



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

KARINE ASSUMPÇÃO

SAÚDE INDÍGENA INSTITUCIONAL, PROGRAMA MAIS MÉDICOS E
COOPERAÇÃO CUBANA: A ATENÇÃO DIFERENCIADA A PARTIR DO DISTRITO
SANITÁRIO INDÍGENA AMAPÁ E NORTE DO PARÁ

CAMPINAS

2023

KARINE ASSUMPÇÃO

SAÚDE INDÍGENA INSTITUCIONAL, PROGRAMA MAIS MÉDICOS E
COOPERAÇÃO CUBANA: A ATENÇÃO DIFERENCIADA A PARTIR DO DISTRITO
SANITÁRIO INDÍGENA AMAPÁ E NORTE DO PARÁ

Tese apresentada ao Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade Estadual de
Campinas como parte dos requisitos exigidos
para a obtenção do título de Doutora em
Antropologia Social.

Orientadora: ARTIONKA MANUELA GÓES CAPIBERIBE

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA
PELA ALUNA KARINE ASSUMPÇÃO, E
ORIENTADA PELA PROFA. DRA.
ARTIONKA MANUELA GÓES
CAPIBERIBE.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Neiva Gonçalves de Oliveira - CRB 8/6792

Assumpção, Karine, 1990-
As79s Saúde indígena institucional, Programa Mais Médicos e cooperação cubana : sobre a atenção diferenciada a partir do Distrito Sanitário Indígena Amapá e Norte do Pará / Karine Assumpção. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Artionka Manuela Góes Capiberibe.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Programa Mais Médicos - Amazônia. 2. Serviços de saúde do indígena. 3. Médicos de atenção primária. 4. Cooperação Sul-Sul. I. Capiberibe, Artionka Manuela Góes, 1970-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Institucional indigenous health, the More Doctors Program and cuban cooperation : differentiated care from the Amapá and Northern Pará Indigenous Health District

Palavras-chave em inglês:

Programa Mais Médicos - Amazon River Region

Health services, indigenous

Physicians, primary care

South-South Cooperation

Área de concentração: Antropologia Social

Titulação: Doutora em Antropologia Social

Banca examinadora:

Artionka Manuela Góes Capiberibe [Orientador]

Esther Jean Langdon

Valéria Mendonça de Macedo

Lúcia Dias da Silva Guerra

Marina Pereira Novo

Data de defesa: 17-08-2023

Programa de Pós-Graduação: Antropologia Social

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-0907-1932>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3974807407333536>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, composta pelos/as Professores/as Doutores/as a seguir descritos, em sessão pública realizada em 17 de agosto de 2023, considerou a candidata Karine Assumpção aprovada.

Profa. Dra. Artionka Manuela Góes Capiberibe

Profa. Dra. Esther Jean Langdon

Profa. Dra. Valéria Mendonça de Macedo

Profa. Dra. Lúcia Dias da Silva Guerra

Profa. Dra. Marina Pereira Novo

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com o apoio financeiro do PPGAS/IFCH para realização de pesquisa de campo em duas das três viagens realizadas ao Amapá, através dos editais de auxílio para pesquisa de campo (Edital 2021-III e 2022-I).

Para além desse apoio financeiro, esse trabalho só foi possível graças ao apoio, incentivo, colaboração, amizade e amor de muitas pessoas. Expresso desde já meus agradecimentos a todas/os que de alguma forma contribuíram para que esta tese fosse produzida e aventurei-me a nomear algumas pessoas fundamentais nesse processo.

Agradeço a minha família por todo o apoio e incentivo para que eu seguisse estudando. Em especial a vocês, mãe e pai, por todo o amor, parceria e compreensão; vó Esther, pelo exemplo, amor e visão de que eu iria “longe”; tia Miriam e tia Marlene, pelo amor incondicional; Kétlin e Thais, pela irmandade; Valentina, por recarregar minhas energias; Nicolas, por descarregá-las; aos dois e a Luiza, pela alegria de quando estamos juntas/os.

À minha orientadora Artionka Manuela Góes Capiberibe, agradeço o encorajamento necessário para eu seguir com o projeto e a escrita, mesmo quando tudo parecia mais difícil do que possível, a confiança de me introduzir a pessoas e lugares importantes para você, e a parceria de anos.

Às professoras Ana Lucia Pontes e Valéria Mendonça Macedo, agradeço os comentários, críticas e sugestões feitas na qualificação deste doutorado. Espero demonstrar um diálogo com essas contribuições nas páginas que seguem.

Partes desse trabalho foram debatidas no grupo de estudantes da Unicamp que são orientados/as pela professora Artionka Capiberibe, e no Coletivo de Antropologia e Saúde Coletiva (CASCA), coordenado pelos/as professores/as Soraya Fleischer, Rosamaria Giatti Carneiro e Éverton Luís Pereira. Agradeço a generosidade, leitura atenta e comentários que tanto contribuíram com minhas ideias vacilantes de percurso.

O processo de feitura desta tese durou anos e percorreu várias cidades e há agradecimentos direcionados as pessoas de cada uma delas.

Em São Paulo, minha terra natal, sou grata aos/às amigos/as de longa data: Ivi, Renato, Vivi, Cássia, Guilherme, Bia, Thiago, Arthur, Marcelo, Thiago, Ana, Cris, Letícia, Paulinho, Larissa, Daniel, Gabriel, Reno, Marcos, Macarrão, Carla, Cecília, Suelen. Obrigado por compreenderem minhas ausências e tornarem Brasília uma rota de suas viagens. Meu agradecimento especial à Arianne Rayis Lovo, pelo companheirismo nessa jornada acadêmica

da Unifesp à Unicamp. Nossas conversas, estudos, projetos conjuntos, leituras compartilhadas foram fundamentais para eu seguir.

No PPGAS, agradeço a Jordana, Mayana e Chryslen pelo compartilhamento da rotina acadêmica, e à Jordana pelas acolhidas em sua casa. Às/aos colegas da Maloca – Revista de Estudos Indígenas, sou grata pelas relações para além da convivência no campus da Unicamp, sendo muitas vezes minha principal conexão com a universidade.

Em Brasília, meus agradecimentos são para Cecília, pela generosa acolhida e amor, Nathan, Charlotte, João, por continuarem essa generosidade ao me receberem na Biboka. Às colegas Arielle, Amanda e Juliana, por todo o apoio, ideias compartilhadas, mãos dadas nos momentos difíceis. À Andrea Borghi, *in memoriam*, pela disponibilidade em me mostrar as possibilidades de seguir a pesquisa em Brasília, e por compartilhar comigo sua rede de contatos. Àqueles/as anônimos/as que faziam parte dessa rede e se tornaram meus interlocutores/as nesta pesquisa, agradeço o compartilhamento de suas experiências e pontos de vistas particulares, e por terem possibilitado as ideias contidas neste trabalho.

Brasília me apresentou Rodrigo Arthuso, um interlocutor importante deste trabalho. Entre caminhadas, pandemia, Funai, de nossas conversas surgiam sínteses e de nossa convivência a força e entusiasmo para seguir.

Na etapa Amapaense, meus agradecimentos são a todos/as os/as profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e norte do Pará, por aprovarem a realização deste trabalho e concordarem com minha presença em suas rotinas. Em especial ao Diego, por todas as colaborações, da hospedagem ao campo, a quem devo algumas castanhas. Agradeço à Raphaela e Themis, pela companhia, e às irmãs carmelitas, pela hospedagem. Agradeço aos/às colegas da Coordenação Regional da Funai, em Macapá, e à Coordenação Técnica Local Oiapoque, pelo apoio e disponibilidade.

Em Oiapoque, agradeço à Rita, por me receber em sua casa e me apoiar logo no início do campo, e à Evilânia, Miguel e Junior, pela hospedagem em minha segunda passagem por Oiapoque, além das conversas, jogos, passeios e comidas compartilhadas.

Agradeço a todos/as os/as Karipuna, Palikur-Arukwayene, Galibi-Marworno e Galibi Kali'na por aprovarem a realização desta pesquisa e concordarem com a minha presença em suas rotinas. Em especial, àqueles/as que entrevistei e convivi durante os dias que estive nos Polos bases Manga, Kumarumã e Kumenê, CASAI Oiapoque e nos demais equipamentos de saúde do município. Foi incrível conhecer suas comunidades e lutas por um Amapá mais indígena.

Um agradecimento especial aos cubanos/as que tão bem me receberam em minha curta estadia na ilha e que me demonstraram no dia a dia que há outros ritmos e produções possíveis de vida; aos/às amigos/as do Canadá, pela acolhida afetuosa durante os meses que estive imersa nas bibliotecas do campus da University of British Columbia (UBC) para escrever a tese; e aos meus/as companheiros/as de luta (movimento estudantil, espaço cultural mané garrincha, cursinho livre, partido, indigenistas associados, CSA), com quem compartilho sonhos e faço chover.

Esse trabalho só foi possível por causa de vocês!

Para mim, um reles escriba que nunca aplicou uma injeção em ninguém, interessa demais essa perspectiva médica ampliada, do micro ao macroscópico. Só um conjunto variado de lentes pode revelar as complexas relações que as lombrigas na barriga de um Miguilim estabelecem com a impossibilidade de seus pais lhe comprarem um sapato, com a ausência de saneamento básico no Mutúm, com a acelerada combustão dos biomas brasileiros, com a mais recente votação em plenário do orçamento da União, com a desigualdade social que corrompe a humanidade. O médico, evidentemente, não precisa emoldurar o quadro todo para receitar um vermífugo ao menino. Mas a paisagem está lá, disponível: a quem queira enxergar o mundo, a saúde pública é um baita mirante.

Branco Vivo, Antonio Lino, 2017

O colonizado que desconfia da internação não parte de valores homogêneos como medo da cidade, medo da distância, medo de se sentir desamparado quando separado da casa da família, medo de ser enviado para morrer no hospital, medo de ser descartado dele como um fardo. O colonizado não se recusa a enviar os doentes para o hospital, mas para o hospital dos brancos, dos estrangeiros, do conquistador.

Medicina e colonialismo, Franz Fanon, 2020

RESUMO

O objetivo desta tese é contextualizar qualitativamente a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), e analisar o impacto da presença de médicos/as nos processos de saúde-doença-cuidado-cura na região amazônica, a partir de um estudo de caso na região do baixo Oiapoque, atendida pelo Distrito Sanitário Indígena Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP). Desde a criação do SasiSUS, em 1999, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena da região operam com vagas não preenchidas de médicos, situação que mudou em 2013 com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), uma política que visa levar esses/as profissionais às regiões historicamente desassistidas do país, e que iniciou esse provimento com uma maioria de médicos/as cooperados/as cubanos/as. A pesquisa baseou-se na triangulação de dados obtidos (i) na análise crítica da legislação e dos documentos de políticas relevantes, (ii) em entrevistas semiestruturadas realizadas com os/as gestores das políticas, profissionais de saúde indígenas e não-indígenas e líderes indígenas, (iii) e em pequenas incursões de pesquisa de campo no DSEI-AMP e na região do baixo Oiapoque. A implementação do PMM no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) não foi diferente dos outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), pois deslocou centenas de médicos/as cubanos/as para as Terras Indígenas e exigiu adaptações de acordo com as diferenças que eles/as perceberam na execução da política em áreas indígenas. Esses/as profissionais, formados em uma economia política da saúde diferente, mostraram outras formas de fazer medicina que permitiram um olhar crítico sobre a "atenção diferenciada" defendida pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI). Com este trabalho, busco refletir sobre uma diferenciação que (i) não seja genérica, capaz de perceber e valorizar as especificidades de cada povo indígena, (ii) não apenas "humanizada" conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), mas também atenta aos "outros humanos" envolvidos no processo saúde-doença-cuidado-cura na Amazônia, o que requer um combate ao racismo estrutural das políticas de estado, (iii) e sobretudo biomédica, em seu pleno desenvolvimento institucional – o que inclui a atuação dos/as médicos/as nos serviços oficiais de saúde junto a povos indígenas.

Palavras Chave: Programa Mais Médicos – Amazônia; Serviços de saúde do indígena; Médicos de atenção primária; Cooperação Sul-Sul.

ABSTRACT

The aim of this dissertation is to provide a qualitative contextualisation of the implementation of the More Doctors Program (PMM) in the Indigenous Health Subsystem (SasiSUS) and to examine the impact of the presence of doctors on health-disease-care-cure processes in the Amazon region, based on a case study in the lower Oiapoque region, served by the Indigenous Health District of Amapá and Northern Pará (DSEI-AMP). Since the creation of SasiSUS in 1999, the region's Multidisciplinary Indigenous Health Teams have operated with unfilled positions for doctors, a situation that changed in 2013 with the implementation of the More Doctors Program (PMM), a policy aimed at bringing these professionals to historically underserved regions of the country. The research is based on the triangulation of data from (i) a critical analysis of legislation and relevant policy documents, (ii) semi-structured interviews with policy managers, indigenous and non-indigenous health professionals and indigenous leaders, (iii) and short field research visits to the DSEI-AMP and the lower Oiapoque region. The implementation of the PMM in the Indigenous Health Subsystem (SasiSUS) was no different from other services in the Unified Health System (SUS), as it involved the deployment of hundreds of Cuban doctors in indigenous areas and required adaptations according to the differences they perceived in the implementation of the policy in indigenous areas. These professionals, trained in a different political economy of health, showed other ways of doing medicine that allowed a critical look at the "differentiated care" advocated by the National Indigenous Health Care Policy (PNASPI). With this work, I seek to reflect on a differentiation that (i) is not generic, capable of perceiving and valuing the specificities of each indigenous people, (ii) is not only "humanized" according to the National Primary Care Policy (BRASIL, 2012), but also attentive to the "other humans" involved in the health-disease-care-cure process in the Amazon, which requires combating the structural racism of state policies, (iii) and above all biomedical, in its full institutional development - which includes the work of doctors in official health services with indigenous peoples.

Key words: Programa Mais Médicos – Amazon River Region; Health services, indigenous; Physicians, primary care; South-South Cooperation.

LISTAS DE MAPAS

Mapa 1. Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	78
Mapa 2. Densidade da oferta de vagas de graduação em medicina segundo Unidades da Federação – Brasil 2020.	136
Mapa 3. Terras Indígenas e aldeias da “Área Oiapoque”, no baixo rio Oiapoque.	193
Mapa 4. Aldeias Palikur-Arukwayene – Região do rio Urukauá, Terra Indígena Uaçá.	266

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Conveniadas com a SESAI	67
Tabela 2. Profissionais contratados pelas conveniadas de 2011 a 2020	80
Tabela 3. Número de EMSI por DSEI, população e polo base.....	82
Tabela 4. Médicos bolsistas do Programa Mais Médicos atuantes na saúde indígena.	123-127
Tabela 5. Vagas pactuadas para médicos no SasiSUS, por tipo de vínculo.....	125-129
Tabela 6. Vagas preenchidas no DSEI Amapá e Norte do Pará, por categoria profissional.....	130
Tabela 7. Núcleos da atenção primária à saúde nas DIASI dos DSEI.	209
Tabela 8. Planilha utilizada pelo DSEI-AMP sobre população indígena atendida.	213
Tabela 9. Tabela sobre a etnias das aldeias da área Oiapoque produzida por Silva (2020).	213-217
Tabela 10. Metas sobre capacitação constantes no Plano Distrital do DSEI-AMP.	228
Tabela 11. Nomes clâmicos e sobrenomes em português e francês (CAPIBERIBE, 2009, p. 57).....	285

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Rede de atenção integral à saúde do Subsistema de Saúde Indígena	79
Figura 2. Mapeamento de atenção primária em saúde do polo base Manga.....	287
Figura 3. Exemplo de uma página da cartilha com orientações sobre a COVID-19.	298

LISTA DE FOTOS

Foto 1. Hostilização aos/às médicos/as estrangeiros/as durante treinamento para o PMM em Fortaleza (HARAZIM, 2013).	101
Foto 2. Cerimônia de celebração de 60 anos da revolução cubana. Santiago de Cuba, Cuba. 1/1/2019	161
Foto 3. Polo Base Kumenê.....	219
Foto 4. Espaço interno do alojamento da equipe – Polo Base Kumenê.....	220
Foto 5. Imagens da horta montada na frente do polo base Kumenê pelo médico cubano Javier.....	270
Foto 6. A horta do médico em fevereiro de 2022.	275
Foto 7. Panela com remédio para rasgadura	277

QUADRO

Quadro 1. Dados quantitativos do Subsistema de Saúde Indígena	86

GRÁFICO

Gráfico 1. Total de médicos no SASISUS de 2011 a 2018	126

LISTA DE ABREVIACÕES

AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
APIB – Articulação dos Povos Indígena do Brasil
APS – Atenção Primária à Saúde
ATL – Acampamento Terra Livre
CASAI – Casa de Apoio à Saúde Indígena
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas do Ministério do Trabalho
CML – Comunidade Medicina Liberal
CNPSI – Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS- Equipes Volantes de Saúde
FUNAI – Fundação Nacional dos Povos Indígenas
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IEPÉ – Instituto de Pesquisa e Formação Indígena
HSP – Hospital São Paulo
MEC – Ministério da Educação
MP – Medida Provisória
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PMM – Programa Mais Médicos
PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RH – Recursos Humanos
SasiSUS – Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
SEGETS – Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SNSP – Sistema Nacional de Saúde Pública (Cubano)
SNT – Serviço Nacional de Tuberculose
SPI – Serviço de Proteção ao Índio
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI – Terra Indígena

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
Metodologia e ética	30
Apresentação dos capítulos.....	35
Convenções da tese (as padronizações adotadas)	38
CAPÍTULO 1. O Estado brasileiro, os povos indígenas e a saúde: 30 anos de SUS, 20 de Subsistema de Saúde Indígena e 10 de SESAI	40
1.1. O acesso aos serviços estatais de saúde: sobre a conquista de direitos universais e específicos	43
1.2. A institucionalização da saúde indígena: sobre decretos e projetos que demoram anos para se tornarem leis.....	52
1.3. A operacionalização da saúde indígena: pretensões universais e específicas em um mesmo Sistema Único de Saúde	59
1.4. “Não é matando a SESAI” que se resolve o problema: o Acampamento Terra Livre e a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil.....	70
CAPÍTULO 2. PMMB e SasiSUS: quando os DSEIs foram priorizados no provimento de médicos.....	76
2.1. Um subsistema que possibilita atenção diferenciada.....	77
2.2. Um programa que possibilitou médicos nas aldeias	98
2.2.1. Os editais de provisão de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil	104
2.2.2. Os/as cubanos/as e o Perfil 8 dos editais de chamamento de médicos/as.....	107
2.2.3. “Imagina isso na saúde indígena?”	116
2.2.4. Sobre dados quantitativos do Programa Mais Médicos na Saúde Indígena.....	124
CAPÍTULO 3. Medicina em áreas indígenas – antes e depois da chegada dos/as médicos/as cubanos/as	133
3.1. Medicina fabricada no Brasil.....	134
3.1.1. O mercado de trabalho médico brasileiro e a Amazônia	146
3.1.2. O atendimento aos povos indígenas amazônicos	152
3.2. “Cuba não reparte o que sobra, e sim compartilha o que tem”	160
3.2.1. Os/as médicos/as cubanos/as cooperados/as no Brasil	171
3.2.2. Os/as médicos/as cubanos/as cooperados/as em áreas indígenas	178
CAPÍTULO 4. Um estudo de caso na Amazônia (Parte I): O Amapá e a biomedicina para os povos indígenas	194
4.1. Breve contextualização da saúde no Amapá.....	195
4.2. DSEI Amapá e Norte do Pará: biomedicina para os povos indígenas	206
4.2.1. Os/as indígenas atendidos/as pelo DSEI Amapá e norte do Pará, com foco na “Área Oiapoque”	212
4.2.2. As estruturas físicas da “Área Oiapoque”	218
4.2.3. Sobre os/as profissionais de saúde do DSEI-AMP	221
4.2.4. Um DSEI em busca das metas institucionais	226
4.3. Sobre a presença de médicos/as no DSEI-AMP	230

4.3.1. Sobre a presença de médicos cubanos cooperados no DSEI-AMP.....	236
CAPÍTULO 5. Um estudo de caso na Amazônia (Parte II): reflexões sobre a saúde no baixo Oiapoque..	250
5.1. De Macapá a Oiapoque a saúde indígena se indianiza	251
5.1.1. Sobre a dupla responsabilidade de ser Karipuna, Palikur-Arukwayene, Galibi-Marowrono e Galibi Kali'na e profissional de saúde.....	258
5.2. Sobre a ex-horta medicinal do Polo Base Kumenê.....	264
5.2.1. O médico da horta	264
5.2.2. A horta do médico	274
5.3. A aldeia e sua constante produção de saúde	280
5.3.1. Sobre “atenção diferenciada” não genérica.....	282
5.3.2. Sobre atenção à saúde para além de humanizada	288
5.3.3. Sobre atenção diferenciada e biomedicina.....	297
CONCLUSÃO	303
REFERÊNCIAS.....	314
ANEXOS	344
1. Roteiro das entrevistas semiestruturadas	344
2. Modelo do Questionário aplicado (Formulário Google)	346
3. Página resumo dos dados sobre médicos no Amapá (SCHEFFER, 2020)	348
4. Modelo de listagem de fichas a serem preenchidas pelas EMSI do DSEI-AMP.....	349

INTRODUÇÃO

Em maio de 2015, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS), e o governo brasileiro noticiaram a existência de uma horta medicinal comunitária construída em frente à Unidade Básica de Saúde Indígena (Polo Base) Kumenê¹, localizada na aldeia homônima do povo Palikur-Arukwayene, na Terra Indígena Uaçá², extremo norte do estado³ do Amapá. As plantas, entendidas como matérias-primas para remédios, estavam dispostas em canoas velhas (ver as fotos no Capítulo 5, p. 270), enfileiradas sob um teto de palha que as protegia do sol intenso. Seus nomes e usos estavam descritos em identificadores de madeira, dispostos ao lado delas. Seu idealizador foi o médico cubano cooperado Javier Isbell López Salazar, que exerceu medicina no Brasil como bolsista do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), através de uma parceria entre Brasil e Cuba intermediada pela OPAS/OMS⁴.

A partir de 2013, com a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), política pública federal de provimento de força médica às Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e Subsistemas, todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)⁵ passaram a contar com médicos/as nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (SILVA, 2017). Essa interseção de políticas públicas instiga-nos a refletir sobre os esforços para relacionar as diferentes concepções de saúde-doença-cuidado-cura⁶, e mais amplamente, natureza-cultura, na realização dos serviços oficiais de saúde para os povos indígenas. É o objetivo deste trabalho colocar esses esforços em perspectiva, levando em conta uma miríade de agentes e de interesses distintos, formada, entre outros, por: indígenas, médicos brasileiros, médicos cubanos, diferentes categorias de profissionais de saúde, espíritos,

¹ Intitulada “Cubano do Mais Médicos reduz uso de antibióticos em aldeia indígena ao resgatar uso de plantas medicinais”, a notícia foi originalmente veiculada em 16 de novembro de 2016, em sítio do Ministério da Saúde, mas foi retirada do ar durante o governo Bolsonaro, seguindo disponível em sites indigenistas, como o do Instituto Socioambiental (ISA), <https://encurtador.com.br/kOQ26>. Acesso em: 20 jun. 2023.

² O povo Palikur-Arukwayene é falante de língua pertencente ao tronco linguístico Aruak, com aldeias localizadas nos dois lados da fronteira entre Brasil e a Guiana Francesa. Para fins desta tese, não farei distinção entre as Terras Indígenas Uaçá I e II, geograficamente contíguas, me referindo a elas somente pelo nome “Uaçá”.

³ Nesta tese, quando “estado” designar um dos 27 estados da República Federativa do Brasil será grafado com letra minúscula, e quando significar o Estado Brasileiro e a noção abstrata de Estado-nação, será grafado com letra maiúscula.

⁴ 80º Termo de Cooperação Técnica para implementação do Projeto Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

⁵ Descritos no capítulo 2.

⁶ Utilizo esse quadrinômio para tornar mais evidente a definição relacional que se faz necessária para entender esses acontecimentos, pois, como Langdon (1994) define, doença não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente, nem saúde/saudável, cuidado/prevenção e cura/reestabilização.

remédios, exames, feitiços, gestores públicos, diretrizes governamentais, acordos internacionais etc.

A horta do médico cubano no Kumenê contém em si um exemplo desses esforços, visíveis em sua (i) idealização, (ii) realização, (iii) utilização, (iv) publicização e (v) finalização. Como será mais bem aprofundado no capítulo 5 desta tese, (i) ela foi idealizada por um médico que, a partir de sua formação, pensa no uso de fitoterápicos como alternativa técnica à falta de medicamentos ou frente ao uso prejudicial deles, que são situações comuns no Sistema Único de Saúde brasileiro (TESSER, 2006). (ii) A realização da horta aconteceu depois de várias conversas e interações do médico junto aos Palikur-Arukwayene, nas quais ele tratava sobre o uso de plantas para fazer remédios e outros costumes do povo. Esses são esforços de construção de uma Atenção Primária à Saúde (APS) que potencializa o uso dos recursos disponíveis e a busca de alinhamento com os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Esses esforços coadunam-se com as diretrizes de uma atenção humanizada, conforme a Política Nacional de Humanização do Brasil (BRASIL, 2010, 2012).

Durante a existência da horta, (iii) o médico entregava raízes e plantas e explicava aos Palikur-Arukwayene como utilizá-las, e eles faziam uso, replantavam e interagiam com aquele espaço, gerando uma repercussão da iniciativa para além da aldeia. (iv) A publicização da horta se deu através das redes sociais da OPAS/OMS e Ministério da Saúde como um exemplo de sucesso do Programa Mais Médicos⁷, política pública de grande importância para o governo da época e que foi bastante questionada pela parcela hegemônica da classe médica brasileira e aliados, como descrito no capítulo 2. (v) Com o retorno de Javier à Cuba em 2016, a horta comunitária das canoas se desfez, e as plantas, tanto aquelas que foram introduzidas pelo médico quanto as que os Palikur-Arukwayene já conheciam, foram atracar em outros espaços da aldeia.

Nessa vinheta etnográfica, os esforços de viabilização de uma atenção à saúde mais humanizada no Brasil se deram junto a um povo que utiliza muitos remédios do mato, mas não organiza as plantas em uma horta comunitária. Era importante publicizar a horta porque era um feito raro ter médicos realizando esse tipo de trabalho em áreas indígenas, mas a extinção da horta, logo que o médico se distanciou da aldeia, sinaliza outros esforços de entendimento necessários aos profissionais que promovem a atenção primária em aldeias como o Kumenê, e àqueles/as que gerem a política – por exemplo, perceber como e por que os Palikur-Arukwayene cultivam ou não determinadas plantas. Nesta pesquisa, busco evidenciar esses outros

⁷ Disponível em: <https://encurtador.com.br/kOQ26>. Acesso em: 20 jun. 2023.

entendimentos, que envolvem uma análise crítica da colonização do país e da relação das equipes de saúde com os povos indígenas.

O encerramento dos esforços de construção de vínculos do médico Javier com aquela comunidade em que atuou durante três anos foi selado com o desfazimento da horta de canoas, pouco antes do fim do convênio do Brasil com Cuba, descrito adiante. Os Palikur-Arukwayene e as plantas seguem habitando e se relacionando no Kumenê, enquanto outro médico, brasileiro e formado fora do país, atua na mesma aldeia, como bolsista do Programa. Ele elogia a iniciativa do colega cubano, mas não tem o mesmo engajamento: seus esforços estão voltados para validar seu diploma no Brasil, estudando em seu quarto, dentro do alojamento da equipe na aldeia, boa parte dos períodos em que não está trabalhando. A despeito da expectativa de que o provimento emergencial deixasse de ser necessário depois que outras mudanças acontecessem na formação médica brasileira, previstas na Lei do Mais Médicos (n.12871/2013), bolsistas médicos⁸ seguem atuando no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS).

O foco na interseção dessas políticas informa que esta tese não está voltada à produção de uma reflexão exclusiva sobre o Programa Mais Médicos (PMM)⁹, em que o “Projeto Mais médicos para o Brasil” (PMMB), de provimento de força médica emergencial, está inserido, nem sobre o SasiSUS, ao qual os DSEIs são vinculados. A implementação dessas políticas, suas particularidades, motivações, execuções, desafios, resultados e avaliações possuem uma ampla variedade de análises acadêmicas (Sobre o SasiSUS: SANTOS; COIMBRA JUNIOR, 1994; ATHIAS; MACHADO, 2001; LANGDON; GARNELO, 2004; GARNELO, 2012; TEIXEIRA; GARNELO, 2014; BENVIDES; PORTILLO; NASCIMENTO, 2014; TEIXEIRA; DIAS DA SILVA, 2015; MENDES *et al.*, 2018; PONTES *et al.*, 2019; PONTES *et al.* 2022, LANGDON, 2004, 2006, 2022. Sobre o PMM: RIBAS, 2016; SILVA, 2017; TELLES, 2019, MARTINS *et al.*, 2017; CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016; OPAS, 2017, 2018). Estas são produções que dão base para esta pesquisa, e com as quais dialogo ao aproximar a análise de aspectos específicos de uma ou outra política, como destaco a seguir.

Neste trabalho, o interesse na interseção de tais políticas se dá (i) pela interseção “em si”, o que ela carrega de universalismo de Estado – e seus consequentes pressupostos culturais – para uma política com diretrizes direcionadas para os povos indígenas; (ii) pelos efeitos que a presença de médicos/as causou (ou não) nas relações dos serviços oficiais de saúde com povos indígenas; e (iii) pelos *insights* que esse momento propicia à busca por uma atenção à saúde de

⁸ E aqui utilizo no masculino por ser uma maioria de homens cubanos que atuaram em DSEIs no período entre 2013 e 2018, como explico no capítulo 2, subitem 2.2.4.

⁹ Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013.

fato diferenciada e adequada aos povos indígenas no Brasil, em especial os que vivem na Amazônia Legal¹⁰.

Meu interesse pela interseção das políticas “em si” guarda relação com a noção de que o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB) não foi concebido como uma política de saúde indígena. Ainda assim, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) eram uma de suas prioridades. No levantamento estatal de quais eram as localidades menos supridas pela força de trabalho médica, destacavam-se as vagas para médicos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) quase sempre não preenchidas. Com isso, o PMMB interveio nos DSEI a partir de sua semelhança com municípios que sofriam com a escassez de médicos, semelhança que sobressaiu frente às inúmeras diferenças entre o SasiSUS e os serviços municipais de saúde, como descrevo nos capítulos 2 e 3.

Como demonstrarei ao longo deste trabalho, a intervenção do PMMB no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) se deu de forma indiferenciada, destoando das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que deveriam orientar as ações deste Subsistema. Tanto o SasiSUS quanto a PNASPI são conquistas do movimento indígena que, junto com aliados/as¹¹, se inseriram no processo constituinte dos anos 80 e nas disputas políticas de redemocratização dos anos 90 (KRENAK, 2020)¹².

Nesse contexto, foi institucionalizada pela primeira vez uma atenção primária a saúde dos povos indígenas, uma saúde indígena institucional. Insiro o adjetivo “institucional” para não reforçar o uso da expressão “saúde indígena” como sinônimo de ações relacionadas ao Subsistema/Estado, como muitas vezes transparece em materiais e eventos acadêmicos (GARNELO; PONTES, 2012; TEIXEIRA, 2012; TEIXEIRA; GARNELO, 2014), governamentais (BRASIL, 2002) e não governamentais (APIO, 2009). As reflexões sobre a saúde indígena não se resumem ao funcionamento do Subsistema, pois este não contempla nem todos os aspectos das produções de saúde/vida possíveis, nem todos os/as indígenas viventes no Brasil, como a Articulação dos Povos Indígena do Brasil (APIB) e parceiros evidenciaram ao denunciar a desassistência vivenciada por parte significativa desses atores durante a pandemia da COVID-19. Assim, institucional aqui dialoga com a noção de instituições formais

¹⁰ Região que se estende por nove estados (Acre, Amapá, Amazonas, Roraima, Pará, Rondônia, Mato Grosso, Tocantins e Maranhão), totalizando uma área de mais de cinco milhões de quilômetros quadrados, o que corresponde a cerca de 60% do território nacional.

¹¹ Entre esses/as aliados/as estavam antropólogos/as que se engajaram na criação de políticas de saúde sensíveis às particularidades de populações específicas (UCHÔA; VIDAL, 1994; LANGDON; GRISOTTI, 2016).

¹² Para revisões bibliográficas mais amplas sobre o campo da antropologia da saúde, ver Buchillet (1991) e sua abordagem comparativa sobre as linhas de pesquisa estadunidense e francesa sobre saúde e doença. Para um olhar mais voltado ao Brasil, Langdon (1994) que, em diálogo e adição ao texto de Buchillet, realiza um resgate histórico dos teóricos tidos como pioneiros na antropologia da saúde.

que “moldam o comportamento dos atores, redefinem suas alternativas políticas e mudam a posição relativa entre eles” (RODRIGUES, 2015, p. 61). Porém, apesar de remeter a constructos estabilizados, seja através de normas, edificações ou equipes, pesquisar as instituições requer atenção a como elas aparentam ser dados da realidade, enquanto se constituem “em espaços e tempos específicos, a partir de disputas e relações de poder que nelas não se esgotam” (TEIXEIRA; LOBO; ABREU, 2019, p. 9).

Em relação às reflexões antropológicas e sanitárias sobre o tema mais amplo da saúde indígena institucional, há uma constância em evidenciar, ou manter como pano de fundo, as “especificidades culturais” como justificativa de uma atenção à saúde que deve se dar de forma diferenciada. Essas especificidades são acionadas para destacar os desafios e competências que um/a profissional ou serviço da saúde biomédico¹³ precisará desenvolver para atingir seus objetivos de promoção de saúde (BARUZZI; JUNQUEIRA, 2004; DIEHL; PELLEGRINI, 2014), não só junto a povos indígenas (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2020). Às vezes também evidenciam as inabilidades ou indisposição do sistema biomédico e seus agentes frente às especificidades (LANGDON, 2001, 2017, 2022; DIAS DA SILVA, 2010, 2021; GIL, 2007; ROSALEN, 2017; PONTES; GARNELO; REGO, 2014).

Ao longo desses pouco mais de 20 anos do SasiSUS, foram criados grupos de pesquisadores/as interessados/as no tema¹⁴, em sua maioria antropólogos/as e sanitaristas¹⁵, e deles resultaram trabalhos sobre a articulação de saberes, interculturalidade¹⁶ ou intermedicalidade, com dados etnográficos colhidos nas comunidades indígenas junto às quais tais trabalhos foram conduzidos (LANGDON; GARNELO, 2004; FERREIRA, 2013, 2015;

¹³ A opção pela denominação “biomedicina” à medicina ocidental deve-se ao fato de esta refletir a vinculação desta forma de racionalidade médica com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia (CAMARGO JR., 2005). Os 14 cursos considerados como da área saúde por resolução do XXII Conselho Nacional de Saúde (CNS) são: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

¹⁴ Como o Grupo Temático Saúde Indígena (GTSI/Abrasco), por exemplo, fruto dessas relações interdisciplinares voltadas a qualificar os serviços de saúde. Esse GT comemorou em 2020 seus vinte anos de existência. Tem também grupos temáticos mais localizados, como o Instituto Brasil Plural, com pesquisas capitaneadas pela antropóloga Esther Langdon; a Fiocruz Amazônia, que conta com a colaboração da antropóloga Luiza Garnele e o médico Maxmiliano Loiola Ponte de Souza; e o Projeto Xingu, programa de extensão da Universidade de São Paulo. Ademais, a saúde sempre figura como tema de grupos temáticos dos Encontros Nacionais de Estudantes Indígenas. (ENEI).

¹⁵ O termo é utilizado para designar diferentes profissionais de setores da saúde coletiva.

¹⁶ A defesa da “diversidade cultural” presente na agenda neoliberal traz nuances ao entendimento do uso de conceitos como multiculturalidade, interculturalidade, interetnicidade e similares, muitas vezes utilizados de uma forma “funcional ao sistema existente”, com a intenção de “controlar conflitos étnicos” e gerar estabilidade social sem questionar as regras de um jogo assimétrico e desigual (WALSH, 2009, p. 2). O problema estaria expresso na própria morfologia dos termos, na medida em que manteriam a dicotomia antropocêntrica ocidental natureza/cultura ao tratarem de relações inter ou multiculturais/étnicos. Com isso em mente, neste trabalho o termo será utilizado quando presente nas políticas públicas e falas dos/as interlocutores/as.

LANGDON; CARDOSO, 2017; DIAS-SCOPEL; SCOPEL, 2019). Há também o Projeto Xingu, Programa de Extensão da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); o Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo, também associado à UNIFESP; e o Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Esses ambulatórios qualificam os atendimentos biomédicos, promovendo ações e apoio nos níveis de média e alta complexidade. Além disso, esses grupos de pesquisa e ambulatórios são responsáveis por uma produção acadêmica sobre suas experiências e sobre a saúde dos indígenas no Brasil (BARUZZI; JUNQUEIRA, 2004; PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009; RODRIGUES, 2013; PEREIRA *et al.*, 2014; SABADINI, 2019; MENDONÇA, 2021).

Análises deste tipo são importantes por fornecerem um contraponto prático e teórico a uma atividade biomédica usualmente indiferente às realidades indígenas. Isso se dá na medida em que estas argumentam pela necessária consideração das práticas de autoatenção (MENÉNDEZ, 2009)¹⁷ dos povos indígenas atendidos pelos serviços de saúde. Meu interesse, todavia, se volta para a persistência dessas indiferenciações, mas especificamente no atendimento institucional à saúde dos indígenas que vivem no Brasil. A entrada massiva dos/as bolsistas médicos/as na cena do Subsistema de Saúde Indígena é um exemplo de como a atenção à saúde dos povos indígenas despendida pelos programas e serviços oficiais se desenvolve, na maior parte das vezes, sem diferenciação.

O entendimento sobre os alicerces dessa violenta “desatenção” às diferenças, que vai de encontro às reivindicações dos povos indígenas, passa por uma leitura historicamente informada sobre a relação desses povos com o Estado e suas agências e agentes, em especial com médicos/as. O que proponho, motivada pelos dados de campo e por autores/as que constroem sua crítica a partir de outra matriz epistêmica (COULTHARD, 2007; ABU-LUGHOD, 2018; KRENAK, 2015, 2019; WEKA, 2016; LONGHINI, 2022), é um deslocamento da questão da “especificidade cultural”, das adaptações de políticas fragmentadas de saúde, ou de educação, ou “etno” isso ou aquilo, como escreveu o antropólogo João Paulo Barreto (2021b), para o reflorestamento do imaginário quanto às possibilidades de interações não colonizadoras entre povos diferentes¹⁸. Sem esse deslocamento, a atenção diferenciada, preconizada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002), segue como

¹⁷ A noção de autoatenção cunhada pelo antropólogo mexicano Eduardo Menendez (2009) dialoga com a noção de autonomia dos sujeitos em produzir sua saúde. Em suas palavras, trata-se das “representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais” (p. 48).

¹⁸ “Povos” sendo, inclusive, uma palavra bastante combatida nas políticas governamentais brasileiras, na busca pela construção de uma identidade nacional.

um sinônimo de “intercultural” pouco transformador da colonialidade do poder (CASANOVA, 2007; CESARINO, 2017) presente nas ações do Estado brasileiro, como explico adiante.

Enxergo a interação dos/as médicos/as cubanos/as bolsistas do PMM na Atenção Primária à Saúde do Brasil como um campo fértil, repleto de possibilidades de reflorestamento dos imaginários mais diretamente relacionados ao campo biomédico. Para contextualizar, os editais de chamamento de médicos/as para o provimento emergencial do PMMB previam a concessão de bolsas para médicos/as brasileiros/as, com ou sem diploma revalidado no país¹⁹, e intercambistas isentados da revalidação. De 2013 a 2017, a maioria dos/as bolsistas eram médicos/as cubanos/as cooperados/as, exercendo suas atividades no Brasil em razão do 80º Termo de Cooperação (Supra p 20). Em 2015, a proporção era “15,8% de médicos brasileiros, 79,7% de cubanos e 4,4% de médicos de outras nacionalidades” (MACHADO *et al.*, 2016, p. 23).

A forte investida de muitas associações médicas brasileiras contra esta ação do Programa Mais Médicos comunica-nos que essas não viam com bons olhos as possíveis transformações que o PMM provocaria em seus campos de atuação/poder (SOUZA, L., 2014; RODRIGUES, 2015). Análises sobre o PMM ser a reedição de uma “antiga” estratégia de governo (NASSAR *et al.*, 2021), “problemática”, com potencial de criar insegurança laboral (WEBER, 2017) ou fruto de um “equivoco conceitual”, já que mais médicos significaria mais atendimento a doentes e o que “o povo quer é mais saúde!” (RIBEIRO, 2015), para citar alguns exemplos, são expressões da Comunidade Medicina Liberal (CML)²⁰ que travou uma disputa científica, publicitária e judicial contra o Programa (SCREMIN; JAVORSKI, 2013; MORAIS *et al.*, 2014; GOMES; MERHY, 2017).

O governo e a OPAS/OMS, por sua vez, incentivaram e financiaram a produção de estudos e materiais informativos, os quais reforçavam os motivos e bons resultados que a medida emergencial de provimento médico estava provocando no país (TELLES, 2019; MACHADO *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2016; OPAS, 2018). No meio dessas disputas, parte considerável da população brasileira, que antes enfrentava dificuldades para acessar

¹⁹ Para um/a profissional formado/a no exterior atuar como médico no Brasil é preciso ser aprovado/a no Revalida, que é um exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por instituições de educação superior estrangeira organizado pelo Instituto Nacional de estudos e Pesquisas educacionais Anísio Teixeira (Inep).

²⁰ Adoto a definição de Pinto (2021) sobre esse conjunto, que envolve não todas as organizações médicas e nem apenas elas, mas também parlamentares e veículos de imprensa alinhados à agenda liberal e neoliberal. O autor observa que essas comunidades também não são fechadas, e as intercala com redes de interesse, como discussão sobre a formação e o mercado de trabalho. Assim, há pessoas que, a depender do tema, participam tanto da Comunidade Medicina Liberal quanto de outro grande conjunto que ele define como Comunidade Movimento Sanitário, mais alinhados às diretrizes e interesses da reforma sanitária da redemocratização brasileira do final do século XX (p. 248).

médicos/as, começava a entender que outra medicina era possível, que médicos/as nem sempre seriam brancos/as e elitizados/as – característica ainda hegemônica dos/as médicos/as no Brasil (SCHEFFER, 2020).

O foco das produções científicas e publicitárias sobre o PMM voltou-se para essas divergências sobre o provimento emergencial, não se estabelecendo um campo de debates sobre a interação do Programa Mais Médicos com a saúde indígena institucional. O SasiSUS figura nas produções científicas como dados quantitativos do Programa, como um registro histórico do feito inédito de inserir médicos/as em todos os DSEIs (SILVA, 2017, RIBAS, 2016). Porém, como Fontão e Pereira (2017) apontaram no artigo em que analisaram uma pesquisa de opinião sobre o PMM, para além da estratificação “indígena” nas informações dos respondentes, a pesquisa careceu de “outras perguntas” mais relacionadas ao SasiSUS (p. 1178). Feitas essas ponderações, os autores observaram que os dados da pesquisa sugeriram uma percepção positiva entre os indígenas sobre o PMM, relacionada “à satisfação com o médico e à expectativa prévia daqueles que conheciam ou ouviram falar do PMM” (Ibidem.)

As vagas do Programa nos Distritos Sanitários Indígenas foram majoritariamente preenchidas por médicos/as cubanos/as cooperados/as, perfazendo um total de 519 médicos/as cubanos/as alocados/as “em áreas indígenas” de 2013 a 2017 (OPAS, 2018, p. 13) – algo próximo de 2,5% dos médicos cooperados que chegaram ao Brasil. O fato de a maioria dos/as médicos/as que atuaram nas áreas indígenas serem cubanos/as, mais do que demarcar uma nacionalidade distinta, demarca uma práxis médica distinta. Isso porque esses/as médicos/as são formados/as e atuam como funcionários/as públicos/as em Cuba (MÉNDEZ *et al.*, 1993)²¹, um país que se posiciona contra a hegemonia capitalista e sua mercantilização da saúde. É nessa condição de funcionários/as do governo cubano que são enviados/as para missões internacionais, como descrevo no capítulo 3.

Esses/as médicos/as cooperados/as participam de chamamentos do governo cubano para a realização de “missões”²² em outros países – que por sua vez, podem, como no caso do Brasil, ser apoiadas por organismos multilaterais, como a OPAS/OMS. Para além da agência dos Estados-nações em contextos internacionais, os regimes de regulação supranacionais fizeram

²¹ Se retirando desse grupo os/as médicos/as cubanos/as que saíram do país após a revolução de 1960 e aqueles/as que não retornam das missões, buscando asilo em países como os Estados Unidos, que combate o governo cubano pós-revolução, e o Brasil, que durante o governo Bolsonaro prometeu a reincorporação dos médicos cubanos que permanecessem no país após o rompimento do acordo que o governo anterior tinha estabelecido com Cuba.

²² Denominação usada pelos médicos cubanos que participaram do curso à distância de “Especialização em Saúde Indígena”, ofertado em 2015 pela Universidade Federal de São Paulo, em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), no qual fui docente da disciplina de “Antropologia e saúde”, juntamente com a médica e pesquisadora do Projeto Xingu/UNIFESP, Sofia Mendonça, e o antropólogo Rinaldo Arruda.

surgir “*state-like bodies*”, também chamadas de multilaterais, que são instituições governamentais que se apresentam como desprovidas de nação e, portanto, legítimos atores no cenário transnacional (SHARMA; GUPTA, 2006). Diferente de nação, o público de suas intervenções é definido por outras características, como a pobreza e pessoas que tiveram seus direitos humanos (universais) violados. Assim, nesta pesquisa, mantenho atenção tanto para a funcionalidade dos direitos humanos, como um instrumento disciplinar que espalha o poder governamental transnacionalmente e pode fortalecer hegemonias coloniais, quanto para as amarras culturais dos ideais universais desses *state-like bodies*: “A forma como a conduta é conduzida, com que objetivos, o que significa cuidar, como é entendido o “bem-estar” e como é definida uma população ou comunidade nacional são questões culturais que têm de ser questionadas” (SHARMA; GUPTA, 2006, p. 28, traduzi)²³.

O caráter de “missão” das cooperações internacionais cubanas guarda relação com a revolução popular ocorrida na ilha entre o final dos anos 1950 e o início de 1960, tema que será explorado com mais detalhe no capítulo 3. Neste trabalho, busquei nuances desse projeto coletivo através da memória de suas práticas no baixo Oiapoque, local que frequentei quando os cubanos já não estavam mais lá. Assim, me distancio das análises que rapidamente identificam os médicos cubanos no campo “positivista” e “ocidental” (SANTOS, 2018, p. 61) e olho com curiosidade para esse coletivo, para seu jeito “operário” de fazer medicina, como observou um supervisor do PMM que entrevistei, para a sua “modernidade” latina, como outro supervisor adjetivou-os.

Um último aspecto a ser ressaltado nesta introdução é a conjuntura atual, bastante determinante para esta pesquisa, que envolve duas políticas públicas em andamento. A criação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, se deu no declínio de um governo, como uma espécie de tábua de salvação – esses aspectos são mais explorados no capítulo 2 desta tese.

²³ No original: “How conduct is conducted, towards what ends, what care means, how “welfare” is perceived, and how a national population or community is defined are cultural questions that need to be interrogated”. Uma leitura semelhante pode ser vista no livro “O ponto zero da revolução” da filósofa Silvia Federici (2000), no qual ela demonstra um aspecto colonizador na ação das multilaterais, por meio de uma análise de conferências das Nações Unidas (ONU) sobre a “emancipação das mulheres”, e de suas atividades complementares (reuniões prévias, de balanço etc.). Segundo a autora, essas foram estratégias para neutralizar movimentos feministas surgidos nas ex-colônias europeias e fortalecer instituições, como o Banco Mundial, que vinham sendo desacreditadas por movimentos revoltosos de mulheres. Com essa intervenção, um movimento potencialmente subversivo passou a discutir crédito financeiro às mulheres, apoiando a reestruturação neoliberal da economia internacional e sua política expansionista (p. 243). Multilaterais também atuaram ao longo do século XX, em apoio à libertação dos colonizados contra suas metrópoles e em defesa do reconhecimento da diversidade cultural dos povos, no entanto, os resultados dessas atuações tiveram como um de seus efeitos introduzir as ex-colônias no livre mercado neoliberal (CAMPBELL, 1994). Nesse aspecto, a ONU e suas multilaterais buscavam demonstrar como o respeito às minorias étnicas gerava benefícios ao desenvolvimento social e econômico de um país, podendo seus conhecimentos serem, por exemplo, incorporados na administração dos territórios (DAVIS, 2008).

Dilma Rousseff (PT) se reelegeu nas eleições de 2014. O Programa ganhou fôlego e se expandiu. Mais e mais médicos chegaram ao Brasil e, em 2016, ano em que planejei esta pesquisa, havia mais de 14 mil médicos/as bolsistas do PMM (GONÇALVES JUNIOR *et al.*, 2017)²⁴. Contudo, Rousseff sofreu um golpe de Estado em meados de 2016²⁵ e, em 2018, na eleição seguinte, o candidato vencedor, Jair M. Bolsonaro (à época no PSL), foi aquele que se promoveu como polo inverso ao de Rousseff e seu partido.

O contexto político dos últimos anos no Brasil fez com que (i) Cuba se retirasse da parceria com o país²⁶; (ii) o Programa Mais Médico fosse desfigurado e reduzido ao provimento emergencial, uma espécie de “RH de médicos”, como definiu uma gestora da saúde indígena por mim entrevistada; (iii) o novo governo tentasse implementar outro programa, o Médicos pelo Brasil (Lei n.13.958/ 2019); e (iv) as bolsas do Projeto Mais Médicos para o Brasil passassem a ser concedidas majoritariamente para médicos/as brasileiros/as formados/as no exterior. Meus dados informam que este posicionamento temporal da pesquisa de campo trouxe uma importante perspectiva histórica para a análise dos/as meus/minhas interlocutores/as. Ainda que as posições políticas polarizadas seguissem ativas, os/as gestores/as federais não ocupavam mais os cargos políticos de antes, falando mais abertamente das dificuldades, e os/as profissionais e gestores/as da região do baixo Oiapoque lidavam com outro grupo de médicos/as, os brasileiros formados no exterior, o que contribuiu na identificação de aspectos mais gerais do “grupo” de médicos cubanos cooperados.

Nas eleições de 2022, Bolsonaro não se reelegeu, e em 2023 o Partido dos Trabalhadores (PT) voltou ao poder, com Luís Inacio Lula da Silva pela terceira vez Presidente do país. Em 20 de março de 2023, o Programa Mais Médicos foi relançado, com a retomada das suas outras ações programáticas que não apenas o provimento emergencial de médicos. Ainda que esta tese

²⁴ Não confundir este dado com o número de médicos/as cubanos/as que chegaram ao Brasil entre 2013 e 2017, que soma 18.655 profissionais (OPAS, 2018).

²⁵ Assumo a leitura política que concebe o Impeachment de Rousseff como um golpe de Estado, como é abordado nos textos da coletânea organizada por Cleto et al (2016), realizada no mesmo ano e com a intenção de disputar a narrativa hegemônica de *impeachment* por corrupção. Nela constam textos de estudiosos e políticos que discutem os conflitos acentuados pelos vários anos de governos do Partido dos Trabalhadores (PT), a fragilidade do segundo mandato da presidenta e sobre como foi planejado o golpe. Sobre diferentes tipos de golpe possíveis e a relação existente entre golpe parlamentar e democracia, ver Santos (2017).

²⁶ No dia 14 de novembro de 2018, Cuba comunicou sua saída do Programa Mais Médicos, citando “referências diretas, depreciativas e ameaçadoras” feitas pelo presidente recém-eleito Jair Messias Bolsonaro à presença dos médicos cubanos no Brasil. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.gh.html>. Acesso em: 2 jul. 2023.

não alcance esses novos tempos, aspira ser mais uma voz no coro, de maioria indígena, que questiona “e os povos indígenas?”, e que diz “nunca mais um Brasil sem eles”²⁷.

Metodologia e ética

Esta pesquisa investiga a interseção entre o Programa Mais Médicos (PMM) e o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), tendo como estudo de caso a região do baixo Oiapoque. Com o objetivo de fazer uma análise descritiva-interpretativa sobre a percepção da presença de médicos cubanos cooperados entre as populações indígenas no Brasil, a região do baixo Oiapoque constitui-se num local privilegiado de estudo, no qual busquei considerar as perspectivas das agências e agentes regionais, dos comandos legais e das políticas públicas envolvidas. Apresento a seguir como realizei essa triangulação dos dados, fontes e métodos de pesquisa a fim de alcançar esse objetivo.

A escolha do tema guarda relação com a minha pesquisa de mestrado, quando estudei as negociações de cura entre os médicos/as e profissionais da saúde vinculados/as à Universidade Federal de São Paulo e sua atuação entre os povos indígenas na Terra Indígena Xingu (ASSUMPÇÃO, 2014). Essas negociações ocorrem desde os anos 1960, muito antes do SasiSUS ser criado – o que fez com que esses/as profissionais participassem, inclusive, da estruturação dessa política pública. Já na região do baixo Oiapoque, onde a orientadora desta pesquisa, Artionka Capiberibe, atua desde os anos 90, foi em 2014 que o primeiro médico chegou para atuar junto com a equipe de saúde na aldeia. Assim, no doutorado, resgatamos esse fato para impulsionar as reflexões sobre a saúde indígena institucional no baixo Oiapoque, considerando o contraponto de outras realidades existentes no país, como a que presenciei no Xingu.

A maioria dos médicos destacados para atuar na saúde indígena institucional eram cubanos cooperados, formados em outra economia política de saúde, o que foi determinante na escolha do foco da pesquisa. Minha curiosidade se ampliou das diferentes realidades da saúde dos indígenas no Brasil para as diferentes possibilidades de fazer medicina e Atenção Primária à Saúde (APS) em interação com as políticas específicas indigenistas. Há, portanto, um recorte de pesquisa que privilegia a análise da interseção entre o PMM e o SasiSUS com base nos anos em que os médicos cubanos cooperados atuaram como bolsistas do Programa Mais Médicos.

²⁷ A frase original “Nunca mais um Brasil sem nós” foi o slogan da campanha eleitoral da chamada “Bancada do cocar”, que em 2022 elegeu duas deputadas federais indígenas, Sônia Guajajara (que aceitou o convite para compor o governo do presidente Lula como Ministra do recém-criado Ministério dos Povos Indígenas) e Célia Xacriabá, ambas pelo PSOL, e faz alusão às instâncias deliberativas nacionais.

Foi com essa curiosidade, e com poupança pessoal²⁸, que em janeiro de 2019 visitei Cuba. Durante um mês, passei por Havana, capital do país, Santiago de Cuba e Baracoa e em cada uma dessas cidades visitei instituições sanitárias, universidades, museus e afins, além de conversar com cubanos/as e entrevistar três médicas que lecionavam em escolas cubanas de medicina. Cheguei a essas mulheres de forma bastante aleatória, confesso, pois o intuito principal da viagem era conhecer minimamente o país e estabelecer primeiros contatos – que poderiam se intensificar caso eu conseguisse as bolsas de estudo almejadas. O planejamento da viagem se deu enquanto os/as médicos/as ainda atuavam no Brasil, mas em novembro de 2018, Cuba rompeu o termo de cooperação com o Brasil. No período em que visitei o país, os/as cubanos/as estavam indignados/as com as recentes escolhas políticas brasileiras, e as pessoas puxavam assunto comigo sobre esse retorno dos/as médicos/as tanto quanto sobre as novelas brasileiras que são exportadas para lá. Em meio a conversas animadas nos transportes coletivos, bares e lares dos/as cubanos/as foi possível coletar dados, adquirir referências bibliográficas e discutir sobre as missões médicas, que serão abordadas no capítulo 3.

Assim, esta pesquisa envolve memória, no sentido de narração de um período de tempo específico na trajetória do PMM e da saúde indígena institucional, já findado no momento da abordagem junto aos/às interlocutores/as; e a análise do conteúdo de materiais escritos (legislação, documentos, cartilhas etc.), entendidos como cristalizações de discursos (humanos) (FOUCAULT, 2008a), e das relações que envolvem esses materiais e que fazem outros agentes fazerem coisas (LATOURET, 2005).

A negociação do trabalho de campo com os povos indígenas que vivem na região do baixo Oiapoque deu-se entre o final de 2019 e início de 2020. Nesse primeiro momento, iniciei diálogos por aplicativo de troca de mensagens com algumas lideranças indígenas da região, indicadas pela minha orientadora, que me direcionaram a falar com o então cacique geral Gilberto Iaparrá, à época à frente do Conselho dos Caciques dos Povos Indígenas de Oiapoque (CCPIO). Ele me falou para seguir o “Protocolo de consulta dos povos indígenas do Oiapoque” (CCPIO, 2019) e me passou as informações sobre a data da XXVIII Assembleia do CCPIO²⁹ da qual deveria participar para apresentar minha proposta de pesquisa. A Assembleia ocorreu

²⁸ Entrei no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Unicamp no ano de 2017, quando iniciou-se uma política de sucateamento do Ensino Superior e, com ela, a redução das bolsas de pesquisa para a pós-graduação.

²⁹ Descrevo o funcionamento dessas Assembleias e os temas de saúde que foram debatidos no ano em que participei dela no capítulo 5 desta tese. Para mais informações sobre a história de constituição dessas assembleias e da articulação política dos indígenas da região, ver Santos (2018).

no final de fevereiro de 2020, quando me desloquei pela primeira vez ao Oiapoque³⁰. Após participar de uma roda de conversa em que expliquei minha pesquisa para uma comissão de representantes dos povos da região, recebi o deferimento da pesquisa pelo CCPIO, que se somou à aprovação da pesquisa pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme Parecer Consubstanciado n. 2641839³¹.

Durante a Assembleia, também realizei minha primeira aproximação com o então coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), que me passou seu e-mail e me orientou a utilizá-lo para fazer solicitações relacionadas à pesquisa. Realizei esses contatos somente em março de 2021, após um redesenho metodológico desta pesquisa, provocado pela pandemia da COVID-19. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) espalhara-se por vários países e regiões do mundo. Considerada uma emergência de saúde pública de importância internacional, a doença foi caracterizada como uma pandemia. O Brasil, em 20 de março, declarou o modo de transmissão comunitária da COVID-19 em todo seu território³², indicando a impossibilidade de identificar a procedência do contágio de uma pessoa infectada pelo vírus SARS-CoV-2. A principal recomendação desde então foi: fique em casa, circule o menos possível.

Devido ao contexto, iniciei em 2020 a coleta dos dados primários através de entrevistas semiestruturadas, realizadas em sala de reunião virtual e elaboradas de maneira específica de acordo com a posição do/a entrevistado/a nos meios indígena e sanitário. Assim, desenvolvi seis roteiros distintos, destinados a (i) gestores/as e profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos; (ii) gestores/as e profissionais vinculados à saúde indígena institucional; (iii) médicos que atuaram no Programa Mais Médicos; (iv) Políticos vinculados ao Amapá; (v) Profissionais do DSEI-AMP; (vi) Lideranças indígenas (ANEXO 1).

As primeiras entrevistas foram com três ex-gestores/as do Programa Mais Médicos, que atuaram no início da implementação da política, e com cinco ex-gestores/as profissionais que atuavam na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e que tinham presenciado esse período. Um evento fundamental para a inclusão das entrevistas com esses/as interlocutores/as nesta pesquisa foi minha nomeação para o cargo de indigenista especializada da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), ex-Fundação Nacional do Índio, em setembro de 2019.

³⁰ Deslocamento parcialmente financiado com recursos do auxílio à pesquisa de campo concedidos pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do IFCH/Unicamp.

³¹ Número do CAAE:78723817.8.0000.5404.

³² Durante a pandemia, isso significou que os infectados eram pessoas que contraíram o vírus no território nacional.

Designada para trabalhar em Brasília, a pesquisa mudou junto comigo para a capital do país. Centro do poder estatal, a cidade respira serviço público. Eis que as políticas de saúde ganharam vida e se mostraram gente para mim. Essas gentes começaram a me indicar outros caminhos etnográficos possíveis. Afinal, as questões regionais do SasiSUS no baixo Oiapoque guardam relação com os gestores nacionais e a cooperação internacional Brasil-Cuba tem uma história que antecede 2013. Assim, percebi que na lista de agentes criada no início do projeto cabia mais gente.

Foi através do apoio da antropóloga Andrea Borghi Moreira Jacinto (*in memorian*), a qual conhecia minha orientadora e trabalhava à época na Funai, que consegui os contatos pessoais dos/as dois/uas primeiros/as ex-gestores/as do Ministério da Saúde. Eles/as me ajudaram a chegar aos demais. Já meu contato com os gestores e profissionais vinculados à saúde indígena institucional foi, em partes, um reestabelecimento de diálogo com pessoas que havia conhecido quando trabalhei, de 2014 a 2016, na equipe dos convênios da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) com a SESAI. Novamente essas pessoas me indicaram outras que consideravam oportunas para o estudo. Um terceiro grupo de pessoas que entrevistei de forma virtual foram membros da família Capiberibe, políticos amapaenses com larga experiência sobre a saúde no estado, e uma liderança indígena de um povo da região do Oiapoque que agora atua na diretoria da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), em Brasília.

Em 2021, enviei um e-mail ao DSEI-AMP, conforme sugerido pelo coordenador, solicitando algumas informações. Com isso, em março de 2021, duas profissionais fizeram uma reunião comigo e me convidaram para realizar uma capacitação antropológica junto aos profissionais de saúde do DSEI. Intitulado “Pensando a atenção diferenciada para o desenvolvimento da competência cultural no DSEI-AMP – 2021”, o curso aconteceu em 10 encontros, com duração de aproximadamente 2 horas cada, sendo 5 temas trabalhados. Dos 10 encontros, 8 foram realizados através de reuniões virtuais, geralmente comigo à distância e a maioria dos participantes reunidos na sede do DSEI, em Macapá/AP, pois seguiram trabalhando de forma presencial durante a pandemia, recebendo as primeiras doses de vacina disponíveis no Brasil – não sem antes muitos/as terem contraído a doença.

Enquanto realizava esses trabalhos conjuntos com parte do DSEI-AMP, apliquei um questionário (Formulário Google) com os/as participantes do curso, com o intuito de iniciar a coleta de dados primários com esses/as profissionais. O formulário continha questões sobre (i) dados gerais de identificação do/a respondente, (ii) sua experiência na saúde indígena institucional, (iii) a experiência com médicos, (iv) as percepções sobre as diferenças entre os

médicos cubanos e os brasileiros que atuaram no Distrito, e (v) o PMM na saúde indígena (ANEXO 2). Ao final, a pessoa concordava ou não em realizar uma entrevista comigo para esclarecimentos ou complementações sobre os temas do formulário. Dos 68 participantes do curso, 16 responderam ao questionário, 10 aceitaram a entrevista.

Após a minha vacinação contra a COVID-19, os últimos dois encontros do curso aconteceram comigo presente na sede do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), em Macapá³³, a capital do estado. Fiquei duas semanas em Macapá e passei a maior parte do tempo no DSEI. No intervalo entre um encontro do curso e outro, acompanhei os trabalhos na sede, principalmente da equipe técnica da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), realizei entrevistas, coletei alguns dados secundários, como o Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI-AMP, colaborei na elaboração de um projeto para utilizar recursos de um programa da SESAI chamado “Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena” (PASSI) e digitalizei as atas do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). Além dos trabalhos junto ao DSEI, visitei as sedes da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e da Funai, nas quais coletei dados primários, por meio de entrevistas, e secundários, como documentos, planilhas e referências bibliográficas. Também visitei a sede do Conselho Regional de Medicina do Amapá (CRM-AP), mas não consegui conversar com seu presidente ou obter novas informações, para além das anteriormente obtidas através do referencial teórico consultado.

Com apoio do cacique Gilberto e das profissionais do DSEI-AMP, e com recursos do PPGAS/Unicamp, retornei ao Oiapoque em 2022. Passei 30 dias na região, e desenvolvi atividades em Macapá/AP, Oiapoque/AP e aldeia Kumenê/AP. Em Macapá, realizei novas entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e Norte do Pará (DSEI-AMP) e com indígenas do Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI-AMP. Também conversei sobre os documentos que havia coletado em setembro de 2021, solicitando complementações das informações e compartilhando uma análise preliminar deles com meus/as interlocutores/as.

Em Oiapoque, realizei entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuavam na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) Oiapoque; com profissionais de saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) da região; com lideranças dos povos do baixo Oiapoque, incluindo alguns funcionários da Coordenação Técnica Local da Funai; com a vice secretária municipal de saúde; com profissionais indígenas que atuavam no Núcleo Estadual de

³³ Como parte dos trabalhos conjuntos, alguns documentos foram compartilhados comigo, como o Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI.

Saúde Indígena (NESI) do Hospital Estadual Oiapoque (HEO); e com médicos cubanos que seguiam atuando no município. Também obtive acesso a materiais cedidos pela CASAI, FUNAI e Instituto de Pesquisa e Formação Indígena (Iepé).

Na aldeia Kumenê (povo Palikur-Arukwayene), que fica na área rural do município de Oiapoque, dentro da Terra Indígena Uaçá, acompanhei parte da escala de trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Polo Base Kumenê, como descrevo no capítulo 5. Durante o período que estive na aldeia, realizei conversas informais com os Palikur-Arukwayene sobre a horta medicinal criada pelo médico cubano que trabalhou na região, não caracterizando-se como entrevistas. Voltei mais uma vez à região em novembro de 2022, para participar como convidada na realização do projeto construído conjuntamente com as profissionais do DSEI em 2021, como mencionei anteriormente. Permaneci 10 dias na Terra Indígena Uaçá, divididos entre deslocamentos e uma atividade de três dias no Polo Base Kumenê e no Kumarumã. Devido esses campos curtos e conversas informais, ressalto que as informações e experiências na região do baixo Oiapoque serão utilizadas nesta tese como um estudo de caso.

Demais dados secundários, não citados anteriormente, foram obtidos a partir de uma gama variada de fontes e métodos, dentre os quais destaco: a revisão bibliográfica de trabalhos etnográficos sobre os povos Karipuna, Palikur-Arukwayene, Galibi-Marworno e Galibi Kali'na; a leitura crítica da produção acadêmica e publicitária sobre a interação entre instituições sanitárias e povos indígenas, no contexto brasileiro e internacional; e a análise documental dos instrumentos de produção de informações sanitárias e dos dados estatísticos das políticas de saúde indígena institucional, alguns obtidos através da Lei de Acesso à Informação (Lei n.13.460/2017).

Por fim, esclareço que não sou uma pessoa indígena e que vivi boa parte de minha vida nas periferias (Osasco e Guarulhos) e capital de São Paulo, realizando análises posicionadas a partir desses repertórios.

Apresentação dos capítulos

O formato desta tese busca imitar a sensação do movimento de focalização da lente de uma câmera filmadora na observação de uma paisagem³⁴ e captura de algumas imagens dessa

³⁴ Utilizo o termo “paisagem” inspirada no sentido dado ao termo por Anna Tsing (2019), que em seu método etnográfico busca realizar uma “descrição crítica” (p. 66) das relações entre humanos e não humanos, atenta às dinâmicas dos lugares, histórias particulares, como as do fungo Matsutake, redes de conexão globais etc. A autora

paisagem em uma espécie de [foto]grafia – e me parece fértil pensar na grafia de imagens quando o foco do trabalho não é exatamente realizar uma [etno]grafia.

O primeiro capítulo é a colocação do olho no dispositivo, que revela o que está enquadrado no simples posicionamento da câmera: o Estado brasileiro, os povos indígenas e as ações estatais relacionadas à saúde desses povos. Neste capítulo, as interações entre o sanitarismo e os direitos indígenas no Brasil são identificadas como expressões de relações estabelecidas através do constructo “Estado”, com as consequentes violências e resistências que essas relações acarretam. Através de um olhar crítico à colonialidade da modulação da cidadania indígena, as violências acima referidas são relacionadas à não aderência das instituições estatais ao projeto constitucional de concomitância entre acesso à cidadania e aos direitos específicos indígenas. Isso se expressa, de forma mais específica, na implementação e operacionalização precária da saúde indígena institucional. Essas violações de direitos geram resistências que extrapolam as instâncias institucionais de participação social, como as demandas e pressões relacionadas à saúde movimentadas pelo Acampamento Terra Livre (ATL) e a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB).

Com um ajuste sutil nas lentes da câmera, no capítulo dois a ação estatal será “capturada” através da fotografia de duas políticas públicas centrais para esta tese: o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) e o Programa Mais Médicos (PMM). Em uma primeira parte do capítulo, apresento o SasiSUS, seus princípios legais e os desafios de colocá-los em prática, discutindo porque a possibilidade de realização de uma atenção à saúde dos/as indígenas de forma diferenciada, legislada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), não se concretiza a nível macro, através da estruturação dos serviços, recursos humanos, plano e metas planejados para sua execução, e não fortalece as iniciativas que acontecem no micro, dependentes da sensibilização (ou humanização) dos profissionais que atuam junto aos povos indígenas.

Na segunda parte, discuto a interação do SasiSUS com outra política nacional, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), do PMM. Os dados oficiais apontam que houve eficiência no provimento médico às áreas indígenas, mas os dados da minha pesquisa indicam que esse provimento foi orientado por um Programa planejado de forma indiferenciada para todos/as os/as brasileiros/as que enfrentassem a mesma situação de “escassez de médicos”. Essa semelhança traz questionamentos não apenas à forma como o SasiSUS está organizado, mas

defende análises que desafiem “as escalas de ‘precisão aninhadas’”, em que “o pequeno é englobado ordenadamente pelo grande somente quando ambos são criados para expansão uniforme” (p. 77). Sua etnografia busca, assim, observar as “assembleias de habitabilidade” (p. 205) reunidas em paisagens mais que humanas.

também às possibilidades estatais de tratar diferentemente os que são diversos, a fim de garantir seu direito à “saúde” e “qualidade de vida” – para usar conceitos presentes na Constituição Federal de 1988.

“Revelado”³⁵ o histórico de saúde pública e saúde indígena institucional no Brasil, e a interseção de políticas públicas focalizada nesta pesquisa, me dedico agora a apresentar os agentes centrais dessa interseção: os/as médicos/as. Como o PMM envolveu a imigração de milhares de médicos/as cubanos/as cooperados/as para o Brasil, a caracterização dos/as médicos/as e a formação médica brasileira e cubana foi um tema transversal nas entrevistas, que sistematizo neste capítulo através de um recorte analítico sobre a atuação desses/as profissionais junto aos “povos da floresta” (SILVEIRA; PINHEIRO, 2012) e, mais especificamente, com os povos indígenas.

O capítulo, assim, também se divide em duas partes, como o anterior. Primeiro, apresento dados gerais da história, formação e mercado de trabalho da medicina no Brasil. Pretendo, com isso, situar aspectos hegemônicos da medicina elitizada e liberal brasileira frente às necessidades da população em geral, e das comunidades indígenas, em particular. Na segunda parte do capítulo, apresento um panorama da chegada dos médicos cubanos cooperados no Brasil, inserindo entendimentos da história, formação e trabalho da medicina em Cuba e sobre a interação desses profissionais com a classe médica brasileira e a população atendida.

Os dois últimos capítulos da tese são como um teste da extensão do foco da câmera que estamos utilizando até o máximo que o instrumento (metodológico) permite enxergar. Assim, os temas dos três primeiros capítulos são aqui trabalhados através de um estudo de caso realizado na região do baixo Oiapoque, no extremo norte do Amapá. No capítulo 4, contextualizo a localidade a qual me refiro, buscando evidenciar as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde públicos no Amapá, principalmente relacionadas à presença de médicos/as. Centro meus esforços na descrição do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), que gerencia a saúde indígena institucional no estado. Traço linhas gerais sobre os espaços físicos, os profissionais, os povos indígenas atendidos, as metas e alguns dilemas pelos quais o DSEI-AMP passou ao longo de seus vinte e quatro anos de existência – dentre eles a ausência de médicos na maior parte de suas equipes ao longo de quase toda sua história.

³⁵ Alusão à revelação de fotos, quando precisávamos conferir *a posteriori* o resultado do “click” e o que foi enquadrado na fotografia.

Esses dados dão base para ambientar as informações sobre (i) a recepção dos médicos cubanos nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena do DSEI, coletadas nas entrevistas feitas junto aos profissionais e gestores locais; (ii) a percepção de diferenças entre eles e os médicos brasileiros que preencheram as vagas em um segundo momento do PMM; e (iii) a importância de ter mais uma categoria profissional com repertório de atuação na saúde indígena institucional.

Por fim, no capítulo 5 abordo as especificidades do SasiSUS na região do baixo Oiapoque, uma das três grandes áreas de abrangência do DSEI-AMP – sendo as outras a “Área Wajapi” e o “Parque do Tumucumaque”. Nesta parte, foquei na teia de eventos e pessoas conectadas ao momento singular de aproximação de profissionais médicos das rotinas de atenção primária nas Terras Indígenas do baixo Oiapoque, e desse processo extraí *insights* teóricos sobre o atendimento aos povos indígenas dentro e fora do Subsistema de Saúde Indígena. Mobilizo quatro situações que presenciei em campo para pensar a produção de saúde junto aos povos da região (Karipuna, Palikur-Arukwayene, Galibi Kali’na³⁶ e Galibi-Marworno), e a partir delas esboço caminhos para uma atenção diferenciada (i) não genérica, como nas orientações/regras gerais emanadas pela SESAI aos DSEIs (capítulo 2); por isso mesmo (ii) não apenas humanizadas, já que este é um resultado que se busca em todo o atendimento primário em saúde do SUS, e que está materializado em diversas técnicas dos médicos cooperados de Cuba (capítulo 3), mas que não garante espaços para reflexões e relações com agências para além de humanas; e (iii) ainda assim biomédica, que é o que se espera desse serviço ofertado pelo Estado.

Por fim, encerro este trabalho com algumas conclusões, às quais fui conduzida primordialmente pela vivência e análise do material colhido em campo, nas entrevistas com os/as Palikur-Arukwayene, Karipuna e Galibi-Marworno, com os/as gestores/as e outros profissionais das instituições sanitárias e com os/as demais interlocutores/as regionais a quem encontrei, e com quem conversei, durante minha curta, mas intensa passagem pela região.

Convenções da tese (as padronizações adotadas)

Como vivíamos um período de instabilidade política no país, exposto acima (Supra p. 20), muitas das entrevistas e apoios foram concedidos à pesquisa diante da garantia de anonimato.

³⁶ Não estive na Terra Indígena Galibi onde está localizada a única aldeia Galibi Kali’na no Brasil, mas conversei com pessoas deste povo, estive em eventos públicos em que estavam representados e analisei documentos sobre os povos da região que os inclui. É desta forma que eles estão presentes nesta pesquisa.

Ainda que estejamos em um outro momento³⁷, alguns dos/as meus/minhas interlocutores/as falaram sobre pessoas próximas, são facilmente identificáveis ou possuem vínculos frágeis de trabalho. Alguns/umas indígenas também manifestaram incômodo com a forma como suas falas são identificadas e expostas em trabalhos de não indígenas, como esta pesquisa. Para evitar qualquer risco, portanto, o anonimato se impõe. As exceções à regra são os políticos, que não seria possível trazer suas narrativas sem associá-las às épocas de seus mandatos.

Como há uma grande diversidade dos vínculos das pessoas entrevistadas ao longo desta pesquisa, busquei facilitar a identificação da posicionalidade dos/as meus/minhas interlocutores/as classificando-os/as através da primeira letra de seus pseudônimos da seguinte forma: M – Ministério da Saúde; S – Secretaria Especial de Saúde Indígena, incluindo tutores e supervisores do PMM em saúde indígena e funcionários de DSEIs distinto do DSEI Amapá e norte do Pará; C – cubanos/as; D – profissionais vinculados ao Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e Norte do Pará; O – profissionais, com vínculo com o DSEI ou não, que atuam na região do baixo Oiapoque; A – indígenas nativos do Amapá.

Em alguns casos, para além do pseudônimo, tornei turvas algumas outras identificações do/a interlocutor/a, como gênero e profissão, mantendo, contudo, uma identificação mínima para os objetivos do trabalho. Por exemplo, se o/a interlocutor/a era o/a único de sua categoria profissional em determinada instituição, como o DSEI, especifiquei apenas este vínculo institucional.

Como nota convencional, indico o etnônimo com a inicial maiúscula, Ex: *Karipuna*, ao me referir ao povo enquanto coletivo. Quando no texto o etnônimo referir-se não ao povo, mas a algum de seus membros, ou for mobilizado para adjetivar determinado aspecto de sua vida (membros, aldeias, costumes etc.), o faço com a inicial minúscula, ex: *karipuna*.

Transcrevi as falas dos/as entrevistados/as em itálico nas citações diretas curtas; nas citações diretas longas, marco as falas com o pseudônimo do/a interlocutor/a, a cidade onde foi realizada a entrevista e a data, como em “Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020”. Em trechos com grande repetição das mesmas entrevistas, reproduzo apenas o nome do entrevistado, entre parênteses. Em ambos os casos, busquei preservar as construções sintáticas e o fluxo oral das narrativas dos/as meus/minhas interlocutores/as, realizando poucos ajustes à gramática formal.

Sempre que possível, buscarei apresentar o nome do povo, e não o termo “indígena”, quando me referir às pessoas dos diferentes povos que habitam o país.

³⁷ Como dito anteriormente, Jair Bolsonaro não se reelegeu e Luís Inácio Lula da Silva, o presidente eleito, vem restaurando agendas caras aos povos indígenas e à população mais carente do país.

