser demarcadas, é necessário fortalecer a assertiva que a identidade indígena extrapola as questões territoriais (GUIRAU, SILVA, 2013).

Diante da discussão sobre identidade étnica, vale ressaltar que é garantido aos povos originários o direito a autoidentificação, através da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que foi promulgado no Brasil através do decreto 5.051/2002, assim como o Estatuto do Índio através da Lei 6.001 de 19 de dezembro de 1979 (GUIRAU, SILVA, 2013).

O conceito do processo de territorialização, apresentado pela Antropologia nos auxilia no entendimento de como ao decorrer dos anos, os grupos étnicos se organizam, resignificam e atribuem significados as suas práticas tradicionais, como produto surgem as diferentes formas de representação coletivas, de caráter político-administrativo como associações, organizações tanto em suas aldeias, comunidades em TI, quanto nos espaços urbanos (CARDENES, MONTARDO, 2020).

Seager e Viveiros de Castro (1979) em uma das contribuições pioneiras sobre a questão das terras indígenas no Brasil, já apontavam a necessidade de diferenciar o duplo sentido de terra, como meio de produção e como território político, pois para os povos originários o sentido abrange dimensões mais amplas que varia de acordo com as suas cosmovisões.

É preciso sublinhar a diferença entre um conceito de terra como meio de produção, lugar do trabalho agrícola ou solo onde se distribuem recursos animais e de coleta, e o conceito de território tribal, de dimensões sócio-político-cosmológicas mais amplas. Vários grupos indígenas dependem, na construção de sua

identidade tribal distintiva, de uma relação mitológica com um território, sítio da criação do mundo, memória tribal, mapa do cosmos - como é o caso dos grupos do Alto Xingu do Alto Rio Negro (SEEGER, VIVEIROS DE CASTRO, 1979, p. 104).

Além disso, os autores afirmam que o contato e a dominação das sociedades indígenas pela sociedade ocidental homogeneizaram e construíram uma visão generalista de “índio” coletivo e genérico, abominando as diferentes concepções das diversas sociedades indígenas sobre os termos. Os autores complementam que as formas de percepção dos povos indígenas sobre os territórios indígenas dependem de como os diferentes povos se estruturam socialmente, a pluralidade das formas de subsistência de cada sociedade e como se apropriam dos recursos naturais.

Gallois (2004) complementa que apesar de estar tão uniforme a equivalência dos termos terra e território, na sociedade ocidental, se constata em investigações realizados por antropólogos a ausência da relação semântica e a dificuldade de estabelecer conexões entre as noções ocidentais e as percepções das sociedades indígenas. A autora cita a territorialidade como uma abordagem que auxilia a compreender os elementos culturais presentes nas diferentes formas de organizações espaciais das sociedades indígenas, e complementa que a *“vantagem em adentrar por estas lógicas da territorialidade é que se poderá falar de territórios indígenas fora dos quadros da etnicidade, do Estado-nação e da posse da terra”* (GALLOIS, 2004, p. 41).

Ademais, Gallois (2004) acrescenta que terra e território indígena não são termos equivalentes, pois para a autora:

...a diferença entre “terra” e “território” remete a distintas perspectivas e atores envolvidos no processo de reconhecimento e demarcação de uma Terra Indígena. A noção de “Terra Indígena” diz respeito ao processo político-jurídico conduzido sob a égide do Estado, enquanto a de “território” remete à construção e à vivência, culturalmente variável, da relação entre uma sociedade específica e sua base territorial (GALLOIS, 2004, p. 39).

Oliveira (2004) em seu estudo sobre os povos indígenas no Nordeste, ao discutir etnicidade aborda sobre territorialização, conceituando-a:

A noção de territorialização é definida como um processo de reorganização social que implica: 1) a criação de uma nova unidade sociocultural mediante o estabelecimento de uma identidade étnica diferenciadora; 2) a constituição de mecanismos políticos



especializados; 3) a redefinição do controle social sobre os recursos ambientais; e 4) a reelaboração da cultura e da relação com o passado (OLIVEIRA, 2004, p. 22).

Binda (2013) ao refletir sobre a temática diz que o Estado brasileiro ao definir e estabelecer limites territoriais com a demarcação das terras indígenas infere o significado de território para terra, além disso, tais limites também estabelecem parâmetros identitários étnicos. Nesse sentido, terra assume a percepção materialista que pode ser convertida em posse/propriedade, mercadoria, reduzindo as formas de relações de apropriação que os povos indígenas exprimem em seus territórios a somente atividades de subsistência e suas relações de produção.

Bentônico (2018) através de um levantamento bibliográfico discute o sentido de território indígena utilizando de uma abordagem geográfica, a autora citou em sua pesquisa que antes da chegada do Estado, os indígenas se movimentavam pelos espaços sem se preocupar com limites definidos e impostos pela presença do Estado. Apesar dos direitos territoriais garantidos pela Constituição ser considerado um avanço, com a demarcação das terras indígenas, os indígenas precisam superar as limitações territoriais e criar autonomia nos espaços que se estabelecem.

Kolling e Silvestri (2019) ao analisar o conceito de terra e território para os povos indígenas afirmam que os termos apresentam um sentido cultural, social e espiritual que extrapola o significado empregado na Constituição e pelos órgãos oficiais do Estado. Os autores também refletem a temática partindo do território como enraizamento cultural:

Falar em território significa dizer que ele é o espaço da sobrevivência e da reprodução de um povo, onde se realiza a cultura, onde se criou o mundo, onde descansam os antepassados. Além de ser um local onde os índios se apropriam dos recursos naturais e garantem sua subsistência física, é, sobretudo, um espaço simbólico em que as pessoas travam relações entre si e com seus deuses. Há que se ressaltar, ainda, que a apropriação de recursos naturais não se resume em produzir alimentos, mas consiste em extrair matéria-prima para a construção das casas, para enfeites, para a fabricação de artefatos de uso cotidiano, tais como arcos, flechas, canoas e outros e, ainda, a coleta de ervas medicinais (KOLLING, SILVESTRI, 2019, p. 213).

Gallois (2004) diz que não há uniformidade dos termos terra e território indígena, pois os povos indígenas têm diferentes formas de ocupação e organiza-

ção territorial. Complementa que “é nesse sentido que o território de um grupo pode ser pensado como um substrato de sua cultura” (GALLOIS, 2004, p. 41).

Kolling e Silvestri (2019) salientam, ainda, que para os povos indígenas o território tem sentido coletivo, de pertencer a todo o grupo, e não a percepção de propriedade privada concebida pela sociedade ocidental. Para mais, os autores concluem que é preciso que o Estado reconheça e considere as territorialidades indígenas existentes.

Segundo Faria (2003) em estudo sobre a geografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro/AM, o território tem importância tanto no aspecto cultural dos povos indígenas quanto para a sobrevivência física. Para os povos originários que habitam na região o termo território é inexistente na língua, tal termo só foi incorporado no vocábulo indígena após o contato com os colonizadores.

## **CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO SOCIOCULTURAL DOS INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO EM MANAUS**

Coimbra Jr e Santos (2000) afirmam que no Brasil, estudos sobre o processo migratório dos povos indígenas para as cidades, ainda é incipiente. Além disso, os autores apontam que dentre os fatores que colaboram para a ocorrência desse fenômeno, estão os conflitos territoriais, a procura por melhores condições para acesso à educação e saúde.

A capital do Amazonas é a cidade que mais recebe os migrantes do interior do estado, incluindo indígenas e não indígenas (TEIXEIRA *et al.*, 2009). Há diversas etnias na cidade, sendo que as que registram maior população são provenientes do Alto Rio Negro, como os Tucanos. Além disso, os Ticunas e Saterê-Mawé também apresentam alta proporção na cidade (MAINBOURG *et al.*, 2002).

Os estudos pioneiros sobre a urbanização e processo migratórios dos povos indígenas na cidade de Manaus existentes, como (ROMANO, 1982; FIGÓLI, 1985) citados em diversos estudos como os de (COIMBRA JR, SANTOS, 2000; MAINBOURG *et al.*, 2002; TEIXEIRA *et al.*, 2009; CARDENES, MONTARDO, 2020; SANTOS, 2020a) evidenciam o cenário de diversidade étnica na/da cidade. Nesse sentido, compreender e reconhecer o sentido de territorialidade para as comunidades indígenas é fundamental para entender como ocorre o processo de organização sociocultural dessas populações quando migram para os centros urbanos.

Além disso, os conceitos de cunho antropológico ajudam a compreender o estado do Amazonas como o lugar de ocorrência de diversos processos de territorialização e formação de territórios étnicos (CARDENES; MONTARDO, 2020). O conceito estabelecido de terras indígenas pelo Estado impõe um padrão de identidade a esses povos que influencia no não reconhecimento e estigmatização da identidade indígena fora das terras homologadas conforme nos diz Pereira (2016) *“a questão indígena, na perspectiva do Estado, passa pela destruição de seu modo de vida e sua integração subalterna à sociedade brasileira, à incorporação de seus territórios ao mercado de terras e ao desenvolvimento econômico conduzido pelo capital, sob o abrigo da ação estatal”* (PEREIRA, 2016, p. 7), tais pontos dificultam o reconhecimento de uma identidade coletiva indígena nos espaços urbanos.

Silva (1999) corrobora ainda que:

A questão indígena, no meio acadêmico, ou não sempre é tratada ou discutida a partir da espacialidade, da aldeia, das reservas, das terras indígenas, que servem como referência para caracterizar o lugar dos índios. Tanto assim, que as discussões em torno da saúde, educação, autodeterminação, autonomia econômica, ações assistenciais, políticas indigenistas e indígenas, são direcionadas para essa espacialidade (SILVA, 1999, p. 116).

Almeida (2004) afirma que apesar das rupturas e conquistas em relação ao reconhecimento da diversidade étnica e cultural pelo Estado aos grupos étnicos, como os povos indígenas e quilombolas, ainda existe dificuldades de implementação de políticas e ações governamentais que influenciem uma consciência étnica, isso se deve especialmente a base colonial e escravista da sociedade brasileira.

Almeida e Santos (2008) em estudo sobre o processo de reconfiguração étnica em cidades da Amazônia, apontam que os indígenas que residem nos espaços urbanos estão mais vulneráveis aos efeitos da urbanização e industrialização, refletidos nas condições de moradia, geralmente localizados nas periferias da cidade, com condições precárias de saneamento e infraestrutura urbana, com desigualdades no acesso aos serviços básicos essenciais.

Silva (1999), em estudo realizado sobre os aspectos da identidade étnica dos povos indígenas em Manaus, atenta que a presença indígena é uma realidade na cidade, apesar da lacuna existente na historiografia sobre quem habitava o espaço antes da construção da cidade de Manaus, as características físico-culturais dos primeiros ocupantes do Forte de São José da Barra (que posteriormente deu origem a cidade de Manaus) eram, sobretudo, de

populações indígenas. Além disso, o autor afirma que as zonas periféricas se tornam espaços privilegiados de circulação das famílias indígenas, oriundas de diversas etnias, que escolhem locais como igrejas, bares, bordéis, associações políticas, festividades comemorativas, discotecas para serem espaços de reforço das suas relações sociais, o autor evidencia que esses locais se espalham por vários pontos da cidade.

Pereira (2016), em estudo sobre análise das múltiplas etnias que moram na cidade de Manaus, aponta que os indígenas veem para a cidade com a expectativa de melhorar as condições de vida, ter acesso a serviços de saúde e educação, oportunidades de obter empregos. No entanto, deparam com condições contrárias, situações precárias de saneamento e infraestrutura em bairros periféricos da cidade, carência e desigualdades no acesso a serviços de saúde e educação. Além disso, no espaço urbano sofrem com a estigmatização da sua identidade, com rotulações advindas de instituições governamentais, empresas, mídias que empregam termos como *“falsos índios”*, *“índios misturados”*, *“descendentes de índios”* para referir a sua identidade.

Apesar das péssimas condições de vida, os indígenas ressignificam sua presença na cidade, através de mecanismos sociais, dando novos usos aos espaços apropriados. Isso acontece, por exemplo, denominando ruas com nomes indígenas, praticando danças e rituais, produzindo artesanato, pinturas no corpo, praticando a língua de origem, mantendo os hábitos alimentares e práticas agrícolas (PEREIRA, 2016).

Silva (1999) caracteriza como *“território cultural”* as redes de relações sociais dos indígenas residentes no espaço urbano da cidade, que tem como base da sua organização social, as famílias nucleares, espalhadas em diversas localidades de Manaus, que se formam a partir dos vínculos étnicos e políticos. Assim, fazem dos espaços sociais que ocupam *“células culturais”* que são espaços de reafirmação de suas identidades.

Almeida e Santos (2008) qualificam de territorialidades específicas, o resultado dos processos de territorialização dos grupos étnicos nos espaços urbanos, geralmente essas relações se estabelecem pautadas na solidariedade, ajuda recíproca e formação de agentes coletivos que se mobilizam a partir de causas de reconhecimento e o direito ao território. Rodrigues (2008) complementa ao reiterar que mesmo longe das aldeias, na cidade, as comunidades indígenas podem assegurar seus aspectos culturais e identitários conforme se organizam no espaço urbano. Além disso, a autora salienta que a organização de associações indígenas é um mecanismo que extrapola o fortalecimento político dos indígenas, como também reforça o caráter identitários.

## O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS POPULAÇÕES INDÍGENAS

A categoria acesso apresenta uma complexidade em sua conceituação, que varia entre autores, ao longo do tempo e do contexto empregado, na literatura há autores que utilizam acesso e acessibilidade como sinônimos e outros que as diferenciam terminologicamente, a imprecisão do conceito parte principalmente da não distinção entre a oferta e o uso dos serviços (TRAVASSOS, MARTINS, 2004; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014). A discussão sobre acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise a nível internacional, quanto no contexto brasileiro. Por ser uma categoria que envolve uma pluralidade de abordagens, divergências teóricas e diversos aspectos envolvidos de caráter políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos apresenta característica multifacetada e multidimensional (ASSIS, JESUS, 2012). Neste trabalho apresentamos alguns teóricos que discutem sobre a temática.

Para a realidade brasileira, embora a Constituição de 1988 tenha assegurado a saúde como um direito humano universal, e garantido o acesso equânime aos serviços de saúde através da criação do SUS, a consolidação de tais direitos vai de encontro a realidade desigual e excludente do acesso aos serviços de saúde do SUS (ASSIS, JESUS, 2012), principalmente para alguns grupos sociais, como os povos indígenas. Unglert (1990) afirma que o acesso à saúde está para além da assistência à saúde, envolve fatores socioeconômicos e culturais que se relacionam com aspectos estruturais políticos de cada país.

No cenário internacional, Donabedian (1973) trouxe a discussão da categoria acesso como sinônimo de acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, o autor conceituou acessibilidade como a capacidade que um sistema de saúde apresenta em responder as necessidades de saúde de uma população, o autor as classifica em acessibilidade sócio-organizacional, que diz respeito aos aspectos relacionados às ofertas de serviço, e acessibilidade geográfica relacionada aos aspectos de distância, locomoção, tempo, custo da viagem entre outros. Para o autor, as duas dimensões de acessibilidade estão correlacionadas (TRAVASSOS, MARTINS, 2004; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Frenk (1992) definiu seu conceito de acessibilidade baseado na proposta de Donabedian. O autor conceitua acessibilidade em sua abordagem como a relação entre os obstáculos (resistência) colocados pelos serviços de saúde e as capacidades da população (poder de utilização) em superar tais obstáculos. Os obstáculos podem ser classificados como: organizacional (tempo de espera, fila, tipo de acolhimento), geográfico (relativos à distância, transportes) e econômico. O poder de utilização faz referência aos aspectos: social, cultural e econômico da população.



Andersen (1995) ao discutir sobre o conteúdo fez escolha pela terminologia acesso. O autor propõe acesso como um elemento que se refere às entradas nos serviços do sistema de atenção à saúde e à continuidade na atenção, relacionado aos cuidados posteriores. Em seu modelo, o autor conceitua fatores individuais que influenciam no acesso aos serviços de saúde, a qual denomina de: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Os fatores predisponentes dizem respeito aos aspectos existentes anteriores ao surgimento do problema de saúde, que influenciam na predisposição das pessoas a utilizar os serviços de saúde, como: gênero, idade, escolaridade, raça, hábitos, entre outros que se incluem nas variáveis sociodemográficas. Os fatores capacitantes são os meios disponíveis para obter cuidados de saúde, incluem as instalações físicas, equipamentos, profissionais da saúde, meio de locomoção e tempo. As necessidades de saúde dizem respeito a autopercepção dos sujeitos sobre as suas condições de saúde, bem como os diagnósticos dos profissionais de saúde (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Starfield (2002) aponta que existe diferenças entre os termos acesso e acessibilidade, porém são complementares. Para a autora acessibilidade refere-se a característica da oferta dos serviços, enquanto acesso é a forma como os usuários dos serviços de saúde percebem a acessibilidade. Além disso, o acesso é classificado pela autora como um dos atributos essenciais no modelo de atenção à saúde da Atenção Primária à Saúde - APS.

Unglert (1990) em sua abordagem sobre acesso aos serviços de saúde no Brasil, apresenta aspectos que auxiliam na garantia da acessibilidade. Quanto ao aspecto geográfico, a autora ressalta o planejamento adequado para a localização dos serviços de saúde; na dimensão econômica, diz sobre a retirada de barreiras que derivam do sistema de pagamento e contribuição dos usuários; no aspecto cultural, adequação de normas e técnicas dos serviços condizentes aos hábitos e costumes das pessoas atendidos em um determinado território; na dimensão funcional, se refere a serviços ofertados que sejam oportunos e adequados as necessidades das pessoas.

Giovanna e Fleury (1995) apresentam um modelo teórico de acesso e acessibilidade com base em quatro dimensões explicativas: política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão econômica, diz respeito a relação entre oferta e demanda, os investimentos de ordem pública com vista a superar as barreiras sociais, culturais, geográficas, físicas; a dimensão política envolve o comprometimento entre o Estado e a participação social; a dimensão técnica abrange as demandas da assistência, como acolhimento, porta de entrada, vínculo, organização dos fluxos; na dimensão simbólica temos as questões

relacionadas as crenças, valores, cultura, subjetividades acerca da atenção à saúde e do sistema.

Além disso, Giovanna e Fleury (1995) referem-se também em sua abordagem, às dimensões específicas do acesso, sendo elas: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. A disponibilidade é a relação entre a quantidade e tipo de serviços e a quantidade de usuários e suas necessidades. A acessibilidade é a relação entre a localização e oferta dos serviços de saúde e dos usuários, as distâncias entre eles, deslocamentos e custos. A adequação funcional se refere as estratégias de organização dos serviços e a capacidade/habilidade dos usuários em se adequarem ao que lhe é disponibilizado. A capacidade financeira diz respeito a relação entre custo e oferta dos serviços. E por fim, aceitabilidade é a relação entre a atitude dos usuários quanto ao reconhecimento ou não dos serviços de saúde ofertados.

A diversidade de abordagens sobre a categoria acesso em serviços de saúde, expõe a importância dessa categoria na formulação, implementação e organização de mudanças nas políticas do SUS (ASSIS, JESUS, 2012). Barbiani *et al.* (2014) em estudo sobre o acesso aos serviços de saúde na gestão do SUS, evidenciou que dentre os modelos teóricos que auxiliam na análise do acesso, a proposta de Giovana e Fleury (2005) é a mais ampla, pois consegue fazer uma abordagem das multiplicidades de dimensões que envolvem o acesso enquanto construção social, nesse sentido acesso é determinado pelo contexto sociocultural que determina as necessidades em saúde.

Gomes e Esperidião (2017) apontam que existem diversas barreiras que dificultam o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, as principais são de ordem: organizacionais, geográficas e culturais, além do mais existem poucos estudos que discorre sobre o acesso dessas populações aos serviços de saúde. Embora alguns dos estudos existentes (COIMBRA JR, SANTOS, 2000; RAUPP *et al.*, 2017; GARNELO *et al.*, 2019) evidenciem as desigualdades étnico-raciais que os povos indígenas enfrentam tanto no acesso aos serviços de saúde, quanto na maior vulnerabilidade aos agravos à saúde. Em Manaus, o estudo de Mainbourg *et al.* (2008) expôs as discrepâncias entre a população indígena e não indígena em relação ao acesso aos serviços do SUS. O estudo evidenciou que a população indígena tem capacidade de acesso reduzida em relação aos usuários não indígenas.

Esta pesquisa busca apresentar alguns dos conceitos teóricos da categoria acesso, a priori buscamos compreender o acesso à saúde dos povos indígenas partindo do pressuposto e modelo de Giovana e Fleury, da saúde enquanto construção social, dessa forma englobando aspectos políticos, econômicos, sociais. Bem como, a dimensão simbólica de crenças, cultura,

valores, subjetividade apresentada pelos povos originários e que influencia em suas necessidades em saúde, nas suas práticas de cuidado em saúde, assim como na procura por oferta/uso dos serviços de saúde do SUS, e na efetivação da saúde enquanto direito humano fundamental refletido na luta dos movimentos indígenas e indigenistas em prol de um modelo de atenção à saúde, que de fato seja equânime, resolutivo e culturalmente diferenciado.

## A PANDEMIA DE COVID-19 E OS POVOS INDÍGENAS EM MANAUS

Epidemias de doenças infecciosas e parasitárias têm sido trágicas recorrências ao longo dos cinco séculos da história da relação entre os colonizadores e os povos indígenas no que é atualmente o território brasileiro. E não são eventos de um passado distante. Persistem na memória individual e coletiva de muitos povos que, não muitas décadas atrás, sofreram os efeitos de doenças associadas ao contato (SANTOS *et al.*, 2020b; p. 01)

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde – OMS declarava oficialmente a Pandemia de Covid-19 no mundo. No Brasil, o primeiro caso confirmado da doença foi anunciado em 26 de fevereiro de 2020 (OPAS, 2020; UNA-SUS, 2020). A COVID-19 refere-se à doença causada pelo novo coronavírus (SARVS-CoV-2), identificada primeiramente na cidade de Wuhan, China, que devido à alta transmissibilidade do vírus e altas taxas de letalidade foi caracterizado como uma crise humanitária (SANTOS *et al.*, 2020c).

O avanço exponencial da Pandemia de Covid-19 no Brasil tornou evidentes as desigualdades sociais que existem entre os segmentos da população. Para os grupos sociais que já apresentavam vulnerabilidades socioeconômica e sanitária, a situação se apresentou de forma preocupante, como é o caso dos povos indígenas no Brasil (PONTES *et al.*, 2021a).

Segundo a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB, o primeiro caso confirmado e registrado de Covid-19 entre os povos indígenas ocorreu no município de Santo Antônio do Içá, no Estado do Amazonas. O fato ocorreu com uma jovem indígena da etnia Kokama, agente de saúde indígena – AIS, que foi contaminada através do médico de São Paulo, que estava infectado com o vírus, e fazia parte da EMSI. No entanto, o comunicado oficial da SESAI sobre a contaminação ocorreu somente em abril de 2020, tal fato retrata as fragilidades das medidas sanitárias adotadas nos territórios indígenas pelo Subsistema, e as negligência do Estado em relação aos povos indígenas (APIB, 2020b).

Em 21 de Março de 2020, passado poucas semanas de anúncio do primeiro caso da doença no Brasil, o grupo temático de saúde indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva- ABRASCO emitiu nota alertando sobre medidas a serem tomadas pelo Estado para conter a disseminação do vírus e minimizar seus impactos entre os povos indígenas. Entre os pontos referentes à vulnerabilidade dos povos indígenas, a entidade ressaltou:

Trata-se de um novo vírus que aflige a maior parte da população do planeta. Todos nós, indígenas e não indígenas, somos suscetíveis à doença. Neste caso, não é o fator biológico que amplia a vulnerabilidade dos indígenas e sim a iniquidade previamente instalada em suas condições de vida e situações de saúde, que tende a afetá-los de modo mais negativo (ABRASCO, s/p. 2020).

Em relatório técnico produzido no primeiro semestre de 2020, pelo Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância Epidemiológica da FIOCRUZ, realizado com o objetivo de analisar o potencial de exposição da população indígena à Covid-19, evidenciou-se que tanto as populações indígenas que estavam em terras indígenas (áreas rurais) quanto os que residiam nos espaços urbanos apresentavam situação de alto risco para transmissão do vírus (FIOCRUZ, 2020).

A pandemia mostrou as fragilidades do Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS), fragilidades na implementação de medidas governamentais relacionada às medidas de disseminação da Covid-19 entre os povos indígenas, cabendo destacar a baixa testagem, critérios desatualizados para suspeita e confirmação da doença, provisão insuficiente de insumos e equipamentos de proteção individual-EPI, qualificação técnica precária para o enfrentamento da pandemia. Situações que adicionados ao cenário de distâncias complexas das terras indígenas e estruturas precárias dos serviços de saúde afetou a capacidade assistencial do subsistema (PONTES *et al.*, 2020a).

Importante salientar que as comunidades e organizações indígenas se mobilizaram desde as primeiras notícias de disseminação do vírus. Atuando com estratégias de autoproteção, como a adoção de isolamento voluntário e barreiras sanitárias nas aldeias, produção de materiais educativos, criação de campanhas para combater a insegurança alimentar nos territórios indígenas. Além disso, utilizaram medidas no âmbito judiciário para assegurar o direito à saúde dos povos originários, como a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 709 que teve como ganho a inclusão dos indígenas que residem nos territórios demarcados, não demarcados e no contexto urbano a prioridade na campanha de imunização contra a Covid-19 (APIB, 2020b; PONTES *et al.*, 2021a).

Além disso, o Estado apresentou omissões no monitoramento de dados relacionado a contaminações e óbitos da doença entre os povos indígenas, reflexos da política de governo. Assim, os dados monitorados pela Secretaria de Saúde Indígena- SESAI apresentavam incongruências, pois os boletins emitidos pela SESAI excluía as populações indígenas em contexto urbano, e em terras indígenas não demarcadas. Como forma de conter as omissões, as organizações indigenistas, movimentos indígenas, redes de apoio as comunidades indígenas iniciaram um monitoramento independente (APIB, 2020a). Como estratégia, a APIB criou o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, com o objetivo de reunir e sistematizar os dados e informações sobre os impactos da pandemia entre os povos originários, tal iniciativa ocorreu devido os número oficiais da SESAI não representar a totalidade dos casos de óbitos e de contaminação entre os povos indígenas (APIB, 2020b).

Dentro do cenário nacional, Manaus (capital do Amazonas) se tornou o epicentro de mortes da doença na Amazônia, tornando-se um dos estados da região Norte com maiores coeficientes de incidência de COVID-19 por 1.000.000 de habitantes (MENDONÇA *et al.*, 2020; ORELLANA *et al.*, 2020). Tal fato nos auxilia a entender a situação pandêmica dos povos indígenas que moram na cidade de Manaus, pois cabe destacar que segundo a Articulação dos Povos Indígenas – APIB (2020a), além do Amazonas apresentar o primeiro caso confirmado da doença entre as populações indígenas, também ocupa a primeira posição em relação ao número de óbitos.

O rápido aumento no número de casos no primeiro semestre de 2020 fez com que a rede pública de saúde de Manaus apresentasse esgotamento. A realidade já existente de desigualdades amplas de acesso à saúde principalmente devido às singularidades geográficas, às áreas de difícil acesso, entre elas as terras indígenas, foram fatores que auxiliaram a população ficar susceptíveis a disseminação do vírus (ORELLANA *et al.*, 2020).

Em meio ao colapso do sistema público de saúde na cidade de Manaus, a população indígena que mora na zona urbana da cidade e entorno sofreu grande impacto, assim diversas foram as formas de resistência e as estratégias adotadas pelas comunidades indígenas presentes na cidade de Manaus para combater os agravos das vulnerabilidades expostas pela crise sanitária (CARDENES, MONTARDO, 2020; SANTOS, 2020).

Cardenes e Montardo (2020) em levantamento realizado sobre as estratégias desenvolvidas pelas associações indígenas na cidade de Manaus, no início da pandemia da COVID-19, apontam que as associações e lideranças indígenas da cidade realizaram mobilizações fundamentais como forma de denúncia e enfrentamento às situações de desemprego, insegurança alimen-



tar e de ausência de atendimento à saúde por parte da SESAI e Secretária Municipal de Saúde – SEMSA. Dentre essas mobilizações, cabe destacar o protagonismo das mulheres indígenas frente às lutas por direitos na cidade no contexto pandêmico (SANTOS, 2020a).

Melo *et al.* (2020) em pesquisa bibliográfica e documental sobre o enfrentamento da Pandemia de Covid-19 pelos indígenas em contexto urbano da cidade de Manaus, apresentou que no âmbito de ações e serviços de saúde no nível municipal, a SEMSA lançou em abril de 2020 um Plano de Enfrentamento Municipal para Infecção Humana pelo Novo Corona Vírus (COVID-19) em Povos Indígenas das Áreas Urbanas e Rurais de Manaus. O plano era destinado aos indígenas em contexto urbano e áreas rurais que apresentassem ou não sintomas do vírus, atuando com medidas e ações de promoção, controle de infecção, medidas de diagnóstico, entre outras.

O Plano da prefeitura destinado aos povos indígenas, assim como as notícias publicadas pela prefeitura sobre as ações da SEMSA, incluíam as populações indígenas como parte das ações destinados as populações vulneráveis. Assim, a falta de uma política regulamentada específica para os indígenas em contexto urbano, colocam as comunidades indígenas sob a atuação de uma política de governo, dependendo de ações políticas de cada gestão municipal, e não de uma política de Estado (MELO *et al.*, 2020).

Melo *et al.* (2020) afirma que a vulnerabilidade exposta pela pandemia de Covid-19, aos indígenas em contexto urbano de Manaus, comprova a situação de vulnerabilidade e insegurança jurídica que eles vivenciam, evidenciando a discussão em torno do “*limbo jurídico*”.

Pontes *et al.*, (2021b) realizou um dos poucos estudos existentes sobre a situação epidemiológica dos povos indígena no contexto pandêmico em área urbana, trata-se do inquérito realizado em 2020, na maior comunidade indígena multiétnica urbana do Estado do Amazonas, a Comunidade Parque das Tribos. A pesquisa foi realizada com 280 indivíduos de ambos os sexos, com idade de 1 a 83 anos, e de diferentes etnias. Para o estudo foram realizados coleta de material sanguíneo por punção venosa para análise sorológica, além da aplicação de um questionário padronizado. O questionário apresentava informações sobre variáveis sociodemográficas e de fatores de risco, e teve participação de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da saúde e antropólogos para auxiliar na aplicação e discussão dos resultados.

O estudo trouxe resultados que evidenciaram que as maiores taxas de prevalência (64,77%) apresentadas pela população da pesquisa estavam relacionadas aos indivíduos que moravam com cinco ou mais pessoas. Além

disso, os dados demonstram que os indígenas em contexto urbano estão mais susceptíveis e atingidos pela infecção por SARS-CoV-2, as condições sociais precárias, foram apontadas pelos autores como uma das principais razões para o aumento da disseminação do vírus entre esses grupos, a população do estudo apresentou baixa escolaridade e renda baixa (83% dos indivíduos ganhando até um salário mínimo), e mais de 95% dos indivíduos não tinham acesso a água potável e saneamento adequado (PONTES *et al.*, 2021b).

Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 evidenciou as desigualdades sociais e fragilidade do cuidado em saúde principalmente dos indígenas não aldeados que residem em cidades, como é o caso da cidade de Manaus, expondo as dificuldades no acesso à rede de atenção à saúde, além da invisibilidade, violências e estigma quanto a identidade étnica, que tais grupos sofrem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou aprofundar as questões trazidas pela emergência sanitária de Covid-19 em relação ao acesso a saúde dos indígenas que residem no território urbano de Manaus. O cenário exposto pela pandemia aos indígenas que residem em contexto urbano, demonstra que viver na cidade é um grande desafio para os povos originários, visto que provoca o distanciamento de seus laços e referências, limitando assim vivenciar a sua diversidade cultural. Além disso, a vida no ambiente citadino intensifica situações de vulnerabilidade, apontada pelas questões sociais que mais afetam os indígenas, como o acesso aos serviços de saúde, educação e emprego, que extrapolam os estigmas identitários, pois negam aos povos indígenas o *“direito de existir nas cidades”*.

Para se pensar em políticas de saúde para a Amazônia Indígena, que também é urbana, é necessário reconhecer os corpos e identidades fora dos territórios demarcados. É imperativo levar em consideração suas vozes nas cidades, seus corpos políticos e suas múltiplas articulações. O que nos remete ao diálogo entre instituições de pesquisas, órgãos do Estado do planejamento e gestão de saúde, profissionais de saúde, indígenas, para então construir efetivamente políticas estatais que vão ao encontro das necessidades das populações indígenas em contexto urbano.

O contexto pandêmico incita provocações de mudanças e reformulação da atual política de saúde indígena, sendo necessário repensar e reestruturar o Subsistema de Saúde Indígena, atualizar a Política Nacional de Saúde Indígena, a fim de que as políticas de saúde sejam inclusivas e abrangentes. Os fatos evidenciam que é preciso construir novos olhares sobre as neces-

sidades de saúde dos povos originários, que principalmente sejam guiados pela valorização dos saberes, práticas culturais e ancestrais. Além disso, é preciso que se reconheçam os direitos dos povos indígenas, independente dos espaços que estejam, em respeito a diversidade e equidade, a fim de compreender que ser indígena extrapola a ideia reducionista de confinamento territorial para atribuições de sua identidade e cultura, ou seja, *“Ninguém deixa de ser indígena porque mora na cidade”*.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.S.V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. In: **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe. 38, p. 182-194, 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600182&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600182&script=sci_arttext)>. Acesso em 11 fev. 2022.

ALMEIDA, A. W. B. Terras tradicionalmente ocupadas: processos de territorialização e movimentos sociais. In: **R. B Estudos urbanos e regionais**, v. 6, n. 1, p.9-32, 2004. Disponível em: <<https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/download/102/86/172>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ALMEIDA, A.W.B.; SANTOS, G.S.S. **Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. Manaus: Ed. Universidade Federal do Amazonas, p. 9-18, 2008.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health Social Behaviour**, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/2137284.pdf>>. Acesso em 11 fev. 2022.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Emergência Indígena **“Plano de Enfrentamento à Covid-19”**. 29 jun. 2020a. Disponível em:< [https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_nossalutae-pelavida\\_v7PT.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutae-pelavida_v7PT.pdf)>. Acesso em 25 fev. 2022.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). **Comitê Nacional pela vida e memória indígena**. dados covid. 2020b. Disponível em:< [http://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados\\_covid19/](http://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/)>. Acesso em 25 fev. 2022.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v-4VLzqP6s5fpR8mLgP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 15 mai. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA (ABA). **A COVID-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/4586>>. Acesso em 25 fev. 2022.

BARBIANI, R. *et al.* A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855–868, set. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J8nkz4zZsnMnD6vwJkdFKpG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 15 mai. 2022.

BETHONICO, M. B. M. Territórios e Terras Indígenas: Uma breve reflexão a partir da geografia. **Revista de Geografia.** v. 35, n.2, p. 289-307, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistageografia/article/view/229422>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BINDA, N. H. Processos e produtos territoriais: Território indígena é terra indígena? **Revista de Estudos em Relações Interétnicas | Interethnica**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 8–14, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/interethnica/article/view/12598/11010>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília/DF: Presidência da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).** 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em 15 fev. 2022.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde 4a Conferência Nacional de Saúde Indígena (4 CNSI): relatório final/.** Brasília:Funasa,2007. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1520-relatorio-final-da-4-conferencia-nacional-de-saude-indigena>>.Acesso em 15 fev. 2022.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. 5a Conferência Nacional de Saúde Indígena (5 CNSI): relatório final /**Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em:< [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/02fev\\_01\\_relatorio\\_final\\_5cnsi.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/02fev_01_relatorio_final_5cnsi.pdf)>. Acesso em 15 fev. 2022.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. 6a Conferência Nacional de Saúde**

**Indígena (6 CNSI).** 2020. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1048-6-conferencia-nacional-de-saude-indigena-6-cnsi>>. Acesso em 15 fev. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. s/d. **Distrito Sanitário Especial Indígena – Manaus.** Disponível em: <<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/dsei/>>. Acesso em 08 ago. 2022.

CARDENES, L.; MONTARDO D. L. **Sobre Cocares e Máscaras: Estratégias das lideranças indígenas em Manaus no enfrentamento à Covid-19.** TOMO. N. 38 JAN./JUN. I, p. 75-118, 2021. Disponível em:< <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/14142>> Acesso em: 11 abr. 2021.

COIMBRA J. R. C. E. A; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7084.pdf>. Acesso em 11 abr. 2021.

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde e Povos Indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.855-859,2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/sPF948SmwZbydf64HBfJgKH/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 11 abr. 2021.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press, 1973.

ELOY, L. H. **ADPF 709 no Supremo: povos indígenas e o direito de existir.** 2020. Disponível em: < <https://apiboficial.org/2020/08/01/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-eo-direito-de-existir/>>. Acesso em 15 fev. 2022.

FRENK, J. M. El concepto y la medicina de accesibilidad. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** K.L. Opas. Washington: 1992. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3315/Investigaciones%20sobre%20servicios%20de%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 mai. 2022.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Risco de Espalhamento da Covid-19 em Populações Indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidades geográficas e sociodemográfica.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/PROCC; FGV. 2020. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40980#:~:text=FUNDA%C3%87%C3%83O%20OSWALDO%20CRUZ.,%-2FPROCC%3B%20FGV%2C%202020>>. Acesso em 25 fev. 2022.

GALLOIS, D. T., "Terras ocupadas? Territórios? Territorialidades?". In: Ricardo, F. (Org.). **Terras indígena e unidades de conservação da natureza: o desafio das sobreposições**. São Paulo, Instituto Socioambiental, p. 37–41, 2004. Disponível em: <[https://pib.socioambiental.org/files/file/PIB\\_institucional/dgallois-1.pdf](https://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_institucional/dgallois-1.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GARNELO, L. **Políticas de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde**. GARNELO, L.; PONTES A. L. (Org). In: Saúde Indígena: Uma introdução ao tema. Brasília. p. 18-58. 2012. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saudeindigenaumaintroducaotema.pdf>> Acesso em 13 abril.

GARNELO, L. *et al.* Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. Supl. 3, p.1-13, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/ycBy7zRHXVjPNNPv-qKX3SRM/?lang=pt>>. Acesso em 15 mai. 2022.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177–198. 1995.

GOMES, S. C. E., M. A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 1-20, 2017. Disponível em: <[http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)>. Acesso em 15 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. 2012. Rio de Janeiro. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena\\_censo2010.pdf](https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf). Acesso em 25 mai. 2022.

FARIA, I. F. **Território e Territorialidades Indígenas do Alto Rio Negro**. Manaus, EDUA, 2003.

KOLLING, P.; SILVESTRI, M. Reflexões sobre território e terra indígena: aspectos culturais, sociais e jurídicos. **Para Onde**. v. 12, n. 1, p. 211-226, 2019. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/paraonde/article/view/94569>>. Acesso em 25 fev. 2022.

MAINBOURG, E. M. T *et al.* **Populações indígenas da cidade de Manaus: inserção na cidade e ligação com a cultura**. Encontro da Associação brasileira de estudos populacionais, Ouro Preto, 2002. Disponível em: <<http://>>



[www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/1233/1197](http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/1233/1197)>. Acesso em 11 abr. 2021.

MAINBOURG, E. M. T. *et al.* População indígena da cidade de Manaus: demografia e SUS. In: ALMEIDA, A.W.B.; SANTOS, G.S.S. **Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. Manaus: Ed. Universidade Federal do Amazonas, p. 177-194, 2008.

MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Brazilian Journal of Physical Therapy** [online], v. 10, n. 4, p. 361-472, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/4SXvxPY-FB3GWs4V4s3vz7kN/?lang=pt>>. Acesso em 08 jul. 2022.

MELO N., L. F. *et al.* O limbo jurídico do direito à saúde de indígenas residentes em contexto urbano e os reflexos no enfrentamento do covid-19: uma análise a partir da cidade de Manaus, Amazonas. **Direito Público**, [S. l.], v. 17, n. 94, p. 250-277, 2020. Disponível em: <<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4612>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MENDONÇA, F. D *et al.* Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica/ North region of Brazil and the COVID-19 pandemic: socioeconomic and epidemiologic analysis/ Region Norte de Brasil y la pandemia de COVID-19: análisis. **Journal Health NPEPS**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 20-37, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4535>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MONKEN, M, *et al.* O território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: BARCELLOS, C. *et al.* (org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23-41, 2008.

OLIVEIRA, J. P. Uma etnologia “dos índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. In: OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p.13-42.

OPAS. **Histórico da Pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em 25 fev. 2022.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de Covid-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00120020, p.1-8, maio 2020. Disponível em: < <http://cadernos.ensp.fiocruz>.

br/csp/artigo/1101/explosao-da-mortalidade-no-epicentro-amazonico-da-epidemia-de-covid-19>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PEREIRA, J. C. M. **Indígenas na metrópole: lutas multiétnicas e identidade coletiva na cidade de Manaus (AM)**. Palestra. Disponível em: <<https://portal.ufrj.br/wp-content/uploads/2018/06/Os-ind%C3%ADgenas-na-cidade-de-ManausVers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em 25 fev. 2022.

PONTES, A. L. *et al.* O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/cMLfkCcg8JcbcYsfqnCkm6P/?lang=pt>>. Acesso em 15 mai. 2022.

PONTES, A. L. *et al.* Os impactos da pandemia de Covid-19 entre os povos indígenas no Brasil. **Relatório Violências contra os Povos Indígenas no Brasil**, v. 1, p. 49, 2021a. Disponível em: <<https://cimi.org.br/2021/10/relatorioviolencia2020/>>. Acesso em 15 fev. 2022.

PONTES, G. S. *et al.* **Increased vulnerability to SARS-CoV-2 infection among indigenous people living in the urban area of Manaus**, 2021b. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41598-021-96843-1>>. Acesso em 20 mai. 2022.

RAUPP, L. *et al.* Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, n1, p. 1-15, 2017. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PqsyRVJzNrhdBwTr5SjJCrG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 22 fev. 2022.

RODRIGUES, J. A resposta à estigmatização produz território étnico: os indígenas em Manaus e a formação de comunidades. In: ALMEIDA, A.W.B.; SANTOS, G.S.S. **Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. Manaus: Ed. Universidade Federal do Amazonas, p. 67-78, 2008.

SANTOS, F. V. Mulheres Indígenas contra o vírus: notas antropológicas sobre políticas públicas e os impactos da Covid-19 entre os povos indígenas em contexto urbano em Manaus. **Ponto Urbe**, 27/2020a. Disponível em:< <https://journals.openedition.org/pontourbe/9477?lang=es#quotation>>. Acesso em 25 fev. 2022.

SANTOS, R. V. *et al.* Um fato social total: COVID-19 e povos indígenas no Bra-

sil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-5, 2020b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/qxqxzwVDGCwT8pTtvCRf5fx/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020c. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1260/trabalho-saude-e-vulnerabilidade-na-pandemia-de-covid-19>>. Acesso em 15 mai. 2022.

SEEGER, A.; VIVEIROS DE CASTRO, E. B. **Terras e territórios indígenas**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979. Disponível em: <<http://www.etnolinquistica.org/biblio:seeger-castro-1979-terras>>. Acesso em 15 fev. 2022.

SILVA, R. N. P. **De aldeados a urbanizados: aspectos da identidade étnica indígena na Cidade de Manaus**. Rua (UNICAMP), Campinas, SP, v. 5, n.00, p. 109-119, 1999. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/download/8640667/8211/11392>>. Acesso em 15 fev. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

TEIXEIRA, P. *et al.* **Migração do povo indígena Sateré-Mawé em dois contextos urbanos distintos na Amazônia**. CADERNO CRH, Salvador, v. 22, n. 57, p. 531-546, set./dez. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ccrh/a/JYv-GjjjpMSLdHh9bPB3JgHx/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJpbbXtQ/>>. Acesso em 15 fev. 2022.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/rsp/1990.v24n6/445-452/pt](http://www.scielosp.org/pdf/rsp/1990.v24n6/445-452/pt)>. Acesso em: 22 març. 2022.

# SAÚDE MENTAL E BEM VIVER DE JOVENS INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO

**Viviane Lima Verçosa**  
**Sonia Maria Lemos**  
**Rodrigo Tobias**  
**Júlio César Schweickardt**

## INTRODUÇÃO

A discussão que propomos passa por uma crítica à colonização dos saberes e conhecimentos tradicionais pelo pensamento ocidental e eurocêntrico. A proposta é ampliar as possibilidades de conhecimento acerca dos saberes ancestrais relacionados à saúde mental e o bem viver de jovens indígenas que vivem em contexto urbano. Tal proposta implica a necessidade de um diálogo intercultural entre os saberes tradicionais, científicos, culturais, e, sobretudo, perceber os desafios encontrados pelos jovens indígenas.

Nesse sentido, há necessidade de problematizarmos a hierarquização dos saberes, pois “reconhecer o outro é tarefa que nos exige abdicar de uma suposta superioridade que nossos ‘saberes’ válidos e valorizados nos conferem:” “[...] as diferenças que nós temos não podem levar à desigualdade, ao aniquilamento dos direitos e à diferença, que anula a possibilidade de igualdade [...]” (OLIVEIRA, SGARBI, 2002, p. 16). A possibilidade de igualdade acontece nessa crítica e na tentativa de superação das desigualdades.

A ‘saúde mental’ não é um termo utilizado pelos povos indígenas, sendo assim, este texto se propõe a trabalhar por uma discussão pautada na concepção de saúde mais ampliada, do não patológico, em processos e fatores relacionados com a cosmovisão integral da vida, seja humana e não humana. Para isso, utilizamos um conceito de Bem Viver, que implica a relação com a natureza, as relações familiares, sociais e outros seres não-naturais.

A saúde mental no contexto indígena recorre a noção dos saberes ancestrais que tem na concepção de Bem Viver a possibilidade de ampliar a visão de mundo, superando uma concepção individualista e capitalismo hegemônica no modelo dominante de sociedade. A saúde mental é um conceito disciplinar que nasce com as ciências da psiquê, que delimitaram o seu escopo de ideias e interpretações no interior de uma sociedade moderna, nascida a partir do século XVI na Europa, branca e cristã. Com algumas exceções temos o caso de Gustav Jung que tem no seu universo de pesquisa as religiões e filosofias orientais. Apesar do termo, se faz necessário refletir sobre modelos alternativos de ser e viver contra hegemônicos que transborde e ressignifique o conceito cristalizado de saúde mental, a partir da ótica de povos originários do hemisfério sul global.

Desse modo, os saberes ocidentais se colocaram numa relação de poder hierárquica, numa verdadeira colonização de poder, como teoriza Anibal Quijano (2019), na relação com os saberes ancestrais dos povos indígenas. Nesse sentido, tentamos realizar uma construção de modo a olhar para os indígenas, que vivem em área urbana, pela lógica do conjunto de ideias sobre o Bem Viver. O exercício é de mudar a perspectiva do olhar, numa tentativa de desconstrução ou descolonização do olhar colonial ocidental sobre os povos indígenas.

O ato de “*descolonizar o pensamento*” consiste em estar aberto para o presente, com uma base na ancestralidade para pensar no futuro como possibilidade. O projeto de humanidade, segundo Ailton Krenak (2021), está fracassado porque excluiu a maior parte da população e excluiu a própria natureza e seus seres. Portanto, propõe o líder indígena que o modo de adiar o “fim do mundo”, porque este já está posto, é retomarmos a nos conectar com o mundo vivo e amplo que envolve todos os seres.

Nas grandes cidades, tem ocorrido cada vez mais migração dos povos indígenas e várias razões refletem anseios e desafios na fase da adolescência. É nesta fase que ocorrem mudanças físicas, emocionais, sociais e cognitivas e, para adolescentes indígenas que vivem nas cidades se tornam dilemas de identidade cultural e de pertencimento. Por um lado, enfrentam discriminação e racismo impostas pela estrutura social imposta encontrada nas cidades e, por outro, tendem a não se conectar com a sua cultura e comunidade originária, com intenções e necessidades de se sentirem incluídos. Além disso, as condições de vida, violência urbana, a depressão, a ansiedade e o uso de substâncias psicoativas podem ter impactos significativos na vida de adolescentes indígenas. Assim, faz-se necessário estudos que busquem os valores da ancestralidade encontradas no Bem-Viver que se deparam com os desafios do viver urbano de indígenas, sobretudo na adolescência.

Assim, o objetivo deste ensaio é apresentar uma discussão no âmbito teórico-bibliográfico sobre modos de vida ancestral no cotidiano urbano na ótica do jovem indígena. Sendo assim, o presente estudo foi dividido em partes para melhor indicar os argumentos, sendo as três seções: a concepção de Bem Viver; jovens indígenas na cidade; saúde mental na juventude indígena na cidade<sup>1</sup>.

## BEM VIVER COMO ESTRATÉGIA DE VIDA E POLÍTICA

Iniciamos pontuando que a ideia de Bem Viver está relacionada com a crítica ao modelo de desenvolvimento da sociedade capitalista neoliberal. Segundo Dilger (2016, p.31), *“não se trata de apostar em “desenvolvimentos” alternativos, e sim de construir alternativas ao desenvolvimento, rechaçando, como ponto de partida, o rótulo de “subdesenvolvidos”*. Assim, como um pensamento contracultural, os saberes ancestrais trazem múltiplas formas de ver o mundo e apontam para outros projetos de sociedades.

Como viver bem com tantas iniquidades perpetradas pelo sistema capitalista, onde ‘ter’ é base de valoração individual e coletiva de muitas sociedades? Por isso, é necessário cuidado extremo às vistas da relação de desenvolvimento, que definitivamente não é sinônimo de bem-estar (ALCANTARA, SAMPAIO, 2020). A sociedade ocidental não apontou alternativas para *“adiar o fim do mundo”* porque o modo de vida idealizado é com base num consumo de bens naturais insustentáveis.

O Bem Viver fala de viver bem, que nos aproxima das ideias de realização, confrontando com um modo de viver numa sociedade, pautada ainda na falácia do desenvolvimento, onde poucas pessoas são efetivamente realizadas. O convite do Bem Viver é por uma aposta numa mudança de mentalidade, mesmo que não há uma concepção universal de Bem Viver, que possa ter validade em todos os lugares, mas temos vários universais, ou seja, pluriversos em ação (KATYHARI *et al.*, 2021).

O Bem Viver é um conceito em construção que passou por diferentes etapas em sua evolução. Portanto, não existe uma definição única de Bem Viver, mas muitos bem viveres em diferentes contextos (FERNANDES, UHDE, 2017). Bem Viver é um espaço de polêmica e diálogo onde não existe uma única verdade absoluta. São múltiplas as verdades e também inúmeras mentiras que

**1** - O presente texto é parte de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Situações de Saúde e Condições de Vida na Amazônia (PPGVIDA). A primeira autora é bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).



hoje são canonizadas em nome do Bem Viver (ALCANTARA, SAMPAIO, 2020).

O conceito de Viver Bem ou Bem Viver passou por diferentes fases. Há três décadas, quase não se falava dessa visão na América do Sul. O que existia naquela época era o *suma qamaña* (aymara) e o *sumaq kawsay* (quechua) que expressam um conjunto de ideias centradas nos sistemas de conhecimento, prática e organização dos povos nativos dos Andes da América do Sul. O *suma qamaña* e o *sumaq kawsay* são realidades vivas das comunidades andinas que foram objeto de estudo de antropólogos e intelectuais aimarás e quéchuas. Durante quase todo o século XX, essa visão passou despercebida por amplos setores da esquerda e das organizações sociais urbanas. Tanto o *suma qamaña* quanto o *sumaq kawsay* surgiram há vários séculos e ainda existem nas comunidades andinas, embora estejam cada vez mais em declínio devido à pressão da modernidade e do desenvolvimentismo (FLOR, 2011).

A teorização e o surgimento do conceito de Viver Bem ou Bem Viver teve início no final do século passado e início deste século. Sem o desenvolvimento avassalador do neoliberalismo e do *"consenso de Washington"*, talvez o *suma qamaña* e o *sumaq kawsay* nunca teriam aparecido como uma possibilidade do pensamento crítico. O fracasso do socialismo soviético, a ausência de paradigmas alternativos, o avanço da privatização e a mercantilização das múltiplas esferas da natureza, desencadearam um processo de reaprendizagem de práticas e visões indígenas, que foram desvalorizadas pelo projeto colonial europeu. A demissão de dezenas de milhares de trabalhadores devido à aplicação de medidas neoliberais provocou uma mudança nas estruturas de classe dos países andinos da América do Sul (VANHULST, 2020).

O Bem Viver não é um conjunto de receitas culturais, sociais, ambientais e econômicas, mas uma mistura complexa e dinâmica que vai desde uma concepção filosófica de tempo e espaço até uma visão de mundo sobre a relação entre o ser humano e a natureza (FLOR, 2011). Neste texto não pretendemos cobrir todas as suas facetas, mas focar naquelas que podem ser centrais para a construção teórica e prática de alternativas sistêmicas. A força do Bem Viver está na relação com alternativas como: os espaços comuns, decrescimento, ecofeminismo, desglobalização, ecossocialismo, direitos da Mãe Terra, entre outras (SOLÓN, 2019).

A Pachamama é outro conceito andino importante para a construção de um outro pensamento. Pacha é o *"tudo"* em constante movimento, é o cosmos em permanente evolução. Pacha não se refere apenas ao mundo dos humanos, animais e plantas, mas também ao mundo de cima (Hanaq Pacha), onde vivem o sol, a lua e as estrelas, e o mundo de baixo (Ukhu Pacha), onde vivem os espíritos (VANHULST, 2020).

Para o Bem Viver tudo está interligado e tudo forma uma unidade. Nesse espaço, passado, presente e futuro coexistem e se inter-relacionam dinamicamente. A visão andina do tempo não segue a mecânica de Newton, que afirma que o tempo é uma coordenada independente do espaço e é uma magnitude idêntica para qualquer observador. Ao contrário, essa visão de mundo nos lembra a famosa frase de Einstein: A distinção entre passado, presente e futuro é apenas uma ilusão persistente (SOLÓN, 2019).

As políticas favoráveis são aquelas que levam em conta "*o todo*" e não apenas algumas partes. Agir apenas de acordo com os interesses de uma parte (humanos, países do norte, elites, acumulação material...) inevitavelmente gerará desequilíbrios no "*todo*". Qualquer medida deve tentar compreender as múltiplas dimensões e inter-relações de todas as partes. Para a visão de Bem Viver há sempre uma dualidade, pois tudo parece contraditório. O bem puro não existe, o bem e o mal sempre coexistem. Tudo é e não é. O indivíduo e a comunidade são dois polos de uma mesma unidade. Uma pessoa só é uma pessoa na medida em que trabalha para o bem comum da comunidade a que pertence. Sem comunidade não há indivíduo e sem seres singulares não há comunidade (MENESES *et al.*, 2021).

A comunidade é composta não apenas de humanos, mas de não-humanos. Bem Viver é aprender a viver nessa dualidade. O desafio não é "*ser*", mas "*aprender a se relacionar*" com as outras partes contraditórias do todo. A existência não é algo dado, mas um conceito relacional. Nas comunidades andinas, a propriedade privada individual coexiste com a propriedade comunal. Existem diferenças e tensões entre os membros de uma comunidade. Para gerenciar essas tensões, diferentes práticas culturais são realizadas com o objetivo de gerar certos níveis de redistribuição (FLOR, 2011).

Em oposição ao crescimento permanente, o Bem Viver busca o equilíbrio. Esse equilíbrio não é eterno ou permanente, por isso gera novas contradições e desencontros que exigem novas ações para se reequilibrar. Essa é a principal fonte de movimento, de mudança cíclica no espaço-tempo. A busca da harmonia entre os seres humanos e com a Mãe Terra (Pachamama) não é a busca de um estado idílico, mas a razão de ser de "*tudo*". Esse equilíbrio não se assemelha à estabilidade que o capitalismo promete alcançar por meio do crescimento contínuo. A estabilidade, como o crescimento permanente, são quimeras. Mais cedo ou mais tarde, todo crescimento sem limites gera graves transtornos na Pacha, como estamos vivendo com o fenômeno das mudanças climáticas. O equilíbrio é sempre dinâmico. O objetivo não é alcançar um equilíbrio perfeito sem contradições, pois este não existe. Tudo se move em ciclos, é um ponto de chegada e partida para novos desequilíbrios, para novas e mais complexas contradições e complementaridades (FERNANDES, UHDE, 2017).

Segundo Krenak, a sociedade ocidental precisa entender que não somos o “*sal da terra*”, fazendo uma analogia do cristianismo para se referir à ideia de que dá o significado a tudo e a todos. Por isso, alerta que é necessário abandonar o antropocentrismo; há muita vida além da gente e do natural, como visto pelo reducionismo científico (KRENAK, 2020).

Outra questão a ser observado no Bem Viver é a complementaridade dos diversos. O equilíbrio entre os opostos que habitam um todo só pode ser alcançado pela complementaridade. Não anulando o outro, mas complementando-o. Complementaridade significa ver a diferença como parte de um todo. O objetivo é como entre essas diferentes partes, algumas antagônicas, podemos complementar e completar o “*todo*”. A diferença e a particularidade fazem parte da natureza e da vida. Nunca seremos todos iguais. A proposta é pelo respeito ao diverso para encontrar outras formas de articular experiências, conhecimentos e ecossistemas (MENESES, 2021).

O capitalismo opera sob uma dinâmica muito diferente. Na lógica do capital, o fundamental é a competição para aumentar a eficiência. Qualquer coisa que restrinja ou limite a concorrência é negativa. A competição faz com que cada setor ou país se especialize naquilo em que é melhor. No final, todos se tornarão mais eficientes em alguma coisa e a inovação é incentivada para alcançar a máxima produtividade. Do ponto de vista da complementaridade, a competição é negativa porque uns ganham e outros perdem, desequilibrando o “*todo*”. A complementaridade busca a otimização por meio da combinação de forças. Quanto mais um se articula com o outro, maior a resiliência de cada um e do “*todo*”. A complementaridade não é a neutralidade entre os opostos, mas o reconhecimento das possibilidades oferecidas pela diversidade para equilibrar o todo (MONTEIRO, 2011).

Outro ponto a ser observado no Bem Viver é a questão da descolonização. Na visão de Bem Viver há uma luta contínua pela descolonização. Há mais de 500 anos a invasão do continente, denominado América, iniciou um novo processo. Essa colonização não terminou com os processos de independência e constituição das repúblicas no século XIX, mas continua sob novas formas e estruturas de dominação (QUIJANO, 2019). Descolonizar é dismantelar os sistemas políticos, econômicos, sociais, culturais e mentais que ainda prevalecem. A descolonização é um processo de longo prazo que não acontece num só movimento porque a colonização está enraizada nas estruturas sociais e no pensamento, vide o racismo. Podemos alcançar uma certa soberania econômica e, no entanto, continuarmos culturalmente subjugados. Podemos ser plenamente reconhecidos em nossa identidade cultural pela Constituição Política do Estado e, no entanto, continuar prisioneiros de uma visão consumista ocidental (MONTEIRO, 2011).

A parte mais difícil do processo de descolonização é libertar nossas mentes e almas, que foram capturadas por conceitos alheios aos modos de vida dos povos ancestrais, mas que realizaram trocas culturais e simbólicas, como nos mostra brilhantemente Franz Fanon (2009). Para construir o Bem Viver devemos descolonizar nossos territórios e nosso ser. A descolonização do território implica autogestão e autodeterminação em todos os níveis. A descolonização do ser é ainda mais complexa e envolve a superação de muitas crenças e valores que impedem nosso reencontro com Pacha. Nesse contexto, o primeiro passo para Viver Bem é ver com os próprios olhos, pensar por nós mesmos e sonhar com nossos próprios sonhos. Um ponto de partida fundamental é encontrar as nossas raízes, a nossa identidade, a nossa história e a nossa dignidade. Descolonizar é reivindicar nossa vida, é recuperar o horizonte (RAMOS, SILVEIRA, 2015).

Descolonizar não é retornar ao passado, mas fornecer ao passado um conteúdo presente. Descolonizar é transformar a memória em sujeito histórico. Quanto mais o passado se torna consciente, maior a possibilidade de gerar o futuro. O verdadeiro sujeito da história não é o passado como passado, mas o presente, porque o presente é aquele que sempre precisa do futuro e do passado (MONTEIRO, 2011).

O Bem Viver preconiza a recuperação do passado para redimir o futuro, amplificando as vozes ignoradas das comunidades e da Mãe Terra. A descolonização implica rejeitar um status quo injusto e recuperar nossa capacidade de olhar profundamente para não ficarmos presos às categorias coloniais que limitam nossa imaginação. Descolonizar é responder às injustiças cometidas contra outros seres (humanos e não humanos), quebrar as falsas barreiras entre a humanidade e o mundo natural, dizer o que pensamos em voz alta, superar o medo de ser diferente e para restaurar o equilíbrio, dinâmico e contraditório que foi quebrado por um sistema e modo de pensar dominantes (FLOR, 2011).

## INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO: O CASO DOS JOVENS

As famílias indígenas ficam à margem das políticas governamentais, vivendo em áreas de risco e submetidas às condições degradantes do subemprego. Aham-se vinculadas ao mercado de trabalho informal, recebendo pouca assistência das instituições públicas das áreas de saúde, educação e segurança (ALMEIDA, 2008, p. 71).

É sabido que o contexto existencial das comunidades indígenas é marcado por diversos conflitos com a sociedade envolvente. A violência impetrada desde o período da colonização, e que

persiste até os dias de hoje, produz desigualdade, preconceito e exclusão social, cujos efeitos são perniciosos na constituição dessas subjetividades. E, ainda que haja diferenças significativas entre o modo de vida dos indígenas nas aldeias e nas cidades, a condição de desigualdade e suas decorrências persistem também ali (TEIXEIRA, 2016, p. 238).

Estudos que compreendam a inserção de indígenas na cidade estão para além da produção acadêmica, buscam promover efetividade nas mudanças através do olhar crítico que a ciência e a *práxis* que a pesquisa nos convida a realizar permeiam. Conhecer o ambiente e os modos de vida é consideravelmente importante, contudo, é apenas o meio, nem o início, tampouco o fim (ROSA, 2018).

A vida urbana apresenta dificuldades impetradas pelos sistemas de educação, econômico, de saúde, territorial, entre outras, em detrimento das condições de vida do indígena que vive em comunidades e/ou aldeias, pois sabe-se que qualquer experiência de vida traz consigo suas adversidades. Os estudos que articulam essas temáticas permitem subsidiar reflexões internas e externas aos grupos indígenas, de modo a promover mudanças positivas da realidade desses povos na cidade (FERREIRA e, CALEGARE, 2019).

As discussões referentes às demandas dos indígenas perpassam pelas questões que envolvem os modos de vida, em sua complexidade, singularidade e pluralidade. O indígena que vive em áreas urbanas, numa condição contínua de luta em busca de minimizar seu silenciamento, busca a afirmação de sua identidade étnica neste espaço de iniquidades (ALMEIDA, 2008).

A visão eurocêntrica relacionada à “*descoberta*” do Brasil, ademais, sendo uma história contada a partir da lógica e pensamento do conquistador, constrói uma narrativa que reforçou a relação de superioridade do branco em detrimento dos outros povos, criando uma estrutura de preconceito e racismo. De acordo com Almeida (2019, p.17), o racismo estrutural é “uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “*normal*” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional.”

A presença dos indígenas em áreas urbanas está alicerçada bem antes de dados censo demográficos, e ainda há muito que se discutir nesta relação simbólica entre urbano/floresta diante dos impactos gerados pelo cenário de julgo aos olhos dos não- indígenas, que causa estranheza ao ponto de deslegitimar seu desejo de viver na cidade, como se precisassem de autorização para isso, poderia ser uma anedota, mas cabe dizer que é pré-conceito (PRADO *et al.*, 2010).

Vivendo em áreas periféricas, desenvolvendo atividades em subempregos, destituídos de direitos, indígenas destacam-se na luta por território, na arte, na potência coletiva. O que parece ser uma oportunidade estar em áreas urbanas, pelos pontos que nos opomos em pautar por se tratar de uma visão de mundo subjetiva, a constituição cidadina carrega inúmeras dificuldades. Dos grupos indígenas que vivem na cidade, os jovens são aqueles que carregam uma ambiguidade porque carregam a responsabilidade da ancestralidade com a necessidade de se afirmar no meio urbano, marcado pela competitividade e pela aparência de sucesso.

A juventude tem dificuldades inerentes a particularidade da sua condição etária de se perceber e entender quais as suas aspirações, sendo indígena, os desafios podem ser ainda maiores no seu processo de subjetivação (MELO, 2012). No entanto, a questão é a faixa etária, mas as regras de sociabilidade estão ancoradas nas relações, sejam amizades, relações de namoros ou matrimoniais, a busca por prazer, desejos afetivos e sexuais, satisfação, alegrias e reciprocidade. Estas condições estão relacionadas com as situações que envolve a saúde mental, que também está atrelada ao contato e aceitação do outro e/ou de grupos diferentes do seu. O espaço que situa sua experiência de vida são as oportunidades de trabalho e práticas econômicas, num jogo simbólico de poder, os que tem melhores e maiores oportunidades não são os jovens indígenas, implicações morais e intelectuais estão a todo momento fazendo parte do viver indígena em espaços urbanos (MELO, 2012).

As precárias condições sociais e trabalhistas que a população indígena enfrenta há décadas se agravam devido aos problemas econômicos das regiões rurais, o que tem ocasionado o aumento da migração do campo para a cidade. Assim, as contradições, desigualdades e injustiças sociais que estão maximizadas e sintetizadas nas cidades, aparecem aos indígenas de modo explícito, onde a discriminação e pobreza são potencializadas, dado que o econômico aparece nas suas “*veias abertas*” (BERNAL, 2009).

Estudos de Melo (2012) indicam que as causas da migração da população indígena para as cidades são os processos de globalização e empobrecimento de áreas aldeadas e de comunidades pequenas e rurais que têm violado cada vez mais as condições de vida dos grupos indígenas. Esta é uma condição para a migração às cidades, se juntando às franjas de espaços urbanos marginalizados, trabalhando em atividades informais de baixa renda e com alta exposição a riscos de todos os tipos.

No campo da saúde, os migrantes de comunidades nativas são os mais mal atendidos em um centro de saúde, indica o estudo, pois quando adoececem e frequentam esses locais não sabem o procedimento que devem se-



guir para serem atendidos. Quando os migrantes chegam às áreas urbanas, inicialmente ficam na casa de um familiar já radicado na cidade, sua segunda opção é ficar temporariamente na casa de um amigo da mesma região, a terceira em um pequeno apartamento nos bairros populares onde pode viver até seis pessoas e, quando não têm conhecidos, dormem em algum espaço público (ARRUDA, 2003).

A condição e o mercado de trabalho dos migrantes indígenas urbanos são marcados pelo racismo. As atividades em que eles estão mais empregados estão na economia terciária, especificamente nos setores de comércio e turismo. A venda de artesanato é uma atividade característica, seguida da construção civil. A criminalidade é outro dos problemas que mais afligem essa população, além da exposição a riscos, da exploração de que são vítimas e da precarização do emprego (BERNAL, 2009).

A educação é um assunto difícil, pois poucos conseguem terminar o ensino básico. Vários fatores influenciam meninas e meninos a não continuarem seus estudos, principalmente a falta de recursos econômicos (NASCIMENTO, 2014). Um dos problemas que afetam fortemente a população migrante é não ter seguro de saúde para protegê-la contra qualquer evento infeliz. A proteção à saúde que o migrante adquire por meio do trabalho também não recebe boa atenção dos médicos e sempre faltam instrumentos médicos e medicamentos (ARRUDA, 2003).

## A SAÚDE MENTAL E OS JOVENS INDÍGENAS NA CIDADE

O Relatório Comportamento, Atitudes e Práticas em Saúde Mental (CAP, 2021), instrumento utilizado para a elaboração de um relatório de estudo sobre a saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira, sinaliza a relevância de ampliar os estudos sobre jovens indígenas e a sua relação com o cuidado à saúde mental.

Os jovens indígenas vivenciam de perto as dificuldades de inserção em escolas predominantemente composta por não indígenas, onde o preconceito e a discriminação que podem ser propulsores de sofrimento mental é uma realidade corriqueira, mas vivida muitas vezes de forma silenciosa e solitária.

Os jovens também relatam preconceitos de não indígenas pelos atributos físicos, cabelo longo e liso, pele morena, baixa estatura. Esses relatos são particularmente intensos entre os jovens que acendem as políticas de inclusão educacional nas últimas

décadas e, ao se deslocarem às cidades para realização de atividades próprias da formação, ficam mais expostos à violência e ao preconceito, dificultando a permanência nas instituições de ensino (RELATÓRIO CAP, 2021, p. 128).

Para ressignificar é necessário oportunizar, reconhecendo as condições sociais que o território oferta aos jovens indígenas na cidade, onde as áreas urbanas acabam produzido mais dificuldades para a existência desses indivíduos e suas conexões de vida. A reflexão necessária é sobre os efeitos que o modo de vida urbano produz sobre a vida dos jovens.

Para Bernal (2009, p. 165), a ‘reconformação’ cultural, ocorre nos espaços de ensino e aprendizagem, “à dissolução ou à afirmação da identidade étnica é realizada exatamente no contexto do processo ensino e aprendizagem, quando as experiências, critérios e valores da pessoa estão em fase de formação”. Com isso, podemos pensar nesta reconformação em outros espaços de subjetivação e de vida que o jovem experimente, como a comunidade em que vive, por exemplo, que na maioria das vezes não é formada apenas por indígenas.

Produções científicas como de Bernal (2009), do Estudo CAP (2021) e de Kadri *et al.* (2021) têm se voltado à abordagem da importância sobre a articulação dos saberes ocidentais, tradicionais e acadêmicos com todos os atores que se debruçam no processo do cuidar de povos reconhecidos como tradicionais. Assim, a crítica ao fazer hegemônico biomédico, como única forma de cuidado válida, se constitui em tarefa do pensamento crítico.

Para garantir o atendimento à saúde do indígena, menciona-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que foi aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, essa mencionada lei traz dispositivos sobre a assistência do subsistema de saúde indígena, que se limita aos que moram em aldeias e comunidades indígenas, não atendendo os indígenas que moram nas cidades, corroborando ainda mais para a promoção de iniquidades (BRASIL, 2002).

A tarefa de discutir sobre saúde mental no contexto indígena não é simples, pelo contrário, é necessário ampliar o nosso olhar sobre a questão da saúde mental e emocional de jovens indígenas. Desse modo, o conceito de Bem Viver é uma ideia potente para analisar os modos de vida em diferentes contextos. Os jovens que vivem nas aldeias não estão imunes aos problemas relacionados ao modo de vida urbana, pois também tem problemas com drogas, conflitos familiares, preconceito, violências, conflitos geracionais (CAP, 2021). Não resta dúvida que a cidade coloca desafios como a pobreza, escassez de oportunidade de trabalho, educação, saúde e lazer,

práticas alimentares adequadas e violências vividas, que negam os direitos de cidadania e igualdade social.

O público jovem tem sido o foco de muitas ações de prevenção e promoção. No entanto, ainda persistem as dificuldades de termos ações que sejam efetivamente intersetoriais e que tragam o debate da interculturalidade para as políticas públicas (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016).

Pensar pela ótica da constituição da saúde psíquica ocidental e suas vertentes ao falar sobre saúde mental no contexto indígena urbano é reafirmar o processo de invisibilidade aos povos originários.

Pensar em um atendimento em saúde mental para populações indígenas implica problematizar, necessariamente, quaisquer classificações psicopatológicas rígidas. É preciso considerar que tais classificações foram construídas ao longo de um contexto sócio-histórico-cultural específico, cuja legitimidade do conhecimento biomédico ocidental é tomada como incontestável perante outras referências de explicações dos fenômenos sociais e individuais. Esse é o caso das referências indígenas, que, muitas vezes, são desconsideradas ao se chocarem com o saber médico dominante (BATISTA, 2017, p. 64).

A saúde mental pelos termos dos próprios jovens indígenas não pode passar unicamente pelas ideias de patologização, atrelada ao relato à uma CID ou DSM com as suas respectivas listas sintomatológicas, como a medicina do não indígena propõe. Por isso, é importante uma construção sociocultural e interétnica do cuidado em saúde (CAP, 2021). Compreender as vivências dos jovens em sua integralidade no mundo atual é confrontar barreiras das mais diversas, que podem favorecer o adoecimento frente às iniquidades perpetradas pela simples existência, considerando que o sofrimento de ordem psicossocial também pode trazer significativos prejuízos.

Há pílulas para conter dores do corpo, da mente, ficar gordo, ficar magro, dormir, acordar, sentir-se alegre, aliviado, concentrado, disposto, enfim, para anestesiar conflitos e tormentos, a maioria concernentes a condição humana falível de estar no mundo. Para manter o controle de si, diz o sistema aos índios, tome remédio (RODRIGUES, 2014, p. 77).

Privação de direitos, dificuldade no acesso à saúde e educação, violências diversas, extrema pobreza, desemprego, isolamento, desfiliação parental, preconceito, racismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, que podem ser agressores à saúde mental e não se pode deslegitimar esses fundamentos ou serem enquadrados nas entranhas no modelo biomédico. Desse modo é necessário considerar os processos mais amplos que envolve a saúde e a do-

ença, as condições reais de existência e cuidado (BERNAL, 2009).

