

**Respostas Indígenas à Pandemia do COVID-19:
os casos de São Paulo-SP e São Gabriel da Cachoeira-AM**
Paola de Angelis, Pedro Peria, Sophia Veronesi, Teresa Harari

Introdução

Este relatório apresenta o percurso e os resultados da pesquisa “Respostas indígenas à pandemia do COVID-19: os casos de São Paulo-SP e São Gabriel da Cachoeira-AM”, que investigou como organizações indígenas e indigenistas articulam respostas para os efeitos da atual pandemia de COVID-19 nas Terras Indígenas (TI)¹. Se, por um lado, a chamada ‘questão indígena’ é foco de atenção do Estado brasileiro desde o início da República (Gersem dos Santos, 2006), por outro, são poucos os estudos no campo da Administração Pública e Políticas Públicas que problematizam essa temática.

Entendendo a política pública como um fluxo de ações governamentais voltadas para a solução de um problema identificado como público (Subirats et al, 2012), percebe-se que a ‘questão indígena’ é objeto de políticas públicas no Brasil a partir da criação do Serviço de Proteção ao Índio, em 1910. Naquele momento, o ‘problema público’ a ser enfrentado era a ocupação de uma extensa área do território nacional por grupos que eram entendidos como distantes da civilização e que, portanto, careciam da tutela do Estado (Gersem dos Santos, 2006; Souza Lima, 2015). Nesses termos, as políticas públicas voltadas aos indígenas visavam à garantir sua sedentarização e submissão jurídica desses sujeitos, razão pela qual Souza Lima (2015) afirma que: “o exercício do poder tutelar implica, pois, obter o monopólio dos atos de definir e controlar o que são as coletividades sobre as quais incidirá” (p. 432). Para Garnelo (2012), a política indigenista é marcada pela “forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira” (p. 19) Foi nesse quadro que as reservas indígenas foram criadas como modelo a ser implementado a despeito das idiossincrasias de cada território e de cada povo (Basques, no prelo).

É apenas com os resultados do processo de redemocratização, a partir da década de 1980, que os termos do problema público da “questão indígena” se inverte para levar em consideração os direitos dessas populações (Gersem dos Santos, 2006). Em palestra oferecida em 1981, Viveiros de Castro definiu o conceito que regeria as reivindicações a partir daquele momento: “a autodeterminação, como ideia, sublinha o caráter de Sujeito dos povos indígenas, sublinha sua diferença ativa; sua capacidade virtual de definir os rumos da própria história. A autodeterminação implica um direito essencial: *o direito à diferença*” (Castro, 2018, p. 235, grifos do autor). O novo marco constitucional deu fim ao regime tutelar e trouxe um tratamento exclusivo aos direitos indígenas, reconhecendo a autonomia e as especificidades culturais desses povos no país. Como estabelecido no Artigo 231 da Constituição: “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (Constituição..., 1988). Sob o signo da autodeterminação dos povos originários, o processo constituinte fez proliferar diversas associações indígenas (Garnelo, 2012; Souza Lima, 2015), responsáveis por complexificar a dita “questão indígena” na agenda das políticas públicas.

A partir do novo marco constitucional, as políticas indigenistas deveriam ser formuladas na chave da diferença e sob esse entendimento foi criado o subsistema de saúde

¹ Resultados preliminares da pesquisa foram apresentados no EnANPAD 2021 (XLV Encontro da ANPAD) na Sessão “Sociedade Civil e Estado entre Territorialidades e Interculturalidades”, no dia 05 de outubro de 2021.

indígena em 1999, nove anos após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as primeiras conquistas, destacamos a primazia da União na gestão da saúde indígena, a partir da compreensão de que as maiores “hostilidades contra os indígenas costumam se expressar de forma mais aguda nos territórios municipais, onde tensões e disputas entre índios e não índios eclodem de forma aberta e cotidiana” (Garnelo, 2012). No entanto, a assistência integral à saúde dos indígenas não foi formulada para ser implementada diretamente pela União, mas a partir de parcerias firmadas com organizações da sociedade civil para a gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Cardoso, 2015).

A análise das políticas públicas de saúde indígena não podem, portanto, menosprezar a importância dos estudos sobre interações entre Estado e organizações da sociedade civil: o subsistema de saúde indígena nasce umbilicalmente ligado a diferentes modalidades de parcerias. Na verdade, é importante perceber que os contextos políticos que levaram à criação do SUS são diferentes do referido subsistema: diferentemente do início da década de 1990, os anos finais deste período representam a consolidação dos ideais da Nova Gestão Pública (Sano & Abrucio, 2008), notadamente após a aprovação da Emenda Constitucional nº 19 em meados de 1998. Os signos das privatizações e publicizações de serviços eram preponderantes e a Saúde Indígena foi construída sobre esses pilares. Nesse contexto, a gestão dos DSEIs é feita por meio de convênios firmados entre associações e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), responsável pela saúde indígena desde a transferência dessa competência que antes cabia à Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Os 34 DSEIs são administrados por um ecossistema muito diverso de organizações, desde associações indígenas à organizações religiosas. As diversidades regionais e étnicas, somadas às diferenças nas naturezas das conveniadas, trazem desafios para a garantia dos direitos. Por um lado, as parcerias permitem maior abertura da Administração Pública às respostas criadas pela sociedade civil em benefício do público. Por outro, as diferenças de tratamento e as dificuldades de controle das atividades das conveniadas exigem um questionamento sobre as possibilidades de manutenção e expansão dos direitos dentro desse modelo. Em vista disso, diversos autores têm apontado problemas no subsistema de saúde indígena, tais como a insuficiência de recursos, rotatividade dos profissionais de saúde e ausência de um diálogo intercultural efetivo (Garnelo & Sampaio, 2005; Ferreira, 2015). A presente pesquisa busca investigar se os problemas da atenção em saúde indígena ocorrem em virtude do próprio modelo assistencial, baseado em parcerias, ou em consequência das formas pelas quais o modelo é apropriado por diferentes grupos de interesse.

O artigo lança mão dos seguintes métodos: revisão bibliográfica, a fim de inventariar os principais estudos teóricos e empíricos na área da saúde indígena; pesquisa documental, a fim de analisar os contratos e convênios firmados entre organizações e Governo Federal; e entrevistas semi-estruturadas, a fim de obter informações de primeira ordem sobre o atual estado da arte da saúde indígena e das parcerias que a conformam. Apresentamos um estudo de caso baseado nas experiências de agentes e organizações voltadas à saúde indígena nos municípios de São Paulo e São Gabriel da Cachoeira.

Não se deve esquecer que a pesquisa foi construída durante a pandemia da COVID-19, fato que se reflete tanto no desenho metodológico do estudo quanto nas discussões teóricas levantadas. Se a garantia de direitos básicos já era árdua em tempos de normalidade, o cenário se deteriorou na pandemia. Não era desconhecido para entidades indígenas e indigenistas que consequências relativas à capacidade de resposta do Governo afetariam os povos indígenas. Diversas organizações alertaram para a sobreposição de vulnerabilidades agravadas com a chegada do coronavírus (ISA, 2020).