CAPÍTULO 1. O Estado brasileiro, os povos indígenas e a saúde: 30 anos de SUS, 20 de Subsistema de Saúde Indígena e 10 de SESAI

“Os índios sempre souberam que esse aparato [estatal] é uma tremenda arapuca, um aparelho de captura das nossas autonomias” – Ailton Krenak (2019, p. 28)

Neste capítulo, discuto a produção legislativa sobre o atendimento à saúde dos povos indígenas pelo Estado brasileiro ao longo do século XX e início do século XXI, dialogando com os estudos sanitários e antropológicos sobre essa interação entre povos indígenas e as políticas públicas de saúde do país. Discuto, de forma mais ampla, as movimentações político-econômicas do último século (LOSURDO, 2006; DARDOT; LAVAL, 2016; HALE, 2005; CASTREE, 2010; BROWN, 2019) para relacionar essas dinâmicas com suas manifestações no cenário sanitário brasileiro (CARNUT *et al.*, 2023). Essa contextualização é fundamental para o entendimento da distinção entre as paisagens³⁸ compartilhadas por aqueles/as que habitam o território brasileiro, bem como para historicizar o país Brasil dentro do sistema-mundo (SOARES, 2003). Ademais, como nos falam/mostram os movimentos indígenas e seus parceiros, a contextualização histórica, política e econômica nos permite identificar a colonialidade interna (CASANOVA, 2007; CESARINO, 2017), e o flagrante racismo, do Estado-nação³⁹ brasileiro em sua relação com os povos indígenas. Antes de adentrarmos ao capítulo propriamente dito, faz-se necessário definir/delimitar o conceito de Estado que mobilizo ao longo deste trabalho.

Tradicionalmente, as ciências sociais definem o Estado como uma forma política de organizar o poder – em contraposição à forma violenta, de inacabáveis guerras, para a manutenção de um soberano – construída a partir de regras precisas sobre o uso da força e de instituições burocráticas, baseadas em práticas escritas e documentadas, igualmente legais e racionais (WEBER, 1982). Com base em preceitos sobre natureza humana, ordem e racionalidade do jusnaturalismo e contratualismo iluminista⁴⁰, essa noção esteve presente nos

³⁸ No sentido dado por Ana Tsing (2019), como explicado anteriormente na nota de rodapé 34, p. 34.

³⁹ Embora intimamente ligados, “Estado” e “nação” possuem um descompasso histórico, sendo o segundo muitas vezes criado “a reboque” do primeiro, como no caso brasileiro em que houve a criação de diversos símbolos nacionais, “bandeira, hino, heróis e heroínas”, para marcar a independência do país (CESARINO, 2017, p. 77).

⁴⁰ Aqui faço referência principalmente a Hobbes (1588-1679), Locke (1632-1704) e Rousseau (1712-1778). Trouillot (2011) pondera, contudo, que o projeto universalista do ocidente enquanto lugar sem fronteiras “u-topos, no espacial” não é produto da ilustração (iluminismo) mas sim parte integrante dos horizontes renascentistas e “su creación simultánea de Europa y la Otredad, sin las cuales el occidente es inconcebible” (p. 62). Segundo o autor, com o fim do último reino muçulmano da Espanha, em 1492, seguido da expulsão dos judeus, o cristianismo se tornou a Europa, e a Europa se tornou o cristianismo, capaz de gerar uma sensação de ordem interna (concentração de poder político em nome de um Deus) que possibilitou a Europa olhar para o Atlântico (p. 63). O peruano Anibal

trabalhos antropológicos, seja naqueles que buscaram encontrar o “Estado” nas sociedades outras (EVANS-PRITCHARD, 2013) e/ou os efeitos da relação delas com o Estado (GLUCKMAN, 2011), seja em trabalhos que trataram sobre os aspectos contrários à instauração de um Estado centralizador de poder em ditas sociedades, como o do etnólogo Pierre Clastres (1979).

Nesta tese, irei dialogar com leituras críticas a essa ideia de Estado e seus preceitos, que se voltam (i) para o dia a dia do fazimento das ações estatais e/ou (ii) para a importância da existência de outros preceitos sobre natureza, humanos, ordem e racionalidade nas relações políticas. Exemplifico abaixo essas críticas.

Nas abordagens antropológicas sobre as ações estatais, foca-se nas relações que são estabelecidas com base nesse constructo “Estado” (ABRAMS, 1977; DAS; POOLE, 2004; SHARMA; GUPTA, 2006). Se ele é entendido como o centro do poder, onde está esse centro? E ainda, como indaga o antropólogo político Piero Leirner (2012), “e o centro do centro? E o que seria a periferia do centro? Ele é uno e as periferias múltiplas?” (p. 42). O autor observa que essa ideia de Estado é mantida por diversos modelos teóricos sobre como tornar seu funcionamento mais verdadeiro e racional, evitando desvios como “corrupção, nepotismo, clientelismo, patronagem, privatismo, e tantas formas quanto forem possíveis para dizer por que este ou aquele Estado ‘não deu certo’” (p. 42). Contudo, os inevitáveis desvios à regra não seriam, como pregam os modelos, falhas a serem sanadas, mas a confirmação de que os modelos estão distantes do que se vivencia na prática. Haveria, portanto, não um Estado verdadeiro e universal a ser seguido, mas um esforço de unificação, de torná-lo único, expresso em inúmeras investidas colonizadoras justificadas por essas teorias-suporte, legitimadoras⁴¹.

Essa racionalidade-suporte dos modelos teóricos de Estado-Uno também é contraposta por pensadores/as críticos/as que estudam o contexto de colonização das Américas (CASANOVA, 2007; QUIJANO, 2000; FANON, 2008, 2022; ABU-LUGHOD, 2018; COULTHARD, 2007; LONGHINI, 2022). Ao estar integrado à noção cristã de que o humano é único pois possui alma, e que os/as indígenas teriam consciência dela através do batismo, a racionalidade do Estado-uno carrega o que a psicóloga e acadêmica guarani Geni Núñez Longhini (2022) define como a não concomitância característica das monoculturas de

Quijano (2000) ressalta que a invasão da América, em 1492, e a colonização europeia estruturam uma colonialidade do poder que, baseada na naturalização e hierarquização das diferenças raciais, gera dominação social, material e intersubjetiva dos classificados como inferiores.

⁴¹ Esse caráter de “suporte”, e quase “agitativo”, à empresa colonial presente na intelectualidade metropolitana é enfatizado por Frantz Fanon (2022), pensador da Martinica que acompanha a Guerra de Independência Argelina (1954-1962) e escreve sobre a violência de um mundo cindido entre colonos e colonizados (p. 23-86).

pensamento. A autora, que busca apresentar ferramentas conceituais de identificação dos eixos estruturantes do “etnogenocídio” que sofrem os/as indígenas, e em especial seu povo Guarani, enfatiza a violência e racismo dos modelos binários e das monoculturas, pois “da mesma forma que o agronegócio machuca, desgasta e explora a terra com a monocultura da soja e do milho, também as monoculturas da sexualidade, da fé, dos afetos nos minam as potencialidades” (p. 93). É assim que os colonizadores recorreram à categoria “raça” para “justificar as desigualdades e conciliar eticamente a exploração e expropriação europeia” dos “outros” humanos, e é assim que a colonialidade do poder segue subjugando de forma racista os povos indígenas⁴².

Assim, no primeiro subtópico, narro as interações entre o sanitarismo e os direitos indígenas no Brasil como expressões de relações estabelecidas através do constructo “Estado”, com as consequentes violências e resistências envolvidas. A seguir, trago exemplos das abordagens legislativas que demonstram a resistência das instituições estatais à concomitância entre cidadania e direitos específicos aos indígenas, o que gera ambivalências coloniais, como demonstro no terceiro tópico. Por fim, traço um breve percurso sobre como a resistência do movimento indígena manifesta-se na prática e é trabalhada nas interações com as instituições estatais, ao tempo em que esboço uma crítica indigenista⁴³ à modulação colonial da cidadania indígena.

⁴² Diante da situação de fome e violência, principalmente nas partes da Terra Indígena Yanomami mais assediadas pelo garimpo, acentuada durante o governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), um diretor militar da Funai reiterava em diversas reuniões que a desnutrição infantil yanomami tinha raízes culturais, uma vez que é cultural os homens comerem primeiro, depois as mulheres e por últimos as crianças. Suas falas eram para justificar a inanição governamental diante dos garimpos. Argumento semelhante foi utilizado pela ex-ministra dos direitos humanos, Damare Alves, ao se esquivar de comentar a denúncia de estupro de mulheres yanomami por garimpeiros (<https://g1.globo.com/rr/rroraima/noticia/2022/04/26/menina-ianomami-de-12-anos-morre-apos-ser-estuprada-por-garimpeiros-afirma-lideranca.ghml>), pois isso seria uma prática cultural indígena corriqueira, a ser combatida pelo Estado. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=mFOcbIyAvLU&ab_channel=UOL. Acesso em: 19 jun. 2023.

⁴³ Parafraseando a explicação de Faria (2021), utilizo o adjetivo “indigenista” para (i) qualificar movimentos de autores/as não indígenas tratando de questões indígenas, ou (ii) nomear práticas e políticas promovidas pelo Estado ou entidades da sociedade civil em relação aos povos indígenas. Ainda que eu preserve o termo “saúde indígena” por ele estar na legislação correspondente, acrescento o adjetivo “institucional” para deixar claro que se trata de uma política estatal. Por outro lado, uma “política indígena” seria aquela cuja agência pertence às pessoas e povos indígenas. Contudo, “vale notar que esses termos se confundem com a cada vez mais frequente (e salutar) presença de indígenas nos espaços institucionais das políticas indigenistas, sejam eles públicos (órgãos estatais) ou privados (organismos não-governamentais)” (p. 25).

1.1. O acesso aos serviços estatais de saúde: sobre a conquista de direitos universais e específicos

Nos idos de setembro do último ano do século XX, o Brasil instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), que passou a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS), igualmente estabelecido e regimentado na última década do século passado⁴⁴. Essa insistência com os marcos cronológicos não é sem propósito. Trata-se de políticas públicas em um país “inventado”⁴⁵ (LONGHINI, 2022), fruto de invasões europeias ocorridas no século XVI, território que foi mantido colônia de Portugal por três séculos e, uma vez “independente” (1822), alternou períodos republicanos entrecortados por regimes ditatoriais.

Com a Proclamação da República em 1889, iniciaram-se investimentos teóricos e práticos voltados para a construção de uma nação pretensamente coesa, onde até então havia, entre outros atores sociopolíticos, oligarquias escravocratas e territórios tidos por “vazios” pelo Estado colonial – na realidade habitados por uma enorme diversidade de povos nativos. Como recordou Ailton Krenak (2022), liderança indígena do povo Krenak e escritor,

Em 1983, estava lá no meio dos tuxauas, as lideranças indígenas, escutando aqueles anciãos falarem da luta no território deles, na terra do Macunaíma, com os filhos sendo esfolados por uns poucos colonos. Meia dúzia de colonos (do Sul) em Roraima tomaram conta daquele território todo e ainda submeteram os Macuxi, os Wapichana e os Taurepang a abrir pasto para criar o gado dos brancos e liberar o lavrado para plantar monocultura de arroz. Eu ficava olhando e achava descabido que os colonos atravessassem o país inteiro e tomassem as terras do povo indígena no rio Doce (p. 39).

Os/as sanitaristas brasileiros/as do início do século XX⁴⁶, com suas explicações higienistas sobre endemias e pragas contagiosas, participaram ativamente da construção de uma autoridade estatal sobre o território nacional que se estendia aos corpos das pessoas (CARVALHEIRO *et al.*, 2013). Em contraposição às teses naturalizantes sobre a inferioridade

⁴⁴ Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, proposta pelo poder executivo em 1989.

⁴⁵ Longhini (2022) se refere à identidade nacional do Brasil como inventada, já que a nação “cuja língua é o português, a religião é o cristianismo e o modo de vida é o capitalista” é “frontalmente antagônica às identidades indígenas” (p. 76), e não originada dessas identidades, como se busca significar.

⁴⁶ Também chamado de movimento sanitário da Primeira República (1889-1930). Santos (1985) faz uma distinção entre o sanitário urbano e aquele que passou a “descobrir” os sertões, mas neste pincelamento que faço do período, considerarei as ideias fluídas entre esses dois agrupamentos. Para uma historicização anterior ao século XX, ver Nunes, 2000.

racial⁴⁷, sanitaristas da época afirmaram o abandono à própria sorte que os “sertanejos”⁴⁸ experienciavam sem a presença do poder público. Apregoava-se que medidas sanitárias eram capazes de superar os efeitos negativos à civilização e ao progresso causados pelas “doenças tropicais”⁴⁹. Essa interpretação colaborou com a conformação de uma ideologia de nacionalidade, “capaz de superar a imagem negativa referida às teses de inferioridade climática do país e racial da população brasileira” (LIMA *et al.*, 2005, p. 30)⁵⁰

Em linhas gerais, os esforços de saneamento dos sertões buscaram diminuir os impactos das endemias nas “investidas civilizatórias do país” (AROUCA; LIMA, 2014), pois atrapalhavam o andamento de obras como a construção de campos de pouso e a instalação de linhas telegráficas. Essa pretensa civilização avançou justamente em direção aos locais onde diversos povos indígenas viviam – locais que, além de “vazios”, eram entendidos como não desenvolvidos. No mesmo período, esses povos seguiram invisíveis no âmbito das políticas nacionais de saúde (HOCHMAN; SILVA, 2014) – quando muito, propositalmente misturados na massa homogeneizante entendida como sertaneja⁵¹. Abro um parêntese para descrever essa homogeneização como política de Estado.

Sertanejos, mestiços, caboclos, pardos e afins são definições coloniais vagas para os habitantes do Brasil e foram utilizadas pelo Estado para imprimir uma homogeneidade acachapante aos/às por ele classificados/as⁵². Geni Núñez Longhini (2022) exemplifica, por exemplo, que no primeiro recenseamento, realizado em 1872, a categoria “caboclo” representaria “índios e descendentes de índios com brancos” (p. 74). A autora apresenta “a

⁴⁷ Como o lombrosionismo defendido pelo médico legista Raymundo Nina Rodrigues, que consistia em relacionar uma suposta inferioridade racial africana à violência urbana brasileira (SANTOS, 2008). Lilia Schwarcz (1993) lembra que nesse primeiro período da primeira república a mestiçagem era entendida como causa dos males morais do país e que esta “sujeira” racial deveria ser limpa pelo branqueamento.

⁴⁸ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dvijNR9Nbgo>. Acesso em: 21 abr. 2021.

⁴⁹ Segundo Camargo (2008), atualmente “a Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui em seu sítio para “*tropical diseases*” oito doenças que ocorrem exclusiva ou especialmente nos trópicos, e esclarece que, na prática, a designação se refere a doenças infecciosas que proliferam em condições climáticas quentes e úmidas” (p. 1). Apesar disso, o autor descreve como a definição existe desde o século XIX e é criticada por cientistas devido às conotações implícitas que carrega para determinada região, sendo que há outras determinações, como o subdesenvolvimento, para a proliferação dessas doenças, como descreve no caso da malária.

⁵⁰ Também dialogam com essas teorias os intelectuais que interpretaram a formação social do Brasil, desde os mais elitistas, como Oliveira Viana, aos mais democráticos, como Darcy Ribeiro. Esta intelectualidade, ainda que tenha criticado teorias deterministas e racistas oriundas de pensadores europeus para afirmar, assim, uma identidade brasileira, recaiu na “repetição constante da violência colonial” da “ideia de Brasil” (KRENAK, 2021).

⁵¹ Op. cit.

⁵² Ao tratar dos sertanejos, Arouca e Lima (2014) demonstram a relação entre o discurso assimilacionista e o positivismo dos militares e estudiosos do início do século XX que, baseados em um prognóstico de desaparecimento dos indígenas e graus de civilização de uma mesma humanidade, apostaram no desenvolvimento de uma etnografia sertaneja, focada nesse “legítimo brasileiro”, majoritariamente rural e mestiço (p. 60-62).

produção do pardo”⁵³ como um eixo do “etnogenocídio” contra os povos indígenas uma vez que o sujeito político descendente e afim estaria em processo de assimilação, “deixando de ser indígena e integrando as demais categorias raciais não indígenas” (ibid.). Considerando que somente em 1991 a categoria “indígena” foi incluída entre os dados raciais a serem coletados nos censos oficiais⁵⁴, por mais de um século a perspectiva legal-estatal do “índio como categoria transitória” fora prevalente (p. 74).

No presente século, a política de Estado voltada aos povos indígenas, iniciada com o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1910 e continuada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada em 1967, era deliberadamente de caráter assimilacionista⁵⁵ e tutelar, e era executada em consonância com a agenda nacional-desenvolvimentista, pautada no desenvolvimento econômico exploratório e de proteção às fronteiras do país (SELAU, 1991; RAMOS, 1999; LIMA, 2014). Ou seja, as políticas específicas para os povos indígenas eram de incentivo ao estreitamento das relações com os não indígenas e de assentamento desses povos em espaços delimitados e monitorados por órgão estatal designado para este fim, como constam nas legislações da época⁵⁶.

O intuito era proporcionar um controle dos territórios cada vez maior e um domínio sobre as atividades que os povos indígenas pretendiam realizar, principalmente fora das terras que viviam (KRENAK, 2019b). O acesso às demais políticas públicas seria uma consequência da integração à comunhão nacional. Tal se encontra expressamente previsto no Estatuto do Índio, no capítulo II, artigos 9, 10 e 11, onde constam os procedimentos burocráticos necessários para indígenas obterem sua “liberação” da tutela estatal, condicionada à sua integração e sendo um requisito para se alcançar a “plenitude da capacidade civil”.

Particularmente com relação às políticas públicas de saúde para os povos indígenas, esta passou a ser pautada de forma mais específica a partir da década de 1950, com a criação, em 1956, do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), proposta pelo médico Noel Nutels⁵⁷

⁵³ No seminário “Não sou pardo, sou indígena: o pardismo em debate”, Ailton Krenak (2021) explanou sobre a indianidade dos chamados sertanejos ao tratar sobre o truque colonial que produz o pardo, o mestiço e outras categorias de pobreza.

⁵⁴ E há uma importante discussão a ser feita sobre a invisibilização estatística também provocada por parte da população indígena, assim como a população negra, “se marcar parda devido aos processos racistas que dificultam a enunciação” (LONGHINI, 2022, p. 77).

⁵⁵ Conforme a definição de Ferreira (2012) “Na política assimilacionista, procura-se assimilar os grupos marginalizados e discriminados aos valores, às mentalidades e aos conhecimentos socialmente valorizados pela cultura hegemônica (p. 33).

⁵⁶ Decreto Nº 8.072, de 20 de junho de 1910 (Criação do SPI), Lei N. 5.371, de 5 de dezembro de 1967 (Criação da Funai) e Lei N. 6.001, de 19 de dezembro de 1973 (Estatuto do Índio).

⁵⁷ Noel Nutels (1913-1973) foi integrante da Expedição Roncador-Xingu (1943-19670), ligada administrativamente à Fundação Brasil Central e à Coordenação da Mobilização Econômica, que à época era como

para atender populações indígenas e não indígenas que vivessem em locais de difícil acesso (COSTA, 1987; PAZ, 1994)⁵⁸. Com a percepção sanitaria de que a alta mortalidade era causada pela desassistência biomédica, o médico organizou expedições de vacinação e ações contra a tuberculose, principalmente no Brasil Central (PAZ, 1994). Essas expedições foram institucionalizadas no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960), originando o SUS, e depois, em 1970, foram reformuladas na formação das Equipes Volantes de Saúde (EVS) da Funai.

O período da ditadura civil-militar (1964-1985) acentuou os já mencionados objetivos desenvolvimentistas dos governos anteriores e “retomou com ênfase a visão do índio como obstáculo ao desenvolvimento” (COSTA, 1987, p. 395). Como Ana Lucia Pontes *et al.* (2019) interpretaram as afirmações dos militares no comando do país de que em poucas décadas não haveria mais índios no Brasil, não se tratava de “uma previsão acadêmica, mas de um planejamento de Estado” (p. 147)⁵⁹. Um plano executado quase sem vestígios, não fosse o ressurgimento de um relatório, o Relatório Figueiredo, que revela o quão violentas foram as ações contra os povos indígenas que estavam posicionados “entre os militares e seu projeto de realização da “integração completa do território nacional” (STARLING, s/d).

Planejamento de Estado envolve aplicação ou retirada de recursos, humanos e financeiros, das ações a serem realizadas. Ao longo dos anos 70, enquanto se propagandeava o milagre econômico brasileiro, foram retirados recursos das ações de saúde da Funai, resultando em poucas Equipes Volantes de Saúde (EVS) e “viagens esporádicas, quando [as EVS] faziam atendimento médico simples e promoviam a remoção dos casos mais sérios para hospitais” (COSTA, 1987, p. 396). No primeiro plano de saúde da Funai, de 1970, eram, ao todo, 10 EVS no país inteiro, para assistir os indígenas nas áreas médica, odontológica e farmacêutica, através de visitas periódicas e/ou ações emergenciais (SELAU, 1991, p. 11) e com foco na assistência individual (COSTA, 1987, p. 396). Complementarmente, enfermeiros/as e atendentes de

um superministério. Como Carlos Henrique Paiva (2003) descreve, as intenções de tais ações eram “ocupar e defender o país; promover a interiorização da capital; desenvolver rotas e acessos ao interior e, finalmente, criar nova estrutura agrária que incrementasse a economia brasileira” (p. 835). Segundo o autor, Nutels, que havia sido indicado para a expedição por seus trabalhos no combate à malária na Baixada Fluminense, ou para ser afastado dos movimentos políticos sanitistas da capital, conhecia a realidade do interior do país e, com ajuda de sua rede de amigos intelectuais e burocratas, conseguiu seguir com os ideais sanitistas de salvação e construção nacional pela saúde pública, mesmo em um cenário menos favorável que o início do século (p. 847-848).

⁵⁸ Paz (1994) lembra que, neste período, o investimento do Estado brasileiro em ações no interior do país guardava relação com o contexto mundial de guerras entre os Estados-Nação e de interesse das metrópoles em (re)ocupar “espaços vazios” do globo para o bem comum da humanidade (PAZ, 1994). Sobre a gênese dessas ações mais específicas de saúde dentro do Serviço de Proteção ao Índio, iniciada na década de 40, ver Brito e Lima (2013).

⁵⁹ Também havia previsões acadêmicas, como as de Darcy Ribeiro (1962), baseadas na depopulação que experimentaram diversos povos indígenas e em teorias de aculturação dos sobreviventes. No entanto, Darcy, assim como Nutels e outros, buscavam com isso angariar recursos e ações de prevenção à possível extinção desses povos.

enfermagem cobriam postos de saúde próximos às comunidades indígenas. Nesse mesmo período,

[...] a Funai ampliou a política de convênios no âmbito da prestação de serviços de saúde aos indígenas, firmados especialmente com: organizações missionárias, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Ministério da Saúde, hospitais privados, entre outros (PONTES *et al.*, 2019, p. 149).

Em linhas gerais, tais convênios se caracterizam pelo repasse de recursos públicos para entidades privadas que realizam parte das atribuições do Estado – nesse caso, o provimento de serviços de saúde aos povos indígenas. No Brasil, as legislações sobre quais atividades estatais poderiam ser objeto desses convênios restringiam-nas às atividades-meio, não consideradas como o objetivo principal da atuação estatal. Porém, após a reforma trabalhista de 2016, consolidou-se o entendimento de que os convênios também eram legítimos para as chamadas atividades-fim, como já era realizado na saúde indígena institucional há anos – tratado adiante.

Alguns desses conveniados participaram do que ficou conhecido como movimento pela reforma sanitária, contribuindo para que a saúde dos povos indígenas fosse pautada em meio às reivindicações de mudança nas ações de saúde. O movimento preconizava as discussões sobre a determinação social dos processos de adoecimento e práticas de cuidado, defendendo o conceito ampliado de saúde, a ênfase na atenção primária, a utilização de recursos locais e maior participação comunitária, conforme desenhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶⁰. Se no início do século XX a desassistência foi o mote para as ações sanitaristas, ao final dos governos militares se debatia a ineficácia e as desigualdades provocadas e perpetuadas pelas assistências engendradas nos anos 60 e 70 (FLEURY, 2018). Com isso, o movimento defendia a estreita relação entre democracia e saúde e, portanto, as necessárias mudanças constitucionais e reforma dos serviços prestados pelo Estado⁶¹.

⁶⁰ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em 1978.

⁶¹ É nesse movimento que o deputado federal e médico sanitarista Sérgio Arouca, figura fundamental na criação de leis e políticas voltadas à universalização do acesso à saúde, como veremos adiante, vinculava os projetos de saúde que defendia com as propostas de democratização da sociedade brasileira na defesa de que todo cidadão tenha direito à saúde. Sua reivindicação era por saúde não só como assistência médica no momento adequado e com a qualidade necessária, mas também como uma série de condições para que a população adoecesse menos – reforma agrária, educação, lazer, liberdade, condições de habitação dignas, transporte etc. <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/introducao.htm>. Ver pronunciamento do sanitarista Sérgio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional em Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília (DF). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-HmqWCTEeQ> Acesso em: 21 jun. 2023.

O movimento da reforma sanitária reivindicava a “indiferenciação” no acesso da população aos serviços de saúde, que deveriam ser um direito universal⁶², e não somente acessíveis para trabalhadores/as contribuintes de fundos de pensão e para quem pagasse pelos serviços particulares (PAIM, 2009, p. 41). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi, portanto, uma conquista dos movimentos da sociedade civil (PAIM *et al.*, 2011, p. 1). Foram esses movimentos organizados que conseguiram a implementação de políticas de saúde universais e subsidiadas por impostos, mesmo com o avanço da agenda neoliberal, com suas focalizações de políticas e taxas de uso dos serviços públicos (VICTORIA *et al.*, 2011, p. 3).

Um pouco antes, em 1988, em meio a diferentes frentes de embate ao regime autoritário, o país promulgou sua oitava Constituição Federal. Considerada a “Constituição cidadã”, a Constituição de 88 foi proclamada em um contexto mundial de plena expansão do modelo neoliberal de Estado (DARDOT; LAVAL, 2016). Ou seja, enquanto diversos países buscavam diminuir as responsabilidades do Estado na promoção dos direitos sociais de seus cidadãos, o Brasil buscava instituir um estado de direito que ampliasse a noção de cidadania de sua “nação”, recém-saída de uma ditadura que durou 21 anos.

Na década de 1990, o contrassenso entre a agenda neoliberal de corte de gastos estatais – iniciada principalmente em países como os Estados Unidos e a Inglaterra, que são metrópoles político-econômico na conjuntura mundial – e a ampliação da cidadania no Brasil torna-se nítido, pois era o momento de implantação das ações e políticas públicas com base nas novas diretrizes constitucionais. Exemplo disso é que, mesmo com a inscrição constitucional do direito a saúde como “direito de todos e dever do Estado (conforme artigo 196 da CF/88) e a consequente expansão da população assistida pelo sistema público de saúde, “o governo federal [na gestão de Fernando Collor de Mello] reduziu à metade os gastos com a saúde” (PAIM, 2011, p. 65-66). Com verbas escassas para custeio e manutenção, os serviços estatais seguiram com baixos investimentos ao longo dos anos 90, ao passo em que houve um significativo crescimento do setor privado no ramo e o ressurgimento de sua conhecida tendência de focar nos procedimentos de saúde que geram maiores retornos financeiros (Ibid., p. 62) – coincidindo-os ou não com as principais necessidades da população.

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento jurídico-político que não pressupôs a assimilação das pessoas indígenas, mas a elas se refere a partir do reconhecimento de “sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam” (Art. 231). Eles também passaram a ser “partes

⁶² Em contraste aos modelos com cobertura de tipo focal, que restringe o acesso aos serviços a grupos marginalizados (GARNELO, 2014, p. 111).

legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses”⁶³. Para se ter dimensão da importância dos artigos 231 e 232, faz-se necessário colocá-los em perspectiva, resgatar a memória dessa conquista mínima, porém necessária, na reafirmação da presença desses povos no país. Afinal, como observa Ailton Krenak, “é impossível constituir cidadania sem ter o conhecimento a respeito dos eventos que nos antecederam [...] e que nos colocaram no lugar social e político a que respondemos, no qual circulamos atualmente” (2019b, p. 21).

Em um encontro organizado pela Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 21 de junho de 2018, intitulado “30 anos da Constituição e o capítulo ‘Dos Índios’ na atual conjuntura”, o intelectual e ativista Ailton Krenak foi chamado para compartilhar suas memórias⁶⁴. Ele, que realizou um discurso/intervenção histórico na Assembleia Nacional Constituinte, pintando seu rosto de preto enquanto denunciava a convivência dos parlamentares frente ao fato de que “o povo indígena tem regado com sangue cada hectare dos 8 milhões de quilômetros quadrados do Brasil”⁶⁵, aproveitou o espaço para historicizar as violências sofridas pelos povos indígenas até aquela data e os problemas ainda enfrentados após a Constituição.

Muitas lideranças indígenas, nas décadas de 1970 e 1980 eram impedidas, proibidas de sair das próprias aldeias, e se utilizavam de um passe concedido pelos administradores do serviço do governo [...] [SPI, Funai etc.]. O chefe de posto tinha de dar autorização para que uma **autoridade indígena** ou qualquer outro índio pudesse se ausentar de sua aldeia, seja para fazer tratamento de saúde ou para qualquer outra coisa. Havia um passe.

Vocês já pensaram nisso? [...] Ficamos escandalizados ao saber que, na África do Sul, os brancos segregavam os negros em lugares chamados *bantustão*, mas nós naturalizamos o fato de que os brasileiros segregam os índios em reservas e que, eventualmente, até se tortura alguns deles de vez em quando para que eles aprendam qual é o seu lugar (p. 25, grifei)

Foi durante esse período que os indígenas organizados e seus apoiadores apresentaram a “Proposta popular de emenda ao projeto de constituição – capítulo das populações indígenas”, para ser incluída na nova Carta Magna. Ailton Krenak explicita: “Tem gente que faz de conta que não entende, mas o que está escrito lá é isto. ‘A todos os índios que o Brasil conseguiu não assassinar até esta data estão garantidos os seus direitos’” (p. 31).

⁶³ Trecho do Artigo 232º da Constituição Federal de 1988.

⁶⁴ As falas, intervenções e discussões do evento estão disponíveis em livro organizado por Dias e Capiberibe (2019).

⁶⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ildN6lyXDNE>. Acesso em: 02 mai. 2021.

A junção entre o direito à cidadania plena e o respeito aos “usos, costumes e tradições” (Art. 231, CF/88) dos povos indígenas resultaria em uma “cidadania plural”⁶⁶ (GARNELO, 2014) garantidora do direito a um atendimento diferenciado (p. 112). Em outro texto, a autora explica que essa cidadania também possibilita a criação de “políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas” (GARNELO, 2012, p. 20).

Contudo, ainda que encontrem respaldo no texto constitucional, a concretização de tais direitos pelo Estado brasileiro é, no mínimo, insuficiente/falha. A título de exemplo, questionado por suas ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19⁶⁷ junto às comunidades indígenas, o ex-secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)⁶⁸, Robson Silva, alegou a impossibilidade de certificação da indianidade daqueles que vivem em contexto urbano, mesmo que a autoidentificação seja a forma internacionalmente aceita de reconhecimento de pessoas indígenas, com legislação ratificada pelo Brasil⁶⁹. O mesmo ex-secretário alegou, em outros momentos, ser inviável consultar cada um dos mais de 300 povos viventes hoje no Brasil antes de realizar as ações da secretaria que coordenava⁷⁰, desrespeitando o direito internacional desses povos de serem consultados de forma livre, prévia e esclarecida sobre qualquer ação que impacte direta ou indiretamente suas vidas⁷¹.

Essa violação de direitos guarda relação com o que Leirner (2012) nomeia como a “contradição imanente do Estado”, isto é, a característica de o Estado “se apresentar como universal, mas representar o privado; de se apresentar como a esfera política; mas representar o interesse privado” (p. 67). Essa contradição, ao se expressar tanto em processos econômicos quanto políticos de poder faz com que o modo de vida de um grupo assuma caráter universal, tornando-se, nos termos do italiano Antonio Gramsci (2002), uma hegemonia. A noção de hegemonia gramsciana nos faz entender, como explica a antropóloga Letícia Cesarino (2017),

⁶⁶ Eduardo Viveiros de Castro (2006) fala em “regime especial de cidadania” (p. 41-49) e Beltrão e Oliveira (2009) em “cidadania diferenciada”. No mesmo texto, Castro problematiza os propósitos estatais de retirar “aqueles indivíduos indígenas que ‘já’ não apresentem ‘mais’ os estigmas de indianidade estimados necessários para o reconhecimento de seu regime especial de cidadania” (p. 2).

⁶⁷ Doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov2) que em 2020 gerou uma emergência de saúde pública de importância internacional, conforme declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

⁶⁸ Secretaria criada em 2010 pela Lei n.12314/2010. Mas, como observa Araujo (2019), com base no Decreto Presidencial n.7461/2011 que prorroga o prazo para a efetivação da transição da gestão do Subsistema da Funasa para o Ministério da Saúde até 31 de dezembro de 2011, a Sesai assumiu efetivamente a gestão da saúde indígena somente a partir de janeiro de 2012.

⁶⁹ Convenção N. 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil em 2004, atualmente disposta no Decreto N. 10.088, de 5 de novembro de 2019.

⁷⁰ Baseado em repetidas falas do Secretário da Sesai, Robson Silva, como a realizada no Seminário “Atendimento à Saúde para Indígenas em Contexto Urbano – Perspectivas a partir da decisão na ADPF 709”, disponível em: <https://www.youtube.com/c/canalMPF/videos>. Acesso em: 21 jun. 2023.

⁷¹ Convenção N.169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

que o “subdesenvolvimento” de certos grupos e regiões de um mesmo Estado-nação se deve “não ao seu isolamento como sociedades tradicionais, incapazes ou paradas no tempo, mas à sua participação ativa, porém desigual e periférica, em sistemas econômicos que encontram seu centro em regiões e grupos sociais domesticamente hegemônicos” (p. 79).

A parcialidade do Estado e seu caráter hegemônico nos leva às suas margens, não necessariamente geográficas⁷², mas sim aquelas “onde o Estado está constantemente redefinindo seus modos de governar e legislar” (DAS; POOLE, 2004, p. 24, traduzi)⁷³, descumprindo seus próprios regramentos. E quem agiria nas margens? Como nos exemplos acima, é o próprio agente público responsável pela Secretaria Especial para povos indígenas, vinculada ao poder executivo, que age fiando-se na razoabilidade que ele enxerga para agir junto aos povos indígenas, mesmo que essa razão contrarie os direitos desses povos.

É interessante observar a constância desses espaços marginais, seus criadores e mantenedores. A naturalidade com que se diz, por exemplo, que os veículos dos serviços de saúde não podem transportar um pajé para realizar seu trabalho em aldeia distinta da que mora, ao mesmo tempo que se afirma o compromisso de fortalecer as práticas próprias dos povos indígenas de produzir saúde⁷⁴. Segundo Sharma e Gupta (2006), uma vez que os procedimentos oficiais são “estratégias sem autoria” por meio das quais o poder é exercido e as desigualdades instituídas, são as ações burocráticas mundanas e os conflitos nelas envolvidos que fornecem a compreensão da micropolítica do trabalho estatal (p. 11-13). Os conflitos, as corrupções e as inconsistências de modo geral são centrais para a organização institucional e a reprodução do Estado. Essas ilegalidades não são desvios, que comprometeriam a eficácia e normalidade burocrática (LIMA; CASTRO, 2015). A centralidade desse *modus operandi* é percebida nas relações com os agentes estatais (p. 17).

Com a atuação dos agentes estatais em mente, cabe refletir sobre o que de fato as políticas sociais diferenciadas podem (no sentido não de permissão, mas de potencialidade) fazer. Quando Geni Núñez Longhini (2022) argumenta que a invenção da nação brasileira segue sendo antagônica às identidades indígenas (p. 76), ela nos convida a considerar criticamente (i) o paradoxo de a existência de políticas de Estado ser algo distinto da “autorrepresentação

⁷² Das e Poole (2004) identificam três noções de margens: uma, mais ligada a noção de periferia, abarcando pessoas insuficientemente socializadas nos marcos da lei (e em muitos casos essas pessoas são indígenas); outra, mais relacionada à tensão existente entre a legitimidade das práticas escritas a serviço da consolidação do controle estatal e a exploração da ilegitimidade dessas práticas; e um terceiro enfoque concentrado nas margens existentes entre corpos, a lei e a disciplina, as quais possibilitam observar a colonização das leis pela disciplina, em um alargamento do conceito de biopoder tal como é preconizado por Foucault (2008b, p. 285-315).

⁷³ No original: “donde el estado está constantemente redefiniendo sus modos de gobernar y de legislar”.

⁷⁴ Exemplo baseado em experiência pessoal de trabalho na Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena da Funai.

jurídico-política” de um povo frente à nação “inventada” daquele Estado, e (ii) que as políticas diferenciadas e adequadas às “especificidades culturais” de alguém pressupõem as categorias “natureza” e “cultura” de outrem. Exercito esse olhar crítico ao analisar os movimentos da legislação sobre a saúde indígena institucional após a Constituição Federal de 1988.

1.2. A institucionalização da saúde indígena: sobre decretos e projetos que demoram anos para se tornarem leis

Com o ímpeto de garantir políticas ajustadas às especificidades dos povos, indígenas e indigenistas⁷⁵ lutaram nos anos 80 pelo acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, sem que isso reeditasse ações assimilacionistas. Em 1986, foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI), no contexto da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que pautou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), seguida de outras cinco CNPSI realizadas após a Constituição Federal de 1988.

Mesmo que um sistema de saúde indígena institucional grassasse entre os assuntos do simpósio que em 1989 debateu a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), nada a respeito constou na lei promulgada em 1990. Como a liderança Zezinho Kaxarari, que ingressou na Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI) pouco depois de sua criação, em 1991, se lembrou: “tivemos algumas dúvidas no Conselho Nacional de Saúde e muitos questionamentos de representantes que consideravam [...] que o Sistema Único de Saúde é um sistema para todo mundo (para indígenas, brancos, negros, para pessoas de qualquer classe)” (KAXARARI, 2022, p.77). Segundo Zezinho, para rebater esses questionamentos, uma proposta para a saúde indígena foi concretizada em 1993, na II CNPSI, acompanhada de um relatório que demonstrava a necessidade de um subsistema complementar ao SUS. Com isso, em junho de 1994, Sérgio Arouca⁷⁶, então deputado federal, apresentou o Projeto de Lei (PL) n. 4681 ao Congresso Nacional, propondo a criação do Subsistema de Saúde Indígena (Ibid., p. 155).

O Projeto de lei n.4681/1994 foi protocolado em um momento de forte instabilidade política no Brasil. Em dezembro de 1992, poucos anos após a reabertura democrática, Fernando Collor, o primeiro Presidente eleito nesta nova fase, renunciou ao cargo e a alta inflação do

⁷⁵ Sigo a diferenciação entre “indígena e indigenista” conforme elaborado por Faria (2021), explicado na nota de rodapé 43, p. 41.

⁷⁶ Médico e militante político, foi um dos líderes do movimento sanitário do período da redemocratização. Defensor da universalidade do sistema, fez coro às reivindicações de indígenas e indigenistas e alertou para as particularidades e o necessário respeito a cada grupo vivente no país (LANGDON; GARNELO, 2017, p. 458; PONTES *et al.*, 2019).

período abriu o caminho que o projeto neoliberal precisava para entrar de vez no país. Foi neste contexto que foram criadas e tramitadas as legislações analisadas abaixo.

Com relação à tramitação do PL n. 4681 pela Câmara, faço alguns apontamentos: (i) todos os cinco relatores das comissões que analisaram o projeto eram deputados formados em medicina⁷⁷; (ii) os relatores ressaltaram a paridade do projeto com as recomendações da II Conferência de Saúde Indígena ocorrida em 1993; (iii) o projeto não teve emendas em nenhuma comissão; sofreu alterações meramente formais na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), com a retirada de determinações ao Ministério da Saúde, e inclusão da obrigatoriedade da regulamentação da lei pelo poder executivo.

Realizados os reparos e aprovação da redação final pela Comissão⁷⁸, o Projeto de Lei adormeceu por um ano e nove meses na CCJC, sem movimentação de dezembro de 1995 até setembro de 1997. Depois, foram mais dois anos no Senado Federal até sua sanção e transformação em lei, em 23 de setembro de 1999. Essa demora não expressa um fluxo contínuo e neutro da burocracia, pois, como veremos no próximo capítulo, agendas prioritárias de governo são aprovadas em questão de meses, como o Programa Mais Médicos. Ou, como Zezinho Kaxarari (2022) descreveu, “foram praticamente dez anos de luta, de comissões, de especialistas sendo chamados para relatar suas experiências” (p. 78) até o parecer favorável à lei, em 1999. Enquanto a proposta tramitava no Congresso Nacional – e, como vimos, sem contestações que justificassem a postergação de sua aprovação durante anos –, a saúde dos povos indígenas foi tema de algumas legislações que demonstram a indisposição das instituições em promover os direitos indígenas, conquistados na Constituição Federal de 1988. Destacarei três.

Em fevereiro de 1991, logo após a criação do SUS, o Decreto Presidencial n.23 reafirma preceito constitucional de que a assistência à saúde das populações indígenas constitui encargo da União, que elaborará projetos específicos para a “promoção, proteção e recuperação da saúde

⁷⁷ O que também me fez pensar sobre essa inserção de médicos na política, havendo geralmente representatividade da categoria no Congresso proporcionalmente muito maior do que outras categorias e em comparação à porcentagem de médicos na população. Por exemplo, na legislatura de 2007-2011 a bancada médica era a segunda maior no ranking de parlamentares por profissão, com 61 deputados federais médicos, representando quase 12% dos deputados eleitos (Fonte: CRM-PR <https://www.crmpr.org.br/Deputados-medicos-formam-a-segunda-maior-bancada-da-Camara-Federal-11-1276.shtml>). Em 2018 esse quantitativo caiu para 36 (Fonte: Folha de São Paulo - <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/11/numero-de-medicos-e-professores-cai-na-camara-militares-e-religiosos-sobem.shtml>). Ainda assim, seguia sendo 7% da Câmara. Se considerarmos a população estimada do Brasil totalizando 211 milhões de pessoas, e a somatória de 500 mil médicos no país divulgada pelo estudo da Demografia Médica Brasileira de 2020 coordenado por Mário Scheffer (2020), eles seriam 0,23% da população. Desenvolvo essa análise da classe médica no Brasil no capítulo 3.

⁷⁸ Três deputados foram contra a aprovação da redação final na Comissão: Aloysio Nunes, José Genoíno e Luiz Eduardo Greenhalgh, aparentemente não havendo registro de justificativa ao voto contrário.

do índio, segundo as peculiaridades de cada comunidade”. Ressalto dois entendimentos constantes no Decreto: (i) No Artigo 3º, que trata sobre os objetivos dos projetos, consta um parágrafo único para registrar que a instauração dos projetos “não prejudica a prestação individualizada de assistência médica, pela rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de qualquer esfera de poder, a membros das comunidades indígenas”; (ii) há, no Art. 4º §1, a determinação da realização das ações através da distritalização: “As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas”. Para a elaboração e execução dos projetos de saúde, o Decreto prevê articulação entre o Ministério da Saúde, coordenador das ações, que em breve seriam assumidas pela recém-criada Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e a então Fundação Nacional do Índio (Funai), vinculado ao Ministério da Justiça – além de outras áreas governamentais quando assim se fizesse necessário para a concretização de algum projeto.

O Decreto n.23/1991 foi revogado pelo Decreto n.1141, de 5 de maio de 1994. Este, que não é específico sobre saúde como o anterior, já que trata de proteção ambiental e atividades produtivas, institui uma comissão intersetorial responsável pelos programas nacionais e projetos específicos realizados em Terras Indígenas. Esta comissão é presidida por um representante do Ministério da Justiça, que assume a coordenação das ações anteriormente dada ao Ministério da Saúde, e conta também com representantes de outros ministérios⁷⁹. Essa virada na coordenação das ações, somada à junção com pautas territoriais, recolocou em primeiro plano o órgão indigenista oficial, que realizou articulações para reagrupar suas atribuições legais distribuídas entre outros entes pelo Presidente da República à época (GARNELO, 2004, p. 8), Fernando Collor. Em adição, esses outros entes, como a Funasa, não eram necessariamente afeitos à pauta indígena. Sobre esse ponto, o médico Mário Roberto Castellani (2012) relata: “Grandes dificuldades apareceram com a transferência da responsabilidade da saúde indígena da Funai para a Funasa. Presenciamos muitas vezes os profissionais trancarem as portas das salas quando os indígenas estavam na sede da instituição para audiências com a direção” (p.79).

⁷⁹ Os ministérios citados na lei são: da Justiça, da Saúde, da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária, do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, da Cultura e das Relações Exteriores, com seus órgãos vinculados e entidades supervisionadas.

Como aponta Carla Costa Teixeira (2008), o acervo do Museu da Fundação, criado em 1990/1991⁸⁰, é composto por peças dos anos 60, oriundas do antigo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), e memórias dos trabalhos da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), as quais substituíra. Em contrapartida, as informações relativas à sua atuação na saúde indígena eram imprecisas e sem grande destaque, com seu início datado em 1999 – mesmo que a instituição tenha atuado durante toda a década de 1990 com essa população – como em campanhas de nebulização contra malária feitas em aldeias do Amapá. Para a antropóloga, isso sinalizava uma “afinidade eletiva” na relação de continuidade institucional entre Sucam, Fsesp e Funasa enquanto entes federais executores de ações de saúde, em contraposição à descentralização provocada pelo Sistema Único de Saúde (p. 329). Já quanto à saúde indígena, a autora aponta que:

[A] ênfase na alocação da saúde indígena em uma memória institucional recente prolifera e vem sendo operada em diferentes níveis, sobretudo como nó articulador de um jogo de escusas, no qual os inúmeros problemas denunciados no cuidado da saúde indígena são justificados e desculpados por esta ser uma atribuição institucional recente na Funasa. [...] o que estou chamando atenção aqui é que há um isolamento simbólico, institucional e político na abordagem da saúde indígena hoje, que está sendo operado também por meio da manipulação da profundidade histórica no trato da questão e dos impasses e marginalização institucionais (p. 332).

Institucionalizar a articulação preconizada pelo Decreto n.23/1994 em uma comissão sinaliza as particularidades da operacionalidade estatal brasileira, em que princípios ou diretrizes precisam de detalhamentos dos recursos humanos e financeiros para gerarem ações efetivas. Mas no caso da atuação junto aos povos indígenas, sinaliza também a indisposição estatal de adaptação à pluralidade étnica que compõe a população administrada – etnias que o Brasil não conseguiu assassinar, como citado por Ailton Krenak (Supra p. 49). Essa indisposição adaptativa disseminada entre diferentes entes públicos se traduz, politicamente, “na dificuldade de conceber e efetivar ações de saúde que se articulem com a totalidade do modo de vida destas populações – tais como, o acesso à terra, à educação e a geração de empregos” (TEIXEIRA, 2008, p. 340). E assim,

[...] as dificuldades enfrentadas pelo subsistema de saúde indígena não parecem se reduzir a problemas de execução de um modelo, mas precisariam ser remetidas à configuração de ideias e valores do modelo normativo em si, tanto no que concerne ao subsistema quanto ao sistema de saúde pública em seu conjunto (TEIXEIRA, 2008, p. 341).

⁸⁰ Lei n.8.029, de 12 de abril de 1990 – migrou os bens da Sucam para a Fundação Nacional da Saúde (FNS), que depois é renomeada como Funasa, na Regulamentação - Decreto n.100/1991 (e é o documento que a Funasa divulga como sendo de sua origem).

A conquista legal da cidadania indígena não foi acompanhada por uma qualificação ou preparação das instituições estatais que passariam a se tornar responsáveis pelas ações de saúde, educação, assistência social etc. direcionadas aos povos indígenas. Essas ações estavam antes centralizadas pelo órgão indigenista (e tutelar⁸¹) oficial. A qualificação das instituições guardaria relação com o entendimento do reposicionamento das responsabilidades dos entes públicos na prestação de serviços aos cidadãos e cidadãs indígenas, pós Constituição Federal de 1988, e com a explicitação disso em regramentos gerais e específicos. Essas, contudo, continuaram agindo como se tutor houvesse. Os povos indígenas, aqueles considerados extintos, exóticos ou integrados, passaram a demandar diretamente e cotidianamente o INSS, os cartórios, as universidades, os serviços de assistência social e afins. Acostumadas em dialogar com a Funai, as paisagens institucionais ainda são repletas de novas maneiras de exclusão, com alegações de desconhecimento da responsabilidade “recém-atribuída” por parte dos agentes públicos e disseminação de desinformação aos cidadãos e cidadãs indígenas. Estes/as procuram entender, muitas vezes sem sucesso, a quem cabe assisti-los/as em suas variadas necessidades (documentação civil, benefícios sociais, saúde etc.).

Diferente de uma tomada indígena do Estado, total ou parcial, como no caso do Estado Plurinacional da Bolívia, em um processo de reconstituição ontológica do Estado-nação (CASTRO, 2011), trata-se aqui de um debate, quiçá anterior ou subsidiário às mudanças estatais mais amplas, sobre a noção de “indígena” e “política indigenista de Estado”. Penso poder fazer parte do processo de descolonização⁸² do Estado-nação brasileiro uma “indigenização das instituições” que, para não reproduzir os antigos trejeitos tutelares dos órgãos indigenistas (LIMA, 2014), precisam ser ocupadas e transformadas. Ocupadas porque a ausência de lideranças indígenas⁸³ nos órgãos, principalmente nos cargos de gestão e decisão, gera espaços de discriminação negativa (ALMEIDA, 2020), com a reprodução de achismos, preconceitos e

⁸¹ Conforme o Estatuto do Índio (Lei n.6001/1973), cabia ao órgão tutelar os indígenas “ainda não integrados”.

⁸² Neste trabalho, transito pelas ideias e debates sobre os efeitos que os processos de colonização realizados pelos países europeus a partir do final do século XV provocaram nas instituições e sujeitos colonizados (FANON, 2022) sem me aprofundar nas diferenciações existentes entre dicotomias como colonial/descolonial ou colonialidade/decolonial (SANTOS, 2018). Neste parágrafo, utilizo o termo “descolonizar” com o objetivo de (i) enfatizar que as práticas coloniais, ou neocoloniais, permanecem no Brasil contemporâneo e (ii) indicar a necessidade, e existência concreta, de movimentos práticos/teóricos/políticos que visam a reverter/superar tais práticas.

⁸³ A noção de liderança indígena com a qual dialogo aqui não é sinônimo de cacique, e sim de pessoas articuladas com determinado(s) povo(s) e suas demandas, e legitimadas de algum modo por esses coletivos. Também não se trata de um/uma representante dos índios, porque, como bem pontua Daniel Munduruku (2017, s/n), “não existem índios no Brasil”. “O que existem são povos, nações indígenas, cada uma com sua identidade, diversidade” (LONGHINI, 2022, p. 70). Portanto, são muitas e diversas as lideranças que precisam ocupar os espaços.

apagamentos das competências dos órgãos que devem atuar de forma específica junto aos indígenas⁸⁴.

Transformadas porque é preciso também “contracolonizar” (TUKANO, 2018, p. 22) a práxis colonial que incidiu “sobre o território-terra, mas também sobre o território-corpo, sobre nossos [dos/as colonizados/as] processos de subjetivação” (LONGHINI, 2022, p. 22). Isso não significa um revanchismo ou inversão, como explica Ramón Grosfoguel (2016) em sua crítica à filosofia cartesiana, mas sim o reconhecimento do provincialismo colonial que faz o particular “norte-cêntrico” se reivindicar como “uni-versal” (p. 46). Nesse sentido, uma medida elementar de indigeneização das instituições, a meu ver, passa não só pela ocupação indígena, mas também por alterações no *modus operandi* dessas agências em sintonia com as demandas dos povos indígenas – e, no limite, passa pela soberania desses povos de não adequação ao funcionamento das agências do Estado-nação.

Esse processo não se dá, contudo, sem reações conservadoras. Se, até os anos 90, boa parte dos/as servidores/as (estatutários/as ou não) das Coordenações Regionais da Funai eram indígenas, e algo semelhante ocorre hoje nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), essa não era a realidade dos vários entes que, após 1988, precisavam se enxergar como garantidores de políticas diferenciadas para os cidadãos indígenas⁸⁵. Exemplifico, a seguir, como o Decreto n.1141/1994 expressou indiretamente o ímpeto de manter o incômodo atendimento aos/às indígenas concentrado em um órgão só.

Selecionei quatro entendimentos sobre o atendimento aos cidadãos e cidadãs indígenas que vão ao encontro dessa reconstituição do órgão tutor indigenista. As alterações de entendimento se deram com a revogação do Decreto n.23/1991, que trata sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas, e publicação do Decreto n.1141/1994, que dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas.

Ao contrário do Decreto anterior, o Decreto n.1141/1994 garante, em seu Art. 2º, “a participação de representantes da Funai e da comunidade indígena envolvida” na elaboração dos programas e projetos. Apesar de no Decreto anterior haver menção ao respeito à “organização social e política, os costumes, as crenças e as tradições das diversas

⁸⁴ Como exemplo, Faria (2021) demonstra em sua dissertação de mestrado o apagamento da indigeneidade de xakriabás presos.

⁸⁵ Essa é uma paisagem que teve significativas mudanças na primeira quinzena do século XXI, com aumento do acesso de indígenas ao ensino superior e postos de trabalho para profissionais graduados, e, mais recentemente, com o terceiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2023-2026), com indígenas assumidos postos de comando do poder executivo.

comunidades”, é na redação de 1994 que se explicita que esse respeito também se refere à elaboração das ações. Contudo, as “comunidades indígenas” não adentram à esfera do planejamento desacompanhadas, já que os representantes do antigo órgão tutor são igualmente convocados a participar.

Em segundo lugar, o Decreto n.1141/1994 não menciona os distritos específicos, como no Decreto n.23/1991. Em seu Art. 13, são assegurados “[...] os serviços de atenção primária à saúde no interior das terras indígenas”, desfazendo a caracterização desse serviço como específico frente aos demais serviços de saúde. Não constam especificidades.

Junto ao desaparecimento dos distritos, no Decreto n.1141/1994 consta que o acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde “será garantido aos índios e às comunidades indígenas”. Novamente não há detalhamentos de como seria o atendimento desses povos. Por fim, o Art. 14 do Decreto de 1994 não delimita o financiamento das ações específicas aos indígenas no orçamento do SUS, restando nebuloso qual seria o aporte e a constância dos recursos destinados a esse fim.

Comparando os movimentos legislativos dos dois decretos, é interessante perceber que no Decreto n.23/1991 houve a tentativa de regulamentar distritos específicos, “indigenizando” determinadas unidades operacionais de saúde em meio às ações universais do Ministério da Saúde. No segundo Decreto, dá-se por resolvida a “indigenização das ações” com a coordenação delas pelo órgão indigenista oficial, em uma comissão intersetorial com participação de indígenas. Não houve relação direta nem propostas de alterações substanciais nas instâncias do Sistema Único de Saúde.

O Decreto n.1141/1994 é, por fim, revogado pelo Decreto n.7.747, de 5 de junho de 2012, que institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas – PNGATI. Seu conteúdo sobre saúde indígena, porém, já havia sido revogado em agosto de 1999, pelo Decreto n.3.156, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com a nova cisão dos temas saúde e meio ambiente, novamente a execução dos serviços de saúde é designada para o Ministério da Saúde. A função do Ministério da Justiça (Funai) nessa temática passa a ser a de acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas junto às comunidades indígenas, como é até hoje. Se essas cisões desestabilizaram uma vez mais a centralidade do órgão tutor, legalmente desfeita desde 1988, não desconstruíram a práxis tutelar de se fazer política indigenista de Estado (LIMA, 2014). Ou seja, as instituições não foram ocupadas e transformadas pelas agências contracoloniais (TUKANO, 2018), ou indigeneizadas no sentido descolonial.

Enquanto esse jogo político-econômico da definição do órgão responsável pela saúde indígena acontecia⁸⁶, na prática os decretos presidenciais foram inócuos em fazer acontecer uma assistência mais organizada e sistêmica aos diferentes povos viventes no Brasil (GARNELO, 2004). Com isso, Garnelo caracteriza a década de 90 como um período de fragmentação das ações e falta de clareza sobre os responsáveis pelas diferentes demandas de saúde que surgiam “na ponta”⁸⁷. Ao mesmo tempo, o Projeto de Lei de criação do Subsistema, alinhado com as resoluções das duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Indígena, passou longo período em tramitação, até finalmente virar lei, um mês após o Decreto n.3.156/1999, sem alterações significativas em sua versão original.

A Lei n.9.836 (Lei Arouca) instaura o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), integrado ao SUS, também de responsabilidade do Ministério da Saúde, tornando-se o capítulo V da Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Se no Decreto n.3.156/1999 já se previam Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), é com a Lei n.9.836/1999 que eles passam a integrar um Subsistema específico para atender os povos indígenas – estruturação necessária para viabilizá-los.

O Subsistema localiza o que antes estava à deriva nas legislações sobre saúde dos povos indígenas, mas sua criação e inclusão na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.8080/1990) foi apenas o começo da construção de um sistema com diversas particularidades frente ao Sistema Único de Saúde. Apresento a seguir as composições do SasiSUS no conjunto da política de saúde pública brasileira, pensadas na chave da universalização.

1.3. A operacionalização da saúde indígena: pretensões universais e específicas em um mesmo Sistema Único de Saúde

A promulgação da lei de criação do Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS), em 1999, ocorreu no final da primeira década de consolidação do sistema universal e descentralizado de saúde brasileiro, criado em 1990. Como dito acima, o SUS representou uma vitória do movimento sanitário no embate travado para mudar os rumos sanitários do país (LIMA, N. *et al.*, 2005). Seu funcionamento se contrapõe “ao padrão de proteção construído pelos governos autoritários: hipercentralização, institucionalmente fragmentado e iníquo do ponto de vista dos serviços e benefícios distribuídos” (M. ALMEIDA, 1996, p. 17). Nesse sentido, a partir da

⁸⁶ Considerando que não apenas as atribuições eram transferidas de um órgão para outro, mas também o montante de recursos humanos e financeiros desses entes. Por exemplo, o Decreto n.3.156/1999 remanejou 73 cargos da Funai para a Funasa e a Medida Provisória n.1.911-8, de 29 de julho de 1999 transferiu bens e outros recursos no mesmo sentido.

⁸⁷ Expressão corrente para referir-se à realidade local, ao nível mais micro da execução de uma política pública.

Constituição Federal de 1988 ocorreu um movimento de descentralização político-administrativa dos serviços de Estado, da esfera federal para a estadual e municipal. Esse movimento abarcava intenções mais abrangentes, como aumentar a participação e controle dos beneficiários sobre os serviços realizados.

No caso da saúde, os municípios foram entendidos como as entidades político-administrativas com melhores condições para promover a participação da população na gestão dos serviços (JOVCHELOVITCH, 1993). Contudo, como expus anteriormente, a implantação do SUS ocorre em um período de avanço da agenda neoliberal que (i) provocou uma descentralização dos serviços sem o financiamento necessário para a estruturação desse processo e posteriormente (ii) incentivou o enxugamento do Estado e a terceirização das ações estatais ao setor privado (LEVCOVITZ *et al.*, 2001; NORONHA; SOARES, 2002).

Nesse contexto, o processo de municipalização mostrou-se bastante heterogêneo no território nacional, “dadas as diferentes possibilidades financeiras e administrativas e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos” (ARRETCHE, 1997, p. 130). Na maioria dos casos ocorre uma crônica descontinuidade político-administrativa, oriunda de falhas provenientes de limitações gerenciais do governo local, prejudicando ações e formações na área da saúde (MACHADO *et al.*, 2015). Assim, segundo Sonia Fleury (1995):

A operacionalização do SUS coloca em evidência alguns problemas, por exemplo, a questão do clientelismo e a grande permissividade de interesses políticos locais nas administrações municipais. O que se percebe é que no serviço público a continuidade ou não dos projetos é dada pelo interesse dos dirigentes e pelos interesses político-partidários. Também os cargos, como o de secretário municipal de saúde ou membros do Conselho Municipal de Saúde, muitas vezes são ocupados através de indicação do prefeito. (p. 77).

Diante das necessidades de ações específicas para que os serviços de saúde alcançassem os povos indígenas sem que se desfizesse o caráter “único” do Sistema, “vingou a proposta de criar um subsistema no SUS” (GARNELO, 2012, p. 24). Essa anexação manteve intacta a unicidade prevista na Lei n.8080/1990, mas evidenciou a complexidade da prática da universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde. As táticas que foram implantadas para alcançar a universalização do acesso aos serviços, como a descentralização político-administrativa e a municipalização, não se mostraram compatíveis com os entendimentos sobre como os povos indígenas devem ser atendidos. Com isso, a disjunção entre a universalização e a focalização das ações estatais relativas aos direitos à saúde estará presente ao longo da história do Subsistema e traz pistas sobre as dificuldades para a consolidação de práticas diferenciadas

de atenção à saúde. A dificuldade não está nas diferenças apresentadas pelos povos, mas na forma estatal de lidar com as diferenças.

A municipalização dos serviços de saúde vem sendo problematizada desde a I Conferência de Saúde Indígena (CNPSI), com base em uma leitura política e histórica da violência colonial de gestores locais/municipais e povos indígenas. Esses gestores são indicados aos cargos conforme as redes político-partidárias citadas acima por Fleury (1995). Há lugares dominados por grupos políticos que apoiam projetos econômicos que intensificam a desterritorialização dos povos indígenas brasileiros e o desrespeito a seus direitos (ROCHA, 2017) – e esses grupos encontram aquela permissividade exposta na citação acima.

Na memória da II CNPSI se ponderou que a opção pela municipalização no caso indígena devia considerar “os preceitos constitucionais” sobre a “responsabilidade indelegável da União” para com a assistência a esses povos: “Assim, a responsabilidade da saúde indígena deve ser do nível federal”⁸⁸. No relatório final da terceira Conferência, a primeira proposta aprovada foi taxativa: “A gestão da saúde indígena é e deve permanecer como responsabilidade do Governo Federal/Ministério da Saúde”. De fato, a Constituição estabelece ser competência da União legislar sobre populações indígenas. Mas, nos fazimentos estatais das políticas públicas na era neoliberal, ser “responsável” ou “legislar” não tem sido sinônimo de ser o executor – daí não havendo óbices à delegação das competências. A situação provoca algumas ambiguidades ou “paradoxos etnogenocidas” (LONGHINI, 2022). Enumero três.

Como exposto acima, com a descentralização preconizada pelo SUS, os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela execução, “cabendo aos órgãos federais”, argumenta Garnelo (2004), “a responsabilidade pela normatização, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos sistemas municipais de saúde” (p. 5). Nesse ínterim, somente a Funasa seguiu sendo um órgão federal executor de ações de saúde – e a SESA segue seu legado atualmente. Em uma análise do período de 1990 a 2004, Garnelo (2004) demonstra que, desde o Decreto n.23/1991, há essa contradição entre a descentralização de pessoal e estrutura física do Ministério para as secretarias municipais de saúde e a manutenção de um órgão federal encarregado de executar ações em comunidades indígenas. “Assim, o Ministério da Saúde recebeu uma incumbência para cuja realização não dispunha de condições operacionais mínimas” (p. 8), o que nos leva ao segundo aspecto ambíguo desse processo.

⁸⁸ Os trechos das memórias e relatórios finais das cinco primeiras Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio que cito nesta tese foram tirados de um compilado disponível no site do Ministério da Saúde, sem data nem paginação. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/historico>. Acesso em: 23 jun. 2023.

A Funasa, que em 1999 retomou integralmente a responsabilidade pela saúde indígena, vinha sendo desarticulada durante os cinco anos antecedentes, com bens e pessoal transferidos para os sistemas municipais de saúde (GARNELO, 2004, p. 10)⁸⁹. Apesar de ser mantida a gestão e execução da política voltada aos indígenas no nível federal, o órgão incumbido da tarefa, desestruturado, acabou viabilizando os serviços por meio de terceirizações feitas através de celebrações de convênios – conforme a agenda econômica neoliberal. Como resultado dessa estratégia, “no ano de 2004, a Funasa realizou um total de 52 convênios com entidades de direito privado (empresas de consultoria de RH; fundações privadas ligadas a universidades; associações ligadas a igrejas, a povos indígenas e a categorias profissionais)” (ARAÚJO, 2019, p. 57).

A combinação dessas duas ambiguidades que rondaram a instauração do Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS) dificultaram que (i) se efetivasse uma capilaridade com o SUS, mantendo o SASISUS “frouxamente articulado com o fluxo principal de decisões na política de saúde do país” (p. 12); (ii) acontecesse um monitoramento das atividades distritais pela FUNASA, que delegou, em um primeiro momento, toda a execução do recém-criado Subsistema às terceirizadas.

A forma como o poder público lidou com o conjunto dessas dificuldades possibilitou a perversidade de o dever estatal de garantir a saúde tornar-se responsabilidade das próprias organizações indígenas, ou – e essa é a terceira ambiguidade – dos mesmos municípios aos quais haviam sido direcionadas ressalvas durante as Conferências de Saúde Indígena. Nos primeiros convênios realizados para a efetivação do Subsistema,

A geopolítica da terceirização mostra uma concentração de convênios firmados com entidades indígenas na Amazônia, onde o movimento indígena estava mais bem aparelhado em termos administrativos, tendo alguma condição de lidar com a burocracia estatal. No nordeste do país foi firmado um grande número de convênios com as prefeituras. As entidades indigenistas não-governamentais surgem como curinga, assumindo os convênios onde os dois agentes políticos anteriormente citados não se faziam presentes. Assim, temos convênios firmados com organizações não-governamentais não indígenas distribuídos no eixo sul-sudeste e centro-oeste do país, e uma presença minoritária na Amazônia (GARNELO, 2004, p. 11).

Desde o início, essas conveniadas se tornaram responsáveis pela execução das ações primárias de saúde e do estabelecimento de diálogos com as comunidades indígenas, tanto durante as ações quanto nos colegiados criados para garantir a participação e o controle social⁹⁰

⁸⁹ Processo que, em 2023, vem caminhando para o desfecho de extinção do órgão, com a Medida Provisória n. 1156/2023.

⁹⁰ Controle social: “É um conceito chave na idealização do Sistema Único de Saúde no Brasil [...] o termo refere-se à atuação da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as

no SASISUS, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). A incorporação das organizações indígenas como conveniadas permitiu aos povos por elas representados algum nível de autonomia na execução das ações, possibilitando alguma "captação de bens, recursos e serviços capazes de contribuir para a redução da assimetria produzida pelo processo colonizatório" (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p. 315).

Contudo, houve desassistência, falta de orientação e ausência da Funasa junto a essas conveniadas. Diante das normativas burocráticas sobre a operacionalização de um serviço de saúde pública por uma entidade não governamental, as particularidades resultantes da autonomia na execução do SasiSUS foram expostas como desvios de conduta. Muitas organizações foram acusadas de corrupção e foram pautadas na imprensa, por um viés que estigmatizava essas entidades indígenas e não o órgão gestor (GARNELO, 2004; WEIS; ZANCHETTA, 2006).

Ao mesmo tempo, eram recorrentes as manifestações de insatisfação das organizações indígenas dos estados da região nordeste do Brasil, “(mal) atendidos pelos convênios com as prefeituras” (GARNELO, 2004, p. 16) – e vale pontuar que, como um Distrito Sanitário de Saúde Indígena abarca muitos municípios, cada prefeitura prestava assistência para seus municípios, causando fragmentação na gestão do Subsistema pelo DSEI.

Exemplificando com um caso relacionado à região em que realizo meu estudo de caso, em 2006, uma carta pública da Associação dos Povos Indígenas do Oiapoque (APIO, 2006) tratou sobre as dificuldades provocadas pela ausência do órgão que deveria responsabilizar-se pelo atendimento aos indígenas:

A assistência à saúde no Distrito se encontra paralisada na maioria das áreas, em razão dos atrasos persistentes nos repasses para a organização indígena conveniada com a Fundação Nacional de Saúde. Em resposta a isso, sempre é alegado que a organização não soube administrar o convênio, sendo, que, na realidade, como já foi anteriormente frisado, toda e total responsabilidade em garantir a saúde indígena cabe à FUNASA. Para tanto, não basta à mera criação formal do **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**, se não houver, em seguida, um esforço, de modo a garantir a sua implementação de forma eficaz (s/n, grifos no original).

As discontinuidades periódicas eram inerentes à prestação de serviços por convênios. Como descreveu Garnele (2004):

Os principais entraves que inviabilizam o uso dos convênios como forma de prover a assistência à saúde são de natureza jurídica, pois as disposições legais vigentes estabelecem que o repasse de recursos ocorra em parcelas, e que a cada duas parcelas

repassadas à conveniente, essa efetue a prestação de contas do recurso já disponibilizado. No intervalo entre o envio e a análise da prestação de contas pelo governo, há uma interrupção no repasse de novos recursos; como essa lacuna de tempo sem ordenação de despesas pode chegar a alguns meses, inviabiliza-se a possibilidade de prestar atenção contínua nas aldeias. Além disso, os convênios costumam ser firmados por um período de doze meses; a renovação anual implica em nova interrupção das atividades sanitárias até que se complete a tramitação da copiosa documentação exigida da conveniente, o que pode, igualmente, demandar vários meses até que o recurso financeiro seja disponibilizado para o custeio das atividades (p. 10).

Os contratos referentes aos convênios previam repasses parciais de recursos às conveniadas conforme a apresentação de relatórios de prestação de contas das parcelas recebidas. Com a existência de pendências nas prestações, os repasses eram interrompidos e as organizações indígenas que assumiam esses convênios começavam a atrasar os pagamentos aos profissionais e fornecedores, acumulando consequentemente processos judiciais relacionados. Com a demora no repasse dos recursos, a conveniada atrasava o pagamento aos fornecedores e funcionários, “o que coloca a imagem dos funcionários, dos índios e da própria associação conveniada como suspeita” (APIO, 2006), fazendo a APIO questionar “se o Subsistema administra os seus recursos de maneira a garantir os objetivos a que ele se propõe” (s/n). Na mesma carta, a associação se contrapôs aos argumentos da Funasa de “racionamento de recursos”, usados para negar encaminhamentos, transportes e outros procedimentos aos pacientes da região, pois seria responsabilidade do Estado “financiar o Subsistema”. E a organização concluiu, “assim sendo, o argumento de que se deve cortar gastos se mostra inócuo, vazio de sentido” (s/n).

Os conflitos com a Funasa se agudizaram quando o Ministério e a Fundação anunciaram mudanças no modelo de gestão da atenção à saúde indígena, conforme Portarias n. 69 e 70 de 20 de janeiro de 2004. Antes, a instituição repassava os recursos públicos às conveniadas, que deviam seguir a legislação vigente, restando-lhe fiscalizá-las. Com as Portarias de 2004, a Funasa passou a concentrar poder de gestão das linhas de ação do Subsistema, restando às terceirizadas atuarem de forma complementar. Na prática, isso restringiu o papel das conveniadas praticamente a contratantes dos recursos humanos e administradoras de burocracias relacionadas. Conforme define Vianna (2006):

Para que a Fundação pudesse assumir a maior parte da execução das ações em escala nacional, seria necessário que fortalecesse seu corpo de funcionários, o que esbarrava, ao menos no curto prazo, nas formalidades burocráticas impostas pelas regras da administração pública para contratação de pessoal. É possível que advenha daí o fato de ser a principal esfera de atuação prevista para seguir a cargo do setor não-governamental. No modelo proposto, coube às conveniadas especialmente a pior parte, a da burocracia da administração de pessoal (p. 132).

Essas mudanças administrativas foram seguidas por inúmeros protestos das organizações indígenas à atuação da FUNASA:

Por tudo isso, o ano de 2005 foi marcado por protestos. Dos Assurini do Trocará no Pará aos Guajajara no Maranhão; das etnias da região do Rio Negro, no Amazonas, aos povos do Parque Indígena do Xingu, no Mato Grosso; dos Yanomami em Roraima aos povos do Amapá e os Guarani do mato Grosso do Sul, todos denunciaram graves problemas na gestão da Funasa, com resultados diretos na saúde das aldeias. Além da gestão dos recursos, a falta de preparo e compromisso de algumas equipes de saúde tem causado sofrimento e morte às populações indígenas, como denunciado pelos Xavante (MT), Wajapi (AP), Guajajara (MA), Assurini (PA), Pataxó (BA), Munduruku (PA, AM e MT) e Yanomami (RR), dentre outros (WEIS E ZANCHETTA, 2006, p. 137)⁹¹.

Na carta da APIO, por exemplo, a organização indígena questionava as escolhas administrativas que antecederiam as obrigações da conveniada em si, e a pouca efetividade dos preceitos constitucionais e do SUS (Lei n.8080/1990). A APIO contestava as prioridades estatais e do órgão gestor do Subsistema que, apesar de contratar organizações indígenas, as inseriu apenas na execução de políticas de cujos rumos possuíam escasso poder de alteração. Ou seja, a autonomia aparente escondia, de fundo, uma não legitimação das decisões tomadas.

Em 2006, com o histórico acumulado de problemas de má gestão, autoritarismo, usos políticos e corrupções nas coordenações regionais e instâncias centrais da Funasa, os movimentos indígenas e suas organizações intensificaram suas propostas de modificações na organização do Subsistema. Uma das principais era, como dito anteriormente, a criação de uma secretaria específica, diretamente ligada ao Ministério da Saúde.

Portanto, a conquista da SESAI é fruto de uma mobilização dos povos indígenas do Brasil. Nasceu após meses de discussões e pactuações dialogadas entre gestores e lideranças indígenas no grupo de trabalho criado, à época, pelo próprio governo federal. Este extenso trabalho culminou em cinco grandes seminários regionais por todo o país, que promoveram escuta e debate com diversos povos e lideranças indígenas, com resultado coletivamente aprovado num amplo processo de consulta popular (APOINME, 2020).

Todavia, após a criação da SESAI em 2010, que efetivamente desvinculou a saúde indígena institucional da Funasa em 2012⁹², manteve-se o processo de terceirização por convênios, e a seleção das instituições tornou-se mais restritiva, incluindo a exigência de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) – o qual muitas das

⁹¹ As denúncias dos povos citados encontram-se mais bem descritas em um quadro intitulado “Cronologia do caos: principais acontecimentos relacionados ao atendimento da saúde indígena em 2005”, no mesmo texto.

⁹² Como nos informa o Decreto Presidencial n.7336/2010, Art.6º “O ministério da saúde e a Funasa deverão efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011”.

organizações até então conveniadas para a execução da saúde indígena não possuíam. Essas novas exigências, somadas à redução do papel das conveniadas mencionado acima, têm afastado as organizações indígenas desses convênios (ROCHA, 2017, p. 97). Ou seja, a movimentação política da Funasa se mostrou um processo de desindianização da saúde indígena, naqueles locais em que as organizações indígenas eram as principais gestoras dos DSEIs – por exemplo o Amapá, como detalho no capítulo 4. Se nesses locais as composições iniciais da saúde indígena institucionalizada traçavam rotas indígenas pelas margens estatais, com o passar dos anos sua marginalidade se dá pelas rotas estatais de fuga na concretização dos direitos indígenas.

Assim, durante os anos iniciais da SESAI, os 34 DSEIs foram conveniados com apenas três entidades privadas sem fins lucrativos: a Missão Evangélica Caiuá, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Nesse período, as incertezas com a continuidade dos convênios seguiram constantes, conforme vivenciei em campo (ASSUMPÇÃO, 2014, p. 53-59) e depois, trabalhando para uma conveniada da saúde indígena, de 2014 à 2016.

Em 2021, eram oito conveniadas responsáveis pelos recursos humanos dos DSEIs (Tabela 1), gerindo também recursos de educação em saúde e para realização das reuniões do controle social. A tendência de inexistência de convênio com organizações indígenas permanece.

Conforme Garnelo (2004) observa, não se trata de avaliar os méritos das entidades conveniadas, mas sim constatar o apagamento de “criativas estratégias de viabilização do subsistema de saúde indígena” (p. 25) pelas organizações indígenas que buscavam adequar as ações às necessidades de seus povos, e não o contrário – e o preço pago por elas foi o de frequentemente não corresponderem às prerrogativas da administração pública. Como seria possível prever, tais estratégias criativas foram afastadas da gestão do SasiSUS sem gerar uma contrapartida de melhoria de fluxos e atendimentos, pois a SESAI, assim como a Funasa, segue, de maneira geral, segregada do SUS – prontuários não integrados, dados indisponíveis, articulações escassas, pontuais e frouxas, indígenas sofrendo discriminações para serem atendidos na rede SUS (AZEVEDO; GURGEL; TAVARES, 2014).