A crise existencial que faz parte, muitas vezes, da fase etária e do auto-conhecimento, torna-se abstração na vida concreta, os deixando mais à margem de suas próprias expectativas e dúvidas enquanto jovens, também pode implicar em novos arranjos de vida e de identidade. *“Os contextos micro-sociais jogam conjuntamente um papel crucial no surgimento e na evolução das doenças mentais”* (SARACENO, 2011, p. 95). No entanto, para o jovem indígena há outras questões em jogo como o fato de *“ser ou não indígena”*.

O tensionamento de políticas de atenção à saúde mental destinadas aos jovens indígenas é também entender que a prevenção e o cuidado ocorrem em diferentes contextos, mesmo que mostrando a incipiência de serviços e o (des)preparo para compreensão do trabalho que transpõe receitas farmacológicas ou tratamentos em espaços como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), por exemplo, o contexto relacionado a saúde mental de jovens indígenas que vivem em contexto urbano é um fatídico desafio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de Bem Viver perpassa pelo que costumeiramente entendemos como utopia, das mais vívidas e distintas. No entanto, o que vimos, através dos estudos e referenciais relacionados à temática, é imaginar que existe a possibilidade de um novo mundo, modos de vida e organização social que parece tão distante da nossa realidade. Saindo do contexto indígena andino, deixa de ser apenas um conceito para ser efetivamente a oportunidade de viver bem na melhor concepção da palavra.

Bem Viver é o convite à busca da apreensão que não se faz um mundo outro sem compreender que as relações são baseadas numa horizontalidade, que o capitalismo e o colonialismo não dispõem em seus fundamentos. As relações consigo, com o outro, com seus pares, seus coletivos e com a natureza está pautada na relação de viver e de se relacionar prezando pelo respeito às diferenças, diversidade e, não menos importante, a equidade.

Por parecer uma possibilidade tão distante, o Bem Viver parece inalcançável, como se reconhecer que existem meios seguros, não imutáveis, mas que consideram a participação de todos engajados em propostas de transformações sociais e alternativas sistêmicas que se entremeiam mais uma vez em diversidade. Não existe uma única forma, estática ou que beneficia um único grupo, pessoa ou território, mas uma rica diversidade de modos de vida que se colocam como possíveis outros.

Falar sobre Bem Viver e saúde mental entrelaçados a realidade de jovens indígenas que vivem em contexto urbano não perpassa em mostrar, tão somente, a realidade cidadina, mas perceber que os desafios enfrentados por esse grupo fazem parte de processos mais amplos. A vida de um jovem na cidade envolve múltiplas dimensões como o lugar do urbano, as fronteiras étnicas e identitárias, as expectativas da ancestralidade, os jogos de poder e de domínio. Esses elementos fazem parte do jogo social que a saúde mental e o Bem Viver podem ser interpretados e analisados no caso dos jovens.

Portanto, a abordagem do Bem Viver e alternativas que fomentem a mudança e transformação social num contexto de domínio do capital, na negação das relações entre seres humanos e não humanos consiste em revolução cotidiana de modelo alternativo de viver com e não viver para. Sendo assim, recomenda-se estudos que possam debater, discutir, ampliar possibilidades, escutar e colocar os saberes ancestrais como uma forma da decolonização do poder, do ser e do pensamento e, no lugar desse urbano, que essa utopia possa enriquecer nossas relações com o plural e o multiétnico.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. C. S.; SAMPAIO, C. A. C. Indicadores de Bem Viver: pela valorização de identidades culturais. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, v. 53, 2020.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALMEIDA, A. W. B. **Estigmatização e território**: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus/ Organizado por Alfredo Wagner Berno de Almeida, Glademir Sales dos Santos; autores, Luís Augusto Pereira Lima... [et al.]. - Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/ Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2008.

ARRUDA, R. Representação e participação indígena nos processos de gestão do “*campo indigenista*”: Que democracia? **Revista Anthropologicas**, v. 14, n. 1+ 2, 2003.

BATISTA, M. Q. **Saúde mental em contextos indígenas no território brasileiro: análise da produção bibliográfica e reflexões epistemológicas**. 2014. 90 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

BERNAL, R. J. **Índio Urbano: processo de reconformação das identidades étnicas indígenas em Manaus**. Manaus: Editora da Universidade Federal do

Amazonas/ Faculdade Salesiana Dom Bosco, 2009.

BRASIL, 2002. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. – 2ª edição- Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

DILGER, G. *et al.* **Descolonizar o imaginário**: debates pós- extrativismo e alternativas ao desenvolvimento. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, 2016.

FANON, F. *Piel Negra, máscaras blancas*. Madri: Akal, 2009.

FERREIRA, M. S.; CALEGARE, M. G. A. Debates psicopolíticos sobre indígenas em contexto de cidade. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p.72-90, abr. 2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2019000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 mar. 2022.

FERNANDES, S. B. V.; UHDE, L. T. Sustentabilidade, Decrescimento, Bem Viver. **Salão do Conhecimento**, 2017.

FLOR, F. H. Buen vivir, Sumak Kawsay: Aporte contrahegemónico del proceso andino. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, v. 16, n. 53, p. 85-94, 2011.

KADRI, M. R. *et al.* (org.). **Bem Viver: Saúde Mental Indígena**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.

KATYHARI, K.; SALLEH, A.; ESCOBAR, A.; DEMARIA, F.; ACOSTA, A. **Pluriverso**: um dicionário do pós-desenvolvimento. São Paulo: Elefante, 2021.

KRENAK, A. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

MELO, J. G. O que os índios urbanos pensam sobre a cidade? Que dimensões do urbano revelam suas narrativas? Interpretações Baré sobre Manaus, Amazonas. **Teoria e cultura**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 115-116, 2012. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/36-encontro-anual-da-anpocs/gt-2/gt07-2/7913-o-que-os-indios-urbanos-pensam-sobre-a-cidade-que-dimensoes-do-urbano-revelam-suas-narrativas-interpretacoes-bare-sobre-manaus-amazonas>. Acesso em 03 de abr. 2022.

MENESES, M. N. *et al.* Um vivenciar espiritual na virtualidade em tempos de pandemia: relato de experiência do centro espiritual Pachamama. In: **Mostra Cien-**



**tífica do Congresso Brasileiro de Saúde Integrativa e Espiritualidade.** 2021.

MONTEIRO, L. R.; MCCALLUM, C. A. A noção de “*bem viver*” hupd’äh em seu território. **Mundo Amazônico**, v. 4, p. 31-56, 2011.

NASCIMENTO, S. J. Múltiplas vitimizações: crianças indígenas Kaiowá nos abrigos urbanos do Mato Grosso do Sul. **Horizontes Antropológicos**, v. 20, n. 42, p. 265-292, 2014

OLIVEIRA, I. B.; SGARBI, P. **Da diversidade nós gostamos, já que toda unanimidade é burra.** Redes Culturais, Diversidades e Educação. Rio de Janeiro: DP&A. 2002.

PRADO, M. A. M. *et al.* **A construção de silenciamentos:** reflexões sobre a vez e a voz de minorias sociais na sociedade contemporânea. In: MAYORGA, C.; PEREIRA, M. S. Psicologia Social: Sobre desigualdades e enfrentamentos. 1 ed. Curitiba: Juruá, 2010.

QUIJANO, A. **Ensaio en torno a la colonialidad del poder.** Ciudad Autonoma de Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2019.

LAHPSA. **Relatório do Estudo:** Comportamento, Atitude e Práticas (CAP) e saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira. Manaus: COIAB; UNICEF; Fiocruz/ILMD-LAHPSA, 2021.

RODRIGUES, R. A. **Sofrimento Mental de Indígenas na Amazônia.** Manaus: Edua, 2014.

ROSA, M.; CALEGARE, M.; ALBUQUERQUE, R. **Indígenas em Manaus:** a manutenção da identidade étnica no meio urbano. In: Processos Psicossociais na Amazônia: reflexões sobre raça, etnia, saúde mental e educação. Alexa Cultural: São Paulo, 2018.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/agosto. 2011.

SCHWEICKARDT, J. C. [*et al.*]. **Educação e práticas de saúde na Amazônia:** tecendo redes de cuidado. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. (Saúde & Amazônia; 2).

SOLÓN, P. **Alternativas Sistêmicas:** Bem Viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização/ organização de Pablo Solón. São Paulo: Elefante, 2019.


TEIXEIRA, L. C. *et al.* A Psicologia na produção do bem viver indígena. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. **Povos indígenas e psicologia: a procura do bem viver**. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. – São Paulo: CRP SP, 2016. 280 p.

VANHULST, J. *et al.* Los discursos políticos latinoamericanos sobre el buen vivir (1992-2017). Ayer: **Revista de História Contemporânea**, v. 119, n.3, 2020.

# COPIME: uma história de luta e da autonomia indígena nas políticas públicas

**Marcivana Sateré-Mawé**  
**Jessica Batista do Nascimento Apurinã**  
**Ludimar Nunes Gonçalves Kokama**  
**Mayra Costa Rosa Farias de Lima**  
**Rodrigo Tobias**

## INTRODUÇÃO

s movimentos indígenas por meio da mobilização de lideranças em seus territórios desempenhavam a função de mobilização social. A luta de lideranças nas variadas comunidades e etnias se uniu a partir de necessidades e agendas comuns frente aos ataques sofridos pelos povos em seus territórios, principalmente pela preservação da cultura e pela melhoria no acesso aos serviços de saúde. Essas bandeiras de luta desencadearam um processo de organização política para reivindicar os direitos destes povos e, posteriormente, inserindo-os no espaço político para dialogar com o Estado brasileiro.

A Constituição Federal Brasileira (CF) de 1934 foi a primeira a tratar dos direitos dos povos indígenas, garantindo-lhes a propriedade de suas terras e capacitando a legislação federal para integrar os povos indígenas às comunidades nacionais. A Constituição de 1946 reintroduziu o dispositivo retirado na CF de 1937, que deu o poder de incluir os povos indígenas nas comunidades nacionais (artigos 5º, XV, r), dispositivo mantido na Constituição de 1967 (nº 8, XVII, o) e Emenda nº 1 de 1969 (BOTELHO, 2009).

Em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão que é responsável pela promoção e proteção dos direitos dos povos indígenas, em todo o Brasil. Alguns anos depois, com o intuito de debater a saúde indígena, foram realizadas, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio no ano de 1986 e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas no

ano de 1993, resultado de indicações de Conferências Nacionais de Saúde, nessas duas conferencias foi debatido e proposto a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, visando garantir o direito ao acesso universal e integral à saúde aos povos indígenas. Em 2002, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com o objetivo de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, respeitando suas diversidades sociais, culturais, geográficas, históricas e políticas (BRASIL, 2002).

É importante destacar na trajetória de conquistas legais dos direitos, a Constituição Federal de 1988, que se tornou um marco decisivo no direito indigenista do país, uma mudança sem precedentes na relação entre os povos indígenas e o Estado brasileiro. A partir de 1988, a preocupação nacional deixou de ser a civilização e o compromisso dos povos indígenas com as comunidades do entorno, mas a preservação de sua identidade cultural (BRASIL, 1988). Desse modo, a Constituição Federal de 1988, foi o grande um marco para a conquista de tantos direitos dos Povos Indígenas, assim como o direito a uma educação específica, diferenciada, pois assegura a utilização da língua materna e processos próprios de aprendizagem. Cabe ressaltar, que esta constituição é uma conquista fruto dos movimentos sociais indígenas, graças à força, luta e protagonismo de coletivos e lideranças indígenas.

A partir da constituição de 1988, os movimentos indígenas buscaram a garantia de direitos. Foi observado nessa história uma forte mobilização de povos indígenas de diversas partes do país, que ampliou seu engajamento e articulação com outros movimentos sociais. Com novas parcerias e colaborações firmadas, foi possível ganhar ampla visibilidade política na arena da discussão pública. Diferentes povos indígenas compartilham as mesmas reivindicações, preocupações e demandas, uniram-se então em torno de um mesmo objetivo em comum (SILVA, 2020). Isso levou a garantias constitucionais de que *"os índios são reconhecidos por sua organização social, costumes, língua, crenças e tradições e seus direitos originários às terras que tradicionalmente ocupavam, cabendo à União o dever de delimitar, proteger e zelar por todos os seus bens"* (LUCIANO, 2006). Como resultado, o movimento indígena no Brasil tem se fortalecido e se articulado na defesa da visibilidade dos povos, respeito a cultura indígena, acesso a saúde nos centros urbanos e, principalmente, na luta pela demarcação de terras indígenas.

O direito a cidade e a cidadania perpassam pelas lutas e bandeiras dos povos originários nos grandes centros urbanos. A modernidade e o desenvolvimento da cidade de Manaus trouxeram a centralização dos principais serviços e da economia para a capital, e tem provocado nos últimos 30 anos um verdadeiro êxodo indígena, obrigando a busca idealizada de melhores

condições de vida, de acesso à educação escolar e tratamento de saúde.

Sendo assim, pretendemos com esse capítulo relatar os processos de luta e de empoderamento por direitos sociais equânimes de povos originários nos cenários políticos da representação indígena de Manaus e dos municípios de seu entorno realizado pela Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno - COPIME. Este capítulo trata de um relato de caso do processo de construção e mobilização social indígena, ocorrida entre os povos de diversas etnias residentes no município de Manaus e entorno, com vistas a construção de um debate social sobre visibilidade indígena e controle social, educação e cultura, e saúde entre indígenas residentes em contexto urbano na Amazônia.

## REFLETINDO A HISTÓRIA E LUTAS DOS POVOS INDÍGENAS EM MANAUS

O passado de povos originários na Amazônia se confunde com o momento presente de lutas de conquistas de direitos e contra a exclusão social. Para isso, compreende ser importante um posicionamento institucional que vocalize o coletivo dos povos indígenas rumo a luta permanente da cidadania e do respeito aos direitos humanos em território urbano mais pluriétnico brasileiro.

Em Manaus, coube a Ajuricaba, grande liderança Manaó, a defesa do seu território. Ajuricaba liderou as tribos do Rio Negro na guerra contra os colonialistas portugueses na terceira década do século XVIII (SOUZA, 2005). Capturado e preso pelos colonizadores, ouviu o chamado dos encantados, mergulhando nas águas para se juntar aos seus ancestrais e de lá continuar a luta (VALLADARES, 2020). Mas que crime Ajuricaba cometeu? Se for crime defender a vida, a liberdade, a biodiversidade, então, devem ser por isso que ainda hoje os povos indígenas são atacados e mortos por serem a favor da vida. Hoje os grilhões não são mais as correntes da escravidão e sim, as correntes da intolerância, do preconceito, da indiferença e da falta de respeito.

Os valores tradicionais e morais dos povos indígenas não são reconhecidos pela sociedade atual hegemônica nos direitos e costumes, pois o preconceito e a discriminação estão arraigados na forma de ver o outro no cotidiano da vida. Assim, é permitido inferir que há falta de empatia e conhecimento para entender quem são os povos indígenas, que em sua cosmovisão, são os mesmos das águas, lagos, igarapés, as árvores, brisa, chuva, sol. Os indígenas se veem indissociáveis a natureza, que são vidas humanas e que pertencem a terra.

Assim, como os antepassados tiveram o cuidado de deixar uma memória histórica, contada através dos achados arqueológicos, hoje, temos a possi-

bilidade de contar para as gerações futuras a memória presente dos povos indígenas que fazem de Manaus a maior aldeia pluriétnica do país. A identidade de um povo se constrói a partir de suas memórias, e essas devem ser preservadas e respeitadas.

Manaus é a cidade mais populosa da Amazônia e cenário mais pluriétnico de vida dentre as capitais brasileiras. Mas, o que chama a atenção é a grande diversidade étnica dessa metrópole. Os dados do Censo de 2000 apresentam 4.020 indígenas autodeclarados, representando 92 povos que falam 36 línguas, distribuídos em 62 bairros (IBGE, 2002). Os dados do Censo de 2010 notificam aproximadamente 8 mil indígenas autodeclarados, enquanto as organizações indígenas fazem referência a 30 mil indígenas (IBGE, 2012). Existe ainda no cenário urbano de Manaus, o Parque das Tribos, comunidade localizada no bairro Tarumã Açú na zona oeste da capital amazonense, que concentra de 3000 indígenas convivendo coletivamente com 35 etnias culturalmente diferentes, o que representa 10% do total de povos indígenas brasileiros e metade das etnias indígenas do Amazonas. Um território rico de sociodiversidade e de história. E, haja vista a história viva, há que se destacar que a entrega do cemitério indígena pela prefeitura de Manaus para os povos indígenas, não é apenas um local de recebimento dos parentes para a ancestralidade, mas, sobretudo o reconhecimento da memória presente e da luta dos povos indígenas.

Com o processo de urbanidade, modernidade e desenvolvimento trazido pelo não indígena, a cobertura de palha da velha Aldeia Manaós, sua estrutura feita dos velhos troncos de árvores amarrados com cipós, sua circularidade sucumbiu ao tempo, mas, não a relação do seu povo com sua aldeia, porque a relação de um povo, assim como sua identidade, é muito mais ancestral, espiritual e territorial do que material. Assim, Manaus, capital do Amazonas, possui raiz e memória indígena contada por seus antepassados nos achados arqueológicos encontrados. Quando se cava um buraco para a modernidade, das entranhas da Mãe Terra, essa memória surge, se personifica e tem um rosto, sua cara é indígena.

O território é um dos argumentos que o poder público se baseia para conceder acesso as políticas públicas para os povos indígenas em Manaus e Entorno, sendo uma justificativa cruel e sem fundamento. Refletindo sobre a constituição federal de 1988, destaca-se a competência da União de legislar e julgar sobre seu direito originário a terra. Somado a isso é competência dentre outras que ministério público seja o responsável por defender os interesses e direitos da população indígena e a proteção de sua cultura (BRASIL, 1988). A oferta de políticas públicas e serviços básicos não deve ser negado com a justificativa de que a terra não é demarcada. O Brasil é território indígena! As raízes do Brasil são indígenas, sob seu solo sagrado repousam o

espírito dos ancestrais que acompanham até hoje nessa luta desigual e de extermínio dos povos indígenas. A luta por condições de vida com qualidade para esta população é dever de todos os brasileiros, assim como temos a necessidade de saúde, moradia e bem-estar, é preciso pensar a diversidade em seus territórios (BRASIL, 2002).

Representações indígenas têm sido cada vez mais necessárias quando precisam ocupar espaços políticos para resguardar os direitos conquistados. A busca pelos direitos e o empoderamento de coletivos indígenas compreendem ser bandeiras sociais do movimento social, cujas pautas políticas progressistas diante dos cenários e arenas políticas de interesse promovem uma sociedade mais igualitária e menos injusta. Assim, o surgimento de representações, lideranças e organizações indígenas tem sido um acontecimento ascendente e necessário para dar visibilidade social e de fala com propriedade aos grupos indígenas e, nessa vertente, a criação da COPIME representa a ancestralidade nas suas lutas.

## O CASO COORDENAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DE MANAUS E ENTORNO (COPIME)

Diante do descaso do extermínio daqueles originários do povo Manaós, que significa “*Mãe dos Deuses*”, que deu a vida e sangue em troca do estabelecimento e crescimento da cidade de Manaus, diversas situações condicionam a situação atual de vulnerabilidade social dos indígenas nesta área urbana.

Diante da atual conjuntura política e social do Brasil, os povos indígenas de Manaus e Entorno enfrentam vários desafios, principalmente em relação da falta de conhecimento de como reivindicar seus direitos, por ainda existir o forte paradigma de que indígena quando sai da aldeia para vim morar na cidade deixa de ser indígena. A falta de políticas públicas como educação e saúde diferenciada, falta de qualificação de mão de obra, local adequado para a comercialização dos artesanatos, melhores condições de habitação e saneamento básico são algumas das demandas solicitadas pelos povos indígenas de Manaus.

Além disso, os indígenas saem de suas aldeias e comunidades em busca de tratamento de saúde de alta complexidade, da realização de estudar curso superior, de integração ao mundo do trabalho não indígena e, em paralelo, da ocorrência de casos de invasão dos não indígenas com expulsão de suas terras. Na cidade vivem aglomerados em pequenos quartos alugados, casas construídas em área de risco e sem saneamento básico. Na maioria das vezes por conta da situação constroem casas em área de ocupações, sofrendo constantemente processos de reintegração de posse.



Outros fatores importantes de êxodo indígena em direção aos grandes centros, são as invasões legais e ilegais provocados por garimpeiros, madeireiros e os megaprojetos de governo, que ameaçam cada vez mais a vida e os santuários sagrados de muitos povos que são os guardiões da floresta. A contaminação de rios, a escassez de peixes e caças. As mudanças climáticas que cada vez mais alteram o modo de vida e produção indígena. Tanto os que estão e os que chegam à cidade se deparam com os mesmos problemas, a negação de sua identidade, invisibilidade e a ausência de políticas públicas diferenciadas. Daí a importância do fortalecimento social e político das organizações indígenas, do trabalho articulado e em rede entre elas, as formações e a ocupação dos espaços de direito para incidência política.

A criação da COPIME representa o esforço de unir as comunidades, aldeias, associações e grupos familiares indígenas que vivem em Manaus e nos municípios do entorno da capital amazonense em torno de um projeto coletivo. Dessa forma, a COPIME assume um papel de grande relevância política e organizativa em torno da luta por políticas específicas e diferenciadas para enfrentar os problemas encontrados na área metropolitana de Manaus.

A própria distribuição de povos na Coordenação da COPIME, como: sateré-mawé, ticuna, Apurinã, Kokama tem como objetivo de aproximá-los ao povo que pertence. A organização possui na sua instância maior a Coordenação Geral, formada por duas lideranças das associações, comunidades, grupos e famílias, órgão consultivo e deliberativo que determina as linhas de ação e os rumos da associação.

Desde sua criação a COPIME tem feito profundas reflexões e contribuído de forma significativa nas discussões quando se fala do Direito à cidade e Povos Indígenas, sob três perspectivas: a) a cidade como território indígena, local de pertencimento e das relações pluriétnicas; b) o êxodo indígena devido aos ataques territoriais e a busca por melhores condições de vida; c) fortalecimento e organização coletiva e a criação de políticas públicas diferenciadas. A COPIME surge no ano de 2008, durante o I Encontro dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (zona rural), com o objetivo de fortalecer as lutas transversais, pertinentes a todos e todas, como o direito à saúde e educação diferenciada, a sustentabilidade através do artesanato e cultura (ritos, danças, grafismo, cantos), e o direito pela terra.

A COPIME assume um papel de grande relevância política e organizativa em torno da luta por políticas públicas específicas e diferenciadas para os povos indígenas. Em 2011, durante o III Encontro dos Povos Indígenas, realizado no período de 03 a 06 de novembro, no centro de formação XARE/CIMI, as lideranças se reúnem para debater sobre o tema “*Os povos Indígenas de*

*Manaus Unidos Para Retomar a luta pelo bem Viver*”. O evento contou com a participação de 70 indígenas entre adolescentes e crianças dos povos: Bará, Baré, Apurinã, kambeba, kocama, Sateré-Mawé, Manchineri, Maraguá, Mura, Tukano e Dessano. Como resultado dos trabalhos, foram elaboradas propostas para serem encaminhadas aos órgãos competentes e a criação de uma Comissão Provisória, que mais tarde se tornaria a COPIME.

A historicidade da territorialidade indígena na zona urbana de Manaus é incontestável, ratificada pelos achados arqueológicos que apontam para um passado que merece e precisa ser reconhecido por toda a sociedade. Em Manaus, no dia da 19 de abril de 2021, dia dos Povos Indígenas em que se comemora a resistência e luta no contexto de sociedade brasileira, a COPIME participou como protagonista no processo de inauguração do Memorial da Aldeia Indígena, localizado no sagrado cemitério indígena, no centro de Manaus. Um momento significativo para os povos originários de Manaus, sendo o reconhecimento das raízes indígenas esquecidas e apagadas nos livros de histórias, que por mais de 350 anos tem negado e gerado invisibilidade dos povos que resistem para continuar existindo.

Ainda neste ano, o *“I Seminário Intersectorial sobre a Questão Sócio territorial Indígena em Manaus: Avanços e Desafios na Garantia de Direito e Territorialidade”* foi elaborada pela COPIME. Junto com as lideranças indígenas e organizações parceiras, o evento resultou na *“Carta de Manaus”* com objetivo apresentar diretrizes e demandas para o cumprimento do dever constitucional dos entes federados em relação ao reconhecimento territorial dos povos indígenas em contexto urbano e a efetivação do direito de habitação, que devem ser implementados de forma conjunta e articulada a partir do reconhecimento imprescindível à saúde.

No dia 8 março de 2022, data alusiva ao Dia Internacional das Mulheres, a COPIME participou da I Marcha das Mulheres Indígenas do Amazonas. Nas rodas de conversas, as mulheres indígenas reescreveram sua história uma vez que o estado brasileiro ainda insiste em subentender a presença da mulher indígena no processo de resistência na defesa de seus territórios, desde a colonização. Empoderadas e protagonistas, discutiram sobre diversos temas, falaram dos desafios enfrentados no dia a dia, que fazem das mesmas, mulheres mais fortes e organizadas. Lutam com ternura e sabedoria.

Mesmo diante da presença ativa e protagonista da COPIME, as políticas públicas inclusivas para os povos indígenas em Manaus ainda são incipientes. Nos espaços dos órgãos governamentais em que a COPIME participa, percebe-se visivelmente o descaso com os povos indígenas da cidade. Ainda é necessário entender que a cidadania só existe quando se é praticada. O indígena da cida-

de ou aquele que está na cidade não consegue se autodeclarar indígena por ter medo de enfrentar o preconceito que vem acompanhado da falsa ideologia do não direito a saúde, educação, terra e moradia e esporte e lazer, por ser indígena. Por vivenciar essa realidade, ficam desmotivados. Ser indígena na ou da cidade de Manaus é ainda estar invisível, sendo assim, é necessário lutar por políticas públicas inclusivas, seja na saúde, na educação e cultura.

## OS CAMINHOS DO DIREITO À SAÚDE

O conceito ampliado de saúde, observado na constituição federal, compreende um direito de todos e um dever do estado. Tal achado corrobora com incisos da Lei 8080/90 que ordena o Sistema Único de Saúde (SUS), que entende a saúde como um processo que depende de vários condicionantes, dentre eles, direito à moradia, a alimentação, a lazer, ao trabalho (BRASIL, 1990). Associado a isso, a integralidade cultural do ser indígena entende a sua existência indissociável ao território e, sendo assim, sua saúde está diretamente ligada a questão direito a terra, ao espaço para cultivo, a ter lugar para moradia, a convivência em espaços coletivos, a produção do artesanato.

Para além disso, a saúde é uma condição inalienável para a vida de todos os seres humanos, e isso inclui os povos indígenas que vivem em ambientes urbanos. Além disso, a saúde está intrinsecamente ligada à identidade e ao bem-estar dessas comunidades, influenciando sua capacidade de manter suas tradições culturais e seu modo de vida. Ao reconhecer e garantir a saúde como uma prioridade para os povos indígenas urbanos, estamos valorizando sua existência e contribuição para a sociedade, além de respeitar seus direitos fundamentais como seres humanos.

A preservação da saúde desses povos é essencial para a promoção da equidade e da justiça social em espaços urbanos. Os caminhos dos direitos à cidade e a saúde compreende mobilizações contemporâneas organizadas, tal qual um processo de reterritorialização, de busca por visibilização e de emancipação dos povos nas cidades, motivado principalmente pela busca de serviços de saúde e educação que estão centralizados nos centros urbanos.

Mesmo assim, o subsistema de saúde indígena (Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI) não é suficiente a garantia do acesso aos serviços de saúde para indígenas urbanos, pois indica a cobertura de povos aldeados somente, o que acarreta invisibilidades das políticas quando os indígenas residem nas cidades. Por outro lado, as políticas de atenção básica e de atenção especializada, que dão acesso as unidades de pronto atendimento (UPAs) e hospitais, não estão preparados para promover o cuidado

intercultural, sendo barreiras linguísticas e de cultura principais problemas no acesso ao SUS em Manaus.

Sendo assim, uma questão premente ao coletivo indígena consiste: se é possível ter saúde sem estar protegido pelas políticas públicas de saúde que não levam em consideração aspectos culturais e que limitam por seleção natural o acesso aos serviços de saúde na cidade? Neste sentido, a atuação da COPIME tem acontecido na direção da construção de parcerias e de conquistas de espaços políticos para a garantia da justiça social com enfoque, sobretudo, no direito à saúde.

Em julho de 2017, o Ministério Público Federal do Amazonas (MPF) e o Núcleo de Estudo de Políticas Territoriais na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas (NEPTA-UFAM) realizaram o seminário "*Povos indígenas na Cidade e Políticas públicas*", com o objetivo de debater soluções para a construção de políticas públicas específicas que garantam direito aos povos indígenas em especial, os que migram para a área urbana. No seminário a COPIME expôs toda a realidade dos povos indígenas, desafios e perspectivas.

Sob o encaminhamento do seminário, foi constituído um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) de saúde para os povos indígenas. No dia 23 de abril de 2018 foi criado o GTI na sala de reunião do Ministério Público Federal (MPF), onde estiverem presentes Secretaria de Estado da Saúde (SES AM), Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA Manaus), Coordenação Dos Povos Indígenas De Manaus E Entorno (COPIME), Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (FARIAS, 2018). Dentre as competências, o GTI foi constituído com a finalidade de discutir e deliberar estratégias de atendimento e fortalecimento das ações de assistência e vigilância em saúde indígena na cidade de Manaus. As reuniões foram realizadas mensalmente com produção de informações de grande importância para a manutenção da saúde dos originários da terra.

No início da pandemia, o GTI passou a reunir semanalmente. Como resultado das reuniões, foram encaminhadas as seguintes propostas: a) a contratação de agente de saúde indígena; b) a criação da Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI); c) a atualização no cartão do SUS, substituindo a definição de pardo para declaração por etnia. Tais decisões foram suspensas dada a condição pandêmica que assolou o mundo, o Brasil e o Amazonas.

O advento do COVID-19 foi um capítulo à parte da história da saúde pública no Amazonas, sobretudo a sua capital. As populações indígenas urbanas frequentemente enfrentaram dificuldades para obter informações precisas sobre a COVID-19, bem como para adotar medidas de prevenção

e buscar cuidados médicos. Muitas vezes, essas comunidades citadinas estiveram em condições de grande vulnerabilidade socioambiental com a presença de altos índices de pobreza, habitação precária e falta de acesso a serviços básicos de saúde, que desencadeou impactos desproporcionais sobre os povos indígenas urbanos (NASCIMENTO *et al.*, 2020). No Plano Nacional de Imunização contra a Covid do governo federal, excluiu mais de 400 mil indígenas. Nesse momento Manaus era uma das cidades com situação mais crítica e não se tem os dados dos indígenas que perderam a vida na cidade de Manaus.

No que tange a busca por prioridade nas campanhas de vacinação contra o COVID 19, a COPIME encaminhou ao Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Amazonas do 5º Ofício um plano de enfrentamento para Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Tal solicitação de 2021 reivindica que o Estado tomasse providências cabíveis para efetivar ações em caráter de urgência, entre elas que os povos indígenas tivessem prioridade no Plano de Vacinação, incluindo os que estavam na cidade. Embasado nas informações da COPIME, a COIAB se alia e entra com a ação para que todos os indígenas em contexto urbano tivessem prioridade na vacinação. Quando a decisão favorável foi publicada, a maioria dos indígenas urbanos já estavam vacinados.

No dia 04 de maio de 2021, vivemos um momento histórico na luta pela saúde diferenciada para os povos indígenas. Jason Kokama, na época o Coordenador da COPIME, torna-se o primeiro indígena a assumir a Presidência do Conselho Municipal de Manaus. Diante disso, a COPIME participou na condução da Assembleia e aprovação do regimento da Associação dos Indígenas e Moradores do Parque das Tribos (AIMPAT), cumprindo com a missão de colaborar na construção de novos coletivos indígena organizados. Diante das recomendações do GTI e da AIMPAT, a prefeitura de Manaus oficializou no dia 08 de novembro de 2021 a construção da primeira unidade básica de saúde indígena (UBSI) do Brasil, com atendimento diferenciado aos povos indígenas da cidade de Manaus, mais precisamente no Parque das Tribos na região periférica às margens do rio Tarumã.

Desta forma, a COPIME tem se apropriado e desenvolvido abordagens integradas e inclusivas para garantir a saúde e o bem-estar das populações indígenas urbanas durante a pandemia e seus desdobramentos. Tem participado dos GT's de saúde indígena e da Rede Intersetorial de Saúde Mental Indígena de Manaus e Entorno. Em paralelo a isso, a valorização dos conhecimentos tradicionais e a promoção de abordagens culturalmente sensíveis tem sido pautas políticas de atuação a serem abordadas mais adiante.

## OS CAMINHOS DO DIREITO A EDUCAÇÃO E CULTURA

A educação e a cultura desempenham papéis fundamentais na preservação e fortalecimento da identidade dos povos indígenas que vivem em áreas urbanas. A COPIME defende diferentes caminhos que podem ser adotados para promover a valorização da cultura e o acesso à educação dessas comunidades. A valorização da língua e cultura indígena no currículo escolar é uma forma de fortalecer a identidade desses povos. O estabelecimento de escolas específicas para os povos indígenas nas cidades é uma maneira de criar espaços de ensino que levem em consideração as particularidades culturais e linguísticas dessas comunidades. Essas escolas podem oferecer um ambiente propício para a transmissão de conhecimentos tradicionais e o fortalecimento da identidade indígena.

A criação de centros culturais e espaços comunitários nas cidades permite que os povos indígenas tenham um local para se reunir, praticar suas tradições, transmitir conhecimentos ancestrais e fortalecer sua identidade cultural. Esses espaços podem ser utilizados para a apresentações de danças, cirandas, rodas multiculturais, oficinas de capacitação, mostras de artesanato e exposições de moda que promovam a cultura indígena. A AIMPAT coordena uma maloca cultural que agenda atividades culturais, educativas e de saúde no Parque das Tribos em Manaus.

Não obstante, a COPIME tem atuado no fortalecimento da identidade dos povos indígenas que vivem nas cidades e representado os povos indígenas nas instâncias do controle social da educação e cultura. A Comissão de Educação da COPIME, juntamente com a professora Caroline Barbosa Contente Nogueira, da Faculdade de direito da UFAM, criou o Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de criar uma minuta para regulamentar as escolas indígenas e centros culturais em Manaus e no entorno.

Sobre essa pauta educacional, as reuniões do GT foram realizadas através da plataforma digital. Houve participação dos principais parceiros tais como o Ministério Público Federal, a Secretaria Municipal e Estadual de Educação (SEMED) com a presença da vice-secretária da educação municipal, gerente de educação escolar indígena municipal e estadual, representantes dos professores indígenas das escolas e dos centros culturais, o presidente do Conselho Municipal de educação, casa civil e Secretaria Municipal de Finanças (SEMEF). Na ocasião, foram discutidos a situação dos centros culturais que funcionam na casa da liderança indígena e na associação indígena das comunidades ribeirinhas; a falta de merenda escolar; e a forma de contratação de

professores bilíngues por meio de processos seletivos.

Durante a pandemia percebeu-se o risco de os Centros serem extintos. No dia 16 de setembro a minuta se tornou lei 2.781, regulamentando 22 Espaços de Estudos da Língua Materna e Conhecimentos Tradicionais Indígenas e 04 escolas indígenas Municipal e a criação da categoria professor indígena.

O grande desafio da educação escolar indígena é de ser uma educação diferenciada, para contribuir com a vitalização da língua materna, a preservação da cultura e costumes dos povos indígenas que moram na cidade de Manaus. Por meio do Decreto nº 1.394/11 a Prefeitura de Manaus estabeleceu a criação da Escola Indígena e o reconhecimento da categoria de professor indígena no âmbito municipal. O ato atende os artigos 78 e 79 previstos na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (PREFEITURA DE MANAUS, 2011). A lei existe e a luta é fazer com que ela seja executada de fato, garantindo a educação específica e bilíngue adequada às peculiaridades das diferentes etnias e grupos indígenas.

Diante disso, a COPIME, desde o ano de 2014, pleiteia representatividade no Conselho Municipal de Educação. Não tem como discutir educação escolar indígena sem essa representação. Atualmente a COPIME possui representatividade nos seguintes espaços: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), Conselho Municipal de Cultura (CONCULTURA). E muito tem a fazer para a promoção da cultura e educação de grupos indígenas em Manaus.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mobilização social dos povos indígenas tem sido historicamente, crucial para preservação dos povos, costumes e cultura dessas populações no Brasil. A tentativa de apagamento e retirada de direitos adquiridos se intensificou muito nos últimos anos, levando a uma necessidade de reagrupamento e retomada de lutas pelas conquistas alcançadas, e por direitos ainda não contemplados a essa população.

No âmbito do Amazonas, as mobilizações sociais permaneceram pelo direito à proteção dos conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade e sustentabilidade, e proteção da terra, além disso, permanecem os debates sobre o atendimento à saúde da população em contexto urbano. Tanto a COPIME quanto a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), tem atuado fortemente nas discussões de políticas públicas que garantam direitos aos povos indígenas.



Essas organizações garantem o reconhecimento dos direitos das populações indígenas, considerando as diversidades de etnias e visando a autonomia dos povos através de articulação política local e fortalecimento das organizações indígenas em cada comunidade. A trajetória relatada neste capítulo, demonstra que a COPIME vem representando esse papel mobilizador de forma contínua e atuante, de forma a influenciar na construção de políticas públicas e alternativas para os problemas sociais, com foco na defesa dos direitos à cidade para os povos indígenas.

## REFERÊNCIAS

BOTELHO, M. C. **Os povos indígenas e o direito a terra: o Supremo tribunal Federal e o julgamento da demarcação da terra Raposa Serra do Sol**. In: SIQUEIRA, D. P.; BELINATI, M. (Coord.). *Inclusão social e direitos fundamentais*. São Paulo: Boreal, p. 261-277, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 25 mai 2023.

BRASIL. Lei 8.080. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 19 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2a edição. Brasília - DF: Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

FARIAS, G. **Portaria cria Grupo de Trabalho Interinstitucional na saúde indígena**. 30 maio 2018. Prefeitura Municipal de Manaus. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/noticias/assistencia/portaria-grupo-trabalho/>. Acesso em: 25 mai. 2023.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Documentação do Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

LUCIANO, G. S. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília, DF: [s. n.], 2006. (Série Vias dos Saberes, no 1). Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/>

File/pdf/indio\_brasileiro.pdf. Acesso em: 25 maio 2023.

NASCIMENTO, L. F. M. *et al.* **O Limbo Jurídico do Direito à Saúde de Indígenas Residentes em Contexto Urbano e os Reflexos no Enfrentamento do COVID-19: uma análise a partir da cidade de Manaus, Amazonas.** *Direito Público*, [S. l.], v. 17, n. 94, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4612>. Acesso em: 25 maio 2023.

**PREFEITURA DE MANAUS.** 2011. SEMED. [Prefeitura de Manaus]. Disponível em: <https://semed.manaus.am.gov.br/prefeitura-de-manaus-cria-a-escola-indigena/>. Acesso em: 25 maio 2023.

SOUZA, M. **A paixão de Ajuricaba.** 2. ed. Manaus: Valer, 2005.

VALLADARES, S. **Ajuricaba, um herói da Amazônia: História e mito.** *Dramaturgia em foco*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 251–260, 21 dez. 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/dramaturgiaemfoco/article/view/1133>. Acesso em: 25 maio 2023.

# ÉTICA E OS CAMINHOS DA PESQUISA COM POPULAÇÕES INDÍGENAS EM CONTEXTOS RURAL E URBANO AMAZÔNICOS

*Neuliane Melo Sombra  
Esron Soares Carvalho Rocha  
Zilmar Augusto de Souza Filho  
Rizioléia Marina Pinheiro Pina  
Camila Carlos Bezerra  
Rodrigo Tobias  
Noeli das Neves Toledo*

## INTRODUÇÃO

A pesquisa sobre indígenas na área da saúde apresenta desafios únicos que precisam ser abordados de forma sensível e ética. O sistema de ética em pesquisa desempenha um papel fundamental na garantia da proteção dos direitos, bem como no respeito à autonomia e aos valores culturais das comunidades indígenas. Por outro lado, é sabido que os critérios da proteção podem obstaculizar tempos e pareceres no âmbito dos comitês de ética em pesquisa. Assim, é premente debater percursos de análises éticas de pesquisas que envolvem grupos vulnerabilizados originários que resguarde o conhecimento tradicional e produza conhecimentos de promoção da saúde e bem-estar para as comunidades indígenas.

O debate sobre pesquisa envolvendo saúde dos povos indígenas, sistemas e serviços de saúde, ganhou força com a publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). A política enfatiza em suas diretrizes a participação das instituições de ensino e pesquisa em produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas

de interesse das comunidades e propõe programas especiais, capazes de propor 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 (BRASIL, 2002, p. 15). Assim, entende-se a pesquisa como uma ferramenta indispensável para auxiliar no desenvolvimento de intervenções que ajudara a prevenir ou mitigar o impacto das vulnerabilidades socioambientais na saúde dos povos indígenas.

Desde então, houve um movimento global e local em direção a abordagens mais éticas e colaborativas na pesquisa com indígenas. As diretrizes internacionais, como a Declaração de Helsinque (WMA, 1997) e a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (ONU, 2008), enfatizam a importância do consentimento informado, da participação ativa das comunidades indígenas e da valorização dos conhecimentos tradicionais. No Brasil, a Agenda de Prioridades em Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde (APPMS) recomendou linhas de pesquisa cujos objetivos estão voltados para a melhoria dos serviços do SUS e para avaliar a eficácia e os resultados de determinados serviços e programas, apresenta a saúde indígena entre os eixos prioritários de pesquisa (BRASIL, 2018).

No Amazonas, os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem na modalidade Acadêmica e Profissional da Escola de Enfermagem da UFAM, bem como o de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA Fiocruz Amazônia, tem participado ativamente das discussões sobre a relevância da pesquisa, do ensino e extensão em saúde entre as populações indígenas. Com isso, estudos vêm sendo realizados com a participação dos docentes, discentes, representações dos coletivos indígenas e trabalhadores dos serviços de saúde com a elaboração de linhas e grupos de pesquisas, resultando em publicações científicas, organização de eventos regionais e locais, além de participação dos fóruns de controle social. Nesse sentido, essas instituições por meio dos seus Programas de Pós-Graduação tentam consolidar no cenário amazônico seu papel de promotor e de incentivador do desenvolvimento científico, tecnológico e da inovação no campo da saúde indígena, dada a importância das populações indígenas nesta região, sobretudo no Amazonas.

Nas últimas décadas, ocorreu a chamada *“revolução demográfica”* indígena no Brasil, apontando evidente crescimento desses povos em ritmo superior à média nacional (SOUZA, GARNELO, 2008). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os povos indígenas somam cerca de 896.917 pessoas, destes, 324.834 (36,2%) vivem em cidades e 572.083 (63,8%) em áreas rurais, correspondendo aproximadamente 0,47% da população total do país (IBGE, 2010). Distribuídos em 305 etnias, falantes de 274

idiomas. As terras indígenas ocupam em torno de 12,5% do território nacional (106,7 milhões de hectares) onde residem 517,4 mil indígenas (57,7% do total). Na Amazônia Legal brasileira (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) a população indígena é de cerca de 430 mil (48,3% do total) pertencentes a 63 etnias distintas. (IBGE, 2010; ISA, 2010; IBGE, 2012). No Estado do Amazonas, foram implantados sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que possuem em sua área adscrita, em termos proporcionais, a maior população indígena do país, com 183.514 mil pessoas que se autodeclaram indígenas (IBGE, 2010).

Apesar do expressivo número de indígenas no Brasil, sobretudo no maior estado e mais pluriétnico do país, as pesquisas publicadas na área das ciências da saúde tem ganhado expressividade social e importância para o SUS. Toda pesquisa apresenta desafios e possibilidades, porém ao tratar das populações indígenas, a realização do processo de investigação pode se tornar longo, devido a atos burocráticos que requerem autorizações específicas para a aquisição de anuências e termos de autorizações necessárias para realização de pesquisas nas terras e/ou com populações indígenas. Assim, ainda há uma necessidade urgente de superar as barreiras históricas e estruturais que dificultam a investigação nessa área.

Sendo assim, considerando a complexidade do processo das pesquisas realizadas com essa população, esse manuscrito tem como objetivo descrever percursos investigativos registrados nos diários de campo, bem como refletir as experiências vivenciadas por pesquisadores junto a populações indígenas da Amazônia nos cenários rural e urbano do Amazonas. Para Isso, pretende-se compartilhar duas experiências em pesquisas, uma com a população aldeada da etnia Mundurucu e outra com populações multiétnicas e periféricas urbanas que vivem na comunidade Parque das Tribos localizada na zona oeste de Manaus.

## **A TRAJETÓRIA PARA INICIAR ESTUDOS ENVOLVENDO POVOS INDÍGENAS: ENTENDENDO O SISTEMA CEP/CONEP**

Toda pesquisa que envolve seres humanos precisa atender a resolução 466/2012 e ser avaliada e aprovada pelo sistema CEP/CONEP. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Sistema CEP/CONEP é formado pela CONEP, instância máxima de avaliação ética em protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, e pelos CEP, Comitês de Ética em Pesquisa, que são instâncias regionais. A sua principal atribuição consiste na avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil.

A CONEP possui autonomia para a análise ética de protocolos de pesquisa de alta complexidade, para projetos de pesquisa propostos pelo Ministério da Saúde e de áreas temáticas especiais, a qual pesquisas com populações indígenas se enquadram. Dessa forma, toda pesquisa com populações indígenas requer a análise e autorização desta instância máxima. Enquanto os CEP são responsáveis pelos protocolos de pesquisa de baixa e média complexidade e compreendem ser a porta de entrada para todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Nesse sentido todas as análises que competem à CONEP passam primeiramente no CEP (BRASIL, 2020). Diante disso, pesquisas consideradas de alta complexidade, possuem processo de autorização um pouco mais longo que pesquisas de baixa e média complexidade.

## ANUÊNCIAS E AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS

Após construído um pré-projeto de pesquisa, fez-se necessário obter os documentos para a autorização da realização da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Esse momento por vezes causa tensão, pois a realização da pesquisa depende desses documentos, que em caso de resposta negativa resultará na necessidade da construção de outro pré-projeto. Os documentos não podem ser solicitados antes da escrita do pré-projeto porque para solicitar a documentação, é necessário o seu envio. O processo de solicitação da documentação junto aos órgãos competentes, requer tempo, em média 6 meses, caso não haja nenhuma intercorrência.

A sugestão é iniciar pelos termos de anuências, que são autorizações para a realização da coleta de dados, que deve seguir as orientações da Carta Circular nº 0212 de 21 de outubro de 2010, CONEP/CNS (BRASIL, 2022b). Esse documento irá depender de como os indígenas estão organizados na cidade ou comunidade. Se em comunidades ou agrupamentos, o ideal é identificar as instituições que os representam, como associações, coordenações e as lideranças indígenas. Assim, cada associação, instituição ou liderança envolvida na pesquisa, que são coparticipantes, deve emitir um termo de anuência.

Outro documento necessário é a declaração da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão do governo brasileiro responsável por garantir os direitos da população indígena que vivem em terras indígenas (BRASIL, 2022c). Destaca-se que as pesquisas com população indígena que vive em locais urbanos e que não demarcados não considerados como terra indígena, mesmo que estejam organizados em comunidades e/ou agrupamentos, não estão incluídos nos serviços prestados pela FUNAI. E, sendo assim, o órgão não emite a declaração de autorização para ingresso em área indígena. Pode pa-

recer lógico, porém ao submeter o projeto, alguns comitês de ética solicitam um documento da FUNAI, declarando não possuir atribuições no local que se deseja realizar a pesquisa, visto que não são considerados terra indígena. O pesquisador deve consultar o documento “Instrução Normativa FUNAI nº 01, de 29 de novembro de 1995” (BRASIL, 1995) para maiores esclarecimentos.

O Parecer de Mérito Científico da Pesquisa, é mais um documento solicitado e expedido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) (BRASIL, 2015). O pesquisador precisa elaborar um e-mail, que contenha o projeto em anexo e os detalhes da intenção de realizar a pesquisa, e enviar à coordenação específica da área de pesquisa, no caso, a Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde- COSAU/CGSAU. As informações e normas estão disponíveis no site do CNPQ (BRASIL, 2022).

Os documentos solicitados pelos comitês de ética dependerão das características de cada estudo. Após estar de posse dos documentos, recomenda-se preparar o projeto definitivo, agora de forma detalhada, incluindo os anexos e apêndices para a submissão ao CEP e CONEP. Um anexo que requer atenção é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as orientações para esse anexo podem ser obtidas nos sites dos próprios CEP, como é o caso do CEP da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) (BRASIL, 2022d). Ressalta-se que o mesmo deve ser escrito de forma que o participante compreenda o conteúdo, então deve-se avaliar que termos utilizar.

O tempo em que o projeto será avaliado e liberado parecer de aprovação pelo CEP e CONEP pode variar de 3 a 11 meses aproximadamente, considerando a experiência dos autores deste relato. Primeiramente o CEP analisa o projeto e após sua aprovação, envia-se o projeto para o CONEP, que por sua vez, faz a avaliação. Com base nesta experiência, a coleta está autorizada a iniciar, após a aprovação do projeto pelo CEP e CONEP aproximadamente 12 meses depois da submissão inicial. Importante destacar que em hipótese alguma é permitido iniciar a coleta de dados antes da aprovação.

## EXPERIÊNCIA DE ESTUDOS DESENVOLVIDOS EM TERRAS INDÍGENAS

### **Fatores de risco cardiovascular em população indígena: Experiência exitosa com a etnia Munduruku.**

A experiência dos estudos realizados com os indígenas da etnia Munduruku da T.I Kwatá Laranjal, do município de Borba no Amazonas, ocorreu a partir da aprovação de um projeto universal do Conselho Nacional de Desen-



volvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que buscou avaliar os fatores de riscos cardiovascular nesta etnia. A coleta de dados desta pesquisa foi realizada no ano de 2018 e contou com a participação de 459 indígenas adultos

A pesquisa pretendeu conhecer doenças crônicas e sua relação com os hábitos alimentares e modos de vida da etnia Munduruku, que está entre as quinze etnias mais populosas do Brasil, com 13.103 indígenas, sendo a décima segunda com maior número populacional (IBGE, 2010). Durante a realização da pesquisa não foram encontradas publicações sobre como doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus para este grupo étnico.

Os indígenas Munduruku que vivem na zona rural no estado do Amazonas, residem na TI Kwatá-Laranjal que é composta por 31 aldeias. A demarcação da TI Kwatá-Laranjal pertence aos limites geográficos do município de Borba, com distância da capital do estado de aproximadamente 181 km, em linha reta. Apesar disso, o acesso mais fácil se dá através do município de Nova Olinda do Norte, que possui distância da capital de aproximadamente 134 km em linha reta, o qual pode ser por via fluvial ou fluvial/terrestre, com tempo médio de viagem de quinze horas quando a viagem é exclusivamente de barco e seis horas quando é intercalada entre trajetos de carro e lancha.

O projeto universal passou por todos os trâmites legais e éticos citados no tópico anterior. Logo após foi realizado um novo contato com as lideranças indígenas e com as equipes de saúde das comunidades, nesse momento foi apresentado o documento de autorização da CONEP e da FUNAI para ingresso em terra indígena.

Ao chegar em cada aldeia, procuramos as lideranças indígenas para as devidas apresentações, dialogando de forma clara sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Após isso era realizada uma reunião com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) do Polo Base de Laranjal e Kwatá, os AIS colaboraram voluntariamente na busca ativa dos indígenas e vale ressaltar que essa contribuição foi fundamental na busca e identificação da pessoa sorteada para a coleta.

Os AIS forneceram os cadastros das famílias de cada aldeia, e a partir dessa lista foi realizado o primeiro sorteio da amostra e os subsequentes. Após a realização do sorteio, o convite era realizado, sempre um dia antes da coleta de dados. O convite continha data, hora e as orientações para a realização dos exames.

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras, enfermeiras e discentes de mestrado. Ambas receberam treinamento prévio, específico e padronizado para realizar cada etapa da coleta dos dados, evitando assim erros nas medições e avaliações por falta de padronização, tanto na técnica

da mensuração antropométrica, quanto na realização dos exames de sangue, respeitando a sequência correta da coleta.

Dentre as orientações, havia uma a respeito da necessidade de jejum de oito horas antes da coleta de gota de sangue, devido a importância do jejum para a realização dos exames, antes mesmo da leitura do TCLE, era verificado com o participante se este se encontrava de fato em jejum. Diante disso fazíamos sempre algumas perguntas para confirmar se o indivíduo estava ou não de jejum: “o(a) senhor(a), está de jejum?”, “o(a) senhor(a), tomou café agora pela manhã ou comeu algum outro alimento?”. Em caso de resposta positiva para alguma das perguntas, era realizado o reagendamento desse participante para o dia seguinte e neste momento reforçávamos a importância do jejum para a realização dos exames.

Para todos os indígenas participantes do estudo, os resultados de todos os exames e medidas antropométricas foram informados após a sua mensuração e o resultado escrito foi entregue apenas no último dia, pois a ficha de exame continha informações que poderiam influenciar nas respostas do formulário (última etapa da coleta de dados).

Dessa forma após responder o questionário, o participante também recebia a explicação dos valores dos resultados de todos os exames realizados. A orientação recebida pelo participante era individualizada e direcionada de acordo com os seus resultados. Se o participante estava apresentando um valor de Pressão Arterial alterado sugestivo de HAS, além das orientações em relação a hábitos, alimentação e estilo de vida, este também era encaminhado à equipe do polo base para acompanhamento da equipe multidisciplinar.

E finalmente, no último dia de permanência em cada aldeia, além da entrega dos resultados dos exames em um cartão, toda a comunidade era convidada a participar de uma palestra sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares. Os temas sobre hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo, alcoolismo e alimentação foram abordados de forma criativa e com uma linguagem clara. Os indígenas puderam participar fazendo perguntas e/ou compartilhando suas histórias.

## REALIZAÇÃO DA DEVOLUTIVA NAS COMUNIDADES

Um dos compromissos dos pesquisadores com a liderança indígena era a realização da devolutiva de todos os estudos desenvolvidos. Quase um ano após a coleta de dados, as pesquisadoras retornaram em cada uma das

aldeias para levar os resultados obtidos.

A devolutiva da pesquisa ocorreu no período de 02 a 05 de dezembro do ano de 2019. Toda a comunidade foi convidada a participar, independentemente de ter participado ou não da coleta de dados. De forma lúdica e criativa, nesse momento foram revelados os riscos que cada comunidade avaliada possuía para desenvolver doenças do coração. As informações também contribuíram para que as equipes de saúde pudessem realizar o tratamento e evitar o desenvolvimento de doenças como pressão alta, infarto do miocárdio, derrame, diabetes, entre outras relacionadas.

## EXPERIÊNCIA DE ESTUDOS DESENVOLVIDOS COM INDÍGENAS VIVENDO EM CONTEXTOS URBANIZADOS

### Caminhos da pesquisa com indígenas em Manaus

De acordo com amostras domiciliares, os dados evidenciam uma queda no quantitativo populacional de indígenas em ambientes urbanizados no Brasil, porém a Região Norte foi a única que mostrou crescimento positivo (BRASIL, 2010). Os fatores que motivam os indígenas a deixarem suas terras e viverem em contexto urbano versam pela busca de oportunidade de recursos, principalmente os relacionados à saúde (MUSSI, 2011).

A população indígena brasileira em 2010 era de 896,9 mil indígenas auto-declarados, sendo que 36,2% viviam em área urbana e 63,8% viviam em área rural (BRASIL, 2010). Segundo informações fornecidas pela Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME), em 2018, a população indígena de Manaus era composta por cerca de 35mil indivíduos, distribuídos em 18 comunidades e 36 etnias.

A dificuldade de se obter informações oficiais dessa população, se dá pelas condutas metodológicas aplicadas e pela dificuldade de identificação desses indivíduos, pois muitos indígenas que vivem em área urbana possuem receio em se autodeclarar indígena, fruto de sistemas de preconceitos sociais frente ao diferente cultural (SOUZA, 2017). Além disso, observa-se na prática que muitos indígenas são registrados como pardos, enviesando a realidade dos fatos.

Os indígenas que vivem em contexto urbano buscam sobreviver e enfrentar as inúmeras dificuldades que a vida na cidade oportuniza. Os desafios são

diários e constantes e engloba a luta por moradia, acesso à educação, saúde e trabalho, além da necessidade de confirmar suas capacidades para atender as imposições da sociedade (SOUZA, 2017).

## DA IDEALIZAÇÃO DO PROJETO AO PERCURSO DA COLETA DE DADOS NA COMUNIDADE

O primeiro passo de uma pesquisa colaborativa junto com a população indígena que vive em Manaus, foi realizar oitivas das lideranças e fazer um levantamento de informações bibliográficas e locais. A busca foi realizada via gerenciador de busca Google, a fim de mapear e entender a dinâmica dessa população na cidade. Encontrou-se notícias em jornais, sites oficiais de órgão público e de projetos, trabalhos acadêmicos, artigos e sites específicos como o “Índigenas em Cidades Amazônicas” (COPIME, 2016; PEREIRA, 2021).

Concomitantemente, uma rápida análise foi realizada com a finalidade de avaliar a factibilidade do estudo, além de captar ideias de como a pesquisa poderia ser desenvolvida. O segundo passo foi buscar pessoas e/ou profissionais que pudessem contribuir de alguma forma, momento que resultou na localização de gestores da saúde indígena na cidade, lideranças indígenas e organizações.

Um dos maiores desafios foi delinear a estratégia de como localizar e abordar a população para a coleta de dados, visto que ela está distribuída por diversos pontos da cidade, além de não haver um local específico para atendimento de indígenas, como os existentes em áreas rurais como os postos de saúde dentro das comunidades, polo-base e casa de saúde do índio (CASAI) (BRASIL, 2017, 2022a). Diferentemente dos indígenas aldeados, os urbanos são atendidos pelo sistema municipal de saúde que pode significar barreira de acesso, uma vez que os serviços de saúde não estão condicionados a promoverem o cuidado intercultural apropriado e diferenciado, além da linguística inerente aos povos originários.

Para definir a estratégia utilizada na coleta de dados, foi necessário ativar a participação das lideranças indígenas locais, realizando rodas de conversa, reuniões com a gestão municipal de saúde e visitas locais de reconhecimento da pesquisa. A comunidade do Parque das Tribos, situada no bairro Tarumã Açu na zona oeste da capital, foi eleita por ser a maior comunidade urbana de Manaus, favorecendo assim a interação e abordagem junto aos indígenas. Todas essas informações serviram para construir a primeira versão, denominada de pré-projeto.

Construído o pré-projeto de pesquisa, fez-se necessário obter os documentos para a autorização da realização da pesquisa, seguindo todos os passos já citados no tópico sobre a trajetória para iniciar estudos envolvendo povos indígenas. Após todas as aprovações um novo contato com as lideranças da comunidade foi acordado, a fim de agendar uma data para o início da coleta. As lideranças recomendaram que um vídeo fosse preparado para ser divulgado entre as redes sociais da comunidade, a fim de explicar brevemente os objetivos, a data de início e como a coleta seria conduzida.

O vídeo foi uma excelente estratégia, haja vista a participação de indígenas com 50 anos ou mais e os mesmos que poderiam ter alguma dificuldade para realizar a leitura, no caso de envio de mensagens textos. Além de que o vídeo com a imagem da equipe de pesquisa juntamente com as lideranças, favoreceu a sensação de segurança entre todos os envolvidos, motivando-os a receber a equipe e participar da pesquisa.

A escolha da equipe de pesquisa foi um acordo entre lideranças e instituições de pesquisa e de gestão em saúde. Dado a necessidade de formação de agentes indígenas urbanos apontada pela gestão de saúde local, a Fiocruz e as lideranças estabeleceram um edital para seleção de agentes de pesquisa em saúde indígenas. O processo resguardou a participação ativa de indígenas residentes no Parque das Tribos. Depois da seleção, foi feita uma formação em nível de aperfeiçoamento de 40 horas, com formação técnica em saúde pública. Ao final, todos receberam um certificado da instituição responsável e, desta forma, foi realizado movimentos de desenvolvimento da autonomia dos indígenas, ao mesmo tempo que todos estavam aptos a usarem a tecnologia necessária para a coleta de informações.

A equipe de pesquisa foi composta por pesquisadores das instituições parceiras e também pelo agente de pesquisa em saúde, que morava na localidade. A comunidade foi dividida em “três etapas” e essa divisão serviu de base para a orientação da coleta. Primeiramente, a integrante da equipe de pesquisa visitou as casas da primeira etapa, informando sobre a pesquisa, aplicando os critérios de elegibilidade, verificando a intenção dos moradores em participar ou não do estudo via TCLE e agendando uma data para a coleta de dados.

Pensando no plano de coleta de dados, o território foi mapeado, identificando espaços estratégicos para promoção de encontros. A coleta foi realizada primeiramente na casa de saúde da comunidade, considerada um ponto de referência da Etapa 1 e prosseguiu até que não houvesse mais procura. Após este momento, a equipe de pesquisa transferiu-se para a Etapa 2 da comunidade e prosseguiu a coleta no terreno da igreja católica, local de referência, dando continuidade até cessar a procura. Na Etapa 3 da comuni-

dade, o ponto de referência foi a casa de uma das lideranças indígenas. Ao término do primeiro mês e considerando a primeira estratégia de coleta de dados finalizada, conseguimos coletar 1/3 (um terço) da amostra.

A próxima estratégia foi a visita de casa em casa, direcionada por um formulário construído com base nas informações coletadas na visita inicial com o nome das ruas, os números das casas e com o registro de quem já participou. Para aqueles que não se encontravam em domicílio, agendamos o retorno para a coleta com os seus parentes. Neste momento, a equipe de pesquisa foi reduzida, como já previsto em planejamento, devido o início do calendário acadêmico da universidade. Confesso que esse foi o momento mais desafiador da coleta e para a sua conclusão percorreu-se cinco meses.

## CAMINHOS PROCESSUAIS DO SISTEMA CEP/ CONEP E POPULAÇÕES INDÍGENAS

Os aspectos burocráticos do sistema CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) e CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) podem representar um desafio adicional no início de pesquisas envolvendo populações indígenas. Embora essas instâncias sejam fundamentais para garantir a proteção dos participantes e a ética na pesquisa, muitas vezes o processo de aprovação pode ser demorado e complexo.

Em 2015, foi publicada uma carta aberta sobre os impasses e atrasos da pesquisa clínica no Brasil endereçada a época a Presidente Dilma Rousseff (CARTA, 2015, A7). A indignação dos pesquisadores apontava para os processos administrativos e o atraso nos tempos da pesquisa. Considerava ainda o olhar biocêntrico do sistema CEP/CONEP que não era o grande empecilho, mas, sobretudo, *“a causa é uma só: a burocracia”* (CARTA, 2015, A7). Não obstante, argumentos podem ser recrutados para a instância da pesquisa com populações indígenas.

Assim como estudos clínicos, os estudos com populações indígenas são considerados temáticas especiais e que precisam passar pela análise ética nas instâncias dos comitês de ética e da comissão nacional de ética. A Resolução 466/2012 considera a inclusão das comunidades indígenas na lista das áreas especiais, baseando-se pelo conceito de vulnerabilidade social que afeta a autonomia desses grupos. A vulnerabilidade socioeconômica e cultural a que a maioria dos povos indígenas está exposta não parece, por si só, legitimar o conceito de vulnerabilidade tal como tratado na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013). Assim, considerar as comunidades indígenas como tendo sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida vai contra

as lutas e reivindicações desses povos pelo reconhecimento de seus direitos de cidadania ao longo do tempo.

Dada essas condições, há instâncias administrativas protetivas que são necessárias para o resguardo do patrimônio imaterial do conhecimento cultural de populações indígenas, porém ainda há limite tênue que afeta os procedimentos da pesquisa. Para a realização de qualquer pesquisa, é necessário o parecer técnico da FUNAI, que trata de preservar o acesso aos territórios indígenas e, assim, autoriza a entrada no território. Quando a pesquisa se constitui em ambiente urbano, o trâmite se torna inerte, tendo em vista que a FUNAI não atua junto a indígenas não aldeados e, sim, em territórios específicos. Nesse intervalo, há pouca clareza nas resoluções acerca da conduta a ser tomada pelos pesquisadores para proceder com os trâmites da pesquisa. No caso do nosso relato, houve pendência indicada pelo CEP para que a pesquisa passasse pelo crivo da FUNAI. Todo o processo de análise do projeto com populações indígenas urbanas pelo sistema CEP CONEP totalizou 10 meses.

Embora o sistema CEP/CONEP desempenhe um papel crucial na proteção dos participantes e na garantia da ética nas pesquisas, a complexidade e a rigidez dos procedimentos podem criar barreiras adicionais para os pesquisadores que desejam trabalhar com populações indígenas. Os protocolos exigidos, as exigências documentais e a necessidade de aprovação prévia podem prolongar o tempo necessário para obter as autorizações necessárias, resultando em atrasos substanciais que podem afetar negativamente a implementação da pesquisa e, conseqüentemente, o acesso aos cuidados de saúde adequados pelas comunidades indígenas.

A necessidade de submeter protocolos de pesquisa a múltiplas revisões, a falta de familiaridade dos comitês com as especificidades culturais e epistemológicas indígenas e a exigência de documentos e formulários padronizados podem resultar em atrasos consideráveis no início dos estudos. Esses entraves burocráticos destacam a importância de capacitar os membros dos comitês de ética para lidar adequadamente com as particularidades das pesquisas envolvendo indígenas, agilizando o processo sem comprometer os princípios éticos e a proteção dos participantes.

## O COVID E O TERRITÓRIO DA PESQUISA COM INDÍGENAS

Durante todo o período da coleta de dados em pesquisa com populações indígenas, o calor excessivo foi a nossa maior dificuldade, o que conduziu a tomada de medidas protetivas. Visto que a coleta ocorreu no segundo



semestre do ano, as temperaturas se apresentaram elevadas temperaturas em Manaus e o primeiro semestre é caracterizado por um período de chuvas intensas, o que poderia inviabilizar o planejamento. A equipe de coleta necessitou se proteger com chapéu, roupas com proteção solar e protetor solar. Além disso, o uso de garrafinha de água e lanches foram necessários para amenizar o desgaste físico. Ainda assim, a chuva de dezembro ditou as regras e nos impediu de atuar como equipe de pesquisa em alguns momentos, associado a outros eventos.

A falta de pavimentação e os desníveis das ruas da comunidade, provocaram escorregões e intensificaram o esforço físico. Determinadas ruas eram realmente de difícil acesso, devido ao mato crescido, ausência de calçadas e o lixo nas ruas. A quantidade de cachorros e gatos soltos pela comunidade, chamou atenção principalmente por apresentarem problemas de saúde visíveis. Nas casas éramos sempre recepcionados por muitos latidos e por vezes nos sentíamos ameaçados pelos cachorros. A maioria dos moradores recebeu a equipe de forma muito cordial e poucos se recusaram a nos receber. As entrevistas foram realizadas no quintal debaixo de árvores frondosas e sentados em pedaços de madeiras ou mesmo no chão. A conversa durante a coleta precisava ser controlada para não extrapolarmos o tempo.

Uma parceria com a equipe de saúde da comunidade foi firmada, proporcionando benefícios para ambas as partes. Ao percorrer a comunidade, identificamos algumas necessidades de atendimento de saúde, o que poderíamos resolver de imediato e, quando não, comunicávamos a equipe de saúde que planejamento do atendimento da comunidade.

Outro grande desafio foi a pandemia de COVID-19, todos os cuidados foram adotados, considerando as medidas sanitárias do período e a coleta aconteceu entre o segundo e o terceiro pico da doença em Manaus. A instituição Fiocruz ditou as regras para trabalho de campo das pesquisas em geral, visando, sobretudo a proteção da equipe, da comunidade e o controle da disseminação do COVID-19 nas áreas de grande vulnerabilidade socioambiental. Era obrigatória o uso de máscara, bem como sua distribuição, o uso de álcool 70, o teste anti-covid foi realizado antes de ir a campo. Assim, não tivemos nenhum caso de contaminação decorrentes da pesquisa.

Sem dúvida foi uma das experiências mais enriquecedoras, composta pelo contato com os comunitários e pelo compartilhamento de saberes e vivências. Fez todo esforço valer a pena. Foi fácil? Não. porém os ganhos superaram os momentos de dificuldade e produziram conhecimentos e crescimento pessoal e profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente é consenso que as experiências de pesquisa aqui descritas resultantes de processos investigativos junto a populações indígenas aldeadas e não aldeadas em contexto urbano no Amazonas apontou para dois aspectos transversais: a) a conduta ética atravessa os processos de planejamento e realização da pesquisa, o que pode resultar em desenvolvimento de ações de empoderamento dos coletivos envolvidos; b) a simplificação dos processos de análise pelo sistema CEP CONEP pode ser indutora de celeridade dos procedimentos sem se desvencilhar dos aspectos protetivos dos preceitos éticos.

Os procedimentos do planejamento e da realização da pesquisa com populações indígenas têm o potencial de empoderamento tanto dos coletivos indígenas quanto dos pesquisadores envolvidos. Ao adotar abordagens participativas e colaborativas, nos quais os conhecimentos, perspectivas e necessidades das comunidades são valorizados, a pesquisa pode se tornar uma ferramenta de fortalecimento dessas comunidades, permitindo-lhes ter voz ativa no processo de produção de conhecimento (LEITE, PAIVA, 2017). Além disso, ao trabalhar em parceria com os pesquisadores, os coletivos indígenas têm a oportunidade de exercer maior controle sobre as questões que afetam suas vidas e seu bem-estar, contribuindo para a desconstrução de desigualdades e para o desenvolvimento de soluções culturalmente apropriadas. Do mesmo modo, os pesquisadores também podem se beneficiar desse processo, ao adquirir uma compreensão mais profunda das realidades indígenas e ao aprender com a sabedoria e conhecimentos tradicionais dessas comunidades. Assim, os procedimentos da pesquisa com populações indígenas podem ser uma via de empoderamento mútuo, promovendo o respeito, a colaboração e a construção de relações mais equitativas entre pesquisadores e comunidades indígenas.

No entanto, é importante reconhecer que há sutilezas éticas no processo de análise dos projetos de pesquisas envolvendo povos originários, as quais não devem ser negligenciadas. A necessidade de submissão de protocolos de pesquisa detalhados, a obtenção de consentimento informado, o respeito às particularidades culturais e a garantia da participação ativa das comunidades indígenas podem prolongar o processo de início da pesquisa, resultando em atrasos significativos. Em especial documento exigido pelo CEP em que a FUNAI precisa exarar documento sobre a pesquisa, mesmo essa sendo em território urbano. Esses procedimentos ainda exigidos poderiam ser revistos em normativas e resoluções da instância da CONEP para que estudos com indígenas urbanizados possam ser reconsiderados e adequados, de forma a dar celeridade no processo de autorização com redução de tempo previsto para o início da pesquisa. É fundamental, portanto, buscar maneiras de simplificar

e agilizar os processos burocráticos, sem comprometer a integridade ética, a fim de facilitar e promover a pesquisa científica voltada para a saúde indígena.

Por fim, compreendemos que a ciência não é produzida apenas por meio de intervenções nos corpos, nem a ética está garantida simplesmente ao preencher formulários ou seguir protocolos. Uma pesquisa comprometida, com o uso de abordagens participativas e colaborativas cujo percurso é definido por vínculos e relações ao longo do caminho dificilmente será capaz de lidar com precisão todos os riscos, danos e benefícios envolvidos no processo. Segundo Gusman *et al.* (2016), um horizonte favorável à ressignificação da ética nas pesquisas ganha contornos muito mais visíveis, quando a discussão de um artigo pode ser ampliada para refletir sobre os conceitos de danos, de reparação, de risco, o que torna *“o compartilhamento dessas informações em artigos científicos uma condição bastante relevante para o aprofundamento da questão e a caminhada nessa seara”* (GUSMAN *et al.*, 2016, p. 940). Portanto, entendemos que estudos sociais envolvendo povos originários podem garantir a salvaguarda ética para além dos formulários e protocolos exigidos e que conduz a um processo de investigação mais interessado no desenvolvimento dos sujeitos da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **INSTRUÇÃO NORMATIVA FUNAI Nº 01**, DE 29 DE NOVEMBRO DE 1995. gov.br. Disponível em: <[https://www.gov.br/cnpq/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/servicos/copy\\_of\\_expedicao-cientifica/aex-funai-in-01\\_1995-pq-em-terra-indigena.pdf/view](https://www.gov.br/cnpq/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/servicos/copy_of_expedicao-cientifica/aex-funai-in-01_1995-pq-em-terra-indigena.pdf/view)>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. IBGE. **Indígenas**. Disponível em: <<https://indigenas.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução Normativa (RN-002/2015)**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cnpq/pt-br/composicao/comites-de-assessoramento/normas>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. **Unidades da Saúde Indígena contam com nova classificação para subtipos de estabelecimentos no CNES**. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/sesai\\_noticias/unidades-da-saude-indigena-constam-com-nova-classificacao-para-subtipos-de-estabelecimentos-no-cnes](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/sesai_noticias/unidades-da-saude-indigena-constam-com-nova-classificacao-para-subtipos-de-estabelecimentos-no-cnes)>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. **Saúde Indígena - SESAI**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/saude-indigena-sesai>>. Acesso em: 20 abr. 2022a.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde** - Normativas. gov.br. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/normativas-CONEP?view=default>>. Acesso em: 20 abr. 2022b.