Segundo dados da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil houve 1059 indígenas mortos e 53.329 casos confirmados da doença até abril de 2021 (APIB, 2020). Embora, em um primeiro momento, o número pareça baixo, é importante destacar que o contingente

indígena é muito inferior se comparado aos demais segmentos da sociedade brasileira, correspondendo a apenas 0,47% de toda a população (IBGE, 2012). A pirâmide populacional também é distinta, devido ao número bastante reduzido de idosos. Este aspecto as torna ainda mais vulneráveis diante do risco de morte desses indivíduos, uma vez que são guardiões de patrimônios linguísticos e socioculturais únicos. O abalo dessas mortes incide na reprodução material e simbólica das suas formas de vida tradicionais.

Como se verá na seção seguinte, a vivência pandêmica faz parte da história dos povos originários desde o início da colonização. O contexto atual da pandemia agravou os longevos problemas da atenção à saúde indígena (Conselho do Povo Terena, 2020), o que nos levou a direcionar a análise para as respostas levadas a cabo pelas complexas redes de atores acima mencionados em face dos riscos trazidos pelo novo vírus. Nesse sentido, o artigo também se insere no cenário mais amplo dos estudos que buscam lançar luz sobre o estado de emergência constante vivida pelos povos originários.

Um Panorama da Saúde Indígena no Brasil

Diferentemente do vivenciado pela população não indígena, as epidemias fazem parte da história indígena desde o início da colonização. A morte em massa por conta de microrganismos estranhos aos corpos ameríndios, transmitidos por estrangeiros, é uma das facetas do processo colonial. Se há relatos de epidemias avassaladoras desde os primeiros anos da invasão portuguesa, Aparecida Vilaça (2020) afirma que “as pestes continuaram, ao longo dos séculos, a submeter os indígenas aos mesmos tipos de sofrimento e perdas” (p. 10). Diante do escancaramento de vulnerabilidades preexistentes, Santos, Pontes e Coimbra Jr. (2020) afirmam que “amargas memórias sobre as epidemias de outros tempos têm sido reavivadas pela COVID-19” (p. 2). O xamã e líder Yanomami Davi Kopenawa oferece um impactante relato sobre os primeiros encontros do seu povo com agentes do governo:

No primeiro tempo, os brancos estavam muito longe de nós. Ainda não tinham trazido o sarampo, a tosse e a malária para nossa floresta. Nossos ancestrais não adoeciam tanto quanto nós, hoje. Gozavam de boa saúde a maior parte do tempo e, quando morriam, as fumaças de epidemia não sujavam seus fantasmas. (Yanomami & Albert, 2019, p. 224)

As vítimas, queimando de febre, tinham coceiras insuportáveis e sua pele se desfazia em pedaços. Elas não ficavam doentes por muito tempo, morriam logo, uma depois da outra. Não demorou para haver cadáveres por todos os lados na casa de *Sina tha*, tombados no chão ou encolhidos em suas redes. [...] Os espíritos *xawarari* da epidemia devoraram com voracidade um grande número de mulheres, velhos e crianças, bem como vários xamãs. [...] Assim nossos maiores foram dizimados pela primeira vez. Antes dessa epidemia, ainda eram muito numerosos. Hoje, restam poucos. (Yanomami & Albert, 2019, p. 249-250)

A política do Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte intervenção do Poder Público, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira (Garnelo, 2012). A Comissão Rondon foi a primeira iniciativa estatal a penetrar regiões longínquas do país ocupadas por povos indígenas sem recorrer ao uso da violência aberta. A ação visava, além da implementação de linhas telegráficas, a conquista das “almas indígenas”, formando cidadãos brasileiros que pudessem ocupar o território de forma economicamente produtiva (Souza Lima, 2015). Dessa forma, a Comissão Rondon é considerada um “laboratório” da política indigenista brasileira, lançando as bases políticas e simbólicas para a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), poucos anos depois. Em 1910, foi criado o primeiro serviço de Estado no regime

republicano voltado aos povos indígenas, o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais. Em 1918, o órgão passou a ser chamado apenas de Serviço de Proteção aos Índios (Gersem dos Santos, 2006).

A criação do SPI foi fortemente influenciada pela ideia da “incapacidade dos índios”, razão pela qual eles deviam estar sob a “tutela” do Estado (Gersem dos Santos, 2006). Assim, a função do órgão era prover saúde, educação e subsistência àqueles considerados incapazes de participar plenamente da comunidade política, além de integrá-los à sociedade "civilizada". Era recorrente a ideia de que as sociedades indígenas seriam um objeto transitório da atenção das políticas públicas: ou seriam logo extintas fisicamente, ou sobreviveriam de forma indiferenciada em relação à sociedade brasileira como um todo, dispensando, portanto, a atuação indigenista (Garnelo, 2012).

Somente na década de 1950 foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma mais consistente (Cardoso et al., 2007). O Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa) foi implementado em 1956, com o intuito de prover diagnóstico, prevenção e o tratamento de doenças infecciosas endêmicas, com ênfase na tuberculose. O Susa era vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose e rapidamente expandiu suas operações especialmente na região Amazônica. Conforme Cardoso et al (2007), os esforços do Susa não foram suficientes para reverter a gravidade do quadro de saúde da população indígena. Os autores atribuem as falhas à própria extensão territorial do país, à insuficiência de recursos e à própria complexidade da questão da saúde nacional.

Em 1967, o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). No entanto, não houve mudanças significativas na política tutelar e o novo órgão indigenista continuou centralizando toda a ação do governo junto aos povos indígenas (Gersem dos Santos, 2006). No âmbito da saúde, os serviços consistiam em Equipes Volantes de Saúde (EVS), que, sediadas nas cidades, realizavam deslocamentos periódicos às aldeias, onde atendiam às demandas espontâneas dos indígenas doentes (Gersem dos Santos, 2006). Na teoria, cada EVS deveria ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, e dispor de meios de transporte para visitas periódicas às aldeias. Nas cidades, foram instaladas as “Casas do Índio” para abrigar pacientes indígenas durante os períodos de permanência na cidade por motivo de consulta ou tratamento (Cardoso et al., 2007).

Na prática, os serviços de saúde oferecidos nas aldeias consistiam na distribuição de medicamentos. As condições de vida e trabalho enfrentadas pelos funcionários da Funai eram precárias, o que levava a uma alta rotatividade dos profissionais de saúde. Assim, era comum que tratamentos de longa duração fossem interrompidos, até que um funcionário pudesse ser repostado (Cardoso et al., 2007). Ademais, as práticas das equipes de saúde da Funai eram precárias e não incorporaram os avanços simples, baratos e eficazes de cuidados primários de saúde e tampouco os novos modelos de assistência, pautados na prevenção de doenças e na organização de sistemas locais de saúde (Gersem dos Santos, 2006).