	DSEI - Distritos Sanitários Indígena	Conveniadas
1	LITORAL SUL	Santa Casa de Andradina
2	ALTO RIO JURUÁ	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
3	PORTO VELHO	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
4	RIO TAPAJÓS	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
5	CASAI-DF	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
6	AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	Instituto Ouvidio Machado
7	GUAMÁ-TOCANTINS	Instituto Ouvidio Machado
8	TOCANTINS	Instituto Ouvidio Machado
9	ALTAMIRA	Santa Casa de Misericórdia de <i>Sabará</i>
10	INTERIOR SUL	Santa Casa de Misericórdia de <i>Sabará</i>
11	MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	Santa Casa de Misericórdia de <i>Sabará</i>
12	VILHENA	Santa Casa de Misericórdia de <i>Sabará</i>
13	ALTO RIO NEGRO	Fundação São Vicente de Paulo
14	CUIABÁ	Fundação São Vicente de Paulo
15	LESTE DE RORAIMA	Fundação São Vicente de Paulo
16	ALTO RIO PURUS	Missão Evangélica Caiuá
17	ALTO RIO SOLIMÕES	Missão Evangélica Caiuá
18	MANAUS	Missão Evangélica Caiuá
19	MATO GROSSO DO SUL	Missão Evangélica Caiuá
20	MÉDIO RIO PURUS	Missão Evangélica Caiuá
21	MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFL.	Missão Evangélica Caiuá
22	PARINTINS	Missão Evangélica Caiuá
23	VALE DO JAVARI	Missão Evangélica Caiuá
24	YANOMAMI	Missão Evangélica Caiuá
25	ARAGUAIA	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
26	KAIAPÓ DO MATO GROSSO	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
27	KAIAPÓ DO PARÁ	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
28	XAVANTE	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
29	XINGU	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
30	ALAGOAS E SERGIPE	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
31	BAHIA	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
32	CEARÁ	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
33	MARANHÃO	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
34	PERNAMBUCO	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
35	POTIGUARA	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Tabela 1. Conveniadas com a SESAI (Fonte: SESAI-FalaBR, 2023)

A desindianizando das conveniadas fixou cada vez mais regras e programas sanitários não indígenas no Subsistema. Na mesma toada, os/as gestores/as dos DSEIs buscaram restringir o papel do controle social a um espaço de escuta e aprovação de planos não construídos conjuntamente, o que Nayara Scalco, João Arriscado Nunes e Marília Louvison (2020) chamaram de “burocratização do controle social”, mais uma perpetuação da colonialidade do Estado:

É inegável a importância dos fóruns de participação do SUS e do Subsistema. Os dados trazidos aqui, contudo, permitem afirmar que ao longo do tempo a sua crescente burocratização limitou e condicionou a possibilidade de participação dos povos indígenas. São espaços que, atualmente, têm como objetivo principal cumprir as obrigações legais estabelecidas nas normativas do SUS. Desta forma, vão sendo encarados pela comunidade indígena como um espaço de legitimação das propostas

de governo, abrindo conflitos entre os indígenas que cobram resolutividade da atuação dos conselheiros (p. 11).

Com base na análise das atas do Fórum de Presidentes de Condisi (FPCONDISI)⁹³ e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do DSEI Litoral Sul, legislações do SUS e SASI referentes ao tema da participação social e entrevistas com indígenas e indigenistas, os autores percebem uma centralização das decisões nas instâncias federais, que esvaziam o poder das instâncias deliberativas estaduais e municipais, e uma hierarquização entre os participantes desses conselhos paritários. Como um Krenak, entrevistado pelos autores, disse:

Tem o usuário, o gestor. [...] para fins de organizar o sistema, criam essas categorias, [mas] elas mais afastam do que aproximam os coletivos que vão precisar se integrar depois para fazer alguma coisa junto, porque eles já começam com desigualdades instaladas (p. 9).

Em paralelo, conforme a legislação sobre o Subsistema, o poder estatal passou a garantir os recursos necessários para a realização das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), que reúnem representantes dos CONDISIS de todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), mas as propostas finais aprovadas pelos conselheiros têm sido cada vez menos utilizadas como orientadoras da política. Vejamos.

Nas três primeiras Conferências, discutiu-se como seria o atendimento à saúde dos povos indígenas, o desenho das políticas públicas a serem criadas ou adaptadas, suas diretrizes e conceitos de fundo (GARNELO, 2014; LANGDON, 2014)⁹⁴. As propostas dessas Conferências geraram subsídios e suas realizações influenciaram a publicação das leis e diretrizes de consolidação do Subsistema (LANGDON, 2016): o SASISUS, em 1999, e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que é normatizada pela portaria do Ministério da Saúde n. 254, de 31 de janeiro de 2002.

As IV, V e VI⁹⁵ Conferências seguiram como espaços de proposições de mudanças nos serviços, com base nas políticas públicas criadas e no que elas não incorporaram das demandas

⁹³ Espaço institucionalizado de reunião dos trinta e quatro presidentes de CONDISI.

⁹⁴ Alguns sanitaristas participam ativamente dessas conferências, sendo possível perceber convergências entre as perspectivas da Reforma Sanitária e da “nova política indigenista” (PONTES *et al.*, 2019, p. 154). José Antonio Nunes de Miranda, por exemplo, foi coordenador do Programa de Controle da Tuberculose em área indígena da Funai, em meados de 1970, prosseguindo os trabalhos que realizava com Noel Nutels, e participou das primeiras CNPSI, recebendo menção honrosa por seus feitos na II CNPSI. Outros, como a médica e antropóloga Maria Luiza Garneiro Pereira e o médico Douglas Antonio Rodrigues, participaram das conferências e seguem atuantes na saúde indígena. Douglas também recebeu menção honrosa, na IV CNPSI.

⁹⁵ Participei como servidora da Funai na VI CNPSI, intitulada “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas- PNASPI - Atenção Diferenciada, Vida e Saúde nas Comunidades Indígenas”, que aconteceu entre os dias 14 e 18 de novembro de 2022, em Brasília. Ainda não foi divulgado um relatório final contendo as propostas aprovadas e a nova versão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

levantadas nas primeiras conferências. A criação de uma secretaria especialmente voltada para a saúde indígena, ligada diretamente ao Ministério da Saúde, por exemplo, foi debatida na IV CNPSI/2006 e se tornou realidade em 2010⁹⁶.

Consultando os relatórios finais das Conferências, é possível observar que elas foram se institucionalizando junto com o SasiSUS. De uma reunião com alguns representantes das organizações indígenas que estavam em Brasília, em 1986, o evento passou a ser organizado e funcionar nos moldes de uma reunião de controle social ampliada, com etapas locais, distritais e nacional.

As demandas consolidadas no documento final dessas reuniões também foram se alterando ao longo do tempo. De um documento de três páginas com as principais diretrizes encaminhadas no final da primeira Conferência, a documentos de centenas de páginas como na quarta e na quinta Conferência. Em sua dissertação sobre bioética nas ações do Subsistema de Saúde Indígena, Castellani (2012) faz a seguinte observação sobre o relatório final da III CNPSI:

Nota-se ao analisar o relatório final da III CNPSI o predomínio das questões técnicas e administrativas em detrimento das temáticas políticas. Assim, as preocupações com a vigilância epidemiológica de doenças, a realização de convênios com ONG e, ainda, com o sistema de informação aparecem em destaque no relatório. Fruto daquele momento político, fim do governo Fernando Henrique/José Serra, a valorização das temáticas técnicas, transformadas em burocráticas, predominaram nesta conferência (p. 72).

Acrescento que as Conferências seguintes seguiram essa tendência descrita pelo autor. Os Relatórios Finais desses encontros passaram a ser diagramados e publicados como resultado da participação social, mas seu conteúdo, visto em conjunto, é confuso, com inúmeras resoluções aprovadas que se repetem ou se contradizem (ABRUNHOSA *et al.*, 2020). Compartilho essas impressões sem, contudo, aprofundar na análise das Conferências e propostas aprovadas, que demandaria um trabalho específico e distinto dos objetivos desta tese. Meu interesse com essa explanação é demonstrar as dificuldades de transpor os modos coloniais de governar e legislar (DAS; POOLE, 2004; CARNUT *et al.*, 2023).

Segundo Gayatri Spivak (2010) a dificuldade de estabelecer um diálogo estaria menos relacionada aos pluralismos e diferenças entre emissores e receptores e mais ao fato de que a

⁹⁶ Em sua dissertação sobre bioética nas ações do Subsistema de Saúde Indígena, Castellani (2012) traça panoramas históricos e políticos sobre os contextos nacionais e indígenas que deram vida às quatro primeiras CNPSI de forma mais aprofundada do que expus. Ele evidencia, por exemplo, que a votação sobre a saúde indígena migrar para o Ministério da Saúde ou permanecer na Funasa gerou conflitos e notas de repúdio contra uma possível manipulação da mesa organizadora. Entretanto, a crescente participação indígena nesses eventos, ressaltada pelo autor, não significa melhoria dos diálogos, conforme exponho mais adiante neste capítulo.

alteridade nunca fala. Quando fala dentro das estruturas coloniais de poder hegemônico, geralmente inexistente o receptor, o que anula sua voz. Como constata Luciana Benevides Ferreira (2012) em sua tese sobre o controle social no SasiSUS a partir de uma reflexão bioética, esse diálogo apenas retórico “se coloca de modo crítico diante da perspectiva da implementação do controle social indígena como uma das instâncias de diálogo intercultural” (p. 35) – e incluiu nessa chave as CNPSI.

Há nesses espaços o silenciamento apontado por Scalco *et al.* (2020), ocorrendo “relatos sem eco ou repercussão na gestão” que aparecem nas atas “quando cada participante expõe a sua realidade, mas não se desdobram em nenhuma discussão aprofundada” (p. 10). Os autores concluem que as atuais estruturas do controle social silenciam a participação indígena, que se reorganiza através de outras formas de se fazer ouvir, “como a organização do Acampamento Terra Livre e as invasões de sedes de DSEI e da SESAI” (p. 11). No entanto, considerando o que a liderança indígena Chico Apurinã constatou em seu texto “Saúde é terra demarcada” (2022), é possível fazer uma ponderação dialética quanto ao aprendizado sobre políticas não indígenas de participação representativa que o Controle Social da saúde indígena institucional proporciona às aldeias, as quais “têm a responsabilidade de discutir e decidir quem vai representá-las no conselho distrital e na participação da política de saúde” (p. 111).

Encerro o capítulo apresentando como o protagonismo de organizações como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) colocou os diálogos dos povos indígenas com o Estado em uma nova fase.

1.4. “Não é matando a SESAI” que se resolve o problema: o Acampamento Terra Livre e a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil

Em 2004, os/as indígenas em movimento dão início ao Acampamento Terra Livre (ATL), mobilização anual que todo abril reúne representantes de muitos povos indígenas em Brasília. A escolha da capital para sediar o evento é propícia para cobrar das instâncias federais dos poderes executivo, legislativo e judiciário a garantia dos direitos conquistados a partir de 1988. Contudo, a potência desse espaço de diálogo está justamente relacionada à sua não conformação com os espaços e métodos estatais de fazer política, como pretendo exemplificar a seguir, com foco nas discussões em torno do tema “saúde”.

Após os primeiros anos de luta por mais autonomia dos DSEIs e criação de uma secretaria vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, conquistada em 2010 e em plena execução a partir de 2012, em 2013 o ATL pautou as consequências dos projetos

desenvolvimentistas que vinham sendo realizados pelo governo federal⁹⁷. Concomitantemente, os povos indígenas denunciaram a omissão estatal na efetivação de políticas públicas, que estavam “influenciando dezenas de povos a aceitarem projetos de exploração de seus territórios como forma de obter compensações/mitigações para responder às demandas criadas pelo abandono do Estado”⁹⁸.

Nos anos seguintes, os encontros tiveram como foco lutar contra a paralisação das demarcações de Terras Indígenas, e as fragilidades vividas pelos indígenas nos conflitos do campo, e em 2016, com a iminência do Golpe de Estado, pressionaram pela homologação de algumas terras que estavam há anos dependendo apenas da assinatura da Presidenta Dilma para serem oficializadas. Mas ocorrido o Golpe, aumentaram as reivindicações pela manutenção das políticas públicas, devido às diversas tentativas de esvaziamento e dissolução das políticas específicas conquistadas.

Em 2019, primeiro ano do governo anti-indígena do Presidente Jair Bolsonaro, o Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta passou a afirmar que era preciso resolver o paralelismo do Subsistema com o SUS. Ele defendia o repasse de alguns serviços para os estados e municípios⁹⁹, ou mesmo acabar com o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS). Ainda que tenha sido dissuadido de colocar em prática a extinção do SasiSUS pela reação do movimento indígena, sua pasta publicou o Decreto n.9795/2019 com a aprovação da atualização da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.

No Decreto n.9795/2019 houve a retirada de expressões como “gestão democrática e participativa”, que vinha sendo replicada em todas as reedições regimentais do Ministério, e a inclusão da terminação “e sua integração ao SUS” em diversos incisos relacionados à SESAI e ao Subsistema. Essas alterações textuais foram consideradas pelo movimento indígena como uma tentativa de municipalização gradual do Subsistema que, junto com outras medidas, “se tornaram pesadelo e ameaça iminente contra a atenção básica à saúde dos povos e comunidades indígenas”¹⁰⁰. O documento final do ATL/2019 registrou a reivindicação da manutenção do SasiSUS e fortalecimento da participação indígena da seguinte forma:

⁹⁷ A principal ação estatal à época era o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que em 2011 entrou em sua segunda fase, com foco na execução de grandes obras, como a usina hidrelétrica de Belo Monte, no médio Xingu, afetando diretamente diversos povos indígenas.

⁹⁸ Disponível em: <https://mobilizacaonacionalindigena.wordpress.com/2013/08/29/declaracao-da-mobilizacao-indigena-nacional-em-defesa-dos-territorios-indigenas/>. Acesso em: 26 set. 2021.

⁹⁹ “No início do ano, o ministro Luiz Henrique Mandetta chegou a criticar esse subsistema ao considerá-lo “paralelo” ao SUS e disse avaliar o repasse de parte dos serviços de saúde indígena a estados e municípios”. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/30/politica/1559238132_162541.html. Acesso em: 26 set. 2021.

¹⁰⁰ Disponível em: <https://apiboficial.org/2019/11/19/governo-bolsonaro-quer-acabar-com-o-subsistema-de-saude-indigena/>. Acesso em: 26 set. 2021.

Manutenção do Subsistema de Saúde Indígena do SUS, que é de responsabilidade federal, com o fortalecimento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a garantia da participação e do controle social efetivo e autônomo dos nossos povos e as condições necessárias para realização da VI Conferência Nacional de Saúde Indígena. Reiteramos a nossa posição contrária a quaisquer tentativas de municipalizar ou estadualizar o atendimento à saúde dos nossos povos.

No ATL/2020, realizado em plataformas de fóruns virtuais devido a pandemia da COVID-19, os povos indígenas reunidos denunciaram:

O nosso extermínio parece ser uma questão de honra para o governo Bolsonaro, que se aproveitando da crise da Pandemia, acirrou o descaso para com os nossos povos. Assim, também pôs fim às políticas públicas diferenciadas conquistadas por nós nos últimos 30 anos na área da educação, alternativas econômicas, meio ambiente e principalmente da saúde. Após pretender municipalizar ou privatizar o subsistema de saúde indígena, com o fim da SESAI, com a disseminação do coronavírus nos nossos territórios ficou claro que o governo quer mesmo a nossa extinção: não nos protege de invasores, permitindo que estes contaminem as nossas comunidades, o que pode levar a extinção massiva, a começar pelos nossos anciões, fontes de tradição e sabedoria para os nossos povos, principalmente para as novas gerações.

A pauta de saúde foi tema central do evento, sendo dez das vinte e uma reivindicações que constam no documento final do Acampamento¹⁰¹. O documento possui poucas e precisas proposições que se complementam – diferente, por exemplo, dos documentos finais das últimas Conferências Nacionais de Saúde Indígena. As proposições foram tecidas pelos indígenas em espaço não institucionalizado de diálogo sobre o tema, o que reforça a crítica sobre as possibilidades de comunicação nas instâncias burocráticas de participação.

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), que atualmente agrega diversas organizações do movimento indígena e é a principal gestora do ATL, distingue os problemas do Subsistema dos que não são próprios dele, mas o afetam, semelhante ao espírito das denúncias feitas pela APIB em 2006. Por exemplo, neste documento da Mobilização Nacional Indígena pela Defesa do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em 2016:

Para nós, está claro, que não é matando a SESAI e o DSEIs que resolverá esse problema [da qualidade dos serviços nos territórios indígenas], por isso, lutaremos incansavelmente na defesa da manutenção e continuidade dos serviços de saúde em nossas áreas. Diante disso, solicitamos que o Ministério da Saúde atenda as seguintes reivindicações:

- Garantir a continuidade dos serviços de saúde, por meio da prorrogação dos convênios até dezembro de 2017;
- Garantir o fortalecimento da SESAI e DSEIs, **restabelecendo as suas competências administrativas limitadas por meio de medidas internas do Ministério da Saúde;**

¹⁰¹ Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/04/povos-indigenas-documento-final-atl-2020/>. Acesso em: 26 set. 2021.

- Garantir a nossa participação no processo de indicação dos gestores no âmbito dos DSEIS nas regiões, rever as indicações políticas para os cargos de coordenação de DSEIs que tem fragilizado a gestão dos distritos e dificultado a relação e o diálogo com os nossos povos;
- Garantir a homologação dos Planos Distritais de Saúde Indígena para que as diretrizes, metas e ações da saúde indígena sejam devidamente implementadas;
- **Constituição de grupo de trabalho com nossa participação**, para traçar uma proposta de um modelo de atenção à saúde indígena;
- Realizar seminários de consultas junto aos povos indígenas para discutir a saúde indígena, situação atual na área da prestação de serviços, apontar alternativas para a definição de uma política orçamentária, de recursos humanos condizentes com as distintas realidades da saúde indígena (grifei)¹⁰².

Os Acampamentos criam fóruns potentes¹⁰³ de discussão sobre saúde, porque combinam demandas direcionadas a determinados órgãos, como mencionado acima, com análises conjunturais sobre as causas dos problemas que os serviços estatais apresentam:

A situação de calamidade da saúde indígena fruto da precariedade do atendimento básico, do desrespeito às particularidades de cada povo indígena, da desvalorização da medicina tradicional, da falta de acesso a medicamentos e ao transporte para a realização de tratamentos, situação agravada pela utilização político-partidária da política e das instâncias responsáveis pela gestão da saúde indígena¹⁰⁴.

Além dessas misturas potentes dos temas que nas instâncias estatais são fragmentadas, o acampamento de 2021 se mostrou espaço de acolhimento e de fazimento de outras políticas. E que outras coisas podem ser políticas? Como exemplificação, cito a explicação de Davi Kopenawa e Bruce Albert (2015): “Para nós a política é outra coisa. São as palavras de Omama e dos xapiri que ele deixou. São as palavras que escutamos no tempo dos sonhos e que preferimos, pois são nossas mesmo. Os brancos não sonham tão longe quanto nós. Dormem muito, mas só sonham consigo mesmos” (p. 390).

Um exemplo do fazimento dessas políticas no acampamento pode ser encontrado na descrição de Geni Núñez Longhini (2022):

Em abril de 2021 participei junto aos demais parentes guarani da programação do Acampamento Terra Livre, que precisou ser online 37 dada a contingência de saúde pública. Junto a centenas de outros povos e organizações, nós, da Comissão Guarani Yvyrupa (CGY), também tivemos nosso espaço para trazer cantos, rezos e outras partilhas que envolveram lembrar de nossos parentes que haviam partido e nos fortalecermos espiritualmente em sua memória (p. 63).

¹⁰² Disponível em: <https://jornalistaslivres.org/articulacao-dos-povos-indigenas-do-brasil-divulga-documento/>. Acesso em: 26 set. 2021.

¹⁰³ Dialogo aqui com a noção de Ailton Krenak (2015, 2017) sobre a potência de movimentos como o ATL.

¹⁰⁴ Disponível em: <https://mobilizacaonacionalindigena.wordpress.com/2018/04/26/documento-final-do-acampamento-terra-livre-2018-o-nosso-clamor-contra-o-genocidio-dos-nossos-povos/>. Acesso em: 04 jul. 2023.

A violenta “desindianização” do Subsistema tem seu ponto culminante em 2020, com a pandemia da COVID-19. Diante de uma propagandeada priorização de vacinação dos povos indígenas pelo governo brasileiro, a APIB e parceiros fizeram repercutir o fato de que muitos/as indígenas não são atendidos/as pela SESAI e que não recebem qualquer atendimento diferenciado pelos equipamentos de saúde dos estados e municípios, o que viola diversos direitos nacionais e internacionais ratificados pelo Brasil (Supra p. 70). Há documentos estatais, como o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19, que comprovam a focalização dos atendimentos nos indígenas aldeados em terras homologadas (BRASIL, 2021a, p. 22).

A repercussão dessa parcialidade da Sesai no atendimento e produção de informações sobre os povos indígenas ganhou força com duas ações da APIB. Por um lado, foi elaborado um “panorama geral” que comparava, em tempo real, os números de mortes indígenas por COVID-19 divulgados pela SESAI e contabilizados pela APIB¹⁰⁵. Por outro lado, a APIB adotou estratégias jurídicas que mobilizaram o poder judiciário a impulsionar as ações do poder executivo.

Em junho de 2020, a APIB e partidos aliados¹⁰⁶ propuseram a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.709 (ADPF 709) para denunciar e exigir providências relacionadas “às falhas e omissões no combate à epidemia do novo coronavírus entre os povos indígenas brasileiros” (APIB *et al.*, 2020, p. 1). Como descreve o advogado e ativista Eloy Terena: “Na Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709) da Apib, estávamos defendendo o direito de não sermos exterminados, o direito de sobreviver. Era esse o grito, o pedido de socorro dos povos indígenas à mais alta corte do Brasil” (XACRIABÁ; TERENA, 2022, p. 333).

A SESAI – e de forma mais ampla a União – viu-se então compelida judicialmente a explicar ao Supremo Tribunal Federal porque considera grupo prioritário para a vacinação somente indígenas em terras homologadas (VIEIRA *et al.*, 2021), sobre barreiras de acesso ao SUS não apenas geográficas¹⁰⁷, sobre desnutrição yanomami relacionada ao garimpo ilegal etc. Conforme os argumentos da APIB na ADPF/709,

¹⁰⁵ Dados produzidos pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena da APIB e publicizados no *site* sobre a COVID-19: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/ Acesso em: 11 jun. 2021.

¹⁰⁶ São eles: PSB, PSOL, PCdoB, PT e PDT. Depois de aceita a ADPF, outras instituições entraram como *amicus curiae*, como Conselho Indigenista Missionário (CIMI), Instituto Socioambiental (ISA), Comissão Guarani Yvyrupa (CGY) e outros.

¹⁰⁷ Exemplificado neste trecho da ADPF/709: “Embora a constituição do subsistema em questão tenha representado inequívoco avanço na legislação, ele não tem sido capaz de enfrentar todos os desafios para a implementação da saúde indígena no país. A precariedade de atendimento e a carência de profissionais, os

A SESAI – como dito, órgão encarregado da saúde indígena no país – adotou o entendimento absolutamente discriminatório e inconstitucional de apenas prestar atendimento aos indígenas aldeados, que vivem em TIs homologadas. Isso exclui tanto os índios que habitam terras em processo de demarcação – e convém lembrar que o governo paralisou todos os processos demarcatórios, cumprindo sua hedionda e inconstitucional promessa de campanha de não demarcar mais “nem um centímetro de terras indígenas” –, como também os que vivem em contexto urbano, mas que não se despem da sua identidade étnica por conta disso. É preciso afastar essa orientação, para proteger todos os indígenas brasileiros, especialmente no contexto da pandemia do COVID-19 (APIB *et al.*, 2020, p. 11).

No próximo capítulo, discorro sobre algumas repercussões dessas estratégias da APIB na saúde indígena institucional. Por ora, encerro este capítulo ressaltando a potência transformadora dessas outras políticas indígenas, para além da ocupação igualmente importante dos espaços institucionais. Elas têm conseguido tensionar a modulação colonial da cidadania indígena e sua constante tentativa de reinstauração da tutela para uns e integração invisibilizante para outros. Ainda que nas margens estatais, ou exatamente por estar ali, essa modulação segue hegemonizando a gestão de um Estado ainda colonial de um país ainda inventado para atender uma “nação”, falante de uma língua, alinhada à agenda econômica e política neoliberal.

A modulação da cidadania indígena vem acompanhada de todas as outras classificações epistemológicas e metodológicas do Estado-Uno. A diferenciação no atendimento aos povos indígenas também está, assim, em disputa. A depender de quem determina o que é diferente, se os povos indígenas ou os agentes estatais, a diferenciação pode ser fruto de um processo de soberania ou de racismo (COULTHARD, 2007).

No próximo capítulo, apresento com mais detalhes o Subsistema, seus princípios e os desafios de colocá-los em prática e de alinhá-los à uma política nacional, como ocorreu na implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Se, como veremos, a adaptação das ações universais para o atendimento aos direitos específicos indígenas for tarefa somente de órgãos categoricamente relacionados ao tema, como a SESAI, mantém-se uma cidadania indígena incompleta. Essa situação traz questionamentos não apenas à forma como o SasiSUS está organizado, mas também às possibilidades estatais de tratar diferentemente os que são diversos, a fim de garantir seu direito à “saúde” e “qualidade de vida” – para usar conceitos presentes na Constituição Federal.

preconceitos contra a medicina tradicional e a persistência de índices muito piores que os da população não indígena mostram que há muitas barreiras a superar” (APIB *et al.*, 2020, p. 27).

CAPÍTULO 2. PMMB e SasiSUS: quando os DSEIs foram priorizados no provimento de médicos

Neste capítulo, apresento como a saúde indígena institucional é realizada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e como se deu a incorporação dos/as médicos/as bolsistas, vinculados/as ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) nos serviços do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS). Nesse ínterim, traço um panorama crítico quanto aos dados quantitativos e qualitativos sobre o funcionamento do SasiSUS, apontando a precarização e indiferenciação do atendimento aos/às indígenas resultantes da práxis do Estado-nação brasileiro.

Diante da potência dos movimentos indígenas, que conquistaram direitos, políticas e uma secretaria específica, como abordado no capítulo 1, a práxis das políticas instauradas e em execução é, em geral, de não aproveitamento das possibilidades. A potência de movimento que, como define Ailton Krenak (WEKA, 2016), transforma a “muralha de negatividade” do mundo “em trilhões de janelas de alianças, de troca, de possibilidades” (p. 68), é algo distinto das possibilidades de agência descritas em documentos legislativos, normativos ou instituidores, relacionados às políticas públicas¹⁰⁸. Essas possibilidades-orientativas, ao contrário de abrir janelas, são (i) enquadradas e fragmentadas em molduras burocráticas para se comunicarem com outras legislações; (ii) hierarquizadas diante de “possibilidades-orientativas” tidas como mais amplas, como o próprio SUS e a Constituição Federal; (iii) não aproveitadas caso os agentes priorizem outras legislações, como códigos de ética de categorias profissionais específicas, normativos sanitários externos ao SasiSUS etc.

Abordo a seguir a impotência do Estado na relação com os povos indígenas sem, com isso, constituir uma cronologia evolutiva linear das agências potentes para as possibilidades-orientativas de ação, buscando evidenciar a dialética dessa interação. A ação estatal será analisada através de duas políticas públicas centrais para esta tese: o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) e o Programa Mais Médicos (PMM). No SasiSUS, discuto porque a possibilidade de realização de uma atenção à saúde dos/as indígenas de forma diferenciada, legislada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), não se concretiza. Por outro lado, no caso do PMM, percebo que a possibilidade de provimento médico às áreas indígenas foi totalmente aproveitada, orientada, contudo, por um Programa planejado

¹⁰⁸ Assunto também abordado em recente editorial do periódico *Cadernos de Saúde Pública*, escrito por Ricardo Ventura Santos, Tsuptó Bupréwen Wairi e James R. Welch (2023).

de forma indiferenciada para todos/as os/as brasileiros/as que enfrentassem a mesma situação identificada como “escassez de médicos”.

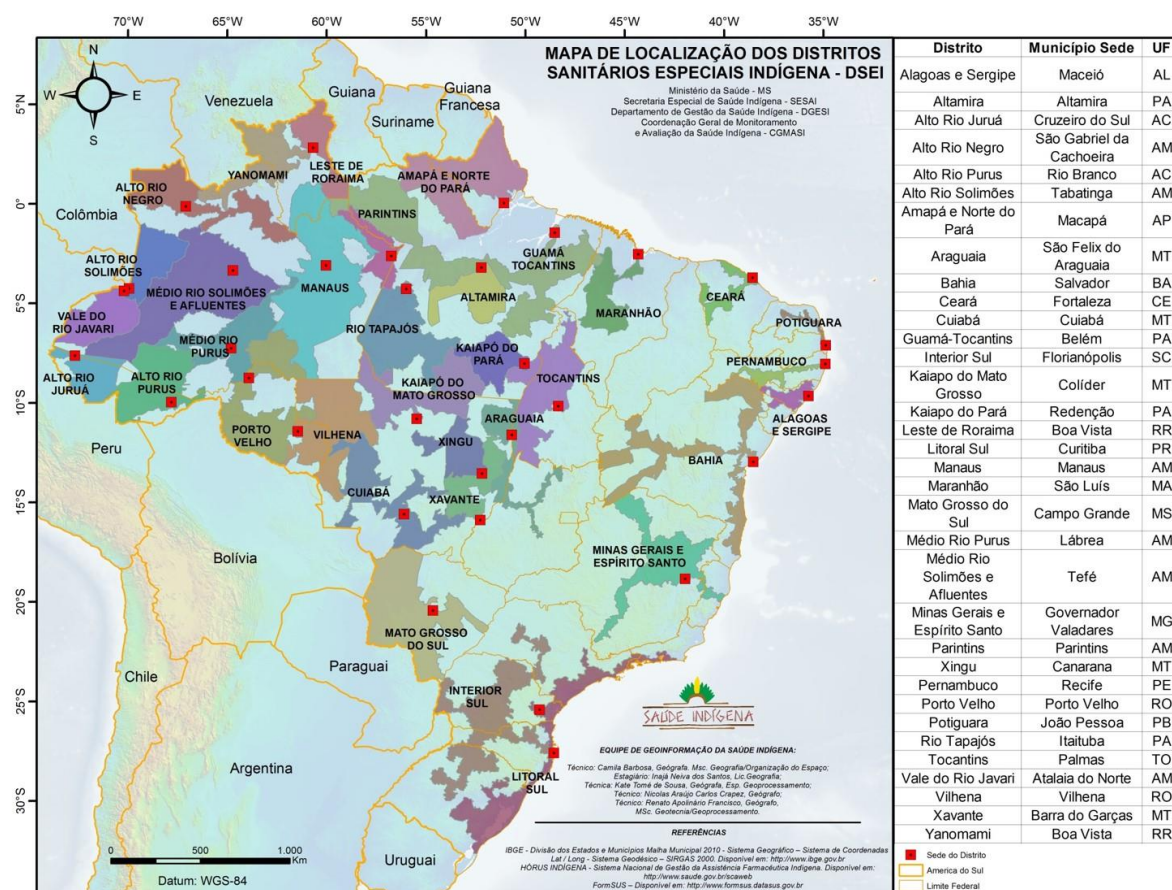
2.1. Um subsistema que possibilita atenção diferenciada

O Subsistema de Saúde Indígena do SUS (SasiSUS), gerido atualmente pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), está regionalizado em trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Figura 1)¹⁰⁹, unidades gestoras descentralizadas, sendo as populações atendidas por cada DSEI e sua região de intervenção definidas por critérios socioculturais, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços (GARNELO; SAMPAIO, 2005)¹¹⁰. Poucos desses distritos atendem comunidades/aldeias de uma única etnia, a maioria possuindo territórios pluriétnicos, como DSEI Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), foco do estudo de caso desta tese.

O DSEI tem como função realizar atividades técnicas, administrativo-gerenciais, necessárias à prestação da assistência biomédica, mediante as instâncias locais, distritais e federal do controle social no âmbito do SasiSUS. Conforme disposto na Portaria n.3.021/2020, os Conselhos Locais de Saúde Indígena são constituídos apenas por indígenas, “sendo 1(um) representante por aldeia ou região, na área de abrangência do Polo-Base”; os Conselhos Distritais de Saúde indígena (CONDISI) são compostos por “I – 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários; e II – 50% (cinquenta por cento) de representantes de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos”; e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI) é o espaço de reunião dos trinta e quatro presidentes de CONDISI.

¹⁰⁹ Há inúmeras reivindicações para a criação de novos DSEIs, muitas vezes já aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, seja para reacomodar as relações, como a criação de um DSEI Hupda, separando-os dos serviços de atendimento aos Tukano, seja por desassistências provocadas pela distância territorial, como o DSEI Litoral Sul, que atende os populosos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, mas sua sede encontra-se no Paraná.

¹¹⁰ Para um aprofundamento sobre as matrizes históricas e ideológicas do Subsistema de Saúde Indígena, ver a edição organizada por Teixeira e Garnelo (2014). E para uma compreensão de seu funcionamento, ver Garnelo (2012).



Mapa 1. Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Fonte: Saude.gov.br).

A estrutura de assistência dos DSEIs conta com unidades básicas de saúde indígena (UBSI) em algumas aldeias; com os polos bases, localizados dentro ou próximo às áreas indígenas, sendo referência administrativa para um determinado número de aldeias e/ou etnias; as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), que hospedam, prestam serviços de enfermagem e acompanhamento dos pacientes indígenas em hospitais durante algum procedimento que realizam nos centros urbanos (Figura 1); e a sede administrativa do Distrito, localizada em algum centro urbano do seu território de abrangência.

As CASAIs funcionam 24 horas por dia e possuem equipe específica, geralmente composta por: técnico/a de enfermagem, enfermeiro/a, nutricionista e assistente social. Na CASAI de Macapá/AP, há também uma fisioterapeuta e alguns plantões médicos. Atualmente, as CASAIs de São Paulo e Brasília são entendidas como “nacionais”, por receberem indígenas referenciados por todos os DSEIs para tratamentos biomédicos muitas vezes disponíveis apenas nos grandes centros urbanos.

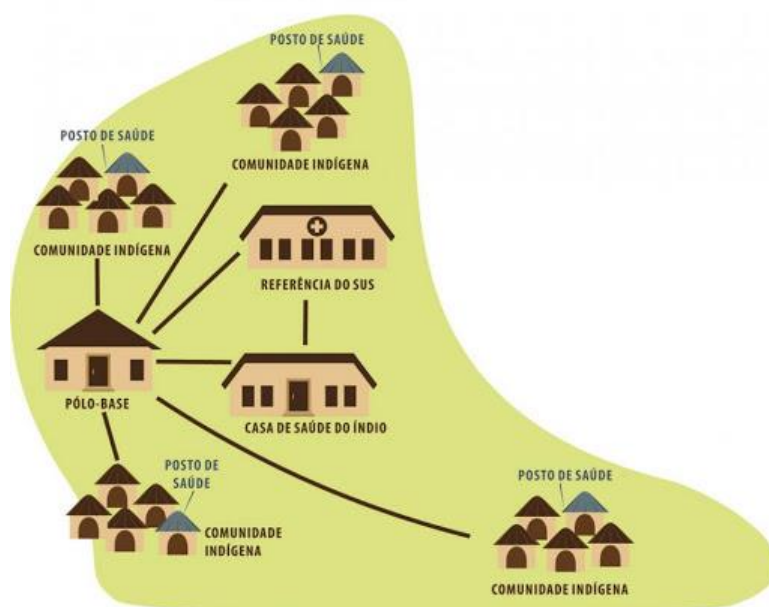


Figura 1. Rede de atenção integral à saúde do Subsistema de Saúde Indígena (Fonte: ANTUNES, 2019).

Os serviços de atenção primária nas UBSI são executados por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), geralmente com vagas para Agente Indígena de Saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e dentista, tendo possibilidade também de incluir outros profissionais, como Agente Indígena de Saneamento, Agente de Saúde Bucal e outros¹¹¹. Essas equipes podem trabalhar em regime de 40 horas semanais ou através de escalas, geralmente de 15, 20, 30 dias de trabalho “em área”¹¹² seguidos de folga proporcional, principalmente em locais considerados de difícil acesso para quem não vive na região e precisa realizar grandes deslocamentos até as comunidades. Como a quantidade e o tamanho das aldeias referenciadas por cada polo varia, varia também o número de EMSI por polo e o total de equipes de cada DSEI. É comum alguns/as técnicos/as de enfermagem cumprirem escalas em UBSIs de determinadas aldeias. Nesses casos, eles/as contam com o/a AIS e/ou AISAN que ali vive/m para cumprir as rotinas de atenção primária; o/a enfermeiro/a e/ou médico/a que atuam na área de abrangência do polo base ao qual a aldeia é referenciada realizam visitas itinerantes para procedimentos específicos (vacinação, pré-natal etc.) e os/as pacientes são deslocados para o polo base ou para serviço de referência da rede SUS, se preciso.

¹¹¹ Uma profissional que hoje atua no DSEI Amapá Norte do Pará também me informou que há EMSI com nutricionistas no DSEI Leste Roraima.

¹¹² Semelhante à “na ponta” (nota de rodapé 87, p. 58), “na área” significa o período em que permanecem em Terras Indígenas.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	DSEI	QUANTITATIVO TOTAL DE PROFISSIONAIS									
		* 2011	** 2012	*** 2013	**** 2014	***** 2015	***** 2016	***** 2017	***** 2018	***** 2019	***** 2020
	CATEGORIA PROFISSIONAL										
AUXILIAR	AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO	1984	1937	2095	2048	1871	2037	2098	2154	2256	2239
AUXILIAR	AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	4114	4155	4317	4311	4144	4286	4351	4433	4591	4513
MÉDIO	AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	153	201	208	206	175	224	240	267	270	271
MÉDIO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	0	0	0	0	61	87	59	56	54	36
MÉDIO	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	334	375	401	405	385	363	383	368	390	381
MÉDIO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	3053	2996	3255	3179	3068	3221	3217	3339	3449	3539
MÉDIO	TÉCNICO DE LABORATÓRIO/ MICROSCOPISTA	126	90	113	113	82	83	87	103	91	88
MÉDIO	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	28	31	31	31	33	0	55	68	64	65
MÉDIO	TÉCNICO PRÓTESE DENTÁRIA	0	1	2	2	1	1	1	1	0	0
MÉDIO	TÉCNICO SANEAMENTO / TÉCNICO DE EDIFICAÇÕES / TÉCNICO EM QUÍMICA / TÉCNICO ELETROTÉCNICO/ TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	162	163	165	168	152	158	170	173	171	167
SUPERIOR	ANTROPÓLOGO	0	0	1	1	1	1	5	10	10	5
SUPERIOR	ARQUITETO E URBANISTA	29	34	36	36	35	34	17	14	10	2
SUPERIOR	ASSISTENTE SOCIAL	111	107	120	117	127	134	131	133	132	132
SUPERIOR	BIOLOGO	2	3	5	5	6	6	9	8	9	5
SUPERIOR	CIRURGIÃO DENTISTA	408	421	436	434	453	462	457	488	487	483
SUPERIOR	EDUCADOR EM SAÚDE	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0
SUPERIOR	ENFERMEIRO	1051	1383	1405	1389	1351	1379	1471	1459	1530	1654
SUPERIOR	ENGENHEIRO CIVIL / ENGENHEIRO SANITARISTA	59	76	81	82	85	87	72	65	62	66
SUPERIOR	FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO	102	111	132	127	134	139	140	144	155	145
SUPERIOR	FISIOTERAPEUTA / TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	2	4	5	6	7	7	10	10	8
SUPERIOR	GEÓLOGO	24	27	28	26	26	26	17	14	15	9
SUPERIOR	MÉDICO	314	314	277	263	171	182	173	155	141	151
SUPERIOR	NUTRICIONISTA	85	100	109	104	118	122	129	143	140	136
SUPERIOR	PEDAGOGO	0	0	3	3	1	2	4	5	4	3
SUPERIOR	PSICÓLOGO	43	51	67	68	78	76	75	94	91	92
SUPERIOR	QUÍMICO	0	0	3	3	6	6	5	6	7	3
TOTAL		12185	12578	13294	13126	12571	13125	13374	13711	14139	14193

Tabela 2. Profissionais contratados pelas conveniadas de 2011 a 2020 (Fonte: SESAI-FalaBR, 2021).

Conforme a Tabela 2, obtida a partir de solicitação realizada em março de 2021 à Ouvidoria da SESAI, com base na Lei de Acesso à Informação¹¹³, os/as profissionais de saúde mais presentes nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) são: Agentes Indígenas de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Agentes Indígenas de Saneamento e Enfermeiros – em ordem conforme as 4 categorias com maior quantidade de profissionais contratados. Entre os pedidos de informações que fiz à SESAI, solicitei saber o número de EMSI existentes; a quantidade de EMSIs por DSEI; se as quantidades e categorias profissionais que compõem cada equipe são padronizadas ou se existem composições diferentes; e se sim, quais seriam essas diferenças, discriminadas por DSEIs. Não obtive, contudo, esses dados por essa via. A SESAI me encaminhou o trecho da PNASPI sobre a composição das equipes (Op. cit.), afirmou existirem diferenças “em composição de profissional tanto de número quanto de categoria, conforme aspectos locais”, sem citar quais seriam, e que “a SESAI não mantém registro por número de EMSI, mas sim por número total de profissionais”.

¹¹³ A utilização dessa plataforma foi recomendada por meus/minhas interlocutores/as gestores/as como forma de precisar dados que eles/as mencionavam de memória. Soma-se a essas recomendações a indisponibilização dos dados solicitados nas plataformas online dos entes estatais. Assim, a plataforma “Fala-BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação” possui atualmente fluxo com prazos que obrigam as ouvidorias dos órgãos a responderem em até 30 dias, prorrogáveis por mais 30 dias, mediante justificativa, conforme Art.16 da Lei 13.460/2017.

Disponível

em:

<https://falabr.cgu.gov.br/Login/Identificacao.aspx?idFormulario=1&tipo=5&ReturnUrl=%2fpublico%2fManifestacao%2fRegistrarManifestacao.aspx%3fidFormulario%3d1%2ftipo%3d5%26origem%3didp%26modo%3d>

Se não há uma mensuração da sede da SESAI sobre EMSI por DSEI, a possibilidade de planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas no Subsistema fica prejudicada, visto não ser possível saber a média de pessoas atendidas por equipe, por exemplo. Isso inviabilizaria qualquer comparação mais interdistrital dos parâmetros dos serviços de saúde indígena atualmente executados¹¹⁴. Mas o dado existe e foi apresentado pela SESAI no Plano de enfrentamento e monitoramento da COVID-19 para povos indígenas brasileiros no transcorrer do processo judicial gerado através da ADPF n.709¹¹⁵:

DSEI	População	Polos bases	Quantidade de EMSI
Alagoas e Sergipe	12.483	13	13
Altamira	4.463	1	7
Alto Rio Juruá	19483	7	17
Alto Rio Negro	28766	25	25
Alto Rio Purus	12698	6	14
Alto Rio Solimões	73077	12	26
Amapá e norte do Pará	13048	6	12
Araguaia	5855	4	7
Bahia	33054	9	34
Ceará	29954	9	24
Cuiabá	7759	11	17
Guamá-Tocantins	17479	8	32
Interior Sul	50678	9	47
Kaiapó do Mato Grosso	4989	3	8
Kaiapó do Pará	6203	4	10
Leste de Roraima	53114	34	55
Litoral Sul	25332	14	40
Manaus	32016	17	19
Maranhão	39319	6	35
Mato Grosso do Sul	78692	15	14
Médio Rio Purus	7803	10	27
Médio Rio Solimões e Afluentes	22702	15	33
Minas Gerais e Espírito Santo	17033	18	27
Parintins	16760	12	26
Pernambuco	39290	12	24
Porto Velho	10868	5	19

¹¹⁴ A nota técnica do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) de 17 de maio de 2021 vai ao encontro das minhas impressões.

¹¹⁵ Explicado no capítulo 1, subitem “1.4”.

Potiguara	15902	4	8
Rio Tapajós	14185	11	27
Tocantins	12618	5	12
Vale do Javari	6308	7	17
Vilhena	5898	4	9
Xavante	22188	6	39
Xingu	8072	4	16
Yanomami	28037	37	73
TOTAL	776.126	363	813

Tabela 3. Número de EMSI por DSEI, população e polo base (Fonte: BRASIL, 2021b, adaptado).

No Plano também consta a informação de que “o SASISUS possui, em média, uma EMSI para cada 929 indígenas” (BRASIL, 2021b, p. 213). Esses são os números brutos de equipes, não sendo possível saber a composição delas nem quais vagas estão preenchidas em cada uma. Também não é possível saber se este dado está correto. Em uma segunda solicitação de informações à Ouvidoria da SESAI, em março de 2023, a informação recebida é de que as EMSI totalizariam 1.066 equipes, faltando a informação de 5 DSEIs.

Para tornar o problema mais visível, a equipe preconizada para a Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde é composta por: 1 médico e 1 enfermeiro em cada equipe, 2 auxiliares de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários (BATISTA; ALMEIDA; TRINDADE, 2018). Se considerarmos, hipoteticamente, que cada enfermeiro que atua na saúde indígena (Tabela 2) corresponde a uma equipe, e que, em 2012, um ano antes da implantação do Programa Mais Médicos, havia 1051 enfermeiros e 314 médicos contratados pelas conveniadas, seriam 737 equipes de um total de 1051 equipes funcionando sem o profissional médico. O cenário era pior, visto que esse provavelmente era o número de vagas para médicos, e não o total de vagas preenchidas, como detalho no final do capítulo. Ressalto que o caráter hipotético desse cálculo da quantidade de EMSIs se dá pela inexistência de um desenho de equipe na saúde indígena, que ficará mais evidente quando abordar as consequências disso no momento de implementação do Programa Mais Médicos. É possível concluir, todavia, que o/a profissional médico/a não estava presente na maior parte das Terras Indígenas antes do PMM.

Instaurado o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), sua implementação foi descrita através da Portaria n. 254 do Ministério da Saúde que aprovou, em 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) – ainda vigente. A PNASPI é composta por 6 itens, sendo eles “Introdução”, “Antecedentes”, “PNASPI”, “Diretrizes”,

“Responsabilidades institucionais” e “Financiamento”. O item 3, intitulado “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, resume-se a um parágrafo, contendo a definição e o foco da política:

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002, p. 13).

O que seria contemplar a diversidade social e cultural? Na “Introdução”, há o direcionamento para “que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos” (BRASIL, 2002, p. 6). No texto oficial, a noção de diferenciado estaria relacionada a uma atenção respeitosa aos conhecimentos e práticas indígenas e com a busca de uma “articulação” com a chamada “medicina tradicional”, capaz de melhorar a saúde desses povos (FERREIRA, 2015; LANGDON; GARNELO, 2017). O que a PNASPI enuncia é que o cotidiano do serviço pressupõe ajustes devido às chamadas “especificidades culturais” para além das particularidades operacionais para se levar os serviços oficiais de saúde aos indígenas. Discuto a seguir como as “especificidades culturais” e a noção de “atenção diferenciada”, dentro de uma leitura culturalista da diversidade, têm reforçado discriminações negativas¹¹⁶ com relação aos povos indígenas.

Cristina Dias da Silva (2020), antropóloga que realizou pesquisa junto à Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam no Alto Tapajós, DSEI Rio Tapajós (PA), percebe duas diferentes interpretações dessas especificidades da promoção de saúde junto à povos indígenas. Em uma, que ela enuncia ser mais comumente a interpretação das e dos antropólogos, esses ajustes seriam feitos com base na consideração dos saberes de cuidado e cura que os povos indígenas possuem e praticam, entendimento que antecede a preconizada articulação dos serviços oficiais de saúde com essas outras agências – e utilizo aqui a noção de agência como algo presente em tudo aquilo que faz os outros fazerem coisas, como proposto

¹¹⁶ Me refiro aqui às “discriminações positivas e negativas” conforme a descrição do advogado e filósofo Silvio Almeida (2020). Segundo o autor, em sociedades em que o racismo é estrutural, as discriminações tendem a ser negativas, no sentido de causar prejuízos e desvantagens aos racializados (p. 23), como Milanez *et al.* (2019) afirmam ser o que ocorre com os povos indígenas no Brasil. Contudo, é possível também relações pautadas em uma discriminação positiva que, ao invés de produzir prejuízos e desvantagens, estão associadas às políticas e ações afirmativas que buscam corrigir prejuízos históricos ou compensar a desigualdade (ALMEIDA, 2020, p. 24). Sobre ações afirmativas, ver Jaccoud e Beghin (2002) e Theodoro (2008).

pelo filósofo francês Bruno Latour (2005). Para a efetiva consideração de saberes indígenas relacionados ao cuidado e cura, é preciso considerar as concepções de pessoa e corpo que os subjazem¹¹⁷. Acrescento que esta também é a interpretação presente nos documentos produzidos junto a representantes indígenas (como as resoluções finais das CNSPIs) ou pelas organizações indígenas (notas públicas, documentos finais dos Acampamentos Terra Livre etc.).

Na outra chave de interpretação apontada pela autora, a menção de respeito à “diversidade cultural” em si não gera, necessariamente, intermedicalidade¹¹⁸, troca de saberes e compreensão da variedade de definições possíveis para saúde, doença e processos relacionados (prevenção, tratamento, cura etc.). Dias da Silva (2020) observa que os constantes imprevistos e “corre-corre” na gestão da precariedade faz com que os trabalhadores percebam a “diferença” de trabalhar na saúde indígena mais pelo que se exige dos profissionais do que pela diversidade cultural. Segundo a autora “No entendimento desses profissionais, era preciso ser diferenciado para trabalhar com saúde indígena, pois como muitas das minhas interlocutoras costumavam repetir, era preciso ‘se virar nos trinta’ ou ‘saber lidar com eles’” (p. 12). Apesar de próximas, é a segunda expressão que torna explícita a diferença do profissional em relação aos sujeitos atendidos, e não raro transforma-se em “é difícil lidar com eles”, “os indígenas não são fáceis”¹¹⁹.

Nesse caso, observo que a alteridade pode ser tratada como obstáculo na busca por criar, conforme a PNASPI, “uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e **aceitabilidade** do Sistema Único de Saúde para essa população” (BRASIL, 2002, p. 6, grifei). Superar deficiências na “aceitabilidade” não seria sinônimo de construir um SUS diferenciado para essa população. Como Castellani (2012) lembra ter escutado um conselheiro indígena dizer, “o SUS que deveria se adaptar para ser plenamente acessível aos povos indígenas, e não estes ao SUS” (p. 78). Portanto, “Saber lidar com eles” guarda relação com gerar “aceitabilidade do SUS”, ambos objetivos que se dão no campo da execução – fazer acontecer, estender a cobertura dos atendimentos –, e não no campo

¹¹⁷ Desde Mauss (1973) sabemos que a noção de pessoa é uma categoria fundada na experiência social, ou seja, uma construção coletiva que oferece um significado ao vivido. Sendo social, a ideia de uma pessoa como fenômeno natural/biológico está inserida no imaginário ocidental contemporâneo, sustentado pela ciência e biomedicina (LE BRETON, 2011), tanto quanto a construção da pessoa ameríndia está apoiada em uma fabricação/composição dos corpos, sendo sua constituição como pessoa um processo em constante construção relacional (SEEGER; DA MATTA; CASTRO, 1979; STRATHERN, 2014).

¹¹⁸ Entendido aqui como o encontro de diferentes tradições médicas que, como aborda Follér (2004) sobre o contexto amazônico, devem incluir a perspectiva de “poder-e-conhecimento” (p. 144) em suas discussões, para que seja possível entender as escolhas das pessoas e medicinas em interação.

¹¹⁹ Falas de alguns profissionais de saúde durante as entrevistas e os encontros do Projeto Piloto que desenvolvi junto ao Núcleo2/DSEI-AMP, mais bem descrito no Capítulo 4.

da concepção das ações, onde haveria espaço para o questionamento se é mesmo esse fazimento que precisa acontecer, como discutido no capítulo anterior, e expresso por Barreto (2021b):

A gente [povo Yepamahsã] também problematizou e está normatizando a relação desses programas de saúde que atendem de forma diferenciada as comunidades indígenas. Em 20, 25 anos que estamos lidando com esses programas, nós, pelo menos as pessoas da minha região, da minha comunidade, se tornaram dependentes químicos, literalmente. Esquecemos os nossos especialistas, esquecemos o uso de plantas medicinais, e agora a gente está dependendo de dipirona, aspirina, paracetamol, de médico, de enfermeira, de pedagogo, de antropólogo, de sociólogo, de fisioterapeuta, e todo dia estamos reclamando que não temos dinheiro (p. 8).

Na execução da política, é possível perceber quais diretrizes foram respeitadas e seguidas e quais foram adiadas ou ignoradas. Isso porque, como salientam Scalco, Nunes e Louvison (2020), ao tratar sobre o controle social do Subsistema, “a produção de políticas públicas não termina na publicação da norma” (p. 3), ou, por um viés crítico, pode ser justamente a normatização da política pública que produza a redução de reivindicações caras aos povos indígenas, buscando confinar suas aspirações dentro dos limites normativos e de recurso do Estado (CARNUT *et al.*, 2023, p. 5). Apresento a seguir alguns dados sobre os pouco mais de 20 anos de existência do Subsistema de Saúde Indígena, para tecer alguns entendimentos sobre a efetividade das diretrizes da PNASPI.

A preconizada rede de Atenção Primária à Saúde (APS) materializou-se em diversas aldeias e adjacências, com UBSI, polos bases, Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) e sedes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), aumentando os recursos orçamentários e humanos para a operacionalização dessas estruturas, seja no nível de gestão, seja na execução dos serviços aos usuários. Em 2021, no endereço eletrônico da SESAI constava o seguinte quadro:

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI): 34
Indígenas: 760.350
Etnias: 311
Aldeias: 6.238
Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI): 67
Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI): 1.199
Recursos Humanos: 14,2 mil profissionais¹²⁰

Quadro 1. Dados quantitativos do Subsistema de Saúde Indígena (Fonte: <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai> – visto em 16/01/2021).

A título de comparação, em 2008, eram 717 Postos de Saúde (o que hoje é denominado UBSI¹²¹) e 57 CASAI, espalhados pelos mesmos trinta e quatro DSEIs (GARNELO, 2012, p. 29). Quanto à força de trabalho, em 2006 eram 12,5 profissionais (FUNASA, 2006). Logo, houve significativa expansão dos espaços e pessoal geridos pelo SASISUS. A materialização dos serviços, contudo, é somente uma parte do que consta orientado na PNASPI. Um pequeno adendo: atualmente este Quadro 1 não consta no site do Ministério da Saúde, que apresenta a seguinte informação “A Secretaria Especial de Saúde Indígena conta com mais de 22 mil profissionais de saúde, sendo que destes, 52% são indígenas”¹²².

Na apresentação dos “Antecedentes”, o documento instituidor da PNASPI aborda o passado da relação do Estado com a saúde dos povos indígenas, mencionado anteriormente neste trabalho, registrando, no subitem sobre a “Situação atual de saúde”, alguns dados sociais e epidemiológicos sobre os povos indígenas contabilizados à época. Nesse item, a afirmação taxativa de que “Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte” (BRASIL, 2002, p. 9) gera ruídos até os dias de hoje na vida dos povos indígenas desses estados, que lutam por reconhecimento dos seus direitos enquanto indígenas (CAVIGNAC, 2003; BAPTISTA, 2009; DIAS, 2011; SANTOS, 2018). Se esse apanhado histórico era pertinente para contextualizar a importância da criação da Política, sua não atualização estanca a dinâmica histórica dos indígenas que buscam acesso aos serviços. As Conferências Nacionais de Saúde Indígena poderiam ser o espaço para atualização de aspectos conjunturais como esse, mas sua institucionalização e burocratização feita pela SESAI não vem garantindo a participação dos indígenas que não são atendidos pelo Subsistema.

¹²⁰ Contudo, no Plano Nacional de Saúde 2016-2019 constam outros dados: “Atualmente, o Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento das ações de Atenção Básica nas aldeias com uma rede de serviços composta por 764 Unidades Básicas de Saúde, 352 Polos bases, 66 Casas de Saúde Indígena (CASAI) e aproximadamente 19,3 mil profissionais de saúde indígena” (BRASIL, 2016, p. 41).

¹²¹ Na bibliografia consultada constam 717 postos de saúde, os quais transcrevi como UBSI utilizando-me da Portaria n. 1.317, de 3 de agosto de 2017 que adequa as informações relativas aos estabelecimentos do SASISUS.

¹²² Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 29 mar. 2023.

Já no item “Responsabilidades institucionais” estão descritos diferentes agentes públicos envolvidos na realização da política, de forma intrasetorial e intersetorial, que dividem as obrigações com a gestora do Subsistema – que atualmente é a SESAI, mas no texto da política menciona-se a Funasa – na garantia de saúde e bem-estar das comunidades indígenas. Como vimos no subitem anterior, a relação entre órgãos públicos é fragmentada, com históricas disputas por poder (recursos financeiros e humanos) e práticas pouco sensíveis às especificidades desta que vem sendo entendida como uma parcela estatisticamente pequena da população brasileira¹²³, cujo atendimento exige gastos “altíssimos”¹²⁴.

Há ainda um quarto item da PNASPI, intitulado “Diretrizes”, no qual são apresentados os entendimentos que devem nortear os trabalhos com os povos indígenas. Me deterei mais nessa parte da Política, refletindo criticamente sobre os preceitos expostos, começando pelo primeiro e o nono:

4.1. Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, **de antropólogos, universidades** e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde [...] As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com **a participação sistemática de antropólogos**, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários (p. 14).

[...]

4.9 Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde (BRASIL, 2002, p. 21, grifei).

Se por um lado as discussões preconizadas no item “4.1.” da Política ocorrem periodicamente nas reuniões do controle social, local e distrital, geralmente seus participantes se resumem aos obrigatórios: conselheiros indígenas representantes das comunidades atendidas, profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), profissionais administrativos/gerenciais do Distrito e das conveniadas, e outros gestores. Com base nas reuniões de CONDISI que participei e na leitura de atas dessas reuniões¹²⁵, não foram

¹²³ Conforme último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), 817.963 pessoas se autodeclararam indígenas, representando 0,4% da população brasileira. Longhini (2022), contudo, argumenta que há indígenas entre as pessoas que se autoidentificam como “pardos” nesses censos, questionando a relação direta que se faz entre pardos e negros, aumentando as estatísticas e políticas públicas voltadas para este público e diminuindo a visibilidade indígena no Brasil (p. 79).

¹²⁴ Fala do presidente da Funasa, Paulo Lustosa, em entrevista ao Instituto Socioambiental (WEIS, 2006).

¹²⁵ Participei de reuniões de CONDISI do DSEI Cuiabá quando atuava como preposta da conveniada que contratava os profissionais de saúde do DSEI, e leio atas de reuniões de CONDISI que compõem peças processuais que são a mim atribuídas na Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena (COASI/CGPDS/DPDS/FUNAI) em que atualmente trabalho.

pautadas as participações de indígenas nos conselhos municipais e estaduais de saúde. Como discutido no primeiro capítulo, muitas dessas instituições seguem não compreendendo a necessidade de presença desses cidadãos em suas instâncias de participação social¹²⁶. A baixa capilaridade desses espaços de “definição e organização” dos DSEIs, e de representantes indígenas em outras instâncias, é influenciada por inúmeros fatores, e deve ser analisada caso a caso. Me deterei, contudo, no atual descumprimento da possibilidade-orientativa de participação de antropólogos/as no SasiSUS para abordar sobre dois aspectos que informam minha leitura crítica sobre a “interculturalidade” ou “atenção diferenciada” preconizada no SasiSUS.

A antropologia, suas obras e especialistas, é geralmente utilizada na saúde indígena institucional em situações pontuais. Antropólogos/as participaram da elaboração da PNASPI (LANGDON, 2016), por exemplo, e de outras diretrizes a nível nacional, como o Programa Articulado os Saberes em Saúde Indígena (PASSI), descrito adiante, e propuseram ou apoiaram projetos na interface entre saúde e povos indígenas ao longo da história do Subsistema (LANGDON; GARNELO, 2004). A inclusão de antropólogos/as de forma “sistemática” nas rotinas do SasiSUS tem se dado somente quando esse/a profissional está inserido no quadro de funcionários do DSEI. Porém, sua inserção nesses espaços tem sido rara ou “substituída” por psicólogos/as, como realizado pela gestão da SESAI durante o governo Bolsonaro¹²⁷. À época em que eu trabalhava em uma conveniada, sequer era ofertada a vaga de antropólogo/a nos processos seletivos que organizamos, apesar de constar na listagem de profissionais pactuada pelo convênio. Dos 9 DSEIs com os quais éramos conveniados, somente um tinha uma antropóloga ativa no quadro.

Atualmente não é diferente. Segundo informações obtidas a partir de solicitação realizada com base na Lei de Acesso à Informação, nos últimos 10 anos o máximo de antropólogos/as contratados/as para atuarem no SASISUS foram 10. Em 2020, esse número teria caído para 5¹²⁸, mas é impossível, através dos dados recebidos, saber se foi uma redução de fato, porque há espaços na tabela que estão sem preenchimento nas linhas correspondentes

¹²⁶ Durante esses três anos em que venho atuando na COASI/CGPDS/DPDS/FUNAI, foi bastante comum eu informar um/a gestor/a municipal e seu/sua secretário/a de saúde que (i) existem indígenas em seu município e que (ii) eles possuem diversos direitos específicos que demandam algumas ações de sua competência. Tratava-se de indígenas vivendo ou em trânsito em contextos urbanos ou fora de Terras Indígenas demarcadas.

¹²⁷ Com alguns/as antropólogos/as que atuam há anos nos DSEIs sendo realocados em vagas de “assessores” porque a orientação era de extinção das vagas de trabalho para profissionais antropólogos/as.

¹²⁸ Com base nas informações que tive acesso, os cinco antropólogos que estariam contratados em 2020 estariam nos Distritos: Alto Rio Juruá (1), Rio Negro (2), Médio Rio Purus (1) e Pernambuco (1). Em 2019, que tem um pouco mais de preenchimentos, também haveria antropólogos contratados nos distritos Kayapó do Mato Grosso (1), Leste de Roraima (1), Litoral Sul (1), Rio Tapajós (1) e Yanomami (1).

a quase todas as profissões¹²⁹ – descrevo essas inconsistências nos dados recebidos ao tratar sobre os médicos, no último item deste capítulo. Ao iniciar meus contatos com o DSEI Amapá Norte do Pará, por exemplo, conheci um/a antropólogo/a que é funcionário/a do Distrito, contratado/a pela conveniada, informação que não consta na Tabela 2. Devido aos vários espaços em branco (ou borrados em preto, como veremos no próximo item), a listagem é imprecisa. Ainda assim, comparado com as outras profissões (TABELA 2), que também apresentam dados incompletos, o/a profissional antropólogo/a possui uma presença apenas eventual.

Considero que essa presença eventual da antropologia nos DSEIs provoca, quando muito, o uso das etnografias, consultorias e laudos antropológicos sem o entendimento da necessidade de colaboração desse/dessa profissional na contextualização ou aplicação desses materiais. As complementariedades possíveis entre o sanitarismo e a antropologia, assim, ou não se concretizam ou tornam-se superficiais. Replica-se o *modus operandi* de equalização de distintas autoridades em “áreas do conhecimento” ou “profissões” que se especializam na parte que lhes cabe da epistemologia ocidental. Diferente de uma “sociedade de complementaridade”, como explica Barreto (2021b), que pressupõe e almeja a diferença na construção conjunta do conhecimento, como em seu povo (Yepamahsã), a sociedade das profissões pressupõe uma igualdade formal de autoridade das profissões sobre seus respectivos temas, e cria domínios distintos de conhecimento. Ao invés de uma hierarquia complementar, como explica o autor, a hierarquia não indígena do conhecimento desautoriza os não especializados em determinado tema.

Os/as antropólogos/as e cientistas sociais tendem, portanto, a se formarem com certo acúmulo de discussão sobre “cultura”, não necessariamente aproximada da temática da saúde, ou mesmo da temática indígena, e/ou são vistos como autoridade para tratar sobre o tema – ainda que o modo pelo qual fazem ou deveriam fazer isso nas instituições governamentais e não governamentais seja nebuloso¹³⁰. Na saúde indígena institucional, como tive oportunidade de conversar com alguns antropólogos/as ou outros/as profissionais que atuam em DSEIs que têm a presença de antropólogos/as no quadro funcional, a inserção desse/a especialista nas Equipes dos Distritos é inexata. Sua colaboração é requisitada nas relações com os indígenas

¹²⁹ Espaços esses presentes em diversos distritos e profissões, com menor incidência na linha dos AIS e AISAN. Não por acaso, a gestão da Sesai, em diferentes falas públicas, tem buscado enfatizar que dos mais de 14 mil profissionais atuantes na saúde indígena, metade são indígenas.

¹³⁰ E um dado importante por trás dessa questão é a não regulamentação da profissão de antropólogo no Brasil. Estudos mais aprofundados sobre a atuação desse profissional nos serviços de saúde em países com a profissão regulamentada poderiam trazer uma perspectiva interessante para este debate.

que compõem o CONDISI, por exemplo, mas é desautorizada pela gestão ou profissionais de saúde no planejamento e execução das ações sanitárias, incluindo as capacitações sobre saúde¹³¹.

Sobre as capacitações, a compreensão colonial da diversidade de povos existente no Brasil interfere na concretização das diretrizes previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), como a 4.2.:

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS **às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas** e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços (BRASIL, 2002, p. 16, grifei).

Atualmente, como informado pelos/as gestores/as e profissionais entrevistados/as nesta pesquisa, as capacitações tendem a focar em familiarizar os/as profissionais com os programas de saúde (alinhados aos existentes para a população em geral) e seus respectivos procedimentos e documentos que precisam ser preenchidos na execução. Ou seja, foca-se mais nas adequações “às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços” do que “às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas” (DIEHL; PELLEGRINI, 2020, p. 869). As capacitações precisam de pessoas que as pensem com base nas necessidades formativas de um determinado grupo, e de pessoas que se sintam aptas para realizá-las. Como Samuel, um dos agentes da SESAI que entrevistei¹³², me traduziu, ao ser questionado sobre certo burocratismo da SESAI e os vários protocolos que os/as profissionais da ponta precisam seguir,

Eu não acho que são os protocolos que dificultam o trabalho dos profissionais de Saúde. **É não saber o que fazer em um contexto intercultural.** Não saber o que fazer diante de uma insegurança desse profissional se deparar com o desconhecido. Diante do desamparo, você se agarra no protocolo – “não, eu tenho que encaminhar essa pessoa, essa criança” (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021, grifei).

Ademais, apesar da formação para o trabalho em “contexto intercultural” estar institucionalmente estabelecida através de uma plataforma *online*, disponível para

¹³¹ Não sendo este um tema desta pesquisa, compartilho alguns questionamentos sobre a atuação de antropólogos/as no cotidiano dos DSEIs: Seria ele/a um interlocutor/a com o povo com o qual desenvolveu determinada pesquisa? Comporia, assim, uma EMSI ou seria mantido/a na Equipe do DSEI? E os demais povos atendidos pelo DSEI? Se não desenvolveu pesquisas com algum povo atendido pelo DSEI, ainda assim seria visto/a como mediador/a entre indígenas e DSEI? Um/a formador/a dos profissionais do Distrito? Quais seriam as competências desse/a profissional na saúde indígena institucional?

¹³² Entrevistado anonimizado de um conjunto maior de entrevistas, conforme exposto na introdução desta tese. Para auxiliar o leitor, os nomes que iniciam com “S” são de pessoas cujo vínculo enfatizado neste trabalho é com a SESAI.

interessados/as¹³³, “o pessoal que já fez aquele curso online fica sem opção de como dar continuidade a essa formação mais antropológica [...] por isso que a gente queria fazer aqui, algo bem introdutório mesmo” (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2023). De certa maneira, foi assim que começou uma contrapartida minha para os profissionais do DSEI Amapá Norte do Pará, como mencionado na introdução desta tese.

Nesse contexto, diretrizes como a de capacitação, anteriormente citada, ou a busca por “intervenções específicas de cada povo” (BRASIL, 2002, p. 16)¹³⁴, acabam sendo concretizadas sem as possibilidades-orientativas que a legislação permite. “Na dúvida, se faz o que se conhece, o que o profissional sente segurança em fazer” (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021). Se considerarmos que (i) a maior parte dos indígenas são AIS e AISAN que atuam em suas comunidades e não nas Equipes da sede do Polo ou DSEI, as quais planejam as capacitações e realizam os acompanhamentos das ações do território; (ii) os profissionais com ensino superior, indígenas ou não, recebem uma formação baseada nos esquemas epistemológicos não indígenas, mencionados anteriormente, e se entendem em uma “sociedade de profissões” que reitera os domínios distintos de conhecimento; e se, como disposto na Tabela 2 (Supra p. 80), (iii) eles estão em sua maioria vinculados a profissões consideradas de saúde, a “cultura”, somente enxergada nos povos indígenas, vai ser problematizada na medida em que interfere no acontecimento “natural” de adoecimento dos corpos humanos.

E aqui volto à discussão da possibilidade-orientativa acoplada à noção de “atenção diferenciada”. Como Luciane Ouriques Ferreira (2015) argumenta sobre a imprecisão da noção de interculturalidade¹³⁵ na aplicação das políticas de saúde indígena¹³⁶, não há no texto da PNASPI a definição de como realizar o atendimento diferenciado. Como Langdon e Garnelo (2017) salientam: “A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas não define com precisão o significado desse termo” (p. 460, traduzi). Uma chave importante de interpretação dessa Política é perceber que a amplitude e indefinição dos seus conceitos e

¹³³ Em 2022, havia três cursos no site da SESAI, agora apenas citados e com um link que não leva aos cursos. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/educacao-permanente-e-educacao-em-saude>. Acesso em: 29 set. 23.

¹³⁴ Diretriz 4.3 da PNASPI: “Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena. [...] Estes instrumentos [de monitoramento] poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo” (BRASIL, 2002, p. 16).

¹³⁵ Devido à já mencionada agenda neoliberal, o termo - e suas variações - passou a ser amplamente utilizado em políticas afirmativas e ou identitárias que pouco correspondem a trocas paritárias entre diferentes culturas, porque só um lado é culturalizado, como descrevi na nota de rodapé 16, p. 23.

¹³⁶ E Dias da Silva (2020) ressalta as poucas referências à noção de interculturalidade no texto da PNASPI, sendo uma particularidade brasileira nas diretrizes desse tipo de política em comparação com outros países da América Latina.

diretrizes geraram resultados práticos não tão amplos. Atenção diferenciada em quê? Diferente do quê? Praticada de que jeito? Por quem?

A imprecisão apontada, segundo Ferreira (2015), “contribui para a emergência de uma multiplicidade de entendimentos sobre o tema – entendimentos, muitas vezes, pautados em imagens estereotipadas acerca dos povos indígenas e de suas respectivas culturas” (p. 242). Da mesma forma, percebo que a indefinição gera campo fértil para a agência de significados divergentes sobre o que é diferenciado nas práticas do Subsistema, levando muitas vezes ao entendimento da diferença como meramente operacional – relativa às dificuldades de fazer chegar os serviços às pessoas e destes serem eficazes, as já faladas diferenciações relativas aos profissionais que trabalham dentro ou fora de aldeia, não às realidades indígenas (Supra p. 83-84). Essa diferença/dificuldade seria compartilhada com qualquer outra população a ser atendida em locais de difícil acesso. A diferença entendida dessa forma faz com que os investimentos tendam a distanciar-se das adaptações diretamente relacionadas ao povo junto ao qual alguma ação será realizada. A atenção diferenciada torna-se, assim, figurativa, ou como define Garnelo (2004), torna-se a “repetição de princípios genéricos de ação”:

Em termos de qualidade dos serviços prestados, os DSEI vêm se mostrando pouco [...] sensíveis às formas próprias de cosmovisão e de organização política das etnias atendidas. [...] Os documentos normativos do subsistema de saúde indígena são pródigos na repetição de princípios genéricos de ação (como preconizar, por exemplo, a articulação e fortalecimento dos sistemas de medicina tradicional) que não se traduzem em atividades concretas nem nas programações anuais de atividades dos DSEI, nem nas práticas sanitárias das equipes (p. 13).

A análise dos trinta e quatro Planos de Contingência e Orientação de Enfrentamento da COVID-19 para a Saúde Indígena produzidos pelos DSEI¹³⁷ é exemplar sobre a dificuldade em produzir uma saúde que se adeque às necessidades dos povos indígenas. Excetuando-se o trecho em que são apresentadas características infraestruturais dos distritos e dados demográficos e epidemiológicos do(s) povo(s) atendido(s), inexitem nos documentos adaptações às ações e estratégias professadas pelo nível central da Secretaria Especial de Saúde Indígena e do Ministério da Saúde que caminhem ao encontro dos saberes dos povos indígenas atendidos por cada DSEI. Não há, por exemplo, em nenhum documento, variação do planejamento de atuação conforme os diferentes povos atendidos pelo mesmo DSEI.

Todos os planos derivam do “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas” (BRASIL, 2020a), encaminhado aos

¹³⁷ Disponíveis no link: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBIbhh>. Acesso em: 30 set. 2023.

DSEIs pela SESAI em 13 de março de 2020. O Plano se divide em três níveis de resposta à emergência (Alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública), conforme o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública do Ministério da Saúde, com as ações a serem realizadas conforme o nível enfrentado. Cada nível é baseado na avaliação do risco de contágio pelo novo Coronavírus. Na introdução, há o aviso categórico de que “Para os indígenas em contexto urbano, a responsabilidade sanitária na Atenção Primária é dos municípios”, e pede-se que os estados e municípios “tomem nota” do plano apresentado. Em cada um dos níveis há orientações sobre como tratar dos casos individuais da doença e sensibilizar profissionais e indígenas em relação à “etiqueta respiratória e higiene das mãos” (BRASIL, 2020a).

Outras medidas urgentíssimas deram base ao Projeto de Lei n.1142/2020, como exposto no *caput* da legislação, o qual transformou-se na Lei n.14021/2020 que cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à COVID-19 nos territórios indígenas, entre outras diretrizes. Ele foi elaborado com participação efetiva dos povos indígenas¹³⁸ e forte articulação da então deputada Joênia Wapichana (Rede), que se tornou uma das reladoras nas comissões da Câmara Federal. Nesse Plano, o acesso universal à água potável, à internet, a materiais de higiene e testes de identificação de contaminação pelo novo coronavírus, bem como a garantia de proteção territorial e segurança alimentar, tornaram-se imprescindíveis para garantir os isolamentos recomendados para a diminuição do contágio. Se no Plano da SESAI não há menção a qualquer aporte específico de recursos, ainda que se oriente adaptações ao contexto, na lei n.14021/2020 há alteração da lei que rege o SUS (Lei n.8080/90) para assegurar aporte de recursos adicionais em qualquer situação emergencial e de calamidade pública. Se no Plano da SESAI há uma preocupação em “instruir” que as pessoas se isolem, o Plano da lei n.14021/2020 versa sobre como efetivar isso na prática. Em linhas gerais, o primeiro cumpre objetivos mais protocolares, para dizer que a SESAI está fazendo algo; já o segundo é mais propositivo, exigindo atitudes mais amplas que garantam maior segurança aos mais vulneráveis em situações extremas como uma pandemia.

No Plano do DSEI Amapá e Norte do Pará (BRASIL, 2020b), um documento de 58 páginas, estão descritas a concepção biomédica sobre a doença COVID-19 e sobre as medidas de prevenção, dados da estrutura do DSEI, e dados demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas que vivem em sua abrangência. No documento, são reproduzidas frases como

¹³⁸ Assim que soube do Plano da SESAI, a APIB se manifestou e apresentou um plano paralelo, disponível em: <https://apiboficial.org/2020/03/20/governo-deve-apresentar-plano-de-prevencao-e-atendimento-para-evitar-riscos-de-contaminacao-de-coronavirus-nos-territorios-indigenas/>. Acesso em: 29 set. 2023. O Plano apresentado na Lei n.14021/2020 guarda muitas semelhanças com esse plano da APIB.

“conscientizar a população indígena sobre importância na prevenção e combate ao novo coronavírus” e

Orienta-se ainda que a [Divisão de Atenção à Saúde Indígena] DIASI, Controle Social, lideranças e cuidadores tradicionais elaborem conjuntamente estratégias para disseminar cuidados e ações de prevenção, conforme o Guia da OMS, junto às comunidades indígenas, de modo contextualizado, considerando as especificidades socioculturais de cada povo/etnia (BRASIL, 2020b, p. 25).

A orientação permanece no Plano como uma ordem dada por um agente externo, sem que se apresente um planejamento de como ou quais serão os procedimentos e recursos que serão utilizados pelo DSEI para executar a solicitada “elaboração conjunta das estratégias” com cada um dos dez povos por eles atendidos. Como avançar desses avisos sobre a necessidade de agir “de modo contextualizado” para contextos geradores de ações diferenciadas?

Como salienta Dias da Silva (2021), uma situação de crise permanente não seria crise, e sim uma gestão da precariedade instaurada. O sistema oficial de saúde apresenta-se de forma precária aos povos indígenas. Em geral, o que eles vivenciam é: (i) a insuficiência dos equipamentos e insumos essenciais para a operacionalização dos atendimentos ofertados (falta de medicamentos, de veículos ou combustíveis para o transporte de pacientes, longas estadias em CASAs que não oferecem suporte para tal etc.); (ii) a ausência de profissionais nas aldeias, ou a rotatividade deles/as e uma presença protocolar (restrita à UBSI e alojamento da equipe), que dificulta a construção de entendimentos e vínculos; (iii) e um racismo estrutural (Supra p. 83) que se impõem em inúmeras interações, dos atendimentos primários aos mais especializados. Ou seja, ele perpassa os outros dois aspectos da saúde indígena institucional, mas também os serviços para além do Subsistema. Ao longo desta tese, traço algumas linhas sobre como esse racismo se expressa na saúde indígena institucional.

Sobre o primeiro aspecto, considero ter sido abordado (i) no capítulo um, quando tratei sobre as precariedades de financiamento enfrentadas por toda a rede SUS e o não entendimento do orçamento específico do SasiSUS¹³⁹, e (ii) neste capítulo, quando destaquei que somente após a Lei n.14021/2020 é que recursos foram expressamente vinculados ao atendimento dos povos indígenas durante a pandemia.