BRASIL. **CNPQ**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cnpq/pt-br/pagina-inicial>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL, F. **Fundação Nacional do Índio**. Disponível em: <<https://www.gov.br/funai/pt-br/pagina-inicial>>. Acesso em: 20 abr. 2022c.

BRASIL, U. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**. gov.br. Disponível em: <<https://www.CEP.ufam.edu.br/tcle.html>>. Acesso em: 20 abr. 2022d.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 Aug 19]. 26 p. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf)

**CARTA aberta dos cientistas brasileiros à Exma. Sra. Presidente da República Dilma Rousseff sobre o atraso na pesquisa clínica no Brasil**. Jornal Folha de S. Paulo, São Paulo, 6 ago. 2015. Poder, A7.

COPIME. **Relatório de Gestão: COPIME**, 2016. Disponível em: <<https://copimeblog.wordpress.com/blog/copime/>>. Acesso em: 25 nov. 2020

GUSMAN, C. R., RODRIGUES, D. A.; Villela, W. V. Trâmites éticos, ética e burocracia em uma experiência de pesquisa com população indígena. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.930-942, 2016.

LEITE, J.; PAIVA, F. S. **Metodologias Participativas em Saúde Comunitária**. Psicol. pesq., Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 1-3, dez. 2017.

MUSSI, V. P. L. Questões indígenas em contextos urbanos: outros olhares, novas perspectivas em semoventes fronteiras. **História Unisinos**, v. 15, n. 2, p. 206–215, 3 maio 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. 2008, 22p.

PEREIRA, J. C. M. Indígenas na cidade de Manaus (AM). **Novos Cadernos NAEA**, v. 23, n. 3, jan. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/8257>>. Acesso em: 22 jan. 2023. DOI:<http://dx.doi.org/10.26404/2474-9169.2021v23n3a01>

org/10.5801/ncn.v23i3.8257.

SOUZA, F. F. **Índios citadinos: a constituição de uma Comunidade Multiétnica no bairro Tarumã**, Manaus, AM. 31 fev. 2023.

World Medical Association Declaration of Helsinki: **Recommendations Guiding Physicians in Biomedical Research Involving Human Subjects**. JAMA;277(11):925–926, 1997. DOI:10.1001/jama.1997.03540350075038.

# O DIREITO À SAÚDE, O DIREITO À CIDADE E OS POVOS ORIGINÁRIOS EM ESPAÇO URBANO

**Fernanda Cabral Cidade  
Ivani Ferreira de Faria**

## INTRODUÇÃO

**A**o pensarmos em povos indígenas, é comum vir ao imaginário coletivo imagens de indígenas vivendo em aldeias isoladas em meio às florestas da Amazônia. No entanto, esse cenário vem se transformando à medida que aumenta o número de indígenas vivendo em centros urbanos, fato observado principalmente nas grandes cidades da Amazônia. Diante do contexto de diversidades de políticas públicas, econômicas, socioculturais e especificamente sanitárias existentes na cidade, a questão dos indígenas vivendo em contexto urbano se situa e busca cada vez mais espaços de resistência e luta por garantia de direitos.

Desde os tempos coloniais são impostos para os indígenas grandes processos de mudanças socioespaciais, onde são retirados de sua terra de origem e realocados em outra terra reconhecida pelo Estado, ocasionando processos de desterritorialização, territorialização e territorialidade. Na cidade, cada etapa deste processo enfrenta as diversas estruturas sociais existentes que acabam por “engoli-los” culturalmente, perdendo assim gradativamente sua identidade. Destarte, é observado que para os indígenas que não vivem em terras a eles destinadas e reconhecidas, a negação dos direitos já conquistados quando estão em terras indígenas, resultando em desassistência e inadequação dos serviços oferecidos pelo Estado, que deixa de oferecer uma atenção diferenciada que considere e respeite as especificidades culturais dos indígenas que vivem em contexto urbano.

A crise de saúde pública causada pela Covid-19 expôs esta histórica lacuna de atenção diferenciada e de desconsideração da etnicidade dos indígenas pelo Estado brasileiro para os que vivem em contexto urbano. Tal omissão frente aos direitos identitários vem associada a uma invisibilização deliberada realizada pelo Estado, fruto de uma herança colonialista e visão integracionista que se retrata no colonialismo interno, em que políticas públicas aos povos indígenas são marginalizadas, colocadas no final da lista de prioridades (OSOE-GAWA, LISBOA, NOGUEIRA, 2021). Ao se pensar o número expressivo de indígenas que vivem na cidade, observa-se um tratamento desigual que os órgãos competentes de atenção à saúde oferecem a estes indígenas, diante deste cenário, novas formas são pensadas com o intuito de garantir o direito à saúde por meio da consolidação da universalização e da territorialização da saúde na cidade para estes grupos sociais vulneráveis quanto ao acesso à saúde. E entendendo-se que o fortalecimento do direito à saúde é uma importante etapa para se alcançar o direito à cidade, pois é a partir de uma construção coletiva que podemos construir uma cidade mais justa e igualitária.

Assim, o presente capítulo intenta discorrer sobre os direitos dos povos originários, donos da Terra Brasilis, em ser e pertencer na diferença como constructo da democracia, da cidadania, como bandeira de luta pelos direitos humanos, a luz dos direitos a viver em espaços das cidades e a usar os equipamentos sociais como os serviços de saúde no Brasil. O texto é dividido em três partes, sendo que a primeira trata das camadas superpostas e sinérgicas do direito a cidade e a saúde pelos povos indígenas em contextos urbanizados; a segunda trata do crescimento das cidades como vetor de atração dos povos indígenas, bem como o direito aos benefícios dos equipamentos de serviços de saúde; e a terceira parte reflete sobre territorialização da saúde com os povos originários em contexto urbano que pode ser considerada uma territorialidade da saúde indígena.

## O DIREITO À SAÚDE, O DIREITO À CIDADE E SUAS INTERCONEXÕES

Um dos grandes desafios da saúde enquanto política pública é entender como as enfermidades se relacionam com o território, tendo em vista que estão intrinsecamente ligados, pois um é reflexo do outro, como já dizia Hipócrates 300 anos a.C, as enfermidades estão no ambiente (LIMA, 2013), com isso podemos entender também a saúde como uma reprodução do espaço vivido, onde a relação de saúde, ambiente e cidade, tão pertinente à geografia da saúde são indicativos que o ambiente das cidades são focos de agravos à saúde (GUIMARÃES, 2015).



Com isso posto, e sabendo da importância da saúde para o desenvolvimento das cidades, pois é nela que a maioria das pessoas buscam por atendimento e serviços de saúde de maior complexidade, cabe o questionamento de como se dá o processo de construção do direito à saúde e do direito à cidade no espaço urbano, principalmente para os que vivem à margem dos benefícios urbanos da cidade, mais especificamente os povos indígenas vivendo em contexto urbano.

O direito à saúde contido na Declaração Universal dos Direitos Humanos reconhece a saúde como um direito inalienável de toda e qualquer pessoa e como um valor social a ser perseguido por toda a humanidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). No entanto, a questão do direito à saúde como um direito humano fundamental perpassa por diversos fatores que vão além da premissa dos direitos humanos, tornando a saúde sempre uma questão sensível, principalmente em países emergentes, com dimensões continentais e especificidades regionais como é o caso do Brasil.

Para garantir o direito à saúde, no ano de 1988 o Brasil criou, por meio da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), hoje um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, sendo a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2009). Assim podemos exemplificar o SUS pela geografia da saúde enquanto sistema público que interconecta o direito e o território, neste caso o estudo do direito à saúde correlacionado à espacialização dos serviços de saúde, e em outras palavras é o processo de territorialização da saúde. Para o Estado, esta territorialização da saúde se dá pela constituição das redes de serviços por ele ofertada a todo e qualquer cidadão, sendo uma das formas de materialização do direito de cidadania.

O crescimento da cidade sem planejamento contribui para o enfraquecimento do desenvolvimento sustentável nos espaços urbanos, tendo em vista que as políticas por si só não asseguram a distribuição da qualidade e benefícios da vida urbana. E dentro deste cenário emergem diversas lutas por direitos sociais, dos quais destacamos alguns neste texto: o direito à cidade, o direito à saúde e o direito à saúde de indígenas residentes em cidades.

O direito à cidade, perpassa por um direito de não exclusão dos benefícios e recursos urbanos daqueles que vivem à margem, daqueles que têm dificuldade ou não conseguem acessar tais benefícios e recursos por diversos fatores, considerados pela sociedade como grupos sociais marginalizados e/ou vulneráveis. A manifestação concreta do direito à cidade se dá quando estes grupos sociais promovem a recuperação coletiva desses espaços urbanos, seja por processos de lutas sociais ou construções coletivas que alcan-

cem o objetivo final que é a justiça social (LEFEBVRE, 1968 ; HARVEY, 2014).

Já o processo de construção do direito à saúde no âmbito mundial se inicia com a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 em que prevê a saúde, além da ausência de doenças, como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. No artigo 196 da constituição brasileira (BRASIL, 1988) se mantém o conceito de saúde da OMS e garantindo também o princípio da isonomia ao garantir desde o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território brasileiro. Neste caso, o direito à saúde vai além do acesso e da atenção médica, é também a necessidade de transformar a realidade das cidades por meio da promoção de saúde onde a ênfase está na saúde e não na doença, criando políticas públicas de saúde mais integradas e intersetoriais (LIMA, 2013).

Com isso o direito à saúde vai se interconectando com o direito à cidade, pois ao mesmo tempo que passa a se garantir espaços urbanos mais saudáveis e ampliação dos benefícios da urbanização para todos, há também uma redução nas iniquidades, sendo esta interconexão uma propulsora da promoção da equidade (FIGUEIREDO, 2017). Desta forma, quando há a promoção do direito à saúde há simultaneamente a promoção do direito à cidade.

Esta simbiose entre o direito à saúde e o direito à cidade representa as interconexões existentes diante de espaços de grande segregação sociocultural e, uma vez combinadas produzem lutas sociais em busca da universalização do acesso à saúde e da territorialização da saúde que, por sua vez, promove efeitos na redução das iniquidades sociais na cidade.

## **A CIDADE E OS DESAFIOS PARA A SAÚDE PARA OS POVOS ORIGINÁRIOS EM CONTEXTO URBANO**

A cidade pode ser entendida como um dos espaços onde ocorrem os processos de urbanização, expansão do espaço urbano e centralização dos principais serviços, ao mesmo tempo que a desigualdade se faz presente nos mais diversos setores, principalmente na saúde. As dificuldades ao acesso à saúde não se restringem a quem vive em áreas isoladas, mas também a quem vive nas cidades, atingindo diretamente a grupos sociais que lá vivem, porém estão à margem dos benefícios urbanos.

Desta forma, a cidade também pode ser compreendida como um campo de lutas por direitos sociais, e nesse campo, o direito à cidade emerge como um direito fundamental para todos que vivam e interajam com sentido

e significados, em especial os povos originários em contexto urbano (GUIMARÃES, 2015). Isso posto, eles são constantemente negados, excluídos e invisibilizados de seus direitos fundamentais garantidos na constituição federal, em específico o seu direito a uma atenção diferenciada em saúde.

Os indígenas quando migram para as cidades, como qualquer outra pessoa estão em busca de melhores condições de vida, pois viver na cidade nos grandes centros urbanos passou a ser sinônimo de mais qualidade de vida. No entanto, em sua maioria vivem em bairros periféricos e sem ou com serviços precários de saúde e educação, enfrentando a constante e pungente ofuscação de sua identidade por parte da sociedade atual, que resulta em muitos casos na própria invisibilidade étnica (MARINHO, CALDAS, SANTOS, 2017; BASTOS *et al.*, 2017). Em outros casos também há uma cobrança por demonstrarem a todo o momento a estereotipada cultura indígena. Além desse tratamento preconceituoso que recebem na cidade, a negligência de seus direitos garantidos por lei também é uma constante na vida dos indígenas urbanizados.

Com o objetivo de se fortalecerem na busca e garantia dos seus direitos fundamentais para a sua sobrevivência e permanência com dignidade na cidade, os indígenas na cidade passaram a se organizar em associações, grupos familiares, comunidades e bairros indígenas. Tais agrupamentos indígenas na cidade, além de serem espaços onde os indígenas podem expressar de diversas formas sua cultura, sua gastronomia e suas relações sociais, ou seja, sua forma de ser e viver no espaço, também podem ser considerados, de acordo com Pereira (2021), uma forma de estratégia para enfrentar as adversidades da vida na cidade, pois é quando se agrupam na cidade que os indígenas mantêm os laços socioculturais com a aldeia e afirmam sua identidade étnica.

Nas associações sem fins lucrativos, estas são palco de reivindicações, fornecem apoio, são o referencial cultural e promovem a união dos indígenas residentes na cidade, até mesmo de diferentes etnias, pois dão voz aos indígenas diante dos órgãos governamentais e da sociedade civil. De acordo com Silva:

São lugares de encontro dos indígenas que estão dispersos por vários bairros da cidade de Manaus, onde são compartilhados com seus parentes (forma como os indígenas se referem a outros indígenas, independentemente de serem ou não parentes consanguíneos - grifo autora) suas alegrias e questionamentos, onde se fala, com frequência, suas línguas maternas, onde as crianças aprendem a respeito da sua cultura, como os mitos, onde se praticam danças tradicionais, onde se come e se bebe alimentos típicos de suas culturas. Por outro lado, as associações representam uma forma de organização para desenvolver relações econômicas por meio do artesanato, principalmente, e de outras atividades produtivas (SILVA, 2015, p. 51).

Desta forma os indígenas para se afirmarem no espaço urbano dominado pela sociedade não-indígena se apropriam dos instrumentos criados por esta sociedade, como por exemplo as associações, e assim passam a reivindicar seus direitos perante as autoridades e por esta própria sociedade e assim conquistar seus direitos de ser indígena, fortalecer os vínculos e valorizar sua identidade e cultura.

No sentido de buscar a equidade social para os povos originários em contexto urbano, a promoção da saúde se torna uma estratégia importante, principalmente nos territórios desassistidos onde geralmente vivem. Galo e Setti (2012) recorre aos princípios da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável para o desenvolvimento de projetos societários que estimulem a produção de autonomia e organização social, e incorporem os territórios excluídos à cidadania. A equidade social alcançada pela promoção da saúde se mostra como solução e ao mesmo tempo um desafio, pois é necessário implementar de forma multidisciplinar no território, redes integradas e articuladas com os diversos atores do território, e considerar a necessidade da população, com o intuito de consolidar as práticas de saúde no indivíduo e no coletivo.

Para o Estado a promoção da saúde se dá pela Rede de Atenção à Saúde por meio da articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e as demais redes de proteção social (BRASIL, 2018), na outra ponta, a população indígena em parceria com o Estado, também podem fortalecer a promoção da saúde com a sua territorialização a partir da interconexão do direito à cidade e o direito à saúde.

Para tanto se faz necessário neste processo de interconexão do direito à saúde e o direito à cidade, enquanto indutor da promoção da saúde, levar em consideração a autonomia e a especificidades culturais dos povos originários e de seus territórios, pois cada um tem seu contexto social, econômico, político e cultural. A participação ativa de todos os sujeitos e agentes é essencial pois ao se alcançar o direito à saúde consequentemente está promovendo o direito à cidade e assim ecoando até alcançar aqueles que vivem à margem dos benefícios urbanos da cidade (SILVA, 2015; GUIMARÃES, 2015).

## DA TERRITORIALIZAÇÃO À TERRITORIALIDADE DA SAÚDE INDÍGENA

A territorialização da saúde pode ir além da espacialização das redes de serviços de saúde oferecida pelo Estado, ela também pode ser a construção do vínculo e do pertencimento entre a população e os serviços de saúde (FARIA, 2020), assim o bom desempenho está mutuamente ligado

com a interconexão dos beneficiários do serviço com a forma de prestação dos serviços de saúde.

A construção coletiva do direito à cidade interconectada com a territorialização da saúde pode ser o início de uma possibilidade viável para efetivação do direito à saúde para povos indígenas que vivem em contexto urbano, sempre levando em consideração sua autonomia e a viabilizando a oportunidade deles mesmo construírem a metodologia de atenção diferenciada. Tal resultado deste processo proposto de territorialização da saúde com os povos originários em contexto urbano pode ser considerada uma territorialidade da saúde indígena, ou seja, a identidade criada a partir da relação da cultura com o território e a promoção da saúde.

Assim, a consolidação do direito à saúde na cidade quando promovida pelo Estado pode ser alcançada com as interconexões do direito à cidade e da territorialização da saúde, territorialização esta, feita de forma coletiva pelos indígenas da cidade, se tornando uma ferramenta importante na construção da territorialidade da saúde indígena. Desta forma, a territorialidade da saúde indígena pode surgir como um fortalecimento às políticas públicas de saúde indígena, pois garante a participação social e principalmente o pertencimento dos indígenas às ações de saúde promovidas pelo Estado, resultando na melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida dos indígenas. Assim, a construção coletiva do direito à saúde, promove também o direito à cidade, também para os indígenas que a usufruem, sendo um caminho para o fortalecimento dos seus direitos quando em contexto urbano, principalmente seus direitos de acesso a uma atenção diferenciada em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A urbanização que é posta atualmente atinge de forma desigual a diversos grupos sociais, onde alguns poucos grupos têm facilidade de acesso aos benefícios urbanos, enquanto a outra grande maioria enfrenta barreiras de acesso e vivem à margem dos recursos urbanos e equipamentos sociais. Com isso, é notório que projetos societários urbanos excluem os diferentes culturalmente e promove dificuldade de resistências sociais e a invisibilidades de grupos vulnerabilizados e de periferia urbana como os indígenas. Ainda há um caminho longo para o arrefecimento da desigualdade social, sinalizando novos desafios para os indígenas e o seu direito à cidade, o que expressa ser um espaço de disputa e luta por direitos.

A fim de refundar a cidade e enfrentar o problema da exclusão social, a construção coletiva do direito à cidade vem no sentido de promover a recu-

peração e o bom usufruto da territorialidade indígena cidadina. A construção coletiva do direito à saúde indígena na cidade se torna também uma ferramenta importante na promoção da justiça e equidade social, tão necessário na consolidação do direito à cidade proposto por Lefebvre e Harvey.

A interconexão do direito à saúde com o direito à cidade, a partir da territorialização da saúde é o caminho para efetivação do direito à saúde para os povos originários em contexto urbano, pois além das estruturas físicas de saúde construídas pelo Estado é necessário a construção coletiva por meio da territorialização da saúde, de relações de vínculo e pertencimento com os serviços de saúde.

E, sendo assim, a consolidação de um serviço de saúde culturalmente diferenciado na relação com a territorialidade indígena na cidade compreende um caminho longo, porém possível para o cuidado intercultural em saúde, que considera e respeita as especificidades identitárias e culturais dos povos indígenas, e que pode ser instrumento de agregação de práticas de cura no fortalecimento de um sistema de saúde brasileiro. Além disso, a assistência em saúde, seja na atenção básica ou na especializada, pode ser resultado do encontro de saberes técnicos e tradicionais, produzindo construção coletiva e participante de projetos terapêuticos interculturais, uma vez que as práticas podem ser planejadas, organizadas, desenvolvidas e avaliadas com todos os profissionais de saúde e pajés, benzedeiras, parteiras e outros envolvidos.

Por fim, entendemos que a territorialidade dos indígenas na cidade e sua relação com o direito a saúde podem prover estratégias de organização e mobilização para reivindicar o direito à saúde e o direito à cidade, como base na efetivação dos direitos fundamentais dos povos originários em contexto urbano, sendo essencial a formação das equipes de saúde que vão atuar na cidade e construção de espaços colaborativos com as organizações sociais indígenas. Desta forma, podemos socializar espaços democráticos e que promovem a autonomia dos coletivos indígenas e produzem cuidado intercultural em saúde.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, J. L. *et al.* **Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa.** CADERNOS de Saúde Pública, v. 33, p. e00085516, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

FARIA, R. M. **A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 11 [Acessado 19 jan. 2023], pp. 4521-4530. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018> Epub 06 nov. 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. **Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?** Ciência & Saúde Coletiva, n. 22, v. 12, p. 3821-3830, 2017.

GALLO, E.; SETTI, A. F. F. **Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20**, Rio de Janeiro. Saúde em Debate, v. 36, n. especial, p. 55-67, junho, 2012.

GUIMARÃES, M. C. R. Os movimentos sociais e a luta pelo direito à cidade no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 124, p. 721-745, 2015.

GUIMARÃES, R. B. Saúde: **fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 1-5.

HARVEY, D. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

LEFEBVRE, H. **Direito à cidade**. São Paulo, 1991.

LIMA, S. C. Espaço, saúde e ambiente na Amazônia: ensaios de geografia da saúde. In: José Aldemir de Oliveira. (Org.). **SAÚDE AMBIENTAL E AS TRANSFORMAÇÕES SOCIOAMBIENTAIS NA AMAZÔNIA**. 1aed. São Paulo: Outras Expressões, 2013, v. 238, p. 32-68.

MARINHO, G. L.; CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. **Indígenas residentes em domicílios "improvisados" segundo o Censo Demográfico 2010**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 1, p. 79-102, jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 12 mar. 2023.

OSOEGAWA, D. K. *et al.* **Povos indígenas, direito à saúde e o enfrentamento da Covid-19 na cidade de Manaus (Amazonas)**. Disponível em: <<https://emporiiododireito.com.br/leitura/povos-indigenas-direito-a-saude-e-o-enfrentamento-da-covid-19-na-cidade-de-manaus-amazonas>> Acesso em: 31 jul. 2022.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PEREIRA, J. C. M. **Indígenas na cidade de Manaus**. NOVOS CADERNOS NAEA, v. 23, p. 11-31, 2021.

SILVA, Z. L. Território e territorialidades indígenas na cidade de Manaus. In: Ivani Ferreira de Faria (Org). **Gestão do conhecimento e território indígena: por uma geografia participante**. 1ªed. Manaus: Reggo, v. 204p, p. 43-72, 2015.





**EIXO II**

**O CUIDADO  
INTERCULTURAL  
EM SAÚDE E O  
URBANO**

# AMBULATÓRIO DO ÍNDIO DO HOSPITAL SÃO PAULO/ UNIFESP: da aldeia à cidade um serviço especializado para acolher a diversidade

**Juliana Cláudia Leal Martins**

**Vânia Fernandes Rabelo**

**Sofia Beatriz Machado de Mendonça**

**Douglas Antônio Rodrigues**

*Ser um indígena urbano é, antes de mais nada, ser um indígena.*

**Daniel Mundurukú**

## INTRODUÇÃO: CARACTERIZANDO O SERVIÇO



Ambulatório do Índio<sup>1</sup> é um serviço de atenção especializada, unidade ambulatorial do Hospital São Paulo - HSP, vinculado ao Projeto Xingu, programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)<sup>2</sup>. O serviço foi criado oficialmente no ano de 1989, embora já fossem realizados atendimentos desde 1983 em resposta à país, que ficavam alojados na Casa do Índio de São Paulo, à época administrada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).O

**1** - Na ocasião da criação do serviço, a palavra índio era a terminologia utilizada na época em que havia um contexto de afirmação étnica dos povos indígenas. Neste sentido, o nome Ambulatório do Índio cumpria o papel de reforçar o recorte étnico que sustenta a especificidade do serviço. A mudança do nome do ambulatório tem sido discutida, inclusive com os estudantes, com o objetivo de problematizar a ressignificação do termo *índio* e a necessidade, ou não, de sua substituição pela palavra indígena.

**2** - O Projeto Xingu é um programa de extensão universitária do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, com foco na saúde dos povos indígenas. Para saber mais: [www.projetoxingu.unifesp.br](http://www.projetoxingu.unifesp.br).

ambulatório tem a missão de promover de forma intercultural, equitativa, tempestiva e dinâmica o direito fundamental à saúde dos povos indígenas do território nacional (UNIFESP, 2014, 2015; PEREIRA *et al.*, 2014).

Inicialmente o público majoritário do serviço era representado por indígenas provenientes de diferentes regiões do país, que vinham a São Paulo para tratamentos de saúde com demandas de maior complexidade. Com o passar do tempo e a estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS), a demanda por atendimentos complexos cresceu e ficou mais organizada.

Entre os anos 2015 e 2019 o serviço atendeu indígenas de 89 etnias, provenientes de 30 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sendo a maioria residente nas regiões Centro-Oeste e Norte do país. Em relação à faixa etária, em todos os anos, prevaleceu o atendimento de indígenas com idade entre 20 e 59 anos, seguida dos idosos e dos menores de 15 anos. Há uma quantidade expressiva de atendimentos a indígenas moradores das cidades do estado de São Paulo, superando o número de atendimento dos indígenas residentes em aldeias. Apesar do ambulatório ter estrutura para atender um maior número de indígenas provenientes de outros estados, o número de atendimentos fica restrito à capacidade que a Casa de Saúde Indígena de São Paulo (CASAI-SP) possui para receber os casos.

Como exemplos de casos complexos pode-se citar doenças raras, mal-formações congênitas e casos oncológicos em estágio avançado. Além dos aspectos clínicos, a complexidade dos casos está relacionada à presença de outros fatores como a baixa resolutividade dos serviços nos locais de origem, muitas vezes agravando os casos (dificuldade de acesso, morosidade e experiências negativas), questões relacionadas à interculturalidade, como: comunicação, dificuldade de adaptação ao ambiente urbano e à CASAI e eventuais conflitos entre os sistemas tradicionais de cura e a biomedicina. Nos últimos anos o serviço tem recebido indígenas de contato recente, provenientes de áreas remotas e até indígenas em isolamento voluntário.

Cabe ao ambulatório acolher, fazer o primeiro atendimento e servir como uma espécie de central de atendimento aos indígenas, acompanhando seu itinerário terapêutico entendido como *“o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento, desde a constatação da desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores, etc.) e curas”* (BUCHILLET, 1991 p.28). O itinerário terapêutico neste texto refere-se às estratégias que o paciente, familiares e profissionais de saúde dos serviços de atenção básica à saúde indígena utilizaram em bus-

ca da solução de seus problemas de saúde até chegar no Ambulatório do Índio. Também entendemos como parte deste itinerário terapêutico as propostas terapêuticas fragmentadas, oriundas das diferentes especialidades e subespecialidades que cada paciente demanda, no cenário de um hospital terciário de alta tecnologia.

Na rede de ambulatórios de especialidades do HSP, o Ambulatório do Índio não tem como referência a especialidade médica. A interculturalidade em saúde e a prática indigenista permeiam o contexto do trabalho e o recorte étnico social é o que sustenta a atenção especializada. Trata-se de um serviço cuja especialidade é atender pacientes indígenas, reconhecendo os determinantes socioculturais presentes em seu processo de adoecimento buscando garantir que sejam sempre considerados no plano terapêutico de cada paciente, tendo a coordenação do cuidado como base do trabalho e um atributo essencial para a gestão do cuidado. Mais que acompanhar e organizar o plano terapêutico, o ambulatório atua como um interlocutor entre os determinantes e práticas de saúde indígenas e a biomedicina. Para isso, o Ambulatório do Índio conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiras, cirurgião dentista, nutricionista, técnica de enfermagem, médicos e auxiliar administrativo. A maior parte desses profissionais possui larga experiência de trabalho em saúde indígena, incluindo a atuação dentro dos territórios indígenas. A ambiência é trabalhada para garantir maior acolhimento e identidade ao serviço. Neste aspecto, o espaço físico dispõe de objetos e imagens que remetem a diferentes povos indígenas. Os instrumentos de identificação dos pacientes contemplam informações sobre etnia, local de origem e moradia. Não raro, a sala de espera do ambulatório funciona como um espaço de reencontro entre parentes que são usuários do serviço.

O ambulatório trabalha em estreita articulação com a Casa de Saúde do Índio de São Paulo (CASAI/SP). Trata-se de um serviço único no país constituindo uma porta de entrada diferenciada para as populações indígenas num hospital de alta complexidade como é o HSP (PEREIRA *et al.*, 2014).

Além da dimensão assistencial, o Ambulatório do Índio também desenvolve atividades de extensão, formação e pesquisa. Pertencer a um hospital de ensino faz do serviço um espaço privilegiado de formação para estudantes de graduação, residência médica e multiprofissional, pós-graduação das áreas da saúde da UNIFESP e outras instituições. A experiência do ambulatório tem sido compartilhada na forma de ofertas de capacitação para equipes da Estratégia de Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde da Grande São Paulo que têm grandes contingentes de indígenas em seu território sanitário. As atividades de formação têm como

principal objetivo abordar a vulnerabilidade socioepidemiológica dos indígenas e a dimensão intercultural da saúde a partir do contexto da saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS).

O componente de pesquisa focaliza o acesso dos indígenas a serviços de saúde de maior complexidade, questões relacionadas à organização dos serviços de atenção à saúde indígena no SUS e a investigação de problemas relevantes de saúde que se destacam no perfil dos usuários do ambulatório, assim como a segurança alimentar e nutricional. Linhas de pesquisa em saúde da mulher, dermatologia e doenças crônicas não transmissíveis também têm sido desenvolvidas no Hospital São Paulo, nas Terras Indígenas Xingu e Panará em Mato Grosso e junto a indígenas vivendo em aldeias ou em situação urbana nas cidades da Grande São Paulo<sup>5</sup>.

Além de caracterizar o serviço, pretende-se aqui descrever aspectos do seu funcionamento, do perfil dos indígenas atendidos e suas necessidades, com foco no atendimento dos indígenas residentes na cidade e mostrar como a coordenação do cuidado é operacionalizada. Algumas reflexões trazidas, neste texto, são oriundas da vivência no cotidiano do trabalho.

## ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO: UM CUIDADO INTERCULTURAL

A coordenação do cuidado é o eixo norteador do trabalho do Ambulatório do Índio, contribuindo na organização do serviço e qualificação da atenção.

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA, 2010, p.5).

Pham *et al.* (2009) apontam que a coordenação do cuidado envolve atividades complexas que requerem interações entre prestadores, e entre prestadores e pacientes, incluindo transferência de informações clínicas no tempo correto, comunicação efetiva entre as partes envolvidas e compartilhamento de decisões (apud OLIVEIRA, 2017, p.7).

As potencialidades da coordenação do cuidado num serviço especializado são percebidas no cotidiano e se traduzem em resultados que contri-

---

<sup>5</sup> -São Paulo, Guarulhos e São Bernardo do Campo

buen para a qualidade da atenção, como ilustrado na figura abaixo:

**Figura1 – Potencialidades da coordenação do cuidado no Ambulatório de Índio**



**Fonte:** Relatório de Avaliação e Planejamento - Ambulatório do Índio, 2017

A coordenação do cuidado é realizada por meio do acompanhamento sistemático dos casos acompanhados nas especialidades do HSP, com o objetivo de garantir maior resolutividade, garantir a integralidade da assistência, coordenar itinerários diagnósticos e terapêuticos e consolidar os projetos terapêuticos singulares.

Dentre as atividades diretamente relacionadas à coordenação do cuidado estão: acolhimento aos pacientes e acompanhantes, discussão de casos clínicos com as especialidades e com as equipes de saúde dos locais de origem dos pacientes, visitas hospitalares, negociação e gerenciamento de procedimentos. Esse movimento da equipe do ambulatório junto às especialidades, assim como a presença constante de estudantes em estágios curriculares e voluntários no serviço, contribui para que a temática indígena e a integralidade do cuidado sejam frequentemente discutidas em setores do HSP, caracterizados pela fragmentação em subespecialidades médicas.

Nos últimos anos, o serviço vem adotando estratégias para a melhoria da qualidade da assistência, adequação às mudanças identificadas no perfil dos usuários atendidos, valorizando cada vez mais as interlocuções com

os demais serviços da instituição e com as equipes de saúde dos locais de origem dos pacientes indígenas atendidos. Para isso, foram feitas modificações no processo de trabalho e adotadas novas ferramentas de organização do serviço. Duas ferramentas que merecem ser destacadas são a criação e implementação do acolhimento e o sistema local de informações.

O acolhimento implica na escuta do usuário reconhecendo a legitimidade de suas demandas de saúde. Uma postura coletiva norteadora da prática do serviço e que colabora para construção de vínculo, compromisso e confiança entre os usuários, equipes, trabalhadores e serviço (BRASIL, 2013).

No Ambulatório do Índio, o acolhimento se concretiza em um conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional, nos diferentes espaços nos quais os profissionais têm contato com os pacientes e familiares. Ocorre de maneira individual ou coletiva com o objetivo de escutar, identificar as necessidades de saúde, esclarecer dúvidas relacionadas a procedimentos diagnósticos, plano terapêutico, orientar sobre questões relacionadas à assistência e informar sobre o objetivo e funcionamento do ambulatório. Todas as demandas que chegam ao serviço são acolhidas e avaliadas pela equipe e quase sempre têm como desfecho uma consulta médica. Além disso, o acolhimento é uma oportunidade valiosa de entender como o paciente está vivenciando o processo de adoecimento, a forma como as questões culturais se faz presente neste processo e que demandas elas trazem para a equipe na construção e execução do plano terapêutico.

A necessidade de gerar indicadores culturalmente sensíveis para a avaliação e planejamento do serviço motivou a equipe a elaborar um sistema local de informação do Ambulatório do Índio, implantado em 2015. Esse sistema de informações é alimentado cotidianamente e contempla um conjunto de variáveis que traduzem a especificidade do serviço, para além das informações fornecidas pelo sistema de prontuários eletrônicos do HSP. O sistema possibilita a consolidação de dados para o apoio à gestão e planejamento da assistência, por meio de relatórios gerados automaticamente com informações chave para o gerenciamento do serviço. Desde sua implantação tem sido possível conhecer melhor o perfil dos usuários, suas demandas e os produtos gerados no serviço.

## **O ATENDIMENTO AOS INDÍGENAS RESIDENTES NAS CIDADES**

Desde que foi criado, o Ambulatório do Índio atende indígenas residentes da grande São Paulo. No início, o atendimento aos indígenas moradores

da cidade obedecia a uma demanda espontânea, muitas vezes, funcionando como porta de entrada para problemas relacionados à atenção básica em saúde. Estes indígenas permaneceram vinculados ao serviço e trazendo consigo sucessivas gerações de familiares e conhecidos, numa divulgação boca a boca de grande eficiência. É comum os indígenas moradores da cidade procurarem a equipe do Ambulatório do Índio para solicitar atendimento para familiares residentes em outros estados e que se deslocam, temporariamente, para a cidade de São Paulo em busca de assistência médica. Para acolher essa demanda de maneira organizada, foram deflagradas articulações junto às lideranças indígenas e às áreas específicas relacionadas às questões indígenas no município e estado de São Paulo, para construção de serviços de saúde de referência para o atendimento básico dos indígenas na rede municipal. Há alguns anos foram implementadas duas unidades básicas de saúde com espaço e equipe dedicada ao atendimento de moradores indígenas, uma delas na cidade de São Paulo e outra na cidade de Guarulhos. Está em andamento a implantação de novas equipes em Unidades Básicas do município de São Bernardo do Campo. O Projeto Xingu e o Ambulatório do Índio têm colaborado com a capacitação dessas equipes municipais e o ambulatório serve de referência para casos de maior complexidade.

A partir do sistema de informações do serviço é possível identificar um aumento dos atendimentos de indígenas moradores da cidade, residentes em diversos bairros da cidade de São Paulo e região metropolitana. A faixa etária predominante é de 20 a 59 anos. No que se refere às etnias, o maior número de atendimentos se concentra entre os povos Pankararu, Guarani e Kaimbé. O perfil de morbidade se assemelha ao da população urbana não indígena, caracterizado por doenças crônicas não transmissíveis, doenças osteomusculares e sofrimento psíquico.

O acolhimento tem sido uma ferramenta importante que tem permitido qualificar e entender melhor a demanda dos indígenas moradores da cidade. Esta prática tem revelado situações vivenciadas pelos indígenas moradores da grande São Paulo no que diz respeito à atenção à saúde que lhes é oferecida. A quase totalidade das demandas chegam ao serviço a partir dos próprios indígenas e, em geral, estão contextualizadas na falta de acesso e/ou desconhecimento sobre a rede de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, no vínculo frágil que estabelecem com os serviços de atenção primária, descrédito por experiências negativas prévias e, principalmente, pela falta de resolutividade dos serviços de saúde. As histórias mostram que, frente à falta de acesso e morosidade, os usuários buscam diferentes caminhos para a resolução de seus problemas de saúde, traçando mapas de cuidado próprios (CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014). Nessa busca, o Ambulatório do Índio figura como uma possibilidade na trama tecida por cada usuário a partir de seu itine-



rário terapêutico. Entre as estratégias perseguidas pelo Ambulatório do Índio está o mapeamento, comunicação e articulação com a rede de serviços do SUS nos territórios de origem desses usuários, compreendendo as suas

necessidades e estabelecendo um fluxo mais adequado para o atendimento. O maior fluxo de pacientes indígenas moradores da cidade, tem evidenciado a existência de barreiras de acesso para esse segmento da população, e merece estudos mais aprofundados, no sentido de melhor identificá-las.

Para os usuários, o Ambulatório do Índio é caracterizado como um espaço diferenciado. Esta diferenciação, percebida pelos usuários, está relacionada ao fato do serviço ser culturalmente sensível, ter como referência o recorte étnico, ter um olhar para o indivíduo percebendo-o em seu contexto cultural, social e familiar. O ambulatório conta com uma equipe comprometida que acompanha, sistematicamente, os pacientes em todo o seu percurso de cuidado.

Percebe-se, pela procura do serviço, que o ambulatório serve como um espaço de reafirmação étnica para os indígenas que, uma vez inseridos no contexto urbano, em geral têm sua identidade anulada.

## **POR QUE ATENDER OS INDÍGENAS MORADORES DA CIDADE?**

A cidade de São Paulo é uma das metrópoles que abriga uma considerável população indígena de diferentes etnias, em sua maioria proveniente da região Nordeste, fortemente marcada pela redução e perda dos territórios indígenas. (CPISP, 2005).

De acordo com o IBGE (2010), a cidade de São Paulo tem o maior número de indígenas vivendo em área urbana e possui a maior população indígena do estado. Há indígenas residindo em todas as cidades da região metropolitana. São indígenas com diferentes histórias de deslocamento (voluntário ou forçado) a partir de seus territórios originais, motivados pela busca de melhores condições de vida, existência de conflitos pela terra, busca de oportunidades de trabalho e maior acesso à saúde e educação. Igualmente, diversas também são as formas de apropriação e interlocução com o espaço urbano trazendo pluralidade de sentidos sobre o estar na cidade (CPISP, 2005, 2013).

Os indígenas que moram nas cidades sofrem preconceito, discriminação e são invisibilizados. São tratados como indivíduos e não como parte de um coletivo. Em muitos casos estar na cidade é importante para afirmação ou

reafirmação de sua identidade e para garantir direitos indígenas. Além da discriminação e da invisibilização, os indígenas que moram na cidade enfrentam problemas como trabalho informal, baixa renda e local de moradia inadequado, carente de estruturas sociais e saneamento básico. Estão mais expostos às doenças evitáveis como desnutrição, infecções respiratórias e diarreicas. Estão muitas vezes para além das periferias, seguindo a previsão de Darcy Ribeiro (1996) quando apontava que a absorção dos indígenas pela sociedade envolvente se daria em seus limites periféricos junto de outras comunidades e populações negligenciadas.

No imaginário nacional, a figura do indígena guarda uma associação com a vida na floresta em íntima relação com a natureza. Possuem traços fenotípicos e vestimentas características, são habitantes de terras remotas, distantes geográfica e culturalmente do contexto das cidades. Uma imagem estereotipada historicamente elaborada e alimentada, congelada no tempo e no espaço e que guarda também um julgamento moral, que define uma identidade aos indígenas e o lugar que eles devem ocupar. Uma vez no ambiente urbano passam a ser vistos sob a ótica que lhes confere um distanciamento de sua natureza, acompanhando de anulação de sua identidade étnica e consequentemente de suas particularidades socioculturais. O deslocamento para o centro urbano é frequentemente acompanhado de uma perda identitária (MESQUITA, 2015; MAHER, 2016).

Os indígenas que moram na cidade são os mesmos indígenas que compõem os 305 povos indígenas do Brasil, sem nenhuma diferença. É o mesmo sangue, a mesma cultura alimentar, em troca permanente com seu povo. Pertencem às mesmas organizações sociais, linguísticas, culturais e epistêmicas (BANIWA, 2019).

Os indígenas em contexto urbano moram em residências, muitas vezes transitórias, com profundo vínculo e trocas com suas comunidades de origem. É intenso o ir e vir das aldeias para as cidades. A casa de uma família indígena na cidade pode representar um espaço prolongado de uma aldeia, como parte do seu território de trilhas para pesquisar, colher, coletar, conhecer e explorar.

## UM SISTEMA DE SAÚDE DIFERENCIADO PARA OS INDÍGENAS? À GUIA DA CONCLUSÃO

Depois de muita luta, lideranças homens e mulheres indígenas, junto a apoiadores sanitaristas e indigenistas, foi criado por meio da Lei 9.836 / 1999, de autoria do médico sanitarista e Deputado Federal Sérgio Arouca, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS). Esse subsistema faz parte do SUS, é descentralizado, hierarquizado, regionalizado

e tem como base territorial os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) compondo um mosaico de 34 distritos em todo o país. A porta de entrada do subsistema de atenção à saúde indígena acontece a partir das aldeias com os agentes indígenas de saúde e a equipe multiprofissional de saúde indígena. Esse subsistema, de gestão federal com complementaridade de Estados e Municípios, possui uma rede de serviços de Atenção Primária (Básica) à Saúde que tem como eixo norteador a atenção diferenciada, caracterizada pela territorialização distinta, que tem como referência as Terras Indígenas e não os municípios, a caracterização étnica, a articulação com as práticas tradicionais de cura e cuidado, o perfil epidemiológico e o controle social.

Uma das maiores dificuldades do SasiSUS tem sido a garantia da integralidade do cuidado, que passa pela articulação dos DSEI com as redes de atenção de média e alta complexidade do SUS regional.

A lei 9836 de setembro de 1999 alterou a Lei 8080 e regulamentou o SasiSUS. No capítulo V, artigo 19, itens A a H, determina que o SasiSUS será, como o SUS, regionalizado e hierarquizado, composto por uma rede de serviços nos territórios indígenas, agrupados em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de gestão federal. Determina que as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde que constitui a rede de serviços de média e alta complexidade.

O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações (BRASIL, 1999, p.1).

Essas adaptações na rede do SUS, quando necessárias deverão ser pactuadas nos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

É nesse âmbito que precisam ser criadas estratégias, fluxos e estruturas que garantam a atenção diferenciada, incluindo os indígenas que estão vivendo nas cidades como parte da população adscrita ao território da saúde sob sua responsabilidade.

Como responsabilizar gestores municipais que entendem a atenção à saúde indígena como responsabilidade federal exclusiva? Como garantir a presença da gestão do SasiSUS nos colegiados intergestores, nos quais sua

participação, na maioria das vezes, é precária ou inexistente? Como coordenar o cuidado a partir da aldeia e percorrer um itinerário terapêutico que alcance a atenção integral e resolutiva?

Há exemplos de iniciativas do Ministério Público Federal (MPF), em diferentes estados e municípios, garantindo o acesso a serviços de saúde para os indígenas em contexto urbano, entre eles o caso dos Pankararu, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Real Parque em SP (CPISP, 2013). Uma medida importante, mas não exaustiva, encontra-se na portaria ministerial número 2663 de 11/10/2017, que define critérios para repasse do Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAEPI), uma fonte de recursos extra teto para serviços do SUS que atendam pacientes indígenas de forma diferenciada, em articulação com os DSEI.

A temática da presença dos indígenas nos centros urbanos não é nova e tem se tornado cada vez mais presente nas pautas de discussão das áreas da saúde, educação e direitos civis. A discussão sobre a atenção diferenciada à saúde para os indígenas moradores das cidades é um tema da atualidade. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAS-PI) é omissa com relação aos indígenas moradores das cidades, apenas recentemente visibilizados. No contexto da pandemia de Covid-19, vários debates foram deflagrados a partir da instituição da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709, ajuizada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), que determinou à União a elaboração e adequação do plano de enfrentamento da Covid-19 entre os povos indígenas, estendendo inclusive sua cobertura aos moradores das cidades. Embora durante todo o período da pandemia esse plano nunca tenha sido aprovado em sua totalidade, ele foi importante para dar visibilidade a essa demanda, cada vez maior, devido ao maior movimento de indígenas entre suas aldeias e as cidades.

Diante desse complexo cenário a pandemia do coronavírus tem colocado holofotes em todas as mazelas e desigualdades que caracterizam nossa sociedade. No caso dos indígenas a pandemia somou-se a muitos outros problemas que enfrentam em seu cotidiano e mais intensamente nos últimos anos. Essa relação entre os povos indígenas e a nossa sociedade se reflete na sua condição de vida e saúde. Os povos indígenas já partem para esse enfrentamento em condições de desigualdade. As invasões das terras, o garimpo ilegal, os madeireiros, grileiros, o desmatamento, as queimadas, aumentam o risco à vida das pessoas. Vários estudos revelam uma carga maior de doenças, uma alta mortalidade infantil, insegurança alimentar e condições precárias de saneamento básico (CARDOSO *et al.*, 2009; MAZZUCCHETTI *et al.*, 2014; RODRIGUES, MENDONÇA, 2017; AZEVEDO *et al.*, 2020; PONTES *et al.*, 2020).

Ao longo da pandemia, as informações sobre os casos de doença e óbitos entre os indígenas pelos órgãos oficiais consideraram apenas aqueles moradores de aldeias. Há subnotificação do número de casos pela dificuldade de confirmação diagnóstica, e de testagem nas áreas indígenas e mesmo nas áreas urbanas. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) não considera em suas estatísticas os indígenas que moram ou estudam nas cidades. Essa atitude reforça a discriminação e a invisibilização dos indígenas que vivem em contexto urbano.

Já a Articulação do Povos Indígenas do Brasil (APIB) tem feito a compilação de dados relacionados aos povos indígenas e a Covid-19 pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena e pelas suas organizações indígenas de base, nesse caso buscando informações junto aos municípios e considerando também os indígenas moradores da cidade. Os números são díspares. Até o dia 10/03/22 foram registrados pelo Comitê Nacional 68.877 casos confirmados de Covid-19, 1288 óbitos e 162 povos afetados, enquanto a SESAI contabilizou 62.980 casos e 892 óbitos entre os indígenas no Brasil. Dados parciais do EPI-COVID-19 mostraram que a população indígena que vive nas cidades é o grupo mais vulnerável no Brasil à infecção de Covid-19 tendo prevalência 6,1 vezes maior quando comparada à prevalência entre brancos (HALLAL *et al.*, 2020).

Essa distinção entre os indígenas que vivem nas aldeias ou nas cidades é falsa. Como diz Baniwa (2019) é preciso rejeitar a tese que busca “*desigualar os iguais*” e testemunha “*Essa régua que nos discrimina, que nos separa, (entre aldeados e desaldeados) é muito difícil [...]*” Essa atitude dos órgãos oficiais foi responsável pelo alastramento da doença nas aldeias à medida que o ir e vir das cidades é frequente. Em muitas aldeias a doença foi deflagrada neste movimento, parentes que vinham ou iam para a cidade contraíam a doença e ela se espalhava pelas aldeias.

Entre os indígenas que vivem em contexto urbano, lideranças indígenas e suas associações percorreram um caminho difícil de negociações e articulações com municípios e estados, muitas vezes à revelia dos próprios órgãos responsáveis pela questão indígena como a SESAI e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), para serem considerados grupo prioritário assim como os indígenas que vivem nas aldeias, e construir juntos estratégias mais eficazes de enfrentamento da Covid-19 e terem acesso aos serviços de saúde e à vacinação.

A experiência do Ambulatório do Índio do HSP mostra que é possível desenvolver equipamentos de atenção especializada com sensibilidade cultural, articulados com o SasiSUS, garantindo acolhimento adequado e o direito à atenção diferenciada aos indígenas que vivem nas aldeias e nas cidades, em um hospital terciário, de grande complexidade.

Os bons resultados, traduzidos na satisfação dos usuários, na solução de casos complexos de forma tempestiva e na interlocução com os serviços de origem dos pacientes são indicadores de uma experiência exitosa e que pode ajudar efetivamente na melhora da assistência à saúde dos povos indígenas em nosso país.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* **Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** 2010. Tese (Doutorado em Saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2586>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

AZEVEDO, M. *et al.* **Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19:** Caderno de insumos. 2020. Disponível em <<https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1794>>. Acesso em: 11 jul. 2022

BANIWA, G. **Webnário MPF: Atendimento à saúde para indígenas em contexto urbano.** Youtube, 26 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=gBdogYHKNSM&t=252s>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1999. P.1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - PNH:** Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/SM 2.663 de 11 de outubro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28

de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663\\_16\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html)>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: Buchillet D (org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991, p. 21-44.

CARDOSO, A. M. *et al.* (Coord.). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: FUNASA, 2009. Relatório Final (Análise de dados), n. 7. 494 p. Disponível em: <<https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/6274>>. Acesso em 15 mar. 2022

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. In: **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: HUCITEC, p. 198-198, 2014.

CPISP – COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. **Índios na cidade de São Paulo**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://cpisp.org.br/publicacao/indios-na-cidade-de-sao-paulo/?portfolioCats=271%2C272%2C20%2C21%2C22%2C507>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. **A cidade como local de afirmação dos direitos indígenas**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://cpisp.org.br/publicacao/a-cidade-como-local-de-afirmacao-dos-direitos-indigenas/>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

GARNELO, L. Extensão de Cobertura do Subsistema de Saúde Indígena para Residentes nas Cidades e em Áreas não demarcadas. **Controvérsias, Possibilidades e Avanços**. Brasil, 2021. Disponível em: <<http://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/4799>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

GUIRAU, K. M.; SILVA, C. R. Povos indígenas no espaço urbano e políticas públicas. **Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas: Aproximando Agendas e Agentes**. São Paulo: UNESP, 2013. Disponível em: <<https://www.fclar.unesp.br/Home/Pesquisa/GruposdePesquisa/participacaodemocraciaepoliticaspUBLICAS/encontrosinternacionais/pdf-st08-trab-aceito-0200-7.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

HALLAL, P. C. *et al.* Remarkable variability in SARS-CoV-2 antibodies across Brazilian regions: nationwide serological household survey in 27 states. **MedRxiv BMJ**, 2020. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/>>

2020.05.30.20117531v1>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MAHER, T. M. Sendo índio na cidade: mobilidade, repertório linguístico e tecnologias. **Revista da Anpoll**, Florianópolis, n. 40, p. 58-69, Jan-Jun. 2016. Disponível em: <<https://anpoll.emnuvens.com.br/revista/article/view/1015>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MAZZUCCHETTI, L. *et al.* Incidência de síndrome metabólica e doenças associadas na população indígena Khisêdjê do Xingu, Brasil Central, no período de 1999-2000 a 2010-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2357-2367, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/4BcPr4YSwv6V378mp-qpHqcQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MESQUITA, R. Indígenas em contexto urbano, conflitos socioculturais e linguísticos: o exemplo dos Akwê-Xerente. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 49, n. 2, p.143- 162, Jul-Dez. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2015v-49n2p143>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MUNDURUKU, D. **Indígena em contexto urbano: o brasileiro que o Brasil precisa**. Youtube, 25 jul. 2019. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=GFC5\\_1rqwBc](https://www.youtube.com/watch?v=GFC5_1rqwBc)>. Acesso em: 20 mar. 2022.

OLIVEIRA, C. R. F. **Conhecimento e uso de mecanismos para articulação entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife, 2017. Disponível em: <<http://200.133.11.20/bitstream/123456789/247/1/DISSERTAC%C-C%A7A%CC%83O%20FINAL%20CECYLIA%20ROBERTA%20OLIVEIRA.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2022.

PEREIRA, E. R. *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, 2014, 23: 1077-1090. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n3/1077-1090/pt/>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

PONTES, A. L.; ALARCON, D. F.; KAINANG, J. D.; SANTOS, R. V. Vulnerabilidades, impactos e o enfrentamento ao Covid-19 no contexto dos povos indígenas: reflexões para a ação. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, 5p., 2020. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41196>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização: a integração das populações indíge-**



**nas no Brasil moderno.** 7ª ed. São Paulo: Companhia das letras, 1996.

RODRIGUES, D; MENDONÇA, S. B. M. Velhas e Novas Ameaças no Xingu. In: RICARDO, B & RICARDO F. **Povos Indígenas no Brasil 2011-2015.** São Paulo: Instituto Socioambiental, 2017. p. 585-590.

UNIFESP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Regimento interno do Ambulatório do Índio.** São Paulo, 2014. Acesso Restrito.

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual do Serviço - Ambulatório do Índio.** São Paulo, 2015. Acesso restrito.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Avaliação e Planejamento - Ambulatório do Índio.** São Paulo, 2017. Acesso restrito.

# ESF PANKARARU NA CIDADE DE SÃO PAULO: visibilidade indígena, cuidado intercultural e formação crítica de profissionais de saúde

**Marco Antônio Silva dos Santos**  
**Juliana Gonçalves Fidelis**  
**Caroline Picerni Di Celio**  
**Viviane da Silva Freitas**

## INTRODUÇÃO

A Equipe de Saúde da Família Indígena (ESFi) que atende a comunidade Pankararu na cidade de São Paulo é uma experiência singular no atendimento aos indígenas em contexto urbano. Ela não está ligada a um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), mas vinculada à secretaria de saúde do município. Fruto da luta Pankararu, essa equipe foi criada para atendimento diferenciado com recorte étnico, atendendo aos Pankararu das comunidades do Real Parque e do Panorama no distrito do Morumbi, onde concentra-se a maior parte da população dessa etnia residente na metrópole. No entanto, o pertencimento territorial não é um fator excludente: a equipe atende qualquer Pankararu do município, de outras cidades e até de outros estados.

Um ciclo de trabalho iniciado em 2017, originado da confluência de alguns profissionais ligados à saúde indígena, promoveu ações destinadas a intensificar os princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (PNASPI). Este texto descreve um breve histórico da etnia Pankararu de Pernambuco até a metrópole e a criação da ESFi, relatando ações interculturais promovidas pela equipe no sentido de acolher e integrar as práticas de cuidado biomédicas e tradicionais e apoiar a visibilidade da luta Pankararu e da questão indígena brasileira. Efeito dessas ações, a equipe passou a ser

campo de formação de profissionais de saúde, principalmente residentes, e espaço de educação permanente dos profissionais de saúde da própria Unidade Básica de Saúde (UBS) Real Parque na qual a equipe está inserida.

Ao longo do texto assinalamos alguns dilemas, desafios e contradições deste complexo trabalho de atenção às comunidades indígenas em contexto urbano.

## HISTÓRICO DOS PANKARARU ATÉ A METRÓPOLE

A etnia Pankararu é originária de Pernambuco, da região do baixo-médio São Francisco, e está presente nos estados de Pernambuco, Minas Gerais e São Paulo, totalizando uma população de 8.184 indígenas, segundo dados da SESAI de 2014 (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2018). Em Pernambuco, constitui um dos oito grupos étnicos que compõem a população indígena da região Nordeste. A Terra Indígena Pankararu está inserida no DSEI Pernambuco (DSEI-PE), localizada nos atuais municípios de Tacaratu, Itaparica e Petrolândia, no sertão pernambucano (ATHIAS, 2006). Uma referência importante dentro da Terra Indígena Pankararu é o Brejo dos Padres, lugar de maior concentração populacional, onde localiza-se o posto indígena (criado em 1935) e local de origem da maioria dos Pankararu residentes em São Paulo, na comunidade do Real Parque.

Historicamente esse grupo populacional foi marcado pelas missões religiosas desde o período da colonização portuguesa, quando sua língua nativa foi proibida e sua população sofreu processos de deslocamentos e aldeamentos forçados, nos quais chegaram a conviver com outros grupos étnicos nativos e de ex-escravos (ARRUTI, 2005). O grupo é marcado por longa luta pela afirmação étnica documentada desde o final do século XIX, tendo sido alvo de ações oficiais de apagamento étnico do estado nacional (ARRUTI, 2020).

Segundo o antropólogo Albuquerque (2017), grupos indígenas migraram à procura de trabalho nas fazendas e pequenas cidades no entorno das aldeias devido às dificuldades de sobrevivência material e cultural causadas pela redução de terras indígenas e de fronteiras tomadas por posseiros. Tal processo inseriu os Pankararu, de forma invisível e ilegítima, na população pobre do campo e das pequenas cidades. A questão da escassez de terra e das secas foi um fator importante, porém não foi causa isolada da saída das aldeias. Segundo Arruti (2005), a diáspora dos Pankararu deu-se também através das viagens de fuga, que consistiam em migrações de grupos familiares em função de perseguições e divergências entre as lideranças Pankararu.

## A MIGRAÇÃO PARA SÃO PAULO

A migração para São Paulo se iniciou na década de 1940, com deslocamentos em maior proporção de homens sem instrução formal. A princípio esses migrantes permaneciam curtos períodos na capital, em busca de recursos para suprir necessidades econômicas domésticas. Nessas vindas à cidade, os homens trabalhavam com atividades braçais nas equipes de desmatamento da Companhia de Luz do Estado e eram agenciados por “*gatos*” (agente clandestino que os buscava nas aldeias e intermediava com empreiteiros). O fluxo se intensificou entre 1950 e 1960 com a elevação desses homens ao papel de “*gato*” e, posteriormente, de empreiteiros dessas obras, criando um caminho constante entre São Paulo e o Brejo dos Padres (ALBUQUERQUE, 2017).

Arruti (2005) afirma ainda que, nas viagens para São Paulo, a partir da segunda geração de trabalhadores (já alfabetizados na infância pelo Posto Indígena), esses homens passam a ser acompanhados pelas mulheres. Isso possibilitou períodos de permanência estáveis na capital e favoreceu a instalação de núcleos familiares na cidade de São Paulo. Esses núcleos facilitaram a vinda de outros jovens em um processo migratório sistemático e familiar, constituindo uma base espacial homogênea, reproduzindo a organização política e ritualística da aldeia e permitindo uma efetiva reterritorialização. As oportunidades de trabalho que surgiram com o crescimento dos bairros ao redor da região da atual favela do Real Parque e a facilidade de acesso a essas localidades não só atraíram como geraram empregos a grande parte dos Pankararu (ALBUQUERQUE, 2017), que mesmo assim permaneceram na invisibilidade e em condições precárias de assistência por anos.

Vivendo em São Paulo, nunca estabeleceram uma aldeia, mas seus rituais não foram esquecidos. O principal emblema da cultura Pankararu consiste no sistema ritual do Toré e no culto aos Encantados a ele associado. Os Encantados, figuras centrais de sua cosmologia, são “*índios vivos que se encantaram*” (ARRUTI, 2005). O Praiá é o “*fardo*” do Encantado, uma vestimenta composta por máscara e saia feitas de fibra de croá ou ouricuri. Nas festas e solenidades públicas dançam o Toré cantando toantes (cânticos realizados com fragmentos e palavras de uma língua ancestral Pankararu, com a mistura de palavras em português e sons que simulam essa linguagem). Nos rituais particulares em ambiente doméstico, dançam em círculos, tocam o maracá (chocalho) e fumam o campião (cachimbo em forma de cone), o que possibilita o “deslocamento” geográfico e temporal (NAKASHIMA, 2009).

A manutenção desses rituais, principalmente a “*dança dos praiás*”, é o instrumento simbólico de ingresso dos Pankararu em São Paulo, na luta de sua legitimidade como indígena, construindo no imaginário do público “a

*cara de índio*”, o “*idioma ancestral*” e o deslocamento histórico e geográfico (ALBUQUERQUE, 2017).

A luta pela afirmação étnica do Pankararu toma corpo na cidade de São Paulo na década de 1990 quando os Pankararu saem da invisibilidade para formar associações, projetos e se colocar publicamente com seus símbolos e tradições. Uma das principais conquistas desse período foi uma equipe de Estratégia de Saúde da Família indígena (ARRUTI, 2020).

## A ESFI PANKARARU DA UBS REAL PARQUE

A ESFi iniciou seu funcionamento em 2004. Essa equipe foi criada com o objetivo de oferecer atendimento conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), reconhecendo o direito a uma atenção à saúde que respeite suas práticas tradicionais de cuidado e cura (BRASIL, 2002). Ao longo dos 18 anos dessa equipe, muitos profissionais passaram por ela com diversas abordagens às práticas tradicionais. Ora afirmavam e valorizavam, ora negavam e desqualificavam os saberes tradicionais e seu uso cotidiano (FIDELIS, 2014; SILVA, 2018).

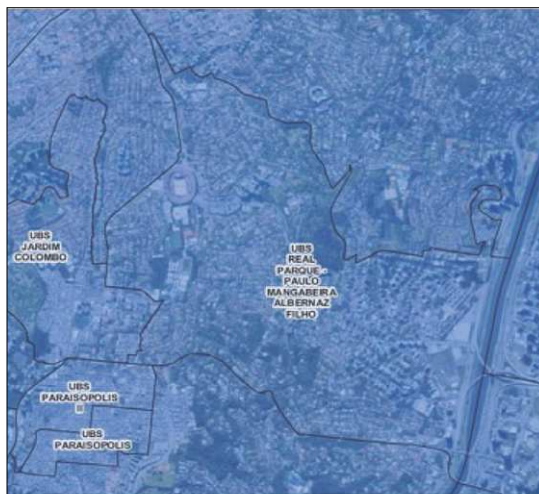
A partir do final de 2016 ocorreu uma confluência de profissionais com formação e experiência em saúde indígena e em ensino de Atenção Primária à Saúde (APS) na equipe. As experiências descritas adiante referem-se ao período correspondente à vivência dos profissionais autores deste texto.

A ESFi Pankararu atua na UBS Real Parque, localizada na região do Morumbi, zona oeste da cidade de São Paulo. A UBS Real Parque é uma unidade mista, ou seja, com modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) em parte de seu território e com especialidades gerais sem cobertura de agentes comunitários de saúde (ACS) na outra parte, atendendo a uma população de referência de 24.022 habitantes (IBGE, 2010). Há um território descontínuo chamado Jardim Panorama, área que inicialmente pertencia a outra UBS, mas que devido à vulnerabilidade das famílias, facilidade de acesso e o uso do serviço informalmente por alguns usuários, foi incorporada à assistência da UBS Real Parque.

Na figura 2, vemos o território de abrangência da UBS Real Parque, com o estádio do Morumbi à esquerda, e com o Jardim Panorama e a marginal Pinheiros à direita. O território de abrangência é heterogêneo e de contraste socioeconômico. Há núcleos de vulnerabilidade social com maior concentração populacional, com condições ambientais e de moradia precárias, em que se destacam a comunidade do Real Parque reurbanizada entre 2008 e 2016

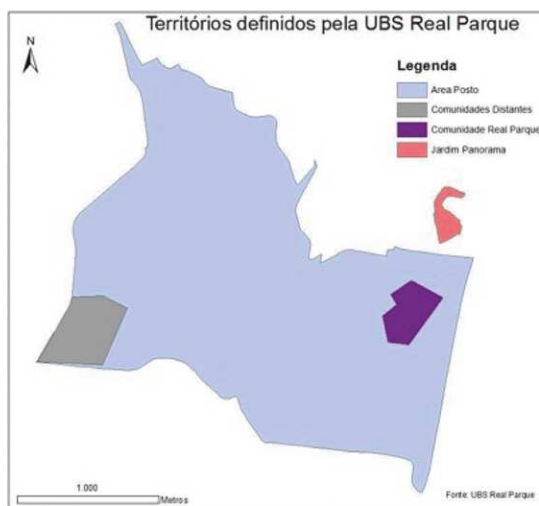
(PRADO, 2017), e a comunidade do Panorama, contrastando com prédios de alto padrão e casas luxuosas.

**Figura 2 - Território de abrangência da UBS Real Parque, Distrito do Morumbi, São Paulo.**



Fonte: GeoSampa - Prefeitura Municipal de São Paulo

**Figura 3 - Territórios destacados da área de abrangência da UBS Real Parque, Distrito do Morumbi, São Paulo.**



Fonte: Elaboração dos autores

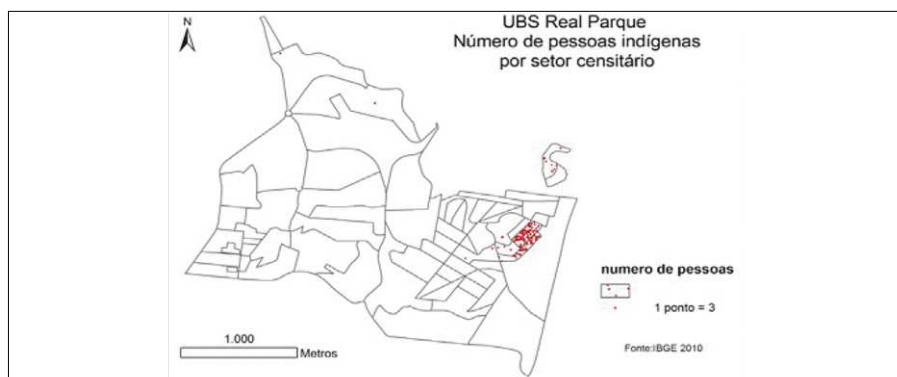
Na figura 3, vemos os territórios definidos das comunidades do Real Parque e do Panorama. A área de abrangência das figuras 3 e 5 (antigas) diferem da figura 2 (atual) devido à modificação feita pela SMS-SP em 2020. Na figura 4, mapa com o índice de vulnerabilidade do estado de São Paulo por setor censitário, destacam-se as comunidades do Real Parque e Panorama, em vermelho à direita, com vulnerabilidade muito alta, enquanto o entorno que representa a região rica do Morumbi tem vulnerabilidade muito baixa. Na figura 5, vemos a distribuição de indígenas por setor censitário na área de abrangência da UBS Real Parque concentrada nas comunidades Real Parque e Panorama (IBGE, 2010).

**Figura 4 - Índice de vulnerabilidade do estado de São Paulo por setor censitário.**



Fonte: GeoSampa - Prefeitura Municipal de São Paulo

**Figura 5 - Distribuição de indígenas por setor censitário na área de abrangência da UBS Real Parque.**



Fonte: IBGE, 2010

Em 2016, além da ESFi que atende aos Pankararu, apenas uma parte da comunidade do Real Parque era coberta por ESF. Parte vulnerável do território de abrangência tinha acesso precário e para conseguir passar em consulta demorava meses. Essa condição favorecia um discurso de privilégio dos Pankararu em relação às demais pessoas da comunidade, por terem uma equipe exclusiva, que apesar de conquistada pela luta Pankararu, reforçava um discurso de preconceito contra indígenas na cidade. Ao longo desse período, uma articulação entre trabalhadores e comunidade, vinculada ao Conselho Gestor Local de Saúde (no qual os Pankararu têm 1/3 dos assentos destinados aos usuários) encampou uma luta pela ampliação da ESF que cobrisse todas as duas comunidades mais vulneráveis. Essa luta foi acolhida pela gestão municipal e se consolidou no segundo semestre de 2020, quando a nova ESF foi inteiramente contratada, cobrindo toda a comunidade do Real Parque e do Panorama. Esse fato é importante para compreender a reflexão sobre o equilíbrio entre universalidade e equidade na atenção de indígenas em contexto urbano realizada mais adiante.

Apesar da gestão da equipe indígena não estar vinculada diretamente ao DSEI, geograficamente estamos inseridos no território correspondente ao DSEI Litoral Sul. A única interação da equipe com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é administrativa e está relacionada à solicitação de combustível para um carro fornecido pela DSEI à comunidade Pankararu. O carro fica sob responsabilidade de um motorista Pankararu designado pela comunidade contratado pela SESAI que não está diretamente vinculado à equipe. À ESFi cabe organizar uma planilha com as consultas e exames agendados na cidade de São Paulo para estimativa mensal do combustível a ser utilizado pelo carro no transporte de pacientes.

A equipe é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP) e a gestão da UBS está sob responsabilidade de uma Organização Social de Saúde (OSS) desde maio de 2016. A OSS responsável é a Sociedade para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) que está com contrato de gestão para a administração de todas as UBS da subprefeitura do Butantã.

A ESFi Pankararu é composta por dois médicos de família e comunidade (MFC), uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e duas agentes indígenas de saúde (AIS), sendo uma delas a principal rezadeira da comunidade, detentora dos saberes tradicionais, atuando com os cuidados do seu povo. Ela se refere às suas práticas como trabalhos espirituais como rezas ou pajelanças. Além dela, identificamos mais de oito rezadeiras e rezadores Pankararu na metrópole de São Paulo que comumente se unem para realização de trabalhos espirituais.

A ESFi Pankararu assiste a comunidade Pankararu residente no Real Par-



que e no Panorama, que ficam na área de abrangência da UBS. Os profissionais também são referência para os Pankararu que residem fora dessa área, fazendo com que o atendimento seja organizado por um recorte étnico e não de abrangência territorial, tradicionalmente utilizado nas equipes de ESF.

Segundo o censo da equipe, atualizado em agosto de 2020, a população atendida pela ESFi Pankararu é de 266 famílias com 1.100 pessoas. Destas, 732 vivem no Real Parque e no Panorama e 368 são advindas de diversos bairros de São Paulo. A maior parcela das pessoas que não moram na área de abrangência da UBS é de bairros relativamente próximos, como Paraisópolis, Campo Limpo e Capão Redondo, mas também de diversas regiões da cidade, contabilizando 18 bairros diferentes, 5 cidades da região metropolitana (Osasco, Taboão da Serra, Itapeverica da Serra, Guarulhos e Diadema) e 1 família do município de Praia Grande.

A população mantém intenso fluxo entre São Paulo e a aldeia de Pernambuco e isso não implica na descontinuidade do cuidado, exigindo um olhar da equipe sobre as especificidades. Quando mudam de bairro ou cidade, as famílias mantêm o número de prontuário familiar apenas adicionando o registro fora de área (FA), e alocando-os separadamente no arquivo da unidade. Também foram abertos prontuários individuais (FA) sem uma padronização. Vale ressaltar que essa prática não ocorre em uma ESF, na qual a saída da família do território exclui seu número de prontuário familiar.

A partir de 2020, os prontuários familiares do território e das regiões fora de área começam a ser organizados como um único arquivo e de forma padronizada, pois comumente continuam sendo atendidas pela equipe. Mesmo quando voltam para a aldeia, algumas famílias se mantêm vinculadas à equipe em razão de relações familiares, de atividades de trabalho, ou mesmo para atenção à saúde em São Paulo, seja com a ESFi do Real Parque, seja no Hospital São Paulo — onde se vinculam através do Ambulatório do Índio —, seja na rede secundária e terciária do município.

## ATIVIDADES DA ESFI PANKARARU: PRÁTICAS INTERCULTURAIS E AÇÕES COM A COMUNIDADE

A atenção diferenciada tem sido orientadora do trabalho da equipe nos últimos anos. Vale ressaltar que a compreensão do sentido dessa diferenciação é fundamental para que o profissional de saúde atue em um contexto intercultural, ou seja, em um cenário onde diferentes culturas, visões de mundo, determinações do processo saúde-doença e atenção à saúde estão presentes (MENÉNDEZ, 2003).

Neste período a equipe buscou mostrar-se aberta, respeitosa e apoiadora das práticas tradicionais Pankararu. Desde 2017 sempre foi uma intenção explícita da equipe não ser invasiva em relação a práticas tradicionais. Alertava-se aos primeiros estagiários que não nos interessava uma curiosidade folclórica da etnia e que o assunto não deveria ser introduzido forçadamente, mas ocorrer espontaneamente e de forma contextualizada. Mesmo com uma intenção respeitosa, a equipe identificou que as conversas iniciais sobre questões ligadas às práticas tradicionais eram frequentemente evasivas. Os pacientes chegavam a mudar de assunto quando questões ligadas à tradição Pankararu eram abordadas, evitando descrições mais detalhadas.

Aos poucos, a equipe, junto com seus membros Pankararu, foi trazendo elementos Pankararu simbólicos de sua expressão cultural para o consultório e para a UBS e, a partir de discussões coletivas, ações que afirmavam a presença, o respeito e a atenção diferenciada foram sendo implementadas. As principais ações foram:

- Mural de informações, fotos e textos no corredor da UBS, específico para as questões indígenas;
- Atividades denominadas de “Abril Indígena” na UBS, que ocorreram entre 2017 e 2019 e foram interrompidas durante a pandemia, com apresentação de Toré na unidade e a presença dos Praiás; história dos Pankararu; apresentação de artesanatos e rodas de conversa;
- Registro e visibilidade das rezas realizados pela agente indígena de saúde “fora do horário de trabalho”;
- Suspensão das metas de números de procedimentos para a ESFi como consultas e visitas domiciliares<sup>1</sup>;
- Apoio à articulação das lideranças indígenas (Associação SOS Pankararu) com Ponto de Economia Solidária da região, em atividade de visibilidade e geração de renda, com venda de comida e artesanato;
- Atividades pedagógicas envolvendo a unidade e a comunidade.