A Constituição trouxe o princípio da participação social como elemento-chave e marcou o início de uma nova etapa do movimento indígena e da sua relação com o Estado (Baniwa, 2007). O texto constitucional deu fim ao regime tutelar e reconheceu as organizações dos povos indígenas e os seus direitos territoriais (Gersem dos Santos, 2006; Souza Lima, 2015). Isso abriu caminhos para um “movimento indígena organizado”, contribuindo para a proliferação de inúmeras organizações indígenas no país (Gersem dos Santos, 2006; Mundurucu, 2009). A hegemonia da FUNAI foi rompida e as políticas voltadas aos povos indígenas passaram a ser conduzidas também por ministérios e autarquias (Baniwa, 2007; Souza Lima, 2015). Os povos indígenas foram inseridos no bojo das reformas no Sistema Nacional de Saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (Cardoso, 2015).

Nove anos depois da criação do SUS, em 1999, foi estabelecida uma política de saúde específica às populações indígenas (Ferreira, 2015). A Lei Arouca consolidou o Subsistema

de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), como forma de organização de serviços em territórios indígenas. Nesse mesmo ano, foi regulamentada a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), delegando à Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a responsabilidade por executá-la (Ferreira, 2015)

O objetivo da PNASPI seria “garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica e política [...] reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (MS, 2002, p. 13). Os DSEIs foram elaborados como modelo de organização de serviços de saúde. (Ferreira, 2015; Gersem dos Santos, 2006). A criação dos DSEIs marcou a transferência das ações em saúde indígena da Funai para a Funasa, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (Cardoso, 2015). À Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) coube a missão de coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um todo e também de exercer este papel junto à população indígena, principalmente na interlocução com os sistemas municipais de saúde (Garnelo, 2012).

Os DSEIs consistem em uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária, adequados às necessidades sanitárias específicas de cada população (Cardoso, 2015, Garnelo, 2012). Esses são responsáveis por oferecer ações de prevenção de doenças, cuidados de saúde dirigidos a segmentos populacionais específicos, tais como o grupo materno-infantil e os idosos, além do monitoramento das condições de alimentação e nutrição, remoções de emergência e qualquer outro serviço que contribua para o bem-estar dos grupos étnicos atendidos no subsistema (Garnelo, 2012).

A distribuição dos distritos sanitários buscou obedecer às características culturais, localização das terras indígenas e critérios demográficos (Garnelo, 2012). A rede de serviços do DSEI prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em pólos-base. As “Casas de Saúde do Índio”, sucedâneas das antigas Casas do Índio, eram mantidas sob responsabilidade da Funasa e também integram a rede de referência do subsistema, servindo para abrigar pacientes e seus acompanhantes durante tratamentos fora das aldeias (Cardoso et al., 2007). Conforme Cardoso et al (2007), a insuficiência de recursos humanos apresentou-se como um dos maiores obstáculos no início do PNASPI. Uma vez que a Funasa não dispunha de pessoal para atuar nos DSEI, a alternativa encontrada foi a terceirização dos serviços. Assim, o órgão adotou a estratégia de transferência total ou parcial de suas responsabilidades para a esfera privada ou para outros entes federados (Garnelo & Sampaio, 2003; Gersem dos Santos, 2006).

A pactuação entre governo e entidade prestadora de serviços vem sendo viabilizada principalmente por meio de convênios com entidades não-governamentais. Às conveniadas compete, mediante a aplicação de recursos oriundos do SUS, executar atividades preventivas e terapêuticas dirigidas à população indígena aldeada. Conforme Garnelo e Sampaio (2003), tal modelo de gestão não encontra correspondência em qualquer outra área do SUS, que mantém a compra de serviços de entidades privadas, mas sem renunciar à execução direta de ações através de serviços próprios.

A terceirização dos serviços de saúde nos DSEIs foi percebida pelas lideranças e organizações indígenas como uma oportunidade em potencial para a ocupação de novos espaços de participação e protagonismo (Garnelo & Sampaio, 2005; Gersem dos Santos, 2006). Porém, longe de responder aos anseios das populações indígenas, o modelo acabou “enquadrando as entidades etnopolíticas indígenas em propostas e finalidades preestabelecidas segundo a lógica burocrática do Estado, não favorecendo o processo de autonomia e a autogestão, e em detrimento da lógica e das formas próprias de atuação do movimento indígena” (Gersem dos Santos, 2006, p. 183). As organizações indígenas ficaram responsáveis por implementar políticas de governo para cuja concepção não foram chamados

a participar (Garnelo & Sampaio, 2005). Um dos entrevistados para este trabalho destacou os prejuízos, sentidos até hoje, pelas associações indígenas:

Na época da implementação do subsistema, não só porque não tinha concursos públicos, uma das estratégias foi trabalhar com organizações sociais e com associações indígenas. Tinha um lado interessante e outro horroroso, porque destruiu associações indígenas nesse processo. Porque elas assumiram a administração de um distrito sem saber como fazer isso. Toda essa questão demanda uma gestão diferenciada e ela não se diferenciou, ela manteve uma coisa burocrática. (Entrevistada 1, comunicação oral, 23 de abril de 2021)

Diversos autores analisaram o funcionamento de DSEIs específicos ao longo dos últimos anos (Garnelo, 2012). Concluem, em geral, que o atendimento à população aldeada é descontínuo e de baixa qualidade técnica. Além disso, a rotatividade de profissionais é elevada, ao lado da escassez de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde. Os autores também assinalam a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias (Garnelo, 2012).

Desde 2010, os DSEIs passaram a ser subordinados diretamente ao Ministério da Saúde, oficializando a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (Cardoso, 2015). Com a criação da Secretaria, o Ministério da Saúde passou a gerenciar diretamente a atenção à saúde indígena, por meio das atribuições anteriormente desenvolvidas pela Funasa. A criação da SESAI não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena (Garnelo, 2012). Na interpretação oferecida pela autora, a multiplicidade de entidades governamentais e não governamentais que atuam no subsistema de saúde indígena gera uma dinâmica de gestão muito complexa. A disparidade de interesses, prioridades e formas de funcionamento dos atores institucionais envolvidos dificulta um entendimento entre eles. Além disso, os 34 DSEIs são administrados por um ecossistema muito diverso de organizações da sociedade civil, desde associações indígenas à organizações religiosas. Por mais que existam diretrizes em nível nacional, cada entidade conveniada com a SESAI imprime suas digitais na gestão dos equipamentos voltados à garantia de direitos sanitários essenciais às populações indígenas. Mesmo que essa informação não esteja consolidada em qualquer portal do Governo Federal, pode-se conjecturar que as organizações conveniadas, que incluem associações religiosas católicas e evangélicas, entidades médicas e organizações indígenas, têm diferentes concepções sobre saúde e sobre os povos que devem ser atendidos.