Sobre o segundo aspecto, é sintomática a repetição de alguns “descuidos” que ocorrem na oferta dos serviços de saúde por desconhecimento ou desconsideração do que pensa/m o/a/s sujeito/a/s do/s povo/s sobre as ações a eles/as direcionadas. Uma grande liderança xinguana, por exemplo, estava com COVID-19 e se recusava a ser transferida para o hospital de referência

¹³⁹ Supra p. 52-59.

em Cuiabá, uma restrição compartilhada por alguns povos xinguanos ao menos desde 2009, como notei quando realizava uma pesquisa na região (ASSUMPÇÃO, 2014), relacionada aos agenciamentos de espíritos agressores no referido hospital¹⁴⁰.

Em sua tese de doutorado, o antropólogo Yepamahsã João Paulo Lima Barreto (2021a) descreve diversas situações de descrédito dos saberes médicos de seu povo, dentro e fora do Centro de Medicina Indígena *Bahserikowi*, fundado em 2017, em Manaus/AM. No Centro, alguns não indígenas questionam se os *kumu* (“pajés”¹⁴¹), de fato, curam. Fora dele, o autor narra um episódio em que os médicos de um hospital não aceitaram que o *kumu* pudesse tratar o pé de uma indígena de doze anos, picada por uma cobra. Mas, depois de muita luta, e da retirada da menina daquele hospital, evitou-se a amputação recomendada por aquele grupo de médicos e o prognóstico de falecimento da menina não se concretizou (p. 27-30).

Dois aspectos conjunturais da história brasileira reforçam esses “descuidos”: (i) a ausência do ensino das questões étnico-raciais do Brasil para além da perspectiva histórico-colonial, ainda presente na maioria dos currículos de educação básica, média e superior (LIMA, 2006; WALSH, 2009; BANIWA, 2006)¹⁴² e (ii) a ausência de indígenas nos corpos docentes da maioria dos centros de ensino existentes no país, em especial no nível superior. Em 2006, em meio às discussões da implantação de cotas para estudantes negros e indígenas na Universidade Nacional de Brasília¹⁴³, o antropólogo João Jorge de Carvalho (2006) traduziu essa ausência em números:

Se juntarmos todos os professores de algumas das principais universidades de pesquisa do país (por exemplo, USP, UFRJ, Unicamp, UnB, UFRGS, UFSCAR e UFMG), teremos um contingente de aproximadamente 18.400 acadêmicos [dados de 1999 a 2003], a maioria dos quais com doutorado. Esse universo está racialmente dividido entre 18.330 brancos e 70 negros; ou seja, entre 99,6% de docentes brancos e 0,4% de docentes negros (**não temos ainda um único docente indígena**) (p. 92, grifei).

¹⁴⁰ Sobre as concepções indígenas de locais como hospitais e CASAI em que circulam muitas pessoas, humanas e não humanas, ver Macedo et al (2017) e Barreto (2021). Sobre agenciamentos de espíritos, Xingu e COVID-19, ver Lourenço (2021b).

¹⁴¹ Barreto (2021b) se coloca contrário a essas traduções que foram feitas da medicina indígena, dentre elas a noção de “pajé”. Assim, segundo ele, o/a *kumu*, assim como o/a *yai* e os/as *baya*, são especialistas em manipular metaquimicamente as substâncias curativas através de “fórmulas terapêuticas”, que em sua língua são denominadas *Bahse* (p. 5).

¹⁴² A lei 11645/2008 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena” busca criar meios de sanar esse déficit.

¹⁴³ Uma das experiências pioneiras do Brasil, deu base para a Lei N. 12.711, de 29 de agosto de 2012, que dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências.

O autor segue detalhando “o perfil básico” formativo desses/as professores/as doutores/as, que teriam estudado com “poucos colegas negros no secundário, pouquíssimos na graduação e praticamente nenhum no mestrado e no doutorado” (Ibid.). Seus/as professores/as teriam sido brancos/as, assim como a maioria de seus/as colegas de departamento e seus/as alunos/as, com alguns/as outros/as trabalhadores/as da universidade negros/as, “com os quais estabelece relações de pouca ou nenhuma identificação” (Ibid.). Com isso, o autor conclui:

Isso significa que foi possível criar no Brasil, por mais de meio século, instituições de ensino autocontidas e segregadas, e que simultaneamente não estivessem desobedecendo a nenhuma lei nacional que proibisse a **segregação racial**. Ou seja, a segregação racial no meio universitário jamais foi imposta no Brasil legalmente, mas sua prática concreta tem sido a realidade do nosso mundo acadêmico, através de mecanismos que esse próprio mundo acadêmico tem feito muito pouco por analisar e nem tem mostrado interesse, até recentemente, em desativá-los (Ibid., grifei).

Os aspectos conjunturais apontados, somados aos paradigmas legislativos assimilacionistas e racistas discutidos no capítulo anterior, perpetuam uma compreensão colonial da diversidade de povos existente no país. Essa compreensão colonial da diversidade é culturalista, na medida em que a diversidade de outros povos é enquadrada nos esquemas onto-epistemológicos não indígenas como pertencente ao lado cultural do par dicotômico cultura/natureza, como se houvesse coisas não culturais (dados inatos, leis naturais etc.)¹⁴⁴. Como Lila Abu-Lughod (2018) analisa criticamente a antropologia em seu texto “A escrita contra a cultura”, quando a diferença cultural ganha ares de evidência, o conceito de cultura torna-se ferramenta para “fazer o outro” e passa a operar “de modo similar a seu predecessor ‘raça’” (p. 200). Por sua vez, esses esquemas epistemológicos informam as diferentes profissões, sejam aquelas com autoridade para tratar sobre “cultura”, como antropólogos/as, cientistas sociais, historiadores/as etc., sejam aquelas com autoridade para tratar sobre “natureza”, como físicos/as, químicos/as, biólogos/as, médicos/as, engenheiros/as, farmacêuticos/as.

Se o desconhecimento e a desconsideração fazem parte da precarização do atendimento aos povos indígenas, entendo que a sensibilização dos profissionais, indígenas ou não, diante das realidades e demandas dos povos com os quais trabalham faz parte de uma reconexão do Subsistema de Saúde Indígena com o que realmente deve ser diferente – a discriminação positiva, conquistada como lei e almejada pelos indígenas na relação com as instituições

¹⁴⁴ Como ressalta o antropólogo José Jorge de Carvalho (2006), “as teorias e as interpretações das relações raciais no Brasil sempre foram elas mesmas racializadas” (p. 89) e têm passado por uma revisão epistemológica radical com as políticas de cotas e o ingresso de mais pessoas negras e indígenas nas universidades.

estatais. O contexto de dificuldade de preenchimento de alguns cargos, principalmente na região amazônica (FONTÃO; PEREIRA, 2019, p. 172), causa situações de sobrecarga dos poucos profissionais contratados ou força a gestão desses DSEIs a manter a contratação de profissionais insensíveis, que muitas vezes não são demitidos, mas deslocados para outros locais. Outras vezes, a rotatividade dos/as profissionais é uma estratégia do DSEI para que todas as comunidades indígenas possam receber o atendimento de determinado profissional, causando um efeito colateral desse/a profissional não conseguir construir vínculos com os povos atendidos. Essas situações precárias relacionadas aos profissionais da saúde indígena institucional, somadas à já mencionada formação culturalista de profissionais no Brasil, criam desafios à qualificação positiva das ações de saúde como diferenciadas e adaptadas ao contexto de cada povo, pois isso demanda tempo e vínculo (LANGDON, 2005) – e acrescento vontade política e econômica, considerando os aspectos que conformam esse cenário e que não são diretamente ligados à sensibilidade individual dos/as profissionais que atuam cotidianamente nas comunidades indígenas, como explico abaixo.

O funcionamento precário da política associa-se a seus aspectos econômicos. Por exemplo, em uma entrevista de 2006, com o então presidente da Funasa, Paulo Lustosa, ao tratar sobre uma situação de mortes de crianças apinagé ele disse:

Chamamos médicos, mas para um médico ser contratado para ir a um lugar como aquele é difícil, se for pela estrutura de salários da Funasa não vamos mandar nenhum médico, nenhum enfermeiro.

Por quê?

porque não temos salários compatíveis com esses profissionais. Um médico para ir para o interior quer o dobro do que ganha na capital, **e com justa razão**. Hoje, para mandar um médico para uma aldeia, nós estamos pagando 11 mil reais. Tratar índio não é barato. tem problema de logística, de respeito a cultura, as peculiaridades das várias etnias, são os temores das pessoas brancas que não estão acostumadas ao ambiente (WEIS, 2006, p. 138, grifei).

É interessante perceber que há uma “justa razão” para os médicos não irem para o interior, mas não há justa razão para adaptar o orçamento da Funasa às reais necessidades de sua operacionalização na saúde indígena. E se os salários fossem de 20, 30 mil, o problema estaria resolvido?

Contrariando essa linha de raciocínio, a política pública que mais levou médicos para as áreas indígenas na história do Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS) não aumentou os salários, mas a quantidade de médicos/as possibilitados/as de atuar no país e a variedade de vínculos de trabalho da categoria (Capítulo 3). Passo à apresentação do Programa Mais Médicos, detalhando o impacto dele na saúde indígena, desde as complicações vivenciadas

pelos/as gestores/as do Programa e da SESAI para implantá-lo no SasiSUS até minhas tentativas de comprovar em números esse acontecimento.

2.2. Um programa que possibilitou médicos nas aldeias

No dia 8 de julho de 2013, em meio a revoltas nas ruas, conhecidas como “Jornadas de junho”, a presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, decretou a Medida Provisória (MP)¹⁴⁵ n. 621/2013, instituindo o Programa Mais Médicos (PMM). Faço a seguir um rápido apanhado do contexto político de criação do PMM para, em seguida, analisar sua interação com a saúde indígena institucional.

Questões relativas à saúde estavam presentes nas Jornadas, mas espalhadas em meio a revoltas contra o Partido dos Trabalhadores (PT), o governo, e outras reivindicações por ampliação e melhoria dos serviços públicos¹⁴⁶. Contudo, como o doutor em políticas públicas Hêider Aurélio Pinto (2021) descreve ao realizar importante contextualização histórica de criação da MP, as Jornadas criaram o clima político para o lançamento de uma política que já vinha sendo gestada, nos bastidores, ao menos desde a primeira eleição da presidenta (p. 204).

O PMM era uma formulação política coerente com as preocupações, objetivos e valores do governo e visto como um caminho de ação capaz de gerar os resultados desejados no enfrentamento da insuficiência na oferta de médicos, mas poderia ter consequências negativas e custos políticos que o núcleo do governo avaliava, naquela ocasião, que superariam os benefícios. A derrota no Congresso ou uma aprovação depois de uma batalha difícil poderia gerar desgastes políticos no governo que, até então, gozava de alta popularidade. A manutenção da popularidade, da governabilidade e das grandes chances de se reeleger no ano seguinte eram objetivos hierarquicamente superiores no sistema político à resolução de um problema na saúde, por mais prioritário que fosse. E isso estava sendo o suficiente para condicionar o lançamento do PMM. Mesmo após ele ser antecipado na mídia pelo Ministro de Relações Exteriores e prometido aos prefeitos pela Presidenta, ainda se aguardava pelo melhor momento de lançá-lo. As ‘Jornadas de Junho’, as reivindicações por ampliação e melhoria dos serviços públicos, a queda vertiginosa na aprovação popular do governo e a proximidade das eleições de 2014, promoveram a inversão desse cálculo (p. 219).

Utilizando-se da noção de “comunidades políticas” e de “empreendedores de políticas”¹⁴⁷, o autor observa que dos governos Lula para o governo Dilma os chamados

¹⁴⁵ Medidas Provisórias como esta possuem força de lei antes de sua discussão e aprovação pelo poder legislativo. Seus pressupostos são, de acordo com o artigo 62 da Constituição Federal de 1988, a urgência e a relevância. A partir de sua edição, toda MP tem 60 dias, prorrogáveis por igual período, para ser votada pelo Congresso e se tornar lei, caso contrário perde a validade.

¹⁴⁶ Para saber mais sobre as jornadas de junho, ver (VAINER *et al.*, 2013).

¹⁴⁷ As “comunidades de políticas”, ou “comunidades políticas”, são definidas pelo autor como comunidades cuja unidade se mantém enquanto houver consenso político e ideológico (i) em torno das explicações para os principais

“Empreendedores do PMM” ocuparam espaços de gestão e se articularam com prefeitos/as e parlamentares para que o Programa adentrasse a agenda governamental¹⁴⁸. Assim, em 22 de outubro de 2013, a Medida Provisória n. 621/2013 do Programa Mais Médicos (PMM) se tornou a Lei n. 12.871¹⁴⁹, mas em agosto já chegavam no Brasil os/as primeiros/as médicos/as cubanos/as participantes do “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB). Este tempo foi suficiente para gerar impactos sociais que iriam justificar a transformação da MP em lei, como os publicizados nesta notícia de outubro de 2013: “Padilha informou que somente em setembro [de 2013] foram realizadas 320 mil consultas por profissionais do programa, que receitaram medicamentos para 13 mil pacientes”¹⁵⁰.

Como os/as gestores/as que entrevistei destacaram, se o Programa vinha sendo gestado há anos, a execução do provimento emergencial de médicos/as foi acelerada, justamente para alcançar os tais resultados divulgados pelo governo e obter apoio político para o PMM se tornar lei. Esse provimento, contudo, era o que mais desagradava à Comunidade Medicina Liberal (CML)¹⁵¹, que ao longo do século XX consolidou-se como definidora de qual padrão de prática médica e perfil de egresso deveria ser buscado na formação e exercício da profissão.

A Comunidade Medicina Liberal (CML) realizou forte campanha pública contra o Programa Mais Médicos (PINTO, 2021, p. 247), mobilizando aliados para atuarem junto aos poderes executivo, legislativo e judiciário, e disseminando críticas ao Programa para disputar a opinião de médicos/as e não médicos/as (GOMES; MERHY, 2017). A CML negou que no

problemas da área de interesse e (ii) sobre um conjunto de propostas (PINTO, 2021, p. 37). Já a noção de “empreendedores de políticas”, cunhada por Kingdon, potencializa a agência de atores, individuais ou coletivos, como argumenta Pinto (2021) que buscam oportunidades para pautar os problemas e soluções que querem emplacar com a realização de algum projeto/política.

¹⁴⁸ Segundo Pinto, com a necessidade de responder às demandas expressas nas Jornadas, o governo propôs pactos nacionais para o transporte público, educação e saúde, mas “o pacto da saúde [com o PMM] foi o que apresentou a proposta mais formatada e a única que foi efetivamente implementada. Um dos motivos é porque ela estava pronta para ser implementada depois de longo período de construção” (p. 219-220).

¹⁴⁹ Foram feitas 575 propostas de emenda ao projeto, apresentadas por 72 deputados – alguns deles médicos ou profissionais da área da saúde. As emendas foram incorporadas ou não conforme parecer n. 58 de 2013 da Comissão Mista sobre a MP 621/2013. O tema mais abordado nas emendas era a exigência de revalidação dos diplomas médicos obtidos no exterior (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 64). Em 8 de outubro, após uma sessão de 7 horas e meia de duração, a MP foi aprovada na câmara. Antes, foi apresentada obstrução do partido DEM, puxada pelo médico Ronaldo Caiado, do PPS/GO e da bancada ruralista, que condicionou seu apoio à MP a tratativas relacionadas às alterações constitucionais sobre a demarcação de terras indígenas. Notícias da época: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/10/apos-8-horas-camara-aprova-texto-principal-da-mp-do-mais-medicos.html>, <https://www.seculodiario.com.br/saude/camara-dos-deputados-aprova-mp-do-mais-medicos>. Para um aprofundamento maior quanto ao conteúdo dessas emendas, ver Oliveira et al (2017) e Pinto (2021).

¹⁵⁰ Fonte: Agência Câmara de Notícias. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/418582-dilma-sanciona-o-projeto-do-programa-mais-medicos-aprovado-pelo-congresso/>

¹⁵¹ Como explicado na nota 20, essa comunidade envolve não apenas e nem todas as organizações médicas, mas também parlamentares e veículos de imprensa alinhados à agenda liberal e neoliberal (PINTO, 2021).

Brasil houvesse insuficiência de médicos¹⁵² e denunciou, em seus canais e na grande mídia (J. BARRETO, 2017), o PMM como um programa de “grande apelo popular”, com fins “eleitoreiros” e com potencial de colocar em risco a saúde da população¹⁵³. A Revista Veja, do Grupo Editorial Abril, publicou uma coluna do comentarista de direita Augusto Nunes que insinuava que os médicos cubanos seriam guerrilheiros articulando uma guerra civil no Brasil junto com o MST¹⁵⁴.

Quanto à participação de estrangeiros sem revalidação do diploma, as entidades médicas alinhadas à CML¹⁵⁵ afirmavam que a “importação de médicos” era uma ação irresponsável, “por expor a parcela mais carente e vulnerável da nossa população a profissionais malformados e desqualificados” (CFM, 2013, s/n). Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB), os médicos cubanos estariam “despreparados” para atender pessoas “com perfil de risco de saúde mais complexo e diferente do que eles estavam habituados” (GOMES; MERHY, 2017, p. 1109). Acusaram o regime de trabalho dos médicos cubanos como sendo semiescravidão¹⁵⁶ e chegaram a disparar alertas quanto aos perigos de reprodução de “medidas coercitivas ou limitadoras praticadas em regimes autoritários ou ditatoriais” nos municípios e periferias (CFM, 2013, s/n). O então presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), João Batista Gomes Soares, afirmou que denunciaria os médicos estrangeiros por “crime de exercício ilegal da medicina” e incentivou a não adesão dos médicos/as brasileiros/as às bolsas de supervisor/a e tutor/a desses/as médicos/as estrangeiros/as, “não temos que ensinar médico cubano, não é nossa obrigação”¹⁵⁷.

¹⁵² Dentre os argumentos utilizados estava a porcentagem de egressos dos cursos de medicina brasileiros por 100.000 habitantes, em quantidade superior a dos Estados Unidos. Contudo, como demonstram Alessio e Sousa (2017), este dado não significa que os graduandos em medicina nos EUA são suficientes para o atendimento à população, visto que o país realiza grande atração de médicos estrangeiros.

¹⁵³ Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1341847-cfm-diz-que-o-programa-mais-medicos-e-demagogico-e-eleitoreiro.shtml>. Acesso em: 25 jun. 2023.

¹⁵⁴ Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/augusto-nunes/se-o-exercito-de-jalecos-cubanos-nao-for-outra-mentira-da-serie-dos-6-mil-vai-aumentar-espetacularmente-a-taxa-de-mortalidade-estabelecida-por-militantes-do-mst-diplomados-em-medicina-na-ilha-presidio/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

¹⁵⁵ São elas: o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Já a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) “foram da neutralidade ao apoio crítico” ao provimento emergencial (PINTO, 2021, p. 247).

¹⁵⁶ As entidades médicas contrárias ao PMM levaram esse argumento às instâncias judiciais, alegando a inconstitucionalidade da política governamental, além de diversas outras ações judiciais com fins de “dificultar o funcionamento e desgastar a imagem do Programa Mais Médicos” (GOMES; MERHY, 2017, p. 1109). Houve investigações também por parte do Ministério Público Federal, com ampla divulgação midiática, como a disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2014/02/mpt-investiga-irregularidades-no-contrato-de-cubanos-no-mais-medicos.html>. Acesso em: 25 jun. 2023.

¹⁵⁷ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/08/23/nao-serei-preceptor-de-medico-estrangeiro-diz-presidente-do-crm-de-minas.htm>. Acesso em: 25 jun. 2023.

A situação chegou a atos extremos, como uma manifestação organizada pelo Sindicato dos Médicos do Ceará (SimeC) que culminou em vaias aos/as médicos/as estrangeiros/as, em sua maioria cubanos/as, que participavam de um treinamento do Programa Mais Médicos em Fortaleza (Fotos 1 e 2)¹⁵⁸.

Ao fim da aula inaugural, os cubanos, assustados, se viram cercados e obrigados a passar por um corredor humano de colegas de profissão brasileiros que os vaiavam e chamavam de “escravos”, “incompetentes”. Palavras de ordem como “Voltem para a senzala” foram entoadas contra os estranhos ao ninho (HARAZIM, 2013).



Foto 1. Hostilização aos/às médicos/as estrangeiros/as durante treinamento para o PMM em Fortaleza (HARAZIM, 2013).

Apesar desse rechaço da Comunidade Medicina Liberal, o Programa Mais Médico seguiu em curso, com (i) a chegada de médicos/as em locais há anos sem a presença constante

¹⁵⁸ A situação foi reportada nas seguintes notícias: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2013/08/26/tumulto-marca-recepcao-a-medicos-cubanos-em-fortaleza.htm>, <https://www.geledes.org.br/o-inacreditavel-medico-que-liderou-a-vaia-contra-cubanos/>.

desse profissional e (ii) crescente aprovação da população diretamente beneficiada (GOMES; MERHY, 2017, p. 1110). Com isso, houve uma retomada da avaliação positiva do governo de Dilma Rousseff, que se reelegeu em 2014 e ampliou o PMM. Em 2015, o Programa estava presente em mais de 4 mil municípios, com 18.247 bolsistas médicos/as atendendo aproximadamente 63 milhões de pessoas (RIBAS, 2016, p. 48). Em julho de 2015, o governo publicizou os resultados de uma pesquisa, realizada em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e o Ipespe, que demonstrou que 85% dos 14 mil usuários entrevistados consideravam que a qualidade do atendimento médico estava melhor ou muito melhor após a chegada dos bolsistas do PMM¹⁵⁹.

Com o golpe de Estado sofrido pela presidenta Dilma e a destituição de seu governo ao longo de 2016, o Programa seguiu de forma vacilante, com a Comunidade Médica Liberal (CML) se rearticulando com o então presidente interino Michel Temer¹⁶⁰ e, posteriormente, com Jair Messias Bolsonaro¹⁶¹. Durante o governo de Temer, as políticas sociais sofreram cortes de orçamento sem deixarem de ser executadas, enquanto diversas medidas neoliberais antipopulares eram aprovadas (dentre elas a Reforma Trabalhista, Lei n. 13467/2017 e a Emenda Constitucional n. 95/2016, que instituiu o Teto de gastos), com efeitos a serem sentidos a médio e longo prazo. Na eleição seguinte, o candidato vencedor, Jair Messias Bolsonaro, se promoveu como polo inverso ao de Rousseff, seu partido e suas políticas sociais, dentre elas o Mais Médicos. No dia 14 de novembro de 2018, Cuba comunicou sua saída do Programa Mais Médicos, citando “referências diretas, depreciativas e ameaçadoras” feitas pelo presidente recém-eleito à presença dos/as médicos/as cubanos/as no Brasil¹⁶².

Um ano depois, em agosto de 2019, Bolsonaro instituiu o Programa Médicos pelo Brasil juntamente com a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

¹⁵⁹ Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/88-mais-medicos-para-85-da-populacao-atendida-a-qualidade-da-assistencia-melhorou#:~:text=Pesquisa%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,ap%C3%B3s%20o%20atendimento%20do%20m%C3%A9dico>. Acesso em: 2 jul. 2023. Essa e outras informações sobre os primeiros dois anos do Programa foram compilados em uma publicação do governo brasileiro (BRASIL, 2015).

¹⁶⁰ No dia 5 de abril de 2018, durante o governo interino de Michel Temer, o Ministério da Educação assinou a Portaria n.328 que suspendeu a abertura de cursos de medicina e de novas vagas de residência, como reivindicava a Comunidade Medicina Liberal.

¹⁶¹ Uma das médicas que vaiaram os/as médicos/as cubanos/as em Fortaleza, Mayra Pinheiro, assumiu em 2019 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS) do Ministério da Saúde, pasta que administra o Programa Mais Médicos. Durante a pandemia da COVID-19, Mayra ficou conhecida como “capitã Cloroquina” por defender o uso do medicamento como “tratamento precoce” à COVID-19, sem que houvesse comprovação científica da eficácia do medicamento para tal fim. Ela permaneceu no cargo até fevereiro de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/02/14/mayra-pinheiro-a-capita-cloroquina-deixa-ministerio-da-saude.ghml>. Acesso em: 2 jul. 2023.

¹⁶² <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.ghml>. Acesso em: 2 jul. 2023.

(ADAPS)¹⁶³. No documento de “Exposições de motivos” (BRASIL, 2019a), há uma retórica de correção da forma de distribuição das vagas para médicos/as pelo Programa anterior, que se baseia em uma maior vulnerabilidade das áreas rurais em comparação com as periferias dos grandes centros urbanos. Também se argumenta pela revogação dos artigos 6º e 7º da Lei do PMM que tratavam sobre a residência médica, devido sua “incipiente implantação” e “insuficiente avaliação de real efetividade sobre a melhoria da formação médica”¹⁶⁴ – veremos no próximo capítulo que a lei estava em franca aplicação até o golpe de 2016 e realinhamento da Comunidade Médica Liberal ao presidente interino Michel Temer. O que é inserido no lugar é uma formação remunerada de médicos, com registro nos Conselhos Regionais de Medicina, executada pela ADAPS. Conforme a lei, após dois anos de formação, os bolsistas recebem o título de especialista em Medicina da Família e Comunidade. O restante do texto, tanto explicativo quanto da MP, versa sobre a ADAPS¹⁶⁵.

Os acontecimentos são recentes e não me aprofundei nas discussões sobre esse Programa para entender os percalços que o fizeram começar a ser realizado somente em 2022¹⁶⁶, mas é possível afirmar que a situação de pandemia da COVID-19, decretada pelo governo brasileiro em 20 de março de 2020, interferiu na implementação e execução do projeto¹⁶⁷. Após um período com editais apenas de prorrogações dos bolsistas vinculados ao Programa Mais Médicos – que seria encerrado¹⁶⁸ –, em março de 2020 foram publicados chamamentos públicos para adesão de médicos/as ao PMM, mantendo a possibilidade de médicos sem CRM serem bolsistas. Os bolsistas passaram a ser, em sua maioria, brasileiros/as com formação no exterior, somados aos/as cubanos/as que permaneceram no Brasil por, aproximadamente, um ano e meio na incerteza de reincorporação ao PMM, período em que não puderam atuar como médicos no país.

¹⁶³ Medida provisória n. 890 de 01 de agosto de 2019.

¹⁶⁴ Na explicação dos motivos consta uma argumentação de “consertar” o nome da especialidade, Medicina Geral de Família e Comunidade, mas, como Oliveira *et al.* (2017) explicaram, o termo “Geral” foi incluído durante a relatoria da Lei no Congresso Nacional (p. 67), não se tratando da proposição de outra especialidade ou proposta de alteração da especialidade existente e registrada no país.

¹⁶⁵ Há inúmeras manifestações contrárias à criação da ADAPS por parte das associações e organizações sanitárias defensoras dos pilares constitucionais do SUS, como a da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/adaps-um-proposito-um-metodo-e-um-modelo-ao-proposito-da-privatizacao/63332/attachment/adaps-um-proposito-um-metodo-e-um-modelo-ao-proposito-da-privatizacao-2/>) e da Associação Brasileira de Nutrição (<https://www.asbran.org.br/noticias/criacao-da-adaps-ataque-ao-sus-em-meio-a-crise-do-coronavirus>).

¹⁶⁶ A ADAPS passou o ano de 2021 compondo quadro administrativo e o primeiro edital para médicos bolsistas data de 31 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://fs.ibfc.org.br/arquivos/441178074d3e9ea7eb7cbff13c735e34.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2023.

¹⁶⁷ Sobre o Programa Médicos pelo Brasil e comparações deste com o PMM, ver Costa, Carvalho e Macedo (2023) e Pinto, Oliveira e Soares (2022).

¹⁶⁸ Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549465717_978725.html Acesso em: 2 jul. 2023.

Detalho, a seguir, os editais do Programa Mais Médicos (PMM) e, no item subsequente, como a saúde indígena institucional constava nos editais de provimento de médicos para as áreas prioritárias do Programa Mais Médicos, adiando para o próximo capítulo um detalhamento desses grupos de médicos/as que atuaram em diferentes fases dos Projeto Mais Médicos para o Brasil.

2.2.1. Os editais de provisão de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil

O Programa Mais Médicos (PMM) foi constituído por três eixos: Formação, Infraestrutura e Provimento (PINTO, 2021, p. 226). Buscava-se não apenas medidas emergenciais frente ao problema da quantidade insuficiente de médicos/as, mas “formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2013a). O Programa, assim, incluiu novos regramentos sobre a expansão de vagas de graduação e residência médica e induziu os municípios a aderirem ao PMM e ao Requalifica-UBS – programa criado em 2011 para promover a reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com recursos do Ministério da Saúde (MS)¹⁶⁹. O PMM se popularizou, todavia, pelo provimento emergencial de médicos para as áreas e municípios prioritários, ação prevista no quarto capítulo da Lei n. 12.871/2013, intitulado “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB). Ou seja, o PMMB é parte do Programa, que não se resume ao provimento emergencial que trouxe médicos/as estrangeiros/as ao Brasil.

No provimento emergencial é prevista a contratação de médicos/as brasileiros/as, com ou sem diploma revalidado no país¹⁷⁰, e intercambistas isentados/as da revalidação. Segundo Ribas *et al.* (2019), vários fatores incidiram sobre o desenho desta medida emergencial contida no Programa, tais como: (i) políticas anteriores, como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)¹⁷¹ e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), insuficientes em realizar esse provimento na quantidade demandada; (ii) as desigualdades sociorregionais da distribuição da força de trabalho médica pelo país; e (iii) os dados do aumento das vagas de trabalho nos estabelecimentos de saúde, juntamente com a dificuldade no preenchimento das vagas médicas. Essas também foram as justificativas

¹⁶⁹ Segundo Pinto (2021) o Requalifica UBS teve seu orçamento triplicado no contexto do PMM.

¹⁷⁰ Para um profissional formado no exterior atuar como médico no Brasil é preciso ser aprovado no Revalida, que é um exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por instituições de educação superior estrangeira organizado pelo Instituto Nacional de estudos e Pesquisas educacionais Anísio Teixeira (Inep).

¹⁷¹ Programa do segundo mandato do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (1999-2002), envolvendo recrutamento de médicos com bolsa paga pelo MS, que não chegou a ultrapassar a marca de 200 médicos participantes (PINTO, 2021, p. 226).

apresentadas no texto de encaminhamento da proposta de MP 621/2013 pelos/as gestores/as da saúde à presidenta:

18. A escassez de médicos em diversas regiões se manifesta em análises realizadas sobre o mercado de trabalho [...] **entre os anos de 2003 e 2011**, para 93.156 egressos dos cursos de medicina foram criados 146.857 empregos formais. [...] Desse modo, é possível concluir que uma parcela significativa dos médicos recém-graduados já ingressa no mercado de trabalho com a possibilidade de exercer mais de um emprego formal (s/n).

[...]

29. Na primeira edição do Provac, apesar de uma demanda significativa dos municípios por esses profissionais, somente 381 médicos foram vinculados. Na segunda edição do programa, aderiram 2.838 municípios que solicitaram 13.862 médicos para atuar na atenção básica, sendo que apenas 3.577 médicos foram vinculados ao Programa para atuação em 1.260 municípios.

30. Ainda assim, mesmo com aumento importante na participação de médicos, permanece um número significativo de vagas ociosas, correspondendo a 74,2% da demanda inicial (BRASIL, 2013b, s/n, grifei).

Como descreveu Miguel¹⁷², que compunha a primeira equipe gestora do PMM no Ministério da Saúde, a quantidade de médicos necessária para suprir a atenção básica de saúde em todo o país – em torno de 14 mil, como descrito na citação acima – já demonstrava que somente um acordo com Cuba possibilitaria o preenchimento de todas as vagas (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020). Outro gestor da mesma equipe, Maurício, me explicou que a intenção era realizar uma política “*não predatória*” e que, portanto, preocupava-se em não promover uma grande saída de médicos/as oriundos/as de países que possuísem coeficientes de médicos/as por mil habitantes inferior ao do Brasil, respeitando as diretrizes estabelecidas no Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020). Assim, alguns convites foram direcionados a países da Europa e do norte da América, rendendo algumas centenas de vagas preenchidas.

Esse quantitativo ainda era pequeno frente à demanda e a gestão do PMM acionou a “celebração de instrumentos de cooperação com organismos internacionais” (BRASIL, 2013b, s/n) em um acordo envolvendo Cuba. Foi assim que nos primeiros nove meses do Programa, o Brasil recebeu aproximadamente doze mil médicos/as cubanos/as (FARIAS; MARTIN, 2017, p. 6). A vinculação desses/as médicos/as ao Programa Mais Médicos foi fruto do ajuste do 80º Termo de Cooperação Técnica para implementação do Projeto Ampliação do Acesso da

¹⁷² Como descritos em “convenções da tese” (p. 29), diante da manutenção de vínculo de alguns entrevistados com a administração pública, utilizarei pseudônimos ao mencionar as pessoas com as quais conversei, aplicando aleatoriamente nomes masculinos e femininos. Para auxiliar o leitor, os nomes que iniciam com “M” são de pessoas que atuaram a maior parte do tempo em secretarias do Ministério da Saúde outras que não a Secretaria Especial de Saúde Indígena.

População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que é um exemplar dos *state-like bodies* mencionados no início desta tese (Supra p. 27-28)¹⁷³.

O início das chamadas de profissionais por editais se deu no mesmo dia da publicação da MP n.621, em 8 de julho de 2013. A participação dos/as médicos/as formados/as no exterior como bolsistas do PMMB era condicionada a quatro fatores:

- 1) atuar exclusivamente no âmbito da Atenção Básica; 2) trabalhar em estabelecimento localizado nas áreas prioritárias definidas pelas regras do programa; 3) exercer a profissão por um período de três anos (prorrogável por mais um ano, caso haja interesse de todas as partes envolvidas); 4) atuar em locais onde nenhum médico formado no Brasil estiver atuando (RIBAS *et al.*, 2019, p. 53).

As áreas prioritárias do Programa eram as que continham os maiores percentuais de população em extrema pobreza nos municípios brasileiros. Analisando o texto de um Edital de 2015¹⁷⁴, são discriminados oito perfis de locais de atuação para serem indicados pelo/a profissional médico/a. Desses oito, cinco correspondem a “áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza”, sejam áreas de municípios pequenos, capitais ou regiões metropolitanas. Outros dois perfis referem-se a toda a abrangência do município, seja porque ele faz parte dos cem municípios que combinam baixa receita com alta vulnerabilidade social, denominados “G100”, seja porque possui 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza. Por fim, o “Perfil 8” direciona-se às “áreas de atuação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS)”. Ou seja, todas as equipes de todos os DSEIs eram consideradas prioritárias¹⁷⁵.

Com os fatores acima mencionados em operação, as vagas da saúde indígena institucional foram preenchidas, em sua grande maioria, por médicos/as cubanos/as e a realidade da falta de médicos/as do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) se alterou. Informada pelos estudos sanitários e antropológicos sobre o SasiSUS, discutidos na primeira

¹⁷³ Segundo consta em seu sítio eletrônico: “A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas [...] A OPAS está comprometida em conseguir que cada pessoa tenha acesso à atenção de saúde da qual precisa, com qualidade, sem ter que passar por dificuldades financeiras. Acesso em: 31 ago. 2020.

¹⁷⁴ Edital n. 02, de 15 de janeiro de 2015.

¹⁷⁵ Penso que da forma como Ribas (2016, p. 29) descreveu esses perfis dá a entender que os municípios que tivessem parte de seus territórios sobrepostos com Distritos Sanitários Especiais Indígenas também teriam todas as suas equipes da atenção básica contempladas, o que não se confirma na prática. Por exemplo, o DSEI Litoral Sul atua no município de São Paulo, nem por isso todas suas equipes foram contempladas.

parte deste capítulo, me interessei por entender quais teriam sido as adaptações necessárias do Programa Mais Médicos para sua operacionalização na saúde indígena. Assim, em um movimento metodológico parecido com o de Pinto (2021), entrevistei gestores/as envolvidos/as com o Programa, os/as quais o autor classificou como “Empreendedores do PMM”. Contudo, como apresento a seguir, meu foco, diferente do adotado pelo autor, foi a existência (ou não) de planejamentos e arranjos direcionados para a execução do PMM nas áreas indígenas, tema não trabalhado nas referências bibliográficas consultadas até o término desta tese.

2.2.2. Os/as cubanos/as e o Perfil 8 dos editais de chamamento de médicos/as

Como narrado anteriormente, o Programa Mais Médicos (PMM) foi uma política chave do final do primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff (2010-2014). Em escala, *“ao fim dos nove primeiros meses do Programa, tínhamos 12 mil médicos estrangeiros no país, 11 mil e poucos cubanos. Foi um programa que demandou muito esforço físico, burocrático, de gestão”*, me disse Miguel, um dos gestores responsáveis pela articulação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) com os municípios.

Para entender como se deu a implementação do PMMB na saúde indígena institucional, conversei com pessoas que à época estavam como gestores/as e técnicos/as em duas secretarias do Ministério da Saúde. Referente à Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SEGETS), entrevistei três pessoas que atuavam em seu Departamento de Provisão e Regulamentação de Profissionais em Saúde (DPREPS), criado naquele contexto de implementação do Programa para realizar as articulações (municipais, estaduais, nacionais e internacionais) necessárias para o provimento emergencial de médicos/as para todos os lugares do país. Já na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), entrevistei cinco pessoas que estavam vinculadas ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), setor responsável por “planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, assim como sua integração com o SUS” (BRASIL, 2023). Algumas dessas pessoas estiveram em ambas as secretarias, em distintos momentos de suas carreiras. Todas essas entrevistas foram realizadas entre 2020 e 2021.

Das oito pessoas entrevistadas, três são formadas em medicina e outras três identificam-se principalmente como sanitaristas. As outras duas possuem formações não diretamente relacionadas à área de saúde. Apenas uma das pessoas entrevistadas não estava em cargos de gestão durante seu envolvimento com o Programa, atuando no contexto apenas como técnica.

Metade das pessoas entrevistadas eram servidores públicos do Estado, independente do cargo ocupado naquele período.

A partir de um questionário semiestruturado, eu pedi que os/as entrevistados/as se apresentassem e contextualizassem sua atuação no PMM, suas impressões e experiências com os/as médicos/as cubanos/as e a interseção com a saúde indígena – não necessariamente nessa ordem (ANEXO 1). Ao realizar as entrevistas, eu solicitava indicações de pessoas que também teriam feito parte do processo para que, conversando com elas, pudesse ampliar o repertório de experiências e relatos sobre o tema a partir do ponto de vista de suas e seus agentes institucionais. O Programa em si demonstraria um vínculo entre elas, mas ao analisar as entrevistas em conjunto, foi possível notar também as várias relações pregressas. Como Miguel explicitou:

Entre a equipe que foi selecionada para o Mais Médicos foi um momento de muitos reencontros, com pessoas que a gente já tinha uma militância em outros momentos, pessoas que eu já tinha trabalhado em outras ocasiões. Por exemplo, quando eu fui coordenador, tive uma liberdade muito grande de montar equipes com perfis e pessoas que a gente já conhecia, então isso foi muito importante também para que o programa tivesse o êxito que teve (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020).

Segundo ele, o levantamento das pessoas que comporiam a primeira equipe do Programa foram pessoas que estavam no Ministério e que tinham certo alinhamento com a proposta, com “*uma capacidade de articulação e rapidez*”. Essa teria sido uma técnica para ter pessoas dispostas a fazer tudo que precisaria ser feito em um curto espaço de tempo.

Além de um pacto técnico, porque todo mundo sabia muito bem o que estava fazendo (tanto discutindo a atenção primária à saúde, quanto discutindo a formação médica, quanto discutindo os parâmetros internacionais e deficiências que o Brasil ainda apresentava naquela ocasião), existia um laço afetivo muito grande (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020).

Essa mescla entre pacto técnico e laços afetivos seguiu incorporada em outras cadeias de relações proporcionadas com a criação do Programa, devido uma vontade compartilhada pelos/as envolvidos/as de que o Mais Médicos vingasse – o que confirma o grupo de interesses intitulado por Pinto (2021) como “Empreendedores do PMM”. Na saúde indígena, por exemplo,

A Sheila ficou preocupada com quem seriam os supervisores¹⁷⁶ da saúde indígena. Não dava para aquele cara da cidade, da faculdade X, que não conhece, não faz a mínima ideia do que é saúde indígena, chegar lá e falar para o médico cubano o que tinha que ser ou não tinha que ser. Daí ela mobilizou a rede dela de médicos que conheciam minimamente a saúde indígena para a gente indicar os supervisores. A

¹⁷⁶ Sobre a supervisão dos bolsistas do Programa Mais Médicos atuantes na saúde indígena, ver infra p. 97.

gente indicava os supervisores da Saúde indígena. O Douglas [Rodrigues]¹⁷⁷ ajudou a indicar. A Samia foi indicada e virou tutora (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021).

De forma menos explícita, perceptível somente na junção das entrevistas, notei que os/as três médicos/as gestores/as que entrevistei se conheciam por terem feito residência juntos/as. Um/a deles/as fez mestrado com um/a dos/as sanitaristas. Apareceu com frequência nas falas dos/as gestores/as que “*a gente tinha profissionais maravilhosos lá, engajados mesmo. [...] Então eu vi pessoas muito bacanas lá dentro construindo o Programa*” (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020), e que “*tinham pessoas muito parceiras [...] e isso vai construindo as possibilidades de diálogo*” (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021), na mesma linha do que disse Miguel.

Essa vontade de que o PMM fosse bem-sucedido guarda relação com o fato dele não ter sido “*um programa que surgiu simplesmente da vontade política e eleitoreira*” (Miguel), abordado no início do subitem 2.2. Segundo Miranda, “*Ele surgiu com uma base de estudo, com um lastro. Não foi um programa exclusivamente político*”. Havia um planejamento de mudança no provimento de profissionais médicos baseado em novas diretrizes de formação, necessárias “*para a gente ter uma ampliação efetiva do acesso à saúde das pessoas*” (Sheila). Como Suelen explica:

Quando vem o Programa, já tinha muita coisa antes. As pessoas já conviviam com esse problema e tinham vontade de resolver isso [...] a ideia é que a gente conseguiria formar médicos em quantidade suficiente para as necessidades do nosso país. Esse é o ideal de planejamento de futuro [...] E aí tem a necessidade da estruturação da política da atenção básica, só que você tem uma formação profissional que não é voltada para que o profissional egresso trabalhe na atenção básica — inclusive é distante. **Foi o momento histórico** que propiciou que se colocasse em prática [o PMM], mas há anos sabia-se que tinha que mexer na formação. Então o grupo conseguiu alterar as Diretrizes Curriculares, por exemplo, para enfatizar a formação na atenção básica e o estímulo a novos cursos de medicina, mapeando os que existiam, as necessidades de cada local. Então é um conjunto de coisas, são eixos. Por isso ele [PMM] é belíssimo. Ele vai mexendo no problema [...] ele parte de um problema, que é a falta de médicos nos locais, e ele vai procurando as causas históricas para aquilo estar acontecendo. Então ele tenta estruturar essa parte da formação, porque o eixo emergencial ele tem que ser temporário — a longo prazo isso não tem que existir (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021, grifei).

O “eixo emergencial” citado são os provimentos por meio dos editais de adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. É Sabrina quem explicou sobre o entendimento de que a implementação desses “*planejamentos de mudanças*” foi uma “*janela de oportunidade*”, e por isso também houve empenho e dedicação para aproveitá-la (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021). O momento histórico se deu quando a Presidenta da

¹⁷⁷ Supra ct. p. 68.

República, junto com seu Ministro da Saúde, Alexandre Padilha¹⁷⁸, decidiu tornar esse o seu principal programa, em 2013, em resposta (i) às manifestações de junho, disseram alguns/as dos/as entrevistados/as, (ii) ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), enfatizaram outros/as, que se mobilizou na mesma época reivindicando médicos, (iii) e como estratégia de vencer as eleições do ano seguinte – o que, de fato, aconteceu.

A junção de urgências fez com que a implementação do Programa acontecesse de forma “*bastante rápida*” (Sheila), como todos narraram. Essa rapidez gerou uma série de dificuldades que, somadas aos boicotes e conflitos com a Comunidade Medicina Liberal (CML), que atuava fortemente em oposição ao projeto, tornava o contexto “*muito tenso*” (Suelen e Sérgio). Como disse Miguel, se não fossem os vínculos e a vontade das pessoas envolvidas de que a ação tivesse impacto, eles não teriam conseguido consolidá-la.

Então a gente começou o Programa desse jeito: com uma hiper necessidade de responder a necessidade da sociedade brasileira, de responder a uma agenda política que a gente tinha interesse e uma afinidade ideológica importante naquele momento, mas ao mesmo tempo a gente não tinha a mínima estrutura para isso. [...] A gente chegou a colocar duas médicas em Melgaço-PA, duas cubanas, onde antes só iam médicos de helicóptero de dois em dois meses. E nosso desafio era fixar esse profissional lá, dar estrutura de trabalho, que ele conseguisse cumprir 40 horas semanais, estudar etc. **Então era a congregação do sonho de décadas de muita gente.** Era isso que nos motivava. Nossa motivação era ter médicos onde precisava de médicos, e isso dentro de uma agenda corporativista que a gente não consegue vencer os médicos em qualquer queda de braços, e nessa a gente venceu – pelo menos por um tempo. Isso dava um componente político ao Programa, uma energia muito boa. “Nós vamos virar a página da falta de médicos nos grandes rincões do país”, essa era a nossa tatuagem. Lá, todo mundo tatuava isso (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020, grifei).

Com o baixo preenchimento das vagas pelos/as médicos/as brasileiros/as e estrangeiros/as que participaram dos primeiros editais, a grande maioria delas foi ocupada por médicos/as cubanos/as cooperados/as, através do que Miguel chamou de uma contratação dos serviços da “*empresa de medicina cubana*”, que se concretizou através do 80º Termo de Cooperação Técnica entre governo brasileiro e OPAS/OMS.

Como vimos no início deste subitem, a atuação de médicos/as estrangeiros/as sem revalidação do diploma no Brasil intensificou as contestações da Comunidade Medicina Liberal ao Programa. Além das campanhas científicas e publicitárias contra os/as intercambistas já mencionadas, “*o CFM fez aquela campanha, que eles sempre fazem, dizendo que os médicos*

¹⁷⁸ Segundo Pinto (2021), a maioria dos seus entrevistados valorizou a “capacidade de articulação política e rede de relações” de Padilha. Ele integrava a Comunidade Movimento Sanitário, com sua posição de que é o SUS, e não o mercado ou as organizações profissionais, que deve dirigir e regular a formação e provimento de médicos em função das necessidades da população (p. 213-214), e transitava bem nas instâncias políticas, tendo secretariado a pasta de relações institucionais antes de ser Ministro.

não tinham qualidade, até hoje tem fake news de que seriam médicos que não eram médicos, que viriam enfermeiros disfarçados de médicos” (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020), e contra os apoiadores e gestores do PMM: *“já existia uma perseguição nas redes sociais muito grande, na época era facebook, com um grupo chamado ‘dignidade médica’. Eles perseguiam a gente, faziam fake com a gente, convocavam pessoas para detonarem a gente no facebook”* (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020)¹⁷⁹.

Frente a essa situação, o perfil dos/as médicos/as pioneiros/as foi planejado pela equipe do Ministério e governantes cubanos/as, sendo que muitos/as desses/as pioneiros/as foram para a saúde indígena institucional:

Claramente naquele primeiro momento tinham pessoas muito preparadas, muito dispostas. Cuba escolheu, até por toda a tensão, profissionais muito experientes para virem ao Brasil naquele primeiro momento. Tinha pessoas com experiências incríveis de vida (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

As pessoas mais ligadas à SESAI com as quais eu conversei, como a Sheila, notaram o perfil, mas não planejaram ele¹⁸⁰. Há uma diferenciação clara entre os/as gestores/as das duas secretarias do Ministério da Saúde (SEGETS e SESAI) nesse aspecto. Com base na leitura da conjuntura que representantes do governo brasileiro e cubano fizeram, o direcionamento do perfil dos médicos teria sido o seguinte:

A gente impôs a Cuba que os caras que viessem primeiro tinham que ser “casca grossa”. Por quê? porque tinha uma guerrilha política muito forte. Então, os cubanos que viessem nas primeiras levas, eles tinham que vir para arrasar, para ser diferente de tudo que já aconteceu aqui. Fazer uma atenção primária como ninguém nunca viu. A primeira recomendação era que os médicos que viessem ao Brasil tivessem mais de 10 anos de exercício da medicina, que tivessem especialização em atenção primária, que eles já tivessem participado de pelo menos duas outras missões. Uma série de prerrogativas, inclusive algumas adaptadas à saúde indígena – que dentre esses, os mais experientes, que não fossem também tão idosos, eram os que eram destinados à saúde indígena (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020).

Maurício creditou essas adaptações do perfil dos/as selecionados/as ao governo cubano, concordando, entretanto, que elas eram benéficas para o Programa:

Eles fizeram isso porque sabiam que eram áreas mais vulneráveis, que tinha uma delicadeza de como o processo tinha que ser feito, o diálogo com essas populações. Para nós era bom. Nós achávamos interessante médicos com esse perfil, porque todo

¹⁷⁹ Gomes e Merhy (2017) descreveram que uma das estratégias das entidades médicas que se opunham ao Programa era lançar mão de “sua capacidade de regulação da atuação dos médicos” para ameaçar e coagir “médicos brasileiros envolvidos na gestão do Programa ou na supervisão dos médicos estrangeiros” (p. 1110).

¹⁸⁰ Fato também notado pelas pessoas que atuam no DSEI Amapá e Norte do Pará por mim entrevistadas.

mundo sabia que nas áreas indígenas também havia uma preocupação e havia um monitoramento maior (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020).

Com maior ou menor direcionamento do perfil dos/as médicos/as, havia uma preocupação com o preenchimento das vagas da saúde indígena institucional. Primeiro, porque alguns/as dos/as gestores/as com quem conversei trabalharam no Ministério com programas anteriores ao PMM de provimento de médicos/as, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), e acumularam um histórico de incompletude no preenchimento dessas vagas do Subsistema:

O que a gente sempre colocou de prioridade era conseguir profissionais para as comunidades indígenas. Eu lembro bem dessa situação do PROVAB que tinha mais de 34 distritos indígenas e a gente só estava conseguindo colocar médicos em dois. A gente sabia que esses distritos indígenas eram áreas bem mais isoladas, uma diversidade de povos indígenas muito maior do que as que estávamos colocando médicos [...] isso se traduz nos editais [do PMM]: **sempre estava lá o perfil 8, a lotação dos médicos em áreas indígenas** (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020, grifei).

O PROVAB já tinha vaga para a saúde indígena, mas nunca preenchia. A gente só tinha médicos pelo PROVAB na Paraíba, no Mato Grosso do Sul e no Ceará. Só preenchiam as vagas desses lugares. Com muita sorte, Manaus (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021).

Quando se pensou a política, obviamente se pensou nos distritos. A saúde indígena talvez seja o lugar com menos capacidade de fixação [de profissionais]. Não sei os dados exatamente, tem muitos lugares com dificuldade de provimento de profissionais, mas a saúde indígena classicamente não tem médicos, nunca teve. Então, no desenho do Programa, os DSEI foram contemplados, porque há uma demanda do movimento indígena, muito antiga, da gente ter os profissionais médicos dentro dos DSEI (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

Para além dessas experiências anteriores de políticas de provimento médico, as experiências pessoais pregressas do então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, também contribuíram para colocar a saúde indígena institucional em destaque. Seis, dos oito entrevistados, mencionaram a importância desse ator na priorização do SasiSUS no Programa Mais Médicos:

O Padilha particularmente tinha uma coisa muito forte com a saúde indígena. Ele já trabalhou no interior do Pará. Ele trabalhou na Funasa. Era bem próximo mesmo. Na época, tinha uma tratativa com a SESAÍ muito próxima, muito forte. Então a população indígena era uma das principais para garantir o acesso à assistência (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020).

Padilha foi coordenador da Funasa na área de malária e, antes de virar ministro, ele trabalhou muitos anos com os Zoé, povo do Pará. Ele foi o médico dos Zoé por muito tempo [...] tem a vantagem dessa sensibilidade em relação ao contexto, precisa ser diferente mesmo, ter um outro olhar (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

E o Padilha adorava, né Karine. O Padilha se formou e foi para o Pará trabalhar com os indígenas. Essa história ele contava para gente umas 500 vezes quando ele justificava o Mais Médicos, quando a gente o acompanhava nas palestras Brasil afora. Então para ele era sempre muito marcante (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020).

Para além do Mais Médicos, um/a dos/as gestores/as do Subsistema de Saúde Indígena fez faculdade com Alexandre Padilha e credita a essa relação o fato de ter se envolvido com o atendimento desses povos. Ele/a também explicou que a sensibilidade do Ministro ao tema trazia facilidades para o diálogo quanto às adaptações que se faziam necessárias. Um pouco antes da implementação do Projeto, “*da vinda dos médicos*”, a novata Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010 mas em pleno funcionamento a partir de 2012, estava sempre presente nas reuniões “*quase diárias*” de planejamento (Sabrina).

A SESAI entrou no desenho do projeto. Tinha o grupo do Ministério inteiro, e tinha um grupo interno da SESAI que discutia até se participaríamos mesmo da primeira fase [primeiros ciclos de provimento emergencial], e como seria isso. Nesse grupo do MS havia representantes de várias secretarias. No nosso, era o secretário, Dr. Antonio Alves, e todos os coordenadores (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021).

É isso, foi todo mundo meio pego de surpresa, o pessoal da SEGETS também, mas aí começaram as discussões, os desenhos. Começamos a conversar com todos os coordenadores dos DSEIs para avaliar as quantidades, mas tudo muito rápido, ainda mais pensando nesse contexto super diverso da saúde indígena (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

Frente a essa demanda de planejamento com base na quantidade de vagas para médicos/as, a SESAI não tinha – e continua não tendo, como visualizaremos no subitem a seguir – uma parametrização de suas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Isso significa que não estava consolidada a quantidade de médicos/as necessária para atender as demandas dos Distritos. Se, como vimos, na Estratégia de Saúde da Família e Comunidade há um modelo orientador (1 médico, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem e 5 ou 6 agentes comunitários),

A saúde indígena não tem isso definido até porque é uma coisa mais artesanal, os territórios são diferentes. Você vai lá para o Oiapoque, são sete mil pessoas, mas são sete mil pessoas divididas em X aldeias, em territórios espalhados. Nos Wajãpi tem...sei lá...180 aldeias¹⁸¹, 1600 pessoas, em 180 aldeias, e estão em um território com uma área de 600 mil hectares. Qual o desenho? qual a necessidade de saúde? De saúde não, de saúde é até melhor de pensar...mas qual a necessidade de atenção à saúde? O que é suficiente e o que não é? então essa é a primeira dificuldade, quantos médicos vão para cada lugar? Quantos médicos devem ir para cada DSEI? se eu não tenho desenho de equipe, historicamente falando, né, como que eu vou saber qual a necessidade adequada? E depois, às vezes eu tenho a necessidade, mas eu não tenho a estrutura (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

¹⁸¹ Atualmente, o DSEI Amapá e Norte do Pará contabiliza 144 aldeias ao todo, e não apenas do povo Wajãpi.

Esse cenário criou um paradoxo. Se por um lado o preenchimento das vagas do Subsistema foi priorizado, e a sensibilização do Ministro pela saúde indígena colaborava para dar visibilidade a essa pauta, por outro o Subsistema era um dos menos preparados para receber os/as médicos/as, como trato no subitem seguinte. Em acréscimo, a priorização vinha acompanhada de exigências políticas para a geração de impactos rápidos e positivos, como Miguel explicou anteriormente. Nesse contexto, entra em cena um segundo personagem muito citado nas entrevistas, com menos evidenciação de relações interpessoais com essas pessoas: o secretário Dr. Antonio Alves¹⁸².

Como me explicou Samuel, “*Doutor Antônio Alves é um cara com uma capacidade de articulação política ímpar e de diálogo com as lideranças indígenas ímpar também*” (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021). Suelen salientou que, nesse início, o secretário participava de todas as reuniões; e, Miranda, lembrou da presença dele no momento de chegada dos médicos em alguns Distritos, com a intenção de ganhar capital político com isso. Sabrina foi quem explicitou as consequências dessa presteza política:

No começo, a gestora não queria enviar os médicos para todos os distritos, porque ela tinha a pegada da galera do PMM [SEGETS] de que tinha que ter uma estrutura mínima para receber os médicos. Não queria enviá-los para locais muito desestruturados, porque sabia-se que na saúde indígena muitos locais não tinham nenhuma condição. E essa foi uma das brigas com o Antônio, porque o Antônio tinha essa visão de que os Distritos queriam receber os médicos, então tinha que mandar para tudo quanto é lugar que não tinha médico. [...] Mas o Dr. Antônio era meio complicado. **Ele era pouco comprometido com algumas coisas** (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021, grifei).

Na montagem do quebra-cabeça das entrevistas, foi possível perceber que esse pouco comprometimento com algumas coisas se relaciona também com o “*outro jeito de resolver as coisas*”, citado abaixo por Suelen, postura e prioridades que foram afastando-o dos/as gestores/as mais ligados/as à SESAI com os/as quais eu conversei. O que seriam essas coisas?

Havia uma pressão da gestão, inclusive federal. A presidência da república, a Casa Civil, não entendia por que a saúde indígena não queria mais [médicos]. Tinha uma pressão que a gente precisava colocar mais médicos, e tinha uma preocupação que isso não fosse de qualquer jeito. [...] E a condução da SESAI também foi outra coisa. O Ministro da Saúde tinha um pensamento mais parecido com a gente do que o Secretário, que tinha **outro jeito de resolver as coisas** (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021 grifei).

E ela conclui, “*é o jeito de fazer gestão. Quando você está na gestão, ou você faz daquele jeito, ou você percebe que está no lugar errado*”. Observo que alguns/as gestores/as

¹⁸² Para mais informações sobre esse agente, ver Benevides (2013).

seguiram trabalhando com o PMM e/ou saúde indígena a partir de outras inserções (tutoria, SEGETS, MS etc.), porque não concordavam com o jeito de resolver do Secretário da SESAI. Logo, algumas trocas de gestores/as ocorreram por solicitação dos/as próprios/as gestores/as, por motivações diferentes. Se por um lado, era inadmissível a alocação de médicos/as em locais em que eles/as não conseguiriam realizar as ações de Atenção Primária à Saúde (APS), o que, dentre outras coisas, repercutiria muito mal para o Programa, por outro a experiência de gestão como um todo era cansativa, porque a saúde indígena, institucional ou não, é muito pouco compreendida.

Eu sinto que não tinha [a diferenciação das políticas]. Apesar do Padilha ter trabalhado esse tema, de modo geral isso não está introjetado como uma necessidade, e isso acaba isolando o pessoal que defende a Amazônia. Tipo, “primeiro nós vamos resolver os grandes problemas e depois a gente vê essa questão diferenciada”. Então teve também um esgotamento, né, você fica ali trabalhando, trabalhando, e as pessoas cansam. Eu tenho um pouco essa sensação, mas não [cansam] de trabalhar com os povos indígenas, mas para estar na gestão tem que ter vocação (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

Envolvido com a saúde indígena institucional desde as discussões para a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), da qual ele virou o primeiro secretário, o lado “*articulador político*” do Antônio Alves sobressaía frente a outras questões cruciais para o Subsistema, tão caras aos/as seus/as idealizadores/as, como as diferenciações positivas preconizadas pela PNASPI (BRASIL, 2002). Pelo que entendi das falas, ele seria o tipo de gestor que quer primeiro que algo aconteça (mais vagas de médicos/as na saúde indígena institucional) para depois gerir os problemas relacionados à ação – que eram previsíveis antes dela ocorrer. “*Ele começou a centralizar as coisas, não repassar para o setor que as gerenciavam*” (Sabrina), e aqui encontrei mais uma peça de um quebra-cabeça que comecei a montar no mestrado:

[Antônio Alves] fez de tudo para se manter no poder a todo custo e é muito triste quando você começa a ver que aquilo que era para ser construído pelos indígenas, né, começa a ser deturpado em nome de[ele] se manter no poder. Por exemplo, houve um distanciamento da gestão da SESAI com as Universidades, em especial com o Projeto Xingu, para garantir que o Projeto Xingu, que o Douglas Rodrigues, não virasse secretário. Tem uma diretora aqui que eu vim trabalhar com ela [...] ela era malquista no gabinete da SESAI por ela ter proximidades tanto com o Ministro Alexandre Padilha quanto com o Projeto Xingu, com o Douglas, em especial, Douglas e Sofia (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021).

Quando fazia meu mestrado, junto à equipe do Projeto Xingu, Programa de Extensão da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), eram

recorrentes as reclamações sobre a falta de diálogo que meus/minhas interlocutores/as estavam experimentando após a criação da SESAI, como a que reproduzo abaixo:

Esses profissionais, envolvidos com os xinguanos há décadas, revoltam-se com o não reconhecimento que o Projeto experimenta atualmente. Dizem que trabalharam todos esses anos para parar de trabalhar, mas apenas quando o serviço pudesse ser assumido pelos indígenas. Orientaram e formaram representantes de quase todas as aldeias do Xingu para que aprendessem a se defender de nós, nossa política e burocracia, e ocupassem os cargos de gestão e atendimento em saúde indígena. Ao mesmo tempo, como já vimos, lutaram junto com os movimentos indígenas e indigenistas pela responsabilização do governo com a saúde desses povos. Como Helena [médica sanitária colaboradora do Projeto Xingu] disse-me em entrevista: Então a luta toda, mesmo nas conferências, era para que o Estado assumisse [a saúde dos povos indígenas] como uma política pública. Nosso sonho era não precisar depender de recursos externos, mas que o próprio Estado assumisse isso, como direito dos índios. Porém, com o sonho concretizado e as políticas públicas de saúde indígena formalizadas, a ajuda do Projeto à gestão tem sido repelida, e as parcerias que eram esperadas, uma vez que possuem um acúmulo de quase 50 anos de atenção à saúde indígena, não se realizaram (ASSUMPTÃO, 2014, p. 150-151).

Enquanto essa mistura de interesses, sonhos e engajamentos acontecia, acontecia também a chegada de vários/as médicos/as cubanos/as no Brasil, alguns/as atendendo ao “perfil 8 – Distritos Sanitários Especiais Indígenas”, citado por Maurício, constante nos editais de bolsa do Programa, e sendo lotados/as em áreas indígenas.

2.2.3. “*Imagina isso na saúde indígena?*”

Se por um lado, a equipe gestora do Programa, que não era da SESAI, foi aprendendo que era diferente discutir equipe de atenção primária à saúde para a “*periferia de João Pessoa e discutir em uma área indígena*” (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020), por outro, ela, que tinha milhares de médicos/as para acompanhar, resolvia essas diferenças, enfrentadas por algumas centenas deles, delegando à SESAI resolvê-las. Isso não alterava a condição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) serem prioridade – o que acelerava a chegada desses/as médicos/as nas aldeias frente a outras localidades –, nem uma série de regramentos gerais do Programa que precisavam ser ajustados para o Subsistema.

Maurício explicou que a SEGETS/MS perguntava quantos/as médicos/as seriam necessários/as, mas também “*por quê?*”, onde trabalhariam, ficariam hospedados/as etc. E essa era uma pergunta difícil da saúde indígena institucionalizada responder, porque “*a saúde indígena não tem isso definido. [...] às vezes há a necessidade, mas faltam outros elementos*” (Sheila). Com isso,

O primeiro desafio era saber quantos médicos mandar para cada lugar. Depois, se esses médicos iam conseguir entrar em área para trabalhar, e terceiro, como esses profissionais iam trabalhar no contexto da saúde indígena (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

Assim é que, munida de quais locais não possuíam médicos/as, a gestão precisava identificar quais Distritos conseguiriam recebê-los/as, contrariando um pouco as vontades de alguns/as coordenadores/as de DSEI que diziam: “*‘essa equipe precisa de médico’, e aí a gente ia ver não tinha lógica, porque o médico ia ficar junto com a equipe sem conseguir ir para a área* [problemas com a gestão do recurso público, como descrevo a seguir]. *Imagina trazer um médico do exterior, e ele ficar* [parado na sede administrativa] *no Distrito?*” (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021)¹⁸³.

Essas problemáticas eram avaliadas considerando também ser um programa nacional, vinculado a uma cooperação internacional.

Era tanta coisa [risos]. Era um acordo de cooperação com a OPAS para trazer esses médicos, tinha que ter garantia de transporte, o gestor tinha que estar lá para receber – porque estamos falando de uma pessoa que não tem raízes aqui no país –, tinha que ter um local para ele morar. Isso já era complexo dentro do município, incluso juridicamente, e nem todo coordenador dos nossos Distritos tinham condições de tomar todas essas providências. Então foi preciso casar as necessidades de cada localidade com quais Distritos tinham condições de fazer isso (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021).

À título de exemplo:

A saúde indígena tem um processo anterior. Não adianta só ter o profissional. Se não tiver carro, se não tiver barco, se não tiver hora-voo, eu não consigo colocar esse profissional para atuar. [...] Daí troca-se o coordenador do DSEI, aí quem entra perde o processo licitatório, esses processos são difíceis, ainda mais em áreas...que nem eu estava te falando do Vale do Javari, Atalaia do Norte-AM, as pessoas nem conseguiam entrar no pregão eletrônico, não tinha internet para entrar no pregão eletrônico (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

O “*pregão eletrônico*”, citado por Sheila, é fundamental para os contratos e serviços que fazem as unidades públicas funcionarem. Sem ele, uma unidade não funciona bem, e o risco de as equipes não terem condições de realizarem os deslocamentos para as aldeias indígenas aumenta. Foi assim que, em um primeiro momento, a gestão nacional da SESAI optou por lotar os/as médicos/as bolsistas do Programa em alguns Distritos, os que conseguiam garantir constância dos atendimentos nas comunidades indígenas. A intenção era fazer com que os/as primeiros/as médicos/as que chegassem fossem direto para as áreas, e “*ver como seria, ver*

¹⁸³ Com a virada gerencial do SasiSUS, descrita no item anterior, isso chegou a acontecer em alguns lugares, como em São Gabriel da Cachoeira-AM, em um período em que os médicos ficaram concentrados na cidade, conforme descreveu uma servidora da Funai local.

como garantiríamos instrumentos jurídicos para fazer nos outros locais” (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021).

Sabrina é outra gestora que relatou as dificuldades legais de adequar o Programa ao SasiSUS:

As regras do PMM e todos os decretos e portarias nem falavam dos DSEIs. Falava estados, municípios e DF. E isso dava muitos problemas burocráticos para a gente, sabe? A jornada de trabalho dos médicos era diferenciada [dos demais bolsistas do Programa¹⁸⁴], porque não tinha como não ser assim na saúde indígena, porque eles iam com a EMSI, entrava em área e não tinha nenhum respaldo legal para isso (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021).

Paralelo a esses desafios de quantos/as médicos/as e para quais distritos, vinham as questões específicas da relação dos serviços oficiais de saúde com os povos indígenas.

A gente teve muitas discussões dentro da Saúde indígena. A gente conversava sobre o impacto de levar um médico que não tem a contextualização da área indígena para estar nesses lugares. É um choque de realidade muito grande e precisa que esse profissional, antes de integrar uma equipe indígena, venha a entender o contexto (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021).

Para os profissionais entenderem o contexto, *“era preciso trabalhar as questões de saúde indígena com eles”*, e para trabalhá-las era preciso o envolvimento da SESAI. Portanto, a equipe técnica decidiu que seria benéfico realizar um acolhimento específico¹⁸⁵ desses/as médicos/as, em Brasília-DF, para transmitirem informações gerais sobre o contexto em que trabalhariam. Isso aumentou os vários percalços da saúde indígena institucional com os/as demais planejadores/as do PMM.

Quando começou, a gente pensou “precisamos primeiro fazer o acolhimento desses médicos”. E daí foi uma guerra também para conseguir fazer esse acolhimento. [...] eles [SEGETS] queriam colocar os médicos da saúde indígena junto com todo mundo, e a gente falava que precisávamos fazer um acolhimento específico. A gente pedia que os médicos que viriam para a SESAI viessem para Brasília, os médicos cubanos vinham para Brasília e a gente ficava com eles, tipo, três semanas (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021).

¹⁸⁴ Como mencionado anteriormente, a legislação do Programa previa que o regime de trabalho dos bolsistas seria de 32 horas semanais de atendimento e 8 de formação, mas as EMSI trabalham 40 horas semanais e com escalas em área que dificultava o cumprimento desses horários de estudo pelos bolsistas que atuavam na SASI.

¹⁸⁵ Esse acolhimento específico fazia parte do acolhimento mais geral. Conforme a Lei n. 12.871/2013, Artigo 14, os bolsistas do Programa Mais Médicos precisavam fazer aperfeiçoamentos, sendo que “§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica”.

Os/as gestores/as que eram da SEGETS reconhecem que alguns planejamentos iniciais tiveram que ser repensados devido às especificidades da saúde indígena institucional, dentre eles o do acolhimento. O tempo desse acolhimento é dito por uns/umas como sendo duas semanas, por outros/as três. As quantidades de médicos/as de cada acolhimento também são incertas. O que é certo de todas as falas dos/as gestores/as da SESAI com os/as quais conversei é que os primeiros dois grupos foram pequenos, entre 20 e 40 pessoas. Depois houve mudanças na gestão e o fluxo aumentou, seguindo em ritmo crescente até atingir 372 médicos/as atuando nos DSEIs. Deste momento em diante, ocorriam substituições e reposição de médicos/as nas vagas já existentes.

O conteúdo desse acolhimento específico para o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) começa a ser pensado com o Programa Mais Médicos em andamento, com algumas surpresas, ou “sustos”, como disse Sheila, para a equipe da SESAI, mas principalmente para os/as cubanos/as. “*A galera da SEGETS falou assim, beleza, vocês querem cuidar do médico de vocês? Então tá, organizem*” (Sabrina). Assim, a equipe da SESAI preparou o primeiro acolhimento às pressas.

Quando eles chegam, a gente organiza uma recepção da saúde indígena. E de última hora (foi muito de última hora) o pessoal tem a ideia de passar o documentário “O povo brasileiro”, do Darcy Ribeiro, e eles começam a ouvir falar sobre os Tupinambá, que eram canibais, e esses caras quando escutam vão ficando eriçados e com medo, e quando eles ouvem que vão todos trabalhar com indígena, eles começam, “mas a gente vai trabalhar na selva?”, “e as culebras?” Morrem de medo de serpente, incrível. Primeiro, foi uma má gestão. O PMM foi implantado de última hora, para dar uma resposta, tudo muito corrido, então a gente fez muitas trapalhadas. A gente recebeu eles muito mal (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021).

Eu lembro, por exemplo, que no encontro inicial com os cubanos eles falavam “meu Deus, a gente vai para a Amazônia? Está cheio de cobras!”, porque Cuba não tem cobra. Cuba é uma ilha. Levantaram várias dúvidas sobre trabalhar nesse contexto que é complexo e com dificuldades inerentes ao trabalho na área indígena. Estou na aldeia, a dez dias de barco, como eu faço para remover alguém? Não tenho sistema de comunicação. Eu tenho uma fragilidade do próprio profissional. Ele vai para a área com 200 litros de gasolina na caçamba do carro, e chega não tem onde ficar, tem que atar rede. Então foi complexo. Foi e é (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021).

Ou seja, os/as médicos/as cubanos/as direcionados/as pela gestão geral do Programa Mais Médicos para o primeiro acolhimento preparado pela SESAI não sabiam de antemão que atuariam em áreas indígenas. Isso ficava explícito ao se notar que todos/as possuíam nomes que começavam com a mesma letra do alfabeto. “*a primeira leva de médicos caíram de paraquedas na saúde indígena – era tudo com a letra A*” (Sabrina), “*a saúde indígena foi ordem alfabética, então todos os Juans estavam na saúde indígena [...] falava ‘Juan’ era médico da saúde indígena*” (Sérgio). Mesmo que a questão da ordem alfabética não tenha sido exclusividade da

saúde indígena institucional, como relatou Miguel ao comentar grandes dificuldades que a gestão geral enfrentou devido essa decisão de organizar os ciclos por ordem alfabética, era no Subsistema que isso ficava mais evidente. Como os primeiros grupos foram de poucos/as médicos/as, não eram pessoas somente com nomes que iniciavam com a mesma letra, mas que possuíam os mesmos nomes.

Quando você disse que queria falar comigo sobre o Mais Médicos, eu lembrei das listas. As listas chegavam e era uma confusão. Chegavam listas e listas de Excel e aí às vezes faltava um nome, e cadê esse nome? Onde está esse cubano? Está em área, não tá? [...] e vem lista e vai lista e essa coisa era muito difícil porque era tudo Juan! Era até difícil de gravar quem eram as pessoas (Sérgio, sala de reunião virtual, 4 de maio de 2021).

Um aspecto que Sérgio me chamou atenção, e que apareceu em quase todas as falas, é que aparentemente os/as cubanos/as não tinham noção do que seria trabalhar em um país com dimensões continentais como o Brasil, e poucos/as sabiam o que são os territórios indígenas brasileiros. Apesar de alguns/as terem feito missão na Venezuela, que possui floresta Amazônica em seu território, o país vizinho possui dimensões geográficas menores que o Brasil. “*Então, tinham peculiaridades no Brasil que também eram muito difíceis para eles*”, ressaltou Miguel, como trabalharem muito distantes de outros/as cubanos/as e sem possibilidade de comunicação com a família em Cuba. Como consta sintetizado na publicação da OPAS de 2018 intitulada “Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil”:

O conjunto dos relatos dos participantes no estudo implica em que quando se estabelece uma política de migração qualificada visando à contratação de profissionais de alta qualificação, como é o caso dos médicos cubanos intercambistas, é preciso ter em mente que **estes virão não apenas como profissionais médicos, mas sim como pessoas com necessidade de interagir socialmente, de apreender português, com costumes e hábitos diferentes, padecendo de saudades de seus familiares e parentes**. Alguns se envolverão emocionalmente com a população brasileira e poderão se apaixonar e casar. Poucos até poderão vir a falecer. Em resumo, quando se organiza um processo de migração qualificada organizada por Estados, não se deve ter a expectativa que a vida dos migrantes ficará em suspenso durante o período migratório em uma localidade específica (OPAS, 2018, p. 16, grifei).

No primeiro acolhimento da SESAI, buscou-se apresentar a realidade da saúde indígena institucional para esses/as médicos/as, com antropólogos/as e outros/as profissionais da saúde relatando os contextos de trabalho do Subsistema. Nisso,

Eles ficaram muito assustados. Muitos falavam “não, a gente não tem condição não”, “a gente não tem condição para ir pro meio da selva”, “eu não tenho condição de ficar dias e dias no barco”. Foi tudo bem difícil de organizar com eles, porque foi muito mal organizado por nós. A gente não perguntou quem tinha interesse em trabalhar na saúde indígena, a gente não teve nenhuma seleção de faixa etária ou condição física.

Querendo ou não, dadas localidades da saúde indígena você precisa ter uma condição física adequada. Por exemplo, uma pessoa que tem problema na coluna não consegue, não é possível, ficar horas e horas em um barco (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021).

Essa desorganização gerava desistências. Os/as gestores/as mais envolvidos/as com o Programa em nível nacional relataram maior rotatividade dos/as profissionais cubanos/as que trabalhavam nas áreas indígenas.

Então acho que nesse sentido pelo menos os 300 primeiros que foram [para a saúde indígena institucional] em geral eram perfis de profissionais mais experientes, mas a gente também teve um pouquinho mais de rotatividade nessas áreas do que nas outras áreas. Tinha uma questão de não aguentar de saudades de Cuba (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020).

Essas questões quanto às particularidades do trabalho no Brasil e com as populações indígenas foram sendo trabalhadas pela equipe gestora do PMM, inclusive após a reeleição da Dilma, como Miguel explicou sobre “*aparar as arestas*” do Programa com o início do segundo mandato. Entretanto, como os primeiros ciclos foram próximos um do outro, chegando a mais de 11 mil médicos em 9 meses, os ajustes para a saúde indígena institucional tinham um ritmo acelerado. A equipe gestora da SESAI atuou, então, para mudar principalmente a escolha de quem seria lotado nos Distritos.

No segundo ciclo, que era um mês depois (o primeiro foi em agosto, o segundo em setembro [de 2013]), a gente fez um movimento melhor e foi bem mais legal, bem mais integrante. Conseguimos que quem se interessasse pela saúde indígena viesse com o interesse lá de Cuba. A gente priorizou um pouco os homens, pela facilidade dos deslocamentos, que as cubanas não se sentiam à vontade, e tudo isso. E daí eles ficaram hospedados na ENAP, e nisso a gente fez uma recepção pra eles. A gente organizou um almoço, com comidas brasileiras, fizemos um churrasco com eles. Nunca mais esqueço, foi uma experiência pra mim, nesse âmbito intercultural, que eu aprendi demais com eles (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021).

Nesse segundo acolhimento houve diversos/as convidados/as, aulas sobre antropologia, sobre epidemiologia ligada ao contexto dos povos indígenas, e teve também uma visita à Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) de Brasília, para que eles/as tivessem contato com esse espaço, soubessem que a CASAI é utilizada pelos pacientes encaminhados para referências de média e alta complexidade.

Depois dessa acolhida, os/as bolsistas do programa seguiam para seus locais de trabalho com a tarefa de realizarem cursos de aperfeiçoamento para atuarem no SUS. Conforme a Lei n. 12.871/2013, o aperfeiçoamento para a atuação no SUS dos/as médicos/as participantes do provimento emergencial estava vinculado à participação e aprovação deles/as em cursos de especialização. Oliveira *et al.* (2017) informam que a especialização era em Saúde da Família,

ofertada na modalidade ensino à distância, por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) (p. 62). Para os/as médicos/as lotados nos DSEIs, foram organizadas especializações em saúde indígena institucional, com aproveitamento de um curso da UNIFESP de Especialização em Saúde Indígena, ofertado desde 2010.