---

**1** - A suspensão das metas levou em consideração os tempos do cuidado às famílias indígenas e o número menor de pacientes que a ESFi tem em comparação à uma equipe de ESF não indígena. As metas quantitativas em geral são um ponto de tensão da APS do município de São Paulo por priorizar o número de atendimentos em detrimento de critérios que também reconheçam a qualidade da atenção. Não cabe aqui entrar nesse debate, mas ressaltar que essa decisão de suspender as metas, ocorrida em esferas da gestão superiores à ESFi, foi um reconhecimento da gestão da SMS e da OSS à prática diferenciada necessária na Saúde Indígena.

**Figura 6 - Apresentação de Toré com presença dos Praiás, Abril Indígena na UBS Real Parque.**



**Fonte:** Acervo equipe, 2018

Importante ressaltar que, apesar da equipe existir desde 2004, foi apenas em 2017 que um toante<sup>2</sup> foi cantado publicamente na unidade e só em 2018 que os Praiá entraram na UBS (figura 6). Esse contexto foi promovendo condição de maior confiança, e aos poucos a equipe foi compreendendo melhor as práticas tradicionais.

Um momento marcante na mudança de relação com a AIS e rezadeira foi quando a equipe passou a registrar as atividades tradicionais realizadas por ela, reconhecendo formalmente suas rezas como práticas de saúde da equipe. A partir daquele momento houve uma clara mudança sobre a exposição das práticas tradicionais. As respostas evasivas que citamos anteriormente sobre as práticas de cura passaram a ser falas detalhadas e francas pelos pacientes e pelas AIS. Isso indica, em nossa avaliação, como a afirmação prática e não apenas teórica é decisiva para promover confiança e respeito.

Em outros momentos da equipe, existiram tentativas de garantir o espaço da reza na escala de trabalho, mas não foi uma experiência bem-sucedida.

**2** - Os toantes são os cantos Pankararu normalmente entoados por um cantador ou cantadora e que encontra resposta com gritos e cantos dos demais. Cada toante é, em geral, uma música própria de cada encantado (ARRUTI, 2005).

Segundo a AIS, a reza não é algo “*quadrado*”, acontece a qualquer momento. Muitas rezas ocorrem fora do horário de funcionamento da UBS, de acordo com a disponibilidade dos indígenas. A vida na cidade regula o tempo e a moradia em conjuntos habitacionais, com vizinhos por todos os lados, implica em cuidado com o horário de início e fim das rezas, mas a qualquer momento alguém pode procurar e não tem hora exata para acabar.

Em registros da equipe sobre as rezas, identificamos que uma rezadora ou um rezador pode ser chamado para um motivo de doença ou agradecimento, antes de um parto, no batismo de uma criança. As famílias na comunidade são bastante heterogêneas entre si. Temos a percepção de que há menor procura pelas práticas tradicionais quando a família é composta por indígenas e não indígenas. De maneira geral, buscam resolver os processos de adoecimento com chás, garrafadas, banhos e rezas aprendidas com a mãe, esposa e avós. Os indígenas que não moram na aldeia em Pernambuco, quando estão com algum problema de saúde, eventualmente ligam para alguém que está lá para saber o que deve ser feito, qual erva ou preparo usar. Outras vezes, procuram por familiares em São Paulo (residindo na mesma casa ou não) para o cuidado tradicional. Normalmente são mulheres, mas há relatos em que o pai exerce o cuidado também. As ervas e cascas são trazidas da aldeia por parentes. Os Pankararu relatam serem componentes difíceis de achar em São Paulo e vindo da aldeia teriam maior eficácia. Também são trazidas garrafadas preparadas na aldeia. Escolhem o rezador ou rezadora entre as pessoas de maior proximidade e afeto. Não costumam pedir reza para estranhos, mesmo que sejam indígenas. No cuidado com as crianças, fazem banhos com ervas ou cascas de árvore se a criança está “*caidinha*” e usam muito lambedor<sup>8</sup> para tosse, mas se tiver febre levam ao médico.

Sobre a vulnerabilidade do corpo, contam que os Encantados protegem as pessoas dos espíritos ruins que querem fazer mal. Diferenciam as “*doenças do índio*” das “*doenças da cidade*”, sendo que diante dessas últimas é bem mais comum que procurem pelos serviços do posto de saúde e outros serviços de saúde da região. Às vezes referem que quando estão na aldeia não têm os problemas que têm aqui: a pressão fica boa, a menstruação fica regulada, se sentem menos estressados. A procura pela equipe ocorre também quando não ocorre melhora com a prática tradicional, ou quando solicitado pelo Encantado durante uma reza: “*coisa para o homem da caneta cuidar*”.

Em anotações não sistematizadas sobre práticas tradicionais, identificadas nas consultas e visitas domiciliares ou discutidas com as AIS da equipe, pode se verificar que, entre abril de 2017 e abril de 2022 constam 67 registros de práticas tradicionais de saúde divididas em: Saúde Mental (19

registros); Saúde da Mulher (16 registros); Dor (6 registros); Gastrointestinal (2 registros); Dermatologia (10 registros); Metabólico e Cardiovascular (5 registros); Respiratório (6 registros); Urinário (3 registros); Doença Infeciosa (1 registro) e Neurologia (1 registro). Além desses, uma centena de referências às tradições, histórias e luta política Pankararu.

No final de 2019, a equipe foi chamada pela AIS e rezadeira a participar de um “prato”, um ritual de reza. Esse foi um momento mais expressivo nesse processo de conquista de confiança mútua. A antropóloga Arianne Lovo (2020) presente no ritual, descreveu a fala do Encantado ali manifesto:

...que veio da mata para receber aquela alegria, aquele jantar e aquele adocicado. Mãe véia pediu e eles vieram, todos! Vieram de longe porque a grande nação indígena também considera indígena aqueles que cuidam da gente (LOVO, 2020, p. 05).

Em reunião de equipe, algumas semanas após a reza, a AIS e rezadeira afirmou: “*Só vê quem acredita, e a equipe acreditou!*”

## REDES E PARCERIAS

Uma dimensão importante da atuação da equipe tem sido o fortalecimento de redes, sejam elas redes comunitárias, sejam elas as redes de atenção à saúde indígena na cidade de São Paulo.

A entidade mais importante e com a qual a equipe de saúde mantém constante diálogo é a Associação Indígena SOS Pankararu, que elege a cada 4 anos representantes da comunidade Pankararu para sua coordenação. Essa interlocução possibilita apoio na comunicação com a comunidade e discussão de diversos temas. A Associação participa frequentemente da reunião da ESFi, participa do grupo de estudos descrito abaixo, atua no Conselho Gestor da UBS e, em parceria com a equipe, organiza reuniões ampliadas com a comunidade para discussões do processo de trabalho da equipe e organização do atendimento.

Através da parceria com a associação Pankararu, nos conectamos com outras instituições no sentido de fomentar visibilidade, afirmações de direitos e geração de renda, como foi o caso do evento realizado no Ponto de Economia Solidária, equipamento da SMS-SP (figuras 7 e 8). Em 2021 a Associação mediu encontros com o coletivo de psicólogos Entrelaços e o Projeto Pindorama da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) para discutir ações com a juventude Pankararu e o acesso à universidade, que seguem em curso.

**Figura 7 - Cartaz de divulgação do Encontros no Ponto, programação do Ponto de Economia Solidária.**



Fonte: Ponto de Economia Solidária – SMS-SP, 2018

**Figura 8 - Apresentação de Toré no Ponto de Economia Solidária.**



Fonte: Ponto de Economia Solidária - SMS-SP, 2018

A rede de saúde indígena da cidade é também importante espaço de atuação da equipe. Mantemos contato com profissionais da UBS Vera Poty, a UBS Jaraguá (que atendem a etnia Guarani de terras indígenas do norte e do sul da cidade de São Paulo) e com a CASAI de São Paulo. Esse intercâmbio tem o foco na troca de experiências e visitas de estagiários.

Uma rede assistencial extremamente importante é o Ambulatório do Índio, do Hospital São Paulo, vinculado ao Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O Ambulatório do Índio já prestava assistência aos Pankararu antes da criação da ESFi do Real Parque e foi parceiro importante da Associação Pankararu na conquista da equipe em 2004. A equipe tem intensa relação de assistência através de discussões de caso e mediações com os níveis secundário e terciário do Hospital São Paulo, especialmente em casos mais graves em que a rede municipal tem respostas menos ágeis. Essa parceria qualifica muito a coordenação do cuidado que é realizada em conjunto pela ESFi e o Ambulatório. Além da parceria assistencial, a equipe tem uma parceria de troca de experiências e intercâmbio de estágios.

Em 2019 realizamos intercâmbio com profissionais da secretaria de saúde de Guarulhos, mediado pelo Projeto Xingu, para troca de experiências em apoio à implementação de equipes de atenção à saúde indígena naquela cidade.

## **A SAÚDE INDÍGENA EM CONTEXTO URBANO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Entre as atividades de maior destaque na equipe nos últimos anos está a atuação em atividades de formação. O contexto favorecido pelas ações descritas acima ampliou o potencial da equipe como espaço para introdução de profissionais de saúde da APS à saúde indígena. Profissionais de saúde em formação, principalmente residentes, passaram a procurar a equipe como campo de estágio.

As justificativas da equipe para considerar frutífero o esforço e assumir essa tarefa foram: a grande demanda no país para profissionais de saúde com formação e experiência em saúde indígena; a existência de legislação avançada sobre o tema no Brasil; importante parcela da população indígena brasileira está em contexto urbano com destaque para a região metropolitana de São Paulo; os povos indígenas do Brasil têm um patrimônio cultural que inclui práticas de cuidado e extensas farmacopeias; a prática terapêutica de outras racionalidades de cuidado tem a contribuir para as lacunas de nosso

método clínico e nossa forma de cuidar, além da importância da questão indígena para a história e estrutura da sociedade brasileira.

Além de ser um espaço de formação, a equipe tem atuado na produção acadêmica com a temática saúde indígena, tanto na publicação de artigos, como na participação em congressos, aulas e entrevistas.

## **AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

O preconceito com indígenas em contexto urbano é bastante conhecido. A ideia de que essas pessoas são menos indígenas é recorrente e está relacionada com o estereótipo que recai sobre elas. Isso não é diferente entre os trabalhadores da UBS Real Parque. Funcionários novos e mesmo aqueles que trabalham há décadas na unidade desconhecem a política nacional de saúde indígena e a cultura Pankararu.

Diante disso, o tema tem sido abordado de forma recorrente nas reuniões mensais da UBS, onde se discute direito e identidade indígena e história do povo Pankararu. Desde 2018 as reuniões de abril têm a questão indígena como pauta principal.

A gestão da UBS tem ativamente inserido funcionários de todas as categorias nas reuniões de grupo de estudos e de oficinas de saúde indígena (atividade da grade de estágios dos residentes) promovidas pela equipe desde dezembro de 2017. Neste período, mais de vinte trabalhadores da unidade de todas as categorias profissionais participaram dessas atividades (auxiliares de limpeza, administrativos, profissionais de nível técnico e superior de todos os setores).

## **GRUPO ESTUDOS DE SAÚDE PANKARARU: ANTROPOLOGIA E SAÚDE**

No final de 2017 uma aproximação mediada pela Associação SOS Pankararu com o antropólogo José Maurício Arruti da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) promoveu parcerias que tiveram como principal produto um grupo de estudo para discussões de saúde indígena, especialmente dos Pankararu, com leitura de textos e apresentações de filmes. Esse grupo é constituído dos profissionais da equipe, de membros da comunidade, de antropólogos ligados à UNICAMP e já teve a participação de diversos convidados que apresentaram trabalhos e contribuíram para o debate (Figura 9).



**Figura 9 - Convite para grupo de estudos com apresentação do filme Deus te dê boa sorte com a participação de pesquisadora que estudou as parteiras Pankararu.**



**Fonte:** Arianne Lovo

Um resultado muito significativo desses encontros foi a apresentação de pesquisas, dissertações, teses e outros trabalhos realizados sobre os Pankararu do Real Parque, permitindo um retorno à comunidade, fato que é sempre desejado, mas nem sempre concretizado no ambiente acadêmico.

Em depoimentos nas reuniões de equipe, as AIS relataram que essas atividades diminuem o preconceito e aumentam o acolhimento e que se sentiram mais reconhecidas e integradas à equipe de saúde. Há relatos, inclusive, de profissionais que buscaram a AIS rezadeira para cuidados de saúde.

## PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM FORMAÇÃO: O TRABALHO COM RESIDENTES

A UBS Real Parque que sedia a equipe está situada na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, principal campo de formação em APS das áreas de saúde da Universidade de São Paulo (USP). A equipe tem sido procurada por muitos alunos de graduação e pós-graduação desta e de outras instituições para conhecerem o trabalho.

A residência de MFC da SMS-SP tem desde 2018 estágio obrigatório em saúde indígena com campo na ESFi da UBS Real Parque. Além disso, muitos residentes procuram a equipe para estágios optativos. Ao todo, desde julho de 2017, recebemos 34 residentes, sendo 30 de MFC (USP, SMS-SP e Grupo Hospitalar Conceição-Porto Alegre - RS), duas psicólogas, uma enfermeira (residência multiprofissional em saúde coletiva-USP) e uma assistente social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - Porto Alegre), identificando que a repercussão do trabalho tem ultrapassado as fronteiras do estado. Os estágios de graduação são limitados pelas condições necessárias que implicam em convênio das instituições com a SMS-SP.

## CONTEÚDO E ESTRUTURA DOS ESTÁGIOS

O processo de amadurecimento dos estágios em saúde indígena na ESFi para residentes da área da saúde consolidou os seguintes objetivos:

- Sensibilizar para a questão indígena como algo fundamental da constituição da sociedade nacional;
- Reconhecer a existência de etnias indígenas em contexto urbano, especificamente na Região Metropolitana de São Paulo;
- Conhecer a legislação específica para atenção à saúde dos povos indígenas: Política Nacional de Saúde Indígena;
- Compreender a estrutura do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS);

- Atentar para as dimensões interculturais do cuidado;
- Reconhecer as importâncias do patrimônio terapêutico tradicional dos povos indígenas do Brasil e especificamente dos Pankararu;
- Identificar a demanda de profissionais da área da saúde para saúde indígena e a importância de formação para atenção à saúde intercultural;
- Refletir sobre o papel de práticas tradicionais no autocuidado;
- Refletir sobre a importância do contexto de enunciação do cuidado no efeito terapêutico das intervenções de cuidado e cura.

O residente desenvolve atividades práticas de acompanhamento de consultas dos profissionais da equipe (enfermeira, médico e médica), acompanhamento de visitas domiciliares das AIS e das técnicas de enfermagem, visita à Associação S.O.S Pankararu comunidade Real Parque e visitas à rede de saúde indígena da cidade de São Paulo. O residente deve acompanhar uma família Pankararu em visita domiciliar, realizar entrevista e produzir um genograma da família, identificando as práticas tradicionais.

Ao longo do estágio são realizadas discussões teóricas, tais como: organização da atenção à saúde indígena no Brasil, trajetória da etnia Pankararu de Pernambuco — do Império à metrópole paulistana dos dias atuais; grupo de Estudos de Atenção à Saúde Pankararu (descrito acima) e uma oficina sobre saúde indígena com reflexões, vídeos e discussões sobre a questão indígena e o cuidado intercultural sempre com a presença de convidados (indígenas, antropólogos e especialistas em saúde indígena) e trabalhadores da UBS.

## BREVES REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESFI PANKARARU

Em todas as experiências de estágio, o primeiro conteúdo que a equipe apresenta é a situação das populações indígenas no país e seu histórico desde as ocupações de suas terras pelos europeus. Os residentes, em sua maioria, apresentam visões estereotipadas do “índio”, com pouco conhecimento da diversidade étnica e das lutas por vezes violentas dos povos indígenas do país. Muitos residentes apresentam explicitamente a expectativa de uma figura congelada no tempo e de uma identidade indígena projetada num modo de vida “primitivo”. A ideia de que as pessoas das diferentes etnias perdem a cultura quando se apropriam de elementos modernos também se repete.

Ao fim dos estágios, é recorrente entre os residentes o depoimento sobre a percepção de que a cultura é complexa, dinâmica e está relacionada com a árdua luta desses povos por suas terras e por sua identidade étnica. O contato com a história do povo Pankararu muito contribui para isso. Esses tópicos nos parecem significativos para ampliar a compreensão dos profissionais de saúde quanto à formação da sociedade nacional, aos direitos e à diversidade, questões caras a profissionais de saúde que cumpram seu papel na construção de serviços de saúde de qualidade e de um sistema de saúde universal e equânime.

Outro ponto interessante desenvolvido nos estágios como conteúdo formativo é a reflexão sobre a existência de um patrimônio terapêutico espalhado pelo país. Podemos enumerar muitos indícios desse patrimônio: existem extensas farmacopeias tradicionais das populações indígenas brasileiras; existem muitos relatos de eficácias nas diferentes etnias; muitas drogas desenvolvidas e incorporadas pela produção industrial são oriundas de plantas e animais usados pelas populações tradicionais; a biodiversidade brasileira é objeto de cobiça econômica e de disputas geopolíticas. Nos estágios a aproximação a este tema se desenvolve a partir dos dados vivenciados localmente, como já descrevemos acima. Alguns desses registros revelam eficácias que nos surpreendem em comparação ao arsenal terapêutico biomédico que temos, como é o caso de tratamentos para sangramento uterino excessivo. Os casos de saúde mental são especialmente marcantes, pois provocam o desafio de contextualizar culturalmente o sofrimento apresentado. Tivemos um caso em que tanto o MFC da equipe quanto a psiquiatra indicariam o uso de antipsicótico e o caso se resolveu com cuidado intensivo na aldeia e sem o uso dessa medicação.

Mais um ponto de destaque é a reflexão sobre o autocuidado. Quando propomos intervenções médicas a uma pessoa, oferecemos também os riscos de que essa intervenção produza um dano físico ou psicológico. O risco do dano pode superar o benefício quanto mais saudáveis forem as pessoas ou mais baixas forem a probabilidade de ela adoecer (GÉRVAS, 2006). O clássico estudo sobre a Ecologia da Cuidado Médico, de White, feito em 1961 e reproduzido de forma semelhante em 2001 (WHITE, 1961; GREEN, 2001) mostra que ao longo de um mês 75% das pessoas apresentam algum sintoma. Entre estas, 2/3 resolvem seu problema sem procurar um médico. É justo considerar que o autocuidado e o conhecimento comunitário sobre problemas de saúde compõem parte significativa do repertório terapêutico e do itinerário terapêutico dessas pessoas, que mesmo com sintomas, não demandam ao médico.

Assim, a capacidade individual e coletiva de se cuidar atua para amenizar o sintoma, além de tranquilizar e garantir a espera da evolução do problema até

sua resolução ou o reconhecimento da necessidade de alguma outra ajuda.

Ao longo dos estágios, temos desenvolvido com os residentes a hipótese de que uma comunidade indígena como os Pankararu, mesmo mergulhada em contexto urbano, através de suas competências terapêuticas específicas, têm no autocuidado uma fortaleza para evitar intervenções excessivas. Ao ressaltar esse fenômeno, enfatizamos a força do conhecimento popular e tradicional como um todo.

## **O DILEMA ENTRE A “EQUIDADE DA ATENÇÃO DIFERENCIADA” E A “UNIVERSALIDADE DO ACESSO” A SOCIEDADE.**

A comunidade Pankararu do Real Parque e do Panorama, com 732 pessoas, é parte dessas comunidades que têm aproximadamente 8 mil pessoas. Não há um território definido onde há mais indígenas. Os Pankararu são vizinhos, colegas de escola e constituem muitos vínculos de parentesco com os não indígenas da comunidade através de casamentos, tendo filhos e enteados. 20% das pessoas das famílias Pankararu não são indígenas (ARRUTI, 2017).

Nesta medida consideramos que exista uma dinâmica das necessidades de saúde Pankararu que transita entre as necessidades gerais da comunidade e as necessidades específicas da etnia. Em situações de saúde onde a dimensão física do território é fundamental, como o caso da pandemia de COVID-19, na qual o contato físico e a contiguidade das relações são substrato da disseminação da doença, a resposta da equipe de saúde tende a ser conjunta com todas as equipes da UBS para o todo o território e não específica.

Uma parte dos serviços utilizados pelos Pankararu na UBS é a mesma para toda a comunidade, como vacina, farmácia e atendimento de urgências, quando a equipe não está disponível. Desta maneira, na divisão interna da UBS, as diferentes equipes devem contribuir com esse trabalho. Existe uma tensão contínua, ora explícita, ora velada, entre os trabalhadores da UBS relacionada a uma menor carga assistencial da ESFi se comparada às demais equipes de ESF, com a expectativa que a equipe contribua mais com as atividades gerais da unidade.

Desde 2017, a equipe tem deliberadamente atuado no apoio das atividades gerais da UBS e reduzido a atuação exclusiva aos Pankararu. Isso naturalmente gera tensões também entre a equipe e a comunidade. Muitos membros da comunidade Pankararu sentiram a redução da disponibilidade da equipe de forma mais constante e imediata e este tema foi sistematicamente debatido e

pactuado com os Pankararu, nem sempre com total concordância.

Este debate tange um dilema central do SUS, a tensão entre os princípios da equidade e universalidade. Para o grupo de profissionais que escreve este texto e que esteve desde o início motivado pela realização de uma atenção diferenciada para essa comunidade indígena em contexto urbano, este dilema se apresentou desde os primeiros meses de atuação. É muito difícil de conviver com uma situação de quase desassistência em que usuários da área de abrangência da UBS, morando em condições bastante vulneráveis e com problemas de saúde significativos, demoravam mais de 6 meses para terem uma consulta.

A afirmação da equidade através de uma atenção específica e diferenciada, pilar da PNASPI inspiradora desta equipe, provocava uma contradição dura com a situação do vizinho imediato desse indígena em contexto urbano. Esse cidadão igualmente vulnerável, também fruto da violenta estruturação da sociedade brasileira com os povos originários e os povos africanos escravizados que vieram a conformar a imensa periferia desassistida das grandes cidades, via na comunidade indígena uma privilegiada. Essa situação contribuía ainda mais para o preconceito contra a comunidade Pankararu.

Este contexto foi importante para orientar a equipe a atuar tanto na participação mais robusta nas atividades gerais da UBS quanto a atuar, em parceria com a Associação Pankararu, na luta pela expansão das equipes que atendem toda a comunidade no sentido afirmativo de que os direitos de assistência universal à saúde e de atenção diferenciada aos povos indígenas não devem competir. Como demonstramos acima, essa ação teve frutos muito importantes e há uma percepção subjetiva entre membros da equipe e lideranças Pankararu de que a garantia de cobertura completa de ESF para toda a comunidade Real Parque e Panorama, conquistada em 2020, contribuiu para a redução do discurso de preconceito e de privilégio direcionado aos Pankararu, ainda que esses pontos estejam longe de serem superados.

Esta tensão entre a equidade proposta pela atenção diferenciada e a universalidade da atenção a todos os membros da comunidade nos parece debate importante a ser aprofundado para o aprimoramento dos modelos de atenção à saúde para indígenas em contexto urbano. Em especial, quando essa comunidade está totalmente inserida em áreas urbanas sem terra demarcada e compartilha os equipamentos urbanos de garantia de direitos assistenciais como saúde e educação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de indígenas em contexto urbano é um fenômeno significativo da questão indígena nacional. No censo de 2010 foram identificados mais de 12 mil indígenas da cidade de São Paulo, número que possivelmente aumentou na última década. Os serviços de saúde específicos que conhecemos na cidade de São Paulo não chegam a cobrir metade dessa população.

A experiência da ESFi da UBS Real Parque na cidade de São Paulo, com suas potencialidades e limitações, traz luz ao fenômeno da atenção à saúde intercultural de povos indígenas na cidade. A força das práticas de cuidado apresentada pelos Pankararu, mesmo longe de seu território originário, nos permite refletir sobre a imensa potencialidade das práticas de cuidado tradicionais indígenas que estão sendo praticadas nas cidades brasileiras sem o conhecimento dos profissionais de saúde que os assistem. Assim como, por anos, aconteceu com os Pankararu em São Paulo.

A partir da experiência apresentada, reforçamos a percepção de que o reconhecimento das comunidades indígenas em contexto urbano e a estruturação de equipes que promovam atenção diferenciada é, além de ferramenta de cuidado, ferramenta de promoção da visibilidade e da afirmação de direitos dos povos originários do país. E, também, contribui para a formação técnica, ética e política de profissionais de saúde. Neste caso apresentado, a afirmação concreta das práticas tradicionais com respeito e reconhecimento delas como ações de saúde integradas à equipe vem promovendo a confiança e complementaridade delas com as práticas biomédicas.

Esta experiência também permite reconhecer que a garantia dos direitos conquistados na Constituição de 1988 e reafirmados nas legislações do SUS tem muito a avançar em sua implementação até que os povos indígenas em suas terras ou na cidade, assim como todo o cidadão brasileiro e toda a cidade brasileira, tenham uma atenção à saúde universal, integral e equânime.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. A. S. A Intenção Pankararu: a “dança dos praiás” como tradução intercultural na cidade de São Paulo. **Iluminuras**, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 158-187, jan-jul, 2017. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/viewFile/72881/41214>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

ARRUTI, J. M. Enciclopédia Povos Indígenas do Brasil. **Instituto Socioambiental (ISA)**, São Paulo, jul. 2005. Disponível em: <<http://pib.socioambiental>>.

org/pt/povo/pankararu>. Acesso em: 19 abr. 2022.

ARRUTI, J. M. **Notas preliminares sobre o Censo Étnico Colaborativo dos Pankararu residentes no Real Parque (SP)**. Não Publicado. 2017.

ARRUTI, J. M. Otras Tierras Bajas: Cosmopolítica y afirmación étnica Pankararu entre el sertão y la metrópolis. In: CALAVIA, Óscar (org.). **Ensayos de etnografía teórica** - Tierras Bajas de América del Sur. Madrid: Nola Editores, 2020. p. 317-366.

ATHIAS, R. Sexualidade, fecundidade e programas de saúde entre os Pankararu. In: SCOTT, P.; ATHIAS, R.; QUADROS, M.T. (org.). **Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas**. Recife: Editora Universitária UFPE; 2007. p. 97-109. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/329254998\\_Corpo\\_fertilidade\\_e\\_reproducao\\_entre\\_os\\_Pankararu\\_perspectivas\\_e\\_alcances](https://www.researchgate.net/publication/329254998_Corpo_fertilidade_e_reproducao_entre_os_Pankararu_perspectivas_e_alcances)>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde de dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2022.

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. 2014. 105 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) — Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <[https://teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100135/tde-23012015-145117/publico/JG-FIDELIS\\_Corrigida.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100135/tde-23012015-145117/publico/JG-FIDELIS_Corrigida.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2022.

GERVAS, J., FERNANDEZ, M. P. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 389-400, set. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2006000300014>>. Acesso em 09 de abr. 2022.

GREEN L. A. et al. The Ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 28 jun. 2001. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/11911084\\_The\\_Ecology\\_of\\_Medical\\_Care\\_Revisited](https://www.researchgate.net/publication/11911084_The_Ecology_of_Medical_Care_Revisited)>. Acesso em: 16 abr. 2022.

IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 19 abr. 2022.



INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Quantos são? Povos Indígenas do Brasil, **Instituto Socioambiental (ISA)**, São Paulo, 2018. Disponível em: <[https://pib.socioambiental.org/pt/Quantos\\_s%C3%A3o%3F](https://pib.socioambiental.org/pt/Quantos_s%C3%A3o%3F)>. Acesso em: 19 abr. 2022.

LOVO, A. R. **A grande nação indígena Pankararu considera indígena aqueles que cuidam da gente**: notas etnográficas sobre cuidado, saúde e território a partir das rezadeiras Pankararu e os profissionais de saúde indígena da UBS do Real Parque – SP. 32a Reunião Brasileira de Antropologia, Rio de Janeiro, p. 1-20, out/nov. 2020. Disponível em: <[https://www.32rba.abant.org.br/simposio/view?ID\\_SIMPOSIO=58](https://www.32rba.abant.org.br/simposio/view?ID_SIMPOSIO=58)>. Acesso em: 19 abr. 2022.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/pxx-sJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

NAKASHIMA, E. Y. **Reatando as pontas da rama**: a inserção dos alunos da etnia indígena Pankararu em uma escola pública na cidade de São Paulo. 2009, 248 f. Dissertação (Mestrado em Educação) — Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-03092009-133442/publico/EdsonYukioNakashima.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

PRADO, T. A. S. V. **Reurbanização da favela do Real Parque em São Paulo**: um olhar sobre impactos e possibilidades do processo de reestruturação urbana. 2017, 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) — Programa de Pós-Graduação em Ambiente, Saúde e Sustentabilidade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6139/tde-24072017-180449/publico/TiagoAlexandreSilvaZenarodoPradoREVISADA.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

SILVA, G. C. **Histórias de Vida e Cura**: migração e práticas xamânicas entre os Kariri-Xocó e os Pankararu. 2018. 38 f. Relatório de Iniciação Científica — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 2018.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. 1961. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Nova York, v. 73, n. 1 p. 187-212, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359390/?page=1>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

# DESAFIOS, LUTAS E RESISTÊNCIAS DOS POVOS INDÍGENAS RESIDENTES EM CUIABÁ (MT) NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

**Naine Terena de Jesus  
Reginaldo Silva de Araújo**

*Nós estamos vivendo retrocessos, não só nos direitos indígenas, mas na sociedade civil. Eu vejo pessoas nas ruas, nos ônibus se acabarem [de fome], pessoas que precisam comprar um arroz. Eu não entendo como é que o meu estado [Mato Grosso], que planta tanta soja, que planta tantos grãos, não consegue atender o seu povo. Que riqueza é essa? Ser rico, para mim, é poder ter conforto, mas o meu irmão, o meu parente, também ter. É ser dividido isso, não só de forma igual, mais equitativa. Precisamos refletir, porque a nossa sociedade está doente (Eliane Xunakalo - Kura Bakairi - Mato Grosso)<sup>1</sup>.*

## INTRODUÇÃO

**A**s considerações e indagações apresentadas no discurso da liderança do Povo Kura Bakairi e membro da Federação dos Povos Indígenas de Mato Grosso (FEPOIMT), Eliane Xunakalo, expressam as leituras e representações dos indígenas residentes em Cuiabá (MT), no contexto da pandemia de Covid-19.

Cuiabá, eufemisticamente denominada “*Capital do Agronegócio*”, tem aproximadamente 623.614 habitantes, segundo o IBGE. Desse total, cerca de 3.000 são indígenas. A capital encontra-se no Vale do Rio Cuiabá - Mato

1 - XUNAKALO, E., Dez, 2020.

Grosso, estado que anualmente apresenta recordes na produção de soja, arroz, milho, feijão, algodão, cana-de-açúcar, além de carnes bovina, suína, de aves e peixes. Contudo, cerca de 1/5 da população desta unidade federativa, que tem um total de 3.567.234 habitantes (IBGE), vive em situação de pobreza ou de extrema pobreza (IBGE, 2021).

A chegada da pandemia de Covid-19 em meados de março de 2020, segundo o líder indígena Chiquitano e dirigente da FEPOIMT, Soilo Urupe Chue, ocorreu num período em que várias lideranças se encontravam em Cuiabá para organizar a participação no Acampamento Terra Livre em Brasília (DF) – historicamente, realizado na primeira quinzena de abril. Essa mobilização pressupunha dois movimentos: conseguir ônibus, barracas, lonas, alimentação, água potável etc., e mobilizar lideranças e jovens para movimentarem suas aldeias e deslocarem-se até as cidades de referência, para posteriormente embarcarem nos ônibus dispostos à capital federal.

No cenário do novo coronavírus, logo que a orientação de quarentena dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) se efetivou, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) adiou a realização do Acampamento Terra Livre (ATL) de 2020. Para contextualizar a dimensão deste ato, vale destacar que o ATL acontece em Brasília ininterruptamente há quinze anos, sempre no mês de abril, que é chamado de Abril Indígena, ressignificando o folclórico dia do Índio. Sua luta central é em favor do direito à terra, mas também pressiona e exige os serviços que, por lei, o Estado deve às populações indígenas, incluindo a prestação de atendimento à saúde. Sendo o Abril Indígena um momento crucial de visibilidade dos problemas e violências enfrentadas pelas populações indígenas, seu adiamento *“equivale a adiar as Olimpíadas Mundiais”*, segundo o representante da FEPOIMT. Com o advento da quarentena, a *“APIB decidiu manter o ATL em abril, mas realizá-lo em plataformas virtuais: redes sociais, imprensa e mídias digitais serão o chão onde as barracas do acampamento de 2020 serão montadas”* (CAPIBERIBE, 2020, p. 307).

Recordando esse período (março/abril de 2020), o presidente da FEPOIMT, Crisanto Tseremey´wá Xavante, afirma que a chegada da Covid-19 estabeleceu um *“corre-corre”* entre caciques e demais lideranças que, já no mês de março de 2020 acertaram, a partir de decisão das comunidades, que, com critérios próprios, instalariam barreiras sanitárias no acesso às aldeias para controlar a circulação de pessoas estranhas. Comunicados informando a restrição da circulação de pessoas foram veiculados pelas redes sociais e na mídia local. As barreiras nas estradas foram sinalizadas com faixas e placas de advertência. Ressalta-se que a prática de estabelecer barreiras e mantê-las sob vigília pelos próprios indígenas ocorreu antes mesmo de orientações governamentais em várias regiões do país (FOSCACHES, 2020b).

Muitos dos líderes indígenas que se encontravam em Cuiabá permaneceram no município, evidenciando, nesta decisão, dois propósitos: de evitar a possível transmissão do vírus para seus povos e atuar em favor dos parentes no decorrer dos avanços da pandemia, tanto nas aldeias quanto na cidade.

Outro grupo que também decidiu permanecer na cidade foi o dos estudantes da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), a maioria integrante do Programa de Inclusão Indígena (Proind/UFMT). Nas palavras do estudante de Direito, Silvano Chue:

[...] como indígena, ficar na cidade já é um desafio, pois a vontade de estar na aldeia é sempre maior. Como estudante indígena, cumprir quarentena na aldeia seria o ideal, mas há vantagens e desvantagens. Estaria com minha família, vivendo o meu modo de vida, mas não teria os mesmos recursos para os estudos. Na cidade, há uma possibilidade maior de focar nos estudos. [...], Mas a possibilidade de faltar dinheiro aumenta, já que não há nada gratuito. Na maioria das vezes, os estudantes indígenas sofrem com essas crises (Silvano Chue – Chiquitano. Estudante do curso de Direito da UFMT. Entrevista concedida em 20/02/2021).

Muitos estudantes não retornaram para suas aldeias, permanecendo na cidade entre 2020 e 2021, com o propósito de manter o ritmo dos estudos por meio do ensino remoto. Para eles, as aulas utilizando plataformas on-line seriam inviáveis na aldeia, pois a internet rural é precária<sup>2</sup>.

Foi sobre os desafios enfrentados por esses estudantes, bem como pelos/as líderes indígenas que permaneceram na capital mato-grossense, que nos debruçamos nesta pesquisa. Para tanto, objetivamos apreender, a partir dos discursos, como ocorreu a atuação política nos seguintes contextos: a) apoio aos enfermos e parentes acometidos pelo vírus Sars-Cov-2 que demandaram assistência hospitalar em Cuiabá; b) pressão, por meio de ações políticas, sobre os administradores governamentais para garantir direitos históricos e ajudas humanitárias, inclusive a partir de negociações com movimentos sociais parceiros (sindicatos, ONGs e outros).

Dessa maneira, observamos suas formas de representações no novo contexto, marcado pelas contaminações, adoecimentos, dores, medos e mortes. Percebemos, no período de aproximadamente 24 meses (março de 2020 a fevereiro de 2022), as estratégias dos representantes indígenas que atuam no âmbito dos movimentos organizados, junto aos órgãos governamentais e

---

**2** - Estudante indígena da etnia Bakairi e representante dos estudantes indígenas na UFMT. Entrevista concedida em fevereiro de 2021.

## Organizações Não Governamentais (ONGs).

Também observamos os discursos dos/as militantes que articulam reivindicações e realizam ações com o propósito de garantir benefícios para suas aldeias, amparados pelos direitos históricos reservados na Constituição de 1988. Realizamos seis entrevistas e coletamos depoimentos dos atores sociais envolvidos, em especial militantes da FEPOIMT e estudantes da UFMT, tanto em reuniões públicas presenciais, quanto nos encontros e debates realizados virtualmente. No contexto da investigação, os autores desta pesquisa se faziam presentes nas atividades e eventos na condição de líder indígena Terena (professora universitária) e militante social e antropólogo (professor universitário). Portanto, a investigação etnográfica foi privilegiada, construímos assim, uma pesquisa de cunho eminentemente qualitativo.

## **PANDEMIA DE COVID – 19: “1. PERÍODO DE CORRERIA, DESESPERO, TRAUMAS E PERDAS”**

A progressão da pandemia de Covid-19 no Brasil e seus impactos têm sido bastante desiguais entre segmentos populacionais, especialmente para aqueles em extrema vulnerabilidade socioeconômica. Particularmente alarmante tem sido a situação dos povos indígenas, o que levou diversas entidades nacionais e estrangeiras a emitirem notas técnicas e informes alertando para a necessidade de medidas governamentais específicas para retardar a disseminação da doença e minimizar seus impactos nesta população (SANTOS *et al.*, 2020).

Importa ressaltar que este segmento social está entre os mais vulneráveis da população, mas não é o único, nas palavras de Varga:

[...] via de regra, esses segmentos residem/ocupam áreas de difícil acesso, ou favelas e palafitas (os chamados “*aglomerados urbanos subnormais*”), não alcançados pelos serviços e equipamentos públicos de saúde, saneamento e educação, por exemplo, de seus respectivos municípios e estados [...] Frequentemente são vítimas de racismo institucional por parte, justamente, dos gestores desses serviços e/ou por seus operadores (o que também repercute diretamente no agravamento da condição acima descrita) (VARGA, 2020, p. 317).

A questão da vulnerabilidade socioeconômica e sanitária dos povos indígenas no Brasil tem sido destacada em inúmeras análises que, quando comparadas com a população nacional, apresenta indicadores socioeconômicos e de saúde desfavoráveis (COIMBRA *et al.*, 2013). Estudos com dados do

IBGE e de outras agências governamentais evidenciam a fragilidade das condições de saneamento nas terras indígenas e a carência da infraestrutura em saúde nas regiões do país com maior concentração dessas terras (AZEVEDO et al., 2020). Esses diversos níveis de expressão de desigualdades em saúde e de marginalização são observados em distintas regiões do mundo (ANDERSON et al., 2016).

Alguns estudos sugerem que a situação é catastrófica de maneira geral. Segundo o Inquérito sorológico EPICOID-19 BR, da Universidade Federal de Pelotas, os primeiros resultados do inquérito realizado ainda em 2020 informam que indígenas que vivem nas cidades têm cinco vezes mais chances de se infectarem do que a média de pessoas não indígenas<sup>3</sup>.

Em Cuiabá, uma parcela expressiva da população indígena, pouco conhecida do ponto de vista dos indicadores socioeconômicos e sanitários, vive em áreas urbanas, havendo evidências de significativas desigualdades em relação à população em geral. A capital concentra mais de 90% das unidades hospitalares de urgência e emergência do estado, mas há uma sobrecarga nas unidades de saúde existentes, já que, além de atender a demanda local, recebe pacientes de outras regiões. Há casos de pacientes que foram transportados por mais de 1.000 quilômetros para receberem atendimento médico-hospitalar na capital.

Neste contexto, os informantes desta pesquisa revelam que o preconceito e discriminação, por parte dos gestores governamentais e mesmo de profissionais de saúde para com a população indígena é um elemento que dificulta e impõe barreiras para se ter acessos aos serviços médico-hospitalares na cidade. Inclusive, avaliam que a discriminação foi ainda mais evidente quando a vacinação contra o Coronavírus teve início, pois, mesmo diante dos protocolos sanitários expedidos pelo Ministério da Saúde orientando a prioridade de vacinação aos Povos Indígenas, a parcela desta população que residia em área urbana foi excluída.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, a vacinação dos indígenas que vivem na capital do estado seria de responsabilidade do DSEI - Cuiabá, tendo, o órgão, adotado apenas a vacinação de quilombolas.

Para Athias (2005), a história das dinâmicas sociopolíticas envolvendo povos nativos e a chamada “*sociedade envolvente*” mantém-se majoritariamente mediada pela noção genérica de “*índio*” como sinônimo “*do atraso*”

---

**3** - Inquérito sorológico EPICOID-19 BR disponível em <http://www.epicovid19brasil.org/>. Acesso em 19/03/2022.

a ser superado no país. A política de colonização e expansão territorial no Brasil, que data desde o século XVI retrata amplamente uma elite política que impõe seus interesses com determinação e, desde então, sempre manifestou com clareza a ausência de alteridade (ATHIAS, 2005).

Ao recordarem os períodos de maior contaminação populacional, os indígenas afirmam que além dos cuidados empenhados para com parentes e amigos, em especial, na busca de vagas nos hospitais (quase sempre lotados), esses tornaram-se referência para os/as sujeitos/as deslocados/as das suas aldeias ou cidades menores. Nas palavras de uma liderança, o período foi marcado por perdas, traumas e pouco apoio:

Perdas, traumas e pouco apoio ocuparam a vida de indígenas que vivem em centros urbanos. [...] Em alguns períodos da pandemia para nós indígenas foi uma correria e até desespero. Pois, necessitamos dar apoio aos parentes que precisaram de hospital, alguns vindos de aldeias próximas de Cuiabá, mas a maioria de regiões distantes (Soilo Urupe Chue - Chiquitano. Liderança indígena em Cuiabá. Entrevista concedida em fevereiro de 2021).

Nos relatos, citam que o processo de acolhimento ocorria, em alguns casos, a partir da chegada via ambulância, ônibus ou carona sendo comum parte dos acompanhantes demandarem pouso e alimentação nas residências das lideranças e estudantes. Há, por parte de alguns, o reconhecimento de ajudas recebidas de ONGs e instituições, seja para aquisição de passagens, pagamentos de hospedagens, alimentação e outros. Com maiores destaques são citados: a Operação Amazônia Nativa (OPAN), o Fórum Mato-Grossense de Meio Ambiente e Desenvolvimento (FORMAD), o Fundo Mato-Grossense de Apoio a Cultura de Semente (FASE), o Instituto Centro de Vida (ICV), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Mato Grosso (ADUFMAT), a Casa da Pastoral do Imigrante, seguidos de sindicatos, políticos e outros.

A maioria dos/as indígenas entrevistados/as defendeu a necessidade da construção de hospitais de campanhas em suas regiões. O líder Lúcio Xavante, dirigente da FEPOIMT, por exemplo, afirmou:

Estamos conseguindo isolar as aldeias. Se tivesse mais ajuda do governo para construirmos um hospital de campanha para isolar os suspeitos e o ente da família diagnosticado, ajudaria mais a comunidade. Como não tem esse hospital, é difícil falar sobre a questão do isolamento. As pessoas acabam isoladas nas suas casas com suas famílias. Mas se alguém passa mal, precisa ir para cidade. Não temos carros em todas as regiões, a Funai não tem capacidade de suprir isso, então a família recorre a quem puder ajudar (ARINI, 2021).

Segundo o Boletim Epidemiológico da SESAI, o Povo Xavante aparece como a etnia com maior número de óbitos do país, um total de 61 pessoas.<sup>4</sup> Talvez, parte da explicação do alto índice de óbitos desta etnia encontra-se no fato revelado no discurso do líder Xavante, de que não havia unidades hospitalares suficientes na região e, por isso, os enfermos optaram por permanecerem na aldeia com suas famílias o que, provavelmente, favoreceu a contaminação de outras pessoas.

Em julho de 2020, mais precisamente a partir do dia 27 até o dia 16 de agosto do mesmo ano, diante das denúncias apresentadas por caciques sobre a situação de abandono e mortes causadas pela Covid-19, inclusive com repercussão na imprensa internacional, o Governo Federal, através de uma ação denominada “*Missão Xavante*” - composta pelos ministérios da Defesa e da Saúde -, montou um hospital de campanha que percorreria as aldeias dos povos da região, em especial os Xavante. Essa estrutura hospitalar contou com uma equipe de pouco mais de 20 profissionais de saúde atuantes no exército. A ação percorreu diversas aldeias, inclusive do Povo Bororo, permanecendo em cada local não mais de 72 horas. A ação foi importante, na avaliação das lideranças, porém os mais críticos a classificaram como uma grande “*encenação cinematográfica*”. Sobre isso, afirmou um líder Xavante: “*os militares estão mesmo é atrás de promoção do Exército, pois nas aldeias só ficam tirando fotos e fazendo filmagens*”.

As insinuações e críticas que sugerem a omissão do Governo Federal nos serviços de saúde para a população indígena no contexto da pandemia também foram observadas por pesquisadores nas aldeias do estado vizinho do Mato Grosso do Sul. A pesquisadora Raquel Dias-Scopel afirmou: “*Na contramão da mobilização indígena, o Governo Federal, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), encenou um papel ambíguo, indo de encontro à Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Pnspi)*” (DIAS-SCOPEL et al., 2021: p.137).

Santos, Pontes & Coimbra também afirmam que princípios gerais definidos pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) foram descumpridos pelo Governo Federal no contexto da pandemia, citando como exemplo “as evidências demonstradas no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709 do Supremo Tribunal Federal” (SANTOS et al., 2020, p. 4).

---

4 - Boletim Epidemiológico da SESAI - Ministério da Saúde. Consulta em 23 de fevereiro de 2022, no site: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>



## **PANDEMIA DA COVID-19: “2. PERÍODO DE BUSCAR OS PARCEIROS E PRESSIONAR OS GOVERNANTES PARA AMPARAR NOSSO POVO”**

Outro papel desempenhado pelos indígenas que permaneceram na capital nesses quase dois anos de pandemia foi o de pressionar os gestores públicos, especialmente os membros da Secretaria de Assistências Social do Estado de Mato Grosso e os gestores da Fundação Nacional do Índio para garantir o fornecimento de álcool gel, máscaras, medicamentos, vacinas, realização de testagens, fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os profissionais de saúde, logística de transporte para os infectados que demandaram atendimento médico-hospitalar, etc.

Porém, percebemos, a partir das condutas e discursos proferidos em diversos espaços, que a maior demanda entre os grupos foi pela distribuição de alimentos tanto na cidade quanto nas aldeias, em prejuízo dos itens citados acima.

Segundo relatos, a pandemia impediu a produção e venda de artesanatos que garantiam renda para muitas famílias, além de prejudicar o comércio de produtos agrícolas em feiras e mercados. Outra consequência da pandemia foi o desemprego. Desse modo, alguns jovens, principalmente, homens atuantes nas fazendas, frigoríficos e comércios próximos às aldeias, foram dispensados. Caso semelhante ocorreu com as mulheres que trabalhavam na cidade como professoras, vendedoras, cuidadoras de idosos e crianças, empregadas domésticas, entre outros.

As estratégias para conseguir doações de alimentos empregou duas ações prioritárias: a) pressionar os gestores governamentais, com especial atenção para a Secretaria de Assistência Social do Estado de Mato Grosso (SETAS/MT), prefeituras e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI); b) buscar parcerias nos movimentos sociais com ações humanitárias.

Os depoimentos apontam que a relação com os gestores governamentais em todas as esferas foi marcada por muitas tensões e poucos resultados. Isso porque a postura da maioria dos governantes foi isentar-se da responsabilidade de em amparar a população indígena. Chegamos a presenciar intervenções de gestores que procuravam desobrigar-se de qualquer responsabilidade de contribuir, transferindo para outro ente da Federação a responsabilidade. Desse modo, caracterizou-se como rotina os administradores das prefeituras e da SETAS/MT anunciarem que a responsabilidade em amparar os Povos Indígenas seria do Governo Federal, através da FUNAI. Por

outro lado, essa Fundação mostrou-se absolutamente indiferente e apática nesses quase dois anos de pandemia.

Diante das constantes negativas recebidas dos agentes governamentais, as lideranças indígenas priorizaram buscar parcerias com organizações que atuaram de forma solidária no contexto da pandemia. Em Cuiabá, por exemplo, mencionam que as doações e auxílios recebidos do movimento Ação e Cidadania e da Associação dos Docentes da Universidade Federal de Mato Grosso (ADUFMAT/Seção Sindical do Andes) foram fundamentais para atravessarem os períodos mais difíceis.

## **PANDEMIA DO COVID-19: “3. PERÍODO DE SOFRIMENTOS, DORES, PERDAS DE PARENTES E ENFRENTAMENTO DE INIMIGOS ANTIGOS”**

Para os Povos Indígenas nunca foi fácil. Nós nunca tivemos um governo que a gente possa falar que foi a favor dos nossos direitos, pelo contrário. Mas a gente faz um balanço que o cenário atual está ainda pior que os anos passados, porque vem a atacar além dos nossos direitos já conquistados, a nossa identidade enquanto indígenas. Atacam também a nossa humanidade e os nossos territórios. [...] Então, esse ano, nós sofremos muito com a pandemia, que gerou não só problemas econômicos, mas de vida e de bem-estar do nosso Povo. [...] Esse ano também vivemos os problemas de sempre: invasões, garimpos, desmatamentos e incêndios. Fazendo um balanço do ano de 2020, foi um ano muito dolorido, porque perdemos muitos parentes (XUNAKALO. Palestra concedida em dezembro de 2020).

A Constituição Federal de 1988 originou avanços extremamente importantes para reconhecer o caráter pluriétnico da nação brasileira, garantindo aos povos indígenas - entre outras conquistas - o direito “*histórico*” (primário) à terra e a necessidade de o Estado brasileiro substituir o discurso/prática paternalista e assimilacionista mantido junto a esses povos, até então, por uma nova forma de visão e contato – dos “[...] *cidadãos etnicamente diferenciados*” (BRAND, 2002, p. 31).

Após pouco mais de três décadas da promulgação da Carta Magna, esse diálogo vem sendo construído dentro de um contexto bastante particular, no qual as instituições debatem-se entre a eficácia do Estado – representada na lógica liberal de minimizá-lo - e a lógica de uma regulação democrática dos direitos sociais (ARAUJO, 2019). Desse modo, o Estado brasileiro, mesmo com avanços presentes nas legislações em favor dos Povos Indígenas, se mantém

historicamente determinado a defender os interesses de setores da elite burguesa, prejudicando, conseqüentemente, os interesses desses grupos. Contudo, o ano de 2020 - segundo ano do mandato do presidente Jair Messias Bolsonaro, produziu ataques aos direitos dos povos tradicionais ainda não vistos no período histórico compreendido como de “redemocratização”.

Nos primeiros meses de seu governo, Bolsonaro voltou a anunciar aquilo que havia dito no decorrer de sua campanha eleitoral à Presidência da República em 2018: 1) que não demarcaria nenhuma terra indígena e buscaria reduzir áreas já demarcadas; 2) que as terras indígenas seriam abertas para atividades econômicas de grande escala, como a mineração e o agronegócio; 3) que enviaria ao Congresso Nacional uma proposta para autorizar a agropecuária em grande escala em terras indígenas (FELLET, 2020); 4) Que os indígenas deveriam ser “integrados” à sociedade nacional — mesmo discurso adotado pelo governo durante a ditadura militar (1964-1985). Ao discursar na Assembleia Geral da ONU, em setembro de 2020, o presidente afirmou: “[...] algumas pessoas, de dentro e de fora do Brasil, apoiadas em ONGs, teimam em tratar e manter nossos índios como verdadeiros homens das cavernas” (FELLET, 2020).

A conduta do presidente da República movimentou os grandes projetos de ocupação demográfica nas terras indígenas, como a expansão de garimpos, setores minerais, agronegócio e desmatamento florestal, assim como também incentivou a abertura de malhas viárias e construções de pequenas centrais hidrelétricas – PCHs, Política semelhante à adotada na década de 1970, sob a tutela da ditadura militar.

No contexto da pandemia, alguns líderes responsabilizaram a omissão das autoridades da União e do próprio Governo do Estado de Mato Grosso por parte das mortes. Para tanto, indicaram alguns fatores para materializar as acusações: a negligência de profissionais de saúde, que levaram vírus para algumas aldeias; a presença de garimpeiros, grileiros, e comerciantes nas terras indígenas; a obrigatoriedade da população aldeada deslocar-se até a área urbana para recebimento do auxílio emergencial.

Além da omissão das autoridades governamentais que contribuiu enormemente para o número elevado de óbitos, duas ações, que falaremos a seguir, orquestradas pelo Governo Federal e pelo governador do estado de Mato Grosso, Mauro Mendes, obrigaram os/as líderes indígenas a mobilizarem-se para defender seus territórios de “inimigos antigos”. Conseqüentemente, durante a maior pandemia da nossa geração, a população indígena não teve nem o direito de se organizar para enfrentar a Covid-19, nem de realizar o luto pelos seus mortos.

A primeira ação foi na administração da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), por meio da publicação da Instrução Normativa número 09/2020, divulgada no Diário Oficial da União no dia 16 de abril de 2020, que “disciplina o requerimento, análise e emissão da Declaração de Reconhecimento de Limites em relação a imóveis privados”. No caso, terras localizadas em áreas indígenas. Ao defender a Normativa, a direção da FUNAI, argumentou que “[...] a incidência e confrontação de imóveis rurais em terras indígenas tradicionais homologadas, reservas indígenas e terras dominiais de comunidades indígenas [...]” estaria superada com essa publicação.

Diversas organizações indígenas, como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME), COIAB (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira), Federação dos Povos Indígenas de Mato Grosso (FEPOIMT), entre outras, manifestaram desacordo com a Instrução Normativa por meio de notas de repúdio, atos de rua e ocupação de prédios públicos.

Também houve manifestos de associações indigenistas, com destaque para o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), Operação Amazônia Nativa (Opan), Instituto Centro de Vida (ICV) e Indigenista Associados (INA), além de antropólogos, ambientalistas, pesquisadores de núcleos e grupos universitários. Quarenta e nove procuradores do MPF, de 23 estados, manifestaram por meio de Carta Aberta que a Instrução Normativa do Governo Federal era inconstitucional, recomendando ao presidente da Funai que a anulasse imediatamente.

Os manifestos ocorreram especialmente através da divulgação de cartas públicas e notas de repúdio. A Indigenistas Associados (INA), associação de servidores da Fundação Nacional do Índio (Funai), por exemplo, apresentou, em nota técnica sobre Instrução Normativa 09/2020, as seguintes considerações: “[...] promove mudança administrativa da máxima gravidade e, em flagrante contraste com a razão de ser da autarquia indigenista, dá mais gritante parcialidade contra os direitos indígenas.” (APIB, 2021). O documento afirmou ainda:

A Instrução Normativa n. 09/2020 transforma a Funai em instância de certificação de imóveis para posseiros, grileiros e loteadores de Terras Indígenas (TIs). O ato administrativo em questão insere-se como mais uma das infelizes iniciativas relativas aos direitos territoriais indígenas que, em conjunto, constituem o que se pode chamar de revisionismo demarcatório, em contexto político de escalada cronológica de destruição dos direitos indígenas (INA, 2021, s/p.).

Com críticas semelhantes, em nota pública, a Associação Brasileira de Antropologia (ABANT) manifestou profundo repúdio à Instrução Normativa nº 9/ 2020, afirmando:

Tal instrumento representa um claro e agudo atentado ao reconhecimento dos direitos territoriais e à assistência e proteção dos povos indígenas, consagrados pela Constituição Federal de 1988 e dever imperativo do Órgão indigenista. O propósito da referida Instrução, como apresentado, é uma nova disciplinarização dos mecanismos jurídicos para emissão de um requerimento de propriedade privada confrontante a terras indígenas, redefinindo as modalidades de produção das definidas como “*Declarações de Reconhecimento de Limites*” (ABA, 2020, s/p).

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) também emitiu nota externando “[...] profunda contrariedade à expedição da Instrução Normativa nº 09/2020” pela administração da FUNAI. No documento, o Conselho Indigenista afirma:

É extremamente temerário e inaceitável que, na atual situação de pandemia pela qual o mundo e o Brasil passam, em que a população está submetida ao isolamento e os povos indígenas tomam a iniciativa de fechar e de proteger seus territórios, o presidente da Funai adote uma Instrução Normativa que vai no sentido oposto ao seu dever institucional de proteger os direitos e territórios dos povos indígenas. [...] A Instrução Normativa nº 09 traz elementos com raízes ditatoriais que visam submeter os povos indígenas à assimilação, em sentido contrário ao que concebe a Constituição Federal de 1988. A medida desconsidera todo o arcabouço legal da política indigenista do próprio Estado em consonância com tratados internacionais de proteção aos direitos dos povos indígenas, colocando-os sob tutela de uma única pessoa, o presidente da FUNAI, que passa a reconhecer como terras indígenas apenas as terras já regularizadas, cujo procedimento administrativo de demarcação está concluído. Esta norma favorece a propriedade privada incrustada dentro das terras indígenas, que são bens do Estado Brasileiro, conforme o que determina o Artigo 20 da Constituição Federal de 1988 (CIMI, 2020, s/p).

Mesmo diante das diversas manifestações demonstrando inquietação, contrariedade e repúdio à normativa implementada pela FUNAI, até mesmo por organizações internacionais, a Autarquia sustentou sua manutenção. Contudo, a atuação admirável de alguns membros do Ministério Público Federal (MPF), garantiu que a normativa fosse constantemente derrotada nas instâncias jurídicas.

A segunda ação, de acordo com as lideranças indígenas, foi articulada pelo governador Mauro Mendes, com apoio de uma grande parcela de deputados estaduais de Mato Grosso. Segundo eles, em maio de 2020 – logo

após a Instrução Normativa da Funai ter sido publicada, o Executivo estadual propôs autorizar o registro do Cadastro Ambiental Rural (CAR) de fazendas em sobreposição a Terras Indígenas no Estado por meio do Projeto de Lei Complementar – (PLC) 17/2020. Este projeto foi apelidado pelos militantes de movimentos sociais de “*PLC da invasão*”.

Sobre o PLC 17/2020, os procuradores do MPF/MT avaliaram que sua aprovação na Assembleia Legislativa e, posteriormente, sua promulgação pelo governador, promoveria alterações significativas na Lei Complementar 592/2017, que “[...] dispõe sobre o Programa de Regularização Ambiental (PRA), disciplina o Cadastro Ambiental Rural (CAR), a Regularização Ambiental dos Imóveis Rurais e o Licenciamento Ambiental das Atividades Poluidoras ou Utilizadoras de Recursos Naturais (MPF, 2020). Além disso, destacaram que o avanço do PLC promoveria alterações importantes, como: as substituições dos termos “*terras indígenas*” por “*terras indígenas homologadas*”, e “*áreas interditadas ou declaradas em processo de demarcação de terra indígena*” por “*áreas de terra indígena homologadas*”.

Outro artifício apresentado pelos agentes do MPF/MT cita que a Constituição Federal de 1988, além de estabelecer que as Terras Indígenas são bens da União, também fixa como competência privativa desta a legislação sobre populações indígenas. Desse modo, afirmaram: “[...] *não detém, o estado de Mato Grosso, competência legislativa para diminuir a proteção sobre territórios indígenas, bens da União, ao limitar o seu conceito a apenas às ‘Terras Indígenas homologadas’, deixando de fora e desprotegidas todas as Terras Indígenas nas demais fases do processo de demarcação*” (MPF, 2020).

Entretanto, mesmo diante dos manifestos das organizações, dos movimentos sociais, com destaque aos indígenas, além das manifestações dos procuradores do MPF/MT, a Assembleia Legislativa de Mato Grosso aprovou o PLC 17/2020 em primeira votação no dia 17 de junho de 2020. Diante da necessidade de haver uma segunda votação, as mobilizações contrárias à nova legislação tornaram-se mais robustas, com um papel preponderante das lideranças e estudantes indígenas. Desse modo, organizaram cartas pública de denúncias, mobilizaram apoios e manifestações de outras organizações sociais, e ocuparam setores dos meios de comunicação locais, demonstrando sua contrariedade.

Diante de intensa pressão popular organizada, promovida pelas lideranças e estudantes indígenas com a participação de outros militantes sociais, o projeto foi arquivado pelo presidente da Assembleia Legislativa de Mato Grosso.

Os movimentos promovidos pelos agentes do Governo Federal, via FUNAI, e por administradores do Executivo estadual de Mato Grosso junto a

alguns legisladores, foram empreendidos em período de intensa insegurança, medo, adoecimento, e morte na população indígena acometida pelo Sars-Cov-2. Inclusive, como acompanhamos in loco, muitos líderes com papéis estratégicos nas discussões e lutas sobre seus territórios foram impedidos de atuar contra os avanços dos projetos relatados acima, seja pela necessidade do isolamento social, pelo adoecimento ou morte.

Alguns líderes citaram outro movimento percebido no decorrer de 2020, encorajado pelos discursos e condutas de membros dos poderes Executivo e Legislativo nas diferentes esferas da Federação, ou mesmo por membros do Judiciário que se mostraram indiferentes aos direitos assegurados na legislação atinente aos Povos Indígenas. Desse modo, citaram as diversas ameaças e agressões físicas, psicológicas, entre outras executadas por latifundiários, grileiros, garimpeiros, desmatadores, que vislumbram explorar terras indígenas.

Em visita realizada por um grupo de militantes sociais, professores universitários e estudantes à Aldeia Vila Nova Barbeicho, do Povo Chiquitano, localizada nas proximidades da divisa entre os territórios brasileiro e boliviano - no município de Porto Esperidião (MT), com o propósito de entregar doações de alimentos, álcool em gel, máscaras, entre outros, as lideranças mostraram marcas de balas nas paredes de suas casas, recentemente alvejadas pelos capangas dos fazendeiros da região.

Ao percorrermos outras aldeias nesta mesma região, ouvimos dos caciques e demais lideranças do Povo Chiquitano que, nos últimos anos, os desmatamentos e o avanço dos grandes empreendimentos do agronegócio no entorno de suas aldeias foram intensificados. Desse modo, as estiagens se tornaram muito mais densas, com longos períodos de seca. O fenômeno teria contribuído para o desaparecimento de lagoas e rios, até então considerados perenes, e também para o aumento e alastramento de grandes queimadas, pela imprensa local e nacional.

Contudo, mesmo diante das adversidades, a população indígena continuou em movimento, como apresentaremos a seguir.

## **PANDEMIA DO COVID-19: 4. DA CRIATIVIDADE POLÍTICA À LUTA PELO BEM VIVER EM COLETIVIDADE**

Somos cidadãos, temos direitos e temos deveres. Contribuímos sim para os municípios, para o estado e para o país, pois pagamos impostos. Precisamos desmitificar a questão de que os indí-

genas são preguiçosos, que somos um atraso para o país, para sua economia, isso é mentira. Se você for viver numa aldeia, tem que acordar cedo, ir pra roça, tem que ir pescar, tem atividades pesadas que muitos não aguentariam fazer. Além disso, temos o bem viver em coletividade [grifo nosso], que infelizmente o não indígena não conhece, ou se perdeu. É preciso dizer que a maioria dos Povos Indígenas e suas culturas não presta para o sistema do capitalismo. A gente vai acumular pra quê? Hoje, eu estou aqui, amanhã eu não estou. Então, a gente acumula para usufruir. Mas, para os Povos Indígenas, não é preciso fazer isso. Eles têm o que a natureza oferece, ou tinham né? Porque a gente vive uma pressão econômica em nosso território. Também vivemos uma pressão política em nosso território, porque somos ameaçados (XUNAKALO. Palestra concedida em dezembro de 2020).

A criatividade política dos/as líderes de contato na Amazônia indígena remete a um espaço de relações e referências interétnicas por definição. Seu projeto de reprodução cultural e de registro simbólico da história em curso só tem sentido no bojo dessas novas totalidades e intertextualidades sociais (ALBERT, 2002).

Segundo Albert (2002), a emergência da especificidade social do discurso político indígena surgiu a partir de 1970, dentro do quadro de ameaças sobre seus territórios - sobretudo na Amazônia brasileira - em curso pela política em grande escala de ocupação demográfica, de desenvolvimento econômico e de redistribuição espacial promovida pelo Estado (abertura de malhas viárias, construção de hidrelétricas, criação de programas de colonização, atração de grandes investimentos nos setores mineral, agropecuário e florestal, etc.).

A partir desse espaço regional em gestação, os grupos sociais ameaçados pelas novas formas de apropriação engajaram-se em movimentos de resistência baseados nas reivindicações de reservas territoriais, “contra espaços” (ALBERT, 2002) diferenciados no interior da fronteira (terras indígenas, reservas extrativistas etc.).

O discurso reivindicativo dessa territorialidade local constrói-se em referência ao quadro jurídico e administrativo imposto pelo Estado. Dessa maneira, a identidade social e política dos grupos que veiculam esse discurso na cena nacional é forjada no campo de forças e categorias desse quadro: *“A apropriação indígena desse horizonte legal, imposto e transgredido pelo avanço da fronteira, é um mecanismo essencial na formação das ‘etnias’ da Amazônia atual e de sua organização política”* (ALBERT, 2002, p. 240).

Conforme arrazoado acima, as alterações nos códigos legais não se tra-



duziram necessariamente em mudanças nas práticas administrativas. Observou-se, com bastante frequência, o descompasso entre o texto das leis e as políticas implementadas junto às populações aldeadas. Isso indica que a chamada “questão indígena” ocupou um espaço secundário na cena política brasileira - pós promulgação da Constituição Federal de 1988, frequentemente subordinada a outros problemas considerados política e economicamente mais significativos: a questão agrária, o problema estratégico das fronteiras e a questão ambiental.

Portanto, foi neste cenário que as/os líderes indígenas passaram a atuar nas últimas décadas, utilizando de modos de organização política tradicional, como também reinventando novas intervenções, inclusive de questionamentos aos privilégios mantidos pelo Estado burguês aos sujeitos e grupos historicamente favorecidos.

Olha a educação como está, as escolas indígenas sem estruturas. E a gente só vê falar de diminuir recursos da educação. Por que não corta das empresas que já estão consolidadas e recebem milhões? Porque o que a gente vê é que quem recebe as isenções é que realmente não precisa. A massa [população], só recebe impostos e tributos para pagar, e ela também só recebe fake news (XUNAKALO. Palestra concedida em dezembro de 2020).

As considerações e indagações apresentadas no discurso da liderança do Povo Kura Bakairi e da organização FEPOIMT atribuem a todos nós - pesquisadores, e quase sempre atuantes como militantes sociais -, desafios cujas resoluções estejam, necessariamente, num horizonte de curto prazo. Precisamos pensar qual o sentido de manter o título de “*Capital do Agro-negócio*” para Cuiabá, pela grande produção de soja, arroz, milho, feijão, algodão, cana-de-açúcar, carne bovina, suína, de aves e peixes, quando aproximadamente 327 mil famílias passam fome. Vale repetir: num Estado habitado por 3.526 milhões de pessoas, aproximadamente 1/5 está abaixo da linha da miséria, ou seja, passando fome.

Essa radicalidade imposta pela realidade, portanto, materializa-se na contradição de notarmos cidadãos nas “filas dos ossos” nos açougues periféricos enquanto os bilionários do agronegócio gozam de benfeitorias estatais por meio de renúncias e isenções fiscais, que impedem os cofres do Estado de arrecadarem aproximadamente 9 bilhões de reais anualmente. Tal realidade nos desafia a pensar e agir, igualmente, de forma radical, com o propósito de produzir novas realidades, quiçá um mundo novo.

## REFERÊNCIAS

Articulação dos Povos Indígenas do Brasil –APIB. **Nota Técnica: a Instrução Normativa da Funai nº 09/2020 e a gestão de interesses em torno da posse de terras públicas.** Brasília – DF, 2021. Disponível em: <http://apib.info/files/2020/04/2020-04-27-nota-tc3a9cnica-in-09.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

ARINI, J., Como povo indígena de Mato Grosso se viu no novo epicentro da pandemia de covid-19 no Brasil. In: **BBC News Brasil**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53354443>. Acesso em: 08 mar. 2021.

ALBERT, B., O Ouro Canibal e a Queda do Céu. Uma Crítica Xamânica da Economia Política da Natureza (Yanomami). In: ALBERT, B. & RAMOS, A. R. (org.) - **Pacificando o branco: Cosmologias do contato no norte-amazônico.** São Paulo: Editora UNESP, 2002a, p.239-277.

ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **The Lancet**, 388: 131-157, 2016.

ARAUJO, R. S. **Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil:** dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu. Curitiba: CRV, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA – ABA. **Nota da ABA de repúdio à Instrução Normativa Nº 9/2020 da FUNAI, que desconsidera parte maciça dos processos de regularização fundiária do próprio órgão indigenista, acentuando os riscos aos povos indígenas e a seus territórios no País.** Brasília – DF., 30 de abr. 2020. Disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/2020/04/30/nota-da-aba-de-repudio-a-instrucao-normativa-no-9-2020-da-funai-que-desconsidera-parte-macica-dos-processos-de-regularizacao-fundiaria-do-proprio-orgao-indigenista-acentuando-os-riscos-aos-povos-ind/>. Acesso em: 06 mar. 2021

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – ADUFMAT/UFMT. **Carta-publica-ao-povo-de-mato-grosso-e-as-autoridades-políticas.** Cuiabá – MT., 29 de jun. 2020. Disponível em: <https://www.adufmat.org.br/portal/index.php/comunicacao/noticias/item/4635-carta-publica-ao-povo-de-mato-grosso-e-as-autoridades-politicas>. Acesso em: 05 mar. 2021.

ATHIAS, R. 2004. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas. In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (org.). **Saúde**

**dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.** Rio de Janeiro: Editora ContraCapa.

ATHIAS, R. 2005. **A Saúde Indígena como subsistema do SUS.** Lei 8.080, Cap. V. NEPP, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Artigo não publicado. Pg.10.

AZEVEDO, M. M. *et al.* Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19. **Caderno de Insumos**, 2020. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/Caderno-Demografia-Indigena-e-COVID19.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2021.

BRAND, A. Mudanças e continuísmos na política indigenista pós-1988. In: BARROSO-HOFFMANN, M.; LIMA, A. C. de S. (org.). **Estado e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II.** Rio de Janeiro: Contra Capa e LACED, 2002. p. 31-38.

CAPIBERIBE, A. COVID-19: Um novo velho conhecido dos indígenas. 306-309. In: GROSSI, Miriam Pillar & TONIOL, Rodrigo (org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus** [recurso eletrônico] /. – 1. ed. – São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. 718 p.

COIMBRA JR., C. E. A. et al. **The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results.** BMC Public Health, 13: 52, 2013.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI), **Nota do Cimi contra a Instrução Normativa nº 09/2020 da Funai.** Brasília – DF, 29 de abr. de 2020a. Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/04/nota-contr-a-instrucao-normativa-09-2020-funai/>. Acesso em: 06 mar. 2021.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI), **Povos indígenas reforçam barreiras sanitárias e cobram poder público enquanto covid-19 avança para aldeias**, 2020b. Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/05/povos-indigenas-reforcam-barreiras-sanitarias-cobram-poder-publico-covid-19-avanca/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

DIAS-SCOPEL, R.; SCOPEL D.; DIEHL, E. E., Participação Indígena e Obstáculos ao Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Mato Grosso do Sul. In: MATA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., 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, 221 p.

FELLET, J., Os 5 principais pontos de conflito entre governo Bolsonaro e indígenas. **BBC News Brasil**, São Paulo – SP., 29 de jan. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51229884>. Acesso em: 06 mar. 2021.

FOSCACHES, N. No Mato Grosso do Sul, indígenas tentam bloquear covid sem ajuda do governo. **Repórter Brasil**, São Paulo, 4 set. 2020. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2020/09/no-mato-grosso-do-sul-indigenas-tentam-bloquear-covid-sem-ajuda-do-governo/>. Acesso em: 21 nov. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO – FUNAI. **Instrução Normativa n 9, de 16 de abril de 2020**- Disciplina o requerimento, análise e emissão da Declaração de Reconhecimento de Limites em relação a imóveis privados. Brasília – DF, 16 de abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/instrucao-normativa-n-9-de-16-de-abril-de-2020-253343033>. Acesso em: 06 mar. 2021.

G1 RO. JUSTIÇA ACATA PEDIDO DO MPF PARA COIBIR GRILAGEM EM TERRAS INDÍGENAS DE RONDÔNIA. **Globo (Site G1 – Rondônia)**, Porto Velho (RO), 01 de fev. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2021/02/01/justica-acata-pedido-do-mpf-para-coibir-grilagem-em-terras-indigenas-de-rondonia.ghtml>. Acesso em: 06 de mar. 2021.

INDIGENISTAS ASSOCIADOS – INA. **Nota Técnica: a Instrução Normativa da Funai nº 09/2020 e a gestão de interesses em torno da posse de terras públicas**. 2021. <https://indigenistasassociados.org.br/2020/04/27/nota-tecnica-a-instrucao-normativa-da-funai-no-09-2020-e-a-gestao-de-interesses-em-torno-da-posse-de-terras-publicas/>. Acesso em: 07 de março de 2021.

**Inquérito sorológico EPICOVID-19 BR**, disponível em <http://www.epicovid19brasil.org>. Acesso em 19/02/2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Cidades**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/cuiaba.html>. Acesso em: 06 mar.2021.