As diversidades regionais e étnicas, somadas às diferenças de perfil das conveniadas, trazem múltiplos desafios para a garantia dos direitos à saúde e à implementação de uma política de saúde indígena diferenciada. É importante ressaltar, porém, que a saúde indígena, pelo menos a partir do atual marco constitucional, é indissociável da realização de parcerias entre governo federal e governos locais ou organizações da sociedade civil. Como ressaltado acima, as diferenças regionais importam e, dentro delas, devemos perceber os diversos ecossistemas de organizações disponíveis em cada território para firmar parcerias com o poder público. Por outro lado, é ainda mais importante perceber as diferenças culturais entre os diversos povos indígenas, fator fundamental para a concretização da *atenção diferenciada* e que será discutido com maior atenção na seção seguinte. Trata-se, portanto, de compreender a complexa rede na qual se baseia a saúde indígena no Brasil: se a parceria foi o modelo encontrado no final da década de 1990 para a concretização do Subsistema de Saúde Indígena, devemos nos perguntar sobre quais fatores trazem melhores resultados no que se refere à qualidade de vida dos povos originários.

Interculturalidade na Saúde Pública Indígena

Pontes, Rego e Garnelo (2015) identificam o imperativo de “adequar a prestação de serviços à variabilidade das culturas indígenas, prevendo a inclusão de racionalidades médicas diversificadas” (p. 3200) como a diretriz básica do PNASPI e caracterizam seus princípios como a consideração (1) das especificidades culturais, (2) dos sistemas de representações e (3) da participação de lideranças e organizações indígenas na formulação e execução da política de saúde. Nesses termos, a oferta de uma atenção diferenciada deve significar “colocar em interação diferentes visões de mundo em disputa” (p. 3202). Assim, no campo da saúde indígena, o conceito de interculturalidade caracteriza as relações e processos comunicativos estabelecidos no contato entre as diferentes culturas - ocidental e indígena (Ferreira, 2015). No Brasil, a incorporação da noção de interculturalidade na Constituição Federal de 1988 representou uma tentativa de abrir espaço para grupos discriminados reconhecerem e celebrarem sua cultura e identidade. Porém, longe de questionar o *status quo* (Grosfoguel, 2007), essa postura culminou no desenvolvimento de um multiculturalismo “neoliberal”, que não rompe com as estruturas de poder assimétricas instituídas entre o Estado-nação e povos indígenas (Brand, 2002). Sob o viés dessa suposta interculturalidade, o tratamento dos direitos indígenas resulta no enfrentamento de problemas de comunicação e gerenciamento das diferenças étnicas, dos quais derivam a perpetuação das desigualdades históricas e o prevalecimento da visão hegemônica do Estado, que subalterniza e marginaliza aquelas que possam potencialmente desestruturar suas conjunturas em vigor.

Na prática, a saúde indígena no Brasil é marcada pelo encontro de diversos atores, dentre eles missionários, agentes do Poder Público e as próprias comunidades indígenas. As configurações interculturais, assumidas na realidade brasileira das políticas públicas de saúde enquanto “mediação cultural”, são marcadas por singelas formas de violência, desigualdades de forças e assimetrias de poder, instituídas a partir das negociações de significados estabelecidos entre os distintos agentes sociais em interação. Assim, o campo da saúde indígena é constantemente referenciado como “zonas de contato”², onde ocorre o encontro intermédico, e no qual as medicinas tradicionais indígenas assumem o caráter de códigos mediadores híbridos, utilizados para facilitar a comunicação entre os povos indígenas e os serviços de saúde (Ferreira, 2015). A intermedialidade, forma então assumida pela interculturalidade no campo da saúde, reconhece os povos indígenas como agentes de mudança, na medida que são articuladores dos sentidos e práticas de saúde provenientes de diferentes culturas. Desse modo, possibilita a esses povos a apropriação de aspectos do sistema oficial de saúde com o qual interagem, atribuindo-lhes novas funções a partir de sua incorporação aos seus próprios universos socioculturais.

Percurso Metodológico

O desenho da pesquisa tem caráter exploratório (Gil, 2008). Em um primeiro momento, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre a saúde indígena no Brasil. A definição dos autores revisados se deu pelo critério de domínio e profundidade do tema e proximidade à questão de pesquisa. Em um segundo momento, recorremos a dois estudos de caso, escolhidos de forma propositiva: a Terra Indígena (TI) Jaraguá, na Zona Norte do Município de São Paulo e o Município de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas. Usando a terminologia proposta por Stake (2005), considera-se que essa é uma estratégia metodológica

² As zonas de contato são definidas como “espaços dos encontros coloniais, onde são estabelecidas relações que geralmente envolvem condições de coação, desigualdade e conflito. É nesse espaço que se efetivam as relações entre colonizadores e colonizados, suas interações, entendimentos e práticas, que ocorrem de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas” (PRATT apud FOLLÉR, 2004).

que permite produzir resultados que vão além da realidade examinada, facilitando a compreensão de uma questão teórica mais ampla por meio da investigação de um contexto empírico particular.

As informações foram coletadas a partir de entrevistas semi-estruturadas com profissionais da saúde, gerentes de equipamentos e membros de organizações indígenas e indigenistas atuantes na política de atenção à saúde indígena no território focalizado. Todas as entrevistas foram realizadas entre fevereiro e setembro de 2021, de forma remota. Cada entrevista proporcionou uma corrente de novos contatos, de forma que a lista de entrevistadas chegou a 10 pessoas, sete diretamente envolvidas na gestão de equipamentos públicos ou de organizações indigenistas e três estudiosas da questão da saúde indígena no Brasil. A análise foi conduzida a partir da metodologia reflexiva proposta por Alvesson e Sköldbberg (2000), que consiste em analisar de forma aprofundada os fenômenos e processos sociais, interpretando seus diversos sentidos e significados (Alvesson & Sköldbberg, 2000).

Saúde Indígena na TI Jaraguá

A TI Jaraguá é uma das cinco terras indígenas localizadas no Município de São Paulo, que se encontram em diferentes estágios de jurisdição legal. As registradas são a TI Barragem, a TI Guarani do Krukutu, a TI Jaraguá e a TI Rio Branco. O povo que habita essas terras é o Guarani, composto pelos subgrupos Guarani Mbya e Guarani Nandeva. Essas Terras Indígenas estão localizadas em áreas periféricas da cidade; ou no extremo da Zona Sul, nos casos das TIs Barragem, Guarani do Krukutu, Rio Brando e Tenondé Porã, ou no extremo da Zona Norte, no caso da TI Jaraguá.

De acordo com o ISA (2021), 586 pessoas vivem na TI Jaraguá. Apesar das dificuldades em manter seu modo de vida tradicional, os Guarani preservam o seu idioma como principal meio de comunicação interna nas aldeias, além do uso de sua medicina tradicional. Seu meio de subsistência é a fabricação e venda de artesanato (Cisotto, 2012), atividades paralisadas durante a pandemia. Atualmente, a terra indígena sofre pressões fundiárias, devido à construção de um conjunto habitacional em terreno adjacente. A obra foi interrompida em fevereiro de 2020, decorrente dos inúmeros protestos do povo guarani que alegava a destruição de árvores e animais e dos seus modos de vida tradicionais.