Quando a gente começou a participar do Programa Mais Médicos, pensamos “não vai ter condições deles fazerem parte da formação normal”, porque era uma universidade do Rio Grande do Sul, que cobrava presença, e não teria nenhuma condição deles conseguirem participar. Então o argumento era esse, de conteúdo, mas também de modelo. Sheila e o pessoal do Projeto Xingu também não queriam assim. O pessoal da UNIFESP estava muito interessado em ficar mais próximo dos médicos, porque eles sabiam que ia ser uma revolução na saúde indígena. Essa especialização [de saúde indígena] mesmo, a gente negociou muito. Ela foi e voltou. Acho que ela foi finalizada quando a Sheila nem era mais chefe. Quando finalmente conseguimos começar, já era até a Samanta (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021).

Sabrina me disse que muitos/as cubanos/as não entendiam direito o “por quê” de precisarem fazer esses cursos, já que eram formados/as em medicina há anos, experientes etc. De todo modo, os/as que foram para as áreas indígenas enfrentaram um “*plus de dificuldade*” (Sérgio) para cumprir as formações e ser supervisionados/as – não ter acesso à internet, ter escala de trabalho de 32 horas, mas a EMSI se deslocar para cumprir 40 horas, entre outros.

Durante todo o período de trabalho os bolsistas eram supervisionados/as e tutorados/as por médicos/as com registro do diploma no Brasil. Conforme os primeiros normativos do Programa¹⁸⁶, os/as tutores/as eram professores/as indicados/as pelas universidades federais aderentes ao PMM, as quais eram responsáveis por “ofertar cursos de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos/às médicos/as participantes [bolsistas, supervisores/as, tutores/as]”¹⁸⁷. Já os/as supervisores/as podiam ser profissionais médicos/as¹⁸⁸ não vinculados/as a instituições de ensino, pois suas atribuições eram mais relacionadas ao acompanhamento das atividades dos/as bolsistas e fiscalização do cumprimento dos trabalhos. Planejava-se um/a tutor/a para cada dez supervisores/as, e um supervisor/a para cada dez médicos/as. Os/as supervisores/as deviam fazer visitas periódicas aos/às médicos/as, com regularidade mensal.

O problema era conseguir realizar as supervisões de fato. O modelo de supervisão advinha do PROVAB e previa reuniões semanais e visitas mensais dos/as supervisores/as aos serviços em que os/as médicos/as estavam atuando. “*imagina isso na saúde indígena?*”,

¹⁸⁶ Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/legislacao>. Acesso em: 2 jul. 2023.

¹⁸⁷ Portaria Normativa n. 14, de 9 de julho de 2013.

¹⁸⁸ Na Renovação do Programa Mais Médicos no atual governo Lula, esses supervisores poderão ser profissionais da saúde não-médicos, conforme redação dada pela Medida Provisória n. 1.165/2023.

exclamou Sabrina (Sabrina, Brasília, 8 de fevereiro de 2021). Como dito anteriormente, o PROVAB alcançava menos de 5 dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Nas demais localidades, em especial na Amazônia legal, não havia experiência efetiva desse tipo de supervisão. Como disse Sabrina, esse modelo de supervisão não funcionava na prática do Subsistema e *“o Ministério Público ficava em cima, porque não estava acontecendo a supervisão e a especialização como tinha que ser”* (Sabrina). A gestora complementa, *“daí teve uma oficina em Brasília para adaptar o manual de supervisão, e depois o modelo de supervisão do PMMB na saúde indígena foi inclusive usado para outras situações, quando eles viram que não era só na saúde indígena que não dava para seguir o modelo [anterior]”* (Sabrina).

Mesmo com essas adaptações, *“não foi fácil”*, como diziam alguns/as dos/as gestores/as. O contexto da saúde indígena institucional é bastante complexo, mas a realidade fica ainda mais complexa com a inconstância da gestão da política. Com as trocas na gestão da SESAI, ocorridas no momento de implementação do Programa, algumas modificações operacionais ocorreram: o Subsistema recebeu centenas de médicos/as, dobrando o número de vagas disponíveis para o perfil 8 a partir do terceiro edital/ciclo para ingresso no PMMB, que ocorreu em novembro de 2013¹⁸⁹, e os acolhimentos de saúde indígena passaram a durar apenas um período de um dos dias da programação de recepção dos/as bolsistas. Os diálogos entre as Secretarias diminuíram e se tornaram mais difíceis, como explicou Sabrina.

Com o Golpe de 2016¹⁹⁰ e o esvaziamento da agenda, o Programa passou a ser uma pauta tocada como uma questão de Recursos Humanos (RH), como comentam os/as entrevistados/as que seguem acompanhando a saúde indígena institucional, mas não necessariamente na interseção com o PMM.

Apesar de todas essas ocorrências acima relatadas, as médicas e médicos cubanos/as foram para todos os Distritos e atenderam todas as comunidades indígenas assistidas pelo Subsistema de Saúde Indígena (OPAS, 2018). Isso porque, como disse Miguel, *“tanto os cubanos quanto nós bancamos o desafio”* (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020). Como dito anteriormente sobre os/as gestores/as, os/as cubanos/as também estavam dispostos/as. Antes do Programa virar uma questão de RH, ele era repleto de pessoas dispostas a concretizá-lo.

Eu entrei numa aldeia Kulina totalmente de recente contato, praticamente ninguém falava português, em Santa Rosa do Purus, que só chega de avião ou por volta de 4

¹⁸⁹ Edital SGTES/MS n. 63, de 27 de novembro de 2013 (3º ciclo).

¹⁹⁰ Supra p. 29.

dias de barco na cheia do rio e muito mais tempo de barco na época da seca. Daí a gente entrou com seis médicos cubanos, e eles querendo entender um pouco da língua também, um calor de rachar, quase passei mal, muito pium em tudo quanto é lugar, condições radicais. E **essa coisa missionária** de vamos lá, vamos encarar isso, vamos levar saúde, vamos aprender a língua. **Eu fiquei admirado com a disposição deles.** Ficamos 3 dias na aldeia Kulina, alguns começaram a fazer o atendimento, mas [nossa viagem] era muito mais para apresentá-los. Ficamos numa casinha de madeira, bem simples, que foi o que a saúde indígena conseguiu para eles, porque na cidade não tinha casa de alvenaria, e aquilo ali me marcou, porque mesmo assim, mantinham uma disposição, mesmo com saudade da família também (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020, grifei).

Essa disposição, muito diferente de ser uma característica individual, se fazia presente enquanto uma característica coletiva desses/as médicos/as, que descrevo no capítulo 3. Antes, contudo, de adentrarmos nos registros e relatos da interação desses/as profissionais com a população brasileira e indígena, faço alguns apontamentos sobre os dados quantitativos da presença de médicos/as em áreas indígenas, visto que tais dados foram bastante enfatizados por aqueles/as que buscavam mostrar a efetividade do provimento emergencial proporcionado pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

2.2.4. Sobre dados quantitativos do Programa Mais Médicos na Saúde Indígena

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) conseguiu prover médicos/as para os trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas durante todo o período em que esteve em operação, mesmo em seu apogeu após o Golpe de 2016. Conforme Ribas (2016), que avaliou os resultados do PMMB até o início do segundo semestre de 2015, 60% dos/as médicos/as do PMMB que atuaram nos DSEIs foram alocados na região Norte, que concentra 56% dos DSEIs do Brasil (p. 66). No mesmo período, dos 358 médicos atuantes no Subsistema de Saúde Indígena, apenas 5% eram brasileiros/as, enquanto 88% eram cubanos/as e 7% de outras nacionalidades (p. 69).

Diferente do que foi verificado na maioria dos perfis de alocação dos/as médicos/as contidos nos editais do Programa¹⁹¹, os “DSEIs” apresentaram idades médias elevadas dos/as bolsistas neles alocados/as, devido ao preenchimento de suas vagas ser majoritariamente de médicos/as cooperados/as. Na saúde indígena institucional, especificamente, apenas 16,2% dos/as bolsistas eram mulheres, enquanto os demais perfis apresentaram 55% ou mais de médicas (p. 70). A questão da idade mais elevada era uma característica comum dos/as médicos/as cubanos/as que participaram dos primeiros ciclos/editais, os/as quais foram

¹⁹¹ Sobre os perfis dos editais do Programa, ver supra p. 104.

escolhidos/as por serem “*casca grossa*”, como vimos no subitem anterior. Porém, o número reduzido de mulheres na saúde indígena institucional era diferente dos dados gerais da cooperação Brasil-Cuba, uma vez que de 2013 a 2017 o número de médicas cubanas no Brasil foi quase o dobro do de homens (6.937 homens e 11.283 mulheres) (OPAS, 2018).

O número reduzido de médicas era algo estranho aos/às gestores/as da SESAI com os quais conversei, pois há na saúde indígena institucional demandas relacionadas à saúde que poderiam ser facilitadas com uma profissional do sexo feminino atendendo nas comunidades indígenas. Foram dois gestores do PMM, da SEGETS/MS que me explicaram que entre as prerrogativas que passaram a adaptar para a saúde indígena estava a de “*tirar as mulheres*” dos DSEIs, “*a não ser nos DSEIs urbanos, onde permaneceram algumas*” (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020). Sem maiores detalhes, Miguel mencionou que “*o assédio era muito grande com elas*”, que as primeiras médicas lotadas nos Distritos acionaram bastante a equipe gestora do Programa. Ele e sua equipe perceberam condições distintas de trabalho para essas mulheres e os homens nos mesmos Distritos.

O ritmo dessas avaliações e decisões foi acelerado e, pela discrepância entre a percepção dos gestores da SEGETS e da SESAI, pouco debatido ou reavaliado. Uma vez que “*lá pelo terceiro ciclo já não precisava mais*” preencher vagas ociosas da saúde indígena, que era uma demanda pequena e rapidamente atendida pelo PMMB, “*a gente começou a fazer algumas substituições: tiramos os mais velhos, colocamos os mais jovens; tiramos as mulheres e colocamos os homens; colocamos em duplas, para não deixar os caras sozinhos, que eles reclamavam*” (Miguel). Essas adaptações são perceptíveis no aumento do número de médicos/as lotados/as nos DSEI de 2013 para 2014 (Gráfico 1).

Em uma publicação sobre os resultados da pesquisa de opinião desenvolvida pelo Grupo Opinião Pública, Marketing Político e Comportamento Eleitoral da UFMG sobre o Programa Mais Médicos, Fontão e Pereira (2019) escreveram sobre a saúde indígena institucional e mencionaram que “Segundo dados da SESAI, em 2 anos foram incorporados por meio do programa 339 médicos nos 34 DSEIs. Isso significa um crescimento de 79% em relação à quantidade de médicos que trabalhavam nesse órgão em agosto de 2013” (p. 172). Mais adiante, analisaram os resultados da pesquisa realizada com pessoas indígenas,

Adicionalmente, 28% dos entrevistados do perfil de comunidades indígenas afirmaram ter ficado mais de 1 ou 2 anos sem médico. [...] Esses dados sinalizam que, apesar do quantitativo médico em DSEI ser numericamente pouco significativo no número total de participantes do programa [Mais Médicos], representando somente 1,8% do total em agosto de 2015, é nesse território que o programa atinge de forma mais expressiva o seu objetivo original de prover médicos em regiões com escassez ou ausência desse profissional (FONTÃO; PEREIRA, 2009, p. 181).

A partir de um documento interno da SESAI intitulado “Contextualização do Programa Mais Médicos na Saúde Indígena” (BRASIL, 2019b), repassado a mim por um/a dos/as entrevistados/as, somado às informações que obtive pela Lei de Acesso à Informação, observo que dos 543 médicos em atuação na saúde indígena até 2018, 341 seriam provenientes do Programa:

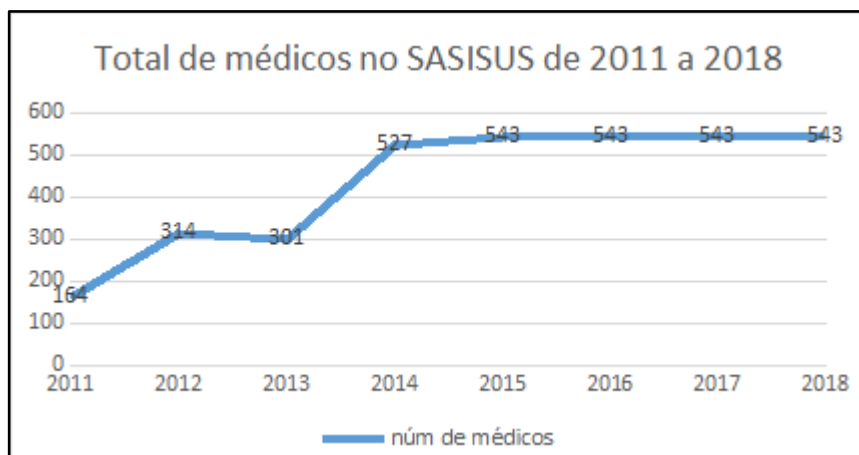


Gráfico 1. Total de médicos no SASISUS de 2011 a 2018 (Fonte: BRASIL, 2019b).

QUANTIDADE DE MÉDICOS ATUANTES NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

UF	DSEI	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AL	ALAGOAS E SERGIPE	4	3	7	7	7	7	6	6
PA	ALTAMIRA	4	4	4	4	5	5	5	5
AC	ALTO RIO JURUÁ	4	7	11	12	9	13	13	12
AM	ALTO RIO NEGRO	4	15	23	21	17	15	18	18
AC	ALTO RIO PURUS	4	3	9	9	10	9	9	10
AM	ALTO RIO SOLIMÕES	3	13	22	21	19	25	28	25
AP	AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	2	4	6	7	7	9	9	9
MT	ARAGUAIA	3	3	4	4	5	5	4	4
BA	BAHIA	12	6	18	18	18	20	18	19
CE	CEARÁ	0	4	5	4	5	6	5	6

MT	CUIABÁ	6	2	8	7	10	10	10	10
PA	GUAMÁ-TOCANTINS	3	5	8	7	7	7	9	7
SC	INTERIOR SUL	0	13	13	13	12	14	15	14
MT	KAIAPÓ DO PARÁ	4	4	4	4	4	4	3	4
PA	KAIAPÓ DO MATO GROSSO	3	3	6	6	6	5	7	5
RR	LESTE DE RORAIMA	2	11	17	17	18	18	15	18
PR	LITORAL SUL	0	7	7	7	7	7	6	6
AM	MANAUS	3	10	14	13	13	13	13	12
MA	MARANHÃO	7	6	18	17	21	20	21	21
MS	MATO GROSSO DO SUL	0	11	11	11	10	11	11	10
AM	MÉDIO RIO PURUS	2	4	7	7	7	3	7	7
AM	MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	3	9	12	12	11	11	12	11
MG	MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	0	5	5	5	6	5	6	6
AM	PARINTINS	5	6	11	13	12	12	10	13
PE	PERNAMBUCO	5	6	12	13	14	14	14	13
RO	PORTO VELHO	4	5	10	10	11	7	10	11
PB	POTIGUARA	0	1	4	6	6	7	7	5
PA	RIO TAPAJÓES	5	3	8	9	11	11	11	11
TO	TOCANTINS	4	2	6	8	10	10	8	10
AM	VALE DO JAVARÍ	0	5	5	5	6	6	6	6
RO	VILHENA	3	0	4	3	4	3	4	4
MT	XAVANTE	5	3	10	10	9	10	10	10
MT	XINGU	4	2	6	5	6	6	6	6
RR	YANOMAMI	6	8	14	17	16	13	16	11
TOTAL GERAL		114	193	329	332	339	341	352	345

Tabela 4. Médicos bolsistas do Programa Mais Médicos atuantes na saúde indígena (Fonte: SESAI-FalaBR, 2021).

QUANTIDADE DE MÉDICOS ATUANTES NO CONVÊNIO											
UF	DSEI	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AL	ALAGOAS E SERGIPE	12	12	12	12	5	4	5	6	5	3
PA	ALTAMIRA	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0
AC	ALTO RIO JURUÁ	6	6	4	0	0	0	0	0	0	0
AM	ALTO RIO NEGRO	6	6	5	0	0	3	2	3	2	3
AC	ALTTO RIO PURUS	5	5	2	0	0	0	1	0	0	0
AM	ALTO RIO SOLIMÕES	12	12	10	0	0	7	7	6	6	6
AP	AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	4								0	0
MT	ARAGUAIA	4	4	3	3	3	3	1	0	0	1
BA	BAHIA	23	23	23	23	16	16	10	10	8	8
CE	CEARÁ	14	14	14	14	12	13	12	13	11	11
MT	CUIABÁ	5	4	2	2	0	0	0	0	1	2
PA	GUAMÁ-TOCANTINS	3	5	4	12	5	4	5	6	2	2
SC	INTERIOR SUL	35	29	31	31	24	24	26	25	23	24
MT	KAIAPÓ DO PARÁ	3	3	3	3	0	0	0	0	0	1
PA	KAIAPÓ DO MATO GROSSO	2	2	2	2	0	0	1	1	0	2
RR	LESTE DE RORAIMA	11	11	5	5	2	3	4	6	5	5
PR	LITORAL SUL	10	17	22	22	21	20	20	20	20	23
AM	MANAUS	8	8	6	6	5	4	3	2	2	3
MA	MARANHÃO	12	12	6	6	3	3	3	2	2	2
MS	MATO GROSSO DO SUL	38	38	35	35	27	28	29	25	19	20
AM	MÉDIO RIO PURUS	3	3	3	3	1	1	0	0	0	0
AM	MÉDIO RIO	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1

	SOLIMÕES E AFLUENTES										
MG	MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	23	23	17	17	15	17	18	7	17	15
AM	PARINTINS	4	4	3	3	0	0	0	0	0	0
PE	PERNAMBUCO	19	19	19	19	11	12	9	7	7	6
RO	PORTO VELHO	4	4	3	3	0	1	1	1	1	1
PB	POTIGUARA	4	4	4	4	2	2	1	1	1	1
PA	RIO TAPAJÓES	6	6	6	6	2	1	2	2	1	0
TO	TOCANTINS	7	7	5	5	1	1	1	1	0	0
AM	VALE DO JAVARÍ	4	4	4	4	3	2	1	1	0	0
RO	VILHENA	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5
MT	XAVANTE	6	6	6	6	2	0	0	1	0	3
MT	XINGU	3	3	3	3	1	1	0	0	0	1
RR	YANOMAMI	8	8	5	5	6	6	5	3	2	2
DF	CASAI DF	0	2	1	1	0	1	1	1	0	0
TOTAL GERAL		314	314	277	263	171	182	173	155	141	151

Tabela 5. Vagas pactuadas para médicos no SasiSUS, por tipo de vínculo (Fonte: SESAI-FalaBR, 2021).

Pelos dados disponíveis nas tabelas 4 e 5, é possível perceber que em 2018, último ano da cooperação Brasil-Cuba, havia 496 médicos/as atuantes no Subsistema, juntando contratados pelas conveniadas (155) e bolsistas do Programa (341), e não 543 como totalizado no Gráfico 1, retirado de documento igualmente produzido pela SESAI. Como minha solicitação foi sobre a quantidade de vagas e de contratações de médicos por tipo de vínculo e por DSEIs, era esperada a totalidade dos/as médicos/as atuantes no Subsistema nessas tabelas-resposta recebidas. Com as informações que disponho, não é possível saber a razão da diferença de 47 médicos/as.

No documento “Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS” (BRASIL, 2019c), esses números ganham uma terceira variável: “Importante constatação foi o impacto positivo da implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), iniciado em 2013. Dos 543 médicos em atuação na saúde indígena, 372 (68%) são provenientes desse Programa”

(p. 15). O quantitativo de 372 médicos/as seria maior do que a somatória de cada ano de todos os anos apresentados na Tabela 4. Somando 372 (PMMB) com 155 (conveniadas) totalizando 527 médicos/as atuantes no Subsistema, e não 543.

Outra inadequação nos dados recebidos é a “tarja preta” na linha do DSEI Amapá e Norte do Pará. A justificativa apresentada nos documentos enviados pela SESAI em resposta ao meu pedido de acesso à informação foi de que o “Dsei Amapá e Norte do Pará não possuía trabalhadores contratados por meio de convênio nos anos de 2011 a 2017, o meio de contratação foi por processo seletivo simplificado onde o acompanhamento era feito por quantitativo e não por categoria profissional”. A diferença no número de médicos poderia se dar por conta desse apagão nos dados desse DSEI. Ainda assim, teriam que ser 47 médicos/as, o que não condiz com as quantidades médias dos outros Distritos, nem com os relatos da região, apresentados no capítulo 4. Quando somada às outras profissões, essa tarja preta dos dados sobre o Amapá vira uma caixa preta (Tabela 6).

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	DSEI	AMAPÁ E NORTE DO PARÁ									
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
SUPERIOR	ASSISTENTE SOCIAL	4								2	2
MÉDIO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM										
MÉDIO	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	6								3	4
SUPERIOR	BIÓLOGO										
SUPERIOR	CIRURGIÃO DENTISTA	7								1	7
SUPERIOR	EDUCADOR EM SAÚDE										
SUPERIOR	ENFERMEIRO	22								10	28
SUPERIOR	ENGENHEIRO CIVIL / ENGENHEIRO SANITARISTA	2								1	1
SUPERIOR	FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO	4								4	3
SUPERIOR	FISIOTERAPEUTA / TERAPEUTA OCUPACIONAL										1
SUPERIOR	GEÓLOGO	1									1
SUPERIOR	MÉDICO	4									
SUPERIOR	NUTRICIONISTA	2								1	3
SUPERIOR	PEDAGOGO										
SUPERIOR	PSICÓLOGO	1									1
SUPERIOR	QUÍMICO										
MÉDIO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	70								64	83
MÉDIO	TÉCNICO DE LABORATÓRIO/ MICROSCOPISTA	3								2	2
MÉDIO	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL										
MÉDIO	TÉCNICO PRÓTESE DENTÁRIA										
MÉDIO	TÉCNICO SANEAMENTO / TÉCNICO DE EDIFICAÇÕES / TÉCNICO EM QUÍMICA / TÉCNICO ELETROTÉCNICO/ TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	5								1	5
TOTAL POR ANO		284	0	0	0	0	0	0	0	251	312
PM	MÉDICOS DO PROGRAMA	0	0	2	4	8	7	7	9	9	9

Tabela 6. Vagas preenchidas no DSEI Amapá e Norte do Pará, por categoria profissional (Fonte: resposta da SESAI à minha solicitação de acesso à informação feita em 03/2021).

Se a SESAI não acompanha o número de profissionais das EMSI conforme a divisão deles nessas equipes, mas sim por totais, e não possui quase nenhum dado de um dos trinta e quatro distritos, todos os seus acompanhamentos mais gerais, como o do gráfico 1, ou se baseiam em dados não compartilhados com os cidadãos pelo portal de transparência ou ficam comprometidos.

Outro aspecto a ressaltar: caso a Tabela 4, fornecida a mim pela SESAI, esteja correta sobre o quantitativo de médicos/as atuantes no Subsistema em 2011 e 2012, como seu título faz crer, haveria médicos em todos os distritos antes da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que se deu em 2013, e em alguns lugares em 2014. Mas não era o caso, pois como o sanitarista Diego Silva (2017) salienta em sua dissertação de mestrado sobre o PMM no Amazonas, “Cabe registrar que segundo o Ministério da Saúde é a primeira vez na história em que há médicos em todos os DSEIs do país” (p. 38).

No documento da SESAI (BRASIL, 2019b) que contextualiza o PMMB na saúde indígena institucional há pistas de que essas informações estão equivocadas. Ao tratar sobre os atendimentos médicos, consta que

A partir de 2013, há um aumento substancial do registro de consultas médicas no sistema, sendo que, **nesse ano, os 164 profissionais dessa categoria** realizaram 9.264 consultas, enquanto em 2018 foram realizadas 391.468 consultas pelos 543 médicos trabalhadores do SASISUS. Com isso, o número de consultas médicas foi elevado em 4.126%, comparando-se 2013 e 2018 (s/p, grifei).

A falta de clareza dos dados dificulta a compreensão do Subsistema. As inconsistências nas informações fornecidas pela SESAI, somadas às células em branco e à caixa preta do DSEI Amapá e Norte do Pará, colocam em suspeição todas as informações que dali emanam, como: totais de profissionais, totais anuais etc. Sendo dados enviados a uma pesquisadora – que se identificou como tal – por meio oficial de obtenção de dados, chama a atenção o descuido para com as informações repassadas às cidadãs e cidadãos e com a pesquisa voltada para a saúde indígena institucional que, segundo a PNASPI (BRASIL, 2002), deveria ser acompanhada pelo órgão.

Considerando, entretanto, que o documento interno da SESAI sobre o PMMB no Subsistema (BRASIL, 2019b) tem outros dados sistematizados, constam ali algumas considerações interessantes sobre a presença de médicos/as nas equipes. A partir do indicador bruto de consultas realizadas (o salto de 9.264 para 391.468 consultas), observa-se que

O indicador de número de consultas possui uma importante limitação, pois não demonstra a abrangência da população atendida. Por isso, também foi analisada a

cobertura de assistência médica por aldeia indígena. Encontrou-se que, em 2013, foram registradas consultas médicas em 1,9% das aldeias, enquanto, em 2018, esse percentual sobe para 47,6%. Assim, observa-se que, desde a implantação do PMMB, houve uma ampliação substancial na cobertura de assistência médica nas aldeias indígenas, sendo que, no último ano, 2.692 aldeias tiveram registros de consultas médicas. (BRASIL, 2019b, s/n).

A partir de tais dados é possível, portanto, afirmar que o Programa Mais Médicos alterou o acesso ao atendimento médico em comunidades indígenas atendidas pelo Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS). Os efeitos disso são diversos e dão conta também da dinâmica mais geral do atendimento médico no Brasil, como analiso no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3. Medicina em áreas indígenas – antes e depois da chegada dos/as médicos/as cubanos/as

Como descrito no capítulo anterior, os/as médicos/as cubanos/as foram recepcionados/as com manifestações discriminatórias por parte de seus colegas de profissão que atuam no Brasil. Nas entrevistas que realizei¹⁹², a medida em que era tematizado o Programa Mais Médicos (PMM) e a presença de médicos/as cubanos/as em áreas indígenas, tornou-se imprescindível analisar as características socioeconômicas, políticas e culturais coextensivas às discursivas e às de poder que distinguem a categoria médica brasileira e os/as médicos/as cubanos/as ou formados/as em Cuba. A caracterização dos/as médicos/as e a formação médica brasileira e cubana foi um tema transversal nas entrevistas, que sistematizo neste capítulo através de um recorte analítico sobre a atuação desses/as profissionais junto aos “povos da floresta” (SILVEIRA; PINHEIRO, 2012) e, mais especificamente, com os povos indígenas.

O capítulo, assim, se divide em duas partes. Primeiro, apresento aspectos gerais da história, formação e mercado de trabalho da medicina no Brasil. Pretendo, assim, situar aspectos hegemônicos da medicina elitizada e liberal brasileira frente às necessidades da população em geral, e das comunidades indígenas. Na segunda parte do capítulo, apresento um panorama da chegada dos/as médicos/as cubanos/as cooperados/as no Brasil, inserindo entendimentos da história, formação e trabalho da medicina em Cuba e sobre a interação desses/as profissionais com a classe médica brasileira e a população atendida. Ambas as partes foram produzidas a partir da análise da legislação vigente, referências bibliográficas e entrevistas. Utilizo entrevistas realizadas para esta pesquisa como também trechos de entrevistas feitas com médicos/as cubanos/as cooperados/as que atuaram em áreas indígenas, publicados e analisados por Cárdenas (2019) e Santos (2018).

Neste capítulo, as principais entrevistas utilizadas são as realizadas com gestores/as do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Saúde Indígena, apresentados no capítulo 2 (Item 2.2.), junto com trechos das entrevistas com médicos/as, selecionados/as para esta pesquisa por variados motivos: por serem gestores/as, estudiosos/as ou funcionários/as da saúde indígena institucional, cubanos/as, indígenas da região do baixo Oiapoque, tutores e/ou supervisores do PMM que acompanharam bolsistas vinculados ao Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), bolsistas do PMM no SasiSUS – às vezes acumulando mais de uma dessas características.

¹⁹² Com políticos/as, gestores/as, profissionais da saúde, médicos/as ou não, e indígenas da região do baixo Oiapoque, que trabalham na saúde ou não, como detalhado na introdução desta tese.

Seguindo a mesma lógica de nomeação descrita na introdução (Supra p. 38), temos a primeira letra dos nomes auxiliando na identificação dos sujeitos, classificados da seguinte forma: M – Ministério da Saúde; S – Secretaria Especial de Saúde Indígena, incluindo tutores e supervisores do PMM em saúde indígena e funcionários de outros DSEIs; C – cubanos/as; D – Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e Norte do Pará; A – indígenas nativos do Amapá. Aqueles que não correspondem a nenhum desses agrupamentos serão devidamente identificados no curso do texto.

3.1. Medicina fabricada no Brasil

Sidnei (41 anos) me contou que fez três anos de história e quase migrou para o curso de antropologia, antes de escolher a medicina, em 2001. Frequentador assíduo das aulas sobre antropologia e religião, comenta que gostava muito de ler os textos da disciplina e ver as gravações feitas em campo pelo professor e exibidas em aula, *“aquilo me empolgou muito e eu queria ir trabalhar com os indígenas na floresta”* (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021). O momento decisivo da migração do que ele chama de *“arquivos solitários”* para a medicina foi quando seu professor levou gravações de 1970, na Amazônia, de um *“benzimento baniwa”*, como ele disse. *“E aí eu botei na minha cabeça que um dia eu trabalharia com aquele povo”*. Sidnei comenta que a decisão também teve a ver com a liberdade profissional contida na medicina, pois com ela conseguiria uma *“penetração maior em qualquer lugar”*.

Formado, o médico trabalhou mais de 6 anos na região Amazônica e credita boa parte de seu conhecimento sobre a saúde indígena, ou sobre a atuação médica *“na floresta”*, a essa experiência. Em 2021, quando conversamos, ele continuava na saúde indígena institucional, mas na região nordeste do país. Ele se entende como uma exceção, pois poucos/as médicos/as como ele, *“branco, de classe média”*, passam *“a vida clinicando nas aldeias”*,

fazer cocô no mato, andar horas e horas para atender dois pacientes, trabalhar sem exame complementar, são coisas que ninguém quer. Você tem uma curiosidade antropológica, vontade de ter história, você até vai, mas passa um ou dois anos e vai embora, inclusive esses **médicos hipongas**. As pessoas fazem pequenas passagens na saúde indígena, mas sua vida toda vai ser feita fora da Terra Indígena (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021, grifei).

Sua percepção empírica é corroborada por dados históricos e científicos. As vagas de médicos/as dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são dificilmente preenchidas de forma espontânea pelos/as profissionais médicos/as liberais que atuam no Brasil. De forma mais ampla, há uma distribuição desigual de cursos de medicina e, conseqüentemente, de médicos/as

formados/as atuando no território nacional. A história da formação médica e da saúde pública no Brasil é indissociável da colonização, escravidão e coronelismo/clientelismo predominantes nos primeiros séculos de constituição do país.

Segundo Machado *et al.* (1978), que pesquisaram os materiais escritos durante o período colonial em seu estudo sobre manicômios, o tema da saúde não fazia parte do projeto colonial e sua produção escravista, a qual ceifou milhares de vidas indígenas e negras. Foi com a vinda da corte portuguesa para sua colônia, em 1808, que intervenções voltadas para a saúde da população começaram a ser desenvolvidas, principalmente voltadas aos habitantes de cidades¹⁹³. Nesse contexto, foram criadas as primeiras escolas de medicina: a Escola de Medicina e Cirurgia da Bahia, em 1808, e a Cátedra de Anatomia e Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro, em 1809 (NUNES, 2000), ambas relacionadas às estruturas do exército brasileiro.

Nessas escolas, primeiramente predominava uma doutrina cristã e escolástica de formação dos práticos e dos chamados cirurgiões-barbeiros (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018). Com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 1829, e o fortalecimento das ciências médicas, com a adição de disciplinas clínicas e biológicas, a classe passou a defender um amplo programa de combate às doenças e à desordem, e a se entender como guardião da saúde pública. Os intelectuais médicos passaram então a incidir nas decisões de governantes aliados, em meio a uma elite brasileira ainda predominantemente agroexportadora e escravocrata (NUNES, 2000, p. 254).

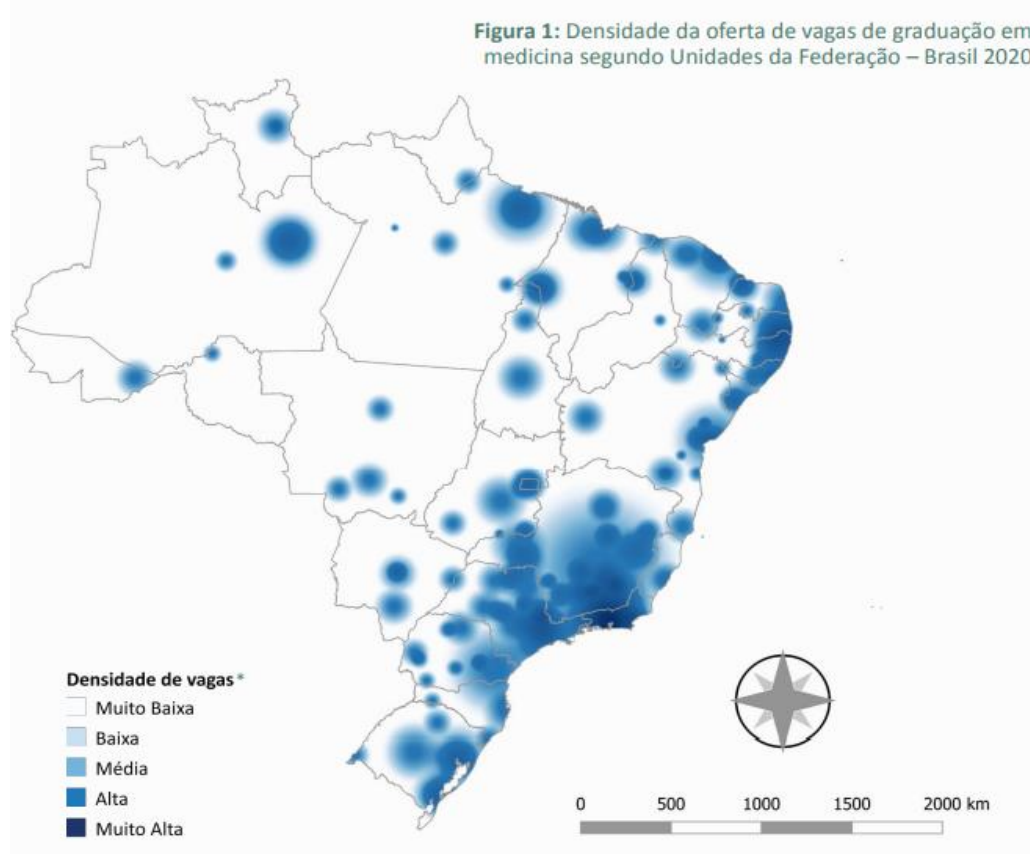
A Sociedade de Medicina e Cirurgia, juntamente com a Academia Imperial de Medicina, criada em 1835, ofereciam ao Estado “seus préstimos no combate às epidemias, na elaboração da legislação, distribuição da justiça, urbanização”, e em troca reivindicavam atuação firme do governo para coibir o “charlatanismo”, buscando “o reconhecimento da exclusividade do saber sobre a saúde” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 156). Ou seja, diferentemente de um projeto de medicina para as massas, como o de Cuba, que veremos na segunda parte deste capítulo, essas associações buscavam reconhecimento da atuação médica especializada, clínica, individualizante e proibição de outras práticas de cuidado e cura.

Esse projeto de atuação e reconhecimento médico ganhou força com a transição do escravagismo para o capitalismo e da Monarquia para a República. Com a influência do modelo francês de ensino superior, as escolas médicas passaram a ter fundamentação técnico-científica e de caráter laico, voltadas à profissionalização (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2008, p. 67). Contudo, na década de 1920, passada a epidemia de gripe espanhola, o Estado priorizou

¹⁹³ No primeiro capítulo desta tese consta uma historicização sucinta da atuação sanitária voltada para as áreas rurais e aos “sertanejos”.

o sanitarismo campanhista, realizando processos de institucionalização e rotinização de medidas sanitárias e a criação de diversos aparelhos estatais de saúde pública, ao mesmo tempo em que se alastrou uma ascensão da assistência médica individual (NUNES, 2000, p. 258), acessível para as elites e empresas.

Assim, houve um crescimento exponencial das escolas médicas no século XX. Em 1960, passou-se de três para 26 instituições de formação de médicos, e até 1970, outras 43 foram abertas, sendo muitas das novas escolas de iniciativa privada, criadas com subsídios governamentais (PIERANTONI *et al.*, 2008, p. 88). Em 2004, eram 136 cursos de Medicina no Brasil (Ibidem.) e, em 2020, esse quantitativo subiu para 357 escolas médicas, conforme o Informe Técnico n. 2 feito pelo ProvMed 2030¹⁹⁴ em novembro de 2020, distribuídas conforme o mapa abaixo:



Mapa 2. Densidade da oferta de vagas de graduação em medicina segundo Unidades da Federação – Brasil 2020 (Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/acoes-em-educacao-em-saude/provmed/14-informe-tecnico-provmed-no-2.pdf>).

¹⁹⁴ Projeto do Grupo de Estudos de Demografia Médica (GEDM) do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, iniciado em janeiro de 2020, com apoio da OPAS/MS e Ministério da Saúde. O ProvMed 2030 é coordenador pelo Professor Mário Scheffer, que também encabeça as publicações sobre a demografia médica no Brasil, que será bastante utilizada neste capítulo.

Essas 357 escolas ofertam 37.823 vagas, sendo 28.081 em escolas privadas (SCHEFFER, 2020). Em apenas quatro estados (Amapá, Roraima, Maranhão, Mato Grosso do Sul) a quantidade de vagas em escolas públicas é maior ou igual a 50%, e justamente por inexistência de um mercado médico regional (BRAGA, 2018). Pautados por uma lógica empresarial de organização e competitividade, os centros de ensino privado primam pela qualidade dos espaços de formação que oferecem aos seus clientes, como laboratórios e hospitais equipados com maquinário e programas eletrônicos sofisticados. Essa configuração resultou na hegemonia de um modelo de ensino médico brasileiro essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrico e em um perfil profissional com elevado nível de especialização (MACHADO *et al.*, 2018, p. 68)¹⁹⁵.

Como a médica Clarisse Machado *et al.* (2018) contextualiza, a partir de 1960 um movimento nacional de questionamento acerca da formação médica e sua não adequação à promoção dos cuidados primários de saúde passa a ser articulado pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) (p. 69). Contudo, somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a criação do SUS (Lei n.8080/1990) e sua regulamentação é que ocorrem mudanças mais estruturantes na formação médica. O auge desse processo foram as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN-Medicina), instituídas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em novembro de 2001, e atualizadas em 2014, com ajustes definidos pelo Programa Mais Médicos (Lei 12.871/2013).

Conforme as DCN-Medicina, o curso de graduação em Medicina no Brasil tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos. Nesses seis anos, o graduando precisa cumprir estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, com carga horária mínima de 35% do total do curso. Com os acréscimos decretado pela Lei 12.871/2013, 30% da carga horária total prevista para o internato deve ser desenvolvido na Atenção Primária à Saúde (APS) e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, com predominância de horas na APS. Médicos/as graduados/as em cursos ofertados fora do Brasil precisam revalidar seu diploma para se inserir no mercado de trabalho e atuar como um/a profissional liberal no país.

Desde 2011, o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos, mais conhecido como Revalida, é realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), com periodicidade irregular – descrita adiante. Aos/às aprovados/as no exame torna-se possível o cadastro nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e obtenção de um

¹⁹⁵ Nessa abreviação histórica, enfatizei de forma proposital os efeitos que a iniciativa privada provoca na formação médica. Sobre modelos de formação médica e suas aplicações no Brasil, ver Machado *et al.* (2018).

número de registro no CRM que atesta sua permissão para exercer a profissão no país – registro que os egressos dos centros de ensino brasileiros podem acessar sem necessidade de exame assim que graduam, por isso serão mencionados ao longo desta tese como “médicos com CRM”.

Na opinião de Sidnei, são os médicos com CRM, plenamente inseridos no mercado de trabalho brasileiro, e não os que atuam vinculados a programas estatais como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) ou o Programa Mais Médicos (PMM)¹⁹⁶, os mais bem posicionados para levarem uma medicina de qualidade para a floresta, e explica:

O profissional como eu, **branco, de classe média**, que ia parar lá, conseguia fazer mudanças, porque a gente tinha um perfil cultural, na minha opinião um perfil mais arrogante, talvez, desse médico que se formou. Um perfil também de liderança por entender um pouco como funcionam os papéis sociais – por exemplo o papel social dentro da equipe de saúde. [...] Os únicos médicos que assumem um papel de liderança e que seria fundamental para o bom funcionamento do programa são médicos brasileiros com CRM que vão para a floresta por algum interesse romântico, alguma fantasia da sua cabeça, alguma aventura amazônica. São médicos que poderiam trabalhar em outros lugares, mas que optaram pela Amazônia. Então esse médico bate de frente com a gestão, ele tenta mudar a realidade da equipe de enfermagem, porque ele trabalha sem medo. **Ele sabe que se ele sair dali ele vai conseguir trabalho em outro lugar** (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021, grifei).

Esses médicos seriam os únicos com esse perfil de liderança porque, em comparação com os bolsistas do PMMB sem validação do diploma, eles podem atuar “*em outros lugares*” e optam pela Amazônia, trabalhando “*sem medo*” de uma possível demissão ou desligamento do programa de provimento emergencial. Contudo, até hoje, o número de médicos/as com CRM interessados/as em atuar “na floresta” tem sido muito menor do que as vagas disponíveis, sempre aguardando interessados/as.

A baixa adesão dos/as médicos/as brasileiros/as às vagas em determinadas regiões contribui para o que Girardi *et al.* (2011) nomeia como “insegurança assistencial”, que é sofrida pelos seus habitantes – e eu acrescentaria insegurança assistencial biomédica, para reforçar que assistências outras estão presentes e, no caso indígena, demandando outros suportes que não biomédicos, como a demarcação das terras, proteção das florestas (que abrigam interlocutores outros que humanos), entre outros.

Na saúde indígena institucional, ocorrem situações como a relatada por Sheila: “eu trabalhei no povo [anônimo] e acho que levou uns 8 anos para chegar médico lá depois que eu

¹⁹⁶ Sobre a participação de médicos estrangeiros sem revalidação de seus diplomas em editais de provisão de médicos do Projeto Mais Médicos, ver o item “2.2.1” do capítulo 2.

saí” (Sheila, sala de reunião virtual, 30 de abril de 2021)¹⁹⁷. Como discutido no item “2.2. Um programa que possibilitou médicos nas aldeias” do capítulo anterior, foi essa ausência de médicos/as que motivou não apenas incluir os DSEIs entre os locais prioritários para ações governamentais de provimento de médicos/as, como também vincular a contratação de médicos/as sem CRM para atuarem nos territórios historicamente carentes desse/a profissional, aí incluídos também os municípios. Isso depois da tentativa de preenchimento das vagas com médicos/as registrados/as no país. Como explicitou o gestor do PMM, Miguel, ao lembrar do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), “*na primeira chamada [restrita a médicos brasileiros com CRM] não deu nem 300 médicos inscritos*” (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020).

Essa ausência de médicos, contudo, é um sintoma e as condições infraestruturais relatadas pelo médico Sidnei, sozinhas, não explicam o afastamento ou atração de seus/as colegas de profissão para esses locais. Se os/as poucos/as médicos/as que trabalham na Amazônia vão enxergar a floresta como “*romance*” ou como “*uma aventura passageira*” (Sidnei) e passar um curto período por lá, é preciso olharmos para o que mais une esses/as profissionais na “categoria médica” para além da mesma graduação, e quais são as especificidades que os/as afastam de determinados locais de trabalho, tais como as comunidades indígenas da Amazônia Legal.

Segundo os dados do estudo demográfico feito pelo médico Mário Scheffer (2020), patrocinado pelo Conselho Federal de Medicina e realizado através dos registros de médicos/as nos conselhos de medicina espalhados pelo país, em 2020 o Brasil chegou à marca de 500.000 médicos/as. Contudo, no estudo, são trabalhados dados referentes à 473.875 médicos/as, que era o quantitativo total até o início de 2020. Scheffer observa que o aumento de 180 mil médicos/as formados/as em 10 anos relaciona-se com a abertura de escolas médicas e vagas na graduação, acentuado “a partir de 2013 pela Lei Mais Médicos” (p. 163). Diante desse aumento, o autor demonstra preocupação com dois aspectos. Primeiro, com a garantia da qualidade da formação de médicos/as no país, visto que a maioria das novas vagas são em instituições privadas e que “estudos chegaram a demonstrar indicadores de desempenho das escolas médicas privadas inferiores ao ensino público de Medicina” (p. 106). Um segundo aspecto é a

¹⁹⁷ Algo que também é a realidade da saúde indígena é a manutenção da insegurança devido ao preenchimento das vagas se dar exclusivamente pelos bolsistas do Programa em diversos distritos, pois como Giraldi *et al.* (2016) analisam, o quadro médico brasileiro “é de permanência das desigualdades distributivas”, pois “a presença atual de médicos se apresenta apenas como um alívio das situações de escassez, uma vez que grande parte dos municípios ainda convive com insegurança assistencial, já que alguns deles substituíram a oferta regular que faziam pela do PMM, tornando-se dependentes do programa” (p. 2676).

manutenção das desigualdades na concentração de profissionais em algumas regiões (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e em cidades de maior porte (p. 163).

Adentrando no detalhamento de quem exerce a profissão atualmente no Brasil, temos os seguintes dados: (i) dentre os/as concluintes de Medicina em 2019, 67,1% se autodeclararam da cor ou raça branca, 24,3% pardos, 3,4% pretos, 2,5% amarelos, 0,3% indígenas, e 2,4% não quiseram declarar (p. 112); (ii) quando divididos/as entre formados/as nas escolas públicas ou privadas, “a soma de pretos, pardos e indígenas representou 36,8% nas escolas médicas públicas” (Ibidem), dadas as cotas etno-raciais em vigência desde 2012 no país¹⁹⁸. Considerando outras variáveis (escolaridade dos pais, renda familiar etc.), o autor conclui que “apesar das mudanças, que revelam maior inclusão social na graduação médica, **os cursos de Medicina ainda são frequentados majoritariamente por alunos brancos, de renda familiar elevada e que frequentaram escolas particulares no ensino médio**” (p. 115, grifei). Contudo, modificações no perfil sociodemográfico dos/as jovens egressos/as dos cursos de medicina podem indicar “futuras mudanças na estrutura da população médica do país” e influenciar as “escolhas profissionais” desses/as egressos/as (p. 116).

O Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) monitora a insegurança assistencial biomédica no Brasil, com alguns trabalhos específicos sobre a escassez de médicos/as. No artigo “percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas de escassez”, Stralen *et al.* (2017) entrevistaram 51 médicos/as que estavam em 36 municípios nas 10 rotas de escassez¹⁹⁹ identificadas no estudo a partir do cruzamento dos dados de outros dois estudos: (i) o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde de 2012, produzido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) e (ii) a classificação das “Regiões de Influência das Cidades” de acordo com um levantamento de 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os resultados revelaram nuances subjetivas frente às possíveis “soluções” ao problema da desigual distribuição de médicos pelo território nacional. Por exemplo, a opção de vínculo trabalhista por meio de concurso pode ser uma opção para médicos/as que buscam tranquilidade e estão menos interessados em novas residências médicas, mas não é atrativo aos que, com

¹⁹⁸ Lei n. 12.711, de 29 de agosto de 2012.

¹⁹⁹ Foram três rotas no Norte, envolvendo 10 municípios do Amazonas, Pará e Rondônia; três rotas no Nordeste, envolvendo 12 municípios e cinco estados (BA, CE, MA, PE e PI); uma rota no Sudeste, envolvendo três municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais; uma no Sul, abrangendo cinco municípios do Rio Grande do Sul e Santa Catarina; e duas rotas no Centro-Oeste, totalizando seis municípios dos três estados da região (MT, MS e GO).

contrato temporário, se sentem mais livres para mudar os planos se surgirem propostas mais atraentes em um mercado de trabalho com vagas sempre abertas, ou se não se adaptarem a determinado município. Segundo o estudo, o concurso também não atrairia os que querem ganhar mais dinheiro e que firmam distintos contratos, aumentando sua remuneração, sem a obrigação de 40 horas semanais no mesmo local. Contudo, é bastante comum médicos/as com contratos de 40 horas semanais atenderem os/as pacientes com hora marcada e se ausentarem do local de trabalho antes do horário previsto, seja para atender em clínicas particulares, seja para aumentar seu período de não trabalho, não se dispondo, por exemplo, a contribuir com as demais atividades da Atenção Primária à Saúde (APS) – e apresento relatos sobre esse tipo de situação ao adentrar no estudo de caso, a partir do próximo capítulo.

A infraestrutura precária do município também foi apontada como um dos principais fatores de baixa permanência do profissional no local, mas o aspecto rústico desses mesmos municípios foi motivo de permanência para os que procuram segurança e um estilo de vida rural – e novamente, isso é diferente no contexto indígena, pois aumentam as dificuldades a serem enfrentadas, destoando da “tranquilidade” da vida no campo, como veremos adiante. Assim, o estudo aponta que os fatores pessoais, agrupados em “origem/família”, “vínculo social”, “reconhecimento da comunidade” e “vocação”, são fundamentais para que o profissional entenda determinada localidade como viável para sua atuação e permanência (p. 166). Em se tratando de uma profissão liberal, são essas subjetividades que levarão o indivíduo a escolher seu local de atuação.

Entendo que o que nesse estudo é chamado de fatores pessoais também guarda relação com as diretrizes curriculares dos centros de ensino frequentados pelos médicos – que, como explicado acima, até 2001 não estavam nacionalmente parametrizadas. Essas diretrizes influenciam o que os/as médicos/as almejam como reconhecimento pelos pares e pavimentam “rotas vocacionais”, para seguir o léxico do Nescon – sendo “vocação” algo distinto de uma característica inata dos indivíduos. Por exemplo, Antonio, médico indígena formado antes do estabelecimento de cotas²⁰⁰ para o curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, me disse que quando estava recém-formado pensava em fazer residência médica, independente de qual fosse, porque *“ali é como se fosse o natural: você termina [a graduação], faz residência e trabalha no hospital”* (Antonio, sala de reunião virtual, 19 de maio de 2021).

²⁰⁰ Lei Federal nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que definiu a obrigatoriedade de reserva de vagas nas graduações para aqueles que estudaram em escola pública, independentemente de raça ou cor, e para os autodeclarados pretos, pardos ou indígenas. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012.

Após a graduação, os egressos do curso podem se especializar em uma determinada área de conhecimento médico realizando uma Residência Médica²⁰¹, correspondente a uma pós-graduação. Atualmente, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através de sua Comissão Nacional de Residência Médica, reconhece 55 programas de residência médica (SCHEFFER, 2020). Periodicamente, os programas oferecem vagas para suas residências cujo critério de admissão é a aprovação em uma espécie de vestibular. Ainda que Antonio quisesse voltar para sua região, que não conta com grandes centros hospitalares, como de fato fez, ele percebia que era influenciado por um meio que não direcionava *“para o atendimento às comunidades, não incentivava alguém a ir pras comunidades, não era o que se passava como uma imagem de sucesso”* (Antonio). Invertendo a avaliação, como realizar uma clínica *“de sucesso” “na floresta”* (Sidnei)?

E assim voltamos ao Sidnei. Depois de 4 anos atuando na saúde indígena institucional, *“eu decidi que estava ficando muito atrasado. Deu um desespero porque os colegas estavam fazendo residência e aí eu acabei tirando um ano sabático [...] voltei e resolvi trabalhar em Florianópolis porque precisava me reciclar”* (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021). Em Florianópolis/SC, ele se especializou em Medicina de Família e Comunidade, daqui em diante tratado como MFC. Mas não se adaptou ao *“contexto de consultório”* e em 2012 retornou para o Subsistema de Saúde Indígena, em São Gabriel da Cachoeira/AM. Especialista em MFC, Sidnei voltou com um olhar, segundo ele, *“muito mais estruturador do serviço, [...] ao invés de ficar na aldeia reclamando eu comecei a me meter mais em como organizar o serviço”*, e considera que conseguiu realizar *“alguma revolução técnica na rotina clínica”* (Sidnei).

Sidnei é um dos 7149 médicos/as especialistas em MFC registrados/as no Brasil, o que representa 1,7% dos médicos/as especialistas no país (SCHEFFER, 2020). Esse é um especialista que, por ter seu foco voltado para a atenção primária, costuma trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde do SUS (OPAS, 2018; TELLES, 2019) – mas não só, pois Sereno (46 anos), médico especializado em MFC que atua junto aos indígenas em contexto urbano, disse que atualmente há uma demanda alta por esse especialista no setor privado, e que já se iguala a quase metade-metade o número de médicos da família nos dois setores²⁰².

²⁰¹ Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981. Para informações sobre a distribuição geográfica das vagas de residência pelo território brasileiro, ver Póvoa e Andrade (2006).

²⁰² Para uma análise antropológica sobre a institucionalização da especialização em Medicina de Família e Comunidade, que se dá com base em disputa de espaços no mercado de trabalho médico com outros especialistas, como pediatras, ver Bonet (2014).

Segundo Pinto e Giovanella (2018), a criação do Programa Saúde da Família e da Estratégia de Saúde da Família, 1994 e 2006, respectivamente, aumentaram o acesso à atenção primária da população, sendo considerado por Giraldi *et al.* (2011) “talvez o exemplo mais bem-sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional” (p. 172), ainda que não fosse uma política desenhada para esse provimento. Mais recentemente, como vimos no capítulo 2, o Programa Mais Médicos (PMM) instituiu mudanças na formação médica, sendo uma delas tornar o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade obrigatório para o ingresso nas seguintes residências: clínica médica; pediatria; ginecologia e obstetrícia; cirurgia geral; psiquiatria; e medicina preventiva e social. Para isso, suas vagas precisavam ser ampliadas, como foi feito.

No estudo demográfico feito por Scheffer (2020), se constata que de 2010 a 2019, o programa de residência médica que mais cresceu foi o de MFC²⁰³, mas que, “devido à baixa procura” por essa residência, “grande parte das vagas ficou ociosa” (p. 165). O período considerado no estudo incluiu os anos de expansão do Programa Mais Médicos (PMM), mas também o Golpe de 2016 e a eleição de um opositor às políticas sociais do PT, em 2018. Nos governos Temer e Bolsonaro, houve uma rearticulação da Comunidade Medicina Liberal para retirar ou neutralizar aspectos do PMM (PINTO, 2021, p. 240), mais bem descrita no capítulo 2 (Supra p. 98), culminando na revogação da obrigatoriedade do primeiro ano de algumas residências ser em MFC através da lei de criação do Programa Médicos pelo Brasil, em 2019.

Para que haja procura pelas vagas de MFC é preciso que elas sejam entendidas como ponte para uma carreira profissional desejável – “*de sucesso*”, como dito por Antonio. Mas, nas escolas de medicina frequentadas por Antonio, Sidnei e Sereno essa especialidade pouco foi mencionada ao longo dos anos de graduação que cursaram entre meados dos anos 90 e primeira década dos anos 2000. Como disposto no capítulo 1 desta tese, esse foi o período de implementação do SUS. Foi também o período de criação e implementação das Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de Medicina (DNC-Medicina) (BRASIL, 2014b). As DNC-Medicina passaram a orientar que os egressos desses cursos apresentassem competências para atuação na atenção, gestão e educação em saúde, com uma formação

geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014b, s/n).

²⁰³ Segundo Scheffer (2020), de 181 vagas ocupadas por médicos/as cursando o primeiro ano da residência em MFC, em 2010, foram contabilizadas 1.031 vagas em 2019, um aumento de 469,6% (p. 128).

Ainda assim, até 2010, eram 181 vagas de residência em MFC para todo o país. Sidnei ressaltou a diferença de currículo entre sua graduação (2001-2006) e sua residência em Saúde da Família e Comunidade (2011-2012): *“É uma forma de ensinar mais integral, desensinando aquela lógica que eu aprendi de ver os sinais clínicos em um semestre, daí ver cirurgia do coração, aí cada semestre você estudava um pedaço do coração e lá no final você estudava o problema clínico”* (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021). Sereno, que também trata sobre o diferencial dessa especialidade, comentou que foi saber sobre MFC no meio do 6º ano de graduação, em 2002, próximo a prestar a prova para ingressar em uma residência²⁰⁴:

E aí quando eu descobri a medicina da família, que é uma clínica geral, ela remete a um certo arquétipo de médico que é o médico de todo mundo. Você não recorta por pedaço do corpo, por faixa etária, você atende todo mundo e ao atender todo mundo é uma atenção mais integral, né? Você vai olhar muito mais para o contexto. Inclusive uma das características da Medicina de Saúde da Família, talvez seja o que nos diferencia bastante das outras especialidades, é contextualizar o sofrimento. Todo sofrimento a gente tende a contextualizar e faz muito mais sentido para o problema (Sereno, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021).

Essa atenção para o contexto pressupõe circular pelo território em que vivem as pessoas que são atendidas pela equipe, realizar ações de promoção e prevenção à saúde e ter contato com as pessoas em momentos mais variados do que o momento em que buscam atendimento. Essas são ações de competência dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Se a especialização em MFC motiva o profissional médico a atuar na APS, essa não é uma característica compartilhada com a maioria das outras 54 especializações disponíveis, nem com boa parte das instituições de formação médica.

Então era esse o incentivo para a mudança curricular do curso, para que os médicos conseguissem compreender a realidade, conseguissem dialogar com a comunidade, conseguissem estar junto com a população, porque esse era um problema que a gente tinha também. [...] Só que assim que a gente saiu do governo [Golpe de 2016], o Ministério da Educação deixou de ter o papel regulatório de dizer “Olha, é aqui que precisa ter o curso, porque nunca teve”. Ele voltou a responder apenas aos interesses mercadológicos, né? Abrir curso de medicina onde vai dar mais dinheiro. **E a estratégia, que era especialização através da residência, que era para mudar a formação mesmo, o perfil do médico, o Ministério deixou de fazer.** Propositadamente era o eixo que a Corporação médica mais temia [...], porque mexe no pilar deles, que é a formação para o mercado, para produzir procedimentos, para prescrever o remédio sem nem olhar no olho da pessoa, então isso mexe muito com eles e é um eixo que tanto foi abandonado quanto foi a única coisa que o Bolsonaro alterou na Lei do Mais Médicos. Ele não alterou nada a não ser a questão da residência em Saúde da Família (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020, grifei).

²⁰⁴ Ouvindo Sereno, me lembrei que durante meu mestrado junto ao Projeto Xingu, programa de extensão da Universidade Federal de São Paulo, eram os graduandos do 5º ano de medicina que podiam escolher cumprir créditos de sua formação no Ambulatório do Índio.

Esse pilar mais mercadológico do que sanitário se tornou explícito durante a pandemia de COVID-19, quando a Comunidade Medicina Liberal se alinhou ao governo de Jair Bolsonaro e defendeu a liberdade médica para receitar drogas comprovadamente ineficazes para combater o novo coronavírus (hidroxicloroquina, azitromicina etc.), “a critério médico e consentimento do paciente” (CFM, 2020, s/n).

Como recordou Maurício, para além do provimento emergencial de médicos, discutido no capítulo anterior, o Programa Mais Médicos (PMM) previa alterações na autorização para o funcionamento de cursos de medicina e na formação médica. Sobre a abertura dos cursos, o Programa criava critérios relacionados à necessidade social de mais profissionais médicos e condicionava “a criação do curso de graduação à estrutura da rede de serviços de saúde” (OLIVEIRA *et al.* 2017, p. 66), e não focado na existência ou não de hospitais universitários, como defendido pelas “entidades corporativas” (Ibidem.) – as quais pertencem ao que tenho chamado de Comunidade Medicina Liberal. Segundo os autores, essa seria “uma terceira geração de reformas na educação médica”²⁰⁵ guiada pelo modelo de sistemas de educação integrados aos sistemas de saúde, dialogando com o desenvolvimento de competências locais (Ibidem). Sobre a formação médica, como descrevi no início do capítulo, a Lei do PMM (Lei 12.871/2013) estabeleceu um percentual mínimo das atividades do internato em serviços de Atenção Primária à Saúde e de urgência e emergência.

Quando perguntados sobre como a atenção primária e o SUS estavam presentes nas suas formações médicas, tanto Sereno quanto Sidnei afirmaram que a intensidade dessa presença foi devido a seus interesses pessoais em buscar professores, disciplinas, estágios, extensões e ambulatórios ligados ao conhecimento e funcionamento do SUS.

Na Universidade de Santa Catarina [quando ele fazia a residência] já tinha um estágio que era optativo no posto de saúde porque senão você só ia no final [da graduação], mas a minha galera já ia atrás do médico que era mais alternativo. Depois, esses estágios que eram extra e dependiam da vontade própria do aluno passaram a compor as obrigаторiedades da formação médica (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021).

Por um viés pessoal, eu rapidamente me interessei pelo que dizia respeito à saúde pública. A formação no SUS da faculdade da USP [onde fez sua graduação] é muito teórica e é muito periférica. No caso da minha formação não foi periférico porque quando eu tive introdução à saúde coletiva, no segundo ano, foi a primeira vez que eu tirei 10 (risos). Terminava a aula e eu ficava ali conversando com o professor e ficou

²⁰⁵ Sendo o primeiro modelo influenciado pelo Relatório Flexner, com currículos baseados em modelos científicos disciplinares, e o segundo modelo influenciado por uma medicina das evidências, através de uma Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP (Oliveira *et al.*, 2017). Sidnei, médico que supervisionou os bolsistas do PMM que atuaram na saúde indígena, me contou ter vivenciado uma formação em Medicina de Saúde da Família e Comunidade relacionada a esse segundo modelo.

nítido que era aquilo que me interessava. Eu fui trabalhar nos projetos de extensão que iam em comunidades para atender e aí eu fui me aproximando [do SUS], mas onde eu fui me aproximar mesmo da prática do SUS, vivenciar o SUS de fato, foi na residência [em MFC] [...] quando eu fiz o curso de medicina da USP, eu entrei em 96 e me formei em 2002, a gente mal atendia em ambulatório. Dava para contar nos dedos quantas vezes a gente atendeu no ambulatório, atender o paciente mais de uma vez e fazer o seguimento dele. Isso me chamou muita atenção porque a gente aprende muita coisa na teoria, aplica com muita altivez ali, em parte com muita razão, **mas a gente nunca tinha visto o resultado do nosso trabalho**. Como é que você faz e não vê o que acontece depois, né? Então ali eu já tinha uma crítica. E aos poucos fui me dando conta de que saúde só faz sentido enquanto um direito e de um acesso público universal. Onde dá certo é assim. Então desde quando eu me formei eu sempre trabalhei no SUS, por opção (Serenio, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021, grifei).

Entrevistei Sidnei, Sereno e Antônio devido aos três serem do seletor grupo dos/as médicos/as que tinham algum conhecimento sobre a realidade do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) e que supervisionaram os/as médicos/as cubanos/as cooperados/as que atuaram nessas áreas a partir de 2013. Mas antes de adentrar nas experiências de relações com esses/as intercambistas, que serão o foco da segunda parte deste capítulo, traço, no subitem a seguir, um panorama sobre como o perfil de médicos/as e da formação médica brasileira, na maior parte de sua história, impactou diretamente a Atenção Primária em Saúde (APS) e o SasiSUS.

3.1.1. O mercado de trabalho médico brasileiro e a Amazônia

Relembrando o que disse o gestor Maurício, que atuou na SEGETS/MS durante a criação do Programa Mais Médicos (PMM), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) presentes no litoral nordestino enfrentavam menos dificuldade de preenchimento de vagas do que os da região Norte, dentro da Amazônia Legal. Nela, contudo, é onde se concentram boa parte das terras e povos indígenas.

Silveira e Pinheiro (2014) afirmam que “o local que mais necessita de médicos no Brasil é o interior da Amazônia” (p. 451). A partir da análise de dados e documentos do IBGE, CFM e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os autores observam que a região norte tem a pior situação socioeconômica do país, pois “a população do interior representa 69,7% do total, o território rural é vasto e tem na baixa densidade demográfica a sua característica principal. Além disso, é onde a saúde suplementar tem menor cobertura” (p. 455). Nos interiores da região, o sistema de saúde é quase 100% público (p. 457).

Considerando o perfil dos/as médicos/as formados/as no Brasil (SCHEFFER, 2020) e o mercado de trabalho que os possibilita manter diferentes vínculos para ganhar mais (GIRARDI *et al.*, 2011), associado ao perfil socioeconômico da região norte e sua rede de baixa cobertura suplementar, podemos aferir que a maior parte dos 500 mil médicos com registro no país não

são nortistas, nem enxergam atrativos suficientes para se mudarem para lá. Isso retroalimenta o ciclo da insegurança assistencial biomédica anteriormente apontado.

A percepção desse ciclo vicioso foi motivadora de inúmeras intervenções estatais e a construção de políticas públicas com o objetivo de levar esse/a profissional para os interiores do país. Uma dessas tentativas mais recentes foi o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) que objetivava o provimento de profissionais da saúde para as localidades do país de maior vulnerabilidade, como áreas de extrema pobreza, periferias das regiões metropolitanas, populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas (BRASIL, 2014a), e atrelava o bom desempenho no programa com uma pontuação adicional de 10% nas provas de ingresso na residência médica, atraindo médicos recém-formados. Essa era a solução e o problema dessa política, pois, como explicou Sereno, os/as bolsistas do PROVAB

[...] tinham interesse na nota da residência. **A maioria dos médicos do PROVAB eram pouco comprometidos com a saúde pública** [...] a maioria fazia uma clínica bem pontual, davam conta. Eu fiquei só um ano [como supervisor] em área indígena no PROVAB. Eu lembro que várias vezes eu terminava a consulta e perguntava o que ele achava que a pessoa entendeu do que ele falou, perguntei várias vezes assim, porque ele não ouvia o que a pessoa estava dizendo e falava qualquer coisa...ele atendia Terena e Guarani Nhandeva, que tem pouca dificuldade com a língua portuguesa, mas ainda assim, não tinha conversa, era uma coisa muito desconectada, e **nesse sentido com os cubanos foi interessante assim... essa perspectiva de valorizar a racionalidade de cuidado do povo, né** (Sereno, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021, grifei).

Com a parceria entre Brasil e Cuba que promoveu a vinda de médicos/as cubanos/as nos primeiros ciclos do Projeto Mais Médicos, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) passaram a contar com médicos/as experientes, em geral especialistas em Saúde da Família e/ou outras especialidades, e com uma formação e atuação voltada para a APS. Na Amazônia, esse foi o primeiro Programa que conseguiu prover médicos nas áreas rurais, “em número satisfatório e durante períodos superiores a um ano” (COSTA; CARVALHO; MACEDO, 2023, p.12).

Contudo, desde final de 2018, com o fim da cooperação com Cuba e as alterações no Programa Mais Médicos efetuadas pela lei que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil, houve esvaziamento de diversos postos de trabalho médico, sem que o novo modelo fosse atrativo o suficiente para garantir uma cobertura razoável das regiões rurais amazônicas (Ibidem.). As áreas indígenas passaram a ser atendidas majoritariamente por médicos/as brasileiros/as formados/as no exterior, igualmente sem CRM, o que inviabiliza que pratiquem medicina no país sem ser como bolsista do Programa, até revalidarem o diploma.

A participação deles/as como bolsistas do programa também não é necessariamente relacionada a um interesse pela saúde pública. Daniel (33 anos) e Denis (40 anos), dois médicos brasileiros sem CRM que entrevistei quando estavam atuando junto ao DSEI Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), me disseram que a escolha por estudar na Bolívia foi por uma questão financeira e que trabalhavam na saúde indígena institucional por acaso, devido uma “*corrida maluca*” no sistema eletrônico de escolha de local de atuação:

E aí quando abriram essas vagas eram muitas vagas nos DSEI e você tinha que entrar no sistema e escolher um lugar e era meio assim uma corrida maluca mesmo primeiro que você entrava e você escolhia. Aí as vagas abriram 8 horas e 8:20 já estavam todas escolhidas [...] e aí no último minuto eu não tava conseguindo. Estava eu e meu irmão, ele tava me ajudando a entrar no sistema. Eu falei para ele “escolhe o primeiro que aparecer”, e quando chegou nos últimos minutos no meu computador já não mostrava vaga e ele tava acessando pelo celular e foi aí que a gente conseguiu uma vaga no DSEI Amapá e norte do Pará (Denis, Brasília, 12 de abril de 2022).

No meu caso eu não escolhi estar em área indígena, só que no dia que eu fui escolher no sistema o local que eu ia trabalhar o sistema estava muito lento e aí eu fiz um *double click* e eu cliquei no primeiro que veio e pronto... aí foi na sorte. Quando eu vi lá que era um DSEI eu pensei “meu Deus! Eu vou trabalhar com outras pessoas, trabalhar com outras culturas diferentes”. No início foi um baque, mas aí depois eu pensei “não, vamos trabalhar e pronto” (Daniel, sala de reunião virtual, 29 de março de 2022).

Já que foi o acaso que levou Daniel e Denis a trabalharem em um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), o que esses/as médicos/as brasileiros/as recém-formados/as têm em comum ao escolherem atuar como bolsistas em programas como o PROVAB e o PMM? A semelhança mais óbvia é a conclusão recente do curso de medicina, e a semelhança um pouco menos óbvia é a expectativa de atuação no mercado de trabalho brasileiro. Se lembrarmos de Sidnei e Sereno narrando sobre suas formações médicas, lembraremos também que em um país com um Sistema Único de Saúde (SUS) em operação, eles aprofundaram seus conhecimentos em saúde pública em virtude de seus engajamentos pessoais, por escolherem matérias optativas, extensões não obrigatórias etc. Esse caminho não era o majoritário, pois também não era o reconhecido como “*de sucesso*”, como expressou o médico Antonio.

No Brasil, o mercado de trabalho médico está concentrado nos grandes centros urbanos. Como disse Daniel, “*com o salário que eles oferecem [no Subsistema] não vão conseguir segurar médico formado no Brasil. Às vezes você pode pegar um ou outro aí que curte esse negócio de natureza, mas é difícil*”, e como quantifica Sidnei:

Então todo mundo entende que essa rotatividade e falta de interesse é que a cidade é mais atrativa, porque é onde tem mais dinheiro. Por exemplo, aqui, o plantão de 24 horas está saindo 2 mil, 2,5, e a saúde indígena paga 14 mil líquido. Então se ele fizer 7 plantões, ele ganha o que ganharia no DSEI [em 30 dias]. E daí tem gente que

trabalha 20 plantões no mês, e daí faz 30 mil, 40 mil, e o médico não quer ir pro mato ganhar 14 mil, que é destoante das outras profissões [que ganham mais trabalhando para o DSEI que nos demais serviços disponíveis na região]. Então os médicos ainda sofrem impacto desses altos pagamentos (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021).

Em quase todas as entrevistas que realizei, com gestores/as, políticos/as, profissionais de diferentes áreas da saúde, médicos/as, indígenas ou não indígenas, a remuneração dos/as médicos/as foi mencionada. Fosse em tom de reprovação, fosse como reivindicação de aumento salarial para os que estão trabalhando na Atenção Primária à Saúde (APS) ou no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), esse aspecto apareceu. Sobre esse tema, que também já apareceu em algumas citações ao longo desta tese, destaco, com a ajuda da conversa realizada com a ex-gestora do PMM Miranda, que a formação médica no Brasil, em seu atual estado da arte, ainda é uma formação para manutenção dos privilégios.

A maioria das pessoas formadas em medicina no país, principalmente as que se formaram antes dos programas governamentais de cotas e de reestruturação do currículo médico, tiveram “*um privilégio enorme*” para conseguir chegar ao curso de medicina, “*uma estrutura que te favoreça para que você consiga estudar que nem uma louca e passar e ingressar no curso*”, ou tiveram como pagar o curso²⁰⁶, cujos preços variam de 5 a 12 mil reais por mês (a título de comparação, o salário mínimo atual é R\$ 1.302,00, conforme Medida Provisória n. 1.143/22). Considerando que são esses/as médicos/as que ensinam novos/as médicos/as, seja na precepção durante o internato de medicina (OLIVEIRA *et al.*, 2021) seja na docência médica (COSTA, 2007),

Então é uma formação para riqueza, né? Médico se forma para ser rico. Eu tenho um primo muito querido, que é muito amigo meu, que foi fazer radiologia, ler imagens, e depois eu disse, conversando com ele, “por que você não escolheu uma medicina mais humana, uma coisa assim?”, e aí ele disse “ah prima, eu não tenho paciência para lidar com gente não, eu fiz medicina para lidar com papel”. É isso. **Hoje ele ganha 20, 30 mil reais lá em São Paulo para ler imagem.** Então é para isso que ele se formou. Ele foi fazer medicina para ler imagem porque não quer tratar com gente. Agora, como alguém se forma em medicina e não quer tratar com gente? É porque o lugar que ele estudou mostrou que ele pode ser rico e não ter que aturar as pessoas (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020, grifei).

²⁰⁶ Conversando com o dono do apartamento que alugo no centro de Brasília, um rapaz da minha idade, que ganhou o imóvel de seu pai, rico fazendeiro de Rondônia, ele me contou que estava gostando de cursar Medicina em uma faculdade particular de Goiânia. Segundo ele, muitos dos seus colegas de turma pouco estudiosos tinham trabalho garantido na clínica da família ou almejavam bons trabalhos depois de formados, porque “medicina dá dinheiro”. Exemplificou que um conhecido dele ganha muito bem prescrevendo tratamentos com base em exames acompanhados de laudo médico, em um hospital de São Paulo. Porém, médicos mais qualificados conseguem ganhar mais, porque são disputados pelo mercado e conseguem negociar seus pagamentos. Ele deu o exemplo de outro amigo que, quando o hospital em que trabalhava estava cortando gastos, recebeu um aumento. Durante a conversa, reparei que em nenhum momento ele associou a prática médica ao fato de ajudar pessoas. Eu não teria conseguido criar uma caricatura mais completa.

São eles também que estão na gestão dos principais órgãos de classe

As nossas escolas de medicina são hiper elitistas, hiper. O principal opositor do Mais Médicos era o CFM. Eu lembro que eu participei de uma reunião do Padilha que tinha CFM e tinha aquela outra Associação [Associação Médica Brasileira²⁰⁷]. Eu lembro que foi uma reunião bem macabra que eles ficaram discutindo aumento de salário. **Era um bocado de homens brancos discutindo seus próprios umbigos e dizendo que os problemas eram do SUS, dos equipamentos.** A discussão não passava pelos problemas de saúde da população, não passava pela questão do acesso, nada disso, somente pelo rendimento deles, pelo salário que caía na conta, só. Uma coisa horrorosa, um dos momentos mais horrorosos que eu passei ali (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020, grifei).

Esses “umbigos” foram perturbados com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), gerando uma reação em massa da Comunidade Medicina Liberal (CML) contra as grandes mudanças que o programa objetivava. As alterações que o Programa sofreu após o Golpe de 2016 contra o governo Dilma, a eleição de Bolsonaro e a criação do Médicos pelo Brasil fez Sereno enxergar a categoria médica como um dos pilares *“do pacto social horroroso que o Brasil tem, porque é uma categoria que acumula muito poder, tem uma postura de lógica de mercado assim... a postura que se teve quando os cubanos chegaram foi uma coisa vergonhosa”* (Sereno, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021)²⁰⁸. Ele comenta que alguns/as de seus/as colegas passaram a construir argumentos para justificarem a ausência dos/as médicos/as nas regiões mais distantes dos grandes centros urbanos, como a questão da falta de recursos e infraestrutura desses locais, e ter ideias como a construção de uma carreira de Estado. Mas, para ele, *“é uma minoria da categoria médica que está de fato preocupada com isso [a insegurança assistencial biomédica]”*.

A alta cúpula das entidades médicas que compõem a Comunidade Medicina Liberal está, como dito acima pela gestora Miranda, preocupada com seus acúmulos financeiros. Isso se expressa desde as poucas vagas para medicina disponíveis nas escolas públicas, e notas de corte elevadíssimas para ingressar no curso; o alto custo da mensalidade das escolas privadas, que faz com que muitos/as desistam da vontade de ser médico/a ou busque alternativas em países vizinhos com faculdade de preço mais acessível; até o truncamento dos processos de validação do diploma no país, que apenas em 2011 foi unificado na prova “Revalida”, organizada pelo Inep/MEC.

²⁰⁷ Essa Associação não é a mesma que teve um papel importante na organização do ensino médico no Brasil em meados do século XX, como abordado no início deste capítulo.

²⁰⁸ Essa postura vergonhosa foi tema da coletânea de textos “Mais amor, seu doutor! Os médicos cubanos entre nós” organizada por Iara R. Farias e Ivan R. Martin (2017), na qual se discute a acolhida aos cubanos, as distorções midiáticas e há um capítulo dedicado às manifestações do presidente do Conselho Federal de Medicina de junho de 2013 a novembro de 2014, demonstrando seu combate ao PMM (RIBEIRO, 2017, p. 65-94).

Antes, como o médico Denis lembrou, era preciso fazer uma prova de convalidação nas universidades, as quais adotavam critérios próprios. “*Cada uma tinha sua própria prova e não tinha prazo, então a universidade podia ficar alguns anos analisando os seus documentos. Foi o governo Dilma que criou o Revalida. Médicos de classe média devem muito à Dilma*” (Denis, Brasília, 12 de abril de 2022, grifei). Ou seja, Denis se refere aqui àquelas pessoas que tiveram o “*privilegio*” de estudar para conseguir disputar as vagas nas universidades públicas, mencionado por Miranda, mas que não teriam condições de pagar uma faculdade de medicina sem um risco considerável às contas familiares. Ao não conseguirem as vagas nas universidades públicas e não pagas do Brasil, mas conseguirem financiar o estudo de medicina fora do país, esses/as médicos/as teriam a participação nos processos de revalidação do diploma facilitados com a aplicação de uma prova única.