LUCATELLI, L. O., **Lúdio Cabral propõe aumentar transparência para incentivos fiscais: Deputado propõe também acabar com concessão renúncias fiscais por decreto**. Site Assembleia Legislativa de Mato Grosso, Cuiabá – MT., 22 de jul. 2019. Disponível em: <https://www.al.mt.gov.br/midia/texto/393/deputado/ludio-cabral-propoe-aumentar-transparencia-para-incentivos-fis>

cais/visualizar. Acesso em: 09 mar. 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF. **OFÍCIO/PR-MT/OPICT n. 1618 Cuiabá-MT**, 13 de maio de 2020. Cuiabá – MT, 13 de mai. 2020. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/mt>. Acesso em: 06 mar. 2021.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO INDÍGENAS – NEPI/UFSC. **Nota de Repúdio à Instrução Normativa da FUNAI nº 09/2020 e ao ataque aos direitos dos povos indígenas no Brasil**. Florianópolis – SC., 29 de abr. 2020. Disponível em: <https://nepi.ufsc.br/2020/04/29/em-meio-a-pandemia-instrucao-normativa-n-09-da-funai-legitima-a-invasao-de-terras-indigenas/>. Acesso em: 29 abr. 2021.

PACINI, A. Morte e violência. Um debate sobre a discriminação contra os índios. In: **Terras Indígenas no Brasil – ISA - Instituto Socioambiental**. São Paulo – SP, 22 de jan. 2009. Disponível em: <https://www.indios.org.br/pt/Not%C3%ADcias?id=63619>. Acesso em 06 de março 2021.

PACINI, A. Massacre dos Chiquitanos vai a ONU. In: **IHU – UNISSINOS**. São Leopoldo – RS., 21 de set. 2021. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/603013-massacragem-dos-chiquitanos-vai-a-onu-artigo-de-aloir-pacini>. Acesso em 06 mar. 2021.

PONTES., A. L. M; CARDOSO A. M; BASTOS, L. S; SANTOS R. V., Pandemia de Covid-19 e os Povos Indígenas no Brasil cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: MATTA., G. C.; SOUTO S. R.; SEGATA E. P. J. (org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

SANTOS R. V. *et al.* **The identification of the Indigenous population in Brazil's official statistics, with an emphasis on demographic censuses**. Statistical Journal of the IAOS, 35: 29-49, 2019.

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**, 36(10): 1-5, 2020. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/479783239/Um-fato-social-total-COVID-19-e-povos-in-pdf>. Acesso em 21 nov. 2021.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. & LANGDON, E. J. Munduruku cosmography in movement: health, territory, and survival strategies in the Brazilian Amazon. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. P.31. 2017.

VARGA, D., *et al.* Vulnerabilidade em Comunidades Rurais, Negras, Quilom-

bolas e Indígenas Frente à Covid-19. p317-320. In: GROSSI, M. P. & TONIOL, R. (org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus** [recurso eletrônico] /. – 1. ed. – São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. 718 p.

XUNAKALO, E., **Curso de Extensão “Economia na Pandemia” (Palestra)**. UF-DPAR, Parnaíba – PI, 18 dez. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2fxtW8nO6xk>. Acesso em: 06 fev. 2022.

# GRAVIDEZ DE ALTO RISCO EM INDÍGENAS NO ESTADO DO TOCANTINS

**Ana Caroline Machado Costa**  
**Raynara Melo da Conceição**  
**Camila Fonseca Bezerra**  
**Poliana Guerino Marson**  
**Danielle Rosa Evangelista**

## INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico que envolve mudanças físicas, sociais, psicológicas e hormonais. No entanto, em meio a este processo, as gestantes podem desenvolver manifestações patológicas ou agravar condições preexistentes em decorrência da gravidez, podendo evoluir para uma gestação de alto risco, que se trata de uma série ampla de condições clínicas, obstétricas ou sociais que podem trazer complicações gestacionais maternas e infantis e comprometer o desfecho da gravidez (ANJOS *et al.*, 2014). Esse grupo de gestantes requer um acompanhamento especializado que contemple todos os níveis de complexidade, identificação precoce dos problemas relacionados às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas, assim como oferecer os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários para a garantia de resultados perinatais satisfatórios (BRASIL, 2012).

Segundo a Fundação Nacional de Saúde do Brasil, a saúde e a doença entrelaçam fatores culturais que influenciam no seu aparecimento. Assim, as desigualdades sociais, econômicas e culturais revelam-se no processo de adoecer das populações de maneira diferenciada. No entanto, são escassos os estudos que consideram a raça, etnia e a cultura em que a mulher está inserida, pois essas variáveis evidenciam as desigualdades que existem na sociedade brasileira. De acordo Coimbra e Garnelo, os estudos na sua maioria, são desenvolvidos em contextos urbanos e enfocam grupos étnicos/raciais específicos (BRASIL, 2002; COIMBRA, GARNELO, 2003).

Existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador. Dentre os fatores de risco gestacional que são marcadores dentro das características individuais e socioeconômicas desfavoráveis para gravidez de alto risco obstétrico, ressalta-se o extremismo de idade, baixa escolaridade e condições socioambientais desfavoráveis (BRASIL 2012; BRASIL, 2002).

Assim, destaca-se que a mulher indígena, está inserida em um grupo populacional com piores condições socioeconômicas, elevadas taxas de fecundidade, prematuro início da vida reprodutiva e períodos intergestacionais curtos, demandando acompanhamento no pré-natal, sobretudo para identificar e monitorar, especialmente, os casos de gravidez de médio e alto risco e, dessa forma, reduzir as complicações na hora do parto e, conseqüentemente, a mortalidade materna e fetal (MARCOLINO, 2003).

A Constituição Federativa do Brasil definiu elementos que posteriormente resultaram em mudanças nas ações indigenistas de saúde, decorrente disto foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que possui o propósito de promover o acesso à atenção integral, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com equipes multiprofissionais de saúde atuando dentro das reservas indígenas. O objetivo dessa política é favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, com enfoque na diversidade social, cultural, histórica e política desses povos (BRASIL, 1988; BRASIL, 2002; BRASIL, 2019).

A assistência à saúde da comunidade indígena é garantida pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), fundada em agosto de 2010, tendo como competência a coordenação e execução do processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) em todo território nacional, que consiste na proteção, promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas sob sua responsabilidade (IGANSI; ZATTI, 2018).

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade na assistência da atenção primária, deverão ser referenciadas para os outros níveis de atenção na rede de serviços do SUS. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os indígenas, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo, nas esferas de atenção terciária e/ou quaternária (BRASIL, 2002). A regionalização é um dos princípios que orientam a organização do SUS, definidos pela Constituição Federal de 1988, e constitui um dos seus eixos estrutu-



rantes. A Regionalização da Saúde é ainda entendida como um processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região, visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade.

Dessa forma, a região de saúde do Estado do Tocantins está dividida da seguinte forma: Macrorregião Norte (Regiões de saúde: Cerrado do Tocantins Araguaia, Médio Norte Araguaia, Bico do Papagaio) e Macrorregião Centro Sul (Regiões de saúde Capim dourado, Cantão, Amor Perfeito, Ilha do Bananal, Sudeste), sendo assim, quando identificadas e classificadas as gestantes de alto risco obstétricos dessas regiões de saúde, são direcionadas ao atendimento conforme a sua regionalidade.

O acompanhamento das gestantes de alto risco tem como propósito intervir para diminuir os riscos tanto para mãe como para o feto. Os fatores geradores do risco gestacional podem estar presentes antes mesmo da ocorrência da gestação. Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas do atendimento, desde a anamnese/histórico, exame físico geral, exame gineco-obstétrico, análise e interpretação de exames laboratoriais e de imagem e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, além de avaliar a necessidade de encaminhamentos para a atenção especializada, razão pela qual é importante a coesão da equipe, uma vez que o não acesso das gestantes a um pré-natal de qualidade, e em tempo oportuno, está diretamente relacionado à morbimortalidade no período gestacional (BRASIL, 2002; SAMPAIO, ROCHA, LEAL, 2018).

No Brasil, em relação aos riscos na saúde dos indígenas, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, estimou que, comparando com populações distintas, há diferenças expressivas nas probabilidades de morte entre indígenas e não indígenas em todos os grupos de idades, e de forma mais pronunciada para o sexo feminino. Com relação as mulheres em idade fértil, a mortalidade indígena continua superior àquela dos não indígenas, embora em menor magnitude. Com isso, o pré-natal de alta qualidade, com identificação precoce de gravidez de risco e cuidado adequado são necessários para redução desses desfechos. Por conseguinte, a promoção e a avaliação de intervenções e o monitoramento de indicadores de serviço são imperativos (IBGE, 2010; CARVALHO, PELANDZ, DOYLE, 2018).

No tocante aos desafios, um de caráter emergencial e que merece um cuidado especial é a redução da mortalidade materna e infantil, hoje com índices altos na população indígena, sendo uma meta para todos os países integrados da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário (SOUZA, 2017).

A mortalidade materno-infantil reflete as condições de vida de seu meio social, por isso se faz necessária a análise ao que tange a saúde indígena. É diante desse quadro fático, inclusive para nortear os profissionais de saúde, que nasceu a necessidade do presente estudo científico, no qual teve como objetivo analisar os aspectos da saúde nas gestantes indígenas de alto risco, no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) do Estado do Tocantins, partindo da necessidade de informações acerca do perfil dos riscos obstétricos das indígenas que são encaminhados para acompanhamento de alto risco nos hospitais de referência e mapear as dificuldades que contribuem para elevar o risco da gestação, contribuindo para a redução das consequências sociais negativas.

Ademais, espera-se apresentar evidências para fortalecer o desenvolvimento de ações e de políticas públicas de saúde que possam minimizar os elevados índices de gestações de alto risco e mortalidade perinatais, desenvolvendo ações de educação em saúde preventivas e corretivas imediatas para tais complicações e não apenas como estratégia para intervenção na doença, mas também para contribuição a manutenção ou a recuperação do estado de saúde da mulher.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um delineamento transversal de abordagem quantitativa e documental, onde foram trabalhados os dados dos fatores sobre a gestação de alto risco em indígenas do Estado do Tocantins, quantificando as evidências e incidência dos riscos obstétricos.

Os documentos analisados foram formulários da consulta especializada em pré-natal de alto risco que constava na Central de Consultas e Exames via SISREG, sob gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, onde foram analisadas e extraídas informações pertinentes. Os dados registrados no SISREG, um sistema criado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), fornecido pelo Ministério da Saúde, que tem por objetivo regular as solicitações de serviços ambulatoriais e hospitalares. Para a realização, foi feito o desprendimento dos dados das fichas do SISREG por meio de módulos ambulatorial e hospitalar que permitem a inserção da oferta o qual foi usado o código de procedimento (consulta especializada em pré-natal de alto risco - 1ª consulta) e se filtrou todos os encaminhamentos realizados e referenciados ao serviço de alta complexidade no período do estudo.

Para a realização da análise dos dados foi elaborado o Termo de Conhecimento e Autorização para a Realização da Pesquisa, o qual autorizou a busca dos formulários de agendamentos da 1ª consulta em pré-natal de alto risco

em mulheres indígenas inseridas no SISREG, porém como a coleta de dados ocorreu em banco de dados, este tipo de pesquisa dispensa a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O período em que os dados foram coletados e analisados foi delimitado intencionalmente no intervalo de 08 (oito) anos, que abrange o intervalo de 2013 a 2021, compreendendo o ano de 2013 como o da implantação do sistema e o ano 2021, por se tratar do último ano com preenchimento completo até o último mês da etapa de coleta de dados da pesquisa.

A pesquisa foi realizada nas duas Macrorregiões de Saúde no Estado do Tocantins, sendo uma denominada Macrorregião Norte e a outra Macrorregião Centro Sul, conforme o Plano Diretor de Regionalização. Essas são as Centrais Estaduais de Regulação de consultas e exames, que contemplam um grupo de municípios definidos conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

De acordo com organização social dos Povos Indígenas do Tocantins, esses povos residem em seis regiões de saúde, conforme PDR, sendo as seguintes: Capim Dourado; Ilha do Bananal; Norte Médio Araguaia; Cerrado do Tocantins; Cantão; Bico do Papagaio. Considerando esta distribuição, serão analisados os dados de 14 unidades solicitantes no SISREG: Macrorregião Centro Sul (07): Tocantínia; Formoso do Araguaia; Araguaçu; Lagoa da Confusão; Sandolândia; Pium; Pedro Afonso e da Macrorregião Norte (07): Tocantinópolis; Santa Fé do Araguaia; Goiatins; Itacajá; Maurilândia; Cachoerinha e São Bento.

Essas macrorregiões e os municípios que elas abrangem estão sob a responsabilidade do DSEI-Tocantins (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) com sede em Palmas, que se trata de uma rede de serviços implantadas nas terras indígenas visando o atendimento dessa população. Sendo configurados aqui em 12 grupos étnicos: Ava Canoeiro, Guarani, Canela de Tocantins, Apinajé, Funi-ô, Krahô, Karajá-Xambioá e Santana, Xerente, Javaé, Karajá da Ilha, Kraho-Takaiyra, dentre outras etnias; todos possuem contato com a sociedade não indígena, totalizando um número de 12.573 indígenas aldeados, vivendo em 205 aldeias (BRASIL, 2019).

De acordo com organização do serviço de saúde estadual, no componente da Rede Cegonha, e do local da pesquisa, foram instituídos dois Hospitais para realizar o atendimento ambulatorial das Gestantes de Alto Risco (GAR) das regiões a serem estudadas. Estes estão localizados estrategicamente da seguinte forma: na região Macro Norte a referência de Alta complexidade para o atendimento das gestantes de alto risco é o Hospital Dom Orione e, na região Macro Sul a referência para gestante alto risco é o Hospital Maternidade Dona Regina.

Foram consideradas gestantes de alto risco, aquelas reguladas através do SISREG, nos Complexos Reguladores/Centrais de Consultas e Exames para agendamento em ambulatório de alto risco da Macrorregião Norte e Macrorregião Centro Sul, que estejam sob a responsabilidade do DSEI-Tocantins, caracterizando assim a amostra do estudo. Para que essa investigação fosse mais precisa, foram incluídas todas as etnias pertencentes ao DSEI Tocantins. Foram excluídos casos duplicados; casos em que os campos de dados do formulário do SISREG não estavam devidamente preenchidos a etnia, idade, laudo/justificativa e o Código Internacional de Doenças (CID) e encaminhamentos posteriores de 2ª e 3ª vez encaminhados para alto risco em gestações posteriores, a fim de diminuir os fatores de confundimento da análise, pois os riscos das gestações posteriores podem ser complicações e consequências da primeira gestação.

Foram avaliadas as variáveis de acordo com as informações da ficha inserida no SISREG de encaminhamento da gestante ao alto risco extraídas e tabuladas em planilhas. Foi realizada da seguinte forma:

- Unidade Executante: Nome da Unidade solicitante do encaminhamento ao serviço de referência especializada e o município responsável pela região de saúde referindo o PBSI de referência responsável pela assistência de saúde daquele município solicitante.
- Sociodemográficas da mãe: a) idade (em anos: 10 a 14; 15 a 19; 20 a 34; 35 a 49); b) Etnia; c) Aldeia em que reside; d) Município de residência.
- Diagnóstico Inicial (campo laudo/justificativa em que a equipe de saúde preenche com informações sobre o quadro clínico atual da paciente, podendo ser despreendido desse campo, variáveis referentes ao diagnóstico preexistente ou desenvolvido durante a gestação atual).
- CID-10 (Classificação segundo o Código Internacional de Doenças) e classificação de risco (Azul- Atendimento Eletivo, Verde- Prioridade não urgente, Amarelo- Urgência, Vermelho-Emergência).
- Dados da solicitação: Vaga Solicitada: (1ª vez).

O banco de dados foi construído utilizando o programa Office Excel, com dupla entrada para a checagem da consistência e posterior limpeza em caso de inconsistência. Os dados foram organizados e processados no Statistical Package of the Social Science (SPSS) versão 22.0. Foi empregada a estatística descritiva simples, utilizando frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão dos critérios adotados para avaliar os fatores de alto

risco obstétrico. Para as variáveis categóricas, utilizou o Teste do Qui quadrado ou Fisher para estimar as diferenças entre os grupos e o nível de significância estabelecido em 5%.

Considerando as questões éticas do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (CEP-UFT), por meio do parecer consubstanciado pelo número 4.796.978.

O projeto foi encaminhado para análise do núcleo de pesquisa da SES/ Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gismar Gomes (ETSUS) e recebeu a aprovação da Declaração de Instituição Participante e Termo de Compromisso de Utilização de Dados, cuja autorização fica sob a responsabilidade da Secretaria Estadual do Tocantins, para liberação do manuseio dos dados armazenados no sistema de informação, através da análise das fichas do SISREG, as quais só foram desprendidas as informações para a realização da pesquisa e não teve a identidade das participantes exposta. Para realizar a pesquisa foi recebida a autorização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins –DSEI-TO, através do Termo de Anuência da Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizada a coleta de dados com arquivo referente ao mês de janeiro de 2013 a agosto de 2021, elencando todas as indígenas gestantes de alto risco do estado do Tocantins, foram encontradas 520 fichas, contudo, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa elencou um total de 451 fichas de gestantes indígenas de alto risco obstétricos e que estavam aptos para análise.

**Tabela 1 - Distribuição das fichas de pacientes encaminhadas por informação de encaminhamento, motivo e adequação do encaminhamento e informações sobre histórico obstétrico, Tocantins, 2013-2021.**

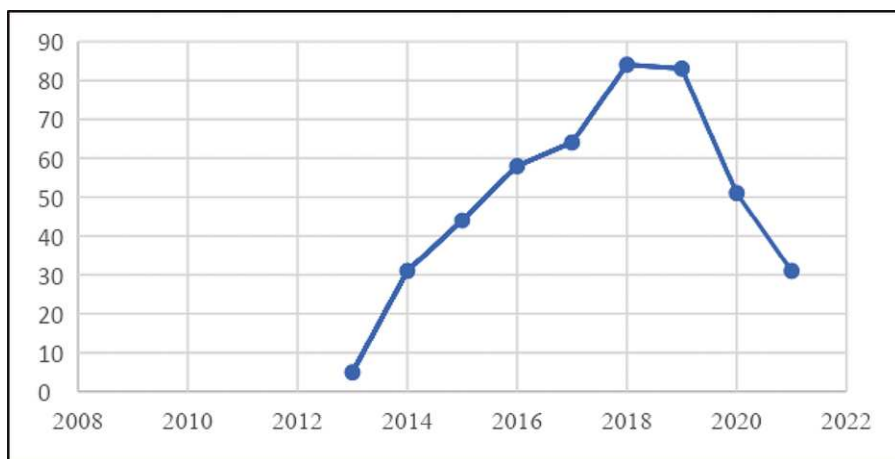
VARIÁVEL	Nº	%
Total de pacientes encaminhadas	451	100%
Total de fichas com motivo de encaminhamento não informado	2	0,4%
Total fichas com motivo de encaminhamento informado	449	99,5%
Total de motivos adequados de encaminhamento	449	99,5%
Total de fichas com falta de histórico obstétrico	177	39,2%

**Fonte:** Elaboração própria, 2021.

As fichas advindas de encaminhamentos seguiram a proporção de atendimento com elevação dos padrões a partir de 2017, que coincide com a implantação da Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017, a qual estabelece a obrigatoriedade do cadastro dos estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas junto à base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES.

Inferre-se que a Portaria, portanto, colaborou de forma significativa na melhoria das inserções das demandas da saúde indígena no sistema de regulação. Em detrimento a isso, observando o Gráfico 1, no final do ano de 2019 para 2020, as solicitações de encaminhamentos sofreram declínio, atingindo 11,3%, coincidentemente ao período pandêmico do coronavírus que surgiu no final de 2019, no qual muitos serviços de atendimentos eletivos foram suspensos como medida de prevenção da proliferação do vírus nos mais variados níveis de atenção à saúde, ocasionando portanto, dificuldade inclusive às gestantes na realização do acompanhamento do pré-natal pelo cancelamento ou adiamento de consultas por suspeitas ou confirmação pelo COVID-19 (DING, 2021; MALTA *et al.*, 2020).

**Gráfico 1 - Distribuição dos encaminhamentos de gestantes indígenas ao alto risco obstétrico, por ano. Tocantins-Brasil, 2013-2021**

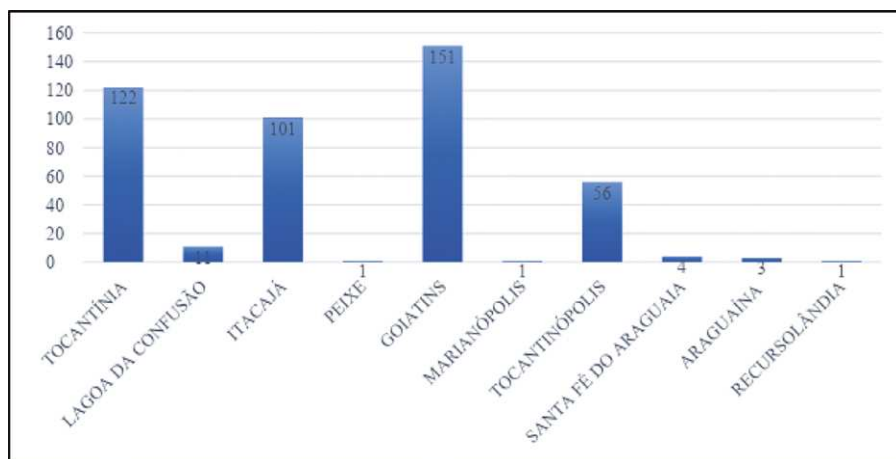


**Fonte:** Da pesquisa.

Tendo em vista a amostra dessa pesquisa, dentre as 451 gestantes indígenas encaminhadas aos serviços de especialidade para alto risco obstétricos foram categorizadas por municípios das regiões de saúde estudada. No que se refere ao município de origem em que foram realizadas as solicitações de

encaminhamento à atenção especializada para consulta e acompanhamento na alta complexidade, destaca-se os municípios Goiatins, Itacajá (ambos atendem ao povo Krahô) e Tocantínia (atende ao povo Xerente), sendo as duas etnias as mais populosas do estado (SOUSA, 2017) (Gráfico 2). No que tange a unidade executante que recebeu essas demandas geradas pelos municípios foi o centro de saúde de referência de especialidade desta região, o Hospital Dom Orione na região macro norte, responsável por atender 69,8% das gestantes de alto risco dos municípios solicitantes. Já na região macro sul, a referência no atendimento foi o Hospital Maternidade Dona Regina que absorveu 30,2% da demanda dos municípios.

**Gráfico 2 - Distribuição das gestantes por municípios de residência na macrorregional norte e sul segundo as fichas do SISREG. Tocantins, Brasil; 2013-2021**



**Fonte:** Da pesquisa.

A importância de conhecer o perfil sociodemográfico permite distinguir a vulnerabilidade dos pacientes relacionada à patologia e atuar no aperfeiçoamento e na qualidade da assistência, assim intervindo de maneira mais precisa. As condições sociodemográficas desfavoráveis, histórico reprodutivo e condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outro agravo, também devem ser considerados sinais de alerta na identificação do risco. Os fatores de risco podem e devem ser identificados ao decorrer do pré-natal através da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Analisando a faixa etária em que as mulheres eram encaminhadas ao alto risco, os resultados obtidos na pesquisa evidenciam que a idade de 15-35

anos permaneceu em sua maioria em uma idade aceitável para uma gravidez de risco habitual levando em consideração os parâmetros do MS (tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição das gestantes, segundo características socio-demográficas e histórico obstétrico, Tocantins, Brasil, 2021**

VARIÁVEL	Nº	%
Idade (anos) (média +- desvio padrão) (21,87+-9,49)		
Até 14	158	35
15-35	231	51,2
36 ou mais	62	13,7
Etnia		
Kraho/krahô	255	56,5
Xerente	123	27,3
Apinajé	53	11,8
Javaé	6	1,3
Karajá da ilha	5	1,1
Karajá-xambioá	6	1,3
Guarani	1	0,2
Guajajara	1	0,2
Tiriyo	1	0,2
Localidade da Residência		
Aldeia	430	95,3
Zona urbana	21	4,7
Paridade*		
Nulípara	141	31,3
Primípara	28	6,2
Secundípara	20	4,4
Multípara	85	18,7

**Fonte:** \*ausente/sem informação 177



Estudos recentes sobre as características etárias das gestantes de alto risco, corroboram com os dados dessa pesquisa, como o realizado em um centro de referência em pré-natal de alto risco, que avaliou prontuários de gestantes de alto risco realizado no Ambulatório de Gravidez de Alto Risco da cidade de Cascavel-Paraná, e identificaram que a idade predominante estava entre 20 e 34 anos (BRASIL, 2012; PARIZOTTO; CAVALLI, 2021). Contudo, não foi identificada uma associação estatística entre as variáveis, idade e fator de risco, logo na presente pesquisa, a idade encontrada não foi um fator determinante para o alto risco obstétrico.

Essa incoerência estatística ocorre porque a maior parte das gestantes estão na faixa etária mencionada, podendo essa ser uma limitação da pesquisa: os dados não homogêneos entre os grupos. Diante do exposto, percebe-se que a gestante necessita de um acolhimento integral por especialistas, tendo direito a consultas individuais e grupo, de intervalos regulares até o parto. Esta assistência será principalmente para que as complicações rastreadas sejam sanadas até o nascimento do bebê.

Não obstante a esta variável, encontra-se os extremismos da faixa etária das indígenas encaminhadas ao alto risco, em que se nota 35% com idade inferior a 14 anos. Sendo a menor idade observada nas fichas de encaminhamento a de 11 anos, compreendendo uma quantidade de 1,8% e acima de 36 anos apresenta 13,7% gestantes, expressivamente com a maior idade identificada aos 48 anos. Guerra, Valet e Alves relatam que a idade extrema também é um problema.

As mulheres com menos de 15 anos e idade superior a 38 anos levam a erros genéticos mais elevados, sendo este um dado relevante. Evidencia-se também nas adolescentes, a falta de adesão ao pré-natal, fator este que pode dificultar o acompanhamento de uma possível gravidez de risco (GUERRA, VALETE; ALVES, 2019).

Na análise das etnias foram identificados a presença de nove, sendo elas: Krahô 255 (56,5%), Xerente 123 (27,3%), Apinajé 53(11,8%), Javaé 6 (1,6%), Karajá da Ilha 5 (1,1%), Karajá-Xambioá 6 (1,3%), Guarani 1 (0,2%), Guajajara 1 (0,2%) e Tiriyo 1 (0,2%). Destaca-se que a etnia Guarani, Guajajara e Tiriyo não são pertencentes ao estado do Tocantins, contudo, estavam residindo dentro do perímetro de responsabilidade do DSEI-TO, localizadas respectivamente no município de Marianópolis e aldeados em Tocantinópolis e Itacajá.

Outro fator analisado foi a etnia quanto aos diagnósticos de alto risco (CID-10). Verificou-se que as etnias com maior frequência em risco obstétrico e que foram encaminhados e necessitaram de suporte especializado em consultas obstétricas foram as etnias indígenas Krahô, Xerente e Apinajé. Traçando o perfil quanto a localidade da residência destas indígenas, em sua maioria, contabilizando 95,3% das gestantes indígenas residiam nas aldeias em zona rural, observando tabela abaixo.

**Tabela 3 - Variáveis faixa etária, mora na aldeia/mora na cidade, central reguladora associados à Classificação de risco. Tocantins, Brasil. 2019**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
	Azul/ Verde	Amarelo / Vermelho	p-valor*	RP	IC
	n (%)	n (%)			
Mora na cidade					
Sim	18(4,0%)	02(0,4%)	0,560	1,24	0,2 – 5,5
Não	377(84%)	52(11,6%)			
Mora na aldeia					
Sim	377(84%)	52(11,6%)	0,721	1,30	0,3-4,6
Não	18(4,0%)	02(0,4%)			
Central reguladora					
Macro Norte	264(58,8%)	50(11,1%)	0,00	6,20	2,1-17,5
Macro Sul	131(29,2%)	04(0,9%)			
Faixa etária					
Sem risco (15 a 35 anos)	203(45,2%)	26(5,8%)	0,66	0,87	0,4-1,5
Com risco (até 14 ou mais de 36 anos)	192(42,8%)	28(6,2%)			

**Fonte:** \*Teste Exato de Fisher

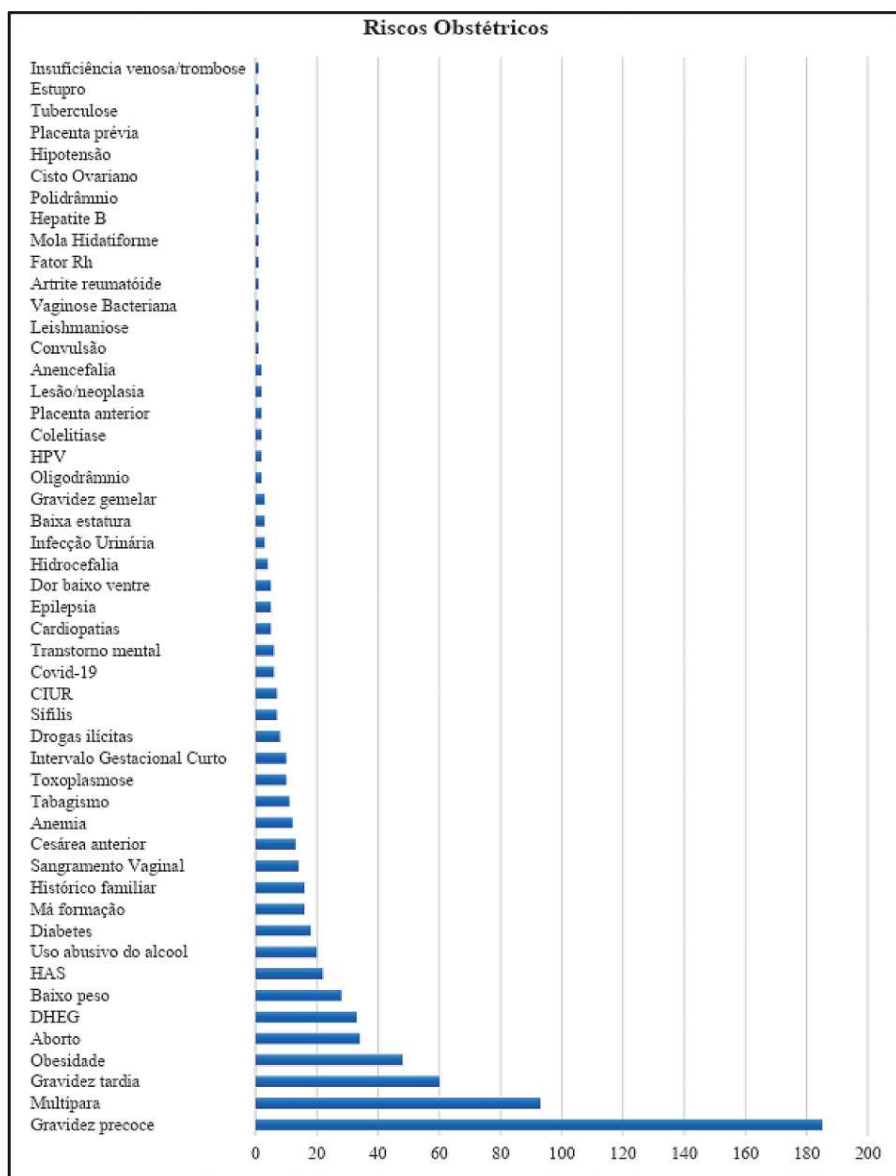
Embora realizado testes estatísticos para analisar a associação dos riscos obstétricos com as variáveis: idade, local de residência (se residia na aldeia), paridade e etnia, não houve associação com alto risco. O que se mostrou mais evidente com análise do Teste Exato de Fisher foi quanto à região de saúde, sendo a região macro norte com o maior indicativo associado ao alto risco, o que leva a inferir que as indígenas da região norte necessitam de maior atenção quanto ao mapeamento dos riscos durante o pré-natal. As gestantes da região macro norte apresentaram, 6,2% mais chances de classificação amarelo/vermelho (alto risco) do que as gestantes da região macro sul.

Em relação ao histórico obstétrico das indígenas, foi avaliado segundo a quantidade de partos sendo: nulíparas (que nunca tinha parido, primeira gestação), primípara (um parto), secundípara (dois partos) e múltipara (acima de três partos). Nas gestantes indígenas apresentou uma média de 3,26 (+3,07) gestações. Esse dado muitas vezes negligenciado no ato do preenchimento do encaminhamento, é de suma importância para ser avaliado pelo analisador e operador da central de regulação bem como para traçar o perfil obstétrico da gestante e para definição do risco obstétrico. Deve ser levado em consideração na hora do preenchimento mesmo apresentando outros fatores de risco. O perfil obstétrico obtido mostra uma prevalência de 141 dos casos de alto risco serem nulípara (31,3%), em relação a multiparidade que apresentou apenas 85 (18,7%) variando de 3 a 12 partos.

De acordo com os autores Coimbra e Garnelo (2003), que realizaram uma pesquisa sobre as questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil, mesmo diante dos determinantes da alta fecundidade das mulheres indígenas, podem ser listados múltiplos fatores de ordem sociocultural, como a valorização de famílias numerosas, elevada proporção de mulheres em uniões conjugais, início da vida reprodutiva relativamente cedo (se comparado aos padrões das não indígenas) e intervalos intergestacionais curtos. Independentemente da combinação de fatores, deve-se destacar a importância de assegurar o acesso das mulheres indígenas ao acompanhamento pré-natal, pois, em geral, estas têm ou terão muitos filhos, com grande chance de já portarem agravos como a anemia na primeira consulta de pré-natal (COIMBRA; GARNELO, 2003).

Analisando a distribuição dos riscos obstétricos encontrados, infere-se que os fatores de risco determinam o perfil de gestantes indígenas do estado do Tocantins, o qual estabelece que apesar da prevalência das gestações com idade entre 15-35 anos, há elevado índice de gravidez precoce em 185 casos (35%), devido ao início precoce da atividade reprodutiva, e implicou na multiparidade apresentando em 20,6% das gestantes, observando gráfico abaixo.

**Gráfico 3 - Distribuição dos riscos obstétricos elencados nas gestantes indígenas do estado do Tocantins encaminhadas para atendimento de especialidade. Tocantins, Brasil; 2013-2021**



**Fonte:** da pesquisa

Apesar da gravidez precoce e multiparidades serem bem relevantes, os demais fatores associados com maior expressividade foram: obesidade (10,64%), síndromes hipertensivas identificadas com portadoras de Hipertensão Arterial sistêmica prévia (4,87%) com diagnóstico antes da gestação e que desenvolveram durante a gestação Doença Hipertensiva Específica da Gestação (7,31%).

O manual técnico de Gestação de Alto Risco define que os distúrbios hipertensivos gestacional são considerados importantes complicações do ciclo gravídico puerperal, resultando em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal, sendo a eclâmpsia uma das principais causas de óbito materno em países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2010). Em seu estudo, Paiva e colaboradores detectaram que as síndromes hipertensivas são um problema sério, determinados por histórico familiar e doença hipertensiva preexistente, fato este também identificado em nosso estudo com as indígenas do estado do Tocantins. A piora do quadro determina-se em 3 formas pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas) caracterizada por além de pressão alterada, cefaleia, mialgia e vertigem, sendo esta detectada por exames laboratoriais como alteração da proteinúria, trazendo complicações como óbito materno-fetal, risco de prematuridade, convulsões, descolamento de placenta e hemorragia (PAIVA *et al.*, 2018).

Em relação ao estado nutricional durante a gestação, um fator relevante elencado nesta pesquisa foi a obesidade em 48 gestantes indígenas (10,64%). Vale destacar que a obesidade materna e o ganho de peso ponderal elevam os riscos para diabetes gestacional, parto prolongado, pré-eclâmpsia, cesárea e depressão. Para o recém-nascido, observa-se maior morbidade neonatal e maior probabilidade de obesidade, sobrepeso e distúrbios metabólicos na infância e adolescência (NOMURA *et al.*, 2012).

Outros estudos corroboram com os mesmos achados do presente estudo em que os principais fatores de riscos encontrados são síndrome hipertensivas, idade avançada ou menoridade, disfunções nutricionais como obesidade ou desnutrição, escolaridade, diabetes mellitus, tromboembolismo, padrões demográficos, histórico de gravidezes anteriores e infecções urinárias (GUERRA; VALETE; ALVES, 2019; SANINE *et al.*, 2019).

De acordo com Franco (2019) a interferência cultural com os não indígenas ocasionou influência na mudança dos hábitos alimentares bem como pode ser identificado com o fato de ter inserido açúcar industrializado na base alimentar dessas populações, alimentos condimentados e embutidos. O que pode notar-se que essa mudança de padrão cultural alimentar interfere nas patologias e riscos à saúde da gestante indígena.

Para identificar precocemente e agir com as condutas em tempo oportuno faz-se necessário um acompanhamento de pré-natal para monitoramento da saúde das gestantes, a fim de diminuir os riscos com intuito de trazer suporte e qualidade de vida para mãe/feto. O Pré-natal de Alto Risco é considerado pelo Ministério da Saúde o qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que o restante da população.

Diante as patologias e os fatores de risco, despertou a necessidade de analisar as variáveis ao contexto histórico em relação a frequência dos casos. A pesquisa deu-se com análise dos dados de 2013 a 2021 e foi agrupada em subgrupos com intervalos de 3 anos e analisada a frequência dos dados, conforme mostrado na tabela abaixo.

**Tabela 4 – Distribuição das condições de risco apresentados pelas gestantes indígenas, segundo ordem cronológica, Tocantins, Brasil, 2021**

	2013-2015	2016-2018	2019-2021
Gravidez precoce	23	91	71
Gravidez tardia	9	25	26
Diabetes	3	6	9
HAS	1	10	11
DHEG	14	15	4
Múltipara	16	42	35
Cesárea anterior	2	8	3
Obesidade	4	29	15
Anemia	3	6	3
Aborto	5	20	9
Má formação	1	7	8
Infecção Urinária	0	2	1
Covid-19	0	0	6
Toxoplasmose	1	0	9
Esquizofrenia/ Transtorno mental	1	2	3
Convulsão	1	0	0
Sangramento Vaginal	3	7	4
Sífilis	1	4	2
Cardiopatias	2	3	0
Uso abusivo do álcool	1	8	11
Drogas ilícitas	1	2	5
Tabagismo	1	5	5
Leishmaniose	0	1	0

Vaginose Bacteriana	0	0	2
Artrite reumatoide	0	0	1
Fator Rh	0	0	1
Epilepsia	1	2	2
Baixo peso	1	23	4
Baixa estatura	1	2	0
Mola Hidatiforme	0	0	1
Hepatite B	0	1	2
CIUR	2	5	0
Oligodrâmnio	0	2	0
Polidrâmnio	0	0	1
Cisto Ovariano	0	0	1
Hipotensão	0	1	0
HPV	0	2	0
Colelitíase	1	0	1
Intervalo Gestacional Curto	0	9	1
Histórico familiar	0	13	3
Placenta prévia	1	0	0
Placenta anterior	1	1	0
Tuberculose	0	0	1
Estupro	0	1	0
Insuficiência venosa/trombose	0	1	0
Lesão/ neoplasia de Colo de útero	0	1	1
Dor baixo ventre	3	2	0
Anencefalia	0	0	2
Hidrocefalia	1	1	2
Gravidez gemelar	1	1	1

**Fonte:** da pesquisa

Depreende-se que ao longo dos anos houve diminuição da taxa da gravidez precoce, em consequência, mudança dos padrões diminuindo a multiparidade e o intervalo Inter gestacional bem como zerando os casos de crescimento intrauterino restrito-CIUR, atenuando os casos de anemia e DHEG. Diante do referido exposto considerando a diminuição de todos esses fatores infere-se que contribuíram para a diminuição da frequência dos casos de aborto gestacional o que também corrobora com os achados da pesquisa em que confirma que esses fatores diminuíram.

Outrossim, a toxoplasmose mostrou-se evidente nos últimos anos o que

deve ser levado em consideração durante a triagem do pré-natal, a fim de detectar casos de infecção aguda, favorecendo a brevidade do início do tratamento para minimizar os riscos de transmissão e a gravidade das sequelas, deve-se também realizar o monitoramento das gestantes soronegativas para auxiliar na prevenção da infecção.

Ademais, ao longo do tempo a frequência dos encaminhamentos ao alto risco obteve queda chegando a contabilizar apenas 6,9%, considerando que o maior limite atingido foi de 18,6% encaminhamentos no ano de 2018 pertencendo ao segundo subgrupo analisado.

Dessa forma, observa-se que os fatores de riscos em que as gestantes indígenas estão expostas são dinâmicos e com o mapeamento e práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos podem diminuir os riscos gestacionais de causas evitáveis. Além disso, no final do ano de 2019 iniciou um período pandêmico com a disseminação do vírus SARS-CoV-2 manifestando a COVID-19, dessa forma, os registros da pesquisa não obtiveram relevância nos dados, o qual demonstra apenas 06 encaminhamentos de gestantes ao alto risco com a descrição identificando o acometimento da referida infecção viral. Como a doença é nova e vários aspectos da sua fisiopatologia são pouco conhecidos, o diagnóstico precoce e o adequado manejo das gestantes e puérperas nas diversas fases da infecção, são indispensáveis o acompanhamento para que evitem a morbimortalidade materna e os agravos ao conceito.

Outro âmbito social em que deve ser elencado é que houve mudanças no perfil epidemiológico indígena ao longo dos períodos analisados, onde observa-se o recente aumento da incidência das chamadas doenças sociais, uso abusivo do álcool, tabagismo, drogas ilícitas, transtornos psiquiátricos.

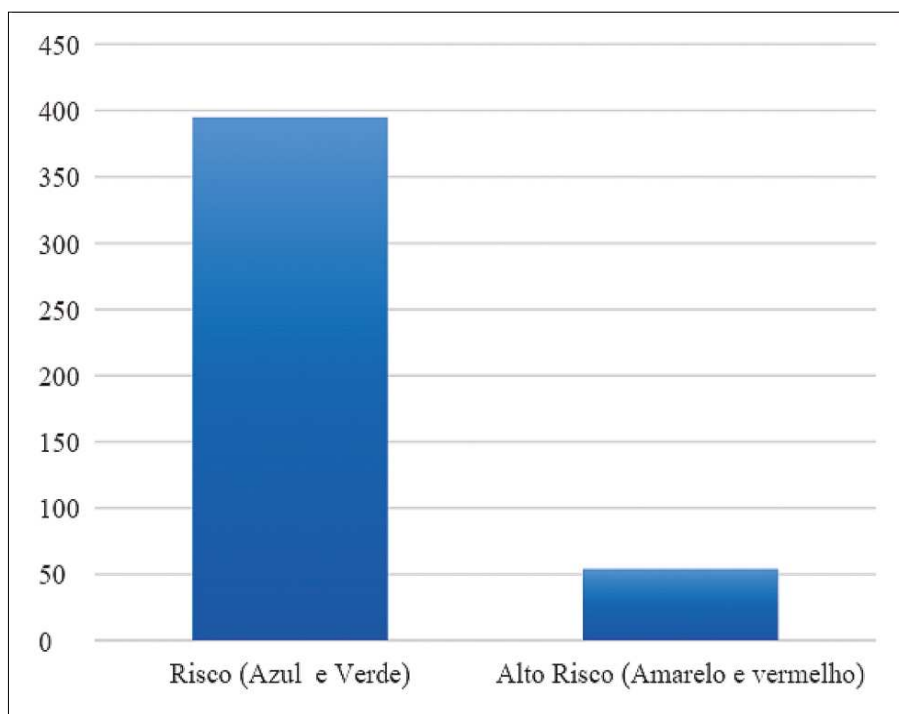
Os encaminhamentos para atendimento em especialidade obstétrica recebem uma classificação de risco que servem para organizar os atendimentos por ordem do menor ao mais urgentes implicando diretamente no período em que esse agendamento será viável para receber o atendimento. O SISREG permite no momento da solicitação de consulta especializada a priorização por cores seguindo os critérios de prioridade a saber: Vermelho (emergência obstétrica): são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30 dias; Amarelo (urgência): são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, em até 90 dias; Verde (prioridade não urgente): são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias; Azul (casos eletivos): são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar mais que 180 dias.



Toda situação em que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência com risco de morte não deve ser encaminhado pelo SISREG ambulatorial, mas sim acionada a Central de Regulação para “vaga zero” e a central de ambulâncias se houver necessidade de remoção (TOCANTINS, 2019).

Na presente pesquisa, foi realizado a junção das classificações de forma dicotômica, sendo risco (azul e verde) para os casos em que o atendimento pudesse esperar e não sofrer risco com a demora do atendimento e denominado alto risco (amarelo e vermelho) para os casos em que exigia rapidez e emergência no agendamento do atendimento. Nota-se que essa denominação realizada não configura que a classificação azul e verde não necessita de um atendimento especializado, conforme analisando gráfico abaixo.

**Gráfico 4. Distribuição dos atendimentos segundo a classificação de risco de forma dicotômica das gestantes indígenas encaminhadas para atendimento de especialidade no estado do Tocantins. Tocantins, Brasil; 2013-2021.**



Fonte: da pesquisa

Na classificação de Risco de 195 casos, 23 eram verdes com classificação de CID-10 R68 – que define outros sintomas e sinais gerais, nas classificações azul apresentou CID-10 R68; Z35 (supervisão de gravidez de alto risco); Z48 (outro segmento cirúrgico); Z017 (exame de laboratório); A52 (sífilis tardia). Analisando estas classificações despreendeu-se 02 casos em que não apresentavam justificativas plausíveis que fundamenta para receber atendimento especializado como risco obstétrico mesmo assim foi aceito e agendado atendimento mesmo sem ter riscos.

Outro fato relevante que foi encaminhado ao atendimento a especialidade, forma 2 casos de vaginose bacteriana. Sabe-se que este não classifica como risco obstétrico, contudo uma paciente possuía fator de risco o uso abusivo do álcool, e a outra paciente possuía outros fatores de riscos relacionados como gestação tardia, saúde bucal e higiene precária, múltipara e histórico de aborto de repetição, esses fatores potencializadores levaram as pacientes ao atendimento de alto risco, o que justifica a apresentação dos casos no gráfico 3 e tabela 2.

No que tange a classificação denominada alto risco compreende em 58 casos recebendo a classificação pelo CID-10 em R68 (outros sintomas e sinais gerais); O03 (aborto espontâneo); Z35 (supervisão de gravidez de alto risco). Observa-se que em todas as classificações do menor ao maior risco houve um fator em comum que é a classificação R68 o que infere que as justificativas colocadas pelo profissional que atende a gestante são relevantes para analisar e contextualizar o digitador e o operador que analisa e qualifica o encaminhamento quanto a classificação de risco para o atendimento.

Com o intuito de melhorar a assistência pré-natal no Brasil, vários protocolos e manuais têm sido criados e diversos são os fatores que podem levar uma gestação ao risco, principalmente em um país de grandes dimensões e com muitas diversidades socioeconômico e culturais (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

Diante disso foram estratificados os fatores de riscos encontrados nas indígenas do estado do Tocantins, para conhecimento regional das particularidades apresentadas diante deste estudo, a fim de fundamentar futuramente um manual regional do estado do Tocantins, agregando as especificidades e particularidades dos indígenas.

Para facilitar o entendimento foram estratificados os fatores de riscos em subgrupos: características individuais e sociodemográficas, condições clínicas pré-existent, doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas e serão preenchidos os campos os quais as justificativas foram encontradas no presente estudo e contabilizado o campo amostral da pesquisa quantificada

quanto as classificações do CID-10, conforme mostrado no quadro 1.

**Quadro 1 - Estratificação dos fatores de risco das gestantes indígenas do estado do Tocantins encaminhadas para atendimento de especialidade. Tocantins, Brasil; 2021.**

Características individuais e sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade inferior a 15 anos de idade e maior que 35;</li> <li>- Baixo peso/baixa estatura;</li> <li>- Gravidez precoce e tardia;</li> <li>- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;</li> <li>- Residente em aldeias longe de suporte hospitalar e em situação vulnerável;</li> <li>- Histórico de antecedentes familiar.</li> </ul>
Condições clínicas pré-existentes e história reprodutiva anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morte perinatal explicada e inexplicada;</li> <li>- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;</li> <li>- Cesária anterior;</li> <li>- Abortamento habitual;</li> <li>- Intervalo Inter gestacional curto;</li> <li>- Paridade (Nuliparidade e Multiparidade);</li> <li>- HAS;</li> <li>- Diabetes;</li> <li>- Cardiopatias e doenças vasculares;</li> <li>- Obesidade;</li> <li>- Neoplasias;</li> <li>- Distúrbios mentais: epilepsia/convulsão /esquizofrenia;</li> </ul>
Doença obstétrica na gravidez atual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;</li> <li>- Anemia;</li> <li>- Trabalho de parto prematuro;</li> <li>- Ganho ponderal inadequado;</li> <li>- DHEG;</li> <li>- Diabetes gestacional;</li> <li>- Doenças infectocontagiosas (Hepatite B, Toxoplasmose, Tuberculose, Sífilis);</li> <li>- ITU Recorrente;</li> <li>- COVID-19;</li> <li>- Leishmaniose;</li> <li>- Oligodrâmnio/Polidrâmnio;</li> <li>- Cisto Ovariano;</li> <li>- Hipotensão;</li> <li>- HPV;</li> <li>- Colelitíase;</li> </ul>
Intercorrências Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CIUR;</li> <li>- Trabalho de parto prematuro;</li> <li>- Sangramento de origem uterina;</li> <li>- Má formação fetal confirmada (anencefalia, hidrocefalia, ventrículomegalia, agenesia do corpo caloso);</li> <li>- Macrosomia do conceito com patologias;</li> <li>- Isoimunização e fator Rh;</li> <li>- Mola hidatiforme;</li> <li>- Placenta anterior;</li> </ul>
Não Classificável como fator de risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginose Bacteriana</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria, 2021.

A partir dessa apreciação, foram identificadas as principais causas de fatores de risco nas indígenas do estado do Tocantins e de acordo com essa análise, verificou-se a necessidade de estabelecer mediante a estratificação de risco da gestante como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis.

Como limitações do presente estudo foram utilizados dados secundários da base de dados que ofereceu a intervenção e a amostra.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os encaminhamentos das gestantes indígenas do estado do Tocantins tiveram um considerável aumento em momentos dos anos de 2017 a 2018 contudo sofreu declínio a partir de 2019 infere-se que tenha sido um retrato do período pandêmico em que restringiu os atendimentos e que se estivessem com sintomas gripais e suspeitos não eram encaminhados para o atendimento.

Levando em consideração a distribuição dos municípios de residência das gestantes na macrorregional norte e sul segundo as gestações de alto risco encaminhadas para atendimento de especialidade nota-se que a região responsável pela maior quantidade de encaminhamentos encontra-se na macrorregião norte.

Traçando um perfil das gestantes indígenas do Tocantins conclui-se que, apesar de ainda possuir alta incidência de gravidez precoce, a idade de maior prevalência é entre 15-35 anos, a etnia Krahô teve maior quantidade de gestantes referenciadas a especialidade de alto risco com 55% dos encaminhamentos e em 95,3% destas residiam em aldeias seguindo os costumes habitual de sua cultura com padrão de paridade sendo nulíparas.

Os riscos obstétricos mais relevantes foram: elevado índice de gravidez precoce em 35% da amostra, devido ao início precoce da atividade reprodutiva, o que implica em 20,6% da multiparidade, os demais fatores associados com maior expressividade são obesidade, síndromes hipertensivas identificadas com portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e que desenvolveram durante a gestação.

Constata-se que estas gestantes de alto risco aparentemente não apresentam perfil diferente da realidade de outros municípios do Brasil, principalmente quando a hipertensão foi certificada como importante fator de antecedente familiar, pessoal e prevalência atual com a DHEG.

Os desdobramentos deste estudo, para o campo da formação profissional em saúde, poderão causar um impacto positivo na formação dos estudantes durante o curso de graduação e pós-graduação bem como os profissionais que trabalham diretamente com as indígenas, a partir da ênfase deste estudo.

Embasados nestes resultados da pesquisa e dentro do contexto da Educação Permanente e continuada através do uso de plataforma TELESSAÚDE, empregando a metodologia ativa de ensino-aprendizagem, visa-se o envolvimento dos profissionais da atenção pré-natal básica por meio de uma plataforma à distância, contribuindo para a capacitação efetiva nas competências necessárias para a adequada atenção pré-natal. Busca-se, em médio a longos prazos, reduzir as necessidades frequentes de referenciamentos inadequados, com aumento da resolutividade clínica da atenção básica, gerando de fato um impacto na qualidade da saúde ofertada às gestantes e contribuindo para diminuição nos custos de transportes e dos transtornos de deslocamentos das gestantes, proporcionando-lhes conforto e bem-estar gestacional.

Sugere-se uma articulação com os DSEI-Tocantins, no sentido de promover o desenvolvimento de programas destinados a abordar, com maior ênfase, os problemas identificados para que ainda na abordagem da captação precoce possa realizar condutas a fim de minimizar os riscos que possam a serem adquiridos durante a gestação. Pois conforme o estudo, traça uma linha epidemiológica das causas mais recorrentes de riscos gestacionais em indígenas do estado do Tocantins, de posse destas informações, facilita as equipes de saúde multiprofissionais que atuam dentro das reservas indígenas a fomentar educação em saúde buscando identificar esses casos precoce bem como reverter a gravidade dos riscos e minimizar os desfechos desfavoráveis. Ademais, faz-se necessário a discussão do assunto em forma de protocolo estadual a inserir gestantes indígenas.

Espera-se que trabalhos dessa natureza se somem a outros que inspirarão a construção de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena, que sejam eficientes e não violentem a identidade cultural desse grupo étnico.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, J. C. S.; PEREIRA, R. R.; FERREIRA, P. R. C.; MESQUITA, T. B. P.; PICANÇO JUNIOR, O. M. Perfil Epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**, Santarém, v. 28, p. 23-33, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 23 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em 05 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS** / Ministério da Saúde, - Brasília, 2019. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf)>. Acesso em 24 fev.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 132 p. ISBN: 978-85-334-1680-2. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 302 p. ISBN 978-85-334-1767-0. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo Risco**. Brasília, DF, 2012. 318 p. ISBN 978-85-334-1936-0. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2019.

CARVALHO T. S; PELLANDA L. C, DOYLE P. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. **J Pediatr** (Rio J). 2018. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553617301040>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

COIMBRA, C. E.A.; GARNELO, L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: RAÇA/ETNICIDADE NA AMÉRICA LATINA: QUESTÕES SOBRE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 1., 2001, Rio de Janeiro. **Se-**

**minário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 1-26. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc7.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2020.

DING, W; LU J; ZHOU Y; WEI W; ZHOU Z; CHEN M. Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2021 Jan 25;21(1):80. DOI: 10.1186/s12884-021-03561-7. PMID: 33494723; PMCID: PMC7829651. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33494723/>. Acesso em: 21 dez. 2022.

FRANCO, T. **Ameríndios conectados:** as formas comunicativas de habitar e narrar o mundo, de acordo com as imagens dos modernos e dos Krahô. 2019. 350 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Comunicação, Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

GUERRA, J. V. V.; VALETE, C. O. S; ALVES, V. H. Perfil sociodemográfico e de saúde de gestantes em um pré-natal de alto risco. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 249-261, 2019. Disponível em: [https://www.brazilian-journals.com/index.php/BJHR/article/view/911#:~:text=Foram%20descritos%20dados%20do%20perfil,96%20\(53%2C23%25\)](https://www.brazilian-journals.com/index.php/BJHR/article/view/911#:~:text=Foram%20descritos%20dados%20do%20perfil,96%20(53%2C23%25)). Acesso em: 22 dez. 2021.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Censo demográfico:** resultados preliminares. 2010

IGANSI, M.L, ZATTI, C.A. **Gestação: conhecendo a realidade das aldeias indígenas no Brasil.** vol.23, n.1, pp.48-52 (Jun. - Ago. 2018). Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606\\_085304.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_085304.pdf)>. Acessado em 30 maio 2019.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol.** Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 4, e2020407, set. 2020. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742020000400025&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 dez. 2021.

MARCOLINO, D. L. **Saúde das mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa.** 2012. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55289/000857050.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 fev. 2020.

NOMURA, R. M. Y. *et al.* Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de

alto risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2012, v. 34, n. 3 [Acessado 16 abril 2022], pp. 107-112. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000300003>>. Epub 04 Abr. 2012. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000300003>.

PAIVA, D. S, B. S. *et al.* Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 136,25 dez. 2018. Revista Eletrônica Acervo Saúde. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e136.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/136>. Acesso em: 23 dez. 2021.

PARIZOTTO, R. A.; CAVALLI, L. O. Análise do Perfil das pacientes atendidas em ambulatório de gestação de alto risco. **Revista Thêma Et Scientia**, Cascavel, v. 11, n. 1, p. 20-36, jan. 2021. Disponível em: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1482>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SANINE, P. R. *et al.* Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. 10 [Acessado 20 fevereiro 2022], e00103118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00103118>>. Epub 07 Out 2019. ISSN 1678-4464.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico de gestantes atendidas no serviço de pré-natal da Maternidade Pública de Rio Branco, Acre. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 18, n. 3, pág. 559-566, setembro de 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300007>. acesso em 08 de setembro de 2020.

SOUSA, A. G. Cartografia; **Indicadores De Saúde e a Organização da Média e Alta Complexidade no Distrito Sanitário Especial Indígena Tocantins**. Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins- DSEI-TO. Secretaria Especial de Saúde Indígena- SESAI/MS, 2017.

TOCANTINS. Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. **Cartilha de Procedimentos ofertados e regulados via sistema SISREG**: procedimentos ofertados nos hospitais e clínicas (macrocentro sul). Palmas: Secretaria de Saúde, 2019. 5 p.



# DESENVOLVIMENTO DE CARTILHA CUIDATIVA- EDUCATIVA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA PARA MULHERES INDÍGENAS

**Paula Fabiane da Rocha Nobre**  
**Bruna Reis de Souza Tembé**  
**Jainara de Souza Araújo**  
**Raimundo Abreu dos Santos**  
**Nadile Juliane Costa de Castro**

## INTRODUÇÃO

**A**s práticas de cuidado à saúde da mulher indígena estiveram nos últimos anos contextualizadas dentro das instituições e modelos biomédicos, o que levou a questionamentos sobre os aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2020). Muitas das abordagens estavam atreladas a sentimentos de medo e de ações que dificultam aproximação sobre saúde sexual e reprodutiva, principalmente porque vem desconsiderando os processos sócio-históricos e questões sobre vulnerabilidades das mulheres indígenas (PEREIRA *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2020).

Destaca-se que a saúde sexual e reprodutiva da mulher indígena e seus comportamentos devem ser discutidos a partir dos seus sistemas de crenças, cultura e etnia (FONSECA & LUCAS, 2009). No entanto, estudos têm apontado similaridades de práticas entre as etnias (PEREIRA *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2018). A similaridade envolve em geral o entendimento sobre mudanças corporais assinalados como passagem para a vida adulta e o uso de recursos naturais, como das plantas medicinais, conhecimentos inseridos pela medicina ancestral indígena (PEREIRA *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2018; SCOPEL & DIAS-SCOPEL, 2019).

No que diz respeito às políticas de saúde aos povos indígenas, identifica-se a inserção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004) que vem corroborando com o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 1999). Estas têm conduzido as práticas profissionais a partir de uma perspectiva da diversidade sociocultural, importante condição para alcançar as diversidades de povos (BRASIL, 1999, 2002; 2004).

E, apesar da presença dessas políticas, identifica-se uma lacuna referente a produções científicas sobre atuação profissional e ações dos serviços de saúde a partir de concepções culturais sobre o corpo, fluidos corporais e saúde reprodutiva da mulher indígena (ZULCO & RIL, 2018; BRASIL, 2013). É necessário para tanto, inicialmente, compreender a concepção de corpo entre os povos indígenas, haja vista que possuem elementos que envolvem transmissão de saberes milenares (TEMPESTA, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2020, PADILHA *et al.*, 2021).

Frente a essa conjuntura, se evidencia a importância da educação em saúde prestada pelos profissionais as mulheres indígenas, fornecendo subsídio para que haja comunicação efetiva sobre questões sexuais, valorizando os saberes pré-existentes e lançando mão de novas tecnologias como cuidados adicionais frente a saúde sexual e reprodutiva, sendo a enfermagem uma importante facilitadora desse cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2020).

O uso das tecnologias cuidativas-educacionais vem instrumentalizando a prática em saúde por meio de vários aspectos, entre eles o histórico e social (SALBEGO *et al.*, 2017) e tem sido uma ferramenta em potencial para o processo de cuidar, assumindo papel importante para intervenções da equipe de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2005; SALBEGO *et al.*, 2017). Seguindo esta linha de pensamento, enfatiza-se que as tecnologias cuidativas-educativas objetivam promover no indivíduo reflexões sobre seu agir para tornarem-se sujeitos do seu próprio cuidar (NIETSCHE, 2000), indo ao encontro da práxis em saúde (VAZQUEZ, 2011), o que nos possibilita usar a tecnologia como promotora de transformação social em grupos em situação de vulnerabilidade social.

Neste sentido, o estudo tem como objetivo descrever a construção de uma tecnologia cuidativa-educativa do tipo cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva para mulheres indígenas. É um estudo de caráter metodológico aplicado à produção tecnológica e buscou aplicar na construção as similaridades e aspectos culturais dos estudos identificados.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter metodológico aplicado à produção tecnológica, o qual seguiu duas fases propostas: Revisão Integrativa da Literatura (RIL) e desenvolvimento e desenho de produto. A fase da RIL seguiu as etapas para confirmar o rigor metodológico e compõe-se em: Levantamento do referencial teórico para Identificação das evidências. Na fase de desenvolvimento do produto foi constituído de Roteiro; Elaboração e escolha do layout; Produção e edição.

A primeira fase do estudo foi iniciada por meio do projeto de pesquisa e extensão da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, a partir de oficinas de estudos metodológicos aos discentes envolvidos no segundo semestre de 2021. A segunda fase ocorreu entre janeiro e março de 2022 em continuidade às etapas de um estudo metodológico como proposto por Melo *et al.*, (2017), o qual demonstra que nesse tipo de estudo há o desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, método este que vem despertando interesse por parte de enfermeiro pesquisadores, dado seu rigor metodológico para obtenção de dados, bem como resultados sólidos e confiáveis (GALVÃO & PEREIRA, 2014; MELO *et al.*, (2017). O presente estudo não necessitou de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em virtude de se tratar de um estudo metodológico com revisão da literatura.

### Protocolo do estudo:

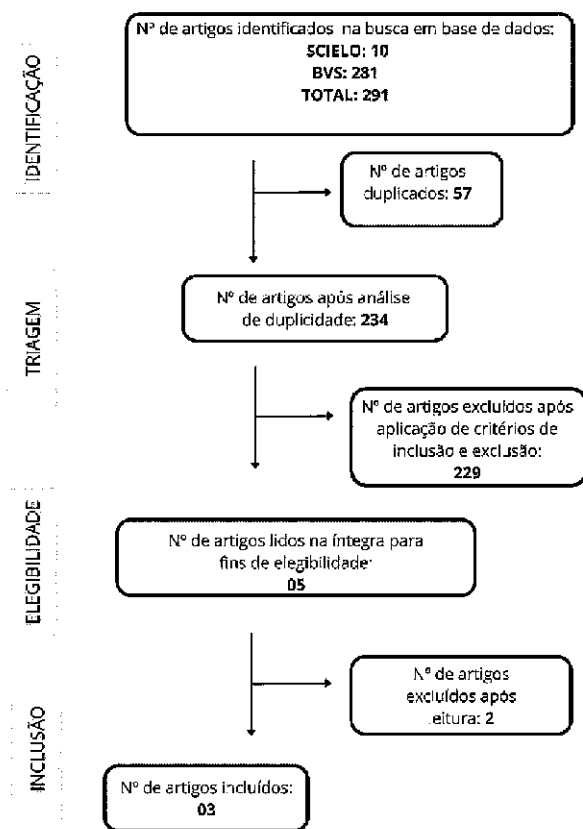
#### *Primeira Fase: Revisão Integrativa da Literatura*

Foi elaborada uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), por meio da estratégia PICO (GALVÃO & PEREIRA, 2014). Sendo P: População: Mulheres Indígenas; I: Interesse: Saúde sexual e reprodutiva; Co: Contexto: Saúde indígena. Logo elegeu-se a seguinte pergunta: Quais os fazeres da mulher indígena sobre saúde sexual e reprodutiva no contexto da saúde indígena? Após a elaboração da pergunta, o estudo seguiu as demais etapas propostas por Galvão & Pereira (2014) para subsidiar o processo de construção de uma tecnologia.

A busca da literatura foi realizada nas bases de dados ScieLo e BVS, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde/Medical Subject Headings (DeSC/MeSH): Saúde da população indígena, Mulheres, Saúde sexual reprodutiva e Cultura indígena por meio do operador booleano “AND” que subsidiou as seguintes combinações: “Saúde da população indígena” AND “Mulheres”; “Saúde sexual e reprodutiva” AND “Saúde da população indígena”; “Cultura indígena” AND “Mulheres”.

Como critérios de inclusão elencou-se trabalhos publicados nos últimos 5 anos (2018-2022), dos quais abordaram o contexto das mulheres indígenas, além de trabalhos dentro do território brasileiro. Como critério de exclusão: Teses, Dissertações e que abordassem indígena citadina. Logo, deliberou-se pela exclusão de artigos duplicados na base de dados e que não atenderam à questão norteadora sobre o tema proposto, na língua portuguesa. Foram identificados 291 artigos, dos quais 57 foram excluídos, pois estavam duplicados em uma primeira triagem e 229 artigos foram excluídos porque não atenderam os critérios de inclusão e exclusão após leitura dos resumos, resultando em cinco artigos, como apresentado na Figura 10.

**Figura 10 - Processo de Inclusão dos artigos encontrados na SciELO e BVS**

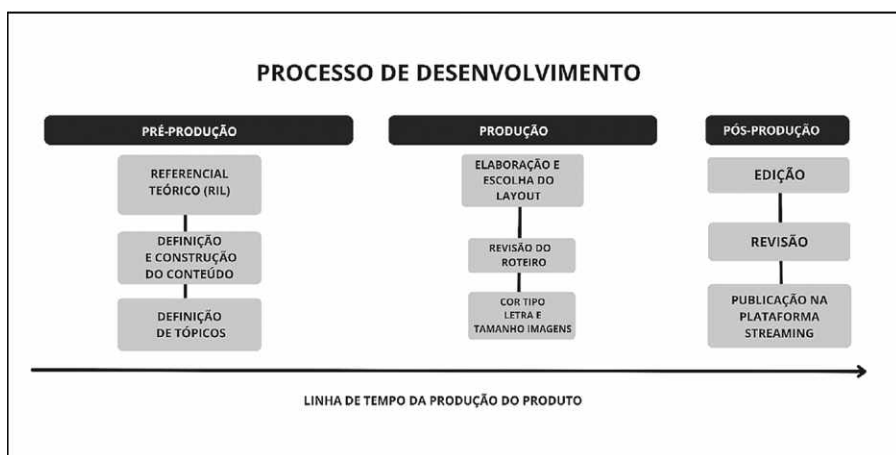


Fonte: Autores, 2022.

## Segunda Fase: Desenvolvimento e desenho de produto

Como parte do processo de desenvolvimento, como observado na Figura 11, seguiu-se a pré-produção definida pela RIL, a produção da tecnologia, por meio da plataforma online e colaborativa Canva, sendo a escolha do *layout*, seus elementos, apresentação visual e simbologias que fossem representativas da cosmologia e cultura dos povos indígenas. No desenho, estabeleceram-se o design com paleta a partir das cores rosa, verde e branco, com figuras que possibilitassem atenção. Foi utilizado recurso de “balões” a fim de identificar diálogos e para suporte ao modelo da comunicação por interlocução. Todos os processos foram revisados e posteriormente arquivados em plataforma streaming para fins de divulgação futura.

**Figura 11 - Processo de desenvolvimento do produto.**



Fonte: Autores, 2022.

## RESULTADOS

Após a realização da estratégia de busca na base de dados, foram encontrados ao todo 291 artigos, dos quais, em sua maioria, foram encontrados na base de dados BVS, sendo realizado o primeiro filtro e excluído os artigos duplicados, restando assim 234 artigos. Posteriormente, excluiu-se artigos que não faziam relação à temática proposta através do título ou que não direcionava a população indígena, sendo também um critério de exclusão as teses de dissertação, totalizando no final 5 artigos.

## Quadro 2 – Artigos levantados nas bases de dados SciELO e BVS.

TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	RESULTADOS
Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Oorubá: diga às mulheres que avançam.	ARAÚJO <i>et al.</i> (2020)	Conhecer as práticas em saúde sexual e reprodutiva de mulheres da etnia Xukuru do Oorubá.	O povo Xukuru do Oorubá encontra-se em uma situação sanitária e de saúde semelhante à população geral do Agreste e do Sertão pernambucano. As mulheres Xukuru do Oorubá fazem uso simultâneo e regular da biomedicina e da medicina indígena, contudo, sem uma real articulação
Iniciação sexual, gestação, parto e puerpério em comunidades indígenas do Brasil: uma breve revisão integrativa	LIMA <i>et al.</i> (2018)	Compreender as crenças, tradições e práticas acerca da saúde reprodutiva, em especial, sobre a iniciação sexual, gravidez, parto e puerpério nas comunidades indígenas do Brasil.	Evidenciam que apesar de haver semelhanças entre as crenças e práticas tradicionais indígenas, existem também diversas singularidades em cada etnia que precisam ser levadas em consideração pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas.
Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil	DIAS-SCOPEL & SCOPEL (2019)	Analisar a etnografia das práticas relativas à menstruação entre os Munduruku do Amazonas, Brasil, para enfatizar a dinâmica pragmática, social e ontológica do processo de autoatenção.	O foco das práticas de atenção Munduruku não é o corpo no sentido dado pelo paradigma biomédico, mas a participação deste, como pessoa, nas relações sociais e cosmológicas, por meio de experiências que articulam corpo, saúde e ambiente. A perspectiva Munduruku sobre esse processo apresenta diferenças radicais em relação ao individualismo moderno e à noção biomédica de corpo excessivamente reducionista. A compreensão da perspectiva indígena contribui para promover melhorias na qualidade da atenção diferenciada, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

**Fonte:** Autores, 2022.

A amostra final da Revisão de Literatura foi composta por três artigos. Destes, 1 foi encontrado na base de dados SciELO e 2 na BVS. O Quadro 1 apresenta as especificações de cada um dos artigos. A partir dos achados foram organizadas em sequência lógica e divididas em cinco tópicos com linguagens e ilustrações direcionadas ao público-alvo: Corpo; A menstruação e suas simbologias; Cuidados na gestação; Manutenção do corpo saudável; Prevenção de doenças; Realização do PCCU.

A partir destes tópicos foi possível elaborar a tecnologia cuidativa-educativa conforme figura 3 e 4. Na sequência promove-se um espaço de interação e apresentação do tema, em seguida os tópicos se apresentam em formato de perguntas e respostas em conjunto com imagens que favoreçam a visualização de mensagens sobre as simbologias dos povos indígenas similares: O Corpo da mulher; O que é a menstruação? Que cuidados devo ter na gestação? Como manter o corpo saudável; Como prevenir doenças? Por que devo fazer o PCCU?

Os textos foram elaborados seguindo as evidências e a literatura da área de saúde da mulher, sendo revisada pelos autores, entre estes dois indígenas. Seguiu-se considerar os apontamentos dos autores indígenas principalmente quanto a linguagem e simbologias, ainda que este produto tenha esta versão na língua portuguesa.

**Figura 12 - Tecnologia Educacional e apresentação inicial**

Fonte: Autores, 2022.

**Figura 13 - Tecnologia Educacional e apresentação inicial**

Fonte: Autores, 2022.

## DISCUSSÃO

A produção de tecnologias para povos indígenas é um desafio em função da diversidade cultural, acesso aos serviços e indivíduos, seja por uma perspectiva burocrática, tecnológica ou de estudos sobre as etnias (FREITAS *et al.*, 2020; MARTINS *et al.*, 2021). No entanto, como observado, há uma lacuna

quando de tecnologias para mediação da saúde de mulheres indígenas. Outro dado importante é o déficit de tecnologias classificadas como cuidativa-educativas (SALBEGO *et al.*, 2017).

Um ponto de partida a ser considerado para diminuir este déficit é a escolha de tipologias que se adequem à realidade do público-alvo. Logo, neste estudo, foi proposta a tipologia do tipo cartilha. A cartilha é uma das tipologias mais acessíveis e de potencial para alcançar grupos em situação de vulnerabilidade social (MENDES, 2015; CONCEIÇÃO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021). Com múltiplas possibilidades de apresentação, a cartilha pode ser compartilhada de modo impresso, digital e por meio de plataformas de divulgação, inclusive promovendo interação por meio de recursos multimídia (CORREIA *et al.*, 2016; ROSÁRIO *et al.*, 2021). Representa, portanto, uma tipologia significativa para alcançar o público-alvo e promover educação em saúde.