Se a política nacional voltada à saúde indígena, baseada na atenção diferenciada, teve início há menos de trinta anos, o advento de um programa específico da Prefeitura de São Paulo é ainda mais recente. Apenas em 2004, nos últimos meses da gestão de Marta Suplicy, foi criada uma área na Secretaria de Saúde voltada diretamente para a gestão da saúde dos povos indígenas residentes no município, chamada de Área Técnica de Saúde Indígena, vinculada à extinta Coordenadoria de Ações Programáticas. Naquele momento, as principais pautas colocadas pela gestão eram direcionadas por um 'retorno ao SUS', após as tentativas fracassadas do Plano de Assistência à Saúde (PAS) das gestões de Maluf e Pitta (1993-2000). No tocante à Saúde Indígena, era o próprio município a entidade conveniada com a Funasa para a gestão da rede de assistência.

O principal desafio foi entrar em contato com as lideranças indígenas para construir laços de confiança e elaborar acordos. Segundo relato da pessoa responsável pela Área Técnica, os primeiros seis meses foram de intenso trabalho de escuta: se a municipalidade tinha um compromisso firmado com a Funasa, mas não possuía recursos para a contratação de equipe concursada capaz de estruturar todos os equipamentos de saúde necessários, era preciso aproveitar parcerias com entidades que, há anos, detinham experiência no atendimento de populações indígenas no município. Para a equipe que capitaneou o processo de criação da Área Técnica de Saúde Indígena, a melhor forma de encontrar essas entidades seria a partir do diálogo com os indígenas. A lógica é simples, mas transformadora: as

populações indígenas sempre precisaram de atendimento médico-odontológico e, se antes este direito não lhes era garantido pelo poder público, não há dúvidas de que havia procura por lugares onde pudessem ser atendidos e que escolheriam os lugares que os acolhessem da melhor forma possível. Ou seja, a relação entre populações indígenas e agentes de atenção à saúde já existia antes da Prefeitura designar uma área específica para isso na sua Secretaria de Saúde. Em reuniões periódicas com as lideranças indígenas, o objetivo era descobrir qual organização seria a mais adequada para firmar convênio com a Prefeitura, oficializando e designando mais recursos e aportes institucionais para uma prática já existente.

No caso da TI Jaraguá, houve grande preferência pelas equipes de saúde do Hospital São Paulo, vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), principalmente pelo Projeto Xingu, extensão universitária pioneira na formação de profissionais da saúde voltados às especificidades da atenção às populações indígenas. É relevante ressaltar que a parceria se empenhou para que houvesse a inserção de lideranças indígenas no conselho gestor do hospital, de modo que as comunidades atendidas fossem representadas e as lideranças engajadas no processo de tomada de decisões.

O objetivo principal da parceria firmada entre Secretaria Municipal de Saúde e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), braço da UNIFESP qualificada como organização social, era a estruturação do modelo assistencial: contratação de pessoal qualificado para trabalhar nos equipamentos de saúde recém instalados. Aqui reside uma idiossincrasia fundamental da gestão pública da saúde no Município de São Paulo: impera o modelo de contratos de gestão (CG) com organizações sociais de saúde (OSS). Diferentemente de termos de convênio, os contratos de gestão envolvem maior tempo de contratação, a mensuração de metas a serem alcançadas e só podem ser realizadas com entidades qualificadas como organizações sociais. Nesse sentido, trata-se de um instrumento mais seguro e completo para a realização de parcerias com entidades sem finalidade lucrativa. Outra idiossincrasia da gestão paulistana refere-se ao financiamento. Desde 2010, os recursos destinados à saúde indígena provêm do tesouro municipal, tendo uma dotação própria. Segundo um dos entrevistados, essa mudança foi fundamental para assegurar a continuidade das políticas desenvolvidas.

A partir de contrato firmado em 2015³, a SPDM é responsável pela gestão de 47 unidades de saúde na região noroeste da cidade. Dentre todos esses equipamentos, está a Unidade Básica de Saúde (UBS) Aldeia Jaraguá. Nesse contrato, não há qualquer cláusula que remeta às especificidades da Saúde Indígena e da população indígena residente na TI Jaraguá. Se as entrevistas indicaram que a SPDM foi escolhida pela sua capacidade e tradição no respeito à atenção diferenciada, essa característica é eclipsada no CG, o que levanta dúvidas quanto às possibilidades do ente municipal efetivamente cobrar a contratada de acordo com os princípios que regem o Subsistema.

Outro grande diferencial encontrado nas práticas de gestão da rede assistencial da TI Jaraguá é a presença de funcionários residentes da própria TI, o que permite maior abertura dos moradores da comunidade, gerando maior alinhamento do serviço com as expectativas dos indígenas atendidos. Por um lado, a presença de membros das comunidades indígenas no corpo técnico das redes de atenção à saúde deve ser vista como positiva tanto por aproximar a política pública do seu público-alvo quanto por incentivar a formação e capacitação de indígenas. Nesse sentido, as entrevistadas foram unânimes em ressaltar a importância dessa interlocução para a construção de estratégias efetivas. Por outro lado, deve-se ressaltar que as pessoas colocadas nessa posição intermediária, funcionárias-indígenas, também têm que lidar com situações delicadas: ao mesmo tempo em que “representam” a comunidade indígena, também “representam” os órgãos governamentais responsáveis pela garantia do direito à

³ Trata-se do Contrato de Gestão nº R 004/2015 - SMS/NTCSS, disponível no portal da transparência da SPDM: <http://www.spdmpais.org.br/transparencia/sao-paulo-2.html>.

saúde. Um dos entrevistados ressaltou o caráter meramente ‘técnico’ dos funcionários indígenas, que são orientados a replicar procedimentos padronizados, além de inúmeras situações de assédio moral. Dessa forma, em muitos casos essas pessoas devem “equilibrar pratos” frente às diversas pressões. Uma das entrevistas, ilustra essa dinâmica:

Eu como gestora sou uma liderança mas não sou uma liderança da aldeia. Então o meu povo que eu tenho que defender são os funcionários da UBS. Então quando chega algum conflito, quem tem que ser o escudo deles sou eu [...]. Eu acho que o trabalho de um gestor e de uma liderança é ser a ponte, a ligação e o escudo também. E é o que eu estou tentando fazer.

A gente não se desliga, não é igual ao trabalhador comum não indígena. O jurua pode ser profissional das oito da manhã às cinco da tarde. Na aldeia você tá ali sempre, 24h. (Entrevistada 2, comunicação oral, 02 de abril de 2021)

Durante a pandemia, as atividades regulares dos equipamentos de saúde foram suspensas, sendo mantidas apenas as consultas externas e de pré-natal. Depois da ocorrência dos primeiros casos, as testagens não tardaram a acontecer e houve uma busca ativa pelos residentes infectados. Dado que, na comunidade, a maioria da população vive em casas de madeira com dois cômodos, o isolamento se torna uma prática difícil e a solução encontrada foi a transformação da escola da comunidade em um local para isolar os infectados. No auge da pandemia, as únicas atividades médicas realizadas eram relacionadas ao monitoramento de sintomas respiratórios. Foi criado, de igual forma, um canal não oficial de teleatendimento para acompanhamento das vítimas da COVID-19 que optaram pelo isolamento dentro de suas casas.