Ainda assim, não é raro a prova não acontecer por alguns anos, como ocorreu no intervalo de 2017 a 2020, quando esteve judicializada, ou acontecer com notas de corte muito elevadas. Conforme as sanitaristas Maria Alessio e Maria Sousa (2017) observam, a prova vem apresentando aprovações cada vez menores e nunca houve um “*nivelamento*” com os egressos dos cursos de medicina brasileiros, “o que não nos permite avaliar se trata-se de avaliação inclusiva ao nível dos conhecimentos da média dos médicos brasileiros ou um teste de caráter excludente” (p. 1146). Caetano, médico cubano que atuou nas Terras Indígenas do baixo Oiapoque, que ficou no Brasil após o fim da parceria com Cuba e está prestando os exames para revalidar seu diploma, comentou que a prova que fez continha questões que extrapolavam o que ele considerava como conhecimentos gerais de um graduado em medicina.

Na entrevista com o Daniel, que ocorreu após ele ter sido aprovado no Revalida, quando eu comentei sobre certa vez ter passado pouca gente na prova, ele disse:

Sim, teve uma vez que passou só 4%. O CRM fica de olho na prova que o Inep faz, mas quando tem uma aprovação grande, como teve agora [ocorrida em 2021, com 33,2% de aprovação], pode ter certeza de que na próxima eles vão subir a nota de corte, eles vão deixar mais complicada²⁰⁹. Parece que eles ficam meio assustados “meu Deus! Está passando muito médico, a gente tem que fazer reserva de mercado” (Daniel, sala de reunião virtual, 29 de março de 2022).

Como visto acima, essa preocupação é colocada em outros termos por Scheffer (2020), ao mencionar que uma das discussões atuais é como compatibilizar a rápida ampliação do número de vagas nas escolas com a garantia da qualidade da formação de médicos no país (p.

²⁰⁹ Dito e feito. No segundo semestre de 2022, a taxa de aprovação caiu para 3,75%, “a menor em toda a história do exame”, conforme reportagem disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/04/01/revalida-tem-a-menor-taxa-de-aprovacao-em-11-edicoes-medicos-formados-no-exterior-apontam-falhas-e-pedem-mudancas.ghtml>. Acesso em: 10 jun. 2023.

106). Adensando a reflexão anterior sobre o que seria visto como uma formação de qualidade, tratar-se-ia de uma formação voltada para o Sistema Único de Saúde ou para leitura de exames imagéticos em hospitais de grandes centros urbanos? Se a resposta correta for a formação para o SUS, ela alguma vez foi a principal variável de qualidade?

Em linhas gerais, falar de médicos no Brasil é falar de uma classe elitista, branca e corporativista, herdeira desse “Interminável Brasil colônia” (CAPIBERIBE, 2017) que perpetua uma colonialidade do poder com raízes nas estruturas escravagistas e oligárquicas predominantes em boa parte da história do país. Assim, as dificuldades existentes para a presença e atuação plena de médicos e médicas em serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) é uma constante, mesmo após trinta anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma opção política da classe que vai de encontro à opção política de estruturação da saúde com foco na APS e no universalismo, por um lado, e que condiz com a ideologia liberal predominante na economia política brasileira. A hegemonia da classe médica, associada à Comunidade Médica Liberal (CML), encontra espaço suficiente para ditar a estruturação do sistema de saúde do país ainda que passando ao largo do espírito do conjunto de diretrizes contidas na Lei n.8080/1990.

Concluo este item com a explicação da gestora e médica Suelen sobre o vínculo entre formação e estruturação dos serviços públicos de saúde, para, em seguida, analisarmos os impactos da atual formação médica na população que vive na Amazônia Legal:

[a formação] tem que ser muito enfatizada na atenção primária que, inclusive, é uma opção política de estruturação de saúde do país. Como a formação não está vinculada com a estruturação da saúde pública no país? E isso é essencial para estar mais perto de como a população vive, como ela se estrutura, como ela trabalha, como ela resolve suas coisas nos locais, [a formação] é fundamental para isso tudo. Por isso é um desafio enorme. Você tem que mexer em toda a formação também para que esses profissionais consigam fazer o que se espera que seja feito na atenção primária. A gente ainda hoje convive com profissionais médicos que não tem a menor ideia do que é atenção primária, como ela funciona (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021).

3.1.2. O atendimento médico aos povos indígenas amazônicos

Voltemos aos/às recém-egressos/as dos cursos de medicina brasileiros. Como se não bastasse serem poucos/as os/as que se dispõem a atuar “na floresta”, ou que são levados/as para lá por ser a vaga que encontraram na “*corrida maluca*” (Denis) das bolsas disponíveis, ao chegarem nas comunidades indígenas esses médicos se deparam com realidades pouco aprofundadas durante sua formação:

Alguns têm uma percepção meio idealizada “Poxa quero contribuir com áreas indígenas”. Muito legal isso, mas às vezes eles vão e...assim, você faz uma formação toda dentro do hospital, você não sabe fazer um exame físico, você depende sempre de uma tomografia, e de repente você está numa área indígena. Infelizmente o médico muitas vezes não dá conta disso (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020).

Infelizmente as nossas universidades estão afastadas das necessidades da população. Qual é a importância de os profissionais terem a formação na atenção primária? Porque eles conseguem enxergar a realidade de cada local. Se a formação se concentra no hospital, por exemplo, ele perde essa dimensão. Quantas vezes eu vi colegas prescrevendo antibióticos caríssimos que a família se apertava para pagar, sendo que ele poderia passar outros (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021).

Com pouca experiência e condições não hospitalares de trabalho, os/as médicos/as recém-formados/as se deparam com situações precárias, que geram insegurança quanto à sua carreira:

Na saúde indígena, o cara tá fazendo coisas no mato que não era para ele tá fazendo, mas tem que fazer. Por exemplo, soro antiofídico. O soro só pode ser feito em ambiente hospitalar, mas as pessoas acabam fazendo lá. E os médicos diziam, “mas não pode”, até porque os médicos brasileiros temiam eventuais sanções do Conselho (Samia, sala de reunião virtual, 1 de março de 2021).

Na citação acima, Samia, médica brasileira que foi supervisora dos bolsistas do PMMB que atuaram nos DSEIs da região norte do país, refere-se aos/as médicos/as brasileiros/as que atuavam em áreas indígenas antes do PMM. Com a chegada dos/as médicos/as estrangeiros/as ou formados/as no exterior e sem CRM, a saúde indígena institucional se encheu de médicos/as que, apesar de não estarem vinculados ao Conselho, se preocupam com o desligamento do Programa, que significa não poderem atuar como médicos/as no Brasil até passarem na prova de revalidação de diploma, ou se prejudicarem previamente à tentativa de obter o registro. Daniel, que era um desses médicos sem CRM, expressa esse pensamento:

Para os médicos daqui de dentro [que possuem CRM] não é vantajoso estar em área indígena. Por exemplo, ir para cidades afastadas, eles muitas vezes vão pegar uma prefeitura que vai dar calote neles, vão pegar locais de trabalho péssimos, então eles vão colocar todo dia o CRM deles em cheque. A galera não quer colocar em risco 6, 7 anos de estudo trabalhando em um local que não te dá o mínimo, que você pode fazer algo errado por tentar ajudar com o que tem e acabar cometendo um erro por causa disso (Daniel, sala de reunião virtual, 29 de março de 2022).

Para ele, que atuou nas Terras Indígenas da região do baixo rio Oiapoque, os riscos profissionais de atender em áreas remotas se desdobra em outro risco, o de se tornar alguém que precisa de atendimento e estar nesses locais:

Quando você estuda você quer mais conforto, e o que eles propõem é mandar uma pessoa, que pode escolher onde quer trabalhar, para um lugar de muito difícil acesso

onde ela vai colocar a saúde dela em cheque. Se acontecer um problema lá, para ela chegar até a cidade são 4 horas [de viagem]; se mandar helicóptero de noite, sem chance, você não vai. **Então se você adoecer, você tá que nem eles lá, vai passar pela mesma coisa que eles:** 4 horas de voadeira, depois mais uma hora para chegar na cidade, na cidade já não tem também estrutura, e mais 8 a 10 horas, dependendo da época [do ano], para você chegar em Macapá. Então eu acho muito difícil eles conseguirem atrair a galera. Podem atrair daquele jeito que eu falei: dois, três meses, alguém ali que queira fazer um dinheiro e depois vai embora. O rapaz ou a moça tá solteiro, não tem filho, **então vai para esses lugares, faz um dinheiro e pronto** (Daniel, sala de reunião virtual, 29 de março de 2022, grifei).

Foi com esse desconforto de atender durante aproximadamente três anos e passar por dificuldades “*que nem eles lá*” que Daniel tolerou a saúde indígena institucional até passar no Revalida – “*e pronto*”, como disse. E ele conclui: “*quem vai querer ganhar o que a gente ganha para estar em um lugar muito difícil, sendo que você pode ganhar mais no conforto da sua família? É até ilógico*”. Seria, se o conforto da sua família for longe desse lugar difícil. Mas e quando sua família vive nesse exato lugar? Como Stralen *et al.* (2017) observam, “o fator ‘distância’ é subjetivo e foi identificado nas entrevistas principalmente em termos de distância da família, amigos e de grandes centros, dificultando a permanência em longo prazo no município pesquisado” (p. 164). E aqui trago novamente Maurício, que foi gestor do PMM, mas também é professor de medicina e pesquisador sobre a formação médica, para abrir a reflexão:

Para isso [ter médicos no interior do país], precisava da abertura dos cursos de medicina, mas também modificar a formação médica, né, sair do âmbito hospitalar, estar mais perto dos lugares onde faltam médicos, porque os cursos de medicina acabavam reproduzindo uma concentração que depois gerava uma concentração de profissionais nas capitais, nas áreas mais urbanizadas. Então até olhando para essas experiências internacionais, a gente via que quanto mais tivessem estágios em áreas, por exemplo, rurais, ou que fossem estudantes provenientes de áreas rurais, ou que os cursos de medicina estivessem mais próximo das áreas rurais, maior chance de o médico depois ficar nessas localidades. E aqui não, né? Há esse predomínio das capitais das cidades de maior porte, mais desenvolvidas economicamente, com mais chance desses médicos ficarem aí (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020).

Sobre o tema, reproduzo o levantamento bibliográfico feito por Stralen *et al.* (2017) que vai ao encontro das afirmações de Maurício:

Wasko, Jenkins e Meili (2014) destacaram que a origem rural do profissional configura-se entre os principais fatores de retenção de médicos em áreas rurais. Um survey conduzido por Costa *et al.* (2006) com 1.578 residentes do terceiro ano de residência de diversos programas em Medicina de Família nos Estados Unidos revelou que mais de 50% dos residentes preferem trabalhar em comunidades do mesmo porte daquelas nas quais cresceram. Similarmente, o survey conduzido por Duffrin *et al.* (2014) apontou que o porte do município de criação do profissional é altamente associado ao trabalho em área rural. Estudos de revisão sobre o tema igualmente apontam que médicos nascidos em área rural têm mais chances de optarem por

trabalhar em áreas rurais (WILSON *et al.*, 2009; LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008; LAVEN; WILKINSON, 2003). (p. 166).

Com relação aos médicos de origem urbana, os autores apontam uma série de estudos que observam que “a exposição de médicos que cresceram em grandes centros a cenários de práticas rurais durante a graduação e pós-graduação influencia sua decisão de atuar em comunidades rurais” (p. 166). Na mesma linha, defendem que os fatores que estimulam a continuidade do profissional na APS são o reconhecimento e os vínculos estabelecidos com a comunidade, além da identificação com a própria filosofia da Estratégia Saúde da Família (p. 167).

Durante a entrevista, Antonio ressaltou dois aspectos que ele, enquanto indígena nascido e criado em aldeia e médico, reparou durante sua formação. Primeiro com relação à similaridade da prática médica com as práticas de cuidado de sua família: “*Quando eu entrei na universidade era como se eu visualizasse algo que a gente fazia na aldeia para cuidar*” – e retomarei essas práticas de cuidado para além de biomédicas no capítulo 5. Segundo que essa similaridade era vista por seus/as colegas com preconceito:

[Em 2005], quando eu passei [em medicina], eu falava que era indígena, né, e as pessoas perguntam se eu tinha descendência japonesa. E eu dizia, “não, sou indígena”. As pessoas têm aquela coisa de indígena de livro. Elas perguntavam se eu entrei por cotas, e eu dizia que não, não foi, mas porque não tinha, senão eu teria feito [ingresso por cotas]. Depois de dois anos, a faculdade começou a implantar [cotas], mas na universidade, quando eu entrei, tinha essa coisa de que eu era diferente, também porque eu conheço muita coisa do cuidado das plantas. Mas eu me deparei com uma formação que é diferente disso, que o que vale é o que é comprovado cientificamente e dentro da organização médica, dentro de um Conselho ao qual sou ligado. Eu não posso, por exemplo, prescrever qualquer coisa, porque eu tenho uma formação científica, né? Então aos poucos, quando eu fui entrando, isso foi me inquietando, incomodando, inclusive as piadas que faziam sobre as práticas tradicionais, e não era só por parte de colegas, mas de professores também que se desfaziam delas e diziam “isso aqui funciona desse jeito e tal. **Acredita que lá na mata as pessoas acreditam que isso cura?**” Essas coisas foram começando a me inquietar. Questões financeiras também, inclusive até a ponto de eu começar a me silenciar sobre a minha origem indígena. Depois de um tempo eu me dei conta disso. Mas o que doía mais era essa questão de preconceito, de falta de respeito com os outros sistemas de saúde. O sistema de saúde ocidental hospitalocêntrico e até eurocêntrico é tido como “O sistema”, né? É como se eles fossem mais importantes (Antonio, sala de reunião virtual, 19 de maio de 2021, grifei).

As anedotas sobre o que as pessoas “*lá na mata*” acreditam servem como par dicotômico àquilo que é ciência de verdade, a biomedicina. Para exemplificar esse par dicotômico operando na prática, durante a entrevista, Daniel mencionou que sua formação o fazia ser descrente frente às “macumbas”²¹⁰ que os Karipuna relatavam como causa de seus infortúnios, mas que

²¹⁰ Achei curioso o uso da palavra “macumba” e não feitiço, como é mais usual na etnologia ameríndia (LANGDON, 2005) e no campo da saúde indígena no baixo rio Oiapoque (ANDRADE, 2007).

aprendeu que a negociação do tratamento biomédico era possível se não demonstrasse sua descrença de antemão. Esse seria mais um fator para sua caracterização da saúde indígena institucional como um contexto desafiador de trabalho, que só atrai médicos “*sem outra opção*”. Ainda assim, concluiu, “*é melhor algum médico do que nenhum*” (Daniel, sala de reunião virtual, 29 de março de 2022).

Se Helena²¹¹, professora dos cursos de especialização em saúde indígena ofertados aos bolsistas do PMMB, estivesse nessa conversa, discordaria imediatamente do sujeito. Ela considera que a massificação de profissionais em área indígena pura e simples não ajuda, e pode inclusive atrapalhar, as necessárias relações entre profissionais de saúde, indígenas ou não, com a comunidade indígena atendida. Por outro lado, Helena tem percebido um crescimento na quantidade de profissionais interessados/as na saúde pública e medicina da família – e vimos como isso se deu também através de políticas sociais como as cotas e o PMM. Esse movimento, sim, levaria uma medicina qualificada para a Atenção Primária em Saúde (APS) na floresta.

Helena, assim como Sidnei, Sereno e boa parte dos gestores da SESAI com os quais conversei, são pessoas que pensam há anos sobre a saúde dos povos indígenas, de forma mais ampla, e a saúde indígena institucional. Ao entrevistá-la, Helena reforçou também a importância de cada vez mais indígenas assumirem os cargos do SasiSUS, inclusive como médicos/as. Essa é uma afirmação recorrente que, a meu ver, muitas vezes se perde em uma falácia culturalista, quando poderia ser mais bem aproveitada se entendida como um posicionamento político.

Por exemplo, Sidnei ressaltou que conhecia médicos/as indígenas que, após formados/as, não quiseram ficar trabalhando em suas comunidades de origem, em São Gabriel da Cachoeira/AM. Se, novamente, fosse uma conversa de todos juntos, Helena – e eu com ela, baseada no estudo de caso exposto no capítulo 5 – defenderia que em “*alguns lugares que têm indígenas formados [em medicina], eles têm outra forma de aproximação ou de entendimento da questão da interculturalidade*” (Helena, sala de reunião virtual, 5 de maio de 2022). Sidnei conhece esse argumento e, dando sequência à sua fala, emendou que, se o médico indígena vai trabalhar longe de sua comunidade, com outro povo, ele vai sofrer “*o mesmo impacto, a mesma dificuldade e os mesmos bloqueios interculturais que um médico não indígena, porque ele vem de outra cultura. Então tem essa fantasia de que são todos parentes*” (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021, grifei).

²¹¹ Optei por manter o codinome que utilizei no mestrado para esta interlocutora.

O que escapa a esta visão culturalista expressa na fala do Sidnei é que os “*bloqueios interculturais*” que ele possivelmente experienciou ao ser médico de um DSEI extrapolam o que se costuma incluir nas especificidades culturais, porque há aspectos históricos e materiais que, muito distante de ser uma “*fantasia*”, geram reconhecimento entre os povos indígenas no Brasil – como abordado no capítulo 1 desta tese. Os indígenas organizados em movimentos sociais e articulações nacionais se chamam de “parentes” porque, apesar de serem diversos povos, com suas especificidades, vem construindo o entendimento de que é preciso certa união para lutarem por direitos (BANIWA, 2006)²¹², e essa consciência está presente quando muitos/as decidem, ou são incentivados/escolhidos para se tornar profissionais de saúde.

Como um Antonio só não faz verão, a quantidade ainda é pequena de médicos/as indígenas, ou de outras comunidades tradicionais, formados/as no Brasil, mas com a política de cotas implantada em boa parte das universidades públicas, atualmente há muitos/as indígenas cursando medicina por todo o país²¹³. Dialogando com Antonio e com essa noção de maior importância que os/as médicos/as creditam às suas práticas em detrimento de outras, em muitas entrevistas eu perguntei sobre quem sentia a ausência dos/as médicos/as nas equipes, e as respostas tenderam para uma indecisão entre afirmar a importância desse/a profissional, mas não identificar que essa era uma demanda professada. Por exemplo, Samia respondeu da seguinte forma:

Não sei te dizer, não sei te dizer. Tinham lugares que já estavam acomodados com a ausência mesmo, sabe? E tinham médicos que ganhavam muito dinheiro com isso, porque virava uma espécie de leilão, entendeu, e todo um sistema que se desenvolveu de médicos contratados por ongs etc., que tinham os seus espaços de poder ali colocados e perderam seus espaços de poder. Às vezes eu acho que as pessoas nem vislumbravam [a chegada de médicos na atenção primária] (Samia, sala de reunião virtual, 1 de março de 2021).

Meus/minhas interlocutores/as do Amapá também percebiam certa acomodação da saúde indígena institucional sem médicos/as, como apresento no próximo capítulo. Considerando as outras demandas de saúde que interlocutores da Amazônia Legal expressam, traduzo essa “acomodação” como uma não centralização da solução dos problemas na presença

²¹² “O termo parente não significa que todos os índios sejam iguais e nem semelhantes. Significa apenas que compartilham de alguns interesses comuns, como os direitos coletivos, a história de colonização e a luta pela autonomia sociocultural de seus povos diante da sociedade global” (BANIWA, 2006, p. 31).

²¹³ Recentemente conclui um curso de extensão da Universidade Federal de São Carlos intitulado “Introdução à Saúde dos Povos Indígenas” em que troquei experiências e fui aprendiz de formandos/as indígenas de diferentes áreas da saúde, incluindo medicina. O médico Willian Luna (2021), organizador do curso, encontrou essa presença indígena em 43 cursos de medicina das universidades federais brasileiras entre 2018 e 2020.

do profissional médico – mais um a se somar a equipes de saúde com dificuldade de realização da Atenção Primária à Saúde.

Como fechamento dessa pequena incursão na histórica ausência de médicos/as na saúde indígena institucional, ressalto que, ainda que estudantes cotistas estejam se formando por agora e que o Revalida, quando realizado, possibilite o registro em Conselhos Regionais de Medicina de médicos/as formados/as no exterior, existem duas condicionantes estruturais tangenciando essas ações. Uma é referente aos recursos destinados para a manutenção do Sistema Único de Saúde brasileiro, como argumentou Sereno:

O Brasil chega a baixar para 50% [de recurso ao setor público] em comparação com o capital privado. O setor público tem menos dinheiro do que o privado para cuidar de mais de 70% da população. **Tem um problema estrutural de princípio.** O mercado de trabalho médico tem que ser regulado por necessidade. Não é tênis, videogame...Não sou a favor de uma estatização total da economia, **mas o setor da saúde é um setor de direito.** Então a gente tem esse horizonte que a gente não supera. E essa contradição nos deixa em uma condição paliativa, enquanto ela existir (Sereno, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021, grifei).

Outra condicionante, mais velada, é fruto do racismo estrutural que, segundo o advogado e filósofo Silvio Almeida (2019), “fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea” (p. 15)²¹⁴. Ele está presente em manifestações individuais, como a que a jornalista branca Micheline Borges postou em suas redes:

Me perdoem se for preconceito, mas essas médicas cubanas tem uma cara de empregada doméstica. Será que são médicas mesmo? Afe que terrível. Médico, geralmente, tem postura, tem cara de médico, se impõe a partir da aparência...Coitada da nossa população²¹⁵.

Mas também está presente, de forma direta ou indireta, em toda instituição que não atuar de forma ativa contra sua reprodução. Portanto, a afirmação da jornalista sobre a “cara de empregada doméstica” das médicas cubanas guarda relação com o fato de boa parte dessas médicas serem negras ou pardas e de que 92% dos/as trabalhadores/as domésticos/as no Brasil são mulheres, das quais 65% são negras, como divulgado em 2022 pelo Departamento

²¹⁴ Segundo S. Almeida (2020), o racismo é sempre estrutural, integrando a organização econômica e política da sociedade.

²¹⁵ Disponível em: <https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2013/08/jornalista-diz-que-medicas-cubanas-parecem-empregadas-domesticas.html>. Acesso em: 07 ago. 2022.

Intersindical de Estudos e Estatísticas (Dieese)²¹⁶. Também se relaciona com o fato de a maioria dos/as médicos/as no Brasil serem brancos/as, como descrito no início deste capítulo, e de empregados/as domésticos/as ganharem majoritariamente um salário-mínimo (R\$ 1.302,00) ou menos (quando trabalham sem registro na carteira de trabalho), e médicos/as ganharem dezenas de milhares de reais. Ou seja, há de fundo uma estrutura de discriminação racial sustentando a estratificação social do trabalho no Brasil (S. ALMEIDA, 2020, p. 33).

Contudo, a estratificação social não se dá somente no mercado de trabalho. Está presente, por exemplo, na percepção de que “*é demérito você ir para o interior cuidar de pobre, cuidar de pereba*”, como percebe a ex-gestora do PMM, Miranda – cuidar desse “70% da população” citado acima por Sereno, majoritariamente preta e parda²¹⁷. “*Mérito é ter um consultório, bem limpinho, bem branquinho, para atender gente rica*” (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020), com médicos “*bem branquinhos*” (Miranda) também.

Incluídos nesses 70% de pessoas que dependem do SUS está a maioria dos indígenas que vivem no país²¹⁸. E como eles/as são atendidos/as? É uma jovem liderança indígena, que atualmente compõe a diretoria da APIB, quem elucida os pontos de convergência e especificidade do racismo enfrentado pelos indígenas:

A grande maioria dos médicos brasileiros que iam ou que vão para as áreas indígenas, o atendimento é muito superficial, muito direto, sem uma interação com o paciente, e isso...a própria população brasileira em geral, o cidadão pobre que vai lá no posto porque está com algum problema e pedir algum apoio e sofre um atendimento desse já é ruim, imagina o indígena, com dificuldade linguística, cultural. Tem coisa até de preconceito. Reclamar que o indígena está fedendo, que está sem roupa, reclamações que não condizem com esse tipo de profissional que vai para uma comunidade indígena atender (Aldo, Macapá, 5 de maio de 2021).

No estudo de caso que apresento nos próximos capítulos trago exemplos desse preconceito mencionado acima. Ao fim e ao cabo, a pergunta sobre como levar uma medicina de qualidade para a floresta muitas vezes sequer será formulada – restando uma dicotomia generalizante de urbano e rural que achata as diversas paisagens amazônicas. No próximo subitem deste capítulo, minha intenção é analisar como esses dois problemas estruturais

²¹⁶ Dados disponíveis em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-04/mulheres-negras-sao-65-das-trabalhadoras-domesticas-no-pais#:~:text=As%20mulheres%20representam%2092%25%20das,inferior%20a%20um%20sal%C3%A1rio%20m%C3%ADnimo>. Acesso em: 07 ago. 2022.

²¹⁷ Conforme os resultados da pesquisa “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça Brasil”, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), dos 13,5 milhões de brasileiros que vivem em extrema pobreza, 10,1 milhões declaram-se de cor preta ou parda.

²¹⁸ Como exposto no capítulo 1, entre pardos, principalmente no norte e nordeste do país, estão incluídas muitas pessoas indígenas.

identificados na formação e atuação médica no Brasil foram afetados ou afetaram a vinda de quase 19 mil médicas e médicos cooperados/as oriundos de Cuba.

3.2. “Cuba não reparte o que sobra, e sim compartilha o que tem”

É primeiro de janeiro de 2019. O 60º desde a revolução cubana de 1959. Eu me dirigi a Havana, capital do país, mas não foi lá que ocorreu a principal cerimônia de celebração, e sim no cemitério de Santiago de Cuba, a 880 km da capital, onde Fidel Castro²¹⁹ está enterrado. O jeito foi assistir pela televisão. Lá estavam Raúl Castro Ruz, Miguel Díaz-Canel e dezenas de cubanas e cubanos, muitos com o jaleco branco, indicando sua formação em medicina (Foto 2). Raúl Castro, em determinado momento do discurso se dirige à plateia de jaleco, dizendo: “Há algumas semanas, milhares de médicos cubanos que prestaram serviço no Brasil regressaram com dignidade, com o reconhecimento e o carinho de milhões de pacientes, sobretudo das zonas rurais e das populações indígenas”²²⁰.

Esse evento de 60 anos da revolução ilustra o que será tratado neste subitem. Meu foco são as percepções (i) que meus/minhas interlocutores/as cubanos/as têm de sua práxis médica, com uma perspectiva de comparação com a medicina praticada no Brasil; (ii) que meus/minhas interlocutores/as não cubanos/as tiveram desses/as milhares de médicos/as cubanos/as que estiveram no Brasil de 2013 a 2018, dos quais alguns permanecem no país; e (iii) o reconhecimento desses/as médicos/as por parte da população, a partir de dados constantes no referencial bibliográfico consultado.

²¹⁹ No original: “Hace pocas semanas retornaron dignamente, con el reconocimiento y el cariño de millones de pacientes, sobre todo de zonas rurales y poblaciones indígenas, miles de médicos cubanos que prestaron servicios en Brasil”. Fidel Castro foi um líder revolucionário (1926-2016) que governou a República de Cuba de 1960 a 2008. Como Gomes, Menhy e Ferla (2018) apuraram, os discursos de Fidel e escritos de Ernesto Che Guevara (1928-1967) são fontes muito relevantes para se compreender o processo de subjetivação revolucionária da população e dos médicos cubanos, respectivamente. Raúl Castro Ruz (92 anos), seu irmão, participou das insurgências revolucionárias e assumiu a presidência do país de 2008 a 2018, quando Miguel Díaz-Canel, militante do Partido Comunista de Cuba (PCC), foi eleito, sendo o atual presidente do país.

²²⁰ Discurso disponível em: <https://www.granma.cu/cuba/2019-01-01/tras-60-anos-de-luchas-sacrificios-esfuerzos-y-victorias-vemos-un-pais-libre-independiente-y-dueno-de-su-destino-01-01-2019-23-01-14>. Acesso em: 25 jun. 2023.



Foto 2. Cerimônia de celebração de 60 anos da revolução cubana. Santiago de Cuba, Cuba. 1/1/2019 (fonte: <https://www.granma.cu/cuba/2019-01-01>).

Distante de uma descrição sistemática do período dos/as cubanos/as no Programa, realizado em alguns trabalhos (BRASIL, 2015a; TELLES, 2019; OPAS, 2018), minha intenção é conduzir a reflexão mais situada, focada em como meus/minhas interlocutores/as perceberam o ser e atuar desses/as médicos/as no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS). Abordo o tema nesta parte do capítulo de forma genérica, uma vez que (i) há inúmeros contextos distintos também no SasiSUS e (ii) farei uma análise mais focada sobre uma região específica da Amazônia Legal nos próximos capítulos.

Como descrito no item “2.2.2. Os/as cubanos/as e o Perfil 8 dos editais de chamamento de médicos” do capítulo anterior, a vinda de milhares de cubanas e cubanos mexeu com o entendimento dos/as brasileiros/as sobre quem eles/as eram, como eles/as atuavam, ou como Sidnei, que é médico, expressou, “*como alguém vira médico [lá]? Será que realmente todos conseguem fazer medicina? Até que ponto médico também é alguém diferenciado para os cubanos?*” (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021). Respondendo a si próprio, ele comentou que “*médico não é como um padeiro*” em Cuba, “*ele tem um status diferenciado*

porque ele pode fazer missões internacionais”. A comparação com o padeiro talvez seja pelo salário que os/as médicos/as recebem trabalhando no sistema público do país, igualado a diversas outras carreiras públicas²²¹. Porém, como percebeu Samia, que, assim como Sidnei, supervisionou esses/as médicos/as no Brasil, eles/as não têm dúvidas sobre sua diferença com um padeiro: *“eles são médicos na completa concepção da palavra, inclusive com auto endeusamento que têm de si mesmo, aquela coisa de todos os médicos de ‘eu estou dizendo, como assim não vai fazer?’”* (Samia, sala de reunião virtual, 1 de março de 2021).

A ideia de auto endeusamento precisa de um ajuste se considerarmos que, como lembra o ex-gestor do Programa Mais Médicos (PMM) Miguel, *“em Cuba, você vir para o Mais Médicos era como se você tivesse ganhado uma medalha de ouro”* (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020). Ou seja, mais do que um sentimento autorreferido, os/as cubanos/as vivenciam um projeto social de valorização da formação médica voltada para a Atenção Primária à Saúde (APS) que faz com que os/as médicos/as generalistas e especializados/as em saúde da família e comunidade sejam a maioria, e uma maioria elogiosa – que é um pouco diferente da imagem do/a *“médico do postinho”* ou *“que cuida de pereba”* (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020) que se tem no Brasil. A construção histórica dessa valorização não se deu, contudo, através de altos salários.

Carlos (53 anos), cubano que se formou em medicina em 1992 e atualmente vive no Brasil, me contou em entrevista que em Cuba tem o curso de medicina em várias províncias, que as escolas estão espalhadas por todo o país e que quase todo mundo tem algum parente médico na família – realidade diferente do Brasil. A título de exemplo, nasci no mesmo ano de criação do SUS, em 1990, e fui criada em um bairro periférico da grande São Paulo/SP. Nenhum dos meus parentes ou vizinhos, ou parentes dos meus vizinhos, era médico/a.

Quando estive em Cuba, em janeiro de 2019, passei por Havana, Santiago de Cuba e Barbacoa e em cada uma dessas cidades conversei com uma profissional médica que lecionava em algum dos 25 centros de ensino cubanos de medicina²²². Em Havana, me desloquei até a Escuela Nacional de Salud Publica (ENSAP), após ter trocado alguns e-mails com a Cíntia, indicada por um amigo brasileiro que participou de um curso promovido pela escola. Ela se dispôs a conversar comigo quando eu chegasse no país. Já as demais eu conheci em cidades

²²¹ Como Santos, Vasconcelos e Dessotti (2017) explicam, o compromisso revolucionário com o pleno emprego faz com que o estado seja o principal contratante das pessoas, que trabalham “em serviços de educação, saúde e assistência social, os quais são também definidos como direitos universais e incondicionais de todos os cubanos e cubanas” e em organizações cooperativadas, “tendo acesso garantido aos frutos de seu trabalho” (p. 122).

²²² Informação coletada no sítio cubano “Informed”, na aba “instituciones de salud” <https://www.sld.cu/red-de-portales/instituciones-de-salud/page/6/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

menores, após ter comentado sobre a minha pesquisa com os/as moradores/as do local em restaurantes, museus e pousadas. Após me falarem o que achavam sobre as missões médicas, as pessoas logo indicavam um/a conhecido/a que era médico/a. Foi assim que conversei com a médica Consuelo, em Santiago de Cuba, e fui com um casal de cubanos até a casa da Carla, em Baracoa.

Perguntadas se há uma disciplina ou direcionamento específico para as missões internacionais durante a formação, todas me responderam que isso se espelha no curso como um todo. Cintia, primeira com quem eu conversei, disse que o que mais pesa para um médico ir para missão é salvar vidas, “*es una cuestión de humanidad*” (Cintia, Havana, janeiro de 2019). Carla (62 anos) afirmou que não é possível fazer anos de medicina em Cuba sem “*interesarse por los humanos*” (Carla, Baracoa, janeiro de 2019), que é exatamente o oposto do que a ex-gestora do PMM Miranda contou sobre seu primo, estudante de medicina no Brasil (Supra p. 149). Carla me falou sobre uma concepção de “*humanos completos*” que, para exemplificar, contou sobre um estudante de medicina estrangeiro, de 25 anos, que tinha tudo, mas que chegou em Cuba e chorou, porque seus pais lhe davam tudo, mas ele sentia falta da família, da presença, assuntos que perpassam a formação cubana e que ele jamais tinha refletido daquela maneira.

Em um compilado intitulado “Momentos de la educación médica en la revolución cubana”, Eugenio Cruz e Ramón Perea (2013) apresentam o histórico da consolidação do sistema único de saúde cubano intercalando com os feitos da revolução cubana de 1959 e discursos de seus principais líderes. Os autores frisam que, apesar dos estudos de medicina iniciarem oficialmente na ilha em 1728, na “Universidad Real y Pontificia de San Jerónimo de La Habana”, e do governo militar pré-revolução divulgar 300 médicos graduados por ano, “nos 12 anos transcorridos entre 1925 e 1956 graduaram-se, na realidade, 2.227 médicos, em uma média de 186 por ano, e parte deles emigrou procurando trabalho em outros países, principalmente para os Estados Unidos de América” (p. 33, traduzi)²²³.

Assim, nos anos 50, quando se iniciam as revoltas que culminaram na queda de Fulgêncio Batista e ascensão de Fidel Castro ao poder, o país contava com aproximadamente 6 mil médicos, concentrados na capital e principais cidades da ilha (KIRK, 2016, p. 31). Nessa época, a população, de aproximadamente 5 milhões de cubanos, enfrentava o seguinte quadro sanitário:

²²³ No original: “en los 12 años transcurridos entre 1925 y 1956 se graduaron en realidad 2227 médicos, para un promedio de 186 por año, una parte de los cuales emigraban procurando trabajo en otros países, fundamentalmente a Estados Unidos de América”.

A situação da saúde pública cubana nessa altura caracterizava-se por tétano, difteria, sarampo, tosse convulsa, poliomielite, tuberculose e outras doenças. As crianças morriam de gastroenterite e de doenças respiratórias, que eram as principais causas de morte. A taxa de mortalidade infantil era superior a 60 por 1.000 nascidos vivos e a expectativa de vida era de apenas 60 anos (CRUZ; PEREA, 2013, p. 38, traduzi).²²⁴

Cruz e Perea (2013) destacam o papel importante que as universidades tiveram no processo revolucionário, com diversas resistências estudantis durante a insurreição. Depois, nos primeiros anos do novo governo, os/as estudantes de medicina protagonizaram diversas iniciativas de oposição aos/as professores/as que traziam ideias contrarrevolucionárias às aulas ou que se opunham às determinações do recém-criado Ministério de Saúde Pública e sua Junta Superior de Governo. Em outubro de 1960, esse processo culmina em uma crise universitária, após 37 professores da faculdade de medicina serem expulsos e outros renunciarem a seus cargos, restando uma dúzia de professores no quadro (p. 57-58). Gomes, Merhy e Ferla (2018) detalham que “dos 157 [professores] existentes na Faculdade de Medicina de Havana, a única do país até então, apenas 16 ainda estavam lá em 1962” (p. 905).

Tais dificuldades aconteceram em uma conjuntura de inúmeras tentativas de derrubada dos revolucionários do poder pelos norte-americanos²²⁵, em uma escalada de ataques que protagonizaram para voltarem a dominar a ilha que hegemonizavam desde 1898, quando interferiram na segunda guerra de independência dos rebeldes cubanos contra os espanhóis (1895-1898) (AYERBE, 2004)²²⁶. Entre 1960 e 1962, devido aos ataques dos EUA, todos/as os/as resistentes são chamados a defender a revolução, e os/as estudantes criam brigadas estudantis; participam da campanha de alfabetização; criam grupos de estudo sobre as ideias socialistas e sobre marxismo-leninismo, auxiliando no alinhamento com a União Soviética; vigiam as instalações universitárias para evitar sabotagens; e, em outubro de 1962, na chamada

²²⁴ No original: “La situación de la salud pública cubana de esa época nos mostraba un cuadro sanitario caracterizado por tétanos, difteria, sarampión, tos ferina, poliomielitis, tuberculosis y otras enfermedades. Los niños morían de gastroenteritis y enfermedades respiratorias como las primeras causas de muertes. La tasa de mortalidad infantil era superior a 60 por mil nacidos vivos y una expectativa de vida de apenas 60 años”.

²²⁵ Cito os mais conhecidos: (i) a invasão da Baía dos Porcos, conhecida em Cuba como La batalla de Girón, por mercenários em 17 de abril de 1961, (ii) bombardeio aos aeroportos de “Ciudad Libertad”, em Havana, de “San Antonio de los Baños” e ao de Santiago de Cuba, em 15 de abril de 1961 (CRUZ; PEREA, 2013, p. 60), e (iii) a “Operação Mangusto”, um programa de ações clandestinas de sabotagem, guerra econômica e atentados contra autoridades (AYERBE, 2004, p. 49).

²²⁶ Ayerbe (2004), ao narrar a emergência do processo revolucionário de 1959, apresenta suas “profundas raízes” com o período independentista, “num momento em que a vitória das forças independentes está próxima de concretizar-se, o governo norte-americano decide entrar no conflito” (: 23), com base em uma premissa, provada falsa, de sabotagem espanhola de seu navio de guerra Maine, em fevereiro de 1898. O conflito termina em agosto, com a Espanha reconhecendo a independência de Cuba. Cuba passa a ser ocupada pelas tropas norte-americanas, que instaura um governo provisório até 1903 e encerra-o com a emenda Platt, que dá aos Estados Unidos o papel de preservador da independência cubana e livre acesso às terras da ilha para extração de carvão, bases navais etc. (p. 24).

“crise de outubro”, fortalecem “los Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, para defender la Revolución ante la amenaza de un ataque nuclear e invasión yanqui [norte americana]” (CRUZ; PEREA, 2013, p. 75).

Em 1962 se iniciou a implementação do sistema único de saúde cubano com novas diretrizes de formação em saúde²²⁷. Estas rompiam com o esquema flexneriano dos estudos de medicina²²⁸ para a organização de um currículo com características revolucionárias em saúde (SILVA; PARAÍSO, 2021). Durante a criação do “Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón”²²⁹, em Havana, assentou-se

as bases da política de desenvolvimento dos recursos humanos no sector da saúde, centrada fundamentalmente em: (i) formação em massa de melhores médicos; (ii) seleção dos estudantes em função da sua vocação e capacidade; (iii) trabalho preventivo-curativo dos médicos a formar, salvadores de vidas; (4) solidariedade e ajuda a outros países. (CRUZ; PEREA, 2013, p. 75, traduzi)²³⁰.

Em 2005, ao discursar na primeira graduação da Escola Latino-Americana de Medicina, em Havana²³¹, Fidel Castro lembrou os/as primeiros/as 400 médicos/as formados/as pós-revolução, em novembro de 1965, que se juntaram aos 300 que por lá permaneceram. Contando os 1.610 graduados da Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM)²³² em 2005, ele anunciou 85.887 médicos/as formados/as no país depois da Revolução por ele liderada. Fidel terminou seu discurso ostentando as cifras de quase 100 mil médicos/as a serem formados/as na década seguinte, através dos acordos com a Venezuela e outras iniciativas.

Assim, como o médico especialista em saúde da família e saúde indígena Sereno pontuou:

Cuba é tributária de toda a transformação que o país teve. Então ter educação para todo mundo, comida para todo mundo, acesso para todo mundo, eu acho que é mais importante para saúde objetivamente do que de fato a intervenção que eles fizeram na

²²⁷ Para mais informações sobre o funcionamento do sistema de saúde cubano, ver Méndez, 1991, 1993.

²²⁸ Modelo de desenho curricular criado por Abraham Flexner através de um relatório que realizou em 1910 que ocasionou uma grande reforma das escolas médicas estadunidenses. No relatório, a grade curricular era dividida em três grandes áreas: ciências básicas, pré-clínicas e clínicas, com um foco nas doenças e nos hospitais como espaço de aprendizagem, não priorizando a relação cuidador-cuidado (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

²²⁹ Referência à vitória da revolução cubana, em 19 de abril de 1961, frente à brigada de 1.500 contrarrevolucionários, treinados e armados pelos EUA, que desembarcou na ilha no dia 17 e se rendeu na Praia Girón, dois dias depois. Em 2007, o Instituto se transformou na Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Giron.

²³⁰ No original: “las bases de la política de desarrollo de los recursos humanos en salud, centradas fundamentalmente en: (i) formación masiva y de mejores médicos; (ii) Selección de los estudiantes por su vocación y capacidad; (iii) Labor preventivo-curativo de los médicos a formar, salvadores de vidas; (4) Solidaridad y ayuda a otros países”.

²³¹ A escola foi inaugurada em 1999 como parte da resposta humanitária de Cuba frente aos desastres naturais que assolaram a América Central por aqueles tempos. (KIRK, 2016, p. 52).

²³² Escola inaugurada em 1999, no fim do chamado “período especial”, em que Cuba enfrentou escassez de insumos e baixa na economia devido ao fim da União Soviética, sua principal parceira comercial.

saúde, porque foi tudo junto. Até pelo tipo de pensamento e organização bastante pragmáticos, de certa maneira até militarizado, eles têm muita fé nessa intervenção, porque o impacto foi muito incrível, porque a saúde universal foi um dos componentes incríveis lá em Cuba de vários componentes que teve nesta transformação (Serenio, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021).

O impacto da revolução ressoa de muitas formas na formação de médicos em Cuba, Como Silva e Paraíso (2021) argumentam, em artigo dedicado à análise do currículo de formação de médicos em Cuba:

Ao enfatizar um padrão contrário ao poder capitalista global; ao se distanciar de relações de exploração ou disputa no âmbito do cuidado à saúde – quando estabelece como prioridade formar médicos para missões de solidariedade; ao valorizar uma aprendizagem também voltada para a cultura interna e a história de Cuba e da Revolução: o currículo de formação de médicos cubano se reveste e envereda por um caminho alternativo. O que, a nosso ver, o aproxima de uma perspectiva pedagógica decolonial (SILVA; PARAÍSO, 2021, p. 19).

Esse processo enfrenta, todavia, forte ataque das forças conservadoras capitalistas. Carlos me disse que sua época de formação, de 1986 a 1992, foi “*uma época de esplendor da medicina em Cuba*” (Carlos, Oiapoque, 8 de março de 2022), já recuperada do esvaziamento que sofrera no período revolucionário, e que agora, depois de 12 anos fora do país, em diversas missões, ele escuta que as coisas não vão bem, “*porque Cuba tem um embargo econômico há 62 anos por parte dos Estados Unidos da América (EUA), o que dificulta muito a entrada de medicamentos em nosso país. E EUA é uma potência e está muito perto de Cuba, então fica bem difícil*” (Carlos).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, houve a crescente consolidação dos EUA como potência capitalista mundial. Após investir no constrangimento de intervenções europeias na América Latina e Caribe e se tornar um poder imperialista na região, o país passou a condicionar sua ajuda econômica aos países do continente à colaboração desses países no isolamento de Cuba (AYERBE, 2004, p. 51). Uma das frentes de ataque estadunidenses à ilha são legislações variadas²³³, acumuladas desde o início do século XX – ou seja, desde antes da revolução de 1959 –, que proíbem ou limitam as relações econômicas de Cuba com outros países. Com o passar dos anos e as contínuas reprovações dos países reunidos na Organização das Nações Unidas (ONU) ao embargo, a comercialização de remédios, relações de cunho humanitário e afins foram pacificadas.

²³³ As principais leis mencionadas por Ayerbe (2004) são: a "Lei de Comércio com o Inimigo" de 1917; a "Lei de Assistência Externa" de 1961; o "Regulamento de Controle de Ativos Cubanos" de 1963; a "Lei de Democracia Cubana" de 1992; a "Lei Helms-Burton" de 1996; e a "Lei de Reforma das Sanções Comerciais e de Melhoria das Exportações" de 2000.

Dado o embargo econômico que Cuba sofreu, a política de transferência tecnológica a partir de profissionais médicos, a comercialização de medicina por meio da empresa cubana de medicina furava o bloqueio. Então, foi uma estratégia também do governo cubano de furar e ter condições de manter relações internacionais – inclusive econômicas – com outros países. O projeto dos médicos internacionalistas, pensado ainda por Che e Fidel, tinha 2 braços. Não vamos vender guerra, nem armas, também não temos condições de vender e comercializar equipamentos, matérias primas por conta do embargo, mas a transferência de profissionais de saúde furava o embargo (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020)²³⁴.

A empresa cubana a que Miguel se refere é a estatal “Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos S.A.” (SMC). Criada no final de 2011, a SMC institucionalizou os pagamentos pelos atendimentos de médicos cubanos em outros países, a cobrança pela assistência médica e formação (graduação e pós-graduação) em saúde oferecida na ilha a estrangeiros/as, além de arrecadações para pesquisas, como disposto no sítio eletrônico da SMC²³⁵. Esse, contudo, é um arranjo recente, fruto das dificuldades financeiras e certo isolamento enfrentado pelo país e seus valores socialistas em meio a uma hegemonia da lógica de mercado capitalista. Como Gomes *et al.* (2018) concluíram em seu ensaio sobre a subjetivação dos/as médicos/as cubanos/as,

A maneira como as pessoas foram mobilizadas, o modo como os valores foram construídos, com os mais variados processos de subjetivação operando intensamente, de maneira a constituir uma usina a céu aberto para se fabricarem novos sujeitos ‘revolucionários’, tudo isso aponta para o desenvolvimento de uma subjetivação singular a operar em Cuba, no contexto das articulações entre o Estado e a sociedade e a medicina e a sociedade. Pelo que demonstramos, consideramos que o médico cubano representou uma das figuras centrais daquele processo, e aparentemente ainda se constituirá como tal. (p. 914).

Maurício, divergindo da análise mais pragmática empresarial presente na fala de Miguel, enfatizou esses aspectos ideológicos, de subjetivação, da medicina cubana. Ele, que esteve em Cuba quando geria o PMM e acompanhou os preparativos para as missões, não esquece da frase entoada na solenidade antes da vinda para o Brasil: “*Cuba não reparte o que sobra, Cuba compartilha o que tem*”. Segundo ele, a frase está em vários espaços de Havana e o fez construir a seguinte comparação:

Isso é um marco impensável em um país capitalista. Ou seja, eles dizem que quando um país do Norte faz uma ação assim é uma caridade, né? Eles pegam o que sobra e manda para América Latina, para África. Falar de sobra em Cuba é muito difícil, porque eles passaram por um período especial muito difícil. Até hoje eles têm dificuldade devido ao bloqueio. Então quando eles dizem isso **você vê que o internacionalismo, a solidariedade é um princípio, um valor da cultura cubana** e às vezes é difícil de entender na nossa lógica, né? Então para mim essa frase expressa

²³⁴ Silva e Paraíso (2021) fazem uma breve reflexão sobre o processo que chamam de diplomacia por meio da medicina em Cuba.

²³⁵ Disponível em: <https://www.smcsalud.cu/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

muito. Eles estavam compartilhando o que têm, e eles têm médicos, bastante (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020, grifei).

Nessa “geopolítica de saúde cubana” (SILVA; PARAÍSO, 2021), Cuba chega ao século XXI com uma grande quantidade de médicos por habitante da ilha – em 2013, eram 6,4 por habitante (GIRALDI *et al.*, 2016) e muitos desafios para manter as conquistas revolucionárias²³⁶. Assim, sem abandonar a solidariedade internacionalista como ação estratégica e valor moral, a ilha passa a realizar acordos envolvendo pagamento pelo envio de médicos/as para outros países, driblando o embargo econômico dos EUA com o apoio de organismos multilaterais. A disponibilidade em custear a atuação médica frente a desastres ou para países insurgentes frente aos seus colonizadores e/ou ao imperialismo estadunidense segue, contudo, no horizonte.

No livro “Salud publica sin fronteras: para entender la cooperación médica internacional cubana”, John M. Kirk (2016) destaca o humanismo como motivador das missões médicas cubanas, que até 2014 tinham sido realizadas em 158 países, por aproximadamente 135 mil profissionais de saúde (p. 17). Como exemplo, menciona que a primeira delegação pós-revolução foi para o sul do Chile em maio de 1960, após um terremoto devastar Valdivia, no mesmo período em que Cuba tinha perdido boa parte de seu corpo médico, como descrevi anteriormente (Supra p. 160). Ou seja, “*os poucos médicos que eles tinham, eles mandaram para o Chile por conta do terremoto. Então tem um princípio de solidariedade internacional que é bem importante*” (Maurício).

Kirk (2016) também descreveu missões ou oferta de ajuda humanitária de Cuba a países críticos a seu processo revolucionário, frisando que “a prática cubana de prestar assistência médica onde ela é mais necessária tem sido invariável ao longo dos anos, sem que a ideologia desempenhe um papel particularmente importante [...] a solidariedade humana tem prevalecido sobre considerações políticas” (p. 22, traduzi)²³⁷.

O embargo é indispensável para qualquer análise sobre Cuba pós-revolução, mas não imobilizou ou rendeu Cuba, como esperado pelos seus arquitetos. Os motivos são variados, mas ressalto a organização de um “sistema único de saúde” anticolonial – que, como observou o médico Sereno, não é desagregável das transformações ocorridas em todo o tecido social. Logo, quando apenas médicos/as deslocam-se para atuar em outros locais que não Cuba, não é

²³⁶ Para entender melhor os dilemas atuais do país, ver Santos, Vasconcelos e Dessotti (2017).

²³⁷ No original: “la práctica cubana de brindar asistencia médica donde más necesita ha sido invariable a través de los años, sin que la ideología tenga un papel particularmente importante [...] la solidaridad humana se ha impuesto a las consideraciones políticas”.

possível afirmar que a medicina que exercem seja, *per se*, anticolonial, ainda que carreguem com eles valores e experiências do projeto social cubano em suas práticas.

Sobre essa organização citada por Sereno, é João Capiberibe, experiente político Amapaense conhecido pelo apelido de Capi, que foi direto ao ponto: “*com o atendimento organizado, mesmo com pouco dinheiro, você consegue atender. O problema é que se você tiver pobre e desorganizado, aí não dá mais para atender ninguém*” (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021). Se considerarmos o bloqueio, Cuba é um exemplo nesse sentido dito por Capi e confirmado por Clovis e Caetano, médicos cubanos que atuaram no Amapá e presenciaram a dificuldade enfrentada pelas mulheres oiapoquenses para conseguirem realizar ultrassom:

O problema é que Cuba não é um país rico como o Brasil, mas em Cuba a saúde é boa, não vou te mentir.
[eu] uma grávida lá consegue fazer um ultrassom?
consegue.
[eu] com mais facilidade que uma grávida no Oiapoque?
ixi, na hora. (Caetano, Oiapoque, 10 de março de 2022).

As missões seriam uma forma criativa de furar o bloqueio, como disse Miguel, ex-gestor do Programa Mais Médicos, mas não se resumem a uma “empresa” no sentido de venda de serviços e arrecadação financeira, como ele descreveu durante a entrevista. Com o Brasil, “um país rico” e alinhado à agenda estadunidense, foi pactuado um acordo humanitário, com contrapartida financeira, intermediado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS)²³⁸. Mas ao longo dos últimos 60 anos da história cubana, foram realizadas diversas missões médicas em países africanos e latino-caribenhos sem qualquer custo ao país receptor da ajuda:

Em 2011, 31 mil médicos cubanos atuaram gratuitamente em 69 países. No primeiro ano de trabalho da missão cubana no Haiti, em algumas áreas se reduziu a mortalidade infantil de 42 para 16 por mil nascidos vivos. Atuando em algumas regiões da África, no período de um ano, diminuíram a mortalidade infantil de noventa para trinta por mil nascidos vivos (GOMES *et al.*, 2018, p. 906).

Como observam Silva e Paraíso (2021), a formação “decolonial” que recebem os médicos graduados em Cuba após a revolução de 1959 faz com que “o encontro com o ‘outro’” que realizam nessas missões não se dê na chave da dominação: “Identificamos que a missão não é pela guerra/poder ou para ‘evangelizar’, como fizeram os colonizadores. É pela vida e pela saúde” (p. 17). Esse também era o discurso dos médicos em missão no Brasil: “se você

²³⁸ Mais informações sobre as relações comerciais entre Brasil e Cuba, ver Santos e Silva (2016).

falasse com os médicos, dos primeiros que chegaram aqui, eles tinham esse discurso decorado ‘eu vim aqui para ajudar. Eu sei que o povo brasileiro está precisando, então eu vim pelo povo’” (Maurício, sala de reunião virtual, 31 de agosto de 2020).

Apesar de parecer decorado, e isso aparecer na fala de vários/as entrevistados/as, Maurício, que geriu o Programa Mais Médicos (PMM) desde o início e que conversou com muitos/as coordenadores/as cubanos/as, percebia *“um princípio embutido nisso”*. O dinheiro que recebiam durante a missão brasileira era muito interessante, quando comparado ao que ganhavam em Cuba, e nenhum dos cubanos com quem eu conversei deixou de citar isso. Muitos/as dos/as demais entrevistados/as também ressaltaram que os/as cubanos/as estavam longe de se sentirem escravizados/as como alardeado pela Comunidade Medicina Liberal, que tentou inviabilizar a participação deles no PMMB através das esferas jurídicas, políticas e perante a opinião pública. Ainda assim, tinha uma disputa epistemológica para além do dinheiro, *“uma coisa mais subjetiva do senso de dever social que é estar lidando com populações desfavorecidas”* (Samia, sala de reunião virtual, 1 de março de 2021).

Enquanto para a hegemonia da classe médica brasileira é demérito *“cuidar de pereba”* (Miranda), cuidar da massa populacional economicamente mais desfavorecida, para os médicos formados em Cuba esse é o objetivo da sua formação, como expressado por Fidel Castro em inúmeros discursos como este: *“Sim, a nossa Revolução não é uma revolução de milionários, é uma revolução dos pobres e que sonha com o bem-estar não só dos nossos pobres, mas de todos os pobres do mundo; é por isso que falamos de internacionalismo, e não só o falamos, como o praticamos”* (FERNÁNDEZ; GARCÍA, 2011, p. 50, traduzi)²³⁹.

Quando estive na ilha, também não me pareceu ser apenas um discurso decorado. Na conversa com cubanos/as mais envolvidos/as com o turismo, me deparei com falas sobre médicos/as realizarem missões pelo dinheiro e oportunidade de sair da ilha. Porém, ao comentar sobre isso com Camilo, médico cubano que tinha acabado de regressar do Brasil, ele riu e disse existir caminhos muito mais fáceis para conseguir as duas coisas, por exemplo, no ramo de turismo (informação verbal)²⁴⁰.

Assim, o Brasil, ao contratar os serviços da “empresa cubana de medicina”, trouxe para o país um quantitativo de médicos e médicas que fazem parte de um projeto coletivo de saúde

²³⁹ No original: *Sí, nuestra Revolución no es una revolución de millonaros, es una revolución de pobres y que sueña con el bienestar no solo de nuestros pobres, sino de todos los pobres del mundo; por eso hablamos de internacionalismo, y no solo hablamos, sino que lo practicamos”*.

²⁴⁰ Há notícias sobre médicos e outros graduados que preferem trabalhar como taxistas em Cuba para aumentar seus rendimentos, como a disponível em: <https://g1.globo.com/turismo-e-viagem/noticia/2016/09/em-cuba-turista-ve-taxistas-doutores-formados-na-russia-e-na-italia.html>. Acesso em: 25 jun. 2023.

e, de forma mais ampla, de compartilhamento do que Cuba possui. Na linha do que Silva e Paraíso (2021) definiram como uma “pedagogia decolonial” ao tratar da formação dos médicos, percebo uma tecnologia de solidariedade internacional contra-hegemônica na atuação desses médicos no Brasil e em áreas indígenas, como abordo nos dois próximos subitens da tese.

3.2.1. Os/as médicos/as cubanos/as cooperados/as no Brasil

Em 2013, quando o governo brasileiro se deparou com a necessidade de preenchimento de “*dezenas de milhares de vagas*” demandadas pelos secretários municipais de saúde, Miguel e sua equipe do Ministério da Saúde, que tinham a experiência de programas de provimento anteriores – como o PROVAB – pensaram “*isso não vai vingar com 400 brasileiros*”.

Então a OPAS intermediou, por ser um braço da OMS, multilateral, que tinha capacidade e governança suficiente para fazer mobilização, transferência, liquidação de recursos do governo brasileiro em território cubano, porque...como eu falei antes, tem uma engenharia diplomática, econômica, financeira que foi muito peculiar. [...] os cubanos foram escolhidos, em resumo, porque eles já estavam há 50 anos mandando médicos para todo canto do mundo; dois, porque falando em atenção primária eles são os caras, falando em acompanhamento de doença crônica, condições sensíveis, eles são os caras; e eles tinham **a tecnologia de gestão de mandar médico para todo lugar do mundo para tratar de tudo** – epidemia, catástrofes, implantação de sistemas. Por isso foram escolhidos os cubanos (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020, grifei).

Contudo, a demanda do Brasil era imensa e, ao longo dos 5 primeiros anos de realização do Programa (2013-2017), 18.655 médicos/as cubanos/as cooperados/as passaram pelo Brasil (OPAS/OMS, 2018). Como descrito no capítulo dois, todos/as os/as entrevistados/as tiveram cuidado em afirmar (i) que não foi fácil a operacionalização desse intercâmbio, pelas dificuldades normais de uma ação como essa, somadas ao boicote da Comunidade Medicina Liberal, incluindo médicos/as, gestores/as e outros/as profissionais de saúde; e (ii) a diversidade de interações vivenciadas com esses médicos e médicas, que eram muitos/as:

Acho que o que me marcou foi a alternância de posicionamentos e contentamentos e descontentamentos, que era de se esperar. Ver pessoas vindo muito contente e se apresentar de uma forma muito enfática “estou muito feliz de estar aqui e de ter a oportunidade de trazer saúde para vocês”, e “que legal que é saúde indígena”. Tinha um que falava assim “eu sou igual Che Guevara: eu tô aí, onde precisar eu tô aí, eu entro na mata”. E de outros assim muito mais reticentes, retraídos, com muito receio da saúde indígena (Sérgio, sala de reunião virtual, 4 de maio de 2021).

Teve momentos geniais, que eu pensei “nossa, agora vai ser super bom”, tanto em oficinas que a gente fazia juntos, que instigavam *insights* juntos, ou acompanhando um caso e conversávamos sobre esse caso, e vislumbrava esse trabalho conjunto, investindo em pessoas que valorizavam isso, sua relação com o paciente e com a história daquele povo então houve momentos deliciosos. Mas também momentos péssimos, momentos difíceis, do tipo “Olha, você quer ir lá com o pajé? Então pode

ir, assina aqui”, sabe? E aí pouco se lixavam para o que a gente falava sobre cultura, né? Então o que me marcou foi a oposição, esses lados tão opostos me marcaram (Helena, sala de reunião virtual, 5 de maio de 2022).

Identifico, contudo, alguns padrões. Considerando que minhas entrevistas focaram nas percepções sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) em áreas indígenas, observo que a maioria dos meus/minhas interlocutores/as tira por base os/as primeiros/as médicos/as cubanos/as a virem para o Brasil, muitos dos quais foram para a saúde indígena institucional, que era prioridade no preenchimento de vagas e que lá permaneceram por dois ou três anos, conforme os prazos do Programa explicados no capítulo 2.

A primeira turma teve muita gente que quis vir. Apesar das barbaridades que disseram, foi muito disputado vir. Até por questões financeiras, eles ganhavam bastante dinheiro. [...] Então as pessoas que vieram eram muito graduadas e muito especializadas. Todos já tinham feito várias missões na Bolívia, Venezuela e África. Aquela primeira leva as pessoas eram bastante gabaritadas. Eu lembro que um deles se orgulhava de ter estado sete vezes com o Presidente Chaves. Então eram pessoas altamente relacionadas. O que eu acho é que a formação técnica média dos médicos cubanos é muito parecida com a dos médicos brasileiros em geral, porque você vai ter pessoas super atualizadas, outras menos, e também veio muita gente (Serenio, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021).

Como definiu Miguel, os primeiros que vieram eram “*casca grossa*”. E essa era uma característica importante para médicos/as cubanos/as cooperados/as que pretendiam exercer medicina no Brasil, cuja hegemonia da classe médica pertence a uma elite branca, como descrito no item 3.1. deste capítulo. Mas a diferença não era apenas com os/as médicos/as, como relembra Samuel:

A gente organizou um almoço, com comidas brasileiras. Fizemos um churrasco com eles. Nunca mais esqueço, foi uma experiência pra mim. Nesse âmbito intercultural, eu aprendi demais com eles. E em vários momentos, pra mim tem um elemento real, **muitos servidores da saúde pública brancos recebendo médicos, em sua maioria negros**, e a gente vendo uma diversidade racial daquele povo e aquilo chamava muita atenção da gente, quebrava certos paradigmas dos gestores. Era interessante isso, um monte de profissionais, todos brancos, recebendo essa maior parte de profissionais negros **e a gente se deparava com o estranhamento** (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021, grifei).

A diferença fenotípica deles/as com os/as médicos/as que antes predominavam no mercado de trabalho brasileiro era notória e gerou situações de discriminação, preconceito e racismo, ao estilo brasileiro:

Eu não esqueço mais daquela jornalista que disse que as médicas cubanas pareciam empregadas domésticas²⁴¹. Não esqueço aquilo porque, na minha concepção, às vezes eu tenho medo de falar, medo de ser mal interpretado, mas enquanto descritivo foi muito racista o comentário dela. Mas, para a gente, olhar mulheres negras como médicas nos causa um estranhamento ímpar. Aquela jornalista ficou como jornalista racista, mas para mim foi uma experiência educativa, e acho que para os indígenas também (Samuel).

Segundo Oracy Nogueira ([1954] 2007) em seu texto sobre preconceito racial, haveria, como parte do *ethos* nacional brasileiro, uma “valorização ostensiva do igualitarismo racial” que constituiria uma referência para “a condenação pública de manifestações ostensivas e intencionais de preconceito” (p. 298). Ao mesmo tempo, nas relações mais cotidianas, haveria um senso de “educação” ao evitar a referência ao “assunto de cor” diante de uma pessoa preta ou parda, e um recurso a esse assunto em contendas (p. 299)²⁴². Os estranhamentos descritos por Samuel atualizam essas situações de racialização descritas por Nogueira, demonstrando a continuidade das estruturas racistas de produção da desigualdade no país, sendo que a maioria das empregadas domésticas são, em geral, negras (Supra p. 158) e médicos/as gestores/as do serviço público, em sua maioria, brancos/as.

A expressão “ao estilo brasileiro” foi aqui utilizada com base nas expressões mais recorrentes de racismo no país, tal como Nogueira (2007) faz em seu texto comparativo entre o preconceito racial nos Estados Unidos e no Brasil. Contudo, considero que a discussão sobre racismo não deve se ater a classificações de tipos de racismo. Em sua análise de inspiração weberiana, o autor elabora um “quadro de referência” sobre a manifestação dos preconceitos raciais que, no limite, nega a existência do racismo no Brasil ao realizar uma contraposição ideológica entre a miscigenação almejada em situações raciais de “preconceito de marca” e o racismo praticado em situação de “preconceito de origem”. Essa contraposição confunde a percepção do caráter “sempre” estruturante do racismo (S. ALMEIDA, 2019), que marca diferenças de ordem social e “naturaliza” as desigualdades (SEYFERTH, 1986).

Assim, as diferenças desses médicos e médicas cubanos/as com os/as médicos/as que atuavam no Brasil também se expressaram pela classe social. Conforme a percepção do médico Sidnei:

Outra impressão inicial foi perceber, e aí começa uma coisa intercultural também, é que esses médicos não compartilhavam nada do meu universo cultural então toda

²⁴¹ Caso relatado no capítulo três desta tese, supra p. 158, disponível em: <https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2013/08/jornalista-diz-que-medicas-cubanas-parecem-empregadas-domesticas.html>. Acesso em: 07 ago. 2022.

²⁴² Apesar de utilizar esse exemplo, o texto de Nogueira (2007) pode contribuir com estereotipações pouco produtivas para a superação de contextos de desigualdades interseccionadas, repleto de signos racistas, como, por exemplo, a negação de solidariedade e reconhecimento entre os/as negros/as.

aquela minha fantasia revolucionária que eu achava que os médicos iam vir para revolucionar a saúde logo foi caindo por terra quando eu passei a entender quem eram essas pessoas, que tem a ver com quem Cuba forma, na minha opinião. São pessoas que gostam da cultura popular. Os meus colegas alternativos no Brasil não gostam de Alexandre Pires, mas eu colocava Alexandre Pires para eles e eles adoravam. Essa cultura que eles tinham, os gostos, **a moda deles eram muito diferentes dessa moda mais elitizada desse médico alternativo brasileiro.** [...] A maioria deles não tinha lido nenhum livro de romance europeu, eu queria conversar sobre alguma literatura, algum filme hollywoodiano, e comecei a perceber que eles iam revolucionar a saúde, mas não no formato que imaginamos (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021, grifei).

Se eles não tinham nada dessa “*moda mais elitizada*” de um médico brasileiro branco, classe média, como Sidnei se define, eles tinham muito do universo das pessoas que atendiam:

Um comentário aqui eu não sei exatamente o impacto disso e não sei se isso foi avaliado, mas uma coisa que **eles trouxeram para o Brasil foi a identificação do povo com o médico**, porque os caras eram, primeiro, pardos, negros, iam no forró, iam na balada, iam no cantor brega na cidade, chegavam estragados no dia seguinte porque ficavam na balada a noite inteira. [...] os caras pegavam ônibus, viviam como todo mundo, não tinha essa diferenciação. Eu não sei que impacto teve, mas foi esse contato com pessoas com uma realidade totalmente diferente (Serenó, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021, grifei).

Ao invés de referências “*hollywoodianas*”, novelas brasileiras. Os cubanos e cubanas, assim como boa parte da população brasileira, assistem muitas novelas exportadas pelo Brasil (SANTOS, 2018)²⁴³. Por outro lado, segundo o sociólogo Fanor J. Cárdenas (2019), os/as médicos/as cubanos/as passaram por um choque cultural, “entendida esta categoria como una sensación de asombro originada por la exposición a un medio social novedoso” (p. 235), ao chegarem e se depararem com o Brasil real, distinto do Brasil ideal das novelas exportadas para Cuba.

Na região Norte os cubanos descobriram, como alguns disseram, “um Brasil que não está nas novelas”. Sendo grandes consumidores da teledramaturgia brasileira, ficaram decepcionados com as atuais condições de vida das populações distanciadas dos principais centros urbanos nacionais, em nada similares às condições de vida apresentadas nas novelas que circulam internacionalmente. O Brasil vende uma imagem de “país rico” no exterior. No começo do Programa Mais Médicos (PMM), o país constava como umas das nove maiores economias do planeta. Contudo, a realidade vivenciada pelos médicos cubanos atuantes na Amazônia não é propriamente a de um país rico (SANTOS, 2018, p. 68).

Na época da Cooperação Triangular Brasil-OPAS-Cuba foi realizada uma pesquisa nacional sobre as “Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil” (OPAS, 2018) culminando em alguns trabalhos que tratam da

²⁴³ Em Cuba, nos transportes coletivos, ao saberem que eu era brasileira, logo comentavam sobre as novelas, e sobre Bolsonaro, nem sempre nessa ordem.

interação sociocultural e intercultural relacionada a essa fração de centenas de médicos/as que permaneceram por meses ou anos atendendo povos indígenas (SANTOS, 2018; CÁRDENAS, 2019). Observo que minhas análises vão ao encontro do que Fanor J. Cárdenas (2019) analisou sobre a “Integración socio-cultural en las áreas indígenas” desses/as médicos/as a partir de entrevistas realizadas com 21 médicos/as que trabalharam com indígenas em Rondônia, Acre, Amazonas, Pará, Tocantins, Amapá e Roraima – ou seja, na chamada Amazônia legal. Há informações que ele analisou sobre esses/as médicos/as que trazem contrapontos interessantes às memórias dos meus/minhas interlocutores/as não cubanos/as, geralmente médicos/as ou sanitaristas com larga experiência em saúde pública brasileira e saúde indígena institucional.

Através de sua pesquisa, Cárdenas concluiu que a “identificação do povo com o médico”, também percebida por Sereno, era fruto de uma abertura cultural desses/as médicos/as frente aos/às brasileiros/as:

Como resultado da conciliação simbólica e emocional levada a cabo pelos médicos cubanos, as suas interações sociais foram marcadas por atitudes de tolerância, mas sobretudo de abertura cultural, um elemento fundamental para o avanço dos processos de integração intercultural. Assim, foi relativamente fácil para os médicos caribenhos adaptarem-se a géneros musicais regionais que não conheciam ou aprofundarem as expressões com as quais já estavam próximos. Assim, era comum ouvir relatos de como assistiam a shows de figuras locais como Frank Aguiar, Bruno e Marroni, Léo Magalhães, Cristiano Araújo, Marília Mendonça ou Henrique e Juliano. O mesmo aconteceu com o cinema, a televisão e o futebol. Times como o Vasco e o Corinthians, entre outras, conquistaram adeptos cubanos que torciam e sofriam como os próprios brasileiros em cada jogo (p. 245, traduzi)²⁴⁴.

As proximidades de gostos deram espaço a inúmeras relações amorosas dos e das cubanas com profissionais de saúde e ou pessoas das regiões onde trabalharam.

Me chama muita atenção a forma como esses cubanos foram se relacionando com a sociedade brasileira. A gente teve um evento de saúde mental em que trouxemos as psicólogas dos DSEIs para Manaus, em setembro de 2014. Das 34 psicólogas, 20 estavam namorando com cubanos [risos], então o que eles alteraram as relações entre o pessoal da saúde é impressionante. Construíram vínculos pessoais fortíssimos. Conheço pelo menos 4 que ficaram no Brasil, casados, casadas, que não foram embora (Samuel, sala de reunião virtual, 14 de maio de 2021).

²⁴⁴ No original: “Como resultado de la conciliación simbólica y emocional realizada por los médicos cubanos, sus interacciones sociales estuvieron cruzadas por actitudes de tolerancia, pero sobre todo de apertura cultural, un elemento fundamental para adelantar procesos de integración bicultural. Así, resultó relativamente fácil para los galenos caribeños adaptarse a los géneros musicales regionales que no conocían o profundizar las expresiones con las cuales ya tenían cercanía. De esa manera, fue común escuchar narraciones describiendo como asistían a conciertos de figuras locales como Frank Aguiar, Bruno y Marroni, Léo Magalhães, Cristiano Araújo, Marília Mendonça o Henrique y Juliano. Lo mismo se encontró en el caso del cine, la televisión y el fútbol. Equipos como el Vasco y el Corinthians, entre otros, ganaron hinchas cubanos que torcían y sufrían como los propios brasileiros en cada juego”.

Essas relações amorosas não se resumiram aos homens, pois como frisou Sereno, “*as mulheres também arranjaram muitos namorados*” (Sereno, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021). As relações construídas pelos cubanos também não se resumiram às amorosas, conformando, segundo Cárdenas (2019) e um interlocutor citado por Santos (2018),

uma rede relativamente densa de relações e laços sociais composta por: 1) os indivíduos das comunidades onde viviam que eram simultaneamente os seus próprios doentes, 2) os membros da sua equipe de trabalho, 3) os colegas cubanos que vieram com a missão, 4) os vizinhos das localidades onde ficavam nos dias de folga (CÁRDENAS, 2019, p. 250, traduzi)²⁴⁵.

Assisto televisão, saio, dou uma voltinha na praça. Como churrasco lá, tomo uma cerveja, vou à casa de um parente, parente nós chamamos os indígenas. Indígenas para nós são parentes que moram na mesma cidade... Vou lá, conversamos, vou a casa de um colega da equipe de trabalho, é assim (Sancho Panza, sul do Amazonas) (SANTOS, 2018, p. 76).

Essa forma de interação com as pessoas, que hora ou outra também são pacientes, está presente também nos consultórios. Carlos me conta que quando senta o paciente em sua frente, ele posiciona a cadeira mais próxima, sem a mesa, e faz uma triagem baseada em “*uma relação mais estreita*”, “*sinto seu cheiro, percebo se sua respiração está mais rápida, lenta, se tem um hálito, um bafo com cheiro podre, de estômago*” (Carlos, Oiapoque, 8 de março de 2022). Essa técnica também foi citada por Clovis, médico que atuou por dois anos e meio junto ao DSEI Amapá e norte do Pará. Mas ao contrário de Clovis, Carlos atuou mais no contexto urbano, e ao se comparar com os/as médicos/as brasileiros/as, notou que “*aqui, o médico te olha daqui [distante] e pronto. Você sabe. E eu fui paciente aqui... não vão verificar seus sinais vitais nem nada, e não falam, então se cria um ambiente muito feio*” (Carlos). Ele e muitos/as brasileiros/as notaram a diferença no atendimento, como relembra Miranda, ex-gestora do PMM em Brasília:

Os médicos cubanos eram doutores mais palatáveis. Eles vinham com técnicas sobre como fazer o idoso tomar o remédio da diabetes sem esquecer, umas técnicas de cores muito bacanas que um médico brasileiro nunca pensou. O médico brasileiro passa a prescrição e “tchau”, com uma letra horrível ainda por cima. E o cubano não, ele vem com essa coisa mais humanista com tecnologia simples e bem mais acessíveis. Essa proximidade, esse humanismo na fala, na forma de lidar, na concepção como trabalhador de saúde, uma concepção mais holística de não perguntar só sobre a diabetes da pessoa, só sobre a pressão alta, só sobre a barriga da gestante, né, mas perguntar também sobre a relação da gestante com a mãe dela, perguntar o que o diabético come, qual é o cardápio nutricional do diabético, coisas totalmente diferentes da formação de medicina no Brasil. Aqui a pessoa chega pronta para prescrever e eles chegavam com esse olhar para a saúde. Isso para mim era a principal diferença. Eles chegavam nos territórios e tanto os usuários quanto os gestores, quanto

²⁴⁵ No original: “una red relativamente densa de relaciones y vínculos sociales integrada por: 1) los individuos de las comunidades donde vivían que eran al mismo tiempo sus propios pacientes, 2) los miembros de su equipo de trabajo, 3) los colegas cubanos que llegaron con la misión, 4) los vecinos del barrio de las localidades donde permanecían en sus días de descanso”.

outros profissionais de saúde, percebiam essas diferenças. Logo nos primeiros dias a relação com os enfermeiros melhorava, o trabalho da enfermagem melhorava, a situação da sala de vacinação, era um movimento em cadeia mesmo. [...] Ah [suspira], muito bacana (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020).

Mesmo gestores/as que não suspiraram com as lembranças do Programa reconheceram essa forma distinta de atendimento médico. Por exemplo o Domingos, gestor de saúde que já atuou em diversos cargos no estado do Amapá, ao me contar sobre um clínico geral cubano que salvou uma pessoa do infarto devido sua anamnese:

No Oiapoque eu vi também um médico salvar uma pessoa do infarto. Ele já tinha falado “olha você não está bem”, e aí no outro dia a pessoa infartou, e ele fez os procedimentos lá e a pessoa foi pro hospital e salvou-se. Ele não era cardiologista, mas eles tinham... um diagnóstico diferenciado... esqueci o nome, mas tem um nome certo [Anamnese]. Então eles olhavam a cor da pele, do olho, ele te olhava e percebia que você estava mal de acordo com seu estado naquele momento. Ele perguntava, você é diabético? Você isso, você aquilo. Eu vi várias vezes, é uma medicina mais natural, né? Eles tinham essa sensibilidade e aí ele salvou esse cara num postinho nosso lá no Oiapoque (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021).

Conforme a literatura consultada, passado certo período de execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), a população apresentou elevados índices de aprovação ao Programa e aos/às médicos/as cubanos/as (GOMES; MERHY, 2017; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015; TELLES, 2019). Com isso, a acusação de que eles/as sequer seriam médicos/as, alardeada pela Comunidade Medicina Liberal (CML), foi perdendo força, entrando em cena boicotes e conflitos mais localizados envolvendo esses/as médicos/as. Domingos lembra: “*eu vi algumas vezes acontecer a contestação dos médicos brasileiros ao receituário dos médicos cubanos*” (Domingos). No próximo capítulo, apresento mais casos como o relatado por Domingos que ocorreram no Amapá.