O enfoque em torno da educação em saúde é fundamental nos aspectos que norteiam a saúde sexual e reprodutiva, temática que tem sido objeto de grandes discussões e produções científicas na contemporaneidade (BRASIL, 2013; LIMA *et al.*, 2018). No entanto, apesar da frequência desses debates, ainda se nota pouca especificidade nas literaturas em direção aos contextos culturais diferenciados, como abordagem dentro dos cenários das mulheres indígenas, em prol de valorizar uma educação eficaz, sem ferir seus preceitos culturais (LIMA *et al.*, 2018).

Sendo assim, é de grande relevância que mulheres tenham acesso à informação para fazer escolhas sobre o agir quanto ao pleno funcionamento de seu corpo, levando em consideração os aspectos socioculturais por elas vivenciado (BRASIL, 2004; SANTOS & MEIRELES, 2017), criando-se possibilidades para construção do seu conhecimento, permitindo através disso, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), que podem vir a afetar a saúde sexual e reprodutiva, além de uma gravidez indesejada (BRASIL, 2009; LIMA *et al.*, 2018).

Visualiza-se, portanto, a partir destes achados que a criação de materiais educativos para a população indígena deve apresentar identificação visual com traços culturais indígenas, favorecendo o reconhecimento e o interesse dos usuários para o processo educativo, crucial para as etapas de aprendizado transcultural e a ancestralidade (ARAÚJO *et al.* 2020) como desenvolvido na produção da cartilha. A visão de aprendizagem valoriza a intercessão entre os valores culturais e as necessidades dos aprendizes indígenas para a compreensão dos problemas em saúde e a inclusão da tecnologia educacional. (VYGOTSKY, 1997; MENEZES & FAUSTINO, 2019), aproximando-se da realidade do público-alvo.



Além disso, a representação e o protagonismo na produção do etnoco-nhecimento com as ferramentas de layout, vocabulário e as imagens, favorecem a compreensão da leitura das indígenas diretamente, como observado na Figura 3. Tanto como processo de facilitação a leitura e a compreensão, quanto a visualização e identificação dos métodos e das temáticas abordadas para os indígenas (LIMA *et al.*, 2018; SCOPEL & DIAS-SCOPEL, 2019).

Com isso, o processo inclusivo e reflexivo aos produtos educativos específicos as temáticas focadas ao público em questão, principalmente as indígenas são relevantes no espaço de educação em saúde, pertinente nas temáticas que envolvem IST's e a importância dos procedimentos de exames preventivos (NÓBREGA *et al.*, 2020). Assim como das construções de atividades educativas para responder às demandas de promoção e prevenção da saúde da mulher indígenas (ALVES *et al.*, 2021).

Salienta-se que o processo educativo na saúde indígena deve ser orientado por meio da transculturalidade, contendo recursos metodológicos simples e visuais, que sejam fáceis para a distribuição e adesão. (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020). A partir disso, observa-se estudos em que o recurso mediador apresenta a versatilidade, identidade, protagonismo e difusor para o processo educativo entre os leitores indígenas para os não-leitores indígenas, para a comunidade, como veículo de divulgação de produto educativo relevante na saúde indígena tanto como material físico e digital (FREITAS *et al.*, 2021; FARIAS *et al.*, 2016; CORREIA *et al.*, 2016).

Segundo os estudos de Souza *et al.* (2020), Zucco & RIL (2018), a saúde das mulheres indígenas segue no tripé de promoção-prevenção-tratamento. De tal forma que os mitos e a desconhecimento dos temas da saúde da mulher, como a identificação, a precaução e o cuidado com saúde íntima que interferem na adesão ao tratamento e aceitação da realização dos exames preventivos, mas também a inexistência de materiais educativos específicos e inclusive as indígenas como empate do científico ao cultural, usando a cosmovisão, plantas medicinais e conhecimento científico (ONCAY, FAGUNDES, 2020).

Além disso, a promoção em saúde pertinente ao debate do estudo, expressa o olhar preventivo ao fenômeno binômio saúde-doença na mulher indígena, aliados com os marcos culturais para usuária indígena, com as temáticas do "*corpo e as cosmologias*" e "*menstruação e as simbologias*". Isto demonstra o foco de prevenção de doenças prevalentes na mulher indígena, relacionado a aspectos de vulnerabilidade, medidas protetivas e a orientação de práticas culturais que interferem no cuidado e promoção, assistência, prevenção e tratamento à saúde indígena (SOUZA *et al.*, 2020; NÓBREGA *et al.*, 2020).

Por outro lado, as questões da saúde da mulher indígena, abarcar as outras temáticas, dando base para o empoderamento feminino, como o reconhecimento do corpo e a relevância sobre os procedimentos preventivos, como exame Papanicolau, ultrassom transvaginal e exame nas mamas das usuárias. Com isso, o processo educativo de inclusão das mulheres indígenas, focadas como autocuidado, prevenção e a avaliação de sinais e/ou sintomas de doenças, como um fortalecimento das ações preventivas para as mulheres indígenas e a disseminação do conhecimento ao público na comunidade (ARAÚJO *et al.*, 2020; NÓBREGA *et al.*, 2020).

Salienta-se que a tecnologia curativa-educacional (SALBEGO *et al.*, 2017) construída impacta sobre o cuidado biológico e cultural nas comunidades indígenas (ROSÁRIO *et al.*, 2020) e para diagnóstico precoce de doenças e cuidados individuais aliado à medicina ancestral. Como também, a compreensão reflexiva e integrativa aos conhecimentos ancestrais e científicos direcionado para a autonomia indígena de saber e agir sobre o corpo por uma aprendizagem metodológica, baseada nos princípios de Paulo Freire (GONÇALVES, 2005).

Observa-se que a oralidade é predominante sobre as comunidades tradicionais para a comunicação e a aprendizagem, principalmente para a disseminação de conhecimento (ALVES *et al.*, 2021). Sobre esta perspectiva, a tecnologia cria uma similaridade de conhecimento de identificação para o debate reflexivo de medidas favoráveis e propulsoras de inclusão de ações preventivas e promocionais de saúde (SABELGO *et al.*, 2017; TEMPESTA, 2010).

Por outro lado, a atuação em saúde indígena busca o crescente uso de recursos e/ou materiais pedagógicos para intervenção educativa, pertinente e relativista à assistência prestada aos exames e acompanhamento como as consultas e visitas, como intermediário de interlocução e aprendizagem (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020). Tem o destaque também, a sugestão de modelo padrão favorável (REIS *et al.*, 2015 ) aos estabelecimentos de saúde indígena para a inclusão de cuidados particulares com as etnias assistidas e desperta a importância do espaço colaborativo (ARAÚJO *et al.*, 2020) entre agentes de saúde indígenas, parteiras e mulheres indígenas da liderança com os profissionais de saúde para a criação e o debate dos assuntos, relacionados com saúde reprodutiva e sexual das usuárias indígenas (PEREIRA *et al.*, 2014), que no instrumento representado com indígenas incluído de etnias distinta em todo o processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao visitar os estudos sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas para a produção da tecnologia cuidativa-educativa identificou-se similaridades e diversidades culturais. Enquanto tópicos temáticos e, enquanto uma cartilha geral, elencou-se seguir as similaridades. Entende-se a importância e necessidade de identificar as particularidades dos povos indígenas em virtude da diversidade cultural, mas percebe-se que a identificação das similaridades é importante para construir produtos educacionais dentro da perspectiva holística.

O desenvolvimento da tecnologia para a mediação do autocuidado da saúde sexual e reprodutiva da mulher indígena inicia um movimento para reflexão do agir sobre o corpo. Ademais, promove-se conhecimento, implementação e subsidia o papel da equipe de saúde multiprofissional, considerando sua sinalização no conteúdo, sem deixar de lado as questões culturais, haja vista que cita possibilidade de práticas ancestrais.

O estudo limita-se em realizar um produto por uma perspectiva de similaridade e por meio de artigos científicos identificados em bases de dados. Recomenda-se o desenvolvimento de tecnologias-educativas considerando as diversidades culturais e a participação das mulheres indígenas no processo, ainda que nestes alguns autores sejam indígenas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, H. V. S. *et al.* Produção, educação e saúde na terra indígena Kaxarari: uma avaliação das demandas sob olhar das mulheres indígenas. **Ciência Geográfica**, v. 15, n. 3, dez. 2021. Disponível em: <[https://www.agbbauru.org.br/publicacoes/revista/anoXXV\\_3/agb\\_xxv\\_3\\_web/agb\\_xxv\\_3-06.pdf](https://www.agbbauru.org.br/publicacoes/revista/anoXXV_3/agb_xxv_3_web/agb_xxv_3-06.pdf)>

ALVES, H. V. S. A importância da mulher para a vida social, cultura e econômica da Terra Indígena Rio Guaporé. In: CERQUEIRA, C. C. A. X.; ALVES, H. V. S. (org.). **Diálogos Geográficos: saberes, conhecimentos tradicionais, etnocientíficos e territorialidades alternativas**. Curitiba: CRV, 2018.

ARAÚJO, M. R. A. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. **Saúde em Debate**. 2020, v. 44, n. 124, pp. 193-204, mai. 2020. ISSN 2358-2898. DOI:10.1590/0103-1104202012414. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012414>>. Acessado 19 março 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integrada à saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília: DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Caderno de atenção básica**. Brasília. DF: Ministério da Saúde: 2013. (nº26)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: DF, 2009. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>

CONCEIÇÃO, A. P.; HERCULANO, A. M.; SACUENA, E. R. P.; PINHEIRO, J. C.; MARTINS, L. C. **O Instituto de Ciências Biológicas no combate ao coronavírus**: cartilha indígena informativa, 2020.

CORREIA, J. P. E.; MARCÍLIO, K. P.; MARTINS, L. C.; MENEZES, T. P.; SABOIA, I. F.; MENDONÇA JUNIOR, G. M. Produção da cartilha digital interativa para o auxílio ao ensino dos direitos do idoso. **Revista Encontros Universitários da UFC**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2016.

FARIAS, M. C. C. et al. Agir cuidativo em comunidade indígena na Amazônia: Produção de uma tecnologia educativa com foco na higiene corporal e oral. In: 12º Congresso Internacional da Rede Unida. **Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida, Suplemento Revista Saúde em Redes**, v.2, n.1, 2016.

FONSECA, F.; LUCAS, M. C. Sexualidade, saúde e contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual. **Rev. Port. Clin Geral**, v.25, p.65-72, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia - saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, M. G. D.; INÁCIO, S. A.; FONSECA JUNIOR, A. F. D.; FRAGA, L. Cartilha de orientações e cuidados a diabetes e hipertensão para gestantes em língua Kaingang. **17º CONEX - Encontro Conversando sobre Extensão na UEPG e 2º EAEX - Encontro Anual de Extensão Universitária**. 2020.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.23, n.1, p.183-184, 2014.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2005;14(2):271-9.

LIMA, C. M. A. et al. Iniciação sexual, gestação, parto e puerpério em comunidades indígenas do Brasil: uma breve revisão integrativa. **Rev. Saúde Pública de Mato Grosso do Sul.** v.1, n.1, p. 86-101, 2018.

MARTINS, T. M.; BARBOSA, P. R.; JÚNIOR, A. F. S. **Tecnologia educativa para enfrentamento da Covid-19 na população indígena.** Athena, 2021.

MENEZES, M. C. B.; FAUSTINO, R. C. A Teoria Histórico-Cultural e a apropriação da linguagem escrita: uma pesquisa em escolas indígenas no Paraná. **Teoria e Prática da Educação**, v. 22, n. 1, p. 107-126, 9 abr. 2019.

NIETSCHE, E. A. Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis do Enfermeiros? **Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2000.**

NÓBREGA, R.G; OLIVEIRA, N.A; LIMA, E.A.R; SILVA, A.C.O; ALMEIRDA, S.A; NOGUEIRA, J.A. Prevenção do HIV sob o olhar de mulheres indígenas potiguaras. **REUFSM**, Santa Maria, RS, v. 10, e.64, p.1-23, 2020.

IGNÁCIO, Z.M; ONÇAY, S.T.V; FAGUNDES, J.R; BERTOLLO, A.G; CADETE, S.D. **Educação popular e saúde o cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais na cultura indígena Kaingang.** 1ª ed, Porto Alegre, RS, Editora: Rede Unida, 2020.

PEREIRA, E. R.; OLIVEIRA, L. S. S.; ITO, L. C.; Silva, L. M.; SCHMITZ, M. J. M.; PAGLIAGRO, H. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v.27, ed.4, p. 445-454, 2014. <https://doi.org/10.5020/2829>

REIS, M. G. M. Nós, vocês e eles: a luta pela representação dos indígenas na arena das cartilhas. Animus. **Revista Interamericana de Comunicação Midiática**, v.14, n27, 2015

ROSÁRIOI. C. C.; COSTAE. T. T.; SILVAS. S. S.; LIMAY. B. R. S.; PANTOJA, A. R.; AHLONSOU. F. R.; CASTRON. J. C. A experiência na construção de uma cartilha multimídia sobre tuberculose a partir de competências culturais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(10), e8801, 2021. <https://doi.org/10.25248/reas.e8801.2021>

SALBEGO, C.; NIETSCHE, E.A.; TEIXAEIRA, E.; BOCK, A.; CASSENOTE, L.G.

Tecnologias Cuidativos-Educaionais: um conceito em desenvolvimento. In: TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de Tecnologias Educativas-Educacionais**. Porto Alegre. Editora Moria. 2017.262p.

XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – XI ENPEC, 2017, Florianópolis-SC. Educação em saúde como um processo sociocultural e histórico: **Diálogo com a teoria de Vigotsky**. ISSN: 1809-5100, 2017. Disponível em: <http://www.abrapecnet.org.br/enpec/xi-enpec/anais/resumos/R1951-1.pdf>

Silva, M. L.; de Souza, A.; Ribeiro, M. T.; Castro, A. M.; Teixeira, H. C.; Almeida, R. M. F. Cartilha informativa respeito da promoção do aleitamento materno em comunidades indígenas na região norte. **Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas** (2763-5953), v.2, n2, p. 16-18, 2021.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. integrative review: what is it? **How to do it**. Einstein. v. 8, n.1, p. 102-6, 2010.

SOUZA, A.T.S.; VILARINHO, M.L.C.M.; BRANDÃO, S.A.S.M.; RODRIGUES, A. K.; AMARAL, L.R.S.; MILANEZ, L.S.; PEREIRA, M.S.; PEDROSA, J. I. S. Educação em saúde para mulheres indígenas sobre cânceres de mama e de colo uterino. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 33, 2020.

TEMPESTA, G. A. Os fluidos limites do corpo. Reflexões sobre saúde indígena no leste de Roraima. **Anuário Antropológico**, v. 35, n. 1, p. 129-148, 2010.

VAZQUÉZ, A. S. **Filosofia da Práxis**. 2 ed. São Paulo. Expressão Popular, 2011.

ZUCCO, L. P.; RIL, S. Y. Mulheres indígenas e saúde: uma análise do discurso científico à luz da crítica feminista e dos estudos de gênero. **Gênero**. Niterói, v. 18, n.2, p.123-141, 2018.





**EIXO III**

**REDES DE  
ATENÇÃO  
E SAÚDE  
INDÍGENA**

# AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: mulheres indígenas no período gravídico-puerperal na aldeia Kondá, em Santa Catarina

**Francielli Girardi**  
**Cristianne Maria Famer Rocha**  
**Paula Brustolin Xavier**  
**Michele Neves Meneses**  
**Marisangela Spolaôr Lena**

## INTRODUÇÃO

No Brasil e no cuidado às mulheres indígenas, os profissionais de saúde utilizam diversas práticas de cuidado locais e dinâmicas para auxiliar na assistência delas, sobretudo no período gravídico puerperal. A Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) propõe, para assistência às comunidades indígenas, um modelo complementar e diferenciado (BRASIL, 2002, p. 1). Esse modelo está baseado na organização por Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), sendo considerada uma estratégia para organizar os serviços de saúde, a fim de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal, equitativo e integral à saúde, atendendo as necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em “*todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações*” (BRASIL, 2002, p. 8).

A atenção diferenciada parte do pressuposto do cuidado em saúde baseado no modelo do pluralismo sanitário, articulado com as diversas práticas de cuidado, em que são reconhecidas as múltiplas formas de atenção à saúde utilizadas pelos grupos sociais, associadas, a partir das suas particu-



dades socioculturais, para prevenir, diagnosticar e tratar os problemas de saúde (MENÉNDEZ, 2003). Nas sociedades latino-americanas, ocorre em seu processo de cuidar, uma diversidade de técnicas de diagnóstico, diferentes indicadores para a detecção de problemas, bem como várias formas de tratamento e até mesmo diferentes critérios de cura (MENÉNDEZ, 2003).

No contexto da saúde indígena, a pluralidade dos saberes está interconectada pelas diversas formas do cuidar. A heterogeneidade dos múltiplos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam. Dessa forma, é fácil perceber que as práticas de atenção à saúde estão relacionadas aos preceitos religiosos, étnicos, econômicos, políticos, técnicos e científicos (MENÉNDEZ, 2003).

A atenção à saúde diferenciada necessita ser reconhecida e efetivada pelos profissionais que executam a assistência nas comunidades (IDS-S-SL-CEBRAP, 2009). Para participar de forma produtiva dessa articulação, esses profissionais da saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de atenção à saúde, praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros cuidadores, formais e informais, de saúde (GARNELLO, LANGDON, 2005).

Ao reconhecer e ressignificar o papel social de diversos atores dentro do cenário do cuidado para com as mulheres indígenas, durante o período gravídico-puerperal, é vital reconstruir, de forma coletiva, novos caminhos a serem percorridos por essas mulheres durante a sua atenção à saúde. A articulação dos serviços de atenção básica - e do serviço especializado com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) - deve promover uma relação dialógica e criar interconexões com as diversas práticas de autoatenção. Essa interconexão é necessária para que ocorra a interação efetivamente independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo biomédico (GARNELLO, LANGDON, 2005). Essas interações e usos das diferentes formas de atenção permitem uma discussão acerca dos processos de hegemonia da biomedicina, ao mesmo tempo em que visibilizam a autonomia dos usuários por meio das práticas de autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

A PNASPI reconhece também que os conhecimentos e tecnologias da biomedicina não deveriam ser transmitidos verticalmente. Torna-se imprescindível, portanto, o reconhecimento da diversidade social e cultural indígena, bem como primar pelo respeito ao conhecimento tradicional de saúde na prestação de uma assistência diferenciada (BRASIL, 2002). Assim como compreender a articulação das práticas de cuidado das mulheres com as RAS, imprescindível para promover uma assistência dialógica integral, equânime e diferenciada.

Além desse cenário, a valorização da biomedicina na saúde indígena vem sendo reforçada nos procedimentos técnico-burocráticos do DSEI, que legitimam a hegemonia unilateral do modelo biomédico, como aponta o estudo de Pontes *et. al.* (2015). Por outro lado, reforça-se o reconhecimento da existência de diferentes formas de atenção na nossa sociedade, sendo que, nas análises das políticas de saúde no Brasil, esse pluralismo médico tem sido ignorado ou negado (MENÉNDEZ, 2003).

Na perspectiva da saúde indígena, a assistência à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, contemplada na PNASPI e direcionada pela Estratégia Rede Cegonha (ERC), acontece desde sua aprovação, em 2011. Nesse sentido, analisar como ocorre a articulação destas duas políticas públicas, pensando nos modelos de atenção a da articulação com as RAS, direcionada às mulheres indígenas, é elementar.

Além destas práticas, as mulheres indígenas detêm saberes característicos sobre o processo de cuidado, auxiliando a comunidade nas práticas de manutenção da saúde e cura das doenças de sua coletividade. Essas práticas de cuidado ocorrem paralelamente aos cuidados da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), existente na comunidade.

A partir destes pressupostos, o objetivo geral deste texto é analisar as práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas no período gravídico-puerperal na Reserva Indígena Aldeia Kondá, localizada no estado de Santa Catarina, Brasil, considerando os modelos de atenção à saúde a articulação com as práticas de cuidado das mulheres e as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

## CONTEXTUALIZANDO A COMUNIDADE DA TERRA INDÍGENA KONDÁ

A Reserva Indígena *Aldeia Kondá*, localiza-se no Oeste do estado de Santa Catarina, no município de Chapecó, há cerca de 8 km do centro da cidade (BRASIL, 2016). A aldeia possui uma área rural de 2,3 mil hectares, dividida em duas áreas: uma central, chamada Linha Gramadinho, e a outra chamada Praia Bonita. Na área central, estão instaladas a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Escola Indígena Sape-ty-kó (em português, Chapéu de Palha), a pré-escola, as igrejas evangélicas, o campo de futebol, o barzinho e as residências dos indígenas. Na Praia Bonita, local mais distante do centro da comunidade, situam-se as residências e uma igreja. A população indígena residente é pertencente a etnia Kaingang, em 2018, era composta por 1.278 indígenas, sendo 610 do sexo feminino e 668 do masculino (SESAI, 2019).

Em relação às mulheres indígenas, especificamente da Aldeia Kondá, cabe destacar o seu papel singular na organização da comunidade, tecendo e confeccionando artesanatos como uma fonte de sustento importante. Os materiais como cipó, taquaras, panela de tingimento, facas, linhas, agulhas, miçangas, penas coloridas – estão presentes nas residências daqueles que ali vivem. As tramas dos artesanatos mais “*delicados*”, como cestarias pequenas e biojóias, são realizadas pelas mulheres, sendo que as crianças contribuem, organizando as miçangas e sementes para a confecção de pulseiras.

A assistência à saúde nesta comunidade está sob a responsabilidade do Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI) Interior Sul (SESAI, 2019). O Polo-Base-Chapecó é responsável pela supervisão e apoio à EMSI e à comunidade na atenção à saúde indígena, na assistência da Atenção Primária e a atenção especializada é pactuada, para seguir os trâmites legais do SUS.

Na Aldeia Kondá, a UBS foi construída no ano de 2005, permitindo o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, sendo a UBS a principal porta de entrada dos indígenas nos serviços da rede de referência do SUS. O horário de funcionamento da UBS é de segunda à sexta-feira, das 8h às 11h30min e das 13h às 17h. Após esse horário, os indígenas que necessitasse de atendimento de saúde eram deslocados da aldeia, pelo serviço de transporte disponibilizado pela SESA, no qual o motorista e veículo ficavam disponíveis 24 horas para a comunidade, inclusive nos finais de semanas e feriados, para deslocamentos dos indígenas para as unidades de saúde de referência no município de Chapecó. Os serviços disponíveis para o atendimento eram a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Centro ou o Hospital Regional do Oeste (HRO). Nestes espaços de referência para o atendimento dos indígenas, não havia nenhum profissional de saúde indígena presente para fazer o acolhimento do usuário indígena e de seus familiares.

## METODOLOGIA

Este manuscrito se caracteriza como uma pesquisa qualitativa etnográfica, oriundo de uma tese de doutorado da primeira autora, que investigou o itinerário do cuidado e as práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal. As técnicas de pesquisa utilizadas para a coleta dos dados foram: a) observação participante com registro no diário de campo; e, b) entrevistas individuais e coletivas abertas (dialogadas), subsidiadas por um roteiro guia e com questões relacionadas à temática do estudo. O projeto de pesquisa que originou esse artigo foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), parecer nº 3.370.261.

No que diz respeito à observação participante, essa permite a ambientação, captação de um duplo movimento e o reconhecimento do campo pela pesquisadora, buscando observar as dinâmicas da comunidade e a sua relação com a assistência à saúde das gestantes (Magnani, 2009). A observação durou 60 dias e, neste período, foram observadas as atividades de rotina da EMSI, na Unidade de Saúde da T.I Kondá. A observação foi realizada durante as atividades assistenciais, como consultas médicas e de enfermagem, atividades de promoção à saúde (palestras, grupo de gestante, rodas de conversas), imunização, testes rápidos e outras atividades que aconteceram na comunidade que reportaram a relação com as gestantes Kaingang da T.I Kondá.

Quanto às entrevistas individuais e coletivas abertas (dialogadas), participaram mulheres indígenas, gestantes, puérperas e a parteira da comunidade. Foram entrevistadas individualmente quatro mulheres indígenas. Já na roda de conversa, participaram oito gestantes e uma parteira. O período das entrevistas foi de junho a dezembro de 2018. As mulheres indígenas que estavam no período gravídico-puerperal foram identificadas pela profissional enfermeira da EMSI. Após a identificação foram contatadas previamente, com o apoio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para a realização das entrevistas individuais e coletivas abertas, utilizando-se de um roteiro-guia. A opção das entrevistas abertas foi no intuito de flexibilizar o diálogo com as mulheres, buscando preservar o código da comunidade. No período puerperal, foram realizadas entrevistas de forma aberta, através de um roteiro-guia e da observação participante, com o objetivo de identificar quais as práticas de atenção à saúde estavam sendo utilizadas naquele momento. A indicação da parteira da comunidade ocorreu através de uma AIS. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. A análise dos resultados segue a luz antropológica de Menéndez (2003), baseado no conceito de Pluralismo Médico, identificando as práticas, os modelos de atenção à saúde utilizados durante o período gravídico puerperal, os atores envolvidos, os locais onde as práticas ocorriam e a relação de vínculo entre as práticas de atenção em saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da roda, oito gestantes e uma parteira tradicional. Assim participaram da roda oito gestantes e uma parteira tradicional. As mulheres participantes têm entre 17 e 34 anos estavam em diferentes semanas gestacionais. A parteira, no momento do estudo, tinha 72 anos. Nestas narrativas as mulheres descreveram as experiências gestacionais anteriores e apenas uma indígena estava em sua primeira gestação. Essa estratégia de interação dialógica entre os atores sociais, interlocutores deste estudo, estabeleceu o vínculo de momentos de vivenciar e trocar conhecimento sobre as práticas de atenção,

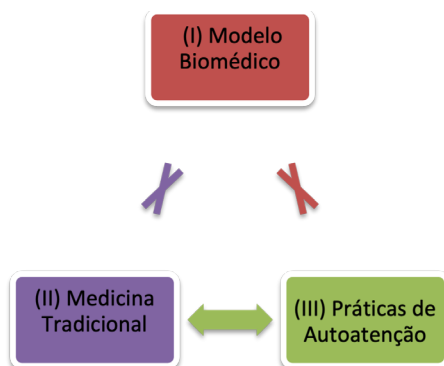
cuidados gestacionais, parto e puerpério, e a organização da rede de Atenção em Saúde estabelecida nesta comunidade.

Após atividade da roda de conversa, das entrevistas individuais, com as mulheres indígenas e das observações de campo, foram realizadas as análises dos conteúdos oriundos dos achados de campo. A partir destes achados etnográficos criamos três eixos para análises: assistência das mulheres indígenas no período gravídico puerperal, Práticas de Cuidado e Parteira Indígena.

Considerando a complexidade para a garantia da atenção diferenciada na saúde indígena, buscamos investigar várias dimensões do cuidado, as diversas práticas de atenção à saúde, utilizadas pelas mulheres indígenas no período gravídico-puerperal, e as Redes do Cuidado existente, a partir da assistência oficial da saúde indígena. Visando tecer o cuidado, através das diversas dimensões subjetivas, presentes nas relações socioculturais entre os atores do cuidado, buscando interconectar o cuidado a integralidade, o respeito na diversidade étnica indígena do cuidado.

No trabalho de campo, a análise foi direcionada para os diferentes modelos de atenção à saúde, buscando identificar a relação com as práticas de atenção à saúde das mulheres no período gravídico puerperal. Observou-se que essas práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas, no período gravídico-puerperal, foram contempladas na aldeia Kondá. Dentre essas práticas, identificou-se três modelos de atenção à saúde, a saber: I) Modelo Biomédico; II) Medicina Tradicional Indígena; e, III) Práticas de Autoatenção. Apresenta-se, na figura 14, a síntese desses modelos e o processo de articulação na assistência às mulheres indígenas Kaingang durante o período gravídico-puerperal.

**Figura 14: Modelos de Atenção à Saúde no período gravídico-puerperal, nas mulheres indígenas da T.I Kondá – SC.**



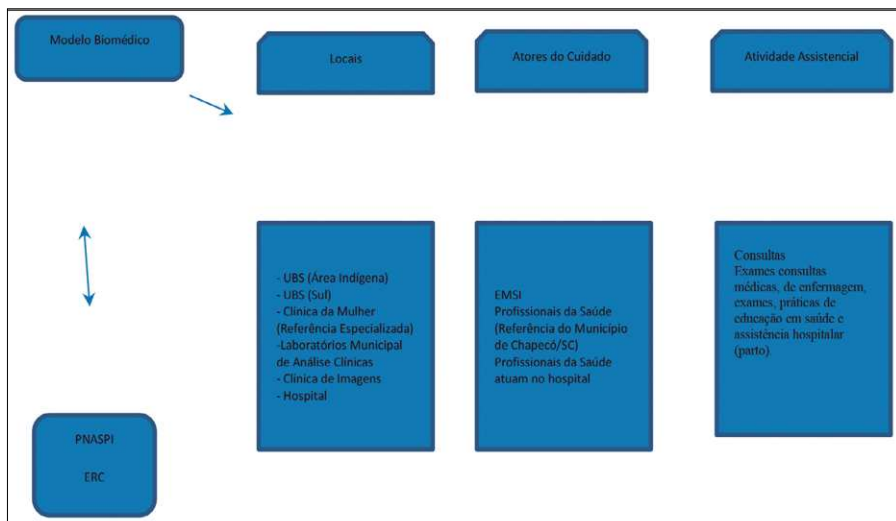
**Fonte:** da pesquisa.

De acordo com as observações, entrevistas e roda da conversa, foi possível perceber a hegemonia do modelo biomédico na assistência à saúde das mulheres no período gravídico puerperal e que esse modelo não se articula com os demais modelos de atenção à saúde. Além disso, verificou-se um incipiente diálogo entre os modelos de atenção da medicina tradicional indígena e as práticas de autoatenção.

Ressalta-se que o modelo biomédico realiza uma verticalização no cuidado em saúde, impondo práticas e não respeitando os saberes tradicionais, crenças, valores e práticas culturais advindas da ancestralidade dessas mulheres indígenas (GONZÁLEZ, VITE, RAMIREZ, 2014).

Para identificar as práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas no período gravídico-puerperal, foram acompanhadas as vivências e rotinas das mulheres indígenas em diferentes cenários da comunidade, buscando compreender como ocorre a relação entre o ambiente, a comunidade e a família na construção das práticas de cuidado em saúde durante esse período. Diante disso, foram identificados, a partir dos três modelos de atenção à saúde antes referidos, os locais de ocorrência, os atores do cuidado envolvidos e as práticas de atenção à saúde das mulheres. Para o modelo biomédico (I), temos a Figura 15.

**Figura 15: Práticas biomédicas da assistência às mulheres indígenas no período gravídico-puerperal na T.I Kondá – SC.**



Fonte: da pesquisa.

Neste cenário, foram analisadas as ações assistenciais desenvolvidas pela EMSI, na comunidade indígena, orientada pela PNSAI e ERC.

Os atores envolvidos no cuidado das mulheres no período gravídico puerperal são primordialmente a EMSI, a qual presta assistência à saúde indígena na comunidade. A EMSI é composta pela equipe de: um médico (20h), uma enfermeira (40h), um odontólogo (20h), duas técnicas de enfermagem indígena (40h), quatro Agentes Indígenas de Saúde (40h) e um Agente de Saneamento Indígena (20h). Esses profissionais desenvolvem as ações de promoção, atenção, prevenção e recuperação da saúde na comunidade indígena. As práticas observadas durante a assistência às gestantes e puérperas indígenas foram: consultas médicas; consultas de enfermagem; imunização; acompanhamento do SISVAN; práticas de Educação em Saúde; visitas domiciliares AIS e AISAN; e, Consultas Odontológicas.

As consultas médicas, realizadas durante o acompanhamento pré-natal, eram organizadas mensalmente para as gestantes. Aquelas classificadas com baixo risco gestacional eram acompanhadas mensalmente pela EMSI na comunidade. Já as que apresentavam alto risco gestacional eram encaminhadas para a clínica especializada e de referência do município de Chapecó – Clínica da Mulher – onde recebiam a assistência pré-natal, porém continuavam em acompanhamento pela EMSI. Os exames laboratoriais e de ultrassonografias, preconizados pela ERC, foram pactuados pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) e eram referenciados para a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó. As puérperas tinham atendimento prioritário em até 10 dias após o parto.

As consultas de enfermagem eram de livre demanda. As gestantes e puérperas recebiam orientações sobre o pré-natal, exames, parto e puerpério. O primeiro contato/identificação das gestantes ocorria através da (AIS), durante as visitas domiciliares de rotina diária. Analisando os prontuários das gestantes, verificou-se que, em média, as indígenas realizaram entre 6-8 consultas pré-natais, intercaladas entre o profissional médico e o enfermeiro. Nos prontuários, estavam descritos aspectos fisiológicos da gestação, mas não havia evidência de atenção diferenciada.

Os indicadores nacionais de Atenção à Saúde Indígena apontam que 97,9% das gestantes indígenas foram acompanhadas durante o pré-natal. Esses dados destacam ainda que 73,7% das gestantes indígenas receberam quatro ou mais consultas de pré-natal (SESAI, 2019).

Os partos na atualidade, no Brasil e na comunidade ocorrem em ambiente hospitalar, predominando os partos vaginais. Esse cenário nos faz refletir

sobre o impacto da hegemonia das práticas biomédicas, inseridas pelas EMSI, nas comunidades indígenas, contribuindo para a escolha do local e a via de nascimento (GONZÁLEZ, VITE, RAMIREZ, 2014).

Durante o período do pós-parto no ambiente hospitalar, as puérperas indígenas permaneceram no hospital 24 horas após o parto. Neste período, ficaram alojadas em quarto coletivo no Hospital Regional do Oeste (HRO) juntamente com o recém-nascido. Os recém-nascidos receberam, ainda em ambiente hospitalar, as duas primeiras vacinas: a Bacilo Camette-Guérin (BCG), principal proteção das formas graves de tuberculose, e a Hepatite B (recombinante).

Após receberem alta, as indígenas foram encaminhadas para a aldeia, onde eram acompanhadas e orientadas sobre os cuidados no puerpério e os cuidados com o recém-nascido pela EMSI.

O segundo modelo de atenção à saúde que foi analisado foi da Medicina Tradicional Indígena. No contexto estudado, esse modelo foi identificado através dos conhecimentos e das práticas de atenção da parteira na comunidade. A Medicina Tradicional Indígena manifesta-se através da singularidade étnica, sendo que práticas de atenção à saúde garantem a valorização cultural e a autonomia dos indígenas, através das suas crenças, valores e práticas de cuidado. A Medicina Tradicional é uma prática biocentrada, ou seja, tem sua centralidade na vida em sua totalidade e não dividida em partes, conforme a medicina ocidental (GONZÁLEZ, VITE, RAMIREZ, 2014). Os conhecedores, rezadores, pajés ou Kujás são os sábios da comunidade e que detêm a sabedoria ancestral.

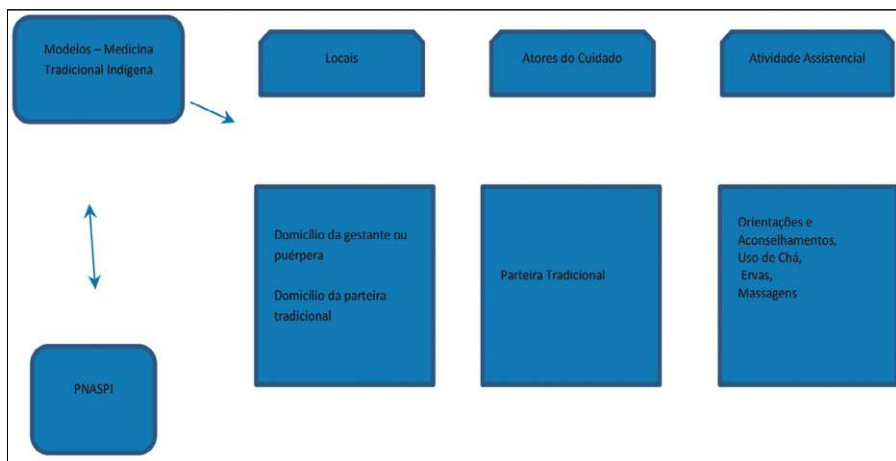
Nesse sentido, as práticas da Medicina Tradicional são conhecimentos, crenças que incorporam plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais individuais ou em combinação na busca do bem-estar, para tratar, diagnosticar e prevenir enfermidade (OMS, 2019). A PNSAI define as medicinas indígenas como sistemas tradicionais de saúde, sendo que esses sistemas devem caminhar na perspectiva das práticas holísticas, equilibrando as relações sóciocosmológicas (BRASIL, 2002).

A necessidade de se buscar o ideal da atenção diferenciada, conforme requer a PNASPI, pressupõe reconhecimento, por parte de profissionais e gestores, da importância das práticas de autoatenção para as populações locais. Esse reconhecimento também contribui para maior sensibilidade e competência em promover relações interétnicas menos assimétricas e mais dialógicas, objetivando *“desenvolver uma atitude crítica e reflexiva sobre suas próprias práticas”* (LANGDON, 2004).



A partir das vivências com as mulheres indígenas durante o período-gravídico puerperal na Aldeia Kondá, foi possível estabelecer um vínculo com elas através da roda de conversa, na qual a parteira da comunidade também esteve presente. O modelo Medicina Tradicional Indígena será apresentado na Figura 16.

**Figura 16: Práticas Medicina Tradicional Indígenas de assistência às mulheres indígenas no período gravídico-puerperal da T.I Kondá – SC.**



Fonte: da pesquisa.

As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são produtos das suas relações particulares com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. “Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica” (BRASIL, 2002, p.16-17).

Os processos de validação científica das medicinas tradicionais e qualificação de seus praticantes deslocam dos contextos de saberes locais, práticas e praticantes e os reencaixam no espaço das políticas públicas, onde passam a ter outros sentidos e a desempenhar outras funções distintas do que as tradicionais (FERREIRA,2013).

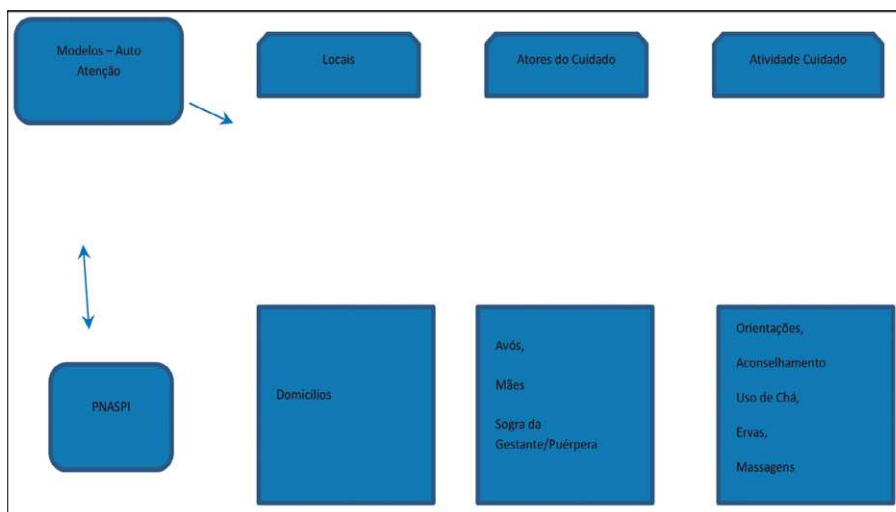
As formas de cuidado do indivíduo e da família para com a saúde são denominadas Práticas de Autoatenção (MENÉNDEZ, 2003). Os principais responsáveis pela busca e pelo uso das formas de atenção foram os sujeitos e suas famílias, mostrando a importância da autoatenção na organização dos

cuidados (PONTES, REGO, GARNELO; 2015). Para Menéndez (2003), as práticas de autoatenção em um grupo doméstico, onde os contextos culturais de autocuidado são variados, e as formas de investigar as doenças desenvolvem-se basicamente através da mulher em seu papel como esposa/mãe.

Ainda segundo o autor, o autocuidado é quase sempre a primeira atividade que o microgrupo realiza em relação às doenças detectadas, e essa atividade não inclui inicialmente o curador profissional, mesmo que se possa consultar inicialmente alguns membros da família e espaços sociais imediatos, mas isso não reproduz nenhuma atividade como curador profissional.

Para se compreender como as mulheres indígenas recorrem às práticas relacionadas ao modelo autoatenção em saúde, apresentamos, a seguir, a Figura 17.

**Figura 17: Práticas de autoatenção das mulheres indígenas no período gravídico-puerperal da T.I Kondá- SC.**



**Fonte:** da pesquisa.

Em 2018, ano em que foi realizada a pesquisa, as práticas de autoatenção ocorriam em ambientes intercomunitários, nos domicílios das indígenas, onde eram realizadas as práticas de cuidado à saúde, como orientações, uso de chás, massagens, entre outros. Estes momentos eram especiais para as gestantes e puérperas, pois eram guiadas por seus familiares ou entes queridos. E denotavam práticas e conhecimentos, utilizados por diversas gerações na comunidade Kaingang.

As práticas de autoatenção à saúde, apontadas por Scopel (2012), retratam os cenários que os Munduruku vivenciam sobre os modelos de atenção à saúde, trazendo à tona que o conjunto de saberes que os profissionais de saúde biomédicos detêm dificilmente permitiria eles compreenderem as outras práticas de cuidado como eficazes, ainda que tais práticas cumprissem um papel inquestionável, do ponto de vista dos indígenas, para o bem-estar entre as pessoas e a manutenção dos laços sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na proposição de Menéndez (2003), discutiram-se os modelos de atenção à saúde, presentes no cenário da assistência das mulheres indígenas no período gravídico-puerperal na T.I Kondá, em Santa Catarina. Evidenciamos que as práticas assistenciais, desenvolvidas pela EMSI, reforçam a hegemonia do modelo biomédico, pois são verticalizadas, protocolares e inviabilizam os conhecimentos tradicionais das práticas de atenção à saúde indígena, praticadas pelas mulheres indígenas. A atenção diferenciada preconizada pela PNSAI, não estava efetivada, sendo ignorada na prática assistencial pela EMSI. Diante dos outros modelos de atenção à saúde, percebeu-se a incipiente articulação dos saberes e atores do cuidado entre a medicina tradicional indígena e a prática de autoatenção.

Diante desses cenários, é pertinente ampliar os estudos sobre essa temática e encontrar estratégias dialógicas com os distintos cenários e atores do cuidado, buscando articular as diversas formas de atenção à saúde, presentes nas comunidades indígenas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2002. 40p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Conheça a Sesai**. 2010. [Acesso em 10 fev. 2016]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1708](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde de no SasisUS** / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **5a Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf)

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Processo saúde-doença. In: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. A. (org). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 47-74, 2007. Disponível em: DOI: 10.7476/9788575415870.004

DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Mundurucu do Estado do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, Supl. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085918>. Acesso em: 21 abr. 2022.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar., p.203-219, 2013.

GARNELO, L; LANGDON, E. J. A Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica. In.: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E. A. (org.). **Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 133-156, 2005.

GONZÁLEZ A. J.; ALEJANDRO, J; VITE, V.; VICENTE; G. R.; HERNÁN, J. México; **Programa Editorial del Gobierno de la República**. 3 ed; 2014. 277 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968759>.

IDS-SSL-CEBRAP – INSTITUTE OF DEVELOPEMENT STUDIES – SAÚDE SEM LIMITES – CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena: relatório inicial (revisado)**. Brasília, 2009.

LANGDON, E.J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.) **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 29-45

LANGDON E. J; GARNELO L. Articulación entre servicios de salud y “*medicina indígena*”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Salud Colectiva**. v.13, n.3, p.457-470, 2017. DOI: 10.18294/sc.2017.1117.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez., 2009.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, p.185-207, 2003.

PONTES, A. L. M; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM. **Cien Saude Colet.** V.20, n.10, p.3199-3210, 2015. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-modelo-de-atencao-diferenciada-nos-distritos-sanitarios-especiais-indigenas-reflexoes-a-partir-do-alto-rio-negroam/15115?id=15115>. DOI: 10.1590/1413-812320152010.18292014.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL R. P.; WIIK F.B. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios. Munduruku do Amazonas, Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 173-190, 2012. DOI: 10.18569/tempus.v6i1.1141.

World Health Organization. (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. **World Health Organization**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>. Acesso em: 21 abr. 2022.

# O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO USUÁRIO INDÍGENA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM MANAUS, AMAZONAS

*Bahiyyeh Ahmadpour  
Danielle Fernanda da Silva  
Geisy de Andrade Lima  
João Victor Oliveira de Melo  
Ruth Natalia Tereza Turrini*

## INTRODUÇÃO

A busca por soluções do problema de saúde e os percursos terapêuticos realizados pelo usuário indígena são caracterizados por um Itinerário Terapêutico (IT) diferenciado (PONTES, 2015; BRASIL, 2002). Antes mesmo do usuário adentrar o Sistema Único de Saúde (SUS), nos diferentes níveis hierárquicos de atenção à saúde, o usuário percorre diversas estratégias de cuidado. Existem pontos onde se cruzam a saúde indígena e a da população em geral. Por vezes, os serviços oferecidos são os mesmos, mas a trajetória, o acesso e a resolutividade acentuam vulnerabilidades entre as populações tradicionais.

Na análise dos caminhos conceituais percorridos em função da saúde e do adoecimento, adotou-se a concepção positiva de saúde, a qual é ampla, multifacetada e integra aspectos sociais, humanos, culturais, políticos, filosóficos e econômicos, evitando entender saúde como a ausência da doença, ou mesmo reduzi-la aos momentos de encontro com profissionais da área, explorando, dessa forma, o processo de busca da saúde como um todo (DEMÉTRIO, SANTANA, SANTOS, 2020). Ressaltam-se, ainda, as diversas possibilidades de formas de cuidados, não exclusivamente a biomédica, mas também a tradicional e a alternativa (MENÉNDEZ, 2003). Nesse sentido, buscou-se considerar a significância própria de saúde dos povos indígenas em suas comunidades e a sua relação com o serviço de saúde oferecido pelo governo do país.

No contexto dos indígenas brasileiros, a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002 teve por intenção assegurar o acesso integral à saúde, em todos os níveis de atenção, levando em consideração os aspectos geográficos, históricos, políticos e socioculturais dessas populações, além do reconhecimento e valorização da medicina tradicional indígena na assistência à saúde, com intuito de refrear as vulnerabilidades existentes (Brasil, 2002). A Atenção Primária à Saúde (APS) nas Terras Indígenas (TI) é organizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), divididos de acordo com as especificidades territoriais. Cada distrito possui uma rede de serviços de saúde em TI de forma integralizada e articulada com a rede do SUS.

A Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) de cada DSEI conta principalmente com médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2002). Nas TI, há postos de saúde em algumas aldeias, ainda muito aquém do necessário, e os Polos Bases de Saúde (PB), onde se situam as EMSIs, estão presentes principalmente nas aldeias centrais (GARNELO, 2012).

É importante reconhecer as práticas de autoatenção, que se referem às diferentes formas de atenção que os atores sociais buscam para a resolução do problema de saúde. Essas formas de cuidado coexistem nas comunidades, englobando, além do saber biomédico, os saberes tradicionais utilizados pelos curandeiros, pajés, xamãs, benzedores, parteiras e feiticeiros (SCOPEL et al., 2012), e bastante utilizados pelos povos indígenas em seu dia a dia (MENÉNDEZ, 2003). Dessa cultura milenar, cujo início é desconhecido na cultura ocidental, orienta-se a necessidade da atenção diferenciada, validando e legitimando as práticas e os saberes tradicionais dos povos (YAJAHUANCA, DINIZ, CABRAL, 2015; LANGDON, GARNELO, 2017).

Quando a situação de saúde não é apropriadamente solucionada na aldeia, devido à ausência de estrutura diagnóstica e de assistência especializada, o indígena é referenciado para serviços fora da TI, como os hospitais de referência para tratamento ou exames diagnósticos (SÁ, 2017). Ao ser referenciado para serviços de saúde de maior nível hierárquico em outros municípios, o indígena pode contar com a Casa de Saúde Indígena (CASAI), responsável por articular os atendimentos entre a APS na aldeia e a atenção de média e alta complexidade. O indígena pode alojar-se na CASAI o tempo necessário para a realização de exames e consultas (FUNASA, 2009). Nesse contexto, A CASAI de Manaus é a maior do estado e recebe indígenas referenciados do estado do Amazonas e de mais três estados da região Norte.

O tema *“Itinerário Terapêutico”* apresenta uma lacuna quantitativa de

produções na região Norte, visto que a maioria dos estudos se debruçam em outras regiões do país, principalmente no Sudeste e no Sul, independente da concepção de saúde (DEMÉTRIO, SANTANA, SANTOS, 2020). Portanto, o presente capítulo busca analisar o processo de trabalho de profissionais e gestores da CASAI-Manaus no acompanhamento do itinerário terapêutico de usuários indígenas alojados, na busca pela resolutividade do problema saúde no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS).

## COMENTÁRIOS ACERCA DO ESTUDO ORIGINAL

O estudo parte de um projeto de pesquisa realizado na Universidade Federal do Amazonas, sendo ele descritivo do tipo transversal e de caráter qualitativo, baseado em entrevistas com participantes que atenderam aos critérios de inclusão, com intuito de coletar dados sobre o nível de resolutividade nos processos de trabalho da CASAI-Manaus. Esse projeto está vinculado ao trabalho de doutorado intitulado *“Resolutividade dos problemas de saúde indígena em uma unidade de referência no Estado do Amazonas”*, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (EE-USP), tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas e pelo Conselho Nacional de Pesquisa, sob o nº 4.272.880 (CAEE: 37321520.4.0000.5020).

O estudo teve como local a CASAI-Manaus, cuja finalidade é de prestar apoio, acolhimento e assistência aos usuários indígenas referenciados de qualquer um dos sete DSEIs localizados no estado do Amazonas, além de Roraima e Rondônia, via Tratamento Fora de Domicílio (TFD) aos serviços de média e alta complexidades. A instituição situa-se em área rural na AM 010 – KM 25 e possui capacidade física para alojar 202 indígenas dispostos em enfermarias, isolamentos e alojamentos. Seu quadro funcional é composto por 125 profissionais, compreendendo servidores efetivos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), colaboradores da conveniada e terceirizada. O período da coleta de dados foi realizado nos meses de maio, junho e julho de 2021.

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde e gestores da CASAI, de diferentes categorias, a fim de registrar de maneira interprofissional as realidades vivenciadas por cada categoria. Neste sentido, foram sorteados 50% de cada categoria, exceto a categoria de técnico de enfermagem, cuja representatividade foi de 20%, devido ao maior quantitativo de profissionais nessa área. Assim, a amostra de conveniência foi composta por 18 profissionais, sendo cinco enfermeiros, um farmacêutico, um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta, um assistente social, seis técnicos de enfermagem e dois gestores.



Os critérios de inclusão da pesquisa foram: profissionais de saúde e gestores que possuíam nível superior ou nível técnico; atuação na CASAI Manaus há pelo menos três meses e não estar de licença por qualquer motivo.

O instrumento para elaboração do roteiro da entrevista teve como base os princípios e diretrizes norteadores da PNASPI e o instrumento utilizado por Gomes (2013) na dissertação “*O Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil*”, adaptados aos objetivos desse estudo. As entrevistas foram realizadas na própria CASAI, gravadas e transcritas na íntegra. A análise de conteúdo foi baseada na obra de Laurence Bardin (BARDIN, 2009). Assim, optou-se pela técnica de análise temática, seguindo as etapas propostas de leitura em profundidade, interpretação e categorização dos temas, considerando repetição e relevância.

A partir da categorização, obtiveram-se quatorze temas, os quais foram separados no “*Quadro de Análise Temática*”, separando, portanto, as falas por tema. Os temas selecionados com o foco no IT foram: trajeto terapêutico, estrutura, tempo de permanência, cultura, comunicação, atividades e desafios da APS e regionalização da saúde. Nesse sentido, este capítulo é um compilado da análise dos temas citados, com foco no IT do usuário, apreendido a partir das falas dos profissionais de saúde.

## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Em um primeiro momento, tende-se a pensar em IT como o percurso de busca por resolução ou amenização de um problema de saúde. Nesse contexto, toda ação que parte do indivíduo e do seu entorno com o objetivo do desaparecimento da doença faz parte de um IT. Menéndez afirma que grande parte dos modelos assistencialistas de saúde do país tem como base a visão biologicista da saúde (MENENDEZ, 2003), gerando processos como a hipermedicalização de indivíduos, a individualização da saúde e a assimetria entre o profissional da saúde e o paciente (DEMÉTRIO, SANTANA, SANTOS, 2020).

Para as realidades indígenas, entendendo “*realidades*” como as construções simbólicas do mundo, os processos de adoecimento possuem signos próprios, distantes das racionalidades científicas do modelo médico hegemônico. Esses se aproximam da noção de cosmovisão, a qual permeia vários povos indígenas, e dialoga profundamente com a natureza, a religiosidade, a prática de rituais e crenças diversas. Dessa forma, grande parte das populações indígenas tem como base de seu IT as medicinas tradicionais, mas que, com os processos de colonização e trocas interculturais de saúde, vêm se

apropriando da medicina ocidental e vice-versa.

Nesse estudo buscou-se trabalhar os conteúdos obtidos a partir de uma visão ampla, cujo sujeito é o ator protagonista de sua saúde, não apenas na luta contra uma doença, mas em função da escolha das medicinas, de seu bem-estar, considerando a relação com o meio externo e a busca diária por sentir-se bem, dialogando, portanto, com as esferas sociais, humanas, culturais, políticas, filosóficas e econômicas que atravessam os processos de saúde-doença (DEMÉTRIO, SANTANA, SANTOS, 2020).

Nesse cenário, apesar desse trabalho se debruçar sobre um local que faz parte do percurso na busca por cuidados biomédicos, o qual existe para dar abrigo e cuidado a pessoas que estão no percurso de tratamento, busca-se aqui expandir a visão que foca ativamente no processo saúde-doença, através dos conceitos citados anteriormente. Dessa maneira, dispõe-se a olhar os processos que ocorrem dentro da CASAI a partir da concepção positiva, focando também nas relações diárias entre profissional e usuário, nas trocas interculturais entre ambos, nas atividades recreativas realizadas, na estrutura fornecida para o acolhimento e nos processos de cuidado que influenciam nessa etapa do IT do usuário indígena, que ali se instala por dias, meses ou mesmo anos.

## O TRAJETO TERAPÊUTICO PERCORRIDO PELO INDÍGENA ATÉ A CASAI-MANAUS

A ida até a capital amazonense gera diversos desafios para o indígena, tais como: a ausência de um parente de seu núcleo familiar, a saída do indígena do seio de sua cultura para adentrar o universo urbano, as longas distâncias percorridas, o preconceito cultural, entre outros fatores que dificultam o acesso e a resolutividade. A CASAI-Manaus apresenta estratégias para uma atenção diferenciada, como a existência de uma sala própria para a realização de práticas tradicionais e individualizadas conforme valores de distintos grupos étnicos, alojamentos com redários, presença de intérpretes, esforços para um cardápio diferenciado, entre outros recursos criados com o objetivo de minimizar as dificuldades desse percurso terapêutico.

A partir da coleta de dados e das informações expressadas pelos profissionais e gestores participantes pode-se traçar o detalhamento do processo de trabalho destes atores no trajeto que o usuário percorre, segundo consta no mapa do modelo de organização do DSEI:

**Figura 18 – Modelo de Organização do DSEI e Modelo Assistencial.**

Fonte: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizacaoDodsei.html>

A partir das entrevistas e de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (2020), verifica-se que o percurso começa com as EMSI que encaminham para o PB, onde é feita a referência para o município mais próximo pela EMSI. Em seguida, se necessário, o indígena é referenciado para a CASAI-Manaus, fato que ocorre quando o município não possui os serviços requeridos. Nesse momento o usuário é inserido no Sistema Nacional de Regulação (SISREG). E a partir disso, ele entra em uma fila de espera para realização de consulta com a especialidade que necessita. A rota de saúde realizada pelo usuário até a CASAI-Manaus pode ter a presença de um acompanhante de sua escolha, principalmente em casos graves. Este acompanhante também recebe hospedagem e alimentação no local.

A ida até a CASAI-Manaus, depende se o município não tiver condições para resolver o problema do usuário, só então o usuário é referenciado para Manaus, local em que se encontram os principais centros de especialidades em saúde:

*“Então faz uma referência para CASAI-Manaus, onde vai ser enviado por e-mail todo o processo do encaminhamento, a referência, dizendo todo o passo a passo, dizendo o dia e o horário que vai chegar. E nós aqui, conforme o protocolo da CASAI, o paciente tem que chegar aqui com dois dias de antecedência, com exceção das urgências” (E15).*

Quanto ao deslocamento do usuário até a CASAI-Manaus, foram relatadas três possibilidades: terrestre, aérea e fluvial. Fato que depende do local

de origem do usuário e da complexidade de seu problema de saúde. Como relatam E1 e E2: *“Todos eles mandam por fluvial, terrestre e aéreo, mas, por exemplo, Tabatinga nunca manda terrestre. Agora os DSEI da redondeza manda terrestre. Os municípios distantes de Manaus, que não tem estrada, é aéreo e barco. Agora esses que tem estrada, manda pela estrada”* (E1); *“Eles sempre vêm, em urgência ou emergência, pelo Transporte Fora do Domicílio que é avião, mas se ele tem uma consulta eletiva, no caso: ah, é consulta com ortopedista, ou é consulta com neurologista, ele vem no barco de linha do município mesmo”* (E2). Fica registrado, portanto, nesse recorte de fala de um dos entrevistados, que o uso de transporte aéreo se dá principalmente em casos de urgência e emergência, à parte disso, o transporte depende da via mais acessível até a capital. Entretanto, vale destacar que as longas distâncias que atravessam o estado e o principal meio de transporte, que é o fluvial, fazem com que o percurso esteja sujeito a um dispendioso período temporal (DAVID, 2010), como relatado por E9 e E15:

*“Geralmente cada DSEI tem um convênio com um barco, se não for urgente eles vêm de barco, de linha normal. Se tiver média complexidade ele vem de lancha (24h), se for gravíssimo vem de UTI aérea. Um indígena de São Gabriel da Cachoeira leva de barco, geralmente, sai sexta-feira e sábado está aqui. Se for uma lancha expressa leva 12h [...]”* (E9);

*“Dependendo do local, se for o Alto Rio Negro tem que chamar com uma semana de antecedência, se for o Médio Solimões, que é o mais difícil que tem Eirunepé, tem que ser com mais dias pra conseguir chegar aqui e alguns locais tem que vir de avião”* (E15).

Ao chegar na capital, por via aérea, fluvial ou terrestre, o usuário é recebido por um técnico e um motorista, sendo acompanhado por estes até a CASAI-Manaus, ou diretamente para o hospital em casos de urgência, como relata E9: *“Para o porto vai o técnico e motorista para aguardar. Se for urgência vai direto para o hospital, se não vem pra cá.”* Uma das queixas relatadas pelos profissionais dentro desse aspecto é a falta de uma ambulância: *“A Casai não tem ambulância. Então, em casos graves quem resgata é o SAMU, o pessoal do município avisa o SAMU, ou do DSEI, e quem faz esse resgate da CASAI é a equipe do posto de enfermagem”* (E9). Nesse sentido, casos graves e potencialmente fatais precisam esperar o transporte da CASAI, a qual localiza-se geograficamente distante dos centros de referência de saúde do município.

Com relação ao encaminhamento do usuário para a CASAI-Manaus, este é feito a partir de um sistema de referência, realizado pelo município de origem. O sistema utilizado na saúde indígena é o SISREG do SUS, o qual é on-line e tem como função o gerenciamento e operação das centrais de regulação, tendo como um de seus objetivos a distribuição equânime dos recursos de

saúde para a população; o software possui dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH) (CONASS, 2011). A partir desse registro, o paciente passa a constar em uma fila para consultas e/ou exames, na qual também estão os pacientes não indígenas: *“Eles referenciam para a gente, então, geralmente já vem inserido no SISREG. Eles ligam, mandam documentos, e eles vêm com um ou dois dias de antecedência da consulta, ou mais se for o caso”* (E1). Todo o processo de articulação entre município, CASAI-Manaus e o hospital de referência é registrado no Setor de Operacionalização e Articulação das Demandas Externas de Média e Alta Complexidade (SOADEMAC), que é o setor responsável pelas datas das consultas, pelos exames agendados e pelos prazos em geral.

Quando chega o momento do percurso em que os usuários indígenas são direcionados para os hospitais de referência ou centros especializados para a realização de consultas e exames, estes são acompanhados por um técnico e o motorista da CASAI-Manaus. O técnico possui função importante no apoio ao indígena, que não conhece os procedimentos e, muitas vezes, não compreende a língua falada, dessa maneira, além do transporte, este profissional ajuda na comunicação e em eventuais trâmites burocráticos que viabilizam a realização dos procedimentos e da assistência.

O retorno do usuário indígena para o seu local de origem, dentro dos procedimentos estipulados em protocolo, dá-se mediante o recebimento da alta, também chamada de contrarreferência. A partir disso é efetuada a compra da passagem do usuário pelo DSEI, viabilizando seu retorno para sua área indígena. Em casos de encaminhamento, os pacientes podem ou não permanecer na CASAI-Manaus enquanto aguardam a data estabelecida, conforme a necessidade temporal específica do usuário, delimitada pela distância do acesso à sua área de procedência inicial. Segundo E1: *“A contrarreferência para nós significa alta, toda vez que um paciente está contrarreferenciado ele está de alta, para nós.”* Além disso, é relatado por E3: *“E quando o paciente pega alta do serviço médico que ele está fazendo, é emitido a contrarreferência, onde eles agilizam com a questão da passagem. Nós realizamos a contrarreferência aqui.”* (E3).

## A CASAI MANAUS, DETALHES DO DIA A DIA

De acordo com a PNASPI (BRASIL, 2002) as CASAIs têm como função:

*“(...) receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas*

*ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.” (BRASIL, 2002).*

Nesse sentido, os meios de cuidado envolvidos no local são variados e complexos. Uma das primeiras questões observadas pelos pesquisadores do estudo é o fato de, apesar da CASAI ser ocupada por pacientes que buscam auxílios de alta complexidade, ela é um local que presta suporte para a APS. Aqui observa-se um paradoxo, em que, apesar de abrigar pacientes complexos, possui estrutura para cuidados primários, principalmente cuidados de enfermagem devido ao grande número desses profissionais e técnicos na equipe. Alguns pacientes permanecem na CASAI por longos períodos, outros permanecem pouco tempo, mas com quadros graves, então, os profissionais tendem a esforçar-se para suprir e amenizar seus sofrimentos, como relata um participante entrevistado: *“Estrutura nós não temos, nós temos bons profissionais, boa mão de obra, mas estrutura assim a gente precisa melhorar.” (E15).*

Outro ponto importante abordado durante a análise das entrevistas é a situação em que verifica-se a existência e permanência na CASAI-Manaus de pacientes com grau elevado de complexidade assistencial em um contexto de abordagem clínica que não existe a presença de um profissional médico nessa assistência, ao mesmo tempo que o deslocamento para um centro de referência possui uma logística inviabilizada, ou dificultada, pela longa distância e devido aos congestionamentos peculiares característicos do percurso. Portanto, pacientes coabitam nessa problemática que requerem grau acentuado importante de atenção à saúde e ausência do profissional apto para intervenções assistenciais pontuais e imediatas. Nos relatos, coletados nas entrevistas com os profissionais de saúde, verifica-se a apresentação dessa necessidade da presença de um profissional médico compondo a equipe multiprofissional na CASAI-Manaus, passível de autonomia nas tomadas de decisões em situações urgentes e/ou emergenciais. Em tempo, também se observa a real necessidade em viabilizar a presença de um transporte de atendimento hospitalar móvel, ou seja, faz-se necessário a existência ou a aquisição de uma ambulância da própria CASAI objetivando a amenização de defasagem da assistência emergencial ao usuário indígena.

Além de zelar pela promoção de cuidados dos usuários que ali se encontram, evitando que haja piora no processo de adoecimento, as CASAIs, como citado anteriormente, através da PNASPI, são locais que promovem a saúde

em seu conceito mais amplo (DEMÉTRIO; SANTANA; SANTOS, 2020. MENÉNDEZ, 2003), à medida que são responsáveis por promover ações de educação em saúde, produção artesanal, lazer e elaboração de tarefas simples, tanto para os acompanhantes quanto para os pacientes que estão aptos ao desenvolvimento de rotina de atividades cotidianas. Nesse sentido, a CASAI entrelaça diversas formas de cuidado em uma abordagem que contempla o saber hegemônico, de modo a fomentar momentos de aprendizagem e de trocas entre os usuários e os profissionais de saúde, tal como uma forma potente de aproximação entre culturas de valores diferenciados valorizando e intensificando as estratégias de oferta do cuidado em saúde.

## TEMPO DE PERMANÊNCIA

O tempo de permanência na CASAI é uma das questões sensíveis observadas nas análises qualitativas das entrevistas coletadas pelos autores. O tempo não é apenas o período que se passa enquanto o usuário aguarda uma consulta, mas demanda diversos outros fatores, como acomodação, alimentação, questões logísticas de organização e gastos da CASAI, além da própria vida do indivíduo, que se encontra completamente modificada. Nesse sentido, os profissionais relatam que a demora é uma das insatisfações dos usuários, como relata o profissional E1 *“Principalmente a demora, eles não gostam de esperar, eles não entendem que existe uma fila (...)”*, mas que o período de espera é relativo e depende do tipo de consulta e exame a ser realizado, como relata o profissional E4 *“Quando é exame de sangue é rápido. Mas quando é paciente neurológico ou gastro demora, ortopedia não demora (...)”*. E15 também descreve essa espera, relatando algumas especialidades como mais demoradas: *“O mais difícil de deliberação é endócrino, dermato e urologista, essas são as três demandas mais difíceis, o resto é mais fácil”* (E15).

Observa-se nos relatos que, em geral, a permanência na CASAI dura em torno de dez dias, entretanto, algumas falas trazem a existência de usuários alojados na CASAI-Manaus com períodos superiores, que passam de meses, e outros casos, chegam a anos. Os profissionais referem-se a esses usuários como *“moradores”*. O relato do profissional E9 traz a problemática do tempo de permanência:

*“Eu não sei te precisar quanto tempo mais ou menos ele fica, mas eu acho que em torno de 10 dias que eles ficam no máximo na CASAI, né, isso varia muito, principalmente entre outros DSEIs porque quando envolve outros distritos a responsabilidade de envio e de levá-lo é do distrito, e por exemplo, têm distrito que manda o paciente e demora até meses pra resgatá-lo, então o cara fica aí na CASAI por muito tempo, né. No*

*DSEI Manaus é mais fácil, quando o paciente é nosso, a gente consegue dar resolutividade nisso muito mais rápido.” (E9)*

Já referente aos “*pacientes moradores*”, o profissional E1 relata: “*A gente tem paciente que está há nove anos aqui, e a CASAI Manaus não é para ter morador. Nesse caso é hemodiálise. Só que não era pra eles estarem aqui, mas foram deixando (...)*” (E1)

Em contrapartida, há casos de usuários que não se adaptam a CASAI-Manaus, como foi o episódio que ocorreu com uma indígena que fugiu em direção à floresta, sendo necessária a mobilização de diversos esforços para que ela fosse encontrada: “*Teve uma indígena que sumiu na mata porque queria ir embora. Tem alguns, como no caso dela, que não gostam de ficar aqui*” (E12). Vale destacar que esta indígena não falava português, sendo a barreira de comunicação um dos desafios encontrados. Esta barreira torna-se um desafio em dadas circunstâncias, já que muitos chegam sem intérprete, embora alguns falem o português brasileiro:

*“A grande maioria fala, mas quando não fala, como por exemplo agora que a gente recebeu um paciente do Zuruahã (...) e ele não falava português aí veio o pessoal da Funai com eles e ficaram aqui na CASAI todo o momento (...). Porque tem que ter o intérprete, não tem como o indígena ficar aqui sem o intérprete. Como que ele vai se comunicar? Não tem como” (E13)*

Tal circunstância de inviabilidade de comunicação também é evidenciada pelo profissional E17:

*“Outra grande dificuldade são pacientes enviados, pacientes de recente contato, pacientes que não falam a língua, serem enviados por TFD, transplantes, esse tipo de coisa, e eles mandam o paciente sem acompanhante, ou manda com um acompanhante que também não fala português, então é meio que assim: ‘ti vira aí’ (E17)*

Além do conceito de comunicação no que se refere à língua, destaca-se a compreensão da concepção ampla de saúde e dos modelos de atenção que são necessários para o estabelecimento de um idioma comum, os quais são entendidos com foco nas ações do indivíduo, em sua comunidade e em todos os processos realizados (MENÉNDEZ, 2003). Nesse sentido, a cultura e as relações interculturais são contextos que promovem ou não a saúde de forma diversa, visto que existem diferentes conceitos de saúde e doença, e a partir deles, diversas formas de cuidado (CHILE, 1998).



## DESAFIOS DA APS E DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Dentre os desafios relatados entre os profissionais da CASAI-Manaus encontram-se as falsas urgências, as Causas Sensíveis à APS (CSAP) e os encaminhamentos para a capital pela escassez de recursos em alguns municípios. A APS, presente nas Terras Indígenas, tem papel importante na resolução de grande parte dos problemas da população, sendo os DSEIs responsáveis pela articulação com a rede de saúde e pela garantia de que as ações e serviços da atenção básica aconteçam nos territórios indígenas. Segundo a PNAB (2017), é necessário que a atenção básica *“tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS)”*.

Porém, há relatos de envio de pacientes por falsas urgências, realizados por alguns DSEIs. Essa situação ocorre quando o paciente é encaminhado com relato e queixa com características circunstanciais urgentes, que não condizem com o estado real do indígena, para dar celeridade ao atendimento, como relatado pelo profissional entrevistado E5:

*“(...) a gente tá começando a notificar falsas urgências, por exemplo, um paciente que tá com problema oftalmológico, porém a consulta dele no SISREG demorou demais, e aí dizem que tem cefaleia intensa, tontura, dor no olho, e manda para urgência para gerar um atendimento e burlar o protocolo.” (E5)*

Concomitantemente a este desafio, encontra-se o processo antigo de centralização dos serviços de saúde, o que é evidenciado pela alta concentração de estabelecimentos e profissionais da área na capital, enquanto nos interiores este número é escasso. Aliado a isso, encontra-se a alta rotatividade desses profissionais em territórios indígenas (GARNELO, 2012; MENDES, LANGDON, LEITE, 2018). Tal fato é ainda mais crítico ao comparar os entornos de Manaus com outras regiões com características socioeconômicas similares do país, visto que a capital amazônica possui PIB *per capita* mais baixo em seu entorno, e assim recebe menor transferência de recursos federais do SUS para assistir suas margens, denotando o abandono dessas regiões interioranas, acentuando as desigualdades sanitárias, a falta de médicos e a baixa infraestrutura em saúde desses territórios, os quais encontram-se em desvantagens de subsídio em comparação a outros locais do país (GARNELO, SOUZA, SILVA, 2017). Sob essa perspectiva, observa-se a possível relação com os relatos de encaminhamentos de falsas urgências por parte da Atenção Primária à Saúde para os serviços de média e alta complexidade encontrados na capital.

Além disso, observa-se nas entrevistas que a precariedade de serviços ofertados nos hospitais em alguns municípios contribui para o deslocamento do usuário até a capital, sobrecarregando a CASAI-Manaus: “[...] *dificuldade eu acho que não é nem da CASAI, eu acho que a rede dos municípios que ainda muito é fraca. Porque tem várias especialidades que não tem no município, o que acaba superlotando a CASAI*” (E13).

Já em relação ao CSAP, segundo o 3o Relatório Anual da CASAI-Manaus, teve uma significativa diminuição de casos no ano de 2020 (0,3%), comparado aos anos de 2017 (6,3%), 2018 (4,2%) e 2019 (3,9%). Registrou-se no mesmo relatório que a melhoria desse cenário deve-se ao fato do monitoramento na ficha de encaminhamentos médicos no momento de admissão e do envio mensal das causas sensíveis aos DSEI. No relato do seguinte profissional percebe-se a iniciativa da CASAI-Manaus, que influenciou na melhora dos casos de CSAP:

*“Quando eu cheguei em 2017 a gente começou a notificar muitos distritos, porque vinham muitas causas sensíveis que podia se tratar lá na base, lá na ponta. Aí a gente começou a provocar os distritos com essas notificações, colocando nos relatórios anuais e mandava pra Brasília, onde diminuíram as causas sensíveis da gente”* (E15).

Nesse contexto, é relevante salientar que as CSAP são questões de saúde que tipicamente necessitam ser atendidas em níveis de atenção primária com o objetivo de não sobrecarregarem o sistema de saúde (NEDEL, 2010). No entanto, essas mazelas, quando não tratadas adequadamente, podem evoluir de forma grave, exigindo redes de amparo especializadas que, no contexto da saúde indígena, necessitam de amparo do DSEI e das CASAI.