As entrevistas apontaram que o modelo de parceria da Secretaria de Saúde Municipal com a SPDM foi exitoso quanto às práticas de enfrentamento à pandemia, não registrando nenhum óbito e abrangendo, meses depois do início dos casos, a totalidade da população vacinada. Segundo avaliação de um entrevistado atuante no posto de saúde do Jaraguá, a eficácia obtida no combate à COVID-19 se deu, principalmente, em decorrência do trabalho de comunicação e conscientização da gerência e do posto médico com os residentes da comunidade. Ao contrário de outras regiões do país, as entrevistas atribuem o êxito à comunidade fortalecida e a uma rede de parceiros eficiente:

Os lugares [nos quais] caminhou bem o enfrentamento foi porque houve uma rede de parceiros eficiente, forte, que captou recursos, que deu apoio, trabalhou junto, que estruturou junto, que falou com os indígenas na mesa língua, sobre a doença, que desconstruiu fake news, desconstruiu o discurso ambíguo do governo. Isso foi super importante, as parcerias que se amplificaram e se fortaleceram durante a pandemia. (Entrevistada 3, comunicação oral, 07 de maio de 2021)

O caso permite discutir quais as condições históricas e institucionais que favorecem a consolidação de um sistema que se aproxime dos princípios acordados na Constituição, no SUS e no Subsistema. Na próxima seção, discutimos o caso de São Gabriel da Cachoeira, diverso em muitos aspectos ao quadro paulistano.

Saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira

O município de São Gabriel da Cachoeira está localizado no estado do Amazonas, na fronteira com a Colômbia e Venezuela, região também conhecida como “cabeça do cachorro”. Está a 852 quilômetros de Manaus, capital do estado, e o acesso ocorre por via fluvial ou aérea.

Segundo dados do IBGE, em 2010 sua população era de 37.896 habitantes, dentre os quais 18.842 estavam na “zona rural” e 19.054 na “zona urbana”. No entanto, conforme Iubel (2015), tais números não refletem a intensa circulação de pessoas entre as comunidades (incluindo comunidades na Colômbia e na Venezuela), e entre comunidade e cidades, o que torna difícil estabelecer uma estatística confiável quanto à distribuição geográfica da região. Além disso, trata-se do “município mais indígena do Brasil” (Iubel, 2015): de um contingente habitacional de cerca de quarenta mil habitantes, quase 90% da população é indígena. São 23 etnias indígenas que, além da cidade e comunidades no entorno, dividem-se em sete Terras Indígenas, sendo seis homologadas e registradas do CRI/SPI (Alto Rio Negro, Balaio, Médio Rio Negro I, Médio Rio Negro II, Rio Tea e Yanomami) e uma declarada (Cué-Cué/Marabitanas). Por essas características, o município foi pioneiro em reconhecer, ao lado do português, mais de um idioma como oficial: o nheengatu, o tucano e o baniwa, línguas tradicionais faladas pela maioria dos habitantes da região. Outra característica peculiar, conforme Iubel (2015), é a elevada presença de militares: são cerca de 2000 homens, dos quais metade é composta por sargentos e oficiais não indígenas e seus familiares, e a outra metade por soldados indígenas.

Em relação ao subsistema, São Gabriel abriga dois DSEI, o Alto Rio Negro e o Yanomami. Apesar dos avanços nos últimos anos, observa-se inúmeros gargalos na rede de saúde municipal. Em 2018, a região passou por uma grave crise de malária, liderando os casos registrados naquele ano no Brasil. Em 2020, além da pandemia do COVID-19, o município foi campeão em ocorrências de dengue no Amazonas. Estes dados mostram que a proliferação de doenças e as dificuldades encontradas pelos serviços de saúde locais não são recentes. As comunidades indígenas no entorno da cidade e nas zonas rurais são as mais vulneráveis às epidemias, sem saneamento básico e em condições sanitárias e de moradia precárias. Além disso, há apenas um hospital na região, o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, gerido pelas Forças Armadas, de forma que seu atendimento não está incluído na rede de equipamentos do DSEI e, mais importante do que isso, sua lógica de funcionamento se distancia dos princípios que levaram à criação do Subsistema de Saúde Indígena. Na verdade, as entrevistadas afirmaram unanimemente que há grande preconceito no atendimento militarizado aos indígenas, representando mais uma camada de exclusão. Em termos de estrutura hospitalar, a cidade não conta com leitos de UTI - a unidade mais próxima se encontra em Manaus. Nesse quadro, a região tem poucos recursos humanos na área de saúde, razão pela qual a articulação com organizações nacionais e internacionais da sociedade civil, como a Médico Sem Fronteiras, é fundamental em momentos de crise.

A pandemia do COVID-19 alcançou São Gabriel da Cachoeira sob a imagem da contaminação em massa. A prefeitura agiu rapidamente ao criar, uma semana após o marco de início da pandemia, o “Comitê Interinstitucional de Combate ao Coronavírus”, aproveitando a instância do Fórum Interinstitucional, prática de governo e participação social já presente no Município. O objetivo do Comitê era reunir as principais instituições da região, promover o diálogo, articulação e garantir transparência nas ações do setor público. Durante os momentos iniciais, havia reuniões diárias para articular respostas rápidas e acompanhar as ações do Hospital e da Secretária de Saúde. A comunicação foi um dos pilares centrais dessa atuação. Além de boletins diários, enviados por Whatsapp, com os principais encaminhamentos do Comitê e as informações de contaminação, as associações indígenas e

indigenistas buscaram explicar a doença e sua forma de contaminação, combater as *fake news* e confeccionar cartilhas relativas às medidas de prevenção ao vírus nas línguas indígenas oficiais dos municípios; para uma das entrevistadas, o objetivo principal era “massificar a informação, inclusive nas diversas línguas” (Entrevistada 4, comunicação oral, 25/06/2021). A presença constante dessas organizações em diálogo com os órgãos públicos fez com que a informação circulasse na contramão da disseminação de *fake news*, que teriam impactos irreversíveis. Neste sentido, vale destacar a atuação da Rede de Comunicadores Indígenas do Rio Negro, a Rede Wayuri. O coletivo foi criado em 2017 e desde então leva informações sobre questões indígenas e territoriais às comunidades da região. Uma das frentes de atuação é a produção dos “boletins wayuri”. O material é distribuído via radiofonia e Whatsapp. Durante a pandemia, a Rede não mediu esforços para manter as populações informadas: além dos informativos em áudio, as cartilhas e o envio diário de informações pela rádio da FOIRN, os comunicadores usaram carros de som para conscientizar a população sobre os riscos da doença e a importância da vacinação. Falando nas línguas co-oficiais e em português, rodaram todos os bairros da cidade e zona rural.