Uma das pessoas cubanas entrevistadas por Cárdenas (2019) conta que um médico que trabalhava há uns 4 anos na comunidade em que ela passou a atuar “ficava com muita raiva quando ele chegava pela manhã e tinha umas dez pessoas e ninguém queria consultar com ele”, e que ele falava “que lá em Cuba só tinha agente comunitário de saúde, que em Cuba não tinha médico” (p. 233). Mas a experiência dos pacientes com eles provava sua competência.

Com a presença dos cubanos aqui a coisa começou a andar. Eles tinham toda preocupação de mapeamento da região em que atuavam. Então essa história é bem bacana da Medicina de Saúde da Família e Comunidade funcionando *in loco* [...] eu lembro que teve situações que os usuários do SUS estavam começando a ir para os postinhos de saúde para serem consultados pelos cubanos. Os postos de saúde com médicos cubanos passaram a ser mais procurados, porque a população se sentia mais confortável com eles. Eram pessoas como a gente, tranquilas de diálogo, menos balcão, mais humanas. Então esse lado era superpositivo. Então o que marcou foi esse humanismo. A medicina como mais uma formação (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020).

Então o contato com médicos cubanos possibilitou que a pessoa enxergasse outros modelos. Porque o médico brasileiro às vezes não consegue fazer aquele modelo acontecer e o médico cubano veio mostrar que era possível fazer, e a população viu que era possível e que era melhor. Dá para fazer e é melhor, “eu quero desse jeito agora”. Então talvez o legado que eles tenham deixado foi de a própria população dizer “eu não quero mais daquele jeito, eu quero desse”, e isso gera uma cobrança para os médicos novos para que eles acabem tensionados a trabalhar de outro jeito (Suelen, sala de reunião virtual, 5 de março de 2021).

Apesar de todas as dificuldades da execução, somadas àquelas da implementação do Programa, descritas no capítulo anterior, outra forma de praticar medicina se fez mais presente no Brasil. Um Brasil desigual, de proporções continentais e com 305 povos indígenas, considerando a contagem censitária de 2010 (IBGE, 2010). Para além do choque cultural diante do Brasil real, descrito acima, os/as cubanos/as “foram confrontados com a realidade dos usos e costumes dos indígenas da floresta amazônica, sobre os quais pouco sabiam” (CÁRDENAS, 2019, p. 235). Ou seja, a adaptação ao trabalho nos interiores, locais com escassez de recursos com os quais os/as cubanos/as estão familiarizados/as, não é exatamente a mesma adaptação que enfrentaram os/as médicos/as que foram para as áreas indígenas, como abordado no próximo item.

3.2.2. Os/as médicos/as cubanos/as cooperados/as em áreas indígenas

Conforme aponta Cárdenas (2019) sobre a inserção dos médicos cubanos nas áreas indígenas:

A inserção socioprofissional nestas áreas foi particular em comparação com o que se fazia nas cidades do interior e nas áreas urbanas periféricas, porque a intervenção médica era realizada num cenário de intenso contato com as comunidades. Os profissionais cubanos trabalhavam ininterruptamente durante duas ou três semanas nas aldeias indígenas, num regime que na prática abrangia 24 horas por dia, pois estavam disponíveis para atender qualquer emergência de forma permanente (p. 204-205, traduzi)²⁴⁶.

Samia, médica supervisora do PMMB em áreas indígenas, também expressou essa diferença, exemplificando: “*Eu mesma, por exemplo, que fiz minha tese no Alto Rio Negro, percebi que é totalmente diferente você trabalhar numa comunidade dentro da área [indígena] e você trabalhar em São Gabriel da Cachoeira. Em São Gabriel você trabalha de segunda à sexta, lá você trabalha todo o tempo*” (Samia, sala de reunião virtual, 1 de março de 2021).

²⁴⁶ No original: “La inserción socio profesional en estas áreas fue particular en comparación con lo realizado en las ciudades del interior y las áreas urbanas periféricas porque la intervención médica se llevó a cabo en un escenario de contacto intenso con las comunidades. Los profesionales cubanos trabajaban de manera continua durante dos o tres semanas en los poblados indígenas, en un régimen que en la práctica abarcaba las 24 horas del día al estar en disposición de atender de modo permanente cualquier emergencia”.

Somada a essa demanda intensa durante a escala de trabalho, em muitos DSEIs há comunidades indígenas localizadas em áreas de difícil acesso, ou muito distantes dos centros urbanos. Os médicos lotados nessas localidades nem sempre saíam da área para desfrutar de seu período de folga.

No interstício de 15 dias dentro, 15 dias fora, os cubanos não tinham para onde ir, eles não moravam no Brasil. Eles não iam passar 15 dias em Cuba e depois voltar para a aldeia. Então isso gerou um desgaste emocional muito grande nos primeiros que chegaram. Eles tinham que ficar lá, e nesses 15 dias eles eram demandados como médicos. Então eles não tiveram folga garantida. A gente até tentou fazer isso com hotéis, mas não era a mesma coisa (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020).

As pessoas foram colocadas na situação de maior dificuldade e adversidade sem ter diferença salarial nas bolsas que recebiam. Faziam umas adaptações, alguns dias a mais de folga antes da ida ou da volta, mas o fato é que o cara ia para uma situação muito mais adversa sem ter escolhido ir para aquela adversidade (Samia, sala de reunião virtual, 1 de março de 2021).

Passar a folga nas comunidades, contudo, era priorizado por alguns médicos, como percebeu Aldo, liderança indígena da APIB:

Tive a oportunidade de conversar com vários desses profissionais. Inclusive não só no Amapá, no Maranhão, em Roraima também. Por exemplo, no Maranhão mesmo, conheci um médico lá que a família toda dele estava em Cuba. Esse médico preferia ficar na aldeia do que ir pra cidade. Isso foi uma experiência que eu vi, né? [...] e alguns falavam que preferiam deixar o dinheiro guardado e ficar lá (Aldo, Macapá, 5 de maio de 2021).

A execução do Projeto Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) foi demonstrando as particularidades da saúde indígena institucional. Antonio, que foi supervisor do PMMB em áreas indígenas, observou que muitos tinham a vivência da Estratégia Saúde da Família (ESF) praticada na cidade, ou em outros interiores, e não em áreas indígenas. Já Miguel, que era gestor nacional do Programa, percebeu que os/as primeiros/as médicos/as cubanos/as que começaram a reclamar foram os/as lotados/as nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), porque “a dificuldade era ainda maior” (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020). Além da língua e da distância territorial que muitos/as cubanos/as enfrentaram – dificuldade em comum com outros/as profissionais que atuam em DSEIs –, suas outras experiências de trabalho, mesmo em missões internacionais, eram geralmente junto com outros/as colegas de profissão.

Além disso o choque que era estar acostumado a atuar no sistema cubano, onde você tinha às vezes 3, 4 médicos em um território de mil pessoas, que geograficamente é um território desse ‘tamanhuzinho’, e se deparar com você e outro amigo em um território que você passa 8 a 10 dias de uma ponta a outra de um parque nacional para visitar uma família indígena. Então isso foi de uma dimensão brutal para os médicos

cubanos. Não foi fácil, foi muito difícil (Miguel, sala de reunião virtual, 12 de agosto de 2020)²⁴⁷.

A falta de informação precisa sobre as peculiaridades de cada local em período prévio à lotação dos/as médicos/as foi uma reclamação recorrente. Foram recorrentes também: “as reclamações sobre as dificuldades de transporte dos médicos na região amazônica e o isolamento dos postos de trabalho” (SANTOS, 2018, p. 66), além dos desafios de comunicação. Por um lado, como Miguel mencionou, “*várias etnias não falavam o português, por exemplo, ou falavam de maneira não muito compreensível*”. Por outro lado, como veremos no estudo de caso realizado no baixo Oiapoque, profissionais das equipes e pacientes indígenas reclamaram da língua falada pelos/as médicos/as estrangeiros/as.

Os interlocutores de Cárdenas (2019) também ressaltaram a língua como dificultador das relações, mas o autor observa que houve uma via de mão dupla, em que “Após alguns meses, ambos [brasileiros e cubanos] estavam se comunicando em uma língua que misturava a gramática e a fonética do português e do espanhol, ou seja, o portunhol” (p. 246, traduzi)²⁴⁸. Quanto aos povos que falam línguas específicas, “Os médicos cubanos aprenderam facilmente as frases básicas das línguas nativas para poderem efetuar o processo de intervenção médica” (p. 239, traduzi)²⁴⁹. Aldo, liderança indígena do baixo Oiapoque, atualmente na APIB, notou esse esforço:

Eu conheci profissionais que se esforçaram e conseguiram aprender boa parte da língua, e passaram a entender. Você sabe que uma das dificuldades dos atendimentos é a questão linguística, né? Do indígena conseguir passar ali para o médico o que está sentindo. Então se você chega de uma maneira brusca, você já inibe o paciente, ele vai se bloquear e não vai passar para você o que está sentindo (Aldo, Macapá, 5 de maio de 2021).

É interessante perceber como Aldo começa falando da língua, mas termina falando do jeito de se comunicar. Considerando a fala do Sereno sobre seu supervisionado do PROVAB, “*não tinha conversa, era uma coisa muito desconectada*” (Sereno, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021), apesar dos médicos brasileiros falarem português, existem outros problemas de comunicação que associo ao que Lind (2012) chama de “moral-democratic competence [competência moral-democrática]”. Ao estudar relações de professores e estudantes, o autor percebe que a promoção dessa competência moral só é possível se a pessoa refletir sobre a

²⁴⁷ Dificuldade essa também expressa, de forma mais geral, em compilado organizado pela OPAS (2018).

²⁴⁸ No original: “Al cabo de algunos meses tanto unos como otros [brasileiros e cubanos] se comunicaban a partir de una lengua que mezclaba la gramática y fonética del portugués y el castellano, esto es, el portunhol”.

²⁴⁹ No original: “los galenos cubanos lograron aprender con facilidad las frases básicas de las lenguas nativas con el propósito de poder llevar a cabo el proceso de intervención médica”.

microsfera de relação com seu interlocutor e dialogar de forma comunicativa, descentrada e orientada pelo entendimento mútuo, não sendo algo natural e sim construído (p. 63). Nesse sentido, a forma de lidar com a microsfera aproximou boa parte dos/as cubanos/as das populações que atendiam em áreas indígenas:

Eu sentia essa vontade de querer aprender dos médicos cubanos, não só a língua, mas os costumes também [...] então essa diferença também era sentida, não só da atenção, mas dele buscar interagir, buscava conhecer mais sobre a comunidade ali na qual estava atuando, para poder contribuir, inclusive na questão do conhecimento agregado à medicina tradicional. [...] Muitos trabalhavam com essa relação com os AIS, com os pajés, benzedeiras, rezadeiras nas comunidades, tentando agregar. E isso para a comunidade é um ganho significativo. Você receber um profissional que, primeiro de tudo, respeita sua forma tradicional de tratar as enfermidades ali na comunidade, e trazer isso ali pro seu atendimento, tentando agregar a medicina ocidental com a medicina tradicional, então nesse sentido tem um aspecto muito positivo do atendimento desses médicos cubanos (Aldo, Macapá, 5 de maio de 2021).

Fazendo uma comparação com os/as médicos/as formados/as no Brasil:

Os cubanos tenderam a uma maior abertura para aprender dos indígenas. Tal abertura interferiu diretamente na conquista de simpatia entre os moradores das comunidades atendidas, facilitando maior aproximação entre médicos e indígenas. Houve aqueles que procuraram aprender os conhecimentos de seus pacientes e aqueles que se admiraram com a perícia das parteiras indígenas (SANTOS, 2018, p. 74).

Logo, a cooperação entre a população e os/as cubanos/as se fez notar:

A boa acolhida da população e a carência de cuidados de saúde contribuíram para que os médicos caribenhos tomassem fôlego e superassem o que, em sua opinião, foi um engano premeditado por toda a rede de atores institucionais que organizaram a missão nos territórios indígenas (CÁRDENAS, 2019, p. 249, traduzi)²⁵⁰.

Porém, mesmo com essa cooperação, há diferentes expectativas e repertórios sobre como se deve proceder diante das demandas de saúde. Com a ajuda do médico da família e especialista em saúde indígena Sereno, que também supervisionou bolsistas do PMMB lotados em DSEIs, percebo que a forma de atendimento dos/as médicos/as cubanos/as, de chegar nos locais que solicitaram ajuda ao governo cubano e “*tocar ficha, atender*” (Sereno), no sentido de suprir demandas represadas, impactou no jeito como a saúde indígena institucional vinha sendo realizada e idealizada no Brasil. Vejamos, como exemplo, a questão dos partos nas aldeias:

Então um dos primeiros impactos foi a falta de aceitação dos médicos cubanos dos partos domiciliares, por exemplo. Para eles, o parto domiciliar era um absurdo, **era**

²⁵⁰ No original: “la buena acogida de la población y las carencias sanitarias de la misma, contribuyeron para que los galenos caribeños tomaran un segundo aire y se sobrepusieran para lo que en su juicio fue un engaño premeditado de toda la trama de actores institucionales que organizaron la misión en los territorios indígenas”.

falta de acesso à saúde. A batalha deles era que a gente tinha que melhorar a saúde das pessoas, que absurdo é esse ter neném em casa (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021, grifei).

Então para saúde indígena isso é uma confusão, porque a possibilidade de eles lidarem com um parto sem intervenção médica era um sofrimento para os caras, entendeu? Eu lembro que um dos cubanos que eu atendi falou que se tem uma cesárea no plantão lá em Cuba, no dia seguinte tem reunião para saber por que teve a cesárea. Se uma criança nasce de baixo peso na comunidade que você atende, no dia seguinte vai ter alguém lá perguntando por que teve esse baixo peso. Então a responsabilização das ações pelos resultados é muito planificada. Durante a gestação, por exemplo, a gestante fica num processo de observação muitíssimo intenso. Então para os caras estar no meio do mato é duro (Serenio, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021).

Eu tive uma grávida que eles me chamaram para fazer o parto, mas a posição não estava cefálica e então eu falei: ‘Tem que ser referenciado’... Então chegou à parteira, fez umas manobras e colocou a criança na posição cefálica e fez o parto... Eles fazem umas manobras e fazem isso. Ou seja, essas coisas também temos que aprender, não é? [...] é interessante isso... Eu fiquei nervoso a primeira vez que assisti isso, parto com complicações... Se morre a criança..., mas elas têm muita experiência, são muito sábias nisso, as parteiras. São muito boas (Alonso Quijano, Pará) (SANTOS, 2018, p. 74).

Em locais como o Amapá, localizado na região norte do país, na chamada Amazônia Legal, há escassez de médicos, como citado na primeira parte deste capítulo e aprofundado no próximo, e forte atividade de parteiras no cuidado de gestantes (JUCÁ; MOULIN, 2002; FLEISCHER, 2007). Diferente de ser fruto de uma atenção diferenciada em respeito às práticas indígenas, como a legislação orienta e como alguns/umas especialistas em saúde indígena idealizam e teorizam, o trabalho das parteiras é muitas vezes a única opção. Com outras possibilidades disponíveis, são as gestantes que muitas vezes pedem para parir na cidade, como algumas karipunas atendidas por Caetano. Porém, como veremos no capítulo 5, com a atuação dos/as médicos/as nos territórios e o atendimento às demandas ou necessidades de partos nas cidades, ao contrário de um abandono das práticas tradicionais de cuidado de gestantes, essas práticas e o atendimento biomédico geralmente tornam-se possibilidades complementares (LANGDON, 2005), em rearranjos relacionais próprios de cada povo. Para encerrar o exemplo, através da terceira citação acima é possível notar que a presença prolongada dos médicos cubanos nas EMSI fez com que muitos fossem aprendendo sobre as práticas de autocuidado dos indígenas que atendiam, e respeitando-as.

De maneira geral, entre meus/as interlocutores/as, percebi que as críticas à prática dos/as médicos/as cubanos/as junto aos indígenas foram mais frequentes entre os/as profissionais de saúde especialistas em saúde indígena institucional.

Eles têm um conceito cubano que é a Santeria, que deve ter a ver com alguma religião ou religiosidade deles lá – eu não estudei sobre isso. Mas eles começaram a classificar todos os comportamentos da medicina indígena como Santeria, e vinha a fala

automática “eu respeito”, mas vinha junto a fala de que “eu não acredito, só respeito” que é a fala do médico alopático brasileiro que tenta ser um pouquinho alternativo. Então ao invés de falar mal do benzimento, ele vai dizer “olha, deixa eles fazerem o que eles quiserem lá e eu vou dar o meu antibiótico aqui”, e pra mim esse era o raciocínio do médico cubano. Eles têm a cultura deles, é índio, mas vamos dar o antibiótico aqui. O tempo da medicina indígena, o formato, os instrumentos da medicina indígena não despertavam o menor interesse dos médicos (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021)

Ao longo do tempo começou a ficar claro pra gente que eles têm uma formação muito biomédica e que não valoriza, em momento algum, as questões culturais e outros modos de pensar o adoecimento. A única coisa que valorizam muito é as plantas, “a medicina tradicional” que eles chamam. **A gente acaba tendo uma visão muito mais ampla e eles acabam tendo uma visão restrita às plantas medicinais** (Helena, sala de reunião virtual, 5 de maio de 2022, grifei).

As pessoas acima citadas são profissionais com conhecimento de causa, com aprofundamento na temática, e que perceberam uma “*baixa curiosidade intercultural*” (Sidnei) dos/as médicos/as cubanos/as. Cabe, entretanto, recordar que se trata de imigrantes recém-chegados/as em um país que conheciam “através de novelas” que pouco ou nada abordavam sobre os povos indígenas com os quais estavam atuando a um, dois ou três anos. Com base em meus trabalhos anteriores com estudantes de medicina e médicos/as que raramente seguiam atuando na saúde indígena institucional após alguma vivência na graduação ou alguns anos atuando em EMSI (ASSUMPÇÃO, 2014), respectivamente, e considerando a baixa adesão dos/as médicos/as para a atuação na Amazônia Legal, anteriormente abordada, quem seria “a gente” com “*uma visão muito mais ampla*” da medicina tradicional?

Eu lembro de um caso interessante de um médico [cubano] que estava muito impressionado com o caso de uma criança que tinha uma epilepsia grave, convulsionava várias vezes por dia, e ela tinha uns dois anos e ela nem falava, ela estava com seu desenvolvimento totalmente prejudicado. E aí os pais levaram em um raizeiro, que nem era exatamente da etnia deles, que era um raizeiro da região, que fez um chá pra criança e ela melhorou, parou de convulsionar e começou a desenvolver e melhorar e ele ficou muito impressionado com a coisa ter funcionado. Claro, é sempre mais fácil reconhecer a eficácia de uma coisa mais material do que as questões subjetivas, mas eu insistia muito nas questões subjetivas do cuidado. Acho que eles ouviram, mas modificaram pouco a prática. Nesse aspecto não vi muita mudança nem muita sensibilidade para atenção diferenciada...**como não existe no geral**, né? (Serenio, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021, grifei).

Exato, como não existe no geral. Há uma dificuldade generalizada dos/as biomédicos/as diante de sistemas de saúde-doença-cuidado-cura outros, com relações e lógicas distintas da biomédica e que demandam negociações diferentes daquelas que vivenciam atendendo não indígenas. Diante dessa dificuldade, observo que houve uma tendência dos/as médicos/as cubanos/as utilizarem repertórios contra-hegemônicos²⁵¹ sobre solidariedade entre povos e

²⁵¹ Sobre hegemonia segundo Gramsci, ver supra p. 50.

internacionalismo para aproximarem-se de seus/as interlocutores/as, destoando de posturas culturalistas – que no Brasil possuem um viés rondonista²⁵². Como na citação de Fidel, e na análise de Gomes, Mehry e Ferla (2018) sobre o internacionalismo cubano, os/as médicos/as seriam entendidos como “quadros” (militantes cruciais) que levariam uma medicina revolucionária “onde fosse preciso, onde houvesse pessoas em sofrimento” (p. 911). Assim, buscam as condições para, não apenas combater as enfermidades, como também as prevenir, através de um conhecimento sobre a comunidade atendida.

Um exemplo de atuação contra-hegemônica seria a valorização das plantas medicinais, que para Helena seria uma visão reduzida sobre “*a medicina tradicional*”. Houve muitas experiências de médicos/as cubanos/as buscando conhecer e incentivar o uso desses remédios naturais (OPAS/OMS, 2018), como o médico nos Caiapó, formado em fitoterapia, que, segundo Helena, tinha muita abertura e sensibilidade, ou como o médico que realizou uma horta no Kumenê²⁵³. A utilização de tais “medicinas” é uma estratégia cubana de driblar a falta dos medicamentos industrializados que enfrentam em seu país, devido ao Bloqueio econômico dos EUA. Como Cárdenas (2019) afirma, “Os médicos cubanos foram encorajados a trabalhar com plantas pelo incipiente desenvolvimento da sua indústria farmacêutica após o início do governo socialista” (p. 221, traduzi)²⁵⁴. Nesse sentido, a valorização dessas práticas guardaria relação com uma práxis contra-hegemônica de buscar autonomia dos povos frente à escassez. Santos (2018) define isso como um “humanismo socialista”:

Os médicos cubanos que foram objeto da presente pesquisa, de modo distinto, tenderam a se interessar pelo conhecimento prático demonstrado pelos índios, ainda que julgando por vezes negativamente os modos de vida dos mesmos. Por um lado, carregavam um discurso multiculturalista de respeito e tolerância às diferenças (SILVA, 2007); por outro, persistia um humanismo socialista que se solidarizava com as dificuldades materiais enfrentadas pelas populações e vislumbrava uma **evolução nos costumes e nas formas de produção**. Ao mesmo tempo em que promoviam ações de valorização do conhecimento indígena sobre plantas medicinais e sobre o

²⁵² Cândido Mariano da Silva Rondon (1865-1958) foi um militar que atuou à frente dos contatos com povos indígenas no início do século XX, primeiro no comando da Comissão de Linhas Telegráficas e depois no Serviço de Proteção ao Índio, criado em 1910. Ele ficou conhecido por defender a máxima “morrer se preciso for, matar jamais”. Como descreveu Oliveira (1997), sua atuação guardava relação com as aspirações positivista de intervenção racional do Estado, chamando para si tarefas anteriormente delegadas, por exemplo, ao clero. Defendendo uma “proteção fraternal aos silvícolas” através de uma atuação tutelar, com práticas paternalistas e autoritárias, opunha-se à noção de “guerra justa” contra índios arredios. A reação de adesão ou resistência à pacificação estaria mais relacionada à forma de intervenção do homem branco do que uma suposta perversidade inerente a determinados grupos indígenas. Assim, “não deveriam ser exterminados pela força das armas, mas sim vir a transformar-se em uma população diretamente controlada pelo Estado através do estabelecimento de um mecanismo tutelar” (p. 79).

²⁵³ Esse caso será desenvolvido no próximo capítulo, quando passar a descrever e analisar o estudo de caso realizado no baixo rio Oiapoque, onde localiza-se a aldeia Kumenê.

²⁵⁴ No original: “los galenos cubanos se vieron estimulados a trabajar con plantas ante el incipiente desarrollo de su industria farmaceutica despues de iniciado el gobierno socialista”.

ofício das parteiras, também procuravam fazer com que os indígenas assumissem uma postura mais “progressista” e menos “acomodada.” (p. 64-65, grifei).

Esse “humanismo socialista” me ajuda a pensar sobre a crítica que alguns/as de meus/as interlocutores/as médicos/as, formados/as no Brasil, fizeram aos/as cubanos/as por não assumirem posturas mais criativas e de liderança frente ao sistema de saúde e, em geral, se limitarem a atuar conforme as condições disponíveis.

Conforme Sidney, o médico cubano *“tinha um raciocínio bom dentro dos protocolos estabelecidos, dentro da regra dada. Se tivessem situações muito fora do básico não vinham respostas muito alternativas, não. Vinha a ideia do ‘eu estou aqui para ajudar e se não tem, não tem’”* (Sidney, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021). Na falta tanto de estrutura quanto de outros/as médicos/as especialistas ou também de insumos para a realização dos trabalhos conforme os protocolos, era comum esses/as médicos/as encaminharem seus/as pacientes, incluindo gestantes, para os serviços de referência. Estes oferecem continuidade a atendimentos que demandam ações de média e alta complexidade, conforme categorização do sistema de saúde brasileiro. Sobre isso, ressalto três aspectos.

Uma primeira consideração sobre essa postura é que essa é uma característica que eles/as compartilham com os/as brasileiros/as que agora estão atuando junto ao Subsistema de Saúde Indígena – e com boa parte dos/as biomédicos/as, que sequer “arriscam” atuar nessas condições.

Se a gente fizer um paralelo com médicos formados pela USP, são médicos que têm dificuldade de lidar com situações de baixa densidade de tecnologias duras, e isso eles [cubanos] sabem fazer muito bem, né? Eles têm a compreensão que a epidemiologia da atenção primária é diferente da epidemiologia no hospital, o risco é calculado diferente. Eu lembro que quando eu estagiei no pronto-socorro do Hospital das Clínicas [na graduação], 100% dos pacientes fizeram tomografia. Isso em 2001/2002, né? 100% fizeram tomografia. Isso no HC está certo, porque a pessoa que chega lá, por si só, já tem chance de ser algo grave, a prevalência do problema interfere na acurácia do exame, isso é matematicamente comprovado. É diferente de você pedir um exame para uma pessoa que o risco é muito baixo de ter o problema. O exame pode ser mais nocivo do que benéfico, mas um médico do HC vai para um lugar com pouco recurso e está menos acostumado em atuar na atenção primária, e não só na atenção primária, mas para áreas de provimentos difíceis de recurso. Aí os cubanos são muito melhores que os brasileiros, aí eles são melhores até do que os médicos de Saúde da Família brasileiros, porque de fato eles têm experiência nisso **eles tinham essa capacidade de lidar com pouco recurso** (Serenio, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021, grifei).

Conforme os relatos analisados por Cárdenas (2019), os/as cubanos/as percebiam que o exercício da medicina da Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil era prejudicado pelas condições de funcionamento do Sistema Único de Saúde. A maioria dos/as médicos/as brasileiros/as mais ligados/as à saúde pública concordariam com esse diagnóstico. “Alguns

postos não dispunham de medicamentos ou os fornecimentos eram insuficientes para as necessidades da população; havia dificuldades na realização de exames laboratoriais ou de outros diagnósticos e faltavam infraestruturas nos cuidados” (p. 227, traduzi)²⁵⁵. Durante minha conversa com Carlos, que ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde localizada na área urbana do município de Oiapoque, ele fez questão de levantarmos e visitarmos a farmácia da UBS, para que eu visse a carência de medicamentos.

Um segundo aspecto que dificultavam os trabalhos era o trato com gestores/as que queriam o/a médico/a atendendo no serviço de saúde sob sua gestão, mas discordavam de alguns encaminhamentos que estes/as faziam. Nesses casos, havia uma disputa epistemológica entre um foco mais curativista, que calcula o trabalho através da demanda de adoecimentos que chega aos serviços, e um foco mais preventivista, que busca antever riscos ou investigar possíveis complicações de uma situação de saúde. Como falou Clovis, um médico cubano entrevistado por minha orientadora, em 2017, eram frequentes os casos em que ele encaminhava um/a indígena para a cidade e ele/a retornava logo em seguida, sem ter recebido a consulta de um especialista ou realizado os exames indicados (Clovis, Oiapoque, 6 de fevereiro de 2017). Isso porque, como descreve Miranda:

Os médicos cubanos, eles entram para ser especialistas do todo, com a concepção preventivista, nessa concepção da prevenção e não da cura. Eles trabalham com a saúde não com o processo de doença e a formação médico no Brasil é focada na doença. O cara entra no plantão e ele fala “deixa eu ir ali ver um câncer no leito tal, deixa eu ir lá ver o problema tal no leito tal”, e a medicina Cubana não, é outra pegada (Miranda, sala de reunião virtual, 6 de agosto de 2020).

Um terceiro aspecto é que, se os cubanos cultivaram relações interpessoais muito próxima aos indígenas e não indígenas das regiões em que atuaram, com os/as médicos/as brasileiros/as suas relações tenderam a se limitar às interações profissionais e obrigatórias do PMMB, como as supervisões e especializações – devido também aos boicotes da classe à presença e atuação deles no país, descritos no capítulo 2. Muitas vezes as supervisões eram realizadas por médicos/as ou não familiarizados/as com o contexto da Amazônia e das comunidades indígenas, como vimos no item “3.1.2. O atendimento médico aos povos indígenas *amazônicos*” (Supra p. 152), ou familiarizados/as a ponto de serem especialistas e

²⁵⁵ No original: “En algunos puestos faltaban medicamentos o los suministros eran insuficientes para las demandas de la población; había dificultad para realizar exámenes de laboratorio u otras pruebas diagnósticas y se carecía de infraestructura en la atención”.

buscarem nos/as colegas cubanos/as alinhamentos conceituais sobre uma atenção à saúde diferenciada pensada através de um multiculturalismo neoliberal²⁵⁶.

Assim como o paradigma faz com que os/as cientistas vejam certas coisas e não outras (KUHN, 1997), e disputem a verdade sobre essas coisas (LATOURE; WOOLGAR, 1997), a gramática de atenção à cultura presente nas políticas públicas brasileiras anda de mãos dadas com a submissão política, econômica e militar dos povos indígenas. Assim, como expressa Cesarino (2017), “embora a reificação da cultura possa trazer, por um lado, ganhos de direitos, sem alicerces fortes na ‘sociedade’ ela pode acabar sendo mais uma engrenagem da máquina de colonialidade” (p. 97). A “sociedade” entre aspas utilizada pela autora seria um sinônimo da materialidade da produção da vida, o espaço onde aqueles direitos à cultura conquistados são vivenciados pelas pessoas.

Traço, a seguir, algumas reflexões sobre essa reificação da cultura na situação ora focalizada, de médicos/as cubanos/as na saúde indígena institucional.

Para parte considerável de especialistas em saúde indígena, como Sidnei, o “humanismo socialista” acarretava uma postura higienista na atuação junto aos povos indígenas:

E aí começou na minha cabeça um certo questionamento assim: será que esse profissional tem realmente o perfil para ir para as aldeias? [...] então tinha um discurso muito quadrado. Tinha **uma grande habilidade técnica sanitária, mas uma pequena habilidade intercultural** [...] então essas pequenas coisas que fez com que Cuba conseguisse chegar num índice de mortalidade infantil tão bom começou a me inquietar, porque eles eram médicos extremamente higienistas e eles queriam trazer um padrão de saúde baseado na supressão total do conhecimento local ou deixando o conhecimento local correr paralelamente aquele ideal que eles tinham em mente. Então não tinha uma vontade desse médico cubano de construir a partir da realidade que ele encontrava. Era vontade de adaptá-los ao modelo higienista velho que é aquele que passa vacina, passa sabão para limpar, deixar tudo escovado, limpinho (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021, grifei).

O questionamento que me veem à cabeça é: qual perfil médico “*para ir para as aldeias*” seria esse que Sidnei contrapõe aos/as cubanos/as, uma vez que as experiências que vivenciei com profissionais de saúde brasileiros/as em aldeia envolveram exatamente a realização de vacinação, distribuição de flúor e orientações sobre limpeza e alimentação (ASSUMPÇÃO, 2014)? Também causa estranheza a afirmação de que seriam profissionais com “*uma pequena habilidade intercultural*”, já que se formam, como vimos, para uma atuação internacionalista e que, conforme Cárdenas (2019),

É importante lembrar que Cuba trabalha com base na abordagem intercultural da saúde, que combina conhecimentos da medicina alopática convencional com práticas

²⁵⁶ Descrevi o que chamo aqui de multiculturalismo neoliberal com detalhes no capítulo 2, supra p. 76.

de herança africana e acupuntura chinesa [...] desde 1995, quando foi criada a Comissão Nacional de Medicina Natural e Tradicional (MNT) (p. 221, traduzi)²⁵⁷.

Me parece que o mal-entendido aqui está na compreensão de como idealmente deve-se agir diante das diferenças identificadas entre médicos/as e povos indígenas – ou melhor, quais são as diferenças priorizadas pelos/as profissionais e que os/as mobilizam a agir.

Eu acho que pra eles nunca ficou muito claro porque pro índio é diferente. Eu tenho essa concepção de que pro cubano um conceito chave é a igualdade, e daí a máxima do Boaventura²⁵⁸ não pega com eles, de eu acentuar a diferença quando querem me tornar igual ou vice e versa. Eu acho que eles têm essa coisa de é tudo igual e qualquer pessoa eu tenho que tratar igual. Por outro lado, **eles sabem quando é uma pessoa que tem poder, um cacique**, e essa aproximação do poder pega. Hierarquia é uma coisa, igualdade é outra. Então eu vou obedecer a essa hierarquia, isso é forte neles. Também **não perceberam a importância da atenção diferenciada**. Acho que poucos entenderam o significado disso (Helena, sala de reunião virtual, 5 de maio de 2022, grifei).

O respeito às lideranças pode ser entendido como mais uma estratégia contra-hegemônica dos/as médicos/as cubanos/as cooperados/as. O ideário guevarista repassado aos estudantes de medicina orienta-os a se aproximar do povo, participando da dinâmica da vida das pessoas sem, contudo, “a intenção de fazer caridade, e sim com a prática da solidariedade” (GOMES *et al.*, 2018, p. 910). Ao respeitarem as “hierarquias” indígenas, eles/as estariam não apenas levando saúde aos/às necessitados/as despersonificados/as, mas compreendendo a autonomia desses povos nesse processo, e o lugar de suas lideranças. Fazendo um paralelo entre respeito à hierarquia e organização, ao respeitar o cacique se respeitaria a “organização social” dos indígenas.

Como considerações finais, argumento que os/as médicos/as cooperados/as cubanos/as não percebem a medicina, as instituições estatais e os povos indígenas como meus/minhas interlocutores/as não cubanos/as. Sobre a medicina,

Tem uma comparação interessante que é: o cubano tem uma certa crítica à própria instituição médica que a medicina da família tem desenvolvido bastante que é a percepção de que o excesso de intervenção é nocivo. A gente tem até usado o termo

²⁵⁷ No original: “Es importante recordar que Cuba trabaja a partir del enfoque intercultural en salud, en el cual se combinan conocimientos de la medicina alopática convencional con prácticas de herencia africana y la acupuntura de China [...] desde 1995 cuando se creó la Comisión Nacional de Medicina Natural y Tradicional (MNT)”.

²⁵⁸ “temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades” (SANTOS, 2003, p. 56). Em um texto recente sobre os médicos brasileiros em áreas indígenas, Luna (2020) também cita a noção de Boaventura de Sousa Santos ao tratar sobre a articulação de conhecimento e saberes, para que as igualdades e diferenças sejam reconhecidas ainda que em momentos não conflituosos (p. 161).

de prevenção quaternária²⁵⁹ que é prevenir o paciente das intervenções desnecessárias e a gente tem discutido muito isso porque se a gente olha para o espectro de parafernália que a medicina oferece, tem algumas que são maravilhosas mesmo e que fazem muita diferença para a vida das pessoas, mas tem um monte que não serve para nada ou faz mal. Eu tenho a impressão de que em Cuba (é uma reflexão minha, não tem nenhuma ciência nisso não, é empírico, uma avaliação) a medicina em si e as suas intervenções não são das que mais contribuíram, por exemplo, para o aumento da expectativa de vida. Se você pega o aporte alimentar, saneamento básico, vacina, todas essas coisas são as coisas que de fato mudou no século XX a expectativa de vida. Tratar pressão alta, nem sei se faz diferença. Claro que tratar o diabético é incrível, tem cirurgias, uma série de coisas e de avanços espetaculares. Lógico que a UTI salva vidas, mas populacionalmente talvez os impactos tenham sido pequenos e isso no aumento da expectativa de vida é bem discreto (Serenó, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021).

Logo, ainda que vistos como quadros políticos imprescindíveis e heroicos, os feitos de saúde pública em Cuba se devem a um processo sanitário muito maior que as ações individuais dos profissionais de medicina (OSA, 2011). Percebo que ambos, Sidnei e Serenó, que foram supervisores dos médicos que atuaram em áreas indígenas, comentam sobre a dificuldade dos cubanos frente às especificidades culturais, mas interpretam essa dificuldade de forma distinta. Enquanto Sidnei adjetiva os cubanos como operários da saúde, ou médicos braçais, como forma de criticar a “*pouca criatividade*” e iniciativa deles frente às adversidades, Serenó percebe os cubanos como “*modernos*”, analisando-os como parte da socialidade cubana, e não apenas pelas ações deles no Brasil. Cuba seria onde “*a modernidade deu certo*”, no sentido em que as instituições funcionam e as pessoas vivenciam relações “*socialmente avançadas e organizadas*”, e essa vivência orienta o povo cubano no sentido de crença nas soluções institucionais²⁶⁰. Percebo que Sidnei foca na comparação entre os/as cubanos/as e ele e sua larga experiência em saúde indígena institucional, rara entre os médicos/as brasileiros/as, enquanto Serenó foca nas diferenças de formação e atuação desses/as médicos/as estrangeiros/as e os/as médicos/as no Brasil.

A modernidade cubana seria uma modernidade caribenha, uma outra modernidade, se considerarmos que “O tratamento amigável, caloroso e emotivo evoca relações de proximidade típicas das comunidades tradicionais, em oposição às relações frias, objetivas e distantes das sociedades modernas, onde as pessoas se associam em torno de interesses.” (CÁRDENAS,

²⁵⁹ Os serviços oficiais de saúde estão atualmente divididos em atenção primária, secundária e terciária de saúde, conforme a complexidade de atendimento que o serviço está preparado para oferecer. Uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, não contará com todas as especialidades médicas existentes, e encaminhará um paciente para um serviço secundário, quando essa necessidade for identificada, assim como não possui leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), geralmente disponível apenas em serviços de atenção terciária de saúde, como hospitais.

²⁶⁰ A historiadora Mariana Villaça (2022) percebeu um enaltecimento à rápida modernização de Cuba presente em peças publicitárias incentivadas pelo governo cubano, divulgadas dentro e fora do país, entre 1960 e 1990.

2019, p. 243, traduzi)²⁶¹. O passado ao qual essa modernidade cubana se contrapõe é distinto do marco da modernidade ocidental iluminista, em contraposição às trevas medievais. Na linha proposta por Quijano (2000), o marco seria a contraposição à colonialidade do poder vivida pela ilha até a revolução socialista.

Assim, discordo da classificação desses médicos como positivistas e ocidentais, como os caracteriza, por exemplo, Santos (2018) ao considerar que estes buscavam “incutir nos indígenas determinados comportamentos, visando a promoção de hábitos considerados saudáveis” (p. 61). Como vimos, há intenções internacionalistas e de solidariedade próprias do processo sócio-histórico de Cuba. Considero, contudo, que os pressupostos dos/as médicos/as cubanos/as de que os povos indígenas foram extintos da ilha pelos colonizadores – processo, portanto, irreversível – e de incorporação de práticas de saúde, baseada em saberes de outros povos, somente se comprovadamente eficazes segundo a biomedicina, dificultaram a compreensão e interação com alguns povos indígenas que encontraram no Brasil.

Quando a gente vai falar da subjetividade das coisas supersensíveis, ali eu acho que era um choque para os que eu vi, talvez não para todos. Era um choque difícil de conversar, porque eles diziam a perspectiva de que os indígenas são primitivos. Isso é muito forte para eles nesse sentido, por conta de eles serem avançados mesmo, socialmente avançados e organizados. Isso é uma contradição na saúde indígena, bem difícil (Serenio, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021).

Como expressou Serenio, “*a perspectiva de que os indígenas são primitivos*”, no contexto das manifestações expressas pelos/as médicos/as cubanos/as, guardaria relação com uma avaliação das condições de saúde, caso a caso. No caso do baixo Oiapoque, por exemplo, ao contrário dos indígenas representarem a alteridade contrastante para esses médicos cubanos não indígenas, presenciei falas que aproximavam o povo indígena do povo cubano. Como me disse Caetano, médico cubano que atuou na região, ao comparar as casas e estilo de vida dos Karipuna com os de sua família, “*Cuba é uma aldeia*” (Caetano, Oiapoque, 10 de março de 2022). Ao mesmo tempo que ele fez essa comparação, e considerou os Karipuna “*mais civilizados*”, também reconheceu as diferenças entre os munícipes de Oiapoque e os indígenas da região. “*acho que a diferença na saúde indígena são os indígenas, que são diferentes do pessoal do Oiapoque. Alguns não falavam o português, então tinha que atender com intérprete, e tem também a medicina deles, né? Daí tentava conversar com eles*” (Caetano, Oiapoque, 10 de março de 2022).

²⁶¹ No original: “El trato amable, caluroso y emotivo, evoca relaciones de proximidad propias de comunidades tradicionales, versus las relaciones frías, objetivas y distantes de las sociedades modernas donde las personas se asocian alrededor de interés”.

Sidnei foi o interlocutor que mais fez comparações entre os cubanos e os indígenas. No intuito de chamar a atenção para a relação da equipe e dos gestores com os médicos, disse

A supervisão é marcada até hoje pelo grande rompimento de médicos e equipe multidisciplinar de saúde, muito pautada pela gestão. Não é o médico que se exclui, foi a gestão, e aí precisaria de uma análise antropológica muito grande porque é muito interessante ouvir o gestor e ouvir como ele fala dos médicos [cubanos]. Parece que ele está falando dos índios. O mesmo preconceito que eles falam dos índios é o mesmo preconceito que eles falam dos médicos. Os médicos eram vistos como outra etnia dentro da equipe (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021).

No próximo capítulo trarei exemplos sobre esses rompimentos vivenciados pelos/as cubanos/as no trabalho junto às equipes e gestão do Subsistema de Saúde Indígena, as quais exacerbavam a alteridade desses médicos que não tinham “cara” de médicos. Por ora, notei que, durante a entrevista, o próprio Sidnei também os comparou aos indígenas, como nos exemplos abaixo:

Você ia na hora do almoço e os cubanos faziam aquelas montanhas no prato, enchiam o prato com muita carne, muita carne, e aquilo me chamava atenção porque parecia que eu estava com os índios, porque quando a gente fazia reunião com os índios era isso, você fazia um curso e a avaliação deles era que a comida estava boa. Nesse começo com os médicos cubanos, me chama muita atenção isso, que era essa fartura que acalmava os ânimos.

[...]

dentro de um grupo de pessoas tem sempre aquele que é mais estudioso, aquele que não é, o mais criativo [...] sempre tinha um Yanomami que era mais sabichão e tem o cubano que sempre estava atento, sempre estudava, geralmente eram especialistas em outras áreas (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021).

Penso que essa “indigenização” dos/as médicos/as cubanos/as guarda relação com a histórica subjugação dos negros e povos indígenas no Brasil. Para alguém se entender apto a julgar a graduação de esperteza de outrem, como Sidnei faz nas falas acima, pressupõe-se uma superioridade intelectual, cognitiva. Quando, no item anterior, mencionei o problema do racismo estrutural, é porque narrar a história de uma maioria de médicas e médicos negros/as e estrangeiros/as atendendo indígenas em um país racista como o Brasil não se resume ao trato das experiências interculturais entre indígenas e não indígenas frente às especificidades culturais dos primeiros, ou da maior ou menor sensibilidade e disposição de indivíduos formados em medicina para se aventurar na floresta ou lidar com as adversidades “*com liderança*” (Sidnei). Trata-se, como o interlocutor de Santos (2018) percebeu, de relações de desconfiança dos indígenas para com os não indígenas:

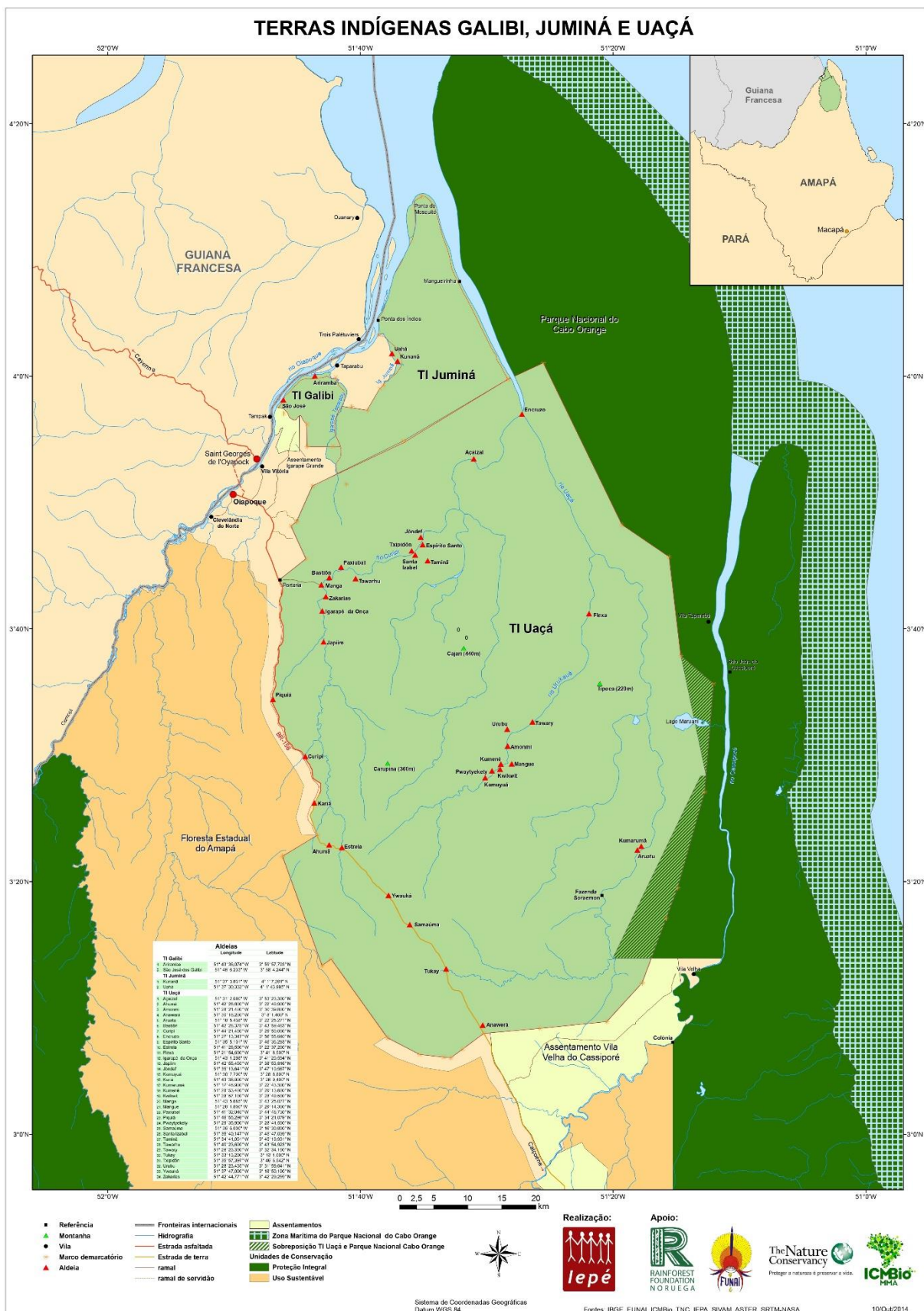
Como bem refletiu o médico Cayetano del Espíritu Santo, que trabalhou com o povo Mura no interior do Amazonas: “Eu acho que eles ficam ainda com receio, né? Que eles veem não como seja estrangeiro, se não como se fosse pessoal branco e eles ficam

de olho”. Note-se que o médico cubano empregou em sua fala a expressão “pessoal branco”, incorporando ao seu vocabulário uma categoria invocada pelos próprios indígenas para qualificar suas relações com a alteridade colonizadora (SANTOS, 2018, p. 73).

Como Cárdenas (2019) sintetiza, os médicos cubanos perceberam uma grande proximidade entre a cultura cubana e brasileira com relação “à cultura hegemônica de base europeia, sobretudo portuguesa, que se junta à herança africana” (p. 239), e, segundo o autor, “Mais do que uma missão, a passagem por territórios indígenas significou toda uma experiência de vida para os médicos cubanos. Um encontro único” (p. 206, traduzi)²⁶².

No próximo capítulo volto meus esforços para a discussão de um caso específico, com o intuito de comparar e aproximar as reflexões e impressões compartilhadas neste capítulo e nos anteriores com as experiências mais micro ocorridas em torno do DSEI Amapá e norte do Pará e das comunidades indígenas no baixo rio Oiapoque.

²⁶² No original: “a la cultura hegemónica de base europea, principalmente portuguesa, unida a la herencia africana” e “Más que una misión, el pasó por territorios indígenas significó toda una experiencia de vida para los galenos cubanos. Un encuentro único”.



Mapa 3. Terras Indígenas e aldeias da “Área Oiapoque”, no baixo rio Oiapoque.

CAPÍTULO 4. Um estudo de caso na Amazônia (Parte I): o Amapá e a biomedicina para os povos indígenas

Esta pesquisa é um estudo de caso sobre a interseção entre o Programa Mais Médicos (PMM) e o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) na região do baixo Oiapoque. Como descrito na introdução desta tese, foi em 2013 que os/as primeiros/as médicos/as, bolsistas do PMM, chegaram para atuar junto às Equipe Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e norte do Pará – de agora em diante abreviado como DSEI-AMP. Assim, neste estudo de caso, resgato esse fato para analisar as consequências da ausência e presença desses profissionais nas áreas indígenas e refletir sobre o Subsistema de Saúde Indígena no Amapá.

Como descrito no capítulo 2, a inclusão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) entre as localidades prioritárias do PMM classificou suas vagas como as que precisavam ser rapidamente preenchidas. Contudo, os bolsistas participantes do Programa que foram para as Terras Indígenas na Amazônia se depararam com (i) um desconhecimento, seu e dos/as demais profissionais de saúde da região, sobre as especificidades da atuação médica nas áreas indígenas, como abordei no capítulo 3, e (ii) com infraestruturas de trabalho as mais adversas possíveis. Isso fez muitos/as deles/as, e seus/as colegas de trabalho, se questionarem o que, de fato, era possível a um/a médico/a fazer na atenção primária realizada nas aldeias.

Assim, com este estudo de caso, pretendo tornar menos difusas as impressões, planejamentos e avaliação sobre a interseção entre o PMM e a saúde indígena institucional apresentadas nos capítulos anteriores, buscando mostrar, através da memória dos/as profissionais de saúde e dos/as médicos/as bolsistas que atuaram junto com as equipes do DSEI-AMP, como o PMM se materializou na localidade. Esta localidade precisa, entretanto, ser apresentada no que tange seu contexto de saúde pública, incluindo o SasiSUS. Assim, divido o estudo de caso em dois capítulos. Neste capítulo, contextualizo a localidade à qual me refiro, buscando evidenciar as dificuldades compartilhadas pelos serviços de saúde públicos no Amapá, principalmente relacionadas à presença de médicos/as. Centro meus esforços, entretanto, na descrição do DSEI-AMP, que gerencia a saúde indígena institucional no estado. Traço linhas gerais sobre os espaços físicos, os/as profissionais, os povos indígenas atendidos, as metas e alguns dilemas pelos quais o DSEI-AMP passou ao longo de seus vinte e quatro anos de existência.

O entendimento da conjuntura estrutural do DSEI-AMP se faz necessário para as reflexões que apresento no capítulo 5 devido, principalmente, a dois aspectos. Primeiro, porque

a chegada dos primeiros bolsistas do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) se deu no início de um processo de desestruturação dos recursos humanos do DSEI. Como veremos no Subitem 4.2.3., a atuação da União frente à decisão judicial referente à Ação Civil Pública n. 0008768-73.2011.4.01.3100, de 14 de julho de 2011, gerou a não reposição adequada do quantitativo de profissionais necessário para o pleno funcionamento do SasiSUS no estado. Com isso, o DSEI-AMP teve suas ações prejudicadas. Segundo porque, com a retomada dos processos seletivos e recomposição do quadro funcional do DSEI se dando somente em 2020, muitos/as profissionais que compõem atualmente as EMSI não estavam nessas funções na época do início do PMMB. Suas experiências são, portanto, com os/as médicos/as não cooperados/as que assumiram as vagas do Projeto Mais Médicos após a interrupção do acordo de cooperação entre Cuba e o Brasil intermediado pela OPAS/OMS. Veremos que o entendimento desses/as profissionais contratados/as após 2019 sobre o funcionamento do SasiSUS no Amapá é relativamente distinto do entendimento que têm os/as profissionais que vivenciaram os períodos sem médicos/as em área.

4.1. Breve contextualização da saúde no Amapá

Tendo como referência as discussões sobre medicina realizadas no capítulo anterior, apresento neste item um mapeamento de narrativas sobre a saúde da população amapaense. Durante minhas idas a Macapá e ao Oiapoque, entre fevereiro de 2020 e novembro de 2022, e através de interações presenciais e virtuais, entrevistei políticos da região, gestores municipais, profissionais da saúde e pessoas que moram no estado há anos – algumas desde antes do SUS. A seleção dessas pessoas e dessas instituições se deu por elas desempenharem, de algum modo ou em algum momento, um papel importante no desenho, implementação e monitoramento das políticas de saúde pública aqui tratadas.

Buscando não produzir uma imagem da saúde indígena no baixo Oiapoque desassociada do contexto regional, apresento abaixo algumas informações gerais sobre a concentração de habitantes do Amapá em Macapá; a infraestrutura sanitária; a presença médica na região; a quantidade de médicos/as por habitantes; as condições de acesso ao Oiapoque; e outras informações regionais que auxiliarão o/a leitor/a a visualizar a paisagem na qual este estudo de caso acontece. Espero, assim, transpassar as fronteiras entre dentro e fora da aldeia para trazer um pouco dos desafios e criatividade presentes na produção de saúde no estado.

Desembarquei pela primeira vez no estado em uma terça-feira de carnaval, no mesmo dia da Banda, o maior bloco de carnaval do Norte. Na rodoviária da capital, à espera do ônibus

para Oiapoque/AP, os poucos macapaenses que encontrei me incentivaram a visitar a festa. Disseram, “vem gente de todo o estado” – ou seja, gente dos 16 municípios que atualmente existem no Amapá²⁶³. Por lá me deparei com diversos carros de som, alguns alegóricos, boneções de gente e de boi enfeitados, e muitos foliões – a maior aglomeração de pessoas que já vi em Macapá, a cidade e região metropolitana mais populosa do estado. Segundo o IBGE, de um total de 669.526 pessoas vivendo no Amapá em 2010, 398.204 moravam em Macapá e 101.262 em Santana, região metropolitana da capital, e as projeções do novo censo, ainda em andamento, apontam para uma concentração de pessoas ainda maior na capital²⁶⁴.

Em Macapá, entre idas e vindas de Oiapoque, e entrevistas aqui e ali, conheci o Rio Amazonas, seu vento fresco e sua orla urbana cheia de bares e restaurantes, entre os quais o Espaço Cultural Sankofa. Nele tive a oportunidade de ouvir trechos dos cantos tradicionais do Marabaixo, expressão da região, reconhecida em 2018 como Patrimônio Cultural do Brasil, pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan).

Antes desse feliz encontro, foi João Capiberibe (Capi, 75 anos, ex-prefeito, governador e senador pelo Amapá) quem primeiro me havia alertado para a riqueza da cultura amapaense, “*muito influenciada pela música aqui do Caribe, música caribenha e pelos tambores da África. Nós temos aqui vários quilombos e tem uma influência muito grande, você vê na música deles*” (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021). “*E tem excelentes compositores*”, complementou, se referindo também à Música Popular Amapaense (MPA). Foi assim que ele me explicou que o bairro em que cresceu, Igarapé das Mulheres, bem ali na orla do Rio Amazonas, hoje é conhecido como Nossa Senhora do Perpétuo Socorro²⁶⁵, mas ficou eternizado na música de Osmar Junior, batizada com o nome primevo: *Nas minhas aventuras, poraquê/ Pirara, piranha peixe-boi, boto igára/ E lavavam a minha paixão corrompida/ As mulheres do igarapé/ As Joanas, Marias, Creusas, Margaridas/ Lavarão o que ainda vier*²⁶⁶.

A mudança de nomes não é um acaso, principalmente porque falamos de uma região fronteiriça, em que o próprio batismo de novos cristãos e bairros eram estratégias de imprimir na região ares mais portugueses/brasileiros. No extremo norte do estado, a 600 km de Macapá/AP, como resgata o historiador Carlo Romani (2011), a pequena vila de Martinica foi

²⁶³ São eles: Amapá; Calçoene; Cutias; Ferreira Gomes; Itaubal; Laranjal do Jarí; Macapá; Mazagão; Oiapoque; Pedra Branca do Amapari; Porto Grande; Pracuúba; Santana, região metropolitana de Macapá; Serra do Navio; Tartarugalzinho e Vitória do Jari.

²⁶⁴ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama> e <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/macapa/panorama>. Acesso em: 24 set. 2023.

²⁶⁵ Sobre a região, ver (COSTA, 2015, p. 42-48).

²⁶⁶ Link para escutar a música: https://www.youtube.com/watch?v=GvSPYjznDjE&ab_channel=CanaldaMPA. Acesso em: 14 jun. 2023.

rebatizada de Espírito Santo do Oiapoque em 1927, para, junto com sua vizinha Clevelândia, criada em 1919, formar o coro brasileiro às margens da Guiana Francesa. Clevelândia, por sinal, recebeu esse nome em homenagem ao ex-presidente estadunidense Groover Cleveland, que o autor relembra não ter qualquer relação direta com as querelas diplomáticas da região, a não ser por uma possível estratégia do Barão do Rio Branco²⁶⁷ de se alinhar à “defesa dos interesses nacionais no continente” (p. 504), em detrimento às relações com as potências europeias.

A criação de Clevelândia foi, em si, um projeto do Estado brasileiro para povoar a região, que a partir de 1900 torna-se definitivamente território nacional²⁶⁸. Primeiro, enquanto uma vila camponesa, depois transformada em colônia penal, para, por fim, Clevelândia se estabelecer como uma vila militar, como é até hoje. Existe ali um hospital que foi bastante utilizado pelos/as indígenas da região, quando Oiapoque ainda não tinha esse tipo de estabelecimento, como apareceu nas entrevistas que fiz com um Palikur-Arukwayene, uma Karipuna e um Galibi Ka’lina. A Funai, como recordam, provia insumos e técnicos/as de enfermagem para um atendimento pontual nas aldeias, e quando alguém precisava de procedimentos específicos, ela deslocava-o/a para Clevelândia ou para um hospital em Belém/PA, com apoio dos aviões da Força Aérea Brasileira (FAB).

Voltando para Macapá, perguntei ao Capi como era o atendimento à saúde na época da sua infância.

A Macapá da minha infância? Eu morava num bairro periférico, bairro alagado, em condições precárias sanitárias, [com] alarmantes índices de malária, leishmaniose, todo tipo de doença infecciosa. Na época, que eram os anos 50, a mortalidade era em torno de 170 crianças mortas por cada mil vivas. No meu bairro devia ser 250. De cada 10, morriam duas, três. Eu lembro na minha infância o “enterro dos anjos” que as crianças que morriam tinham isso, e tinha uma menininha que era muito amiga da minha casa que chamava Sandra que eu não esqueço até hoje, e aos 6 anos ela faleceu. Então havia muita, muita doença e eu não me lembro da presença do Estado, seja prefeitura ou qualquer presença do Estado nessa minha infância. Mesmo na adolescência era muito pouco, porque a gente tinha recém-chegado do interior e não tinha nem água, nem energia elétrica e a gente viveu assim 4 ou 5 anos morando na cidade. Enfim, a precariedade era enorme, mesmo na minha fase de adolescência, o bairro recebeu pouca ação de saúde (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021).

Como abordado no capítulo 1 desta tese, os esforços de saneamento dos sertões buscaram, a partir do primeiro quarto do século XX, diminuir os impactos das endemias nas “investidas civilizatórias do país” (AROUCA; LIMA, 2014). Mas, como Capi relatou acima, a

²⁶⁷ Diplomata que atuou para que as fronteiras entre o Brasil e a Guiana Francesa fossem estabelecidas conforme os interesses do Estado brasileiro.

²⁶⁸ Após amplo período de contestação dos limites das fronteiras entre o Brasil e a Guiana Francesa, que remonta desde 1713 com Portugal e França em desacordo sobre qual rio seria o delimitador, em 1900 ocorre uma arbitragem do presidente da Suíça que deu parecer favorável ao Brasil, após os argumentos apresentados pelo Barão do Rio Branco.

situação também era precária nas periferias dos centros urbanos. E não apenas nas periferias do Norte do país. Através da obra literária “Quarto de despejo: diário de uma favelada”, Carolina Maria de Jesus ([1960] 2014) narra seu cotidiano na favela do Canindé, em São Paulo, vivenciando dificuldade de acesso à água, roedores nos barracos etc., no mesmo período em que Capi presenciava o “*enterro dos anjos*” em Macapá.

A irmã de Capi, Raquel, 82 anos, ex-deputada federal e constituinte, me falou sobre a região do Oiapoque e sobre os indígenas que encontrava por lá quando realizava seus trabalhos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)²⁶⁹ na década de 60:

Naquela época, não tinha médico, não tinha enfermeiro, não tinha nada nas tribos indígenas. Morriam para lá, ou então se socorriam, por exemplo, no Oiapoque. Eles se socorriam na Guiana Francesa, em alguns casos. Mas as outras tribos, nenhuma delas tinha apoio de médico, não tinha assistência, não tinha nada. Eu trabalhei na época era o DNERu, e foi pelo DNERu que eu fui levada para lá para fazer inquérito na época. A gente fazia inquérito de malária, tinha malária e boubá²⁷⁰. A boubá é uma doença aqui do norte terrível, parece com a leishmaniose, mas não é a leishmaniose, é a boubá mesmo. [...] aqui na região do Pará, Amapá, tinha muita boubá. Naquela época, a gente fazia o inquérito de malária, saía para o interior numa lancha [...] A gente passava noites inteiras numa casa onde todas as pessoas estavam com malária. Então a gente colhia o sangue para a malária [...] E na cidade a gente fazia dedetização nas casas, né? Eram os soldados da fumaça. Então a gente ia de casa em casa, conversava. Muitas pessoas não aceitavam, muita ignorância também com relação à questão da contaminação, de como a gente se livra um pouco mais do mosquito (Raquel, sala de reunião virtual, 19 de abril de 2021).

Na região amazônica há uma ininterrupta demanda por ações de prevenção à malária que, em alguns momentos históricos de fluxo de migrantes e grandes projetos nacionais-regionais, como abertura de estradas e mercados extrativistas da borracha e ouro, chegou a picos alarmantes, exigindo ações em saúde estruturadas, mas nem sempre presentes (CARDOSO; GOLDENBERG, 2007). Especificamente no Amapá, as autoras apontam que a intensificação de garimpos na região, por volta dos anos 70, e a elevação do crescimento demográfico provocado pela criação da Área de Livre Comércio de Macapá e Santana²⁷¹ ocasionaram picos de casos de malária entre 1970 e 2003 (p. 1347)²⁷².

Criado em 1990, o SUS tardou a chegar nos serviços municipais, principalmente da Amazônia Legal (VIANA et al., 2007), pois “*a lei leva 4, 5 anos até repercutir na base*”, me explicou Capi, “*até porque o governo federal tem que concatenar a obrigação das leis através*

²⁶⁹ O DNERu existiu de 1956 à 1970, tendo seu “legado” sido incorporado pela Fundação Nacional da Saúde, como descrito no capítulo 1.

²⁷⁰ Doença causada por uma bactéria, que causa feridas, caroços e coceiras na pele.

²⁷¹ Decreto nº 517, de 8 de maio de 1992.

²⁷² Mais informações sobre a malária no estado e como ela atinge os povos indígenas, ver (VIEIRA, 2011).

de decretos, portarias, até chegar nos estados, até chegar nos municípios” (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021). Antes, os hospitais, *“mesmo que públicos, atendiam uma clientela paga e aqueles que não podiam pagar é o que eles chamavam de indigência, que era atendida nas enfermarias”* – como ele mesmo, aos 12 anos, com apendicite. Sobre essa distinção entre classes no atendimento à saúde, vale lembrar a permanência de certa dualidade no SUS entre serviços públicos e privados. Tratando-se de uma instituição ainda e sempre em disputa (TEIXEIRA, 2014), há constantes tentativas da Comunidade Medicina Liberal (CML) de fortalecer o mercado de saúde suplementar, como o sanitarista Arthur Chioro lembrou de alguns projetos que barrou quando foi Ministro da Saúde (2014-2015) em entrevista concedida aos Jornalistas Livres²⁷³.

Para além das disputas de financiamento do SUS apontadas, as diretrizes de regionalização são cruciais para se complexificar a formulação das políticas públicas de descentralização dos serviços (VIANA et al, 2007, p. 119). Na Amazônia Legal, por exemplo, que tem uma forte interferência do governo federal no planejamento e financiamento das políticas, que, conseqüentemente, obscurece certas relações locais (MACHADO, 1997), destaca-se o esforço de regionalização das políticas públicas, incluindo o SUS, promovido por Capi nos anos iniciais do SUS no Amapá²⁷⁴.

Capi me explicou que quando foi prefeito de Macapá (1989-1992), *“não se falava do SUS no Amapá”*. Segundo ele, *“a mudança mesmo veio em 1995”*, quando se tornou governador do estado.

E aí nós reformulamos toda a estrutura do estado. Para você ter uma ideia, antes tinha havido dois grandes investimentos em saúde que foi um em 1944, construção do primeiro Hospital Geral, e em 74 houve uma segunda intervenção que foi a ampliação desse Hospital Geral. E aí o governo construiu o terceiro andar e retirou a pediatria e fez um puxado e fez um prédio à parte e tirou também a maternidade, colocando-a em outro prédio, e o pronto-socorro. Essas três atividades que estavam dentro do Hospital Geral foram descentralizadas com prédios próprios. Isso foi de 72 a 74. A terceira intervenção foi em 95. E aí a gente fez uma intervenção forte, inclusive para poder atender os regimentos e protocolos do SUS, para poder organizar o SUS. Levamos 3 anos. Eu tive que trazer algumas pessoas que participaram do movimento de mudança do atendimento no país, da reforma sanitária. Entre essas pessoas veio o Arthur Chioro, que foi ministro da saúde da Dilma. Ele veio aqui na década de 90 e trabalhou conosco na implantação do SUS e mais uma equipe [...] E daí nós estruturamos o SUS e criamos toda a sistemática de atendimento e ampliamos hospitais. Quando assumi, nós tínhamos 420 leitos e eu dobrei o número de leitos e aumentei a estrutura de farmácias [...] estruturei todos os centros de saúde, as UBS, na época falava centro de

²⁷³ Disponível em: <https://jornalistaslivres.org/entrevista-com-o-medico-sanitarista-arthur-chioro/> Acesso em: 20 jun. 2023.

²⁷⁴ Esclareço que neste capítulo priorizei informações sobre os anos iniciais do SUS para evidenciar como era a saúde antes do SUS e do Subsistema, correspondendo aos anos em que Capi governou Macapá e o estado. Assim, escolhi entrevistá-lo devido (i) à posição dele como pessoa crescida na região e (ii) como alguém que planejou políticas públicas para o Estado no período de interesse deste tópico.

saúde, que era o estado que operava. A saúde toda estava na mão do estado, desde o atendimento mais complexo até a atenção básica. Nós reformamos as unidades do estado todo e transferimos para as prefeituras, transferimos serviços básicos para as prefeituras a partir de 1997, transferimos pessoal, recursos e capacitações para fazer o link entre saúde básica e especializada (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021).

De fato, o Amapá hoje conta com 852 leitos nos hospitais públicos (IBGE, 2010) e sua rede assistencial passou de 43, em 1976, para 221 estabelecimentos em 2002, sendo 184 financiados pela rede SUS (CARDOSO; GOLDENBERG, 2007, p. 1346)²⁷⁵. Quanto à concentração dos serviços de saúde “*na mão do estado*” e sua descentralização aos municípios a partir de 1997, faz-se importante destacar não apenas a transferência de responsabilidade, mas a realização de um processo de transição com apoio estadual, principalmente em estados como o Amapá, em que a maioria dos municípios são Municípios Rurais Remotos (IBGE, 2017).

Com relação aos/às médicos/as,

Antes do SUS, os médicos receitavam os remédios pelo nome comercial e eles tinham resistência em aceitar usar o princípio ativo de cada medicamento, mas havia regras, leis e eles tiveram que se adaptar e acho que foi no Brasil todo. E aí teve essa dificuldade de os médicos aceitarem, porque era muito comum os caixeiros viajantes, os homens que viajavam com pastas enormes e presenteavam os médicos com caixas [de remédios]. Eles chegavam cheios de amostras grátis e por isso os médicos acabavam receitando essas marcas e aí depois do SUS isso desaparece. Se criou um receituário, todos os protocolos foram implantados, só que durou pouco, até 2012. A partir de 2013, na alternância de governo, eles [os médicos] desorganizaram totalmente isso aí [...] **então nós tivemos uma enorme dificuldade com os médicos na implantação do SUS por causa das exigências legais dos protocolos**. Eles não estavam acostumados a cumprir horário e com a implantação dos protocolos, virei inimigo número um dos médicos. Foi horrível, foi muito ruim. Esse é um aspecto difícil dessa empreitada e nós não tínhamos faculdade de medicina [no Amapá], tanto que em 2002 eu trouxe 42 médicos de Cuba (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021, grifei).

Nesse momento, busquei saber mais dessa experiência de intercâmbio com cubanos atendendo no Amapá, mas ele complementou dizendo que demorou tanto para as negociações se concretizarem que quando eles chegaram o seu governo havia encerrado, e eles foram impedidos de trabalhar: “*eles ficaram aqui três meses e foram expulsos. Aí eles estavam voltando para Cuba quando o governador de Tocantins pegou eles e levou para lá aí eu sei que eles ficaram em Tocantins durante alguns anos*” (Capi)²⁷⁶.

²⁷⁵ E ressalto que nos dados do IBGE de 2009 o quantitativo de estabelecimentos do SUS era de 222, uma insignificante alteração, passados 7 anos do fim do governo de João Capiberibe (1999-2002).

²⁷⁶ Com o Programa Mais Médicos, alguns desses cubanos voltaram a atuar em Tocantins, agora na saúde indígena, como exposto na reportagem: <https://conexaoto.com.br/2013/09/14/estamos-de-volta-diz-medico-cubano-que-trabalhou-no-tocantins-entre-2002-e-2005>. Acesso em: 30 set. 2023.

A carência de médicos no Amapá é crônica. No último estudo demográfico realizado por Scheffer (2020), existiam 1.006 médicos com registro ativo no estado – o segundo menor quantitativo do país, com 30 registros a mais que Roraima, estando 89,4% concentrados na capital (p. 30). A razão de médicos/as por mil habitantes é de 1,19²⁷⁷, a terceira pior do país (a frente do Pará, com 1,07, e Maranhão, com 1,08)²⁷⁸. Desses pouco mais de mil médicos, 560 são especialistas, sendo os principais: 70 clínicos médicos, 83 pediatras, 64 ginecologistas, 89 cirurgiões gerais, 22 cardiologistas. Nenhum/a médico/a é especializado/a em Medicina de Família e Comunidade. O estado também tem apenas um curso de medicina, criado em 2009 na Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), oferecendo 60 vagas por ano. Reproduzo a página resumo dos dados do estudo sobre médicos no Amapá no Anexo 3.

O número reduzido de médicos/as coloca os serviços de saúde públicos e seus/as gestores/as em uma situação complicada, uma vez que precisam desses/as profissionais atuando no SUS. Domingos, que ocupa cargos políticos de saúde no estado desde o início dos anos 2000, relatou que

Antes do programa [Mais Médicos], os médicos que trabalhavam nas Secretarias Municipais de Saúde cumpriam uma agenda de trabalho. Tinha 10 pacientes para atender, eles atendiam e iam embora. É obrigatório ter o médico na atenção básica, mas era difícil você convencer ele a ficar. Alguns até reclamavam do quantitativo de pacientes, né? Que às vezes era muito grande, que às vezes eles não conseguiam atender com qualidade (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021).

O que poderia parecer uma penalização dos/as médicos/as por excesso de trabalho, é lido por Capi como a criação de uma reserva de mercado²⁷⁹ que, combinada com as necessidades da população, coloca em cena práticas controversas:

É uma canibalização do serviço público pela medicina privada, e muito desvio. Então na época [de seu governo], e hoje isso ainda é muito forte, os médicos do serviço público encaminhavam seus pacientes para seus consultórios privados [...] outra coisa também é o não cumprimento das obrigações de médico. Você contrata o médico por 4 horas. Você calcula que em 4 horas ele atende um paciente a cada 15 minutos, 4 por hora. Só que daí eles atendem essa quantidade de paciente em uma hora e vão embora. No meu sistema de gerenciamento, isso deixou de ser permitido. Ele entrava às 7 horas da manhã e tinha que sair às 11 horas, não podia sair 10h59, nem chegar às 7h30. E aí o ponto dele era cortado, e cortar o ponto de um médico é um crime contra a Corporação. Há uma rebelião. Eles se juntam e fazem greve, porque cortaram o ponto do médico que não foi trabalhar. **Eles defendem coisas absurdas como a ausência no local de trabalho.** [...] então eu ia nos hospitais, nos atendimentos de saúde, e qualquer coisa que encontrasse fora do lugar, cortava o ponto do médico, e cortava de forma ostensiva, com uma câmera dizendo “olha, risca o nome desse e desse médico”, porque ele chegava lá às 7h, assinava o ponto, dava 8h ele ia embora, e eu chegava

²⁷⁷ O dado populacional aqui considerado é a estimativa do censo do IBGE, que calcula a população do Amapá em 2020 totalizando 845.731 pessoas.

²⁷⁸ No capítulo 3, apresento uma análise sobre a escassez de médicos no Norte do país (Supra p. 152).

²⁷⁹ Prática presente não apenas no Amapá, como abordado no capítulo anterior (Supra p. 146).

8h30 e mandava cortar e mandava publicar, e aí era o maior alvoroço (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021, grifei).

Sobre os encaminhamentos para os consultórios privados, Oiapoque é um exemplo claro da continuidade dessas práticas nos dias atuais. Quando entrevistei Odila, enfermeira que atua na saúde indígena na região do Oiapoque, ela narrou sua realidade enquanto moradora do município. Por lá só há atendimento de baixa e média complexidade – não há leitos de UTI, por exemplo. No início de 2022, todas as UBS estavam com médicos devido à permanência de 4 médicos cubanos na região. Com exceção de uma médica karipuna recém-formada e contratada como clínica geral pelo Hospital Estadual de Oiapoque (HEO), nenhum/a dos/as médicos/as especialistas morava na cidade, e sim em Macapá, e viajavam os quase 600 km da BR-156²⁸⁰ todo mês para cumprir o plantão de 10 dias contratado pelo HEO. No entanto, estando na cidade, eles/as se revezavam entre o HEO e suas clínicas particulares:

[Eu] eles vêm para fazer o plantão no hospital e atender 24 horas?

É, 24 horas, só que daí eles tiram o período. Eu não sei por que o hospital aceita isso, mas aí o médico tira um período de 8 ou 9 horas da manhã até meio-dia para atender na clínica deles²⁸¹. Daí, depois do meio-dia é que ele vai começar a atender no hospital. Se você precisar de um obstetra e ginecologista no hospital para uma emergência, ele não vai chegar. Talvez o pessoal ligue para ele na clínica dele, talvez não. Então talvez você fique lá esperando e ele vá almoçar e só depois que ele vai te atender. Eu não sei por que o pessoal do hospital aceita isso, porque eles são pagos e eles não são mal pagos, eles são bem pagos. Eles ganham R\$ 30.000,00 para trabalharem 10 dias. Já pensou? (Odila, Oiapoque, 1 de março de 2022).

Quanto às rebeliões da categoria contra o corte do ponto daqueles que não cumprem o horário, Camilo Capiberibe, 50 anos, filho de Capi e ex-governador do Amapá (2011-2014) enfrentou situação ainda mais aguda:

O que eles [os médicos] fazem dentro dos hospitais do estado acho que não é só no Amapá, quem estabelece a escala são os médicos. Então, por exemplo, eu sou o governador, só que quem determina quantos médicos e de quais especialidades vão dar plantão nos hospitais pagos pelo governo são os médicos. O Conselho Regional de Medicina baixa uma resolução dizendo que no hospital que tem o leito de UTI tem que ter o médico A, B, C, e assim em diante, e você tem que contratar o plantão ou o sobreaviso, e isso encarece muito a folha de pagamento. Eu não queria mexer nessa parte de quem determina o que, quais médicos, mas eu queria que eles estivessem lá. Então eu montei uma comissão de fiscalização da execução dos plantões, porque no plantão médico, ele tem que estar lá, e no sobreaviso quando ele é chamado ele tem um prazo específico para chegar. Se ele não chegar, não recebe por aquele dia de sobreaviso. Só que eles recebiam os plantões e sobreavisos junto com o salário e eu não tinha condições de fiscalizar se eles tinham trabalhado até o dia 30, porque o

²⁸⁰ A estrada não é completamente asfaltada, e costuma apresentar trechos de atolamento durante o inverno amazônico, devido às fortes chuvas. Assim, este trajeto costuma durar 10 horas, sem imprevistos, podendo se estender para mais de 20 horas.

²⁸¹ Clínicas particulares compartilhadas por esses médicos, que oferecem as consultas com especialistas conforme a agenda de trabalho desses médicos na região.

salário era pago no mesmo dia. Eu só tinha como fiscalizar do dia 1 ao dia 20. E aí eu baixei um decreto que estabelecia que do dia 21 ao 30 eu pagaria numa folha adicional, até o dia 10 do mês seguinte. E aí o que eles fizeram no mês seguinte? **Eles recusaram os plantões, abandonaram os hospitais**, completamente, para me obrigar a acabar fazendo a vontade deles. Daí a primeira reclamação deles era a questão da infraestrutura nos hospitais, mas nunca tinham tido, então não era esse o problema. [Diziam] “Não tem isso, aquilo e aquilo, e tem essa comissão de fiscalização”. Eles pararam duas semanas, sem médicos. O que eu fiz: chamei os médicos bombeiros, da polícia militar, e por decreto coloquei eles lá. [...] eles deixam a população sem atendimento para dobrar a espinha do governador e fazer o que eles quiserem. Não recuei. Cortei os plantões deles e fizemos outras negociações, mas essa aí o pagamento até hoje é feito do jeito que eu estabeleci (Camilo, sala de reunião virtual, 9 de abril de 2021, grifei).

Os plantões hospitalares geralmente se relacionam com o pronto-atendimento, que é acessado pela população em casos de urgências e emergências e, segundo o atual Código de Ética Médica, as manifestações dos/as médicos/as (suspensão de atividades, recusas e ausências) contrárias às condições de trabalho jamais abrangem os setores e urgência e emergência, pois esta atitude acabaria “expondo a risco a vida de pacientes” (CFM, 2010, p. 33-34). Contudo, devido ao caráter corporativista dos conselhos e sindicatos médicos, disse Capi, estes fazem defesas intransigentes dos profissionais que representam, sendo esvaziadas as instâncias éticas acadêmicas e estatais relacionadas à profissão, e criam dificuldades para a diversificação da disponibilidade de profissionais médicos/as no mercado, como a proposta pelo Programa Mais Médicos (PMM). Com relação ao PMM, vale lembrar que as associações, que sempre buscaram estabelecer uma relação da elite médica com o poder estatal constituído (DIAS, 2018), romperam com a Presidenta Dilma (2010-2016) e passaram a confrontar o Programa e as regulações que ele estabelecia para o exercício da medicina pelos bolsistas.

Era Camilo quem governava o Amapá quando começou o Programa Mais Médicos, e enquanto apoiador do Programa, sofreu com as campanhas midiáticas²⁸² de questionamento ao PMM:

[Certa vez] me perguntaram numa reportagem da Folha [de São Paulo] sobre essa possibilidade de trazer médicos do exterior e sem que eles façam o teste do Revalida e eu disse “eu sou a favor” e aí no outro dia estava lá na manchete da Folha de São Paulo de que eu era a favor do Programa Mais Médico, e eu era mesmo. Mas eu não estava entendendo o contexto de disputa nacional sobre isso. Duas semanas depois, saiu matéria no Fantástico sobre os hospitais do interior [do Amapá] que não tinham estrutura para receber os cubanos²⁸³. Entendeu? Eu me declarei a favor e eles foram lá em Ferreira Gomes, município de Amapá, e vistoriaram com os médicos servidores do estado que disseram que não tem como receber médicos lá porque não tem infraestrutura. Detalhe: os bolsistas [do PMM] não iam trabalhar nas unidades do estado, eles iriam para as prefeituras. Então aquilo foi totalmente deslocado de

²⁸² No Amapá, as principais concessionárias de televisão e rádio são de adversários políticos da família Capiberibe (BARBOSA, 2022, p. 95).

²⁸³ A Notícia que encontrei é de 31 de julho de 2013, intitulada “Fiscalização flagra paciente morrendo em chão de hospital no AP”. Na reportagem, o veículo de comunicação informa ter recebido o relatório das organizações médicas e faz referência ao Mais Médicos, como narrado por Camilo na entrevista a mim concedida.

contexto, e começaram a fazer matérias semelhantes a essa pelo Brasil inteiro para combater, e é claro que isso foi uma demanda dos conselhos de medicina que pediram esse bombardeio da proposta (Camilo, sala de reunião virtual, 9 de abril de 2021).

Eu tentei conversar com o presidente do Conselho Regional de Medicina do Amapá, Eduardo Monteiro de Jesus. Visitei duas vezes a sede do CRM, em Macapá, e mandei os e-mails que me orientaram a mandar para acessá-lo, indicando sobre o assunto que gostaria de tratar: o Programa Mais Médicos e a atuação médica no estado. Sem sucesso. “*É uma corporação muito fechada*”, como lamentou Capi. No site da corporação também há poucas informações – não há uma carta do presidente, como no site do CFM (RIBEIRO, 2017).

Com a implantação do PMM, Camilo, na qualidade de governador do Amapá, preparou um jantar para recebê-los/as, não permitindo as hostilidades ocorridas em outros estados. À época, todos os municípios do Amapá foram contemplados, como me disse Domingos, que acompanhava de perto a agenda regional do Conselho de Secretários Municipais (Cosems), e como confirmei no site oficial do governo²⁸⁴. Ele, que era secretário de saúde municipal, disse que, para o município, “*o programa foi muito positivo, né? Fixar profissionais. A gente tinha uma carência grande de profissionais médicos, muitas equipes de saúde da família sem o profissional, então veio em boa hora o programa*” (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021).

A questão é que nem todos/as os/as políticos/as do estado, e seus/as respectivos/as secretários/as de saúde, estavam a par de como o programa chegaria em sua localidade – alguns/as desses/as secretários/as sequer moram nos municípios que secretariam, como me relatou um/a funcionário/a da Funasa. “*Há algum tempo a maioria dos gestores municipais de saúde não eram nem da área de saúde. Então não tinham conhecimento da legislação, de instrumento de gestão, do que era o SUS*” (Domingos). Como uma reprise da implantação do SUS narrada por Capi, novamente havia governantes pouco preparados/as. Esse fator, somado ao sucateamento do SUS, que inicia logo após sua criação (ver capítulo 1), e a baixa arrecadação de vários dos 16 municípios do estado, dificultaram a realização de uma contrapartida municipal na recepção aos/às bolsistas do Programa.

Alguns municípios mais frágeis tinham dificuldade em proporcionar a contrapartida porque o programa retirava do valor da atenção da saúde da família o valor do médico e o município ainda tinha que dar de contrapartida a água, transporte, alimentação e hospedagem, que giravam em torno de R\$ 2.100,00, alguma coisa assim [por médico]. [...] os municípios [do Amapá] são muito frágeis. Alguns municípios são tão pobrezinhos que às vezes não tem condições de montar uma estrutura administrativa (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021).

²⁸⁴ Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>. Acesso em: 24 set. 2023.

Apesar de Domingos identificar essas e outras dificuldades da operacionalidade do SUS no Amapá (falta de profissionais qualificados, de fixação de profissionais, acesso e comunicação precários em alguns municípios, principalmente no inverno amazônico, e a concentração das demandas em Macapá, não apenas do Amapá, mas de municípios circunvizinhos, do baixo Rio Amazonas e norte o Pará), sua fala carece de uma leitura política da situação, como o faz João Capiberibe. Em seu programa de governo “Amapá sustentável para o século 21” (AMAPÁ, 1998), a constatação de que há uma concentração de pessoas e infraestruturas em Macapá ensejou políticas de mitigação dos efeitos disso para a população do estado. No campo da saúde, foram criadas tanto políticas de acolhimento aos/às pacientes dos interiores, como, por exemplo, casas de hospedagem (parecidas com as CASAIs do Subsistema de Saúde Indígena), quanto políticas de valorização dos/as técnicos/as tradicionais de autocuidado do povo amapaense, com projetos voltados para as parteiras e para a integração de remédios do mato com as farmácias dos serviços de saúde (p. 38).

Capi, que cresceu em Macapá antes de ser prefeito da cidade e governador do estado por anos, percebe que “*o rio e a floresta são determinantes para as pessoas daqui*” (Capi). Dos 14,3 milhões de hectares do Amapá, 72% são destinados às Unidades de Conservação e Terras Indígenas, tornando-o o único estado da federação a destinar um percentual tão significativo de suas terras para a preservação ambiental²⁸⁵. Outrossim, o Amapá é um dos estados com a maior taxa de natalidade (20,54) (DATASUS, 2020) e de fecundidade (OLIVEIRA; O’NEILL, 2016, p. 46) relativa à média de filhos que uma mulher teria ao longo de sua vida reprodutiva. Porém, também é o que apresenta uma das maiores taxas de mortalidade infantil (18,97/1000 nv), sendo 72,67% dos óbitos por causas evitáveis, taxa esta utilizada para avaliar as condições de vida de uma sociedade e a eficiência do seu sistema de saúde (GUEDES *et al.*, 2023). A produção de saúde no estado de forma sustentável – ou seja, duradoura – passa pela leitura dos indicadores de saúde à luz das características e tradições regionais.

Diante desse cenário da saúde estadual, que afeta as comunidades indígenas e não indígenas, incluía, em minhas entrevistas com os/as profissionais e gestores/as de saúde Amapaenses, ou que estão há bastante tempo no estado, perguntas sobre seu acesso a médicos/as e aos serviços de saúde. As histórias que eles/as me contaram passavam pela falta de saneamento em todo o estado, dificuldades para conseguir se consultar com especialistas e/ou para fazer alguns exames ou procedimentos etc., situações que demonstram

²⁸⁵ Os dados absolutos são de 10,5 milhões de hectares, que equivalem ao tamanho de um país como Portugal <http://www.odmbrasil.gov.br/odm-nos-estados/amapa>.

descontinuidade das políticas de desenvolvimento sustentável realizadas no final do século XX (AMAPÁ, 1998). Trago uma situação que ilustra essa cena. Logo no primeiro deslocamento que fiz de Macapá para Oiapoque viajei com Agustina, técnica de enfermagem Galibi-Marworno que voltava da reparação de uma cirurgia que tinha feito durante um mutirão do programa “Mais visão”, capitaneada pelo então senador Davi Alcolumbre, do partido União Brasil, com recursos de suas emendas parlamentares²⁸⁶.

Após o procedimento, seu olho começou a inchar e, como os médicos-oftalmologistas que realizaram os procedimentos só estiveram em Oiapoque durante a campanha, o jeito foi se deslocar até Macapá, com recursos próprios, para resolver a complicação – como explicado pela central de atendimento do Mais Visão. Nesse caso, diferente do que propagandeou o senador²⁸⁷, sua iniciativa não é inédita. Os habitantes do Amapá, incluindo os indígenas da Terra Indígena Uaçá, tiveram, durante os governos de João Capiberibe, acesso ao programa “Visão para Todos”. Ele proporcionava atendimentos oftalmológicos, com foco em cirurgias de catarata, e as pessoas passavam por observação pós-operatória, sendo uma iniciativa premiada pela Universidade de São Paulo e Escola Paulista de Medicina (AMAPÁ, 1998, p. 38).

Foram ações como essa, o “Farmácia viva” e as políticas desenvolvidas junto às parteiras tradicionais, mais bem descritas no próximo capítulo, que marcaram as experiências iniciais dos/as amapaense com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Para além das semelhanças de acesso a serviços de saúde que compartilham com o restante da população, os povos indígenas que vivem no Amapá e norte do Pará também acessam serviços específicos de saúde, como descrevo a seguir.

4.2. DSEI Amapá e Norte do Pará: biomedicina para os povos indígenas

Nos momentos iniciais de minha interação com os/as profissionais do DSEI Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), enviei algumas comunicações por e-mail, me apresentando e solicitando algumas informações. Com isso, em março de 2021, duas profissionais do Núcleo de

²⁸⁶ Conforme documento do governador do estado do Amapá, Antônio Waldez Góes da Silva, o programa Mais Visão Amapá realiza desde 2020 o atendimento de pessoas de baixo poder aquisitivo nos procedimentos cirúrgicos para recuperação da visão, através de uma parceria firmada entre governo do estado, o senador Davi Alcolumbre e a instituição dos Capuchinhos (franciscanos). Segundo ele, em 2021, foram realizados 270.900 atendimentos, incluindo consultas, cirurgias e pós cirúrgicos. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/publicacoes/SEPLAN_e4f5341f5b5bb9f3aaa6fac70b42712c.pdf Acesso em: 03 mar. 2023).

²⁸⁷ Como, por exemplo, neste vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=fnNhgNZWxwA&ab_channel=DaviAlcolumbre. Acesso em: 07 mai. 2023.

capacitações da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), descrito a seguir, me chamaram para uma reunião e me convidaram para realizar uma capacitação antropológica junto aos profissionais de saúde do DSEI²⁸⁸. Os últimos dois encontros do curso, dos 10 que realizamos ao longo de 2021, foram presenciais, na sede do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), em Macapá²⁸⁹.

Era setembro de 2021, quando adentrei pela primeira vez a sede do DSEI-AMP. Prédio de três andares, com parede branca, chão branco, tudo branco. Nas paredes das áreas comuns do prédio havia somente uma branquidão. No primeiro andar, o elemento destoante era o/a guarda de segurança que ficava sentado/a no hall de entrada do prédio, com seu uniforme azul. No terceiro andar, um quadro de aviso, igualmente em branco. Nas portas, havia placas de acrílico com o símbolo da SESAI (um cocar formando meio círculo) e o nome do setor ao qual ela dava acesso. Cada setor tinha ao menos uma sala. No interior das salas, o branco dava lugar a amontoados de gentes, mesas, pertences pessoais e, aqui e ali, um enfeite, um quadro, um mimo: na sala do Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI), um aquário com peixes; na sala do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), artesanatos indígenas pendurados na parede; na sala principal da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), alguns quadros de fé e gratidão à vida; na sala do Coordenador do DSEI, no primeiro andar, um quadro de Jair M. Bolsonaro, à época presidente do país.

A sala mais agitada era, sem dúvidas, a da equipe técnica da DIASI (que chamei acima de “sala principal”), no terceiro andar. Por lá passavam boa parte dos/as profissionais que compunham as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)²⁹⁰ que finalizavam ou iniciavam suas escalas de trabalho. No DSEI-AMP, todas as EMSI cumprem escalas de 20 dias de trabalho e 15 dias de folga. Mas para além das EMSI, os profissionais que atuam na sede do DSEI trabalham de segunda à sexta, 40 horas semanais, e os que atuam nas Casas de apoio à Saúde Indígena (CASAI) de Macapá e Oiapoque trabalham por regime de plantão. A exceção é quando esses profissionais da sede ou das CASAI se deslocam para as Terras Indígenas para realizarem alguma atividade (capacitações, ações de infraestrutura, visitas técnicas etc.) ou para cobrir a ausência de algum profissional da EMSI (férias ou outras licenças, demissões e afins).

²⁸⁸ O curso, intitulado “Pensando a atenção diferenciada para o desenvolvimento da competência cultural no DSEI-AMP - 2021” aconteceu em 10 encontros, com duração de aproximadamente 2 horas cada, sendo 5 temas trabalhados. Sessenta e oito profissionais vinculados ao DSEI-AMP participaram de ao menos um dos 10 encontros.

²⁸⁹ Como informado anteriormente na introdução, nessa parceria alguns documentos foram compartilhados comigo, como o Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI.

²⁹⁰ Como descrito no capítulo 2, essas equipes são compostas basicamente pelos profissionais Enfermeiros, Médico, Dentista, Técnico de enfermagem, Técnico de Saúde Bucal ou Auxiliar de Saúde Bucal.

Na sala da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), os/as profissionais das EMSI pegavam ou entregavam fichas com informações dos atendimentos; conversavam com os/as responsáveis técnicos/as das diferentes ações que foram ou seriam realizadas em área, ou também sobre sua última escala de trabalho; às vezes tratavam sobre o caso específico de um paciente, alguma intercorrência. Como um enfermeiro me mostrou, as equipes são responsáveis pelo gerenciamento de 67 fichas/informações diferentes de atendimento (ANEXO 4).

Devido ao calor que fazia em Macapá, as pessoas pouco ficavam nas áreas comuns, concentrando-se nas salas com “central” (ares-condicionados). A exceção era quando precisavam atender uma ligação ou conversar em particular com alguém. Nesse caso, o final dos corredores de cada andar, com suas vidraças e vista para a rua, eram os preferidos. Se o caso necessitasse de mais reservas, daí o jeito era sair para conversar em algum restaurante próximo, ou mandar mensagens escritas no celular. Percebi um grande fluxo de conversas tecladas, seja dos/as responsáveis técnicos/as com profissionais em área, seja entre eles/as mesmos/as. E, assim, a porta da sala ficava em um abre e fecha sem fim, parando apenas na hora do almoço, após o/a último/a funcionário/a se render à pausa necessária.

Em setembro, todas as tardes eram abafadas na sala da equipe técnica da DIASI. O sol batia na lateral do prédio e não havia ventilador ou “central” que desse conta. Por causa disso, a sala também ficava o dia todo com a cortina fechada. Em aproximadamente 40 metros quadrados, eram 14 mesas e às vezes mais gente que mesas. Trabalhavam ali os técnicos responsáveis pelos 5 Núcleos de atenção primária à saúde:

Núcleos da atenção primária à saúde nas DIASI dos DSEI

Núcleo 1	Núcleo 2	Núcleo 3	Núcleo 4	Núcleo 5
Análise de situação de saúde	Planejamento, gestão do trabalho e educação permanente	Saúde das Mulheres e das Crianças	Promoção da saúde	Prevenção e controle das doenças e dos agravos
- Vigilância do óbito; - Vigilância epidemiológica; - Vigilância ambiental em saúde; - SIASI; - Demais sistemas de saúde.	- Educação Permanente; - Saúde do trabalhador; - Interculturalidade; - Planejamento do trabalho e das entradas em área das EMSI; - Planejamento de aquisição e monitoramento de consumo/uso de insumos e equipamentos; - Uso racional de medicamentos; - Articulação e monitoramento das CASAI.	- Saúde das Crianças; - Saúde das Mulheres; - Gestação, parto e puerpério; - Vigilância Alimentar e Nutricional.	- Saúde Bucal; - Saúde Mental; - Saúde sexual e reprodutiva; - Imunização; - Medicina Tradicional e valorização dos saberes e das práticas indígenas; - Protagonismo indígena; - Educação em saúde; - PSE; *A Saúde dos (as) idosos (as), dos Homens, dos (as) jovens e das pessoas com deficiência está contemplada nas estratégias de promoção da saúde desse Núcleo.	- Doenças e agravos monitorados nacionalmente (Tuberculose, Doenças transmitidas por vetores, Doenças em eliminação, etc.); - Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); - Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais; - Demais doenças e agravos de relevância no território.

Tabela 7. Núcleos da atenção primária à saúde nas DIASI dos DSEI (Fonte: BRASIL, 2018).

* SIASI – Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena; ** PSE – Programa Saúde na Escola.

Na Nota Técnica n.17, intitulada “Documento orientador da organização dos processos de trabalho da atenção primária à Saúde nos DSEIs” (BRASIL, 2018), constam as competências de cada núcleo, sendo que os Núcleos 1 e 2 são considerados estruturantes, “para a efetivação do modelo de atenção baseado em vigilância em saúde”, e os outros 3 têm ênfases nos “agravos prioritários e em estratégias de produção do cuidado integral” (p. 3). Diana, profissional que compõe o Núcleo 2, acrescentou a informação de que “*todos [os núcleos] têm que ter um enfermeiro*”, mas se essa for uma orientação nacional não está escrita no documento que criou a organização em núcleos.

Na Nota Técnica n.17/2018 são apresentadas 33 atribuições comuns aos núcleos, mais 15 atribuições específicas do Núcleo 1 e 25 do Núcleo 2. O Núcleo 2, por exemplo, tem atribuições tanto de planejamento (Planejar e organizar atividades de educação permanente, incluindo o acolhimento de profissionais de saúde recém-contratados e a preparação para atuação em contexto intercultural) quanto de execução (Realizar ações de farmacovigilância, juntamente com as EMSI, notificando as iatrogenias²⁹¹ e os desvios de qualidade dos

²⁹¹ Reações adversas ao tratamento medicamentoso.

medicamentos) e monitoramento (Monitorar o cumprimento das diretrizes pactuadas no Protocolo de Acesso da CASAI). Há processos, como o de qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), no âmbito dos quais a equipe deve “Coordenar o planejamento, organização, execução e supervisão dos cursos”, sem que todas as demais tarefas, que não envolvem os AIS, sejam interrompidas.

É inviável dois ou três profissionais de um Núcleo realizarem atribuições tão díspares e ainda cuidarem (i) dos preparativos para as ações nas aldeias (que incluem as compras de alimentos e preparação e aquisição ou impressão de materiais), (ii) das visitas de profissionais da SESAI sede ao DSEI e/ou às aldeias, (iii) atender os diversos profissionais que entram e saem de área em diferentes datas, conforme a escala, ou os indígenas que aparecem por lá, sem nenhuma escala, estando o DSEI, e particularmente a DIASI, quase sempre com “visitantes”. Essa rotina agitada marcou as experiências de parceria que vivenciei com o Núcleo 2, seja durante o curso online seja nas atividades presenciais junto às parteiras indígenas do baixo Oiapoque que desenvolvemos em novembro de 2022 – sobre as quais faço comentários no próximo capítulo.

Além dos 15 profissionais que compõem a equipe técnica dos Núcleos da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), 2 a 3 profissionais em cada núcleo, trabalham na sede do DSEI outros 75 profissionais, aproximadamente²⁹². Desses 90 profissionais, 27, incluindo os 15 do DIASI, são funcionários do Instituto Ovídio Machado (IOM), conveniada da SESAI para (i) contratar os recursos humanos que executam a atenção primária à saúde e saneamento nas aldeias, (ii) custear as ações do Conselho Distrital de Saúde Indígena e (iii) ações de educação em saúde. Além dos 27 profissionais que atuam na sede, a IOM também é a contratante dos aproximadamente 300 profissionais que atuam nas Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena, dentro das Terras Indígenas, e nas CASAIs Macapá e Oiapoque.

A Instituição Ovídio Machado (IOM), originária do Maranhão, não divulga em seu site informações sobre ano de criação ou local de sua sede²⁹³. O site institucional apresenta objetivos genéricos, como “desenvolver projetos, programas e ações que atendam a promoção do desenvolvimento social e humano das populações e o desenvolvimento local sustentável das cidades do Brasil”, e “a IOM atua em diversas frentes fundamentadas nos pilares da Educação, saúde, cidadania, pesquisa, meio ambiente e qualidade de vida”. Contudo, na Classificação

²⁹² “Aproximadamente” porque esse número pode variar entre o fim do contrato de uma terceirizada e uma nova contratação.

²⁹³ Disponível em: <https://www.institutoovidomachado.org/conheca-o-instituto/>. Acesso em: 19 abril. 2023.

Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)²⁹⁴, a IOM consta como uma entidade que realiza “Atividades de apoio à gestão de saúde”²⁹⁵. É esta classificação, além do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) que, como descrito no capítulo 1, p. 59, possibilita à instituição realizar convênios com os DSEIs²⁹⁶. Esses convênios referem-se às atividades-fim²⁹⁷ dos DSEIs – ou seja, atendimento à saúde dos povos indígenas.

Mas há também profissionais com outros vínculos empregatícios na sede do DSEI. São 36 servidores/as públicos/as efetivos, cuja maioria atuava na Fundação Nacional de Saúde e seguiu na saúde indígena institucional, quando foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), em 2010. Outros 27 profissionais trabalham para empresas terceirizadas de limpeza, segurança, administração, serviços entendidos como atividade-meio para o funcionamento das atividades do Subsistema e dos espaços físicos do DSEI-AMP. Essa diferença é importante porque, enquanto a seleção dos/as profissionais que serão contratados/as pela IOM é feita com participação da gestão do DSEI, os/as profissionais dessas outras terceirizadas possuem dinâmicas de seleção, lotação e substituição próprias, sem intervenções do poder público. Contudo, esses profissionais também atendem diretamente os povos indígenas. Para além dos 27 profissionais que executam atividades meio na sede do DSEI, há outras atividades meio, como fornecimento de alimentação para as CASAs, construção civil, taxi aéreo etc., que são exercidas nos demais espaços físicos geridos pelo DSEI-AMP e nas aldeias e Terras Indígenas.

A partir desse entendimento panorâmico sobre os/as profissionais e serviços geridos pelo DSEI, apresento, a seguir, a quem todas as atribuições dos Núcleos, e EMSIs e CASAs do DSEI Amapá são direcionadas – ou seja, os/as beneficiários/as da política. Quem são os/as indígenas atendidos/as pelo DSEI Amapá e norte do Pará?

²⁹⁴ Codificação que define as atividades exercidas por uma empresa.

²⁹⁵ Disponível em: <https://portal.datransparencia.gov.br/pessoa-juridica/07260939000134?paginacaoSimples=true&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&colunasSelecionadas=linkDetalhamento%2Corgao%2CunidadeGestora%2CnumeroLicitacao%2CdataAbertura&id=40623147> Acesso em: 19 abril. 2023.

²⁹⁶ Conforme os dados que obtive acesso através da Lei de Acesso à Informação, em 2023 a IOM também mantinha convênio com outros 2 DSEIs: Guama-Tocantins e Tocantins.

²⁹⁷ Como descrito no capítulo 1 desta tese, essas noções de atividade-fim ou atividade-meio são regidas por normativos do Tribunal Superior do Trabalho, como a Súmula n.331, sobre atividades que não geram vínculos entre funcionários e empresa interposta. Esse entendimento se manteve e foi ampliado para as atividades-fim com a Lei n.13.429, de 31 de março de 2017, sobre a terceirização de serviços, e com a reforma trabalhista, Lei n.13.467, de 13 de julho de 2017, ocorridas após o Golpe de 2016.

4.2.1. Os/as indígenas atendidos/as pelo DSEI Amapá e norte do Pará, com foco na “Área Oiapoque”

Desde quando comecei a visitar o DSEI e interagir com seus/suas profissionais, conheci um censo resumido e planilhado que a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) atualiza mensalmente (Tabela 8). A versão de novembro de 2022 da planilha contém o nome de 163 aldeias existentes na área atendida pelo DSEI, com seu respectivo código municipal, sua forma de acesso (F-fluvial, T-terrestre, A-aéreo, H-helicóptero²⁹⁸), população, e número de residências e de famílias, sendo que essas duas últimas variáveis estão semelhantes nos dados de cada aldeia e poderiam se resumir a apenas uma coluna da tabela. As aldeias estão agrupadas na planilha conforme os seis polos bases²⁹⁹ existentes: Kumarumã, Kumenê, Manga, Aramirã, Tiriyo e Bona. Também estão identificadas as aldeias que sediam os polos bases e as aldeias que possuem UBSIs³⁰⁰. Consta uma ênfase no total populacional, no final da planilha: 14.113 indivíduos. Também estão negritadas as aldeias mais populosas.

Desse total populacional, 8.651 pessoas (61,3%) vivem na “Área Oiapoque”, região onde se concentra este estudo. Por lá são 6 aldeias contabilizadas na área do polo base Kumarumã, 13 na área do polo Kumenê e 37 na área do Manga. Destas 56 aldeias, 9 possuem UBSI, sendo 8 do Polo Manga e 1 do Polo Kumenê. Pela planilha é possível perceber que o Manga é o único dos três polos que tem aldeias com acesso terrestre, sendo ali também onde se encontra o porto utilizado como principal via para o deslocamento até as aldeias de acesso fluvial. A grande maioria das escalas de trabalho da região iniciam e encerram tendo como ponto de partida a CASAI Oiapoque, que fica no centro do município de Oiapoque, e o porto da aldeia Manga, há 23 km da CASAI, pela BR-156. As exceções são os deslocamentos terrestres para as aldeias da estrada, que não passam pelo porto do Manga, e os deslocamentos aéreos, com pista de pouso presente na aldeia Kumenê e Kumarumã (MAPA 3).

²⁹⁸ Sendo o “L” constante na aldeia Yvyrareta um erro de digitação.

²⁹⁹ Apresentei a estrutura organizacional dos DSEIs no início do capítulo 2.

³⁰⁰ Sobre como se estrutura o Subsistema de Saúde Indígena, ver capítulo 2, item 2.1., p. 69.

FONTE: SIASI LOCAL Atualizado até 16/11/2022

nome da aldeia o nome do povo – povo que por sinal na planilha do DSEI está apenas como “Galibi”, mas chama-se Galibi Kali’na e às vezes também é definido como “Galibi do Oiapoque”, por ser um pequeno grupo do povo Galibi que veio da Guiana Francesa para o Brasil por volta de 1950³⁰².

Essa identificação fica mais fácil nos outros dois polos da região, que concentram aldeias de um mesmo rio e de um mesmo povo. O polo base Kumenê abrange a região do rio Urukauá, com aldeias majoritariamente habitadas por famílias Palikur-Arukwayene³⁰³, existindo registros de sua presença na foz do rio Amazonas, ao sul da região do Oiapoque, desde início dos anos 1500 (CAPIBERIBE, 2009). Este povo se comunica atualmente principalmente em *parikwaki*, uma língua pertencente ao tronco linguístico Aruak, mas também dominam o *khéol*, e alguns falam o francês e/ou o português. Além disso, os Palikur-Arukwayene vivem nos dois lados da fronteira Brasil/Guiana Francesa. Já o polo base Kumarumã, no rio Uaçá, abrange aldeias do povo Galibi-Marworno – povo descendente de vários grupos indígenas da região, dentre os quais os Karib, Maruane/Marworno e Aruã (VIDAL, 2009, p. 12), atualmente falante da língua *kheól* e português. Após a atuação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) na região, no final da década de 1940, concentraram-se em apenas uma aldeia, a aldeia Kumarumã, mas recentemente vêm abrindo novas aldeias.

Farei uma abordagem maior sobre esses povos e suas ações de saúde no próximo capítulo. Porém, por ora, é importante observar que a planilha do DSEI é como um resumo, expressando quais dados são tidos como mais relevantes para o funcionamento do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS). Assim, o povo ao qual uma aldeia é associada ou a Terra Indígena (TI) na qual ela está inserida são informações que estão menos evidentes, principalmente nos polos que abarcam mais de uma etnia ou TI. Esse detalhamento, contudo, é importante para (i) o entendimento das especificidades dos povos da região – ou seja, um dado bruto de nascimentos ao ano do polo Manga não informa necessariamente quantos Karipuna nasceram; e (ii) para tornar os dados do DSEI desagregáveis para o uso que outras instituições podem fazer deles (Funai, ONGs, assistência social, escolas etc.).

Para exemplificar, durante a pandemia da COVID-19, experienciei, enquanto funcionária da Funai, dificuldades para organizar a atuação das unidades descentralizadas do

³⁰² Para aprofundamentos sobre a dinâmica territorial dos Galibi Kali’na, ver E. Cunha (2022). Como expliquei na introdução, eu fui apenas na Terra Indígena Uaçá, em aldeia dos povos Palikur-Arukwayene, Kaporuna e Galibi-Marworno, ficando meu contato com os Galibi Kali’na restrito a uma entrevista com uma de suas lideranças no Brasil e nos registros de suas participações em eventos de reunião de todos os povos da região (Assembleia indígena, CONDISI).

³⁰³ Com exceção da aldeia Flecha, onde há uma quantidade grande de famílias Galibi-Marworno, estando localizada mais próxima do encontro do rio Urukauá com o rio Uaçá.

órgão, pois precisávamos de dados sobre indígenas infectados pela doença desagregados, pelo menos, por Terra Indígena (TI). Conseguimos o acesso a esses dados somente depois de decisões judiciais relacionadas à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 709 (ADPF 709) – descrita no capítulo 1 desta tese, item 1.4. Os dados do SasiSUS costumam ser os mais atualizados por ser a instituição que mantém maior estrutura atualmente dentro das TIs. Porém, o compartilhamento de dados desagregados por aldeia ainda é um desafio, visto, por um lado, a diversidade de escrita dos nomes destas, renomeações e mobilidades maiores ou menores de cada povo indígena e, por outro, a recente informatização e codificação dos sistemas de informação utilizados pelas instituições estatais.

No intuito de complementar as informações faltantes na planilha da DIASI/DSEI-AMP, reproduzo a seguir um quadro elaborado pela cientista social Meire Adriana da Silva (2020) contendo os nomes das aldeias da região, combinados com localização, etnia e terra indígena:

	NOME DA ALDEIA	LOCALIZAÇÃO	ETNIA	TERRA INDÍGENA
1.	Kumarumã	Rio Uaçá	Galibi Marworno	Uaçá
2.	Paramwaka			
3.	Flama			
4.	Karibuene			
5.	Kaxiuahi			
6.	Tucuiui			
7.	Aruatu			
8.	Paraiko			
9.	Magi			
10.	Manaú			
		Rio Urukauá	Palikur	
11.	Kumenê			
12.	Flexa ⁶			
13.	Urubu			
14.	Tawary			
15.	Amomi			
16.	Mangue			
17.	Kwikwit			
18.	Puwaytyeket			
19.	Kamuywa			
20.	Yanawa			
		Rio Curipi	Karipuna	
21.	Manga			
22.	Espírito santo			
23.	Santa Isabel			
24.	Japim			
25.	Paixubal			
26.	Txipidô			
27.	Curipi			
28.	Açaizal			
29.	Taminã			
30.	Zacarias			
31.	Pacapua			
33.	Tamyna			
34.	Jõndef			
35.	Bastiô			
36.	Encruzo			
37.	Benoá			

38.	Kária	BR 156	Karipuna	
39.	Pikiá			
40.	Arumã			
41.	Estrela			
42.	Samaúma			
43.	Tukai			
44.	Anawera			
46.	Kuahi			
47.	Ywawka			
48.	Ikawakun			
49.	Lençol			
50.	São José	Rio Oiapoque	Galibi Kaliña, Palikur, Karipuna	Galibi
51.	Ariramba		Karipuna	
52.	Kunanã		Karipuna	Juminã
53.	Uahá		Galibi Marworno	

Fonte: Elaborado a partir do TCC de Sinésia dos Santos (2018), com alterações baseadas no TCC de Solei Silva (2019) e no trabalho de campo da atual pesquisa.

Tabela 9. Tabela sobre a etnias das aldeias da área Oiapoque produzida por Silva (2020).

Através de seu quadro, é possível identificar qual o povo que vive em determinada aldeia. Contudo, comparando com a planilha anterior, sua contabilização totaliza seis aldeias a menos que o censo do DSEI (totalizando 50, e não 53 como supõe-se pela coluna numerada). Na região do rio Uaçá, constam quatro aldeias a mais, não estando na tabela do DSEI as aldeias: Karibuene, Tucuiui, Paraiko, Magi. Já com relação à região do rio Urukauá, é a tabela do DSEI que apresenta 3 aldeias a mais: Massiká, Mangue II e Yveytypty, e na região do Manga, o DSEI apresenta 7 aldeias a mais: Km17, Localidade Ponta Esperança, Tuluhi, Mubaca, Carrapá, Mobê e Tawahu³⁰⁴. Geralmente trata-se de aldeias menores, de mais recente formação, o que pode influenciar em uma indefinição do nome definitivo.

Através de outro documento do DSEI, o Plano Distrital de 2020-2023 do DSEI-AMP (BRASIL, 2019e)³⁰⁵ é possível identificar as terras indígenas e seus respectivos polos bases: Polo base Tiriyo/Parque do Tumucumaque; Bona/Rio Paru D'este; Aramirã/Waiãpi; Manga/Juminã, Galibi e Uaçá; Kumenê/Uaçá e Kumarumã/Uaçá.

³⁰⁴ A tabela de Silva (2020) pula algumas numerações e apresenta duas vezes a aldeia Taminã (Tamyna), não apresentando a aldeia Tawahu.

³⁰⁵ Plano este que tive acesso apenas depois de, em campo e atuando em parceria com o DSEI, ele se tornar um instrumento indispensável para eu entender as metas que deveriam ser trabalhadas nos cursos que realizei em parceria com os núcleos da DIASI.

4.2.2. *As estruturas físicas da “Área Oiapoque”*

Na “Área Oiapoque”, existe uma Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), na região central do município de Oiapoque/AP, 3 Polos bases (Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo II), Manga, Kumarumã e Kumenê, e 9 postos de saúde (Unidades Básicas de Saúde Indígena Tipo I) nas Terras Indígenas da região (Flexa, Galibi, Kunanã, Açaizal, Curipi, Estrela, Tukay, Espírito Santo e Encruzo)³⁰⁶. Apresento a seguir uma breve descrição sobre esses espaços, para contribuir com o entendimento de como são as estruturas físicas do Subsistema de Saúde Indígena na região do baixo Oiapoque.

A Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) Oiapoque funciona atualmente em uma casa alugada localizada em uma rua asfaltada do centro urbano do município. Em sua entrada, há uma sacada, onde profissionais e pacientes costumam vigiar a chegada dos veículos que os levarão para a aldeia, para o Hospital Estadual Oiapoque (HEO) ou para Macapá. A casa possui dois andares, sendo os quartos do primeiro andar reservados para os/as indígenas em trânsito pela casa. A sala da gerência, de atendimento assistencial e afins estão localizadas no piso superior. Ao fundo, há um quintal cimentado, com um coreto no meio, onde são realizados eventos de educação em saúde, comemoração de dias festivos do calendário nacional, como o dia da mulher, ou dos órgãos sanitários, como o setembro amarelo etc. O quintal termina em uma pequena construção, que abriga a cozinha, uma mesa grande para as refeições dos indígenas e um almoxarifado, contendo remédios e outros insumos para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) da região.

Sobre os polos bases Manga, Kumarumã e Kumenê, as construções, em alvenaria, contam com uma recepção, salas de atendimento, algumas salas de internação/observação de pacientes dispostas em um corredor, uma sala de radiofonia, uma sala para os serviços de limpeza, uma sala com os remédios, uma sala de atendimento odontológico, com uma área de escovação dos dentes ao lado, repleta de pias, que fica em uma parte específica da grande varanda existente em toda a lateral do prédio que dá acesso à recepção dos pacientes. Algumas salas possuem portas de acesso voltadas para as laterais externas do polo, como a sala de odontologia, com acesso à área de escovação. No Kumenê, a maioria dessas portas ficavam fechadas e suas chaves guardadas pela enfermeira que estivesse cumprindo escala no polo. A exceção era a sala com os galões de combustíveis, sob responsabilidade do cacique, e uma sala,

³⁰⁶ Sobre a função desses espaços na organização do Subsistema de Saúde Indígena, ver capítulo 2, Subitem 2.1.

nos fundos, que era usada como alojamento extra por pilotos das voadeiras – e vi ser usada por uma parteira, durante o evento de parteiras ocorrido em novembro de 2022.



Foto 3. Polo Base Kumenê (arquivo pessoal, 2022).

No prédio há uma entrada/saída próxima à recepção, e outra, menor, que dá acesso à outra construção que se destina a ser usada como alojamento para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que cumprem escalas na aldeia, e para outros funcionários que estejam realizando alguma ação pontual na região. Os alojamentos contam com uma área grande, logo na entrada, que costuma ter uma mesa e cadeiras ou bancos para as pessoas

comerem as refeições, dando acesso a todos os outros cômodos do lugar: uma cozinha com freezers e armários, dois banheiros e quatro quartos grandes. Todos esses espaços contam atualmente com internet e os polos Kumenê e Kumarumã possuem sistemas de energia solar³⁰⁷, implantados para manter as vacinas resfriadas³⁰⁸. Fora essa estrutura básica, as equipes costumam equipar esses alojamentos com cama, cômodas ou utensílios de academia, como no alojamento do Kumenê, cadeiras e televisão, como no Kumarumã, e até ar-condicionado, como no Manga.

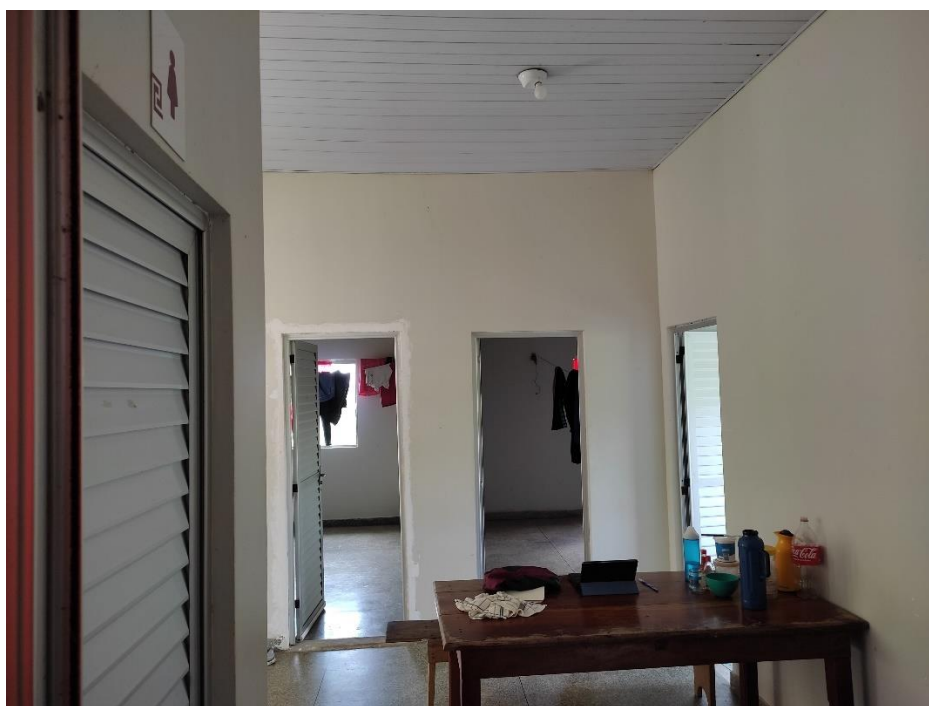


Foto 4. Espaço interno do alojamento da equipe – Polo Base Kumenê. Na foto, à esquerda, o banheiro feminino (porta fechada), quartos (duas portas paralelas) e cozinha (porta à direita) (arquivo pessoal, 2022).

É dessa forma que está estruturada a atenção primária em saúde na “área Oiapoque”. Como mencionado no subitem anterior, os/as indígenas da região têm acesso a alguns exames e a atendimentos de média complexidade através do Hospital Estadual do Oiapoque (HEO). Contudo, alguns exames básicos, como ultrassom, não estavam disponíveis no HEO e, consequentemente, só conseguiam acessá-los quem podia pagar, como me relataram membros das EMSI e indígenas da região. Os atendimentos com especialistas, considerando que a região

³⁰⁷ As placas solares foram instaladas graças a uma parceria entre o Instituto Iepé, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP), o “Projeto Campus Sustentável” da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a empresa francesa Easy Watt, com apoio financeiro da Embaixada da França (HERRERO, 2021; UNICAMP, 2021).

³⁰⁸ No polo Manga tem energia disponível 24 horas por dia.

conta com poucos/as médicos/as especializados/as, costumam ser cotizados – ou seja, uma quantidade de atendimento é mensalmente reservada para os pacientes indígenas encaminhados pelo Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) aos demais serviços.

Como explicou a técnica que trabalha na sede do DSEI, em Macapá, Danila, *“se a gente olha para o setor de oftalmologia, acho que são 8 ou 9 médicos para a população do estado todo”* (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021). As cotas, assim, possibilitam a inclusão de ao menos algum/ns indígena/s nas consultas de oftalmologia previstas para cada mês, auxiliando na vazão das demandas do SasiSUS, no intuito de diminuir deslocamentos desnecessários ou frustrados para tentar atendimentos em uma rede de saúde sobrecarregada. Essas cotas de atendimento também são usadas para indígenas acessarem a atenção primária fora do SasiSUS: *“a gente sempre teve algumas cotas dentro da atenção primária do estado, para marcar consultas. Sempre teve essas cotas do DSEI com a secretaria municipal ou estadual”* (Danila). Mas no caso de emergências, *“picada de cobra, ou uma doença que necessita de emergência, ele já vem da Aldeia direto para o HE e lá ele é atendido, sempre foi assim”* (Danila).

Como o foco do meu trabalho recai sobre a presença ou ausência de um/a profissional específico nas EMSI, os/as médicos/as, e sobre um momento histórico em que estes/as foram garantidos/as pelo funcionamento de um Programa Nacional, o Programa Mais Médicos, aprofundo no próximo item a situação dos recursos humanos do DSEI Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP) nesse período. As dificuldades de substituição dos/as profissionais que realizavam o atendimento de saúde aos povos indígenas são cruciais para entender qual o contexto de trabalho encontrado pelos médicos cubanos que chegaram em 2013 e 2014, e ali permaneceram até 2018, para em seguida aprofundar sobre como, então, se deram os trabalhos com esse profissional já inserido nas rotinas do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS).

4.2.3. Sobre os/as profissionais de saúde do DSEI-AMP

No capítulo 2, enquanto eu analisava alguns dados gerais sobre o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), apresentei uma caixa preta dos dados referentes aos/às profissionais contratados/as para trabalhar no DSEI Amapá (Supra p. 130). Aquela inexistência de dados guarda relação com a Ação Civil Pública (ACP) n. 0008768-73.2011.4.01.3100, de 14 de julho de 2011 (BRASIL, 2011). A ACP refere-se à prestação do serviço oficial de saúde às populações indígenas do Amapá e norte do Pará. Através do Processo Digitalizado da ACP é possível entender qual foi o caminho para que o DSEI-AMP passasse a contratar os/as profissionais de saúde através de Contrato Temporário da União (CTU), vínculo empregatício diferente do

praticado em todos os outros DSEIs. CTU são contratações por tempo determinado, previstas na Constituição Federal de 1988, para atender a necessidade temporária em prol do interesse público, não envolvendo empresas conveniadas, o que transfere alguns direitos do funcionalismo público aos profissionais assim contratados³⁰⁹.

O Ministério Público Federal (MPF) instaurou a Ação Civil Pública (ACP) devido às consequências da descontinuidade nos repasses de recursos da Funasa para as organizações indígenas, lembrando que esses repasses eram parciais, liberados conforme a apresentação e aprovação de prestações de contas da gestão dos recursos pelas conveniadas. Essa descontinuidade estaria provocando desassistência aos povos indígenas. Como os serviços oficiais de saúde são um direito essencial dos/as cidadãos/ãs, o MPF considerou insustentável as descontinuidades desse fluxo de contratações por conveniadas. Assim, através da ACP, o MPF solicitou a determinação judicial para que a União contratasse os recursos humanos da saúde indígena sem o repasse de recursos a terceiros, além de outras medidas relacionadas a problemas de infraestrutura e falta de insumos apresentados pela rede do Subsistema gerida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP).

Através do Processo judicial tem-se conhecimento de inúmeras manifestações das organizações indígenas e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) ao longo de toda a primeira década dos anos 2000. Essas manifestações versavam sobre a inexistência de suporte e supervisão da Funasa às conveniadas, e a urgência de ajuda para que os problemas fossem resolvidos e os serviços de atendimento normalizados³¹⁰. Diante dos apelos, o MPF concluiu que “a Funasa simplesmente lavava as mãos”, suspendendo os repasses e aguardando indefinidamente o tempo que fosse preciso para que as entidades conveniadas resolvessem as pendências, “como se a paralização das conveniadas não representasse a sua própria omissão” (BRASIL, 2011, p. 22³¹¹). O fato não era isolado, e esta Ação Civil Pública (ACP) realizada pelo MPF no Amapá dialogava com outra ACP³¹², ajuizada pelo Ministério Público do Trabalho, com efeitos nacionais, no bojo da qual foi celebrado, em 2008, um Termo de Ajustamento de Conduta pelo qual se estabeleceu um cronograma para a progressiva substituição das contratações mediante convênio por vínculos diretos com a União (Ibid., p. 20).

³⁰⁹ Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993.

³¹⁰ Localizo esse período histórico com mais profundidade no capítulo 1.

³¹¹ Como o arquivo da Ação Civil Pública é um compilado de documentos judiciais, a paginação foi dada com base na contagem de páginas do PDF.

³¹² ACP n. 0751200701810004.

A ACP gerou resultados e em 25 de novembro de 2011 foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) um processo seletivo de admissão de recursos humanos para o DSEI-AMP. Com 318 vagas, os/as selecionados/as foram contratados/as de forma temporária pela União (CTU). Nenhum/a dos/as profissionais do DSEI-AMP com Contrato Temporário da União (CTU) era médico/a. Alceu Karipuna (2017) relata que, ao se formar como médico e procurar atuar na saúde indígena neste período, “as portas estavam fechadas, e não por falta de vontade de meus familiares em que eu trabalhasse com eles, mas por carência mesmo de oportunidades” (p. 26). Mas em 2013, os primeiros médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) assumiram as vagas para médicos do DSEI. Assim, eles chegaram em um DSEI que não enfrentava mais a descontinuidade de pagamentos de salários que havia sido uma constante dos anos anteriores. Os profissionais, satisfeitos com o CTU, permaneciam no SasiSUS, mas a substituição daqueles/as que porventura decidiam se desligar ou eram demitidos/as dependia de ter ou não alguma pessoa da mesma categoria profissional classificada no cadastro de reserva do processo seletivo de 2011. Isso foi se tornando um problema à medida em que os anos se passaram e não foram publicados novos processos seletivos no Diário Oficial da União.

Em 2015, passados os dois anos permitidos para a manutenção de contratações temporárias, com renovação de igual período, o processo judicial seguia sem acordo entre as partes. O MPF insistia na contratação permanente dos profissionais, sem terceirizações, e a União defendia as terceirizações, passando a argumentar sobre o bom andamento dos convênios realizados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) – desde 2012 – em todos os demais trinta e três DSEIs. Enquanto isso, nenhum novo processo seletivo foi realizado no DSEI-AMP, o cadastro de reserva da seleção de 2011 se esgotou e o quadro de profissionais do DSEI passou a diminuir ano a ano.

A partir de 2015, a renovação dos CTU dos/as profissionais que seguiam atuando no DSEI desde 2011 só era possível através de prorrogações excepcionais de seus contratos via decisão judicial. A diminuição dos recursos humanos, provocada pelo impasse entre o MPF e a União quanto à forma de contratação de novos profissionais, passou a dificultar a execução dos serviços do Distrito, como abordarei a seguir, ao tratar sobre o cumprimento das metas pelo DSEI-AMP. Com isso, a conversa processual teve um giro e a principal pauta passou a ser a obrigatoriedade de contratação direta, causada pela decisão judicial. Ela estaria obstaculizando a única solução defendida pela União e seu Ministério da Saúde: o retorno da terceirização das contratações através de uma conveniada.

Por que não se faziam novas seleções para contratar mais profissionais por CTU ou contratações semelhantes durante este período? Por que o esvaziamento de profissionais do

DSEI, e a piora no atendimento aos indígenas, foi, novamente, uma opção diante do impasse sobre os recursos humanos? Conforme a avaliação do MPF:

Permitir a situação de dilapidação do quadro de pessoal, admitindo a perda progressiva de profissionais sem nenhuma medida de reposição e mantendo-se inerte quanto às providências para suportar o acréscimo da demanda, é o mesmo que deixar de assumir a prestação direta do serviço.

[...] A postura [da União] é clara e deliberada: não tomar nenhuma providência para a realização de novo processo seletivo até o fim da vigência dos contratos atuais, de modo a tornar a contratação de trabalhadores por entidade intermediária — a "terceirização" combatida nos autos — a única opção possível para evitar a descontinuidade da prestação do serviço e o caos completo na saúde indígena. A estratégia é, com omissão, gerar uma situação emergencial para tornar "fato consumado" a necessidade de contratação de mão de obra por meio de entidade intermediária, **prática ilegal já afastada por ordem judicial**.

[...] A solução proposta pelo DSEI-AMP, e disseminada entre os indígenas como sendo a única via para evitar a perda dos atuais profissionais, é a extinção da presente ação civil pública, com autorização para que a União possa novamente prestar o serviço de saúde indígena mediante intermediação de entidade privada — a "terceirização". (BRASIL, 2011, p. 2298-2300, grifo no original).

A denúncia dessa ilegalidade pelo MPF e o acordo firmado em 2008 pela Funasa com o Ministério Público do Trabalho (MPT) para a realização de concursos públicos não resultaram no fim dos convênios, que seguiram sendo executados em todos os DSEIs, exceto no DSEI Amapá e norte do Pará. Enquanto isso, o concurso público dividia opiniões, como ficou registrado no relatório final da V Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida de 2 a 6 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2015). Na Conferência, houve tanto propostas aprovadas referentes ao concurso público, sugerindo adaptações da legislação para melhor atender as especificidades do contexto das Terras Indígenas (TI), quanto moções contrárias à realização dele, devido à não garantia de manutenção dos servidores trabalhando nas TIs. No documento orientador dos debates da Conferência constava uma síntese sobre o tema, com a afirmação de que “Devem ser discutidas, também, formas de contratações que venham substituir ou ser alternativas às atuais (convênios, concurso público, CTU), garantindo que a gestão de pessoas no SasiSUS não tenha as amarras que a Constituição Federal e o Regime Jurídico Único (RJU) impõem” (Ibid., p. 180).

Sem um desfecho conclusivo sobre a forma de contratação dos recursos humanos do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), e com (i) a reformulação da gestão dos convênios pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)³¹³ e (ii) o incremento do quantitativo de trabalhadores/as nos DSEI com conveniadas³¹⁴, houve uma mudança dos ânimos no combate

³¹³ Reformulação exposta no capítulo 1 desta tese, supra p. 59.

³¹⁴ No relatório final da V CNSI (BRASIL, 2015b), consta a informação de que com a Sesai houve “um incremento de 46% de trabalhadores de saúde indígena”.

à ilegalidade dos convênios e às soluções através de contratação direta pela União. Assim, em 2018 o Instituto Ovídio Machado (IOM) se apresentou como interessado em assumir o convênio com o DSEI-AMP, findou-se os Contratos Temporários da União (CTU) e os/as profissionais que seguiam contratados/as foram incorporados/as como funcionários/as da IOM, sem precisarem realizar um novo processo seletivo.

Em resumo, após o edital de seleção para os CTU de 2011, o processo seletivo seguinte ocorreu apenas em 2018, através do convênio com o Instituto Ovídio Machado (IOM). Devido alguns litígios judiciais referentes a inconsistências entre aprovados/as e convocados/as para a admissão, os/as profissionais aprovados/as no seletivo de 2018 iniciaram suas atividades no DSEI somente em março de 2020. Isso prolongou um pouco mais os problemas causados pela defasagem dos recursos humanos do DSEI-AMP, que chegou em 2019 com 230 funcionários/as em atividade, segundo a informação constante no Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI 2020-2023 (BRASIL, 2019e, p. 181-194)³¹⁵. Otto, 44 anos, enfermeiro que atua na área Oiapoque desde 2010, acompanhou todas essas mudanças:

Geralmente o indígena chegava no posto e queria um dentista, algo assim, mas às vezes na maioria das vezes não tinha material, não tinha profissional. E em seguida o DSEI contratou odontólogo, mas esse “odonto” tinha que cobrir toda a área do DSEI. ficava três meses aqui, 3 meses no Parque do Tumucumaque. Quando, em 2012, teve a contratação dos profissionais direto pela SESAI, que funcionou só aqui, o único lugar [DSEI] de contratação direta, melhorou um pouco, porque veio equipe completa, veio mais enfermeiros, odontólogos. Na época contratou um dentista para cada polo, psicólogo. Enfim, deu uma melhorada boa. Porém, ainda faltavam os médicos. Melhorou bem nos primeiros anos, porque depois nem todo mundo quer saúde indígena. Às vezes a pessoa fica ali um tempo e depois procura coisa melhor. Na época, a dificuldade era porque às vezes não tinha um cadastro de reserva, e na medida que você perdia um enfermeiro, você podia não ter alguém no cadastro. Aí ficou ainda algumas vagas em aberto. Por exemplo, enfermeiro foi um cargo que deixou a desejar nesse sentido. Nós chegamos no número de 9 enfermeiros [no final do período dos CTU]. Daí com a contratação da IOM [Instituto Ovídio Machado], agora temos vários profissionais (Otto, Macapá, 6 de setembro de 2021).

Em números, as contratações da IOM mencionadas por Otto elevaram o quantitativo de profissionais do DSEI para 313 (dados do DSEI atualizados em janeiro de 2023)³¹⁶, sendo um total de 337 vagas previstas no convênio – ou seja, em janeiro havia 24 vagas aguardando novo seletivo ou nova chamada para profissionais aprovados em cadastro de reserva.

³¹⁵ Em outra fonte, constam 200 em 2018 e 219 pela minha contagem, mas opto por incluir o quantitativo constante no plano distrital por ser o documento produzido pelo DSEI com o nome de todos os seus recursos humanos à época. Em outra parte do documento consta uma listagem de 140 profissionais (p. 48-102), mas como ali estão também médicos do Programa Mais Médicos e há um quantitativo muito menor do que todas as outras fontes, inclusive a própria tabela do final do mesmo documento, utilizo a tabela final como referência.

³¹⁶ Importante ressaltar que até janeiro de 2023, os dados de “transparência” do Instituto Ovídio Machado seguem indisponíveis no site oficial da organização.

Este foi o cenário, bastante peculiar, da força de trabalho do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) no Amapá durante todo o período em que os médicos cubanos cooperados atuaram na região como bolsistas do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Se em um primeiro momento os/as profissionais de saúde com os quais os médicos interagiam no SasiSUS estavam satisfeitos/as com a maior estabilidade proporcionada pelos Contratos Temporários da União (CTU), depois se viram sobrecarregados/as pela falta de novas contratações. Os médicos acompanharam todo o processo de desestruturação dos recursos humanos do DSEI nos anos seguintes, também vivenciando os prejuízos acarretados aos serviços da saúde indígena institucional. Exemplifico, a seguir, quais foram esses prejuízos.

4.2.4. Um DSEI em busca das metas institucionais

Em 2021, ao longo do período em que realizei atividades junto às profissionais do Núcleo 2 foi possível perceber uma preocupação com as metas do DSEI na rotina de trabalho dos núcleos da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI). Nas últimas décadas, a construção e aferição de metas tem sido a tônica do gerenciamento das instituições estatais brasileiras (MARINI, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2012)³¹⁷. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde, constrói suas metas alinhadas às metas nacionais de saúde, que por sua vez são construídas em diálogo com as agendas internacionais sobre saúde, pautadas por organismos multilaterais como a OMS e a OPAS (LIMA, 2002; HOCHMAN, 2007). A parte qualitativa das metas da saúde indígena institucional tem sido elaborada, portanto, pelo núcleo técnico que trabalha na sede da SESAI, em Brasília/DF, restando aos DSEIs adaptações referentes às quantificações a serem atingidas ano a ano³¹⁸. Essas adaptações feitas pelos DSEI constituem o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) elaborado por cada DSEI de quatro em quatro anos, seguindo a periodicidade que rege o planejamento de todo o poder executivo do governo brasileiro.

³¹⁷ Fruto da reforma administrativa realizada a partir dos anos 1990 que seguiu modelos gerenciais ingleses e norte-americanos que vinham sendo construídos desde a década de 1970 (ABRUCIO, 1997).

³¹⁸ Mesma lógica que mencionei anteriormente sobre a construção dos planos de contingência para COVID-19 em povos indígenas, descrita no capítulo 2.

Por exemplo, o Plano Plurianual (PPA)³¹⁹ de 2016 a 2019³²⁰ é dividido em eixos temáticos, sendo um deles o de “Fortalecimento do Sistema Único de Saúde”. Neste eixo constam 35 indicadores com seus respectivos índices até então alcançados. Os indicadores relacionados ao atendimento primário à população tratam sobre imunização, controle de doenças infectocontagiosas, saúde bucal, saúde da mulher e parturiente e saúde de recém-nascidos e crianças. Quando olhamos as metas relacionadas ao objetivo de “promover a atenção à saúde dos povos indígenas [...]”, elas tratam sobre os mesmos temas acima mencionados. Por exemplo, relacionado à meta “Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para 29 mil equipes de saúde bucal implantadas” está a meta “Ampliar de 38,6% em 2014 para 60% a cobertura da população indígena com Primeira Consulta Odontológica Programática”. Esta meta consta também no Plano Distrital do DSEI Amapá e norte do Pará (BRASIL, 2019e), com a porcentagem “60%” copiada da mesma forma em todos os anos de referência do plano (2016, 2017, 2018 e 2019). É assim também com as demais metas da saúde indígena institucional.

Durante as reuniões preparatórias para os encontros do curso virtual que o Núcleo 2 e eu realizamos, quando eu perguntava sobre como tinha sido o encontro anterior, Diana e Débora, ambas profissionais que atuam na equipe técnica do Núcleo na sede do DSEI, enfatizavam as ausências das pessoas que elas gostariam que participassem para alcançarem as metas de capacitação em “interculturalidade”. Como elas me explicaram, o núcleo delas é responsável pelo cumprimento das metas de capacitação constante no atual Plano Distrital do DSEI (2020-2023):

RESULTADO 12			
Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural			
Brasil – 2020	Brasil – 2021	Brasil – 2022	Brasil – 2023
35% das/as trabalhadoras/es do DSEI	40% das/as trabalhadoras/es do DSEI	45% das/as trabalhadoras/es do DSEI	50% das/as trabalhadoras/es do DSEI

³¹⁹ Plano de governo, com duração de quatro anos, que busca apresentar um planejamento governamental integrado, com a definição de diretrizes, objetivos e metas para despesas de capital e para despesas relativas aos programas de duração continuada previsto na Constituição Federal de 1988.

³²⁰ Lei n. 13.249, de 13 de janeiro de 2016. Opto por este Plano e não pelos mais recentes - o PPA 2016-2019 reformulado e o PAA 2020-2023 - devido ao golpe de 2016, mencionado anteriormente, que ocasionou uma desestabilização das agendas neoliberais da forma como vinham sendo elaboradas e alinhadas no Brasil, ocasionando, por exemplo, a destituição de sentido dos documentos produzidos no período. No PPA 2020-2023 foi associada à diretriz de “ampliação da cobertura e da resolutividade da atenção primária à saúde” o objetivo de “promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada”, envolvendo, dentre outras, uma meta relacionada a transplante de órgãos. Na meta relativa à Funai, era inexistente qualquer menção às funções do órgão relacionadas às Terras Indígenas (demarcação, fiscalização, gestão ambiental etc.).

que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais	que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais	que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais	que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais
DSEI – 2020	DSEI – 2021	DSEI – 2022	DSEI – 2023
35% das/as trabalhadoras/es do DSEI que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais	40% das/as trabalhadoras/es do DSEI que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais	45% das/as trabalhadoras/es do DSEI que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais	50% das/as trabalhadoras/es do DSEI que apticiparam de ações educativas de qualificação para atuação em contextos interculturais
RESULTADO 13			
Qualificar 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde			
Brasil – 2020	Brasil – 2021	Brasil – 2022	Brasil – 2023
55% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	60% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	65% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	70% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde
DSEI – 2020	DSEI – 2021	DSEI – 2022	DSEI – 2023
55% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	60% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	65% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	70% Trabalhadores do DSEI qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde

Tabela 10. Metas sobre capacitação constantes no Plano Distrital do DSEI-AMP (BRASIL, 2019e).

Os/as profissionais podem se capacitar tanto através dos cursos organizados pelo DSEI como através de outros cursos, presenciais ou virtuais, desde que apresentem a comprovação (certificado, diploma etc.). Diana, profissional que atua no Núcleo 2 na sede do DSEI-AMP, me explicou que a meta diz respeito ao quantitativo de profissionais capacitados/as em relação ao total de profissionais que atuam no Distrito. Se sempre as mesmas pessoas participarem de diferentes capacitações, elas não aumentam o percentual e não atingem o resultado esperado.

A história se repetiu nas atividades que realizamos em 2022. Foram dois encontros para divulgar um curso online sobre gestantes indígenas e COVID-19, disponibilizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O intuito era enfatizar os aspectos interculturais e incentivá-los/as a fazer o curso. Mas ao término do primeiro encontro, do qual saí com uma ótima impressão das interações vivenciadas, minhas interlocutoras suspiraram desanimadas, “sempre as mesmas pessoas que participam, que interagem”³²¹.

A questão ultrapassa os esforços das profissionais do Núcleo 2 e esbarra na inexistência de qualquer impacto na carreira do/a profissional que realiza ou não as capacitações³²².

³²¹ Mensagem de texto em aplicativo de conversa de celular.

³²² Há reivindicação por plano de carreira do sindicato dos profissionais da saúde indígena e foi aprovado na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena a criação de gratificações relacionadas a formações interculturais.

Segundo Débora, se tivesse bonificação por cumprimento de metas ou capacitações os/as profissionais se empenhariam mais. Mas existem outras condicionantes. Observando os dados sobre aqueles/as que nunca apresentaram certificações de cursos feitos, é possível notar que os/as profissionais recém-contratados/as tendem a participar mais do que os que estão há mais tempo na saúde indígena institucional, e que, apesar do DSEI contar com 98 Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (de 100 vagas) e 60 Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), conforme levantamento de fevereiro de 2023, são poucos os que conseguem participar das capacitações. Este dado precisa ser contextualizado, pois há uma série de dificuldades que os AIS e AISAN enfrentam para se capacitarem e exercerem seus trabalhos, como a língua, acesso precário à internet, baixa realização de capacitações no território, a não regularização da profissão etc. (NOVO, 2010; LANGDON, 2006; LANGDON; DIEHL; DIAS-SCOPEL, 2014; GARNELO; SAMPAIO; PONTES, 2019).

Ao mesmo tempo, há uma pressão da gestão para que o DSEI-AMP mude sua história recente de descumprimento das metas. Conforme é possível verificar no Plano Distrital de Saúde Indígena do Amapá e norte do Pará (2020-2023) (BRASIL, 2019e), no item “Balanço do PDSI 2016-2019”, muitas metas do plano anterior não foram alcançadas devido ao diminuto número de profissionais que seguiram atuando no Distrito de 2016 a 2019. Abaixo transcrevo algumas das justificativas constantes no Balanço:

Considerando que o acesso ao pré-natal e puerpério das gestantes indígenas teve um baixo resultado da meta proposta motivado pela redução dos profissionais Médicos e Enfermeiros para realização e operacionalização das ações propostas para 2016-2019 do DSEI.

[...]

Considerando que no DSEI-AMP a DIASI teve um quadro reduzido de profissionais de saúde de 2016-2019 que contribuíram para a não implantação da Comissão de Investigação de óbitos da população indígena mecanismo fundamental para o alcance dos resultados programados da referida meta.

[...]

Não foi implementado o plano de contingência de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) e Infecção Respiratória Aguda (IRA), por falta de profissionais.

[...]

Tendo em vista que o DSEI não possui equipe técnica suficiente, a reforma e ampliação da CASAI Macapá ainda está em fase de elaboração de projetos (BRASIL, 2019e, p. 119-152).

Com isso, percebo que a preocupação dos/as profissionais com o cumprimento das metas se deve às cobranças que passaram a receber da gestão do Instituto Ovídio Machado (IOM). Esta, por sua vez, é cobrada por sua contratante, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que presta contas sobre os indicadores de saúde do Subsistema de Saúde Indígena para o Ministério da Saúde, que publiciza os dados de saúde do país.

O histórico da Ação Civil Pública (ACP) que descrevi anteriormente é crucial para entender a situação atual do DSEI Amapá e Norte do Pará e (i) o entusiasmo com os resultados que estão alcançando, ainda que com dificuldades relacionadas a metas específicas, como a de capacitação; (ii) os constantes elogios à conveniência, que encheu novamente o DSEI, e (iii) a pouca memória institucional, já que muitos/as dos/as profissionais com os quais eu conversei eram recém chegados/as no DSEI e não tinham memória de um SasiSUS com poucos/as profissionais e, principalmente, sem médicos/as, como abordado no próximo subitem.

4.3. Sobre a presença de médicos/as no DSEI-AMP

Em 2021, em paralelo aos encontros virtuais que realizei junto com o Núcleo 2, apliquei um questionário virtual (Formulário Google) junto aos/as profissionais do DSEI-AMP que participavam dos encontros. Como descrito na introdução desta tese, o formulário continha questões sobre (i) dados gerais de identificação do/a respondente, (ii) sua experiência na saúde indígena institucional, (iii) a experiência com médicos/as, (iv) as diferenças entre os/as médicos/as cubanos/as e os/as brasileiros/as que atuaram no Distrito, e (v) o PMM na saúde indígena (ANEXO 1). Dos/as 68 participantes do curso, 16 responderam ao questionário.

Lembrando que o DSEI-AMP não contava com profissionais médicos/as nas equipes até a execução do Programa Mais Médicos (PMM), me surpreendi quando, ao analisar as respostas à pergunta “Na sua opinião, existe dificuldade no preenchimento da vaga de médicos/as na saúde indígena?”, a maioria (13) respondeu “não”.

Dessas treze pessoas, 7 profissionais foram contratados após 2013, ou seja, após o PMM começar a prover médicos para trabalhar junto com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Outros 2, que eu tive a oportunidade de entrevistar, durante o diálogo deixaram claro que responderam ao questionário virtual pensando no tempo presente, porque antes “*não tinha nenhum médico nos polos do Amapá*” (Otto, Macapá, 6 de setembro de 2021), sentenciou Otto (enfermeiro). Para Danila (técnica de enfermagem), perguntei “em 2005 [ano que ela passou a atuar no subsistema de saúde indígena] tinha médicos em área?”, e ela respondeu “*Não existia, de jeito nenhum. Eu acompanhei essa história porque eu estava aqui em 2013 quando começa realmente o Programa Mais Médicos e a gente já é contemplado, porque para a gente é até histórico, nunca tinha tido*” (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021). “Então de 2002 até 2013 não tinham médicos?”, perguntei à Diana (DSEI-sede), “*não tinha médico. Nas terras indígenas que eu frequentava, mais para a região do Parque Tumucumaque, não tinha médicos*” (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2021).

Os/as profissionais que responderam haver “sim” dificuldade na contratação de médicos/as, todos/as experientes na saúde indígena institucional, detalharam que as dificuldades se relacionam com remuneração e indisposição desses/as profissionais para cumprirem escalas longe dos grandes centros urbanos e nas aldeias – como exposto no capítulo 3. Essas respostas se basearam em uma perspectiva mais estendida das dificuldades que as equipes de saúde indígena e não indígena enfrentam no Amapá devido ao número reduzido de médicos/as no estado, principalmente fora de Macapá, como dito anteriormente no subitem 4.1.

Ainda que Damiana, profissional que atua em uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e cumpre escala em Terra Indígena, tenha respondido que não há dificuldade no preenchimento da vaga, na pergunta seguinte do Formulário Google, “se sim, quais dificuldades você observa?”, ela escreveu a seguinte observação:

Atualmente todos os polos bases do DSEI-AMP possuem médicos compondo a Equipe, porém a equipe itinerante, como a odontologia e a medicina, tem apenas 01 profissional de cada, sendo difícil a logística e planejamento atuando nas mesmas aldeias ou posto central, além de que os boletins epidemiológicos e buscas ativas específicas quase sempre são em regiões diferentes, apesar de ser o mesmo Polo Base. A maior dificuldade é ter profissionais médicos dispostos a estarem em EMSI. Geralmente preferem um atendimento individualizado ou só realizar as ações que lhe trazem conforto e deixar as demais ações com o resto da EMSI (Damiana, Formulário Google, 2021).

Cito o comentário de Damiana porque ela, que ingressou no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) em 2020, se referia aos médicos brasileiros sem CRM³²³ que seguem como bolsistas do Programa Mais Médicos (PMM). Quando iniciei meus deslocamentos para o Amapá, os primeiros médicos que atuaram junto às EMSI, em sua maioria cubanos cooperados, tinham sido substituídos por esses médicos brasileiros. Assim, conheci, conversei e/ou entrevistei profissionais ligados ao DSEI que (i) vivenciaram período anterior à criação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e conseguiam compará-lo com o período em que os médicos passaram a compor as equipes, primeiro os cubanos e depois os brasileiros, (ii) vivenciaram a chegada do PMMB no Amapá, mesmo que alguns não estivessem atuando no SasiSUS, e (iii) profissionais que chegaram na saúde indígena institucional do Amapá através da última grande seleção de 2018 da conveniada IOM e vivenciam, a partir de 2020, a dinâmica de trabalho com médicos brasileiros sem CRM vinculados ao PMM.

Após sua resposta enfática de que não tinha médico/a “*de jeito nenhum*” na saúde indígena até 2013, perguntei à Danila o que tinha.

³²³ Médicos formados fora do Brasil que ainda não revalidaram o diploma, como detalhado na pg. 127.

Tinha o enfermeiro que era aquele que estava na ponta do atendimento, sempre foi assim. O enfermeiro, o técnico. Tanto é que a gente até brincava, **a gente vira tudo na aldeia, a gente vira médico, psicólogo, todas as profissões**. E a gente vai resolver a situação. Aquilo que não resolvia, a gente passava um rádio e tirava aquele paciente de lá para ele realmente ter acesso ao médico, ao processo de emergência aqui, e todo decorrer do tratamento dele era realmente aqui [em Macapá] (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021, grifei).

Diana, que trabalha na saúde indígena desde o início dos anos 2000, narrou como as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) atuavam diante das emergências:

Bom era assim: acontecia uma emergência. Eu já presenciei algumas coisas de estar sozinha só com o dentista e a gente ter que socorrer, sair de emergência com o paciente. Já aconteceu de sair e ter que ajudar a equipe, porque como o dentista entende melhor das coisas, dele mesmo ajudar, então era assim [...] já saí de madrugada para ajudar a fazer parto com técnico ou enfermeiro, já vimos pessoas acidentadas com arma de fogo e ter que ajudar o enfermeiro a solicitar um voo ou fazer um procedimento de emergência, e assim vai (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2021).

Esses profissionais se viam muitas vezes cobrindo o trabalho que seria mais comum de ser realizado por um/a médico/a e em situações de ter que “*virar tudo na aldeia*”, como disse Danila, mesmo sabendo da limitação de sua atuação ali.

Na verdade, foi muito difícil [atuar sem médico na equipe], muito preocupante, porque tem que ter muito cuidado, porque é uma área muito isolada, carente..., mas a gente tentou conciliar o trabalho medicamentoso com o trabalho que eles também já realizam na aldeia, com medicamentos tradicionais e outros. Não foi fácil, é uma responsabilidade muito grande. Além da gente ter que coordenar toda a área com logística, escala tudo, às vezes tinha que fazer o atendimento que o médico deveria fazer, **a gente tinha que fazer de tudo** (Otto, Macapá, 6 de setembro de 2021, grifei).

Eu tive um problema uma vez que eu fiquei numa aldeia onde o marido da paciente não queria que eu saísse de lá enquanto ela não estivesse bem. Ela já tinha uma idade maior, e eu expliquei a ele que era um conjunto de fatores que ela tinha e ela precisava de exames, ela precisava de médico, ela precisava de um outro tipo de avaliação que não seria a minha. O que eu podia fazer naquele momento era o que eu estava fazendo, mas a questão de ela fazer um *check-up*, dela ter um bom atendimento, seria com o médico. Ele queria que eu ficasse lá até ela ficar bem. Nesse ponto a gente via que eles colocavam toda a responsabilidade para gente, entendeu? E eu assumi toda aquela responsabilidade mesmo, mas a gente sabia que se eles tivessem um médico poderia fazer um atendimento mais completo para ela, solicitar os exames, avaliá-la melhor e o que eles queriam era uma coisa que era pro médico. E eu falei para eles, expliquei toda a situação, e que não caberia a mim. Eu ia resolver aquela situação dela naquele momento, mas ela precisava de uma avaliação médica. Então são coisas assim que a gente vê que eles realmente pouco questionaram. Talvez era um jeito educado deles, mas eles não nos questionavam, sempre respeitavam muito a gente. Tem etnias que nos respeitam muito e não tem aquele desaforo... **eu acho que é tudo pela inocência, né? Se ele soubesse o valor de médicos naquele momento ele nem teria feito aquilo comigo**, ele teria exigido um médico. Porém, ele disse que eu tinha que dar conta da saúde da esposa dele, entendeu? (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021, grifei)

O que Otto, Danila e Diana trazem são cenas rotineiras de improviso, um improviso que, como descreve a antropóloga Cristina Dias da Silva em seu trabalho sobre as profissionais da enfermagem nas EMSI do DSEI Alto Tapajós (2010), passa a ser um *habitus* que diferencia os profissionais da saúde indígena dos demais profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Saber o momento ideal de medicar, de sugerir ou insistir no deslocamento para a cidade, de justificar-se frente a uma morte ou um acaso, são atitudes consideradas pelas interlocutoras da autora como cruciais para que um profissional passe a ser experiente no ramo. Essas habilidades são testadas principalmente em momentos de crise, ou emergência, como o descrito por Danila, e passariam longe da construção de protocolos de trabalho diferenciados conforme práticas socioculturais dos indígenas com quem atuam, como abordado no capítulo 2 e no próximo capítulo, quando tratarei mais especificamente sobre a “área Oiapoque”.

As emergências e os deslocamentos que elas provocavam evidenciam que havia um fluxo de atendimento com médicos/as na cidade, não sendo este/a profissional uma figura totalmente desconhecida para os indígenas. Então, como era percebida a ausência de médicos/as nas equipes que atuam nas aldeias?

Na época a gente não tinha tanto...um discernimento das coisas, quando a gente entrava a gente sabia que a gente tinha que resolver. Mas hoje em dia, avaliando, a gente sabe que o impacto era bem grande. A partir da hora que essa pessoa não tem acesso ao médico, você, como técnica, como enfermeira, você não tem o conhecimento de um médico, né? Então a partir da hora que eles não tinham acesso ao médico é realmente bem complicado até para eles terem uma visão melhor, porque quando a pessoa tem médico ela se sente mais segura, mais confiante do que está ouvindo, então passa a ter... ela quer ver o médico...ela passa a ter uma visão melhor do que ela está passando. Na época eles [indígenas] **não tinham muita consciência disso, da ausência dos médicos**. quando eles queriam médico, eles sabiam que eles tinham que vir para cidade (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021, grifei).

Eu nunca observei que os indígenas, em si, sentiam essa falta, porque vinha de muitos anos sem a figura do médico [...] nunca observei eles solicitando, sentindo essa necessidade. Talvez no íntimo deles eles sentiam essa necessidade, mas não tinham como expressar ou como saber, ou até mesmo sabiam, mas iam pedir para quem? (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2021).

Ou seja, o que elas enfatizam é que, naquela época, apesar dos/as indígenas serem atendidos/as por médicos/