Destacam-se, ainda, iniciativas governamentais que foram criadas com o objetivo de fortalecer a APS e que podem estar relacionadas à diminuição de encaminhamentos de CSAP, tais como o Programa Mais Médicos (PMM) e o Telessaúde Brasil Redes, junto ao Regula Mais Brasil. O PMM foi criado em 2013, através da Lei n. 12.871, a partir de um grande esforço do Governo Federal para enfrentar o problema da falta de médicos e aprimorar a ABS no Brasil. Assim, além de ampliar o número de médicos para regiões com grandes desafios no acesso por estes profissionais, como no caso de áreas remotas e indígenas, possibilita também a ampliação e a reforma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o aumento no número de vagas para os cursos de medicina e nos programas de residência médica no país (Brasil, 2013).

O Programa Telessaúde Brasil foi redefinido e ampliado pela Portaria 2.546 do MS em 2011 e passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde

Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), com o propósito de apoiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a intervenção na APS, com o intuito de qualificar as ações no serviço, melhorando a resolução dos problemas da população através das tecnologias de informação e comunicação (Brasil, 2013). O Regula Mais Brasil, uma iniciativa do PROADI-SUS, utiliza ferramentas de Telessaúde, e tem o objetivo de regular o acesso de pacientes aos médicos especialistas do SUS e diminuir o número de encaminhamentos da APS para outros níveis de atenção. Segundo a PNAB (2017), através do Telessaúde e da utilização dos protocolos de encaminhamentos, *“espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários”*.

O Amazonas foi contemplado pelo programa através da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite nº. 032/2019. Dentre os principais resultados esperados através dessa resolução seriam: Redução do Número de pacientes em fila de espera - redução de 50% após 20 meses; Redução do tempo na fila de espera – 60% após 20 meses; Redução de número de encaminhamentos – 25% após 20 meses; Melhora na qualidade do encaminhamento – aumento de 2,5 vezes após 20 meses.

Sugerem-se pesquisas acerca da temática para analisar o alcance dos resultados propostos nos programas supracitados na saúde indígena no estado do Amazonas. Estes estudos poderão contribuir para discussões das práticas nos serviços de saúde, além de uma análise acurada sobre a qualidade da oferta de ações na APS em terras indígenas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que a proposta inicial deste trabalho perpassa a concepção positiva de saúde que possui como objeto idealizador a abrangência de particularidades de ações que fomentam um planejamento por parte dos profissionais aos usuários valorizando seus contornos subjetivos e promovendo a saúde do usuário, ao contrário do conceito de saúde que se limita ao processo saúde-doença de intuito meramente curativo, oneroso e de baixas efetividades que, entretanto, ainda se mantém predominante nas abordagens terapêuticas ideológicas e retóricas nas temáticas de ações em saúde (COELHO, 2002). Dessa maneira, o delinear do itinerário terapêutico proposto como objeto desse estudo corrobora com a construção de uma ferramenta teórica e prática que possibilita diálogo entre os profissionais que atuam na oferta de serviços de saúde aos usuários indígenas e que permeiam continuamente o ambiente rico das peculiaridades elementares que configuram os fatores identitários e culturais do contexto da assistên-

cia ao usuário indígena. Tal circunstância teórica favorece a manutenção e continuidade dos fluxos terapêuticos já consolidados, assim como a identificação de novas possibilidades terapêuticas que vão de encontro aos princípios norteadores do SUS (DEMÉTRIO, 2019).

A estrutura organizacional da oferta de serviços de saúde no estado do Amazonas é centralizada na capital Manaus, a qual apresenta um protagonismo em comparação com os municípios ao redor e regularmente possui um fluxo de atendimentos de maior complexidade, caracterizando uma rede sanitária consolidada (GARNELO, 2016). Logo, as singularidades existentes na oferta de saúde aos usuários indígenas se fazem peculiar não apenas pelas especificidades assistenciais da oferta de cuidados a estes usuários, mas também, pelos próprios desafios pontuais que caracterizam a oferta de serviços de saúde na região Norte do Brasil, em que há um reduzido número de médicos atuantes (SILVEIRA, 2014). No entanto, mesmo que a rede de oferta de serviços de saúde seja insuficiente e com presente dificuldade de fixação de recursos humanos, os serviços de média e alta complexidade se concentram na capital, com prejuízo, muitas das vezes, à população que vive em áreas remotas. Assim, a infraestrutura sanitária é inadequada e pouco resolutiva frente às necessidades e grandes demandas, propiciando a perda da continuidade da assistência (GARNELO, 2016).

O delineamento dos itinerários terapêuticos, que a análise das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde da CASAI-Manaus, possibilitou verificar os mecanismos assistenciais e as características da promoção de saúde do indígena que se concretiza neste ponto de apoio e acolhimento dos referenciados encaminhados dos DSEIs das áreas remotas. Desse modo, é passível de verificação de que há um planejamento assistencial que se organiza objetivando a valorização das características humanas e sociais do usuário indígena, trazendo considerações e atribuições que se estruturam conforme os valores étnicos próprios destes usuários, indo de encontro com a observação de sua dimensão subjetiva, política, histórica e cultural.

Assim, observa-se que as ações objetivam, na medida de suas possibilidades, a promoção da integralidade do cuidado, mesmo que entremeadas pelas dificuldades territoriais locais. E ainda, estruturam-se na valorização e integração de valores e vivências coabitando num mesmo espaço diante das imensas complexidades sociais e culturais existentes. O itinerário terapêutico vislumbrado busca a contemplação da assistência e valorização do indígena e das suas vivências, logo, embora a capital Manaus tenha a maior população assistida e as melhores condições de vida em relação aos municípios ao redor, ela também concentra aproximadamente 60% da população do estado, detendo mais de 300 estabelecimentos públicos de saúde

existentes na cidade, todos estes, serviços públicos de alta complexidade e cerca de 89% dos de média complexidade disponíveis no estado, o que sujeita usuários indígenas e não indígenas locais, e também dos municípios ao redor à sobrecarga do sistema de saúde na busca pela atenção especializada (SUSAM, 2006).

Esse estudo de vivências e olhares da equipe multiprofissional possibilitado pela análise qualitativa das entrevistas contribui para a observação do fluxograma da assistência no ponto do itinerário terapêutico em que foram colhidas as vivências interprofissionais. Tal fato, viabiliza a enumeração de pontos que limitam a contemplação mais integralizada da assistência ao usuário indígena e sobre os aspectos de resolutividades dos encaminhamentos e dos atendimentos pelos DSEIS de origem aos atendimentos de média e alta complexidade, assim como suas realidades. Embora haja uma explanação de quão desafiadora é a missão para garantir cuidados em saúde a longas distâncias, percebe-se uma garantia de acesso, seja ele aéreo, fluvial ou via terrestre, conforme as demandas e as infraestruturas deliberativas locais.

Assim, expor as potencialidades do IT propicia um vislumbamento dos percursos práticos perante as lógicas existentes, além de abrir questionamentos quanto às efetividades de atuação das equipes multiprofissionais em que a integralidade e a resolutividade possam estar marcadas pela ausência de ação (DEMÉTRIO, 2019). É o que se observa nas entrevistas quando se questiona a necessidade da presença de um médico na CASAI-Manaus, mesmo que por lei não haja a obrigatoriedade deste profissional, por hora, caso haja uma complexidade que demande por tomadas de decisões pontuais e de conhecimentos técnicos de maior complexidade, conforme o grau de assistência aos pacientes que ali alojam-se enquanto aguardam a consulta ou o retorno na capital, consequências desastrosas são passíveis de ocorrer. De modo semelhante, se dá no amparo ao usuário indígena que, advindo de uma localidade longínqua, requer um atendimento de urgência e que mesmo depois de ser trazido dentro de uma logística dispendiosa no sentido temporal, devido às características próprias da geografia do território, chega na capital, mas o atendimento ainda fica à mercê do acionamento do SAMU. Uma vez que a CASAI não conta com a disponibilização própria de um pré-atendimento hospitalar móvel, uma ambulância para suprir suas próprias demandas, o atendimento ao usuário indígena apresenta possibilidade de não ser totalmente assistido em situações emergenciais ou de maior complexidade.

É possível observar pontos em que a integralidade se encontra em inobservância, ou reflete indícios de incompletude. Há desafios na obtenção de recursos, seja este humano, na ausência de médicos, ou seja, material,

como a ausência de uma ambulância para elencar o fluxo logístico dos pacientes que se caracterizam pelas necessidades de um atendimento mais pontual e imediato, ou do deslocamento da CASAI-Manaus para o hospital de referência. No que tange à continuidade do desenho assistencial que garanta o fortalecimento das APS sem que se caia na concepção de saúde como ausência de doenças, já que o contexto indígena é multifacetado e com dimensões articuladas de significados, é necessário estreitar a medicina ocidental com os saberes tradicionais dos povos presentes na tríade saúde-doença-cuidado.

Há, portanto, uma amplificação da noção de prevenção de doenças, enaltecendo valores subjetivos que abarcam o social do indivíduo indígena, incorporando de forma concreta a diversidade dos povos quando se valoriza as peculiaridades de cada etnia, promovendo o bem-estar na esfera do próprio indígena e do próprio profissional que o assiste, associada à promoção da qualidade de vida em meio a sua individual situação de saúde na dimensão coletiva, embora os recursos não possibilitem a oferta direcionada de maneira mais abrangente.

Outro ponto é a permanência do usuário indígena na CASAI que inicialmente se daria em poucos dias e, devido à inviabilidade logística decorrente de longas distâncias aliadas a tratamentos mais demorados, ou contínuos, acabam permanecendo um período superior àquele entendido como fluxo rotineiro ou padronizado, como foi a circunstância do usuário indígena em procedimentos contínuos de hemodiálise evidenciado, que supera o período temporal estabelecido como ideal na fundamentação de funcionamento da CASAI. Tal fato demonstrou ausência de gerenciamento relacionado a um prolongamento de permanência que fora do planejado extrapola e onera custos, possivelmente não programados.

Logo, a apresentação do itinerário terapêutico do usuário indígena que busca atendimento de maior complexidade na perspectiva do profissional presente na casa de apoio à Saúde Indígena sustenta a manutenção dos processos organizativos aliados ao planejamento efetivo e gestão dos serviços de saúde que são subsidiados. As práticas laborais verificadas foram compreendidas como passíveis de valorização e garantidoras do cuidado ao usuário indígena integrado no contexto da CASAI-Manaus, diante de sua representatividade local como a maior do estado do Amazonas e sendo referência na contemplação de cuidados dentre os sete DSEIs presentes no estado, fato este que excede a oferta de ações para os estados do Acre, Roraima e Rondônia, conforme foi evidenciado.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 21 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: Funasa, 2009. 112 p. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf). Acesso em: 21 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 126p. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_10.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf). Acesso em: 21 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota Técnica NO 15/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/editais-e-transparencia/documentos-diversos/2020/3-nota-tcnica-n-15-cogasi\\_dasi-orientacoes-para-elaboracao-de-protocolo-de-acesso-as-casai.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/editais-e-transparencia/documentos-diversos/2020/3-nota-tcnica-n-15-cogasi_dasi-orientacoes-para-elaboracao-de-protocolo-de-acesso-as-casai.pdf). Acesso em: 21 abr. 2022.

CHILE. Ministério de Salud. **Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud Saavedra**: MIN-SAL; 1998. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/14-Esp%20IND7.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2022.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. 2002, v. 9, n. 2. ISSN 1678-4758. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vQ5CgtC9CX4T3cGNd6Y6hgj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022

DAVID, R. C. A. **As dinâmicas do transporte fluvial de passageiros no Estado do Amazonas**. 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2010. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4005>. Acesso em: 21 set. 2022.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R.; PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativas e positivas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 204-221, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>.

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, A. L. (org.). **Saúde Indígena: uma Introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI; 2012. p. 19-58. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf) Acesso em: 21 abr. 2022.

GARNELO, L.; SOUZA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, v. 22, n. 4. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjP-zD9bHS/abstract/?lang=pt> Acesso em: 22 out. 2022.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Salud Colectiva**, v. 13, p. 457-470, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n3/457-470/en/> Acesso em: 21 abr. 2022.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbx-ZJ6cdTnPN/abstract/?lang=es> Acesso em: 21 nov. 2022.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf> Acesso em: 21 abr. 2022.

PONTES, A. L.M.; REGO, Sergio; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cMLfkCcg8JcbcYsfqn-Ckm6P/?lang=pt> Acesso em: 21 abr. 2022.

SÁ, M.T. V. **Importância da Melhoria da Adesão e Qualidade da Atenção ao Idoso Indígena Hipertenso no DSEI Manaus ao DANT**. Trabalho Conclusão de Curso - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/12176/1/110638.pdf> Acesso em: 21 abr. 2022.

SCOPEL, D. S.; DIAS-SCOPEL, R. P.; WIIK, F. B. Cosmologia e Intermedicali-



dade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 173-190, 2012. Disponível em: Acesso em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1141/1046> 21 abr. 2022.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia-Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 451-459, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/hVW4Jj-FSJHmxBkpTpCLmsgQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 abr. 2022.

YAJAHUANCA, R. A.; DINIZ, C. S. G.; CABRAL, C. S. É preciso “*ikarar os kutipados*”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2837-2846, 2015. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/e-preciso-ikarar-os-kutipados-interculturalidade-e-assistencia-a-saude-na-amazonia-peruana/15095?id=15095> Acesso em: 21 abr. 2022.

# ACESSIBILIDADE E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE INDÍGENAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM MANAUS, AMAZONAS

*Francimar Oliveira de Jesus  
Evelyne Therese Mainbourg  
Kátia Silva Lima de Menezes  
Fabiane Vinente dos Santos*

## INTRODUÇÃO

A conquista da sociedade brasileira representada pelo Sistema Único de Saúde e seus princípios de acesso universal à saúde integral e equânime ainda esbarram em alguns obstáculos para sua plena realização. Dentre as dificuldades estão as disparidades que reforçam o desequilíbrio da distribuição de renda entre os estados e municípios brasileiros, a concentração de serviços nas grandes cidades e até a má aplicação de recursos e sua distribuição. Para que a almejada incorporação dos princípios aconteça de fato é necessário reconhecer que alguns grupos sociais enfrentarão mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde além daquelas geralmente enfrentadas pelo restante da população.

Desde 1988, com a garantia do direito à saúde à população como um todo e a posterior implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil passou a olhar o atendimento à saúde com novos olhos. O que antigamente era focado em um atendimento hospitalocêntrico passou a ser voltado para um modelo de atendimento integral, voltando-se especialmente para a prevenção e promoção da saúde, além de contar com a participação popular (VALENTIM, KRUEL, 2006). A diversidade cultural existente no Brasil apresenta um impor-

tante desafio em relação a prestação de serviços de saúde (MOTA; NUNES 2018). No ano de 1999, com o objetivo de garantir os direitos relativos à diversidade cultural indígena, foi implementado o Subsistema e Atenção à Saúde indígena, Sistema Único de Saúde (SASI/SUS). Esse sistema é organizado e estruturado por meio dos Distritos de Saúde Indígena (DSEI), que têm como objetivo oferecer atenção básica aos indígenas aldeados.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde (SASI/SUS), que está organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), modelo de serviço que têm como objetivo oferecer assistência levando em conta características étnicas e culturais de cada povo. No ano de 2002 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Os DSEI, contudo, atuam apenas em territórios indígenas reconhecidos, excluindo-se os indígenas que estão nos centros urbanos.

Há um grande debate do ponto de vista social e sanitário sobre o que alguns autores chamam de *“limbo jurídico”* dos indígenas residentes em contexto urbano (NOGUEIRA, *et al.*, 2020), uma vez que o subsistema de saúde indígena foi estruturado com base nos DSEIs e não prevê uma política pública específica de prestação de serviços de saúde para esta população, nem estabelece competência a algum ente federado para implantá-la. Por conta disso, a necessidade de maiores informações sobre como tem se dado a participação dos usuários indígenas fora dos territórios de abrangência dos DSEIs tornou-se ainda mais aguda na pandemia de COVID-19.

Quando se trata de acessibilidade aos serviços de saúde por povos indígenas, é possível descrever a existência de diversas barreiras para tal. Podendo ser, cultural, organizacional e geográficas (GOMES, ESPERIDIÃO, 2016). O conceito de acessibilidade em saúde costuma ser semelhante ao de ações em saúde. Está relacionado à capacidade de obter cuidados de saúde, de maneira fácil e adequada. Ambos aparecem como um dos aspectos relacionados à capacidade de produzir serviços e responder as necessidades de saúde de uma população (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Neste sentido, o interesse da pesquisa consiste no entendimento dos caminhos do acesso aos serviços de saúde por esta população que pode ser desenhado observando o Itinerário Terapêutico (IT). O termo Itinerário Terapêutico pode ser conceituado como *“à busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde”* (GERHARDT, 2006). Tais ações estão ligadas ao contexto no qual o indivíduo está inserido, pois a cultura pode ser considerada como um determinante para os IT, pelo fato de estar ligada à maneira

como uma população se comunica, reproduz seus conhecimentos e consequentemente suas ações de cuidado (SIQUEIRA, JESUS, CAMARGO, 2015).

Os primeiros trabalhos sobre IT, tiveram início a partir do termo *illness behaviour*, que pode ser entendido como a conduta do enfermo. Acreditava-se ser a busca de cuidados tomada de maneira racional e avaliando a questão custo-benefício e posteriormente esse conceito foi ampliado com a introdução dos valores culturais nas respostas dos indivíduos (SIQUEIRA, JESUS, CAMARGO, 2015). A partir da década de 1980 os estudos sobre IT, ampliaram seus fins analíticos. Com isso passaram a enfatizar a existência de outras concepções sobre doença e tratamento. Ou seja, uma maior preocupação em caracterizar as diversas formas escolhidas por indivíduos para resolver seus problemas de saúde (ALVES, 2016), sobretudo indígenas acometidos por episódio pandêmico de COVID-19 em contextos urbanos.

A região Norte do Brasil apresenta grandes fragilidades quanto ao acesso, acessibilidade e assistência aos serviços de saúde (IBGE, 2018). Com a pandemia do novo coronavírus, tal fato tornou-se mais evidente. O Estado do Amazonas é um dos Estados com maiores incidência de casos COVID-19, sendo Manaus, a quinta capital com maior incidência por 1.000.000 de habitantes (MENDONÇA *et al.*, 2020). O SARS-CoV-2 é um vírus altamente infeccioso com altas taxas de letalidade, transmitido pelo ar, o vírus foi primeiramente identificado na China, na cidade de Wuhan, no final do ano de 2019, propagando-se pelo mundo inteiro de maneira rápida. No Brasil, as péssimas condições de habitação, saneamento básico, abastecimento de água, entre outros, tornam as pessoas ainda mais vulneráveis e a taxa de letalidade do vírus ainda maior (SILVA; MUNIZ, 2020).

A pesquisa propôs-se a investigar as formas vem se dando a acessibilidade e itinerários terapêuticos dos indígenas urbanizados em Manaus no contexto da pandemia de COVID-19, levando em conta fatores que tais populações possuem especificidades como a maior vulnerabilidade a agravos infectocontagiosos, além de fazerem parte de uma ampla rede de trânsito de pessoas entre as cidades e as áreas indígenas. O objetivo do estudo foi avaliar, de forma qualitativa, a acessibilidade dos indígenas residentes em Manaus aos serviços do Sistema Único de Saúde relacionados à pandemia do COVID-19 entre março de 2020 e março de 2021, identificando os principais obstáculos enfrentados e mapeando estratégias elaboradas por eles.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre os caminhos de alguns povos indígenas aos serviços de saúde em um grande centro urbano. Os dados fo-

ram coletados por meio de entrevista semiestruturada aplicada por ligação de voz por uma pesquisadora para 5 (cinco) voluntários de duas comunidades indígenas urbanas de Manaus, AM. O formulário, elaborado especificamente para o estudo, foi composto por dez questões referentes aos fatores socioeconômicos, itinerários terapêuticos e acesso aos serviços de saúde (consultas, remoções e resgates de casos suspeitos, acompanhamento de casos confirmados, testagem e atendimento em unidades de referência para tratamento de Covid-19) referentes ao contexto da pandemia de Covid-19. As características dos participantes selecionados são fornecidas na tabela abaixo.

Este capítulo é baseado em resultados obtidos por projetos de pesquisas financiados pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPE-AM) e Instituto Leônidas & Maria Deane, através do Programa Inova Geração de Conhecimento, no Projeto-piloto de vigilância epidemiológica de base comunitária em comunidades indígenas urbanas de Manaus com o uso das TIC's.

Os critérios de inclusão foram: ser indígena, ser maior de idade, e morar em Manaus numa das duas comunidades escolhidas na cidade. A entrevista durou em média 30 minutos. A técnica utilizada na pesquisa foi a análise de conteúdo. A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, bem como a entrevista, foram gravados para comprovação da veracidade do aceite por parte dos cinco voluntários que aceitaram participar da pesquisa.

## RESULTADOS

Diante disso, foram entrevistados uma amostra por conveniência de indígenas que participaram da pesquisa, conforme observamos na tabela abaixo.

Tabela 05: Características socioeconômicas e culturais dos indígenas da pesquisa, Manaus, 2021.

VARIÁVEIS/CATEGORIAS	N
<b>Sexo</b>	
Masculino	02
Feminino	03
<b>Faixa Etária</b>	
25-39 anos	03
40-49 anos	01
50-59 anos	01

<b>Estado Civil</b>	
Divorciado	01
Solteiro	04
<b>Etnia</b>	
Kokama	02
Baré	01
Tikuna	02
<b>Comunidade em Manaus</b>	
Wotchimaücü	02
Parque das Tribos	03

**Fonte:** da pesquisa.

Em todas as entrevistas os participantes relataram dificuldades financeiras durante a pandemia, cerca de 80% dos entrevistados relataram estar desempregados e apenas 40% declararam receber algum benefício social como, Bolsa Família e Auxílio Emergencial. Para Carvalho (2013), as condições econômicas e sociais influenciam decisivamente nas condições de saúde de uma pessoa ou população. Por isso, a aquisição de produtos utilizados como meios de prevenção ao Coronavírus é uma das dificuldades decorrentes das condições econômicas desta população.

A disponibilidade a gente tem, porque a gente recebeu também ajudas né, o tempo que o meu marido ficou afastado o dinheiro diminuiu bastante né e então... a gente tem apoio de umas pessoas que tem essa sensibilidade de ajudar a gente, com essas coisas assim, de materiais de limpeza, sabão, álcool, essas coisas assim.

Saúde é quando a gente está 100%, a gente pode sair, trabalhar, voltar para a casa na expectativa de no final do mês ter o ganho né. Agora doença afetou muito essa área econômica da gente né, fiquei afastada né?

A ausência de uma renda mensal é um fator de extrema relevância em relação ao processo de saúde doença, algo que vai além até mesmo da perspectiva de acesso ao serviço de saúde, mas que impacta na própria sobrevivência dos indivíduos e na sua autoestima. Além das dificuldades no acesso impostas pela saturação das unidades de saúde, que ficaram lotadas e que por isso nem sempre conseguiam dar assistência de forma adequada, as dificuldades de ganho financeiro inviabilizaram a busca por serviços e insumos de proteção individual. As doações de ordem filantrópica ajudaram a minimizar os efeitos

destas carências. A pesquisa de Pontes et al. também comprovou que o poder aquisitivo da população estudada é muito baixo, com mais de 83% dos indivíduos ganhando até um salário-mínimo, o que dificulta o acesso efetivo à nutrição adequada e assistência à saúde.

## ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Para Gehardt (2006), o termo itinerário terapêutico refere-se aos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde.

Seguindo este contexto, cada pessoa constrói seus itinerários em funções de suas concepções, experiências e acúmulo de conhecimento.

Olha, na comunidade a gente tem o pajé né, a gente corre primeiro com ele e se o que ele fizer não dá certo a gente vai na unidade de saúde.

Quando eu tô doente é muito difícil a gente ir pro hospital, é muito difícil a gente tomar um remédio de farmácia né, tem muita química, eu prefiro tomar meus chás, fazer compressas, tomar mel. Só em casos realmente extremos que a gente não entende muito bem que a gente vai para o hospital. Mas dor de cabeça, infecção intestinal, gripe, a gente apela para a erva medicinal.

eu evito procurar a medicina do homem né, a gente corre logo para as ervas medicinais né, que tem muito aqui, agora quando não resolve aí a gente tem que ir pro hospital.

esse mesmo procedimento, a última coisa que eu faço é procurar médico, essa semana agora eu estava com um mal-estar no estômago, eu tomo muito remédio caseiro, chá de quebra pedra. bom, a gente tem contato de uma supervisora da Disa-leste que a gente liga pra ela e ela atende a gente aqui. Mas a gente toma chá, eu tomo muito chá de cidreira que é bom pra garganta, eu sempre procuro a medicina tradicional antiga.

Durante as entrevistas, 100% dos entrevistados relataram ter sido infectados pelo SARS-CoV-2 e terem sentido sintomas graves da doença, como falta de ar. Entretanto, os caminhos percorridos para lidar com o problema diferem de pessoa para pessoa.

Eu comecei a sentir primeiro as dores no corpo e eu fui ao médico, fiz o exame, deu positivo e a gente tratou também não só com os remédios dos médicos né, a gente também tem muitos chás né

que a gente toma, assim, chá natural né de gengibre, limão, alho, essas coisas.

Aqui mesmo nós já tivemos nossos cuidados na comunidade, a minha mãe que é cacique, não fui para o hospital e fiz inalação, fiz meu chá de limão com alho e fui tomando né. Fui ao hospital depois só pra constatar mesmo, mas falei logo que não ia ficar lá não.

Naquele momento, eu comia muito alho, mastigava alho com limão, líquido com limão e fazia vários medicamentos de chá medicinal, e foi fundamental. Naquele momento a gente nunca acreditou nessa azitromicina, não entrava na minha mente como até agora não entra.

Logo de início fiquei com medo de ir para o hospital, então eu só fui quando já estava nas últimas mesmo, aí fiquei fazendo uso de ervas medicinais pra recuperar e graças a deus eu consegui sair.

Ademais, a procura por atendimento médico durante esse período acabou gerando orientações e indicação para a uso de medicamentos sem comprovação científica para tratamento da doença, como ivermectina e azitromicina.

Me passaram aquela azitromicina e ivermectina pra tomar 2 vezes ao dia, só que era muito forte, mas eu tinha que tomar né, não tinha pra onde correr.

Foi receitado a Azitromicina, a Loratadina né. Fiz o tratamento direitinho, aí depois que passou tudo isso o que complicou ainda mais foi a pneumonia né.

Foi, aquela azitromicina e o outro, a ivermectina. Só que eu só tomei um mesmo porque não me fez muito bem, tive uma reação totalmente diferente no organismo né, e foi tomando meu chá que melhorei.

A ivermectina né, amoxicilina, mas só que não é essa amoxicilina simples, é uma amoxicilina bem forte, e dipirona e teve outros remédios que eu não estou lembrada também, xarope, loratadina por causa da coceira na garganta.

Como nos relatos dos entrevistados, estas dimensões se fazem presentes na acessibilidade aos serviços de saúde, mas outros aspectos específicos da condição de indígena e do contexto pandêmico se fazem presentes, como a questão do preconceito contra indígenas, da desconfiança em relação aos discursos biomédicos e de autoridades sanitárias e da desorganização de serviços, funcionando como barreiras.



## ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Durante as escutas nas entrevistas notou-se uma grande insatisfação por parte dos entrevistados em relação ao atendimento recebido nas instituições de saúde na cidade de Manaus.

Tem dias que o pessoal tão bem, tratando a gente bem, mas tem dias que a gente não é bem recebido, principalmente se você se declara indígena, eu sei que o SUS, ele é aberto a todas as etnias, a todos os cidadãos entendeu, mas muitas vezes se você diz que é indígena você é tratado com discriminação, eu vejo isso, entendeu, então você não é assim, a pessoa te trata com grosseria, não é bem recebido e eu já passei muito por isso, não que eu queira uma prioridade, mas a gente gosta de chegar no lugar e ser respeitado, da mesma forma que eu respeito qualquer pessoas, qualquer cidadão ou etnia, branco, pretos, então eu quero ser respeitada também. E acaba assim, que a gente acaba não querendo ir ao médico justamente por conta dessa má educação da assistência né, que vai atender a gente. As vezes a gente tem que ir e aguentar ser humilhado né, porque acaba se sentindo humilhado, e ter que aceitar essa humilhação porque a gente tá precisando.

A partir do momento que você entra em uma unidade de saúde com um adereço diferente eles já te olham diferente, ou então você chega com grafismo (pintura corporal) né, então ou está achando bonito ou tá com preconceito. Pode estar admirando? Pode, mas tem gente que fala *“ah, porque é índio tá passando na frente”*. Mas a gente pensa que a sociedade vai melhorar né, tem que pensar positivo.

O *“viver na cidade”* para os povos indígenas envolve uma série de complicações de cunho social, haja vista que, a sociedade envolvente costuma pensar que os povos indígenas que vivem na cidade não pertencem mais a um grupo étnico. Dessa forma, não possuem sua etnicidade reconhecida pela sociedade e nem pelo poder público e, conseqüentemente não conseguem gozar de seus direitos enquanto povos indígenas além do território indígena (GUIRAU, SILVA, 2013).

Todas as dificuldades assim que a gente possa imaginar, porque a demora no atendimento, sei que o público demora mesmo, mas o descaso com a gente porque é indígena né, eu lembro quando passei mal aqui em casa com falta de ar eu fui pro UPA aqui no Campos Sales, eu fui muito mal atendida, me senti mal pela doença e pior ainda por aquela pessoa que estava lá pra me atender não me atendeu de uma forma adequada. Eu acredito que se o médico tivesse diagnosticado logo quando eu fui, não tivesse se omitido de fazer um raio x, meu pulmão não estaria com tanto

comprometimento né, fiquei com 80% do pulmão comprometido e o médico quando fui no UPA só me receitou dipirona e diclofenaco, não fez nenhum tipo de exame mesmo eu com falta de ar. Assim eu me senti muito mal pelo atendimento e isso faz com que eu procure menos o atendimento do homem, mas enquanto eu tiver a natureza eu prefiro optar por elas.

Aqui toda vez que eu vejo reportagem na tv, dizendo que os indígenas possuem uma saúde diferenciada e não sei o que mais. A gente vai no posto e ver que não tem nada de diferenciado para a gente não. A gente fica na fila do mesmo jeito, eu mesmo já fui uma vez tomar uma vacina e não adiantou de nada eu mostrar minha carteirinha de indígena, que eu fiquei na fila do mesmo. Então para mim a gente não tem atendimento diferenciado, nós somos tratados do mesmo jeito.

Os povos indígenas sempre foram descriminados e oprimidos e, ainda hoje a luta dos mesmos tem sido pela participação plena na vida nacional, por seu lugar de direito e o respeito (LOPES, CORRÊA, 2008). No contexto desta pesquisa, foi importante incorporar o ponto de vista dos indígenas e de suas estratégias de itinerário no contexto de quem vivenciou a pandemia na cidade, e não na aldeia, onde a disponibilização de terapias tradicionais é, em tese, mais ampla.

## A PANDEMIA DE COVID-19 EM MANAUS

As pesquisas sobre os impactos do Covid-19 entre populações indígenas em contexto urbano têm sido consideradas relevantes dado o contexto de vulnerabilidade social. Conforme afirma Pontes *et al.* (2021), em estudo utilizando amostragem consecutiva como forma de seleção e cálculo da amostra, realizado em uma das comunidades indígenas mais expressivas de Manaus, o Parque das Tribos, em 2020. Este trabalho combinou inquérito sorológico e de testagem PCR com levantamentos socioeconômico e de fatores de risco, envolvendo uma equipe multidisciplinar formada por profissionais de saúde e antropólogos, proporcionando um panorama complexo das questões relacionadas à pandemia e seus efeitos num total de 280 indivíduos de ambos os sexos com idade entre 1 e 83 anos, e de diferentes etnias, além da coleta de material sanguíneo por punção venosa para análise sorológica e um questionário padronizado.

Um dos achados foi demonstrar alguns fatores de risco relacionados ao ritmo de vida e à forma de habitação no contexto urbano: o estudo apontou que indivíduos que saem de casa com mais frequência apresentaram maior risco de infecção e que a quantidade de pessoas em uma mesma habitação também funciona como um fator de risco: cinco ou mais indivíduos por domicílio aumentaram cinco vezes o risco de transmissão do vírus.

Os autores apontam que o nível de isolamento social esteve diretamente relacionado ao aumento do risco de infecção. As pessoas que declararam sair de casa 2 a 4 vezes por semana foram mais suscetíveis à infecção. Os principais motivos para sair de casa eram trabalhar ou comprar comida. A suscetibilidade de pessoas que moram com cinco pessoas ou mais é quase quatro vezes maior quando comparada com pessoas que moram com duas pessoas e quase cinco vezes maior quando comparadas com pessoas que moram com uma outra pessoa. A prevalência observada também aumentou progressivamente à medida que o número de indivíduos por domicílio aumentou. A maior prevalência (64,77%) foi observada entre os indivíduos que moram com cinco ou mais pessoas, o que se constitui em um quadro comum nos domicílios indígenas de Manaus.

Coimbra e Santos (2000) já demonstraram as profundas relações entre indicadores de saúde como taxas de morbimortalidade e as variáveis etnia e raça (tomadas aqui não no sentido biológico), que funcionariam como fatores de exclusão social, além da classe social e renda, apontando para a necessidade de se observar os fatores relacionados à acessibilidade aos serviços de saúde. Os povos indígenas constituem-se historicamente como um destes grupos. Estas informações são confirmadas pelo estudo de Pontes et al. (2021) que, dentre os entrevistados no Parque das Tribos, 90% dos indígenas declararam usar medicina tradicional para tratar ou prevenir a COVID-19 e outras doenças infecciosas enquanto mais de 60% declararam confiar parcialmente nas informações oficiais do governo brasileiro relacionadas à pandemia. Apenas 5,13% não praticavam o distanciamento social.

No âmbito do urbano, estudos apontam que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos diversos povos indígenas residentes, tanto da atenção básica nas aldeias quanto as ações e serviços especializados de média e alta complexidade ofertados pelos municípios e/ou estado, o que possibilita que essas minorias étnicas se encontrem submetidas à maior risco de doenças (GOMES, ESPIRIDÃO, 2017). Além disso, há evidências de que o acesso dos grupos indígenas residentes em área urbana aos serviços de saúde é caracterizado por mais dificuldades em relação à população não-indígena (MAINBOURG *et al.*, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, os povos indígenas enfrentam uma trajetória de subordinação e desvantagens socioeconômicas em um cenário recheado de arbitrariedades e os piores indicadores de saúde. Mesmo após os avanços nas políticas de saúde voltadas à população indígena, é possível evidenciar que esta popu-

lação ainda sofre discriminação ao procurar serviços de saúde, enfrentando o velho estigma “*saiu da aldeia, deixou de ser índio*”, algo que se contrapõe totalmente aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

Ante essa realidade, o uso da medicina tradicional se sobressai e é tomada como a ação de primeira escolha na tentativa de resolver seus problemas de saúde, já que a “*medicina do branco*” não apresentava, até a disponibilização da vacina contra o Covid-19, confiabilidade. É importante lembrar que Manaus, como a maioria das cidades brasileiras, teve a oferta de cloroquina na rede pública, seguindo os protocolos do próprio Ministério da Saúde, mesmo depois da comprovação da ausência de eficácia.

Neste cenário de dúvidas, o uso de plantas medicinais tradicionais foi intensificado pelas conhecedoras, especialmente mulheres, que mantinham plantas cultivadas em casa e que foram procuradas pelas comunidades. Além disso, receitas de chás, unguentos e inaladores circularam em redes sociais e em grupos de mensagens instantâneas para auxiliar na minimização dos sintomas de Covid-19 (VINENTE, 2020; AURORA *et al.*, 2020).

Para os entrevistados, passar por situações constrangedoras, humilhantes e pouco resolutivas em serviços de saúde não é algo incomum, o que faz com que vejam as instituições de saúde com desconfiança. No contexto da pandemia de Covid-19 estas questões foram intensificadas dado o clima de dúvida e insegurança provocado por informações desencontradas entre as autoridades sanitárias sobre temas cruciais como isolamento social e uso de medicamentos. Silva *et al.* (2021) mostram como os discursos desconexos e eventualmente contraditórios entre entes da federação, ministério da saúde e governo federal transformaram-se em desafios comunicacionais originando desorganização das informações, desentendimentos e maior grau de incerteza da população sobre a doença e como se prevenir.

Ainda neste contexto, algo de extrema importância e pouco visto, principalmente, em indígenas residentes em áreas urbanas, é a saúde mental dessa população. Com a pandemia, este grupo deixou de realizar atividades que garantiam seu sustento, como a venda de artesanato em feiras urbanas e eventos, perderam seus empregos, além do medo de perder a vida para um vírus. Com isso, torna-se de extrema necessidade de implementação de assistência à saúde mental de fácil acesso na atenção básica para este segmento da população.

A pesquisa também apurou a importância do trabalho de instituições humanitárias e das campanhas de apoio às comunidades na pandemia, pois devido à baixa disponibilidade de recursos financeiros, a aquisição de itens essenciais para a prevenção tais como: álcool em gel, sabão e máscaras para

uso cotidiano pelos indígenas se tornou totalmente inviável, considerando-se ainda que estes produtos foram os que mais tiveram aumento nos preços. Assim, é preciso novos estudos que confirmem a necessidade da criação de políticas de saúde voltadas para as populações indígenas residentes em áreas urbanas, bem como diminuir as inequidades existentes, o preconceito sofrido por essa população e promover o reconhecimento de seus direitos como todo e qualquer cidadão brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, n.38 (spe), out., 2014.

ALVES, P.C. **Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento**. Cepesp Editora, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2016.

ARAKAWA, T. *et al.* Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.4, pp.994-1002, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400019>.

AURORA, B.; VERISSIMO, F. T. G.; CARVALHO, F. J.; MONTEIRO, S. G. O Impacto de uma Doença Colonial que Chega de Caravela e de Avião: Reflexão de Quatro Estudantes Indígenas. **Vukápanavo: Revista Terena**, nº 3, p. 1-400, 2020.

CARVALHO A. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: **Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.2, pp. 19-38, 2013.

COIMBRA, J. R. C. E.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, v.5, n.1, p.125-132, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>.

FRENK, J. M. El concepto y la medicina de accesibilidad. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Opas. Washington: 1992.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2449-2463, nov., 2006.

GOMES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.5, e00132215, 2017.

GUIRAU, K.M; SILVA, C.R. **Povos Indígenas no Espaço Urbano e Políticas Públicas**. São Paulo: UNESP, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

LOPES, A. L.; CORRÊA, D. O multiculturalismo e os direitos fundamentais dos povos indígenas: a luta pela igualdade no Brasil da intolerância. **Revista Ciência Jurídica e Social da Unipar**. Umuarama. v.11, n.2, p. 471-489, jul.- dez. 2008.

MAINBOURG, E.M.T.; TEIXEIRA, P.; ROCHA, E. S. C.; ARAÚJO, M. E. A.; LOPES, E. J. S. População indígena da cidade de Manaus: demografia e SUS. In: ALMEIDA, A. W. B.; SANTOS, G. S. **Estigmatização e Território. Mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Manaus: PNCSA, Edua, Casa 8, 2008.

MENDONÇA et al. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. **Journal Health NPEPS**. v.5, n.1, p. 20-37. jan-jun, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104535>.

MOTA, S.E.M.C; Nunes, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saúde & Sociedade**, v.27, n.1, p.11-25, 2018.

NOGUEIRA, Caroline B. C.; ALMEIDA, Roger P.; NASCIMENTO, Laura F. M.; CORREA, Igo Zanny N. O limbo jurídico do direito à saúde de indígenas residentes em contexto urbano e os reflexos no enfrentamento do Covid-19: uma análise a partir da cidade de Manaus, Amazonas. **RDP**, v.17, n.94, p. 250-277, 2020.

PONTES, G.S.; MELO SILVA, J.; PINHEIRO-SILVA, R. et al. Increased vulnerability to SARS-CoV-2 infection among indigenous people living in the urban area of Manaus. **Scientific Reports**, v.11, n.17534, p.1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96843-1>.

SILVA, C. R. D. V.; BAY JR, O. G.; MARTINIANO, C. S.; UCHOA, S. A. C. Comunicação de risco no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma análise retórica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n.2, e310204, 2021.

SILVA, J.B; MUNIZ, A.M.V. Pandemia do Coronavírus no Brasil: Impactos no Território Cearense. **Espaço e Economia**, v.17, 2020. DOI: 10.4000/espacoeconomia.1050.

SIQUEIRA, S.M.C; JESUS, V.S; CAMARGO, C.L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & saúde coletiva**, v.21, n.1, pp.179-189, 2016.

VALENTIM, I.V.L; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, v.12, n.3, p.777-788, maio-jun., 2007.

VINENTE, F. O chazinho que minha avó fazia: Terapias alternativas e conhecimentos tradicionais amazônicos em tempos de Covid-19. **Repositório de Percepções sobre o Covid-19 na Amazônia**. Disponível em:[https://amazonia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/REPOSITORO\\_Vai-um-ch%C3%A1\\_revisado.pdf](https://amazonia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/REPOSITORO_Vai-um-ch%C3%A1_revisado.pdf). Acesso em 25 mai. 2022.

# REDES DE DIFERENÇAS: um relato sobre a rede intersetorial de Saúde Mental Indígena em Manaus

**Andréa Borghi Moreira Jacinto**  
**Andrea Bitencourt Prado**

## INTRODUÇÃO

presente artigo rememora um processo iniciado em 2016/2017 em Manaus (AM): a formação da rede intersetorial de saúde mental indígena. Esta rede se constituiu motivada principalmente pela necessidade de qualificar agentes públicos para lidar com situações envolvendo sofrimento mental, suicídio e necessidades decorrentes do uso de álcool entre indígenas<sup>1</sup>. O que começou como ação pública intersetorial deu início a uma rede que produziu diálogos, estranhamentos e convergências entre indígenas, não-indígenas, diferentes políticas institucionais e campos de conhecimentos, acionados no convívio da ação na cidade. A rede apontou para a formação mínima de uma comunidade de argumentação e a mobilização para produzir soluções<sup>2</sup>.

**1** - Versão preliminar foi apresentado em Brasília (11/12/2018), na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, MR 017 - Interculturalidade e políticas públicas: alguns desafios e experiências no campo da saúde para Povos Indígenas no Brasil, coordenada por Maria Helena Ortolan (UFAM), com participação de Ximena Pamela Bermudez (UnB) e Inara Tavares (UFRR).

**2** - Esse trabalho registra esforços e construção coletivos, dos quais participaram várias pessoas e instituições. Reforçando que as posições do artigo são de exclusiva responsabilidade das autoras, gostaríamos de agradecer a algumas que tiveram papel fundamental no processo, especialmente em 2016/2017: Luciana Oliveira Lopes, George Andrade, Antonieta Dias, Eduardo Missiaggia (Caps ad/SEMSA); Elivandra Mendes (Caps I/SEMSA), Paula Azevedo (in memoriam) e Wanja Leal (Nusge/SEMSA), Efthimia Haidos (RAPS/SEMSA); Luciana Diederich, Hellione Pontes, Kethleen Sahdo (RAPS/(SUSAM); Jacqueline Soares (SUSAM) Adelaide Mota, Luzia Caldas, Maria de Nazaré Costa e Ananda Gandra (FUNAI - CR Manaus); Oraide Siqueira, Marcelle Silveira, Mary Danielle Marinho e Francilene Cavalcante (DSEI Manaus); Fernando Albuquerque (SESAI); Telma (CAPS Iranduba), Setemberg Rabelo (Comissão de Usuários e Profissionais da Saúde Mental do Amazonas), João Paulo Barreto (Centro de Medicina Indígena), Ykles Costa (COPIME) e Antônio de Pádua Ramalho (UFAM).



A formação da rede intersetorial de saúde mental indígena em Manaus e municípios próximos partia de um desafio enfrentado pela saúde pública frente à atenção em saúde aos povos indígenas que vivem em cidades: as indefinições e o despreparo de setores públicos quanto a responsabilidades e atribuições no enfrentamento a situações de grande complexidade, fortemente influenciadas por determinantes sociais, pela exclusão social e invisibilidade vivenciadas por indígenas nas cidades.

Implicadas como antropólogas e agentes públicas no âmbito federal, acompanhamos o início da construção coletiva desse processo e sua metodologia, que visava articulação intersetorial em rede, alinhamentos conceituais, matriciamentos mútuos e corresponsabilização entre setores e instâncias envolvidas. O relato se concentra no primeiro ano de formação da rede, período também em que começavam a se observar as mudanças na gestão federal relacionada às políticas de saúde mental, acentuadas depois de 2019 (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020; DELGADO, 2019).

O artigo descreve situações vivenciadas pelos participantes da Rede no período, que podem mostrar como a iniciativa criou condições de troca entre profissionais mobilizados pelos princípios da reforma psiquiátrica, como os dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); profissionais vinculados à saúde indígena, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); profissionais associados ao acompanhamento da política indigenista mais ampla, vinculados a Fundação Nacional do Índio (FUNAI); além de abrir espaços de diálogo entre esses grupos e organizações indígenas, como a Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME), e outros grupos e setores, como o Ministério Público Federal e Universidades.

Ao mesmo tempo, parte-se da ideia de que a formação de redes dessa natureza pode ser estratégia útil para se discutir e buscar o direito à cidade pelos povos indígenas que nela vivem. Apresentado como memória de um processo enfraquecido no âmbito federal, mas com continuidades e desdobramentos no âmbito local e regional – em 2022, atravessando a pandemia de Covid 19, chegando ao seu sexto ano e à 42ª Reunião -, a intenção é registrar o momento inicial desse processo, reconhecendo sua importância, e buscando eventualmente contribuir ou dialogar com iniciativas similares.

## **DIREITO À CIDADE, POVOS INDÍGENAS E SAÚDE PÚBLICA**

A perspectiva do direito à cidade como direito humano e coletivo tem sua expressão mais viva na participação social e em movimentos urbanos que bus-

cam superar o isolamento, à desigualdade, e exercer o direito de transformar a cidade pelo exercício de práticas coletivas. Remodelar a cidade, para além do planejamento e das políticas urbanas, se faz em vivências do cotidiano, valores compartilhados, ressignificação de espaços praticados entre fluxos e redes, e enfrentamento da estigmatização e do preconceito (HARVEY, 2012; FROTA, 2019; INSTITUTO POLIS, 2020).

O direito dos povos indígenas à cidade é marcado por processos identitários, e pela luta relacionada ao controle de suas próprias representações e identidades coletivas e étnicas (ALMEIDA, SANTOS, 2008). A ideia de que a cidade é um ‘não-lugar para os povos indígenas’, espaço onde perderiam suas identidades e direitos, e deixariam de ser índios (BAINES, 2001) reproduz um estigma atrelado a processos coloniais e históricos de expropriação territorial e expansão urbana, e que alimentam a invisibilidade dos indígenas na cidade.

Manaus é a cidade mais populosa da região norte, com mais de dois milhões de habitantes, reunindo metade da população do estado do Amazonas. Segundo a Prefeitura de Manaus, a partir do Censo 2010, contaria com aproximadamente oito mil indígenas autodeclarados, 92 etnias e 36 línguas (MANAUS, 2020). Além dos dados do IBGE, outros esforços de cartografar a presença indígena na capital do Amazonas têm sido realizados em conjunto com organizações indígenas como registrados em Almeida, Santos (2008) e Pereira (2015). Entre povos que fazem de Manaus uma capital multiétnica estão os Mundurucu, Tikuna, Sateré-Mawé, Desana, Tukano, Miranha, Kaixana, Baré, Kokama, Apurinã, Tuyuka, Piratapuya, Kamaiura, Kambeba, Mura, Maraguá, Baniwa, Macuxi, Tariano, Karapãna, Kanamari, Katukina, Kubeo, Kulina, Marubo, Paumari, Manchineri, entre outros.

Trabalhos que discutem o tema no contexto de Manaus acentuam também o “*estigma territorial*”, relacionado ao fato de que o predomínio da presença indígena está em bairros periféricos, áreas de ocupação não regularizada, em habitações precárias, edificadas em áreas de risco e sujeitas a acidentes naturais. Os indígenas estão submetidos a trabalhos também precarizados, violências associadas a ações de traficantes, ou institucionais, como medidas de reintegração de posse, entre outras situações de constrangimento e risco (SOUSA, 2014; PEREIRA, 2020; ALMEIDA, SANTOS, 2008).

Almeida e Santos (2008) e Pereira (2020) reforçam a intensa mobilização étnica e autoconsciência política, por meio das associações indígenas voluntárias, étnicas, multiétnicas e de gênero. As organizações indígenas na cidade funcionam tanto como mecanismos de articulação política das famílias e povos, de práticas materiais e simbólicas, e de instâncias de interlocução com o estado e órgãos governamentais, reivindicando reconhecimento e políticas

específicas. Os mesmos autores defendem que não é a falta de organização política ou de propostas que justificam a ausência de políticas específicas, mas a invisibilidade e estigmatização que se impõe às relações entre indígenas e uma cidade disputada por diferentes agentes e interesses, contrapostos às reivindicações identitárias e coletivas dos indígenas.

No campo da saúde pública, os indígenas que vivem nas cidades brasileiras enfrentam de um modo geral situações frequentes de invisibilidade e de não-reconhecimento étnico. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade sobre a saúde de indígenas residentes em áreas urbanas, como a de outros cidadãos, é dos municípios e do estado. Já o Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS), integrado ao SUS, tem se apresentado com a atribuição da oferta do cuidado na atenção primária em Terras Indígenas. No entanto, em muitas regiões do Brasil, os municípios ou não reconhecem esse direito, ou quando o fazem e se interessam em ofertá-lo, não contam muitas vezes com preparo ou conhecimentos necessários. Assim, indígenas residentes e munícipes das cidades se veem frequentemente entre múltiplas indefinições sobre a oferta do cuidado em ambas as estruturas, e muitas vezes sem conseguir acesso à saúde em serviços tanto do município ou estado, quanto de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), executores da atenção à saúde indígena em terras indígenas.

A formação da rede intersetorial de saúde mental e povos indígenas em Manaus surgiu frente à complexidade desses cenários relativos à presença indígena em Manaus. Teve como pontos de partida também o contexto de invisibilidade étnica e exclusão que são geradores de sofrimento e conflitos, tanto quanto de indefinições e desconhecimentos mútuos entre setores públicos responsáveis pela saúde, e pela saúde mental.

## CONTEXTUALIZANDO A REDE EM OUTRAS REDES

A polissemia e o histórico do conceito de redes nas ciências sociais, como apontado por Santanita, Fialho, Arco (2018, p. 88), a partir de autores como Simmel, Manuel Castells e Bruno Latour, remetem de modo amplo ao *“entre-laçamento de indivíduos conectados e interligados entre si contribuindo para modelar as estruturas sociais”*. Na saúde pública, entre sentidos possíveis, o conceito remete à ação do Estado na formulação das estruturas, relações e fluxos dos serviços, sobretudo no campo da gestão e da organização dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um sentido formalmente instituído foi dado pelo decreto no 7.508/11, que define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um

“conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com finalidade de garantir a integralidade da assistência à Saúde” (BRASIL, 2011). Em contextos indígenas e amazônicos essa categoria e sua implantação se mostraram problemáticas, como aponta Garnelo; Sousa; Silva (2017) sobre a regionalização de saúde no Amazonas e Entorno de Manaus.

Discussões como de Fleury (2005) e Kinoshita (2014) ampliam o olhar sobre as redes, ao apontarem não tanto a dimensão instituída pela norma, mas sim para redes políticas e de atenção como novas formas de prática e governança, mais fluidas, interdependentes, heterogêneas, alternando formalidade e informalidade nas comunicações e processos de trabalho. Redes que configuram conexões e articulações não necessariamente dadas de antemão, mas que acontecem quando um conjunto de indivíduos se relaciona, se comunica, constrói vínculos e faz as coisas acontecerem (FLEURY, 2005).

A imagem da rede de diferenças, título do artigo, faz também referência a distâncias e aproximações em relação ao modelo hegemônico de saúde estruturado na biomedicina. Por um lado, fala-se de diferenças observadas na relação desse modelo com diferentes conceitos de saúde, doença, vida, morte, corpo e coletivo, relativos a concepções e sistemas indígenas de saúde (LANGDON, WILKI, 2010; LANGDON, 2013; YAJAHUANCA, DINIZ, CABRAL, 2015). De outro, considera-se que sistemas médicos de atenção à saúde podem ser vistos como sistemas culturais (LANGDON, WILKI, 2010), no âmbito dos quais se observam inclusive diferenças provocadas pela coexistência ou disputa entre modelos de atenção e concepções de saúde e doença (KLEINMAN, 1988).

Nesse sentido, uma breve digressão é útil para contextualizar a formação da rede intersetorial de saúde mental indígena de Manaus, em relação a outro processo que ocorria a nível federal na segunda década do século XXI. Tratava-se de uma aproximação envolvendo setores públicos responsáveis no âmbito do Ministério da Saúde, pelas políticas nacionais de saúde mental (BRASIL, 2001), de saúde indígena (BRASIL, 2002), e no âmbito da Funai, pelo acompanhamento e monitoramento das políticas indigenistas na área da saúde (BRASIL, 2017). Embora formalmente a aproximação entre esses setores já fosse vislumbrada desde 2007 por meio da Portaria 2.759 de 2007, que estabelece diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (BRASIL, 2007), o desconhecimento mútuo sobre o que define e compete a cada campo e setor mostrava-se recorrente e estrutural.

Por volta de 2013, iniciou-se a nível federal uma aproximação entre profissionais da FUNAI, e no âmbito do Ministério da Saúde, pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), motivada também por intervenções do Ministério

Público Federal no Mato Grosso do Sul, relativas à grave situação dos Guaraní e Kaiowá (JACINTO, MACDOWELL, DUARTE, 2016). Como resposta, e na tentativa de articular ações relacionadas a questões envolvendo suicídio e uso prejudicial de álcool, formou-se o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) Saúde Mental e Povos Indígenas, reunindo Funai e Ministério da Saúde, tanto a Secretaria Especial de Saúde Indígena, quanto a então Secretaria de Atenção à Saúde, onde estava a área de saúde mental.

O esforço conjunto buscava fortalecer a atenção psicossocial às populações indígenas, por meio da articulação entre Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) e Coordenações Regionais e Técnicas Locais da Funai (CRs e CTLs), e entre Redes Indígenas de cuidado, e outros atores relevantes. Procurava também reconhecer a importância do protagonismo e dos sistemas de conhecimentos e práticas indígenas de saúde, no campo da saúde mental.

Como resultado dessa aproximação, em 2016 ocorreu uma primeira tentativa mais sistemática de enfrentar essas distâncias entre campos da saúde indígena, saúde mental, e dos direitos indígenas, abrindo perspectivas de trabalhos articulados, com a realização da 1ª Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades decorrentes do uso de álcool: cuidado, direitos e gestão. Foi a primeira vez, em âmbito nacional, que se reuniram profissionais dos DSEI, das Coordenações Regionais e Técnicas Locais da Funai (CR e CTL), de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, representantes indígenas, representantes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e pesquisadores(as), entre outros(as) participantes. A Oficina visava à construção conjunta de acordos e princípios ético-político para o cuidado, na perspectiva da intersetorialidade e garantia dos direitos indígenas, por meio da articulação de Redes de Cuidado e Atenção (BRASIL, 2007; BRASIL, 2018). Entre proposições do encontro, destacaram-se, como diretrizes metodológicas para a perspectiva das relações governamentais: o alinhamento conceitual e aprendizado conjunto sobre diferentes políticas e instâncias envolvidas; estreitamento de relações interinstitucionais e responsabilização; e facilitação de fluxos e matriciamento (BRASIL, 2018). Tal contextualização ajuda, de certo modo, a compreender uma das dimensões da formação da rede intersetorial em Manaus.

## O SURGIMENTO DA REDE EM MANAUS

No final de 2016, início de 2017, um caso de uso abusivo de álcool envolvendo uma liderança indígena e sua família, do povo Kaixana, residentes em um bairro da cidade de Manaus, mobilizou a Funai e setores da saúde do município. A situação trazia desafios para a equipe da Funai em Manaus, que não tinha claro a que estratégias recorrer para acompanhar a situação. Nesse

contexto, uma servidora da Funai e participante do GTI no âmbito federal, ao saber do caso e em contato com a Coordenação Regional (CR) da Funai em Manaus, procurou auxiliar na aproximação da CR Manaus e os serviços de saúde mental no município. Propôs à equipe: - Vamos conhecer o CAPS AD?

Sem muitas formalidades, a equipe da Funai se dirigiu ao serviço de saúde e bateu à porta. Nessa busca, encontrou ressonância com a então coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS Ad) em Manaus, que já tinha experiências anteriores de acompanhamento de indígenas residentes em Manaus, e que se mostrou disposta a colaborar na busca de estratégias de cuidado ao indígena, sem reduzir a situação a uma perspectiva biomédica ou a internação hospitalar.

A partir também dessa situação, teve início a articulação que ao final do 2017, produziu seis reuniões intersetoriais para tratar do tema povos indígenas e saúde mental. Entrelaçada à articulação entre órgãos federais, por meio do GTI Saúde Mental e Povos Indígenas, a ação de Manaus reuniu representantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e das Coordenações de Saúde Mental do Município de Manaus, do Estado do Amazonas, do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI Manaus, e da Coordenação Regional da Funai em Manaus, no primeiro momento.

Ao longo do processo, outros órgãos e grupos se envolveram, contribuíram de diferentes modos, fortaleceram e participaram na ação, como representantes do Núcleo de Populações Especiais da SEMSA Manaus, das Secretarias de Saúde e dos CAPS dos municípios de Iranduba e Manacapuru; organizações e lideranças indígenas Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus - COPIMA e Centro de Medicina Tradicional Bahserikowi'i; Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI, Ministério Público Federal -MPF, e Casai Manaus. Importante lembrar que nesse processo, vários profissionais e gestores de saúde eram também indígenas de diferentes grupos, regiões e itinerários.

Ao caso que inicialmente disparou o processo, foram se somando outras situações em saúde e demandas específicas, que às vezes pela urgência ou gravidade, revelavam também dificuldades na definição de competências e papéis entre diferentes órgãos do setor público em âmbito local, estadual e federal. A complexidade das demandas envolvendo vulnerabilidades de várias ordens, das relações interétnicas e as necessidades em saúde reforçaram a importância de se organizar trabalhos conjuntos e articulados para o enfrentamento das situações, observadas em suas dimensões social, cultural e epidemiológica.

Voltando à noção apresentada na introdução do artigo, de que sistemas médicos podem ser vistos como sistemas culturais (LANGDON, WILKI, 2010), e se

considerarmos que diferentes universos institucionais podem ser caracterizados por linguagens, dinâmicas e referências próprias, as primeiras reuniões em Manaus entre setores públicos municipais, estaduais e federais, tornaram visíveis o estranhamento e a distância entre profissionais e setores que se encontravam.

Logo se acordou que o primeiro esforço deveria ser para que os setores ali representados pudessem se conhecer mutuamente – que cada setor presente pudesse ser apresentado, e por meio de seus representantes, apresentar diretrizes, competências, modos de atuar e considerar as questões que uniam a todos ali, entre os campos da saúde indígena e da saúde mental. Embora houvesse nesse momento, entre alguns dos participantes, a preocupação em trazer desde o início para as reuniões a participação indígena, foi construído um entendimento de que seria necessário primeiro um alinhamento mínimo entre representantes de órgãos públicos e a definição de responsabilidades compartilhadas. Se essa etapa fosse vencida, o diálogo desejado entre esses setores, indígenas e outras áreas teria mais bases para um desenvolvimento progressivo.

Citamos dois exemplos da construção coletiva deste alinhamento. Primeiro, o momento em que uma pessoa de fora da área da saúde questionou: *“Então o que é atenção básica de saúde?”*. Ao invés de ser, como se esperaria a princípio, rapidamente respondida pelos profissionais de saúde, a pergunta foi base para horas de discussão, evidenciando que o nivelamento conceitual era necessidade entre todos os setores. Segundo o momento em que um trabalhador da área de saúde, ao saber da existência de 305 povos indígenas no Brasil, refletiu junto aos demais presentes: *“Eu sempre achei que índio fosse um só, nunca podia imaginar que eram tantos povos diferentes”*.

Na medida em que representantes de diferentes setores presentes conseguiram desenvolver entendimentos básicos e mínimos comuns sobre as questões envolvidas, sobre políticas e papéis de cada órgão, as reuniões seguintes objetivaram continuar ampliando a rede de diálogos, tanto entre outros entes públicos – como o Ministério Público Federal e outras secretarias municipais de saúde –, quanto para representantes indígenas de diferentes grupos étnicos, regiões, organizações e lideranças indígenas, tendo na ocasião contado com participação de representantes da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus – COPIME, do Centro de Medicina Tradicional Bahserikowi<sup>3</sup>, e de representantes do CONDISI<sup>3</sup>.

---

**3** - No mesmo período, estava em formação o GT de Políticas de Saúde Indígena em Contexto Urbano (UFAM, MPF, Funai, DSEI, COPIME, SEMSA, SUSAM, CONDISI, Centro de Medicina Tradicional Indígena), com questões similares às acompanhadas pela Rede Intersetorial. Portaria de criação do GT interinstitucional de Saúde Indígena de Manaus (AM): <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-grupo-de-trabalho-interinstitucional-de-saude-indigena-de-manaus-am-e-instituido>.

Essa progressão dialógica no processo ajudou na consolidação de alguns dos princípios da articulação, e para a produção de análises, diagnósticos situacionais e planejamentos articulados, construindo-se também alguma confiança e compromissos mútuos para o trabalho conjunto.

## BAIRROS, CASAI MANAUS E SISREG

O relato sobre o surgimento da Rede busca também identificar elementos para a reflexão sobre interculturalidade, intersetorialidade, saúde pública e saúde indígena, observando-se diferentes dimensões das vivências descritas. A perspectiva se inspira na visão de interculturalidade na saúde como *“capacidade de mover-se entre diferentes conceitos de saúde e doença de vida e morte, distintas noções do corpo biológico, social e relacional”*, na qual se potencializa elementos comuns e busca-se respeito e compreensão daquilo que difere (YAJAHUANCA; DINIZ; CABRAL, 2015). Ao mesmo tempo, se a interculturalidade se refere a processos de relação, comunicação, intercâmbios e aprendizagem entre culturas, pessoas e práticas em contextos de respeito e produção de novos sentidos, refere-se a espaços de negociação e tradução, *“onde as desigualdades e relações de poder da sociedade são reconhecidos e confrontados”* (PEDRANA, TRAD, TORRENTÉ, MOTA, 2018).

Ao longo das reuniões ocorridas em 2017, situações e demandas específicas envolvendo cuidado a indígenas foram se apresentando aos participantes da Rede. Citamos algumas, como exemplos de desdobramentos dessas relações e aprendizagens.

Desde o início da formação da Rede, uma questão central envolvia o reconhecimento da significativa presença de indígenas em Manaus. Na primeira reunião da Rede, em maio de 2017, foi realizada uma visita à comunidade indígena Sol Nascente, zona norte de Manaus (CALEGARE *et al.*, 2018), que reúne diversas etnias como Sateré-Mawé, Desana, Tukano e Mura. Da visita, participou um pequeno grupo formado por profissionais do DSEI Manaus; da Funai - CR Manaus e Funai Sede; e da Rede de Atenção Psicossocial em Manaus, particularmente dos CAPS que participavam da ação. Foram as unidades que fizeram parte desta ação: CAPS AD III Dr. Afrânio Soares; CAPS III Benjamin Matias Fernandes; CAPS Infante Juvenil Leste, vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA); CAPS Silvério Tundis, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM); e o CAPS de Iranduba.

Entre evidências que a visita e diálogos mantidos apontaram, estavam tanto as condições de vulnerabilidade e exclusão social das famílias ali residentes, como as dificuldades de acesso à atenção primária em saúde, decorrentes da



territorialização da unidade básica de saúde mais próxima ao bairro, e da incompreensão por parte de alguns profissionais de saúde, de que o acesso à saúde por esses grupos era sim de responsabilidade do município. Isto vinha gerando, por exemplo, dificuldades quanto à vacinação para as crianças da comunidade. A presença, na visita, de profissionais da saúde mental do município auxiliou posteriormente no diálogo com setores internos da saúde municipal, e na aproximação a um setor da atenção básica municipal que já se empenhava na ampliação e fortalecimento da atenção à saúde dos indígenas no município - o Núcleo de Populações Especiais da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

A breve visita permitiu que se abrisse ao campo da saúde mental municipal e estadual várias compreensões: a perspectiva de uma realidade pouco visibilizada da vida dos indígenas em Manaus e nos bairros da cidade; a aproximação com profissionais de outros setores, como a Funai; a gestão da atenção básica em Manaus, pela via do Núcleo de Populações Especiais. Desse movimento, como resultados práticos, posteriormente se definiu a unidade básica de saúde mais apta a acompanhar a comunidade indígena do Sol Nascente, reforçando-se entre profissionais da atenção primária a responsabilidade para com a população indígena da cidade. Em médio prazo, com o fortalecimento das relações intersetoriais e no diálogo com a Funai, foi se reconhecendo a necessidade da qualificação intercultural do atendimento municipal para indígenas. Vale destacar que em 2019, foram realizadas oficinas de conversas sobre o tema em três unidades básicas de saúde de Manaus. O Distrito Sanitário da Zona Norte (DISA-Norte), onde ficavam duas destas UBS, passou a promover atendimento em saúde por suas equipes, diretamente em duas grandes ocupações com forte presença indígena, e a questão da vacinação infantil se regularizou.

Em todas as reuniões da Rede Intersetorial, e como ação conjunta e formativa, o grupo reunido reconhecia a importância de construir e manter o diálogo com indígenas em territórios e serviços. Assim, na *terceira reunião da Rede Intersetorial*, em agosto de 2017, representantes de diferentes setores visitaram a comunidade indígena Sahu-apé, do povo Saterê Mawé, em Iranduba, atendida nas questões de saúde pelos municípios de Iranduba e Manacapuru; municípios da região metropolitana de Manaus.

Na visita e no diálogo mantido com a comunidade, e com profissionais da equipe multidisciplinar de saúde indígena no território, identificaram-se dificuldades da comunidade em que viviam 14 famílias, demandas específicas em saúde mental, tensionamentos entre equipes de saúde indígena e da saúde municipal, entre outras questões. Após a visita, houve continuidade no diálogo entre equipes de saúde mental das duas secretarias municipais de saúde envolvidas, do DSEI Manaus/ Polo de Manacapuru, e entre gestores municipais, mantendo-se a perspectiva do matriciamento envolvendo a referência técnica

em saúde mental do DSEI Manaus, e dos CAPS em Manaus.

Em 2018 e 2019, ocorreram outras ações articuladas e visitas a Sahu-apé, disparadas pela ação inicial articulada em rede em 2017. As visitas e ações ajudaram a construir uma conexão entre equipes e indígenas, gerando a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com foco não somente nos indivíduos, mas também no coletivo, e reforçando entre profissionais o sentido coletivo deste que é um dos principais instrumentos do cuidado psicossocial (KINOSHITA, PINTO *et al.*, 2011).

Entre episódios mais incisivos do diálogo com indígenas e entre setores do poder público no campo da saúde indígena e da saúde mental em 2017, destacaram-se discussões envolvendo a CASAI Manaus.

Durante a 2ª Reunião da Rede em junho de 2017, ainda visando o objetivo do reconhecimento mútuo dos setores e alinhamento conceitual, a referência técnica de saúde mental do DSEI Manaus fez uma apresentação sobre a política nacional de atenção à saúde indígena no SUS, e um histórico sobre a saúde indígena (BRASIL, 2017). Nesse contexto, que contava com a representante da Casa de Saúde Indígena - CASAI Manaus, fez-se um relato do papel da CASAI no subsistema de saúde indígena, e principais dificuldades enfrentadas.

Um grave problema identificado referia-se ao tempo de permanência de indígenas de outras regiões do Amazonas na CASAI Manaus. Essa CASAI, diferentemente de outras CASAI, tem como característica particular receber indígenas de todos os outros DSEIs do Amazonas, além de indígenas dos estados vizinhos, encaminhados à Manaus em busca da atenção na média e alta complexidade, cujos equipamentos e serviços estão concentrados na capital do estado. Geralmente, os indígenas viajam acompanhados de familiares, que também se hospedam na CASAI, enquanto aguardam a realização de exames e outros procedimentos. Nas visitas que participantes da Rede fizeram a CASAI em 2017, um número entre 200 e 400 indígenas e seus acompanhantes encontrava-se acolhido pela CASAI, à espera de atendimento ou em tratamento.

Observou-se que muitos desses indígenas aguardavam por meses – 3 a 9 meses –, em condições que os afastam de seus territórios e vidas cotidianas. A situação reunia grupos indígenas muito diversos entre si, de diferentes regiões, com línguas, costumes e condições diferenciadas, gerando impactos importantes no convívio e nas relações dentro da CASAI.

Nesse cenário, vários problemas foram visibilizados: distância da cidade, e dos territórios de origem; limitações de transporte e de opções de atividades para os familiares acompanhantes; precariedade das instalações; pressão sobre

profissionais da saúde; necessidades de saúde e complexidade de alguns casos; limitações quanto à classificação do serviço e tipo de cuidado que pode ser ofertado na Casai, entre outros. Junto com eles, o entendimento de que essas dificuldades se potencializam pelo tempo em que as pessoas aguardam uma solução para suas necessidades de saúde. Esse fato mostrou-se condicionante importante para outro problema identificado no campo da saúde mental - o expressivo uso prejudicial de álcool entre os que aguardavam na Casai, além de outros sofrimentos psíquicos relacionados à espera e ociosidade entre muros.

Outra questão que impactou o diálogo entre setores e indígenas foi trazida pelos profissionais da RAPS, que atuavam pela perspectiva da reforma psiquiátrica. Esses profissionais identificaram no contexto da CASAI, dimensões institucionalizantes (Goffman, 1987) expressas de diferentes formas. Uma delas se mostrou por meio da pressão existente na Casai, sugerida por relatos sobre tensões frequentes entre profissionais, gestores de saúde, e indígenas de diferentes povos e regiões no Amazonas.

A Casai Manaus fica à margem de uma rodovia, e são limitadas as condições logísticas ofertadas pela SESAI para deslocamento dos indígenas, bem como o são os recursos para propiciar deslocamentos e eventual acompanhamento. Essa situação relacionava-se também à preocupação da parte da gestão sobre a segurança dos indígenas, uma vez que muitos não conheciam Manaus, não falavam português, e havia a responsabilidade da CASAI sobre os indígenas acolhidos. Uma das soluções então criada por gestores foi condicionar e dificultar saídas da casa, em horários e condições rígidas. Segundo o diálogo com os profissionais, o controle sobre a entrada e a saída da Casa visaria também controle sobre o acesso ao álcool - que, todavia, não se mostrava tão efetivo. Aos indígenas, essas regras trouxeram dificuldades: como conseguir ir ao comércio e comprar coisas básicas como sabonete ou pasta de dente, que não eram garantidas pelo serviço de saúde? Com a distância dos parentes e amigos, e com dificuldade de comunicação, como conseguir alguma ajuda ou dar um telefonema?

Junto às dificuldades para deslocamentos, a comunicação entre indígenas e profissionais da CASAI revelaram problemas, como dos indígenas não conseguirem conversar com alguém que pudesse responder sobre o tempo necessário para fazerem um exame, e voltarem para casa. Durante as visitas da Rede, o tempo de ociosidade se mostrou um problema, apresentado tanto pelas falas dos indígenas quanto dos profissionais da Casai. Os indígenas reclamaram sobre limitações em relação a fazer a própria comida, sobre dificuldades com a comida da CASAI, e sobre a vontade e impossibilidade de plantar, trabalhar na roça ou produzirem seus remédios próprios do sistema de conhecimento em suas culturas, além da ausência de seus curadores tradicionais.

Nos diálogos que se seguiram sobre essas questões, envolvendo os vários atores da rede intersetorial, outras perguntas, e algumas sugestões de encaminhamento começaram a se desenhar. Um desdobramento foi quanto às dificuldades que profissionais da CASAI apontavam sobre o SISREG – Sistema de Centrais de Regulação. A política nacional de regulação - campo complexo da saúde pública - é organizada em três dimensões: regulação dos sistemas de saúde; regulação da atenção à Saúde; e regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008). A questão trazida pelos profissionais da CASAI era relativa à regulação do acesso à assistência, ou seja, tinha o usuário como foco, e remetia a oferta de alternativas assistenciais.

Entre gestor federal, gestores estaduais e municipais, no campo da regulação há competências e responsabilidades específicas e compartilhadas. A referência que os profissionais da CASAI faziam ao SISREG, remetia ao Sistema Nacional de Regulação, *“um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica, como unidade de saúde solicitante de procedimentos de média e alta complexidade, à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos assistenciais. É uma ferramenta fornecida pelo Ministério da Saúde de forma gratuita sendo sua utilização não-compulsória”* (GIANOTTI, 2015). Manaus é uma das capitais no Brasil que usam o SISREG desde 2015.

Na 4ª Reunião da Rede (setembro de 2017), três momentos envolveram desdobramentos relativos a Casai e ao tempo de permanência dos indígenas. Um momento de natureza mais técnica-política foi a participação de representantes da Rede Intersetorial na reunião do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS). A agenda foi planejada a partir da identificação, entre situações observadas na CASAI-Manaus, de encaminhamentos vindos do interior do Amazonas, que poderiam ter sido avaliados e acompanhados localmente, por meio da articulação entre DSEIs e redes de saúde municipais. A proposta era a de se fazer uma primeira aproximação e contextualização aos secretários municipais de saúde sobre a atenção psicossocial a povos indígenas no interior do Amazonas, visando possíveis articulações. No breve diálogo mantido, dificuldades quanto ao SISREG também foram apontadas pelos secretários municipais de saúde, bem como dúvidas sobre relações da atenção básica de seus municípios no campo da saúde mental, serviços da RAPS, e saúde indígena.