Na falta de estruturas hospitalares adequadas, a participação dos Expedicionários da Saúde (EDS), associação indigenista voltada para a garantia de atendimento médico adequado, foi fundamental. A partir do diálogo com o Comitê, a EDS instalou onze Unidades de Atenção Primária Indígenas (UAPI), - enfermarias de campanha nas terras indígenas - apoiando na capacitação das equipes e provisão de equipamentos, além de uma UTI improvisada na enfermaria do Hospital Militar. A captação desses recursos foi feita pelo movimento indígena e seus parceiros. Com isso, os casos de contaminação que não chegavam a um estágio avançado puderam ser tratados nas próprias terras indígenas, diminuindo a pressão por transportes rápidos das aldeias para São Gabriel, em primeiro lugar, e de São Gabriel para Manaus, nos casos graves.

A organização Médico Sem Fronteiras (MSF) também esteve presente na região durante a primeira fase da pandemia. Impossibilitada de entrar nas terras indígenas, a MSF atuou como uma assessoria técnica ao Comitê de Crise e, junto com a prefeitura, implementou uma enfermaria de campanha na área urbana do Município. Ainda, apoiou na testagem em massa da população. Em S.G.C, já havia uma máquina para diagnosticar tuberculose e essa parceria possibilitou a adaptação da máquina para que ela também fizesse testes para a COVID-19, reduzindo o tempo de espera do resultado. A MSF apoiou tanto na qualificação técnica para operar a máquina quanto na articulação com fornecedores dos materiais necessários para a adaptação.

Com o início da vacinação, tendo apenas os indígenas e quilombolas recebido a primeira dose do imunizante, o contato com a cidade, e a volta aos “velhos hábitos” trouxe grande preocupação. Houve forte pressão para que esses territórios tivessem sua população vacinada em massa, o que foi colocado em prática apenas no ano de 2021. A totalidade da população imunizada em S.G.C está em torno de 30%, sendo São Gabriel o local mais atrasado na vacinação em comparação às regiões vizinhas.

Com relação às entidades religiosas que operam na região, e sua atuação durante a pandemia, houve grande cooperação da Igreja Católica com o ISA no que se refere às medidas de prevenção. Por parte da instituição religiosa, foram suspendidas, no início da pandemia, as atividades que envolviam aglomeração, assim como foram disseminadas medidas de combate à contaminação em massa. Essa postura não foi adotada, entretanto, pela

Igreja Evangélica, que manteve as reuniões e atividades religiosas que causavam aglomeração, além de demonstrarem resistência à vacinação.

Com esse quadro, o caso do Município de S. G. C. mostra, em primeiro lugar, a importância de parcerias entre o Poder Público, entidades não-governamentais ligadas ao tema da Saúde Indígena e lideranças das Terras Indígenas para a articulação de respostas tempestivas em momentos de crise. Não restam dúvidas de que as soluções encontradas só foram possíveis graças à rápida mobilização dos atores engajados, a despeito das condições estruturais precárias e das barreiras institucionais criadas também por agentes públicos.

Considerações finais

A partir do estudo de caso da TI Jaraguá, em São Paulo, e do município de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, algumas implicações foram observadas. Com um resultado positivo no enfrentamento à pandemia, os casos podem indicar caminhos pelos quais as parcerias entre poder público e entidades da sociedade civil podem ser construídas no sentido da garantia do direito à saúde e à participação do indígena na execução de políticas públicas. Esses resultados aprofundam o debate sobre as políticas de saúde indígena. Conforme Garnelo (2012), a multiplicidade de entidades governamentais e não governamentais que atuam no subsistema de saúde indígena gera uma dinâmica de gestão complexa, trazendo múltiplos desafios para a garantia dos direitos à saúde e à implementação de uma política de saúde indígena diferenciada.

Quais as dimensões encontradas nos casos selecionados que garantem a efetividade do modelo? Em primeiro lugar, destacamos um esforço na manutenção de um diálogo intercultural efetivo com as comunidades indígenas. A proposta de uma construção conjunta, marcada pela procura de lideranças indígenas previamente à consolidação de parcerias com organizações sociais, no caso de São Paulo, e entre a Secretaria Municipal de Saúde, lideranças indígenas e organizações indigenistas, no caso de São Gabriel da Cachoeira, mostra que esse projeto de diálogo marcou profundamente as respostas.

No caso de São Paulo, devemos destacar o diferencial da presença de funcionários residentes da própria TI. Como exposto, a inclusão de profissionais indígenas nas equipes técnicas de UBS ou de Polos Base deve ser entendida como positiva, seguindo o exposto por Souza Lima (2008). No entanto, não deixa de ser uma questão delicada: ao mesmo tempo que são mais capazes de lidar com a interculturalidade e podem favorecer a construção de diálogos mais horizontais, a posição simultânea e ambivalente de “representante” dos indígenas na gestão pública e de “representante” do governo entre seu próprio povo traz desafios pessoais. Essa ambiguidade pode levar esses funcionários e funcionárias a serem utilizados como mero fator de legitimidade para o poder público e para as organizações parceiras, sem incorrer em ganhos efetivos para as populações atendidas. Nesse quesito, Pontes, Rego e Garnelo (2015) alertam para o perigo de entender essas pessoas inseridas na execução da política como instrumentos automáticos de adequação dos equipamentos aos princípios da interculturalidade e intermedicalidade. Essa dificuldade merece ser observada com maior atenção por estudos futuros e acreditamos que aportes metodológicos e teóricos muito presentes no campo da Administração Pública, a abordagem dos burocratas de nível de rua, por exemplo, pode contribuir para a compreensão dessas situações complexas.

Em segundo lugar, os recursos destinados à saúde indígena no município de São Paulo provém do tesouro municipal. Essa característica, segundo as entrevistas, é essencial para assegurar continuidade e financiamento às políticas de saúde indígena, independentemente das mudanças de gestão e/ou de diretrizes federais. Há uma larga discussão na literatura referente à municipalização ou não de recursos públicos. Nossos

resultados apontam que essa municipalização, no caso paulistano, é positiva. Porém, é importante considerar estes resultados não em termos absolutos, mas levando em conta as particularidades do contexto indígena no município. No caso de São Gabriel da Cachoeira, de maneira contrária, vemos uma histórica insuficiência de recursos, seja de pessoal especializado ou de equipamentos de saúde descentralizados no território. Nesse quadro, a dificuldade de transporte eficiente é um fator decisivo para a garantia de um atendimento básico em Saúde no próprio Município ou de um atendimento hospitalar adequado na capital do estado. Nesse aspecto reside a principal diferença entre os casos estudados: a despeito de todas as vulnerabilidades que incidem sobre as populações indígenas no Brasil, o contexto territorial, a disponibilidade de recursos e serviços, mostrou-se um agravante no caso de São Gabriel da Cachoeira e um atenuante no caso de São Paulo.

Por fim, o estudo aponta para a importância do comprometimento ético e político das organizações parceiras no tocante à saúde indígena. Como visto, no caso paulistano, a experiência adquirida pelo Projeto Xingu, da UNIFESP, e inculcida em certas práticas da SPDM faz toda a diferença, sendo percebida e valorizada pelos indígenas. Novamente, devemos ressaltar a especificidade deste caso, pois antes mesmo da criação do SUS, o Projeto Xingu já atuava para a garantia de uma assistência à saúde digna aos povos originários. De maneira semelhante, o comprometimento e a expertise do ISA, da FOIRN, do EDS e do MSF, no caso de São Gabriel da Cachoeira, foram elementos centrais para a garantia de um atendimento qualificado, antes mesmo da pandemia.

Percebe-se que esse é o primeiro passo para a realização de uma parceria, no Subsistema de Saúde Indígena, que respeite as diretrizes de uma atenção diferenciada e integral, em direção à interculturalidade e intermedialidade. Se é o modelo de parcerias com organizações sem fins lucrativos que rege a Saúde Indígena no Brasil, devemos nos debruçar sobre quais formas de parcerias são efetivas e capazes de quebrar um paradigma etnocida⁴ de atuação do Estado. Fica patente que sem uma gestão diferenciada é impossível alcançar o princípio da atenção diferenciada. São muitos os fatores que entram em jogo: as premissas de atuação da organização parceira, a postura do ente governamental na intermediação entre povos indígenas e organizações, o instrumento jurídico que ordena a parceria e a sua forma de controle. Como visto pelo histórico da forma de governo imposto aos indígenas no Brasil, não é possível identificar as organizações ou o Estado como os salvadores dessas populações. O associativismo indígena é peça chave no entendimento das boas práticas de gestão e de políticas públicas. Na corrente situação de calamidade, a efetividade dessas redes voltadas para a garantia do direito à saúde e da participação torna-se ainda mais relevante.

Referências Bibliográficas

Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2000). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research* (SAGE (ed.)). <https://doi.org/10.1080/14767333.2012.65689>

APIB. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2020) *Panorama Geral da COVID-19*. Disponível: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>. Acesso: 01 maio. 2021.

Baniwa, G. L. (2007). Movimentos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. *Tellus*, 7(12), 127–146. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

⁴ No ensaio “Do Etnocídio”, o antropólogo Pierre Clastres afirma a ligação íntima entre constituição do Estado e a prática do etnocídio, entendida como: “a destruição sistemática dos modos de vida e pensamento de povos diferentes daqueles que empreendem essa destruição” (Clastres, 2004, p. 56). O conceito também é usado amplamente nas campanhas de denúncia de organizações indigenistas, como a APIB. Vide Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709 protocolada no Supremo Tribunal Federal em 2020.

Basques, M. (n.d.). “Efeitos Adversos”: um olhar a partir das políticas públicas para povos indígenas no Brasil. *Revista de Administração Pública e Gestão Social*. No prelo.

Brand A. (2002). Os desafios da interculturalidade e a educação infantil. In: CRUZ, H. M. (Org.). *Rumbo a la interculturalidad em educación. México*: Universidad Pedagógica Nacional; Casa Abierta al Tiempo.

Cardoso, A. M., Santos, R. V., & Coimbra Jr, C. E. . (2007). Políticas Públicas em saúde para os povos indígenas. In D. C. Barros, D. O. e Silva, & S. Â. Gugelmin (Eds.), *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena* (pp. 75–95). FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575415870>

Cardoso, M. D. (2015). Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In Langdon, E. J. & Cardoso, M. D. (org.). *Saúde indígena : políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis, SC: Ed. UFSC.

Castro, E. B. V. de. (2018). A autodeterminação indígena como valor. *Anuário Antropológico*, 6(1), 233–242.

Cisotto, C. (2012). *Atenção à Saúde Indígena no Município de São Paulo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, SP.

Clastres, P. (2004). Do Etnocídio. In: Clastres, P. *Arqueologia da Violência: pesquisas de antropologia política*. p. 54-63. São Paulo: Ed. Cosac & Naify.

Conselho do Povo Terena. (2020). *Vukápanavo: Revista Terena*. nº 3, p. 1-400, out./nov. 2020. Mato Grosso do Sul, Brasil.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília.

Ferreira, L. O. (2015). Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina* (pp. 217–247). editora UFSC.

Follér, M. A. J. (2004). Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon, E. J.; Garnelo, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. p. 129-148 Rio de Janeiro: Contracapa; ABA,.

Garnelo, L., & Sampaio, S. (2003). Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 311–317.

Garnelo, L. (2012). 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* (18-58). Brasília, DF: MEC-SECADI.

Gersem dos Santos, L. (2006). O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. In *Coleção Educação para Todos*. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; Nacional, LACED/Museu.

Gil, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. Atlas: São Paulo.

Grosfoguel, R. (2007). Dilemas dos estudos étnicos norte-americanos, multiculturalismo identitário, colonização disciplinar e epistemologias descoloniais. *Ciência e Cultura*, v. 5, n. 2, p. 32-35.

IBGE. (2012). *Censo Brasileiro 2010*. Rio de Janeiro, RJ.

ISA. Instituto Socioambiental. (2020). *Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao covid-19*. Disponível em: <<https://covid19.socioambiental.org/>>.

ISA. Instituto Socioambiental. (2021). *Terra Indígena Jaraguá*. Terra indígenas no Brasil. Disponível em <<https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3707>> Acesso em: 11 de maio de 2021.

MS. Ministério da Saúde (2002). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília. Disponível em : <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>

Mundurucu, D. (2009). Entre Parentes - Somos Indígenas em Movimento. *Jornal Maracá. Instituto Indígena Brasileiro Para Propriedade Intelectual (INBRAPI), Ed. Especial, 2*.

Pontes, A. L. de M., Rego, S., & Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos sanitários especiais indígenas: Reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(10), 3199–3210.

Sano, H. & Abrucio, F. L. (2008). Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 48(3), 64-80.

Santos, R. V., Pontes, A. L., & Coimbra, C. E. A. (2020). A “total social fact”: COVID-19 and indigenous people in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. Fundação Oswaldo Cruz.

Souza Lima, A. C. de, & Macedo, J. (2016). Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política(s) Pública(s). *Revista Antropológicas*. 26(2):17-54.

Souza Lima, A. C. de. (2008). Problemas de qualificação de pessoal para novas formas de ação indigenista. In: Souza Lima, A. C. de. & Barroso-Hoffmann, M. *Estado e Povos Indígenas no Brasil – Bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: LACED.

Souza Lima, A. C. de. (2015). Sobre tutela e participação: Povos indígenas e Formas de Governo no Brasil, Séculos XX/XXI. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, 21(2), 425–457.

Subirats, J. et al. (2012). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona, Espanha: Editorial Planeta.

Villaça, A. (2020). *Morte na Floresta*. Todavia: São Paulo.

Yanomami, D. K.; Albert, B. (2019). *A Queda do Céu: Palavras de um xamã yanomami*. Cia. das Letras: São Paulo.