O segundo momento ocorreu na reunião da Rede Intersetorial, na sede do CAPS III Benjamin Matias, reunindo representantes de diferentes órgãos e serviços locais, estaduais e federais; representantes indígenas do CONDISI, COPIME, e indígenas que se encontravam na CASAI em atendimento ou

acompanhando familiares. Essa reunião tinha como objetivo ouvir os indígenas sobre problemas relacionados aos serviços de saúde e principalmente saúde mental, sobre a proposta da rede intersetorial povos indígenas e saúde mental, e posteriormente realizar uma discussão sobre as questões levantadas. A reunião também se constituía em momento de alinhamento conceitual, visando a participação mais qualificada dos setores da Rede na visita à CASAI, que seria realizada no dia seguinte.

Nas falas dos representantes do CONDISI e da COPIME, temas amplos foram trazidos, contextualizando questões de saúde mental: deslocamento dos jovens indígenas para estudarem na cidade, distanciamento dos pais, novos comportamentos nas aldeias; entre outros. Apontaram-se dificuldades da população indígena em Manaus ser atendida fora da competência da SESAI e afastamento dos órgãos municipais e estaduais de saúde em relação à população indígena. Falou-se sobre ser indígena na cidade, identidade cultural e saúde.

Outra fala significativa foi a do antropólogo João Paulo Tukano, pelo Centro de Medicina Indígena Bahserikowi'i, criado em Manaus por povos indígenas do Alto Rio Negro, que refletiu sobre perspectivas indígenas e concepções de saúde mental, saúde, doença, técnicas e conhecimentos. Trouxe o relato sobre a história de sua família e da situação vivida junto ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV); sobre dificuldades de relação com concepções biomédicas e com 'doutores da medicina', e as motivações para criação do Centro de Medicina Indígena (BARRETO, 2021; FARIAS, 2018).

Nessa reunião, a CASAI foi tema de discussão. Falaram o representante da CASAI Manaus, também indígena; e usuários do sistema – indígenas que estavam hospedados na Casa em tratamento ou acompanhando família. As falas reforçaram o que já havia aparecido em reuniões anteriores entre profissionais: a peculiaridade da CASAI Manaus em relação a outras CASAIs e DSEIs; demora no atendimento, e longos períodos de afastamento dos indígenas de suas famílias. Nesta tarde buscou-se junto ao grupo por uma palavra que pudesse representar o trabalho realizado pela rede que, desde então, passou a ser nomeada Warana - *“amigos”* na língua Sateré-mawé.

Com a identificação das questões, no dia seguinte parte do grupo realizou a visita a CASAI Manaus, mencionada anteriormente. O grupo se dispersou, e junto à visita oficial e diálogos formais, ocorreram encontros e conversas mais livres entre participantes da rede intersetorial, indígenas que lá estavam hospedados, e profissionais de saúde. Nas conversas houve relatos sobre dificuldades relacionadas ao uso de álcool e drogas; questões sobre limitações do espaço ou da estrutura; necessidade de capacitação de profissionais para atendimento aos indígenas; dificuldades relacionadas ao atendimento na rede

de saúde municipal, à realização de exames, à equipe reduzida, à superlotação, a falta de “*ao menos uma TV ou uma horta para distrair*”. Ao final da visita, houve apresentação de grupo de dança indígena Yo'i, formado por jovens hospedados na CASAI, idealizado no “*Projeto de Bem Viver na CASAI/Manaus – A arte como forma de cuidado*” (FARIAS, 2017).

## SISTEMAS, INFORMAÇÃO, INTERCULTURALIDADE

Há pontos potentes para o debate a respeito da interculturalidade, que podem ser observados nesse processo. Um deles traz à lembrança de Michael Fischer, e seus apontamentos sobre “*antropologias das ciências e da tecnologia que estejam atentas aos conversores culturais das comunidades heterogêneas nas quais as ciências são cultivadas e as tecnologias são povoadas, e às instituições sociais reflexivas, dentro das quais as tecnociências médicas, ambientais, informacionais e outras devem cada vez mais operar*” (FISCHER, 2013).

Um desdobramento da visita relatada parece exemplificar o exercício de se operar com ‘conversores culturais’. Após a avaliação da visita a CASAI, na reunião em que se discutia o que fazer diante das dificuldades colocadas pelo SISREG, a coordenadora do CAPS Ad mencionou que havia feito uma capacitação sobre o Sistema de Regulação. Narrou então sua conversa com técnicos da CASAI responsáveis por preencher os formulários dos usuários/pacientes indígenas, que seriam enviados ao médico regulador, e compartilhou uma indagação. O formulário do SISREG possui campos que permitem se descrever ao médico regulador particularidades sobre o paciente, indicando-se prioridades ou condições consideradas relevantes sobre sua situação de saúde. Se o médico regulador tiver dúvidas sobre alguma situação, ele pode via sistema devolver o formulário ao serviço de origem, para solicitar alguma complementação. No entanto, o sistema não avisaria automaticamente ao serviço de origem sobre esse envio. Assim, caso não haja uma conferência sistemática do técnico que preenche o formulário sobre eventuais retornos, haveria o risco de alguns formulários ficarem vagando pelo sistema indefinidamente, e serem esquecidos no acúmulo de demandas que sufocam profissionais, serviços e usuários.

A possibilidade desse hiato virtual em alguns dos formulários, produzido pelo sistema de informações, acionou uma sirene que mostrou a urgência e a necessidade de se conhecer melhor o funcionamento e a operação do SIS-REG. Ainda com Fischer, “*à medida que nos movermos em direção a mundos que são cada vez mais dependentes de bases de dados interconectadas e de infraestruturas de informática que requerem novos modos de tomada de*

*decisão social reflexiva e que são responsáveis não apenas ante os valores instrumentais, mas também ante as responsabilidades culturais, precisaremos de antropologias da ciência e tecnologias mais ricas (...).” (FISCHER, 2013).*

A situação sobre a Casai e o SISREG desloca, de modo desconcertante, a reflexão sobre interculturalidade na saúde indígena. Entram no horizonte culturas e linguagens da tecnociência e saúde pública, transversais às relações interculturais, que redimensionam velhos problemas e desafios.

No contraponto, um dos princípios do trabalho em rede - a conexão entre pessoas em diferentes pontos de um sistema (“*não estou só*”) - pode ajudar profissionais e usuários dos serviços de saúde pública e da saúde indígena, a enfrentar situações tão impensadas e inusitadas. Diante das dificuldades do SISREG, os participantes da rede acionaram o setor de regulação do estado do Amazonas, e o Departamento de Regulação no Ministério da Saúde, e promoveram em 2018 uma reunião específica para discutir desafios encontrados a partir da relação com os indígenas, o subsistema de saúde indígena e sua articulação com a média e alta complexidade no estado do Amazonas.

## **REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE INDÍGENA: ASSEMBLEIA DE USUÁRIOS NA CASAI**

Outro momento relevante nesse processo envolveu uma proposição surgida no diálogo entre esses vários atores, a partir da reflexão sobre processos de institucionalização na CASAI. Como mencionado, alguns participantes da Rede eram profissionais da rede de atenção psicossocial e dos CAPS de Manaus (tanto de gestão municipal, quanto estadual), e com experiências no campo da Reforma Psiquiátrica. Um princípio que informa o trabalho dos CAPS a partir da reforma psiquiátrica é a relação entre cuidado em saúde mental e direitos do cidadão, que faz uso do serviço e busca a atenção. Assim como no campo dos direitos indígenas, também no campo da saúde mental as noções de autonomia e protagonismo são caras (JACINTO, ASSIS, MACDOWELL, MOTA, 2018), e os CAPS possuem procedimentos específicos relacionados à reabilitação psicossocial, tendo esses princípios como referência (JUNQUEIRA, CARNIEL, MANTOVANI, 2015). Uma estratégia interna aos serviços e relativa às relações entre usuários do serviço e profissionais de saúde é a assembleia de usuários – espaço nas ações do CAPS em que usuários dialogam, avaliam e propõem sobre relações no cuidado e convivência do serviço, inserem-se em decisões institucionais e participam de seu tratamento (BRITO, 2006).

Diante dos problemas identificados no cotidiano da CASAI Manaus, e da observação de estratégias restritivas e verticais usadas pelos profissionais

para lidar com tensões diárias, profissionais dos CAPS trouxeram a ideia: por que não fazer uma assembleia de usuários na CASAI? Criar um lugar de escuta, diálogo e abrir possibilidades de construção coletiva na busca de soluções?

A proposta defendida visava emponderamento de indígenas hospedados na CASAI em relação aos processos de cuidado e de convívio, e matriciamento dos CAPS junto às equipes de saúde indígena, considerando também a fragilidade do trabalhador na CASAI. A proposta buscava discutir o risco da institucionalização dos indígenas, ociosidade, falta de protagonismo, papel da CASAI na promoção da saúde, realização de rodas de conversa, e outras estratégias possíveis. Profissionais dos diferentes CAPS presentes – entre psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e educadores físicos – se colocaram à disposição para conduzir a assembleia e compartilhá-la como tecnologia e metodologia, entre profissionais e gestores da CASAI e do DSEI. A proposta apresentava uma estratégia de educação permanente entre profissionais, e dispositivo de participação com potencial terapêutico.

A ideia foi amadurecida ao longo de três meses, até a 6ª Reunião da Rede (dez. 2017), que marcou acontecimentos importantes. Reunindo representantes da SUSAM-RAPS, SEMSA Manaus, Núcleo de Populações Especiais da SEMSA, da Secretaria de Saúde de Iranduba, Funai Manaus, Funai Brasília, DSEI Manaus e CGMAD/MS, propôs planejamento para ações futuras em 2018 (como ações ligadas ao SISREG), e desenhou um Plano de Ação Intersetorial. O grupo visitou o Núcleo de Populações Especiais da SEMSA Manaus, e o projeto de georreferenciamento das comunidades indígenas no município de Manaus, em desenvolvimento. Na ocasião o projeto foi apresentado pela socióloga Paula Azevedo, servidora da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), uma das principais agentes no processo de articulação da rede municipal de saúde e da atenção básica à saúde indígena. Profissional comprometida e que cativou respeito e carinho dos participantes da Rede, faleceu em 2018, e deixou semeada sua força e delicadeza na consolidação da Rede.

A reunião de dezembro de 2017 foi então fechando ciclos, e abrindo novas questões. O grupo intersetorial voltou ao município de Iranduba, para diálogos referentes ao atendimento indígena no município, principalmente junto à comunidade Sateré Mawé de Sahu Apé, e às questões identificadas em visita anterior na localidade, previstas no Plano de Ação.

No dia seguinte, em 13/12, foi realizada a primeira assembleia na CASAI Manaus, reunindo indígenas em tratamento e seus familiares/acompanhantes, trabalhadores da saúde, representantes da CASAI e do DSEI, participantes da Rede Intersetorial dos setores mencionados, tanto da gestão federal, estadual e municipal. A assembleia foi conduzida pelas profissionais dos CAPS, que



contavam com experiência na atividade em seus espaços de trabalho - mediaram situações e diálogos desenvolvidos, auxiliaram no registro formal e nas pactuações construídas. Entre outros, um dos temas que mais mobilizou os indígenas foi da alimentação – a vontade de ‘comer um peixe de verdade’, de fazer a própria comida, assuntos fundamentais e reveladores da diversidade de modos de viver e ser reunidas na Casai. A assembleia criou espaço para o tema ser discutido com a gestão do Serviço, sobre organização e estrutura da alimentação na Casai. Foi oportunidade de aparecerem ressentimentos e desconfortos entre indígenas, e de encontrarem meios de comunicação, discussão e resolução desses conflitos. Essas questões trouxeram um debate sobre regras de convivência, e questões como as relativas ao uso de álcool.

Durante a tarde nesse dia, profissionais dos CAPS e participantes da Rede Intersetorial visitaram o Centro de Medicina Indígena de Manaus - Bahserikowi'i", para conhecerem o trabalho desenvolvido, e dialogarem sobre a possibilidade de colaborações e acompanhamento conjunto de alguns casos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Qual é a questão da rede? (...) A rede só existe enquanto indivíduos estão interagindo entre si. Ela não é uma coisa dada; ela acontece quando um conjunto de indivíduos se relaciona. É importante que se compreenda que não se trata de ter apenas os pontos de atenção, mas é fundamental que as pessoas que estão em cada um desses pontos de atenção estejam em interação, em interação sincrônica e coordenada por objetivo comum. Então, nesse instante, naquele momento em que as pessoas estiverem sincronizadas e trabalhando sob um espírito comum, então nós temos uma rede” (KINOSHITA, 2014).*

Ao longo de 2017, como narrado, a articulação da Rede intersetorial de Saúde Mental Indígena em Manaus apresentou em seu desenrolar situações que amplificam a discussão sobre saúde mental, saúde indígena e o direito à cidade. Entrelaçada aos (des)encontros entre culturas e sistemas de saúde, levou o tema para o campo do direito e da gestão, promovendo processos mais horizontalizados e compartilhados de redes técnico-políticas e novos espaços de governança em saúde pública.

As redes em saúde podem ser continuamente atravessadas e tensionadas por muitos fatores - disputas de modelos de cuidado, lógicas binárias de sistemas de informação, e toda complexidade que participa das relações interculturais na saúde, como diferentes tradições de cuidado e cura. O fato da Rede descrita ser composta e promover a convivência em níveis locais, estaduais e

federal, de incluir vários setores e integrantes da sociedade civil, e diferentes representações indígenas, ressignifica esses conflitos a partir de práticas, interesses, necessidades, fluxos e questões de vários contextos, fornecendo maiores condições de permanência e sustentabilidade por entre essas disputas.

A complexidade das necessidades no campo da saúde mental em contextos indígenas demanda com muita clareza trabalhos em rede – entre redes institucionais de serviços e ações, redes de políticas públicas, redes indígenas de cuidado. E lembra que o que mantém as redes vivas é a aposta e o desejo de comunicação, interação e convivência entre diferentes pessoas e modos de compreender o mundo, ligados por interesses comuns. Mobilizações que a Rede criada em Manaus e no Amazonas continua realizando - também no enfrentamento à covid-19, e se preparando em 2022 para seu 42º encontro -, aprendendo e ensinando que é possível fazer<sup>4</sup>.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.W.B.; SANTOS, G.S. (Org.). **Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia (NCSA-UEA/PPGAS-UFAM/PPGSCA- UFAM). 2008.

BAINES, S. G. “As chamadas “aldeias urbanas ou índios na cidade”. **Revista Indígena**, Brasília, DF: Fundação Nacional do Índio, v. 7, p. 15-17, 01 dez. 2001.

BARRETO, J. P. L. **Kumuã na kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social UFAM. Manaus, 2021. Disponível em: [https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/8289/5/Tese\\_Jo%c3%a3o%20Paulo\\_PPGAS.pdf](https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/8289/5/Tese_Jo%c3%a3o%20Paulo_PPGAS.pdf). Acesso em 16 mar. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. **Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”. Diário Oficial da União: 24 mar.1999, p. 1, Brasília – DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm). Acesso em 11 mar. 2022.

---

<sup>4</sup> - Entre ações previstas e realizadas pelo Plano de Ação da Rede, ocorreram em 2019 nove teleconferências sobre saúde mental indígena para todo Estado (parceria com SEDUC), disponíveis pelo YouTube. Para acesso, ver <https://www.youtube.com/watch?v=GafMiDVeHF4>; <https://www.youtube.com/watch?v=4y25NTmcwlc>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União: seção 1, p. 2, 09 abr.2001, Brasília – DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 11 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. **Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Diário Oficial da União: nº 26 - seção 1, p. 46 a 49, de 6 fev. 2002, Brasília – DF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf) . Acesso em 11 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007.** Estabelece diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (PAISMPI). Diário Oficial da União: Seção 1, p. 60, 26 out. 2007, Brasília – DF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759\\_25\\_10\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html). Acesso em 11 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 10 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União: Seção 1, p. 48, 04 ago. 2008, Brasília –DF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em 11 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de 1990**, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interferente, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, p. 1, 29 jun. 2011, Brasília – DF. Disponível em: [https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/?legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/DEC%207.508-2011&OpenDocument](https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/?legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.508-2011&OpenDocument). Acesso em 11 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional do Índio. **Portaria nº 666/Pres., de 17 de julho de 2017.** Aprova o Regimento Interno da Funai. 2017 julho 19. Diário Oficial da União: Seção 2, p. 41, 17 set. 2011, Brasília – DF. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19183136/do-1-2017-07-19-portaria-n-666-de-17-de-julho-de-2017-19183102](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19183136/do-1-2017-07-19-portaria-n-666-de-17-de-julho-de-2017-19183102). Acesso em 11 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação MS/GM nº 02, de 28 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União: Suplemento, p.61-192, Brasília - DF, 3 out 2017b. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/PORT\\_CONSOLIDACAO\\_2\\_2017.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/PORT_CONSOLIDACAO_2_2017.pdf). Acesso em 11 mar. 2022

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional do Índio; Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. **I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Alcool: Cuidado, direitos e gestão (Relatório Final)**. 2018. Disponível em <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/outras-publicacoes/relatorio-geral-oficina-povos-indigenas-alcool/relatorio-geral-oficina-povos-indigenas-alcool.pdf>. Acesso em 16 fev. 2022.

BRITO, I. **Refletindo sobre o dispositivo assembleia de usuários e profissionais nos equipamentos substitutivos de saúde mental** [TCC]. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tcc2005izauracunhadebrito.pdf>. Acesso em 01 mar. 2020

CALEGARE, M. G. A. *et al.* Comunidade Sol Nascente: problemáticas comunitárias de povos indígenas na cidade. In Calegare M, Albuquerque R. **Processos Psicossociais na Amazônia: reflexões sobre raça, etnia, saúde mental e educação**. São Paulo: Alexa Cultural; p. 105-128, 2018.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** . v.18, n.3, e00285117, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 mar. 2022.

DELGADO, P. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, e0021241, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em 27 fev. 2022.

FARIAS, E. Desenhos de pacientes da Casai serão expostos no Centro de Medicina Indígena. **Amazônia Real**. [Online].; 2017. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/desenhos-de-pacientes-da-casai-serao-expostos-no-centro-de-medicina-indigena/>. Acesso em 28 fev. 2020

\_\_\_\_\_. “Bahserikowi’i – Centro de Medicina Indígena comemora 1º. aniversário, em Manaus”. **Amazônia Real** [Online]. 2018. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/bahserikowii-centro-de-medicina-indigena-comemora-lo-aniversario-em-manaus/>. Acesso em 27 fev. 2020.

FISCHER, M. **Futuros Antropológicos**. Redefinindo a cultura na era tecnológica Rio de Janeiro: Zahar; 2013.

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Revista**

**Administração em Diálogo**, p. 77-89, 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/671>. Acesso em 11 mar.2022.

FROTA, H. “O direito à cidade: desafios para a construção da utopia por uma vida transformada” in SOUSA JUNIOR et al. (org.). **O direito achado na rua: introdução crítica ao direito urbanístico**, cap.14, p. 163-171. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2019.

GARNELO, L; SOUSA, A. B. G.; SILVA, C. O. “Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios”. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcs-PR76Hxb6zjPzD9bHS/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 mar.2022.

GIANOTTI, E. Diretrizes da Política Nacional de Regulação e a Regionalização. Seminário Regulação em Saúde no SUS e o Pacto Federativo. **XXXI Congresso CONASEMS**, 2015. Disponível em: <http://docplayer.com.br/78935485-Diretrizes-da-politica-nacional-de-regulacao-e-a-regionalizacao-agosto-15.html>. Acesso em 27 fev. 2022.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 1987.

HARVEY, D. O Direito à Cidade **in Lutas Sociais**. Revista do Núcleo de Estudos de Ideologias e Lutas Sociais (NEILS) do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC/SP. N. 29. São Paulo: 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/l/article/view/18497/13692>. Acesso em: 11 mar.2022.

INSTITUTO PÓLIS. O que é direito à cidade? **Instituto Pólis**, 2020. Disponível em: <https://polis.org.br/direito-a-cidade/o-que-e-direito-a-cidade/>. Acesso em 16/02/2022.

JACINTO, A. B.M; MACDOWELL, P.L.; DUARTE, T.M. Notícias de meio do caminho: alguns desafios para as políticas de atenção psicossocial na região do Cone Sul do Mato Grosso do Sul. Comunicação apresentada na **300 Reunião Brasileira de Antropologia**, GT Antropologia e políticas de saúde. João Pessoa, 2016. Disponível em [http://evento.abant.org.br/rba/30rba/files/1467316504\\_ARQUIVO\\_NoticiasdoMeiodoCaminho300616.pdf](http://evento.abant.org.br/rba/30rba/files/1467316504_ARQUIVO_NoticiasdoMeiodoCaminho300616.pdf). Acesso em 16/02/2022.

JACINTO, A. B. M.; ASSIS, D. A. D.; MACDOWELL, P.L; MOTA, T. D. Índios e loucos: sobre tutela, reconhecimento de direitos e desafios para a efetivação da cidadania no campo da saúde mental. **Revista de Direito Sanitário**, v.19, n.2, p.14-35, 2018.

JUNQUEIRA, A.; CARNIEL, I.; MANTOVANI. A. As assembleias como possibili-

dade de cuidado em Saúde Mental em um CAPS. **Vínculo**, v. 12, n.1, São Paulo, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902015000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006). Acesso em 11 mar.2022.

KINOSHITA, R.T. **Saúde Mental e Trabalho em Rede**. 2014. Vídeo disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>. Acesso em 10 mar 2022.

\_\_\_\_\_. **“Módulo 6 - Unidade 1 - Projeto Terapêutico Singular”**, (s.d). Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4669242/mod\\_resource/content/1/TextoPTSfinal.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4669242/mod_resource/content/1/TextoPTSfinal.pdf). Acesso em 27/02/20.

KLEINMAN, A. 1988. **The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition**. Basic Books, Inc., New York, 1988.

LANGDON, E. J.; WILKI, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, mai.-jun., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQRZ4X7KxNrhwvjTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar.2022.

LANGDON, J. “A viagem à casa das onças? Narrativas sobre experiências extraordinárias”. **Revista de Antropologia**: v. 56, n. 2, p. 183-212, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/82465/85445>. Acesso em 11 mar. 2022.

MANAUS. Prefeitura de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Enfrentamento Municipal para Infecção humana pelo novo coronavírus: covid 19 em Povos Indígenas das áreas urbanas e rural de Manaus**. Manaus: PMM, SEMSA2020. Disponível em [https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/PLANO-DE-ENFRENTAMENTO-MUNICIPAL\\_%C3%8DNDI-GENA.pdf](https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/PLANO-DE-ENFRENTAMENTO-MUNICIPAL_%C3%8DNDI-GENA.pdf). Acesso em 16 fev. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PEREIRA, J. C. M. “*Indígenas na cidade de Manaus (AM)*”. **Novos Cadernos NAEA**, v.23, n.3, p. 11-31, set-dez 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/8257>. Acesso em 16/02/2022.

PEDRANA, L.; TRAD, L. A. B.; PEREIRA, M. L. G; TORRENTÉ, M. O. N.; MOTA, S. E. C. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e178, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/>

e178/#. Acesso em 11 mar.2020.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 20, n. 3, pp. 493-502, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGw-ggWKYZSzH8xdpxcqH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 11 mar.2022.

SANTANITA, C., FIALHO, J.; ARCO, H. Redes sociais na saúde: Uma reflexão sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Desenvolvimento e Sociedade**, v.5, p. 81-99, dez., 2018. Disponível em: [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento\\_sociedade/article/view/301/440](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento_sociedade/article/view/301/440). Acesso em 16 fev. 2022.


SOUSA, N. M. N. “Os indígenas e o direito à cidade: negação e invisibilidade em Manaus (AM)”. **EM PAUTA**, v.12, n.34, p. 115- 130, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/15085>. Acesso em 11 mar.2022.

YAJAHUANCA, R.A.; DINIZ, C.S.G; CABRAL, C.S. É preciso "ikarar os kutipados": Interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n9, p. 2837-2846, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kJGtQhXjRNQCBKz6S3MbH7F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 11 mar. 2022.

# SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO: rede de cuidados em saúde em um contexto indígena urbano

**Marluce Mineiro Pereira**

## INTRODUÇÃO

 O suicídio tem se caracterizado como um problema de saúde pública em várias regiões do mundo, especialmente na região europeia, cuja taxa de mortalidade de suicídio chegou a 12,8 por 100.000/hab. em 2019 (OMS, 2022a). Ao longo dos anos em algumas regiões, as taxas de mortalidade por suicídio sofreram uma queda (OMS, 2020), entretanto, continuam com elevadas taxas de mortalidade por suicídio em alguns países como: Lesoto na África do Sul; Bélgica, Bulgária, Bósnia, Bielorrússia na Europa; Estados Unidos e Canadá na América do Norte e Argentina, Chile e Brasil na América do Sul (OMS, 2013; OMS, 2020, 2021; OMS, 2022).

Observa-se que nestes países, há uma prevalência de mortes por suicídio na faixa etária jovem, o que tem despertado a preocupação de diversas instituições de saúde como a International Association for Suicide Prevention (IASP), instituição norte americana ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS). O IASP se dedica desde 1960 à prevenção do comportamento suicida, e vem desenvolvendo estratégias de prevenção da ideação suicida, tentativas de suicídio e o suicídio consumado.

Como forma de orientar/hortear os profissionais de saúde que atuam na atenção primária, em 2000, a OMS lançou o manual *“Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária”*, com orientações que contemplam desde a identificação dos fatores de risco à forma de prevenção à consumação do ato. O manual se constitui em uma importante ferramenta usada para orientação dos profissionais de saúde da atenção primária para a prevenção do suicídio.



No Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), lançaram em 2014 a cartilha “*SUICÍDIO: INFORMANDO PARA PREVENIR*”. A cartilha considera o disposto na portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006 que institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Especificamente voltado para os profissionais dos CAPS, o Ministério da Saúde lançou em 2007, “*Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*” com a finalidade de transmitir informações básicas para orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como, nortear acerca do manejo inicial ofertado a pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.

Em nível local, o Estado do Amazonas por meio da Raps (Rede de Atenção Psicossocial) elaborou o “*Plano de Prevenção ao Suicídio*” no ano de 2018, voltado inicialmente para os municípios de Manaus, São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga, em virtude das taxas nestes municípios serem as mais elevadas nos últimos anos, no Amazonas (SES-AM, 2018) quando observadas as taxas de suicídio no Estado (SIM/DATSAUS, 2019; MS, 2020).

Percebe-se uma preocupação em torno da capacitação e orientação profissional na abordagem e manejo junto ao paciente potencialmente suicida. Isto porque os estudos e pesquisas em torno deste tema reforçam que para desenvolver um trabalho voltado ao enfrentamento e/ ou prevenção do suicídio, é importante esclarecer que o suicídio se manifesta a partir da interação de fatores das dimensões cultural, filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (BRASIL, 2013), sendo necessário pensar em atividades que possam abranger desde um tratamento efetivo dos distúrbios mentais a um controle ambiental em que se inserem os indivíduos. E para tanto, é necessário pensar em estratégias que estejam relacionadas a tais dimensões do indivíduo, incluindo os fatores considerados de risco.

Ademais, vários estudos apontam que o suicídio decorre da interação de fatores psicológicos, sociais e culturais (CANTÃO, BOTTI, 2016; MARQUETTI, MILEK, 2014; ORES, *et al.*, 2012; PEREIRA, 2018), especialmente os fatores socioculturais que se disparam como os mais associados ao fenômeno, com destaque para a falta de habilidade para resolver os conflitos e o uso problemático de bebidas alcoólicas em contextos urbanos e rurais ou isolados. Este é um ponto importante para que a rede de atenção proponha ações e estratégias de cuidado tradicional e intercultural ofertando um diálogo em que o saber tradicional e não tradicional se complete, integrando ações, umas as outras.

Desta forma, o recorte deste estudo, a partir de achados da pesquisa intitulada “*Representações Sociais de Suicídio Indígena em São Gabriel da Cacho-*

*eira*”, defendida no Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, propõe analisar as ações de cuidado em saúde ofertadas especificamente ao público que apresentou fatores precipitantes ou estressores associados ao suicídio, em município predominantemente indígena na região do Alto Rio Negro no Amazonas, no período em que o suicídio apresentou elevadas taxas, entre os anos de 2005 a 2010. Este recorte temporal aponta a relevância de estudos mais aprofundados e de diferentes abordagens, sobretudo em contextos culturalmente diferenciados, conforme apontam estudos mais recentes sobre o tema (BRAGA, et al., 2020; SOUZA, 2019; ORELLANA, SOUZA, SOUZA, 2018). Importante ressaltar que a pesquisa atendeu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), aprovado e encaminhado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o CAAE 2022.0.115.000-11.

## PERCURSO METODOLÓGICO

### Local, desenho e período do estudo

O lócus deste estudo se deu na sede do município de São Gabriel da Cachoeira (principal centro urbano regional do município), situado ao extremo noroeste do Amazonas, na Bacia do Alto Rio Negro (ARN). São Gabriel da Cachoeira dista 852 km de Manaus, capital do Estado, possui extensão territorial de 109.183,450 km<sup>2</sup> e faz fronteira com Colômbia e Venezuela, e com o município amazonense de Santa Isabel do Rio Negro. A população estimada no último recenseamento é de 47.031 habitantes (IBGE, 2022). O município possui aproximadamente 81% de sua área composta por terras indígenas homologadas e habitadas por 23 etnias indígenas, das famílias linguísticas Tukano, Aruak, Maku e Yanomami, espalhados por mais de 550 comunidades, tornando sua sede a cidade mais indígena do Brasil (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2014; IBGE, 2022; LASMAR, 2005).

Para a compreensão de um tema tão sensível como o suicídio, optamos pela abordagem qualitativa. Pesquisas qualitativas se caracterizam pela proposição do pesquisador em participar, compreender e interpretar as informações coletadas (MINAYO, 2010). Em sua abordagem o pesquisador procura entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir disso, situa sua interpretação dos fenômenos estudados (VÍCTORA, 2000; MINAYO, 2005) sendo essa a estratégia adotada neste estudo.

Para o levantamento das informações foi realizado um grupo focal com cinco participantes, de formação profissional diversificada nas áreas da antropologia, pedagogia, medicina e odontologia. Eles foram apontados por pro-

fessores das escolas públicas e pelos profissionais da saúde e da assistência psicossocial de São Gabriel da Cachoeira, como interlocutores da cultura local, ao dialogarem sobre as transformações ocorridas na junção das culturas do contexto multiétnico do município. Todos os entrevistados são especialistas em antropologia intercultural e atuam na ONG Pró-Amazônia, situada na sede do município, desde o ano de 2005, atendendo desta forma, o recorte temporal dos eventos ocorridos no período de 2005 a 2010, no município. Consideramos esta amostra representativa para este estudo considerando o contexto de produção das informações, a formação profissional e sobretudo a experiência dos entrevistados atuando junto às comunidades indígenas locais.

Acreditamos que este conjunto de elementos propiciou à pesquisa, refletir sob o ponto de vista antropológico, as ações de cuidado em saúde ofertadas especificamente ao público que apresentou fatores precipitantes ou estressores associados ao suicídio. Destacamos ainda que, apesar deste grupo de especialistas em antropologia intercultural não estar na ponta ofertando os cuidados assistenciais, as informações fornecidas corroboram com os achados dos estudos de pesquisadores da região Amazônica (MINEIRO, 2016; MINEIRO, 2018; ORELLANA, 2013; SOUZA, ORELLANA, 2013), além de apontarem outras questões pouco aprofundadas, como a impulsividade enquanto característica comportamental do indivíduo que age prematuramente, sem pensar e/ou considerar as consequências de seus atos.

Sobre a técnica do grupo focal cabe esclarecer que ela consiste em uma técnica de entrevista ou conversa realizada em grupos homogêneos de 5 a 12 pessoas, que atua de forma organizada com a finalidade de obter informações de um determinado tema (MINAYO, 20005; CARLINI-COTRIM, 1996). A troca efetiva de informações permite aos participantes, estimular uns os outros a debaterem sobre o assunto, formando suas próprias opiniões ou permitindo a mudança de sua opinião inicial. Isto permite que o foco seja explorado, enriquecendo assim o debate (CARLINI-CONTRIM, 1996; GOMES, 2005, RESSEL *et al.*, 2008).

O instrumento utilizado para a coleta das informações foi um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas que constituem as categorias apriorísticas de análise da autópsia psicológica<sup>1</sup>. A categoria apriorística, geralmente de larga abrangência, permite ao pesquisador classificar diretamente suas unidades de análises dentro destas categorias mais abrangentes e a partir disso, diversificá-las em subcategorias (CAMPOS, 2004). Neste estudo apresentaremos dados coletados acerca de apenas uma categoria da autópsia psi-

---

<sup>1</sup> - Avaliação retrospectiva de morte autoprovocada, com a finalidade de compreender os aspectos psicológicos e esclarecer o modo da morte, além de refletir sobre intenção letal ou não do indivíduo (WERLANG, 2000).

cológica, a saber: fatores precipitantes ou estressores.

O procedimento de coleta foi dividido em dois momentos. Primeiramente foi realizada uma breve leitura do Termo de Consentimento, explicado o objetivo do estudo e tiradas algumas dúvidas dos participantes em relação a forma de participação no Grupo Focal. O segundo momento foi a realização da técnica do grupo focal propriamente dita, mediante permissão para gravação das falas.

Para a análise dos dados, a estratégia utilizada foi a Análise de Conteúdo, metodologia de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e voltados para o conteúdo das informações coletadas, sejam elas entrelinhas, reticências ou a própria comunicação explícita (BARDIN, 1977). A principal característica da análise de conteúdo é a inferência na análise dos dados a partir da categorização do conteúdo das informações obtidas. Essa inferência significa uma vinculação lógica de uma proposição apresentada com proposições teóricas, que já são aceitas como verídicas (BARDIN, 1977). A categorização se caracteriza por agrupamentos de elementos relevantes obtidos em unidades temáticas e, posteriormente, em grupos de temas mais abrangentes. Nessa pesquisa, utilizou-se a prévia categorização da autópsia psicológica das quais derivaram as subcategorias que emergiram a partir das informações trazidas pelos profissionais entrevistados.

Em síntese, o desenho deste estudo delinea-se como descritivo e analítico, com abordagem qualitativa e classificação temporal transversal, realizado na sede do município de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, município predominantemente indígena. A base de dados analisada foi construída a partir da coleta de campo.

Foi realizado entre julho de 2012 a setembro de 2013, período que envolveu a pesquisa de campo, tabulação e análise dos dados. Este recorte aponta a relevância de estudos mais aprofundados e de diferentes recortes, sobretudo em contextos culturalmente diferenciados, conforme apontam estudos mais recentes sobre o tema (BRAGA, *et al.*, 2020; SOUZA, 2019; ORELLANA, SOUZA, SOUZA, 2018).

## **FATORES PRECIPITANTES OU ESTRESSORES: IMPULSIVIDADE RESULTANTE DA FALTA DE HABILIDADE PARA RESOLVER CONFLITOS E O CONSUMO ELEVADO DE BEBIDA ALCOÓLICA.**

A relação direta entre suicídio e os fatores precipitantes ou estressores e eventos recentes é observada em vários estudos (SÉRVIO; CAVALCANTE,

2013; CANTÃO, BOTTI, 2016; ORES *et al.*, 2012; MELEIRO, 2010), que fazem relação direta com atividades de sociabilidade e relações afetivas como: brigas e conflitos com cônjuge, agressões físicas e verbais do cônjuge, separação do cônjuge, briga com irmãos, conflitos familiares (MARQUETTI; MILEK, 2014), como causas associadas ao suicídio e tentativa de suicídio. De acordo com o relato dos entrevistados, quando os conflitos ocorrem,

Eles nunca procuram o outro, pra conversar e dizer: Olha, aconteceu isso, vamos resolver, como é que a gente faz [...]. No dia das festas deles, que eles produzem o caxiri, e após algumas horas que eles tão bebendo, eles começam então a querer tratar desses problemas. (ENTREVISTADO C).

Ou seja, a falta de habilidade para estabelecer diálogos sobre os problemas comuns do dia a dia, das relações conjugais, e dos conflitos familiares resulta em introspecção, vindo à tona nos momentos em que a ingestão da bebida fermentada (caxiri) e bebida alcoólica atuam como desinibidores do indivíduo, como refere um entrevistado.

[...] porque eu acho que a bebida funciona até como um regulador social e aí ela dá uma coragem. (ENTREVISTADO C).

O álcool é o que deu a coragem né, mas, o que veio logo antes dele tomar, que ficou matutando lá, enquanto ele tava bebendo [...]. (ENTREVISTADO D)

[...] a gente vê que eles, quando eles tão sobre o efeito de bebida alcoólica, eles se tornam muito corajosos [...]. (ENTREVISTADO E)

A ingestão de bebida alcoólica aumenta a impulsividade e consequentemente o risco de suicídio. Ou seja, a impulsividade associada ao álcool caracteriza-se como forte indicador de risco. O impulso de uma forma geral é passageiro, contudo, ao ocasionar uma atitude impensada, justificada para interrupção imediata da dor, pode ser fatal (MELEIRO, 2004). Independente do contexto de consumo, a ingestão elevada de bebida alcoólica é associada como fator de risco aos suicídios e tentativas de suicídios, podendo ainda elevar a potencialidade de alguns distúrbios mentais (LANDBERG, 2007; BOTEAGA, 2009; OMS, 2000).

Alguns estudos referem que o comportamento impulsivo (AZEVEDO; DUTRA, 2012; SÉRVIO; CAVALCANTE, 2013; MARQUETTI; MILEK, 2014) para o suicídio ou tentativa de suicídio foi vivenciado como algo imediato, respondendo a um sentimento de sofrimento insuportável. A impulsividade pode ser desencadeada por eventos negativos do dia a dia, ou por um sofrimento que o indivíduo não conseguiu resolver ou elaborar de outra forma (AZEVEDO; DUTRA, 2012). Ao guardar para si a dor sofrida, a mágoa não elaborada, o sentimento

de raiva, tristeza ou desânimo da vida, o indivíduo fecha-se numa introspecção com pouca ou nenhuma comunicação. No contexto estudado, de acordo com os entrevistados isso decorre em virtude de:

[...] um perfil eles têm, de que eles não confrontam. De não confrontação diante dos problemas da vida. (ENTREVISTADO A).

A não confrontação da realidade e dos problemas cotidianos pode estar relacionada a uma característica ou traço de personalidade presente no indivíduo que mereça maior atenção nas análises considerando que:

[...] daquela questão do perfil do povo, um outro elemento é o individualismo. E veja só quando a gente fala do existencialismo: é exagerado. Fatalismo: fortíssimo. Individualismo: é ao extremo. [...] Então assim, se fosse considerar um processo, seria um processo milenar que construiu esse perfil cultural deles. (ENTREVISTADO B).

O histórico de vida, quando marcado por conflitos familiares e relações afetivas conturbadas, pode desencadear uma série de fatores que influenciam no comportamento do indivíduo (SÉRVIO, CAVALCANTE, 2013; MARQUETTI, MILEK, 2014).

Vários estudos apontam que uma história de vida marcada por eventos traumatizantes como separação, perda de um ente querido, falta de diálogo no ambiente familiar podem desencadear ideação suicida (AZEVEDO, DUTRA, 2012). Conforme relatos dos entrevistados,

[...] a impressão que se tem é de que são crises aparentemente pontuais. São fortes o suficiente para levar ao suicídio. (ENTREVISTADO C).

Eu também, eu também, vejo isso assim. Que não há uma coisa elaborada, que às vezes um fato isolado, ele pode ser motivador suficiente, pra ele dar cabo da vida né. (ENTREVISTADO A).

A impulsividade é apontada como um fator de risco, geralmente motivada por eventos negativos, como: rejeição; recriminação; fracasso; falência; morte de ente querido; entre outros (ABP; CFM, 2014). Embora transitório, o impulso para cometer suicídio tem duração rápida, de alguns minutos ou horas (ABP; CFM, 2014). O manual dirigido aos profissionais da saúde mental aponta a impulsividade com uma das três características próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas sob risco de suicídio (MS; OPAS; UNICAMP, 2007).

Enfatizamos que a impulsividade, recorrente na fala dos entrevistados, surge como uma subcategoria dentro da categoria fatores precipitantes ou es-

tressores, e fomenta as reflexões de como o cuidado tradicional e intercultural podem consolidar a rede de cuidados em saúde no contexto indígena urbano, apresentadas aqui.

## SAÚDE INDÍGENA NO ÂMBITO DE PRÁTICAS E INTEGRAÇÃO ENTRE CULTURA E CUIDADO EM SAÚDE.

No ano de 2007, de acordo com os entrevistados, após a ocorrência de casos de violência, homicídios, suicídios e tentativas de suicídios, foi elaborado o documento *“Dossiê da Impunidade”* (FOIRN, FUNAI, 2007). Este documento resultou de inúmeras reuniões realizadas entre representantes de diversas instituições da área da saúde, assistência, educação, proteção social, forças armadas e religiosas. Os dados sobre as diversas denúncias de roubos, estupros, brigas, homicídios, suicídios, conflitos familiares e problemas com drogas/álcool, foram organizados e apresentados no relatório da Secretaria Estadual dos Povos Indígenas – SEIND (FOIRN, FUNAI, 2007), na expectativa de que o poder público se responsabilizasse pela segurança pública e pelos direitos humanos dos indígenas (MINEIRO, 2013).

Posteriormente, como parte de ações estratégicas das instituições partícipes do *“Dossiê da Impunidade”*, foi elaborado um “Plano Interinstitucional de Enfrentamento do Suicídio em São Gabriel da Cachoeira” (FOIRN, FUNAI, 2007). Foram desenvolvidas ações emergenciais em conjunto, incluindo os familiares dos envolvidos nos suicídios e nas tentativas de suicídio. O plano e as ações desenvolvidas foram pautados na Portaria GM/MS nº. 1.876, de 14/08/2006 que versa sobre as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006; FOIRN, FUNAI, 2007). As ações de cuidado em saúde ofertadas especificamente ao público que apresentou fatores precipitantes ou estressores associados ao suicídio foram desenvolvidas de forma integrada valorizando os saberes locais e saberes profissionais.

Um fator sociocultural importante que cabe pontuar, está relacionado à identificação de situações de vulnerabilidade. Os profissionais da assistência social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS) do município, realizaram visitas domiciliares e entrevistas individuais, e foi observado que a grande parte das famílias estavam inseridas em Programas Sociais como o Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), não caracterizando, de certa forma, situação de risco e vulnerabilidade social. Entretanto, os profissionais da assistência social entenderam que, ao dialogar com os profissionais da educação, que apontaram a relevância do *“Círculo de Palestras”*, abordando

temas voltados ao alcoolismo, seria importante integrar ações. Após busca ativa de famílias que apresentavam suscetibilidade quanto ao uso de bebidas alcoólicas, os profissionais do CRAS do bairro Areal realizaram palestras voltadas sensibilização dos jovens em relação aos problemas consequentes do uso abusivo de álcool, dentre eles o suicídio e as tentativas de suicídio, com uso de imagens que facilitavam a associação da situação-problema (MINEIRO, 2013).

Na área da saúde as forças armadas tiveram importante papel, prestando atendimento emergencial às vítimas, além de acompanhamento psiquiátrico e terapêutico individual, no Hospital de Guarnição do município (HGuSGC). O profissional do serviço social do hospital foi responsável pela organização e realização em parcerias com profissionais da educação e do Sistema único de Saúde (SUS), pela realização de um “*Círculo de Palestras*” (MINEIRO, 2016).

Os entrevistados reforçaram que para o enfrentamento do suicídio e tentativas de suicídio, seria importante a articulação de um conjunto de organizações e instituições das mais variadas áreas para pensar e desenvolver estratégias.

[...] a gente acredita que, para trabalhar nessa questão é preciso o envolvimento das instituições e organizações das áreas da educação, assistência, saúde e instituições religiosas, porque existe também uma parte da questão cultural ligada à espiritual. (ENTREISTADO A).

[...] os profissionais da saúde da região têm um grande desafio nessa questão do suicídio aqui na região, porque eles antes de entenderem isso como uma demanda da saúde pública, eles têm que entender a cosmovisão indígena pra compreender como intervir na saúde deles respeitando todo um entendimento cultural que eles têm de adoecimento, tratamento e cura. (ENTREISTADO B).

Sobre a oferta de cuidados prestados na Atenção Primária à Saúde (APS) do município, salienta-se que como porta de entrada, ela atuou na identificação de sintomas clínicos, sintomas de distúrbios e transtornos considerados como fatores de risco associados ao suicídio e avaliação e encaminhamento para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Picassuara), sempre que necessário (MINEIRO, 2017).

As iniciativas das instituições religiosas contemplaram atividades culturais e esportivas aos jovens que estavam diretamente ligados à pastoral da igreja católica, proporcionando nos finais de semana, alternativas de lazer, entretenimento e atividades consideradas saudáveis ao convívio social (FOIRN, FUNAI, 2007).

Os benzedores locais passaram a fazer com maior frequência ritos para afastar o “*sopro*” da inveja, que poderia ter sido a causa espiritual da ocor-



rência dos suicídios, aliada à perda do respeito às crenças dos ancestrais em guardar os costumes dos antigos (MINEIRO, 2013).

Após diálogos com lideranças indígenas na sede da FOIRN, a SEIND realizou em 2009 em parceria com o Conselho Estadual Sobre Drogas (CONEN/AM), realizou o “*Seminário de Prevenção do uso de drogas*”. O evento foi um desdobramento do Subprograma de Valorização da identidade na prevenção ao uso de álcool e outras drogas e elaborado pela respectiva secretaria, por entender a necessidade de aprofundamento de pesquisas que viabilizem a articulação interdisciplinar entre conceitos tão diversos como dependência, problemas relacionados ao uso de álcool e alcoolização e torná-los ferramentas operativas para o aprimoramento das práticas sanitárias dos profissionais que atuam em saúde indígena (MINEIRO, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes achados apontam questões importantes tanto do ponto de vista da saúde pública quanto para dimensão antropológica ligada ao fenômeno do suicídio. Os esforços de organismos internacionais e o compromisso de alguns países na prevenção do suicídio, traduzido em números, continuam aparentemente insuficientemente, visto que apenas 38 países apresentaram uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio (OMS, 2022). Os instrumentos de abordagem para contextos culturalmente diferenciados devem ser pensados, a fim de intervir de forma a respeitar e valorizar a cultura local.

As ações voltadas para a identificação das situações de vulnerabilidade e fatores precipitantes ou estressores também considerados como fatores de risco associados ao suicídio, bem como as ações de prevenção e atenção e cuidados à saúde, foram inicialmente desenvolvidas de forma a contribuir com o mapeamento da real situação de vulnerabilidade local. As ações estiveram especialmente voltadas a um público em condições de vulnerabilidade sócias culturais, por não conseguirem naquele momento desenvolver a capacidade de prevenção e resistência diante das adversidades da vida e seus impactos.

Embora as ações estivessem voltadas para enfrentamento do suicídio indígena no município, neste período estiveram de uma forma geral, focadas para o esclarecimento das consequências do uso abusivo de álcool, apontando as consequências e associações de comportamentos impulsivos, estimulados pelo consumo elevado do álcool.

A complexidade do tema suicídio exige um conjunto articulado de ações e estratégias que envolvam a pesquisa como base para compreensão dos di-

versos fatores que motivam o ato, sobretudo em um contexto tão específico como o amazônico. As estratégias usadas apontam que o enfrentamento de uma questão tão sensível, como o suicídio não podem ser buscadas apenas nos serviços tradicionais de saúde mental. Antes, deve-se buscar uma conexão entre os saberes para subsidiar práticas profissionais associadas às práticas tradicionais do contexto local, com vistas a uma atuação sinérgica e intersetorial no âmbito de práticas que possam fazer a integração entre cultura e cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRELLO, G. **Cidade do Índio: Transformações e cotidiano em Iauareté**. São Paulo: Editora UNESP: ISA; Rio de Janeiro: NUTI. 450 p., 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília, 2014.

AZEDO, A. K. S; DUTRA, E. M. S. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v.XVIII, n.1, p. 20-29, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOTEGA, N. J. (org.). **Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da Atenção Básica**. Ministério da Saúde; Organização Pan-americana da Saúde; UNICAMP; São Paulo, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017**. Programa Nacional para Saúde Mental. Brasília, DF: MS, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018**. Boletim Epidemiológico, n.51, p.1-7, 2020. Disponível em [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim-epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim-epidemiologico_svs_33_final.pdf).

\_\_\_\_\_; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas

de gestão.2006.

BRAGA, C. M. R.; NOGUEIRA, L. M. V.; TRINDADE, L. N. M.; RODRIGUES, I. L. A.; ANDRÉ, S. R.; SILVA, I. F. S. et al. Suicide in indigenous and non-indigenous population: a contribution to health management. **Rev. Bras. Enferm.** v.73 (Supl. 1), e20200186, 2020.

BUCHILLET, D. **Os índios da região do Alto Rio Negro: História, etnografia e situação das terras**, UnB/URSTOM, 1991.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.57, n.5, p.611-4, 2004.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.2, p. 389-396, 2016.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.3, p. 285-93, 1996.

CHERNELA, J. M. Hierarchy and Economy in the Uanano (Kotiria) speaking peoples of middle basin. **Tese de Doutorado**, Columbia University, 1983.

COUTINHO, W. **Suicídio indígena alto-rionegrino: circunstâncias e enigmas da morte voluntária no noroeste da Amazônia**. Manaus: MP/AM, 2011. 78p. (Relatório Técnico).

FOIRN/FUNAI. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro; Fundação Nacional do Índio. **Comissão do Movimento contra a impunidade. Dossiê da impunidade**. São Gabriel da Cachoeira, 2007.

GOMES, A. A. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal. **EccoS – Revista Científica**, v.7, n.2, p. 275-290, jul./dez. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tendências Demográficas: Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em 02.04.2022.

ISA. Instituto Socioambiental. **Exclusão sócio-cultural pode ter levado jovens**

**ao suicídio em São Gabriel da Cachoeira.** Notícias. Página consultada em 17 de março de 2011. < <http://www.socioambiental.org>>.

LANDBERG, J. Alcohol and suicide in eastern Europe. **Drug and Alcohol Review**, v.27, n.4, p.361–373, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1080/09595230802093778>  
 LASMAR, C. De Volta ao Lago de Leite: Gênero e transformação no Alto Rio Negro. São Paulo: Editora UNESP/ISA; Rio de Janeiro: NUTI. 288 pp., 2005.

MARQUETTI, F. C; MILEK, G. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v.25, n.1, p. 18-26, 2014.

MELEIRO, A. M. A. S. et al. **Suicídio: estudos fundamentais** – São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005, p. 71-104.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINEIRO, M. **Representações Sociais de Suicídio Indígena em São Gabriel da Cachoeira**. 125f. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

MINEIRO, M. et al. **Valorização da Vida: uma análise de ações voltadas ao enfrentamento do suicídio indígena em um contexto amazônico**. IN: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (org.). Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado, Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

MINEIRO, M. **Suicídio: diálogos interdisciplinares**. 1a. ed. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2018. v. 1. 95-114p.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias - Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso**. Genebra, 2006. Disponível em < <http://www.who.int>>.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio será observado em 10 de setembro**. In: Media Center: Nota à imprensa, 2011. Disponível em < <http://www.afro.who.int/fr/centre-des-medias/note-destinee>>.

-a-lapresse/408-world-suicide-prevention-day-to-be-observed-em-10-setembro.html>.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Estatísticas mundiais de saúde 2020: monitoramento da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável.** Organização Mundial da Saúde. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>. Acesso em 10 de jul., 2022.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Estatísticas mundiais de saúde 2021: monitoramento da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável.** Organização Mundial da Saúde. 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>. Acesso em 10 de jul., 2022.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Estatísticas mundiais de saúde 2022: monitoramento da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável.** Organização Mundial da Saúde. 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>. Acesso em 10 de jul., 2022.

ORELLANA, J. D. Y.; COSTA, C.; SOUZA, M. L. P. Hidden Suicides of the Indigenous People of the Brazilian Amazon: Gender, Alcohol and Familial Clustering. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v.48, p. 133-139, 2019.

ORELLANA, J. D. Y.; SOUZA, M. L. P. Excess suicides in Brazil: inequalities according age groups and regions during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 68, p. 1-14, 2022. Disponível em < <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00207640221097826>>.

ORES, L. C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p. 305-312, 2012.

PEREIRA, M. M. Suicídio indígena no alto Rio Negro: uma compreensão sobre o fenômeno em um contexto culturalmente diferenciado. In: GUTIERREZ, D. M. D., Ribeiro, J. H. S. (Org.) **Suicídio: diálogos interdisciplinares**. Manaus: EDUA, 2018.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 779-86, 2008.

SÉRVIO, S. M. T.; CAVALCANTE, A. C. S. Retratos de autópsias psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, p. 164-175, 2013.

SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no

Brasil. **Cadernos. Saúde Pública**, v.35, suppl.3, e00019219, 2019. Disponível em: <[http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001505007&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505007&lng=en&nrm=iso)>.

VÍCTORA, C. G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WERLANG, B. S. G. Avaliação retrospectiva: autópsia psicologia para casos de suicídio. In: CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico** - 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, pp. 1996-201, 2000.



# **SOBRE OS AUTORES E AUTORAS**



# SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

## ORGANIZADORES

### RODRIGO TOBIAS

Graduação em odontologia. Mestre e Doutor em Saúde Pública (FIOCRUZ) e Pós-doutorado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ Amazônia). Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA, e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Membro da coordenação executiva do Grupo Temático Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e membro da Rede Unida. Coordenador Projeto Manaós - Saúde indígena em Contextos Urbanos em Manaus, Amazonas. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

### NOELI DAS NEVES TOLEDO

Graduação em enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde pela UNESP/Botucatu, mestrado em Educação pela Universidade Federal do Amazonas/UFAM, Especialista em Antropologia da Saúde, pela Universidade Federal de Pernambuco e Urgência e Emergência pela Escola de Enfermagem de Manaus/UFAM Grupo de estudos e pesquisa em saúde com populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia- GEPSVAM. Professora adjunta da Universidade Federal do Amazonas, com experiência no ensino, pesquisa e extensão na área de Doenças Crônicas não transmissíveis com enfoque na Saúde das Populações Amazônicas. E-mail: nocaneves@ufam.edu.br.

### CAMILA CARLOS BEZERRA

Graduação em enfermagem. Docente efetiva da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Doutoranda em Ciências (USP/PROESA). Mestre em Enfermagem (UEPA/UFAM). Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Pesquisadora do Grupo de estudos e pesquisa em saúde com populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia (GEPSVAM/UFAM). Membro Projeto Manaós - Saúde indígena em Contextos Urbanos em Manaus. E-mail: camilabezerra@ufam.edu.br



### TAIS RANGEL CRUZ ANDRADE

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialista em Educação Permanente na Gestão Regionalizada do SUS pelo Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ Amazônia, especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) - FIOCRUZ Amazônia. Atuação com populações indígenas como Coordenadora de IST/AIDS e Hepatites Virais, apoiadora de Polo Base e Ponto Focal do Programa Mais Médicos para o Brasil no DSEI Médio Rio Solimões por 6 anos. E-mail: taisrca@hotmail.com

### RANIELE ALANA LIMA ALVES

Graduação em enfermagem pelo Centro Universitário do Norte- Uninorte, Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Indígena e Saúde da Família (Faculdade Delta), mestranda em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA/ ILM D FIOCRUZ/Amazônia. Pesquisadora do LAHPSA/ Fiocruz Amazônia. Professora substituta no departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFAM. E-mail: lanahlima93@gmail.com

## AUTORAS E AUTORES

### ANDREA BITENCOURT PRADO

Graduação em antropologia, indigenista vinculada à Fundação Nacional do Índio (FUNAI)

### ANDRÉA BORGHI MOREIRA JACINTO

IN MEMORIAM - Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas, especialização em saúde coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz - Brasília, mestrado em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas e doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília. Foi docente da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e coordenadora de Gênero, Assuntos Geracionais e Participação Social na Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Foi ainda analista técnica de políticas sociais vinculada ao Ministério da Saúde (MS).

*Aqui registramos nossa gratidão pela trajetória coerente e pertinente no campo das políticas públicas, em especial na área da antropologia e da saúde. A organização desta obra em conjunto do(a)s amigo(a)s reconhecem aqui a grandeza de ideais e legados que Andrea construiu ao longo de sua vida e a implicação disso nos lugares, nos corações e mentes em que atuou. Obrigado pela sua humanidade, leveza, respeito e empatia. Ensinou o amor.*

### **ANA CAROLINE MACHADO COSTA CASTRO**

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) com especialidade em Oncologia pelo Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação (CGESP). Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins (UFT).

### **BAHIYYEH AHMADPOUR**

Graduação em enfermagem. Doutora em Ciências (PROESA/USP). Docente do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (FM/UFAM). E-mail: bahiyyeh@gmail.com

### **BRUNA REIS DOS SANTOS TEMBÉ**

Indígena da etnia Tembé. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará. É bolsista no Projeto de Extensão Práticas de Educação em Saúde com Populações Tradicionais (PESPOT) Edital PIBEX 2022. Voluntária no projeto Eixo Transversal 2021 intitulado Sementes, voluntária de iniciação científica, voluntária no projeto de extensão Amazônia Editado navega Saberes 2021/2022. E-mail: brunatembé5@gmail.com

### **CAMILA FONSECA BEZERRA**

Graduação em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri-URCA. Doutorado pela Universidade Federal do Pernambuco (UFPE). Docente na URCA. E-mail: camila.bezerra@urca.br

### **CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA**

Graduação em comunicação social. Mestre e doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS). Realizou estágio de Pós-Doutorado junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e junto à Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Professora Associada da Escola de Enfermagem e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFRGS) e do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU/UFRGS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

### **DANIELLE ROSA EVANGELISTA**

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) com especialidade em Obstetrícia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Coordenadora do curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: daniellerosa@mail.uft.edu.br

### **DANIELLE FERNANDA DA SILVA**

Graduação em medicina, Universidade Federal Fluminense. E-mail: d\_silva@gmail.com

### **DOUGLAS ANTÔNIO RODRIGUES**

Graduação em medicina, especialista em Medicina Preventiva e Social e Doutor em Saúde Coletiva. Trabalha com saúde dos povos indígenas no Brasil há 42 anos. Foi coordenador do Programa de Extensão em Saúde dos Povos Indígenas - Projeto Xingu - da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e atualmente coordena o Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo. E-mail: douglas.rodrigues@huhsp.org.br

### **ESRON SOARES CARVALHO ROCHA**

Graduação em Enfermagem e Obstétrica pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde Indígena pela Universidade Federal do Amazonas. Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutor em Ciência na área de concentração Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto, atuando no Programa de Pós-graduação em Enfermagem no contexto amazônico, no Mestrado Profissional e na graduação em Enfermagem da EEM/UFAM.

### **EVELYNE THERESE MAINBOURG**

Graduação em enfermagem, Doutora em Ciências Sociais, Pesquisadora do Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis - SAGESPI, do Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: evelyne.mainbourg@fiocruz.br.

### **FABIANE VINENTE DOS SANTOS**

Graduação em Antropologia, Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM) e Doutora em Antropologia (UNICAMP). Pesquisadora do Laboratório História e Políticas Públicas de Saúde na Amazônia - LAHPSA, do Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ Amazônia). E-mail: fabiane.vinente@fiocruz.br.

### **FERNANDA CABRAL CIDADE**

Graduação em geografia e Mestra em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, ambas pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), atualmente pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa das Cidades da Amazônia (Nepecab) na UFAM.

### **FRANCIELLI GIRARDI**

Graduação em enfermagem e Mestre em Ciências Ambientais pela UNOCHAPECÓ (2011). Especialização lato-sensu em Saúde Coletiva (UNINGÁ), pós-graduada em Saúde Indígena (UNIFESP) e Vigilância Alimentar e Nutricional para Saúde Indígena (FIOCRUZ). Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade do Vale dos Sinos - UNISINO. Atualmente, é participante do corpo docente responsável pelo projeto de implantação do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade e membro do Laboratório de Pesquisa em Inovação e Cuidados em Saúde da UNIARP. Membro da Liga Acadêmica LAAPESC/ UDESC. E-mail: fragirardi@gmail.com

### **FRANCIMAR OLIVEIRA DE JESUS**

Graduação em enfermagem e bolsista do Programa de Iniciação Científica do Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: francy.oliveira1732@gmail.com

### **GEISY DE ANDRADE LIMA**

Graduação em medicina, Universidade Federal do Amazonas. E-mail: geisylimacel@gmail.com

### **IVANI FERREIRA DE FARIA**

Graduação em Geografia pela Universidade Federal do Espírito Santo, mestrado em Geografia (Geografia Humana) e doutorado em Geografia (Geografia Física) pela Universidade de São Paulo, Pós-doutorado pela Universidade Nacional do México/UNAM e Universidade Pedagógica Nacional do México/UPN e Cátedra Brasil, Ciências Sociais e Humanas CAPES/CES- Universidade de Coimbra. Atualmente é pesquisadora e líder do Grupo de pesquisa Dabukuri - Planejamento e Gestão do Território na Amazônia/UFAM.

### **JAINARA DE SOUSA ARAÚJO**

Graduação em Enfermagem (UFPA). Proprietária do Instituto JR treinamentos em saúde. Foi Docente da Instituição de Cursos Profissionalizantes ENFERTEC. Está como equipe técnica de três projetos extensionistas, regido por editais da Universidade Federal do Pará, como foco as ações afirmativas e divulgação científica na inclusão destes estudantes indígenas e quilombolas, com para a inclusão do manejo de tecnologias e a produção científica. Membro da associação ABEn-Pa. E-mail: jainara.ufpa@gmail.com

### **JÉSSICA BATISTA DO NASCIMENTO APURINÃ**

Mulher Indígena do Povo Apurinã. Graduação em Direito. Secretária Adjunta da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno - COPIME. E-mail: jessica\_onia@hotmail.com

### **JOÃO VICTOR OLIVEIRA DE MELO**

Graduação em medicina, Universidade Federal do Amazonas. E-mail:jvictor71@yahoo.com.br

### **JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT**

Graduação em Ciências Sociais e Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela UFAM, Doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPISA, FIOCRUZ Amazônia. Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE. E-mail: julio.ilmld@gmail.com

### **JULIANA CLÁUDIA LEAL MARTINS**

Graduação em enfermagem (PUC Minas), especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo e em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Experiência na indígena iniciada em 2006, desenvolvendo atividades de assistência, ensino e pesquisa. No momento, atua como enfermeira do Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo. E-mail: jclmartins@unifesp.br

### **KÁTIA SILVA LIMA DE MENEZES**

Graduação em Serviço Social (UFAM), Doutora em Ciências Sociais, Pesquisadora do Laboratório História e Políticas Públicas de Saúde na Amazônia - LAHPSA, do Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ Amazônia). E-mail: katia.lima@fiocruz.br

### **LEANDRO EUSTÁQUIO GOMES**

Pós-doutorado em Antropologia Social no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social - PPGAS/Universidade Federal do Amazonas - UFAM; Doutorado, Mestrado e Especialização em Antropologia Social e Cultural pela Universidade de Coimbra/Portugal. Membro do Grupo NAURBE - Cidades, Culturas Populares e Patrimônios - Universidade Federal do Amazonas - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social; Pesquisador voluntário junto ao Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN/AM. E-mail: leandroegomes@gmail.com

### **LUDIMAR NUNES GONÇALVES KOKAMA**

Indígena do povo Kokama. Graduação em ciências contábeis pela Universidade do Estado do Amazonas, coordenador tesoureiro da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno - COPIME. E-mail: ludimarrvpa@gmail.com

### **MARCIVANA RODRIGUES PAIVA SATERÉ-MAWÉ**

Mulher Indígena do povo Sateré-Mawé. Graduação em Contabilidade, atual presidente da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno - COPIME. E-mail: marcivana\_am@hotmail.com. E-mail institucional: copimemanaus@gmail.com

### **MARLUCE MINEIRO**

Graduação em serviço social, Especialista em História da Saúde na Amazônia pela Casa de Oswaldo Cruz - COC e Instituto Leônidas e Maria Deane-ILMD Fiocruz/Amazônia, Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela UFAM. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: malumineiro@gmail.com

### **MARISANGELA SPOLAÔR LENA**

Graduação em psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria, Mestra em Psicologia com ênfase em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria com período de mobilidade acadêmica na Universidade do Porto

/ PT, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Atualmente é psicóloga clínica, responsável técnica pela Equoterapia no Centro de Equitação Cristal - Santiago/RS e Coordenadora e docente de cursos de pós-graduação na FAESDA. Email: marisangelaslana@gmail.com

### **MAYRA COSTA ROSA FARIAS DE LIMA**

Graduação em saúde coletiva (UEA), e enfermagem (UNIP). Fez especialização em Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - ILMD FIOCRUZ/Amazônia.

### **MICHELE NEVES MENESES**

Graduação em enfermagem e sanitária. Educadora Popular em Saúde. Mestra em Ensino na Saúde pela UFRGS. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Membro do Movimento Popular de Saúde - MOPS/RG. Prefeitura Municipal do Rio Grande. michelemeneses22@gmail.com

### **NÁDILE JULIANE COSTA DE CASTRO**

Graduação em enfermagem (UEPA). Mestre em Doenças Tropicais (UFPA). Doutora em Ciências Socioambientais (NAEA/UFPA). Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF-UFPA) na linha de atuação em Inclusão e Saúde e agravos de povos indígenas e comunidades tradicionais a partir de Processos de ensino e aprendizagem; Comunicação e Informação. Possui experiência na assistência em atenção primária à saúde e saúde indígena e enfermeira do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Coordenadora da Diretoria de Comunicação social e Publicações da ABEn seção Pará. E-mail: nadiledecastro@ufpa.br

### **NAINÉ TERENA DE JESUS**

Graduação em comunicação social. Mestre em artes (UnB), Doutora em educação (PUC-SP). Mulher do povo Terena é docente, curadora e artista educadora. É docente na especialização em gestão cultural - ampliação de repertórios, do Instituto Itaú Cultural e pesquisadora do projeto DECAY, financiado pelo Riksbankens Jubileumsfond e idealizadora da Mostra Etnomídia indígena. E-mail: naineterena@hotmail.com.

### **NEULIANE MELO SOMBRA**

Graduação em enfermagem e mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas. Docente do curso de medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC). Faz parte do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde com Populações em Situação de Vulnerabilidade na Amazônia - GEPSVAM.

### **PAULA BRUSTOLIN XAVIER**

Graduação em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Professora

titular da Universidade do Oeste de Santa Catarina e da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe. Servidora Pública da Secretaria de Saúde de Caçador (SC). E-mail: paulabrus2015@gmail.com

### **PAULA FABIANNE DA ROCHA NOBRE**

Graduanda em enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA) e bolsista de Iniciação Científica do Instituto Evandro Chagas (IEC). Faz parte dos grupos de pesquisas: "Educação, Formação e Gestão para praxis do cuidado em saúde e enfermagem" (EDUGESPEN), e do "Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente" (GEPESMUCA). Voluntária no projeto de extensão: "Amazônidas: Pluralidades na formação e atuação em saúde". E-mail: paula97fabiane@gmail.com

### **POLIANA GUERINO MARSON**

Graduação em farmácia e bioquímica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestrado em Ciência Bioquímica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Doutorado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Docente do curso de graduação em medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Docente do curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: polianamarson@mail.uft.edu.br

### **RAIMUNDO ABREU DOS SANTOS**

Indígena da etnia Tembé. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará. Atual subcoordenador (Edital PIBEX 2022) e bolsista no Projeto de Extensão Práticas de Educação em Saúde com Populações Tradicionais (PESPOT). Compõe equipe técnica do projeto de extensão Amazônidas (Edital Navega Saberes 2022) e Sementes (Edital Eixo Transversal 2022), ambos da UFPA. Atua como técnico de enfermagem do DSEI Guamá-Tocantins (GUATOC)/SESAI. E-mail: raimundoabreu1985@gmail.com

### **RAYNARA MELO DA CONCEIÇÃO**

Graduanda de Medicina, Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: raynaramelo@mail.uft.edu.br

### **REGINALDO SILVA DE ARAÚJO**

Graduação em História e especialista em Antropologia Social pela Universidade Federal de Mato Grosso. Mestre em Ciências Sociais (Antropologia) pela Universidade Federal de São Carlos e doutor em Antropologia Social também pela UFSCar. É docente Associado III na Universidade Federal de Mato Grosso, atuando no Departamento de Saúde Coletiva, especialmente nas temáticas: políticas públicas em saúde, saúde indígena, organizações do movimento negro e associações de portadores da doença falciforme. E-mail: reginaldonilza@uol.com.br

### **RIZIOLÉIA MARINA PINHEIRO PINA**

Graduação em enfermagem e especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo/EEUSP (2017). Atualmente professora Adjunta da Universidade Federal do Amazonas. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico - Mestrado profissional da Universidade Federal do Amazonas (PPGENF-MP/UFAM). E-mail: rizioleiapinheiro@gmail.com.

### **RUTH NATALIA TEREZA TURRINI**

Graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Foi coordenadora do Programa de Pós-graduação Enfermagem na Saúde do Adulto - PROESA da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Livre Docente da Universidade de São Paulo, atualmente Profª Sênior Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil. Bolsista Produtividade CNPq nível II. E-mail:rturrini@usp.br

### **SOFIA BEATRIZ MACHADO DE MENDONÇA**

Graduação em medicina e sanitarista pela Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, Mestre em Ciências Sociais com Área de Concentração em Antropologia pela PUC/SP. Doutorado em Ciências da Saúde em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP. Trabalha com saúde e povos indígenas desde 1981. Coordena, no contexto do Programa de Extensão, Projeto Xingu, a formação de pessoas em contextos interculturais, há 32 anos. É Coordenadora Geral do Projeto Xingu há 10 anos. Tem experiência na área de Saúde Indígena, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Antropologia em Saúde. E-mail: sofia.xingu@gmail.com

### **SÔNIA MARIA LEMOS**

Graduação em psicologia pela Universidade de Passo Fundo (RS), Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade de Cruz Alta, Especialização em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social-IMS/UERJ (2019). Professora Adjunta da Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: slemos@uea.edu.br.

### **VÂNIA FERNANDES RABELO**

Graduação em enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo. Trabalha com saúde dos Povos Indígenas desde 2005, integrando a equipe do Programa de Extensão, Projeto Xingu. É enfermeira do Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo desde 2015. E-mail: vania.rabelo@huhsp.org.br



### **VIVIANE LIMA VERÇOSA**

Graduação em psicologia (UNIP) com especialização em psicopedagogia e saúde indígena. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) da FIOCRUZ Amazônia. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: vivianeversosa@hotmail.com

### **ZILMAR AUGUSTO DE SOUZA FILHO**

Graduação em geografia e em enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Especialista em Geografia da Saúde pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (FIOCRUZ AMAZÔNIA). Doutor em Ciências pelo Programa de Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Docente da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da UFAM. Professor permanente e coordenador local do mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) em associação ampla entre a Universidade do Estado do Pará (UEPA) e UFAM. Professor permanente do Programa de Pós-Portanto, essa obra se coaduna com os esforços empreendidos pelos coletivos originários e acredita que o direito a terra, é anterior ao direito a cidade, e, assim anterior à própria formação do Estado e a demarcação é um ato meramente declaratório. A capa desta obra representa nosso posicionamento ético-político diante da sobrevivência de muitas comunidades indígenas e de florestas..edu.br.



# e-livr@

SUSTENTABILIDADE  
editora redeunida

A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha “e-livro, e-livre”, de financiamento colaborativo. Acesse a [página](#) e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).



[editora.redeunida.org.br](http://editora.redeunida.org.br)



O livro **"A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural"**, se consolidou a partir de trabalhos e incursões desenvolvidos junto aos povos indígenas no Brasil, com especial atenção aos que vivem em contextos urbanizados. O conjunto da obra aborda experiências na atenção básica e especializada com populações indígenas, o trabalho em saúde indígena, promoção e educação em saúde indígena, vigilância de agravos com populações indígenas, cuidado tradicional e intercultural, ações de enfrentamento da COVID-19 nos territórios na relação com as redes de atenção instituídas nos centros urbanos de cidades situadas nos estados do Amazonas, Tocantins, São Paulo, Mato Grosso, Santa Catarina. O livro concentra um conjunto de relatos e resultados de pesquisas, bem como reflexões fundamentadas sobre processos, estruturas e contextos diferenciados de produção de cuidado, na perspectiva da multiculturalidade, representativos das populações indígenas que acessam os serviços de saúde de quatro das cinco regiões brasileiras. Assim, a obra colabora com a realização de um mundo melhor, quando apresenta dispositivos, arranjos e agenciamentos para a produção do cuidado junto a populações vulneráveis socioambientalmente, contrariando um sistema social discriminatório para indígenas que gera desigualdades sociais, principalmente nos centros urbanos.



ISBN 978-65-5462-065-9



9 786554 620659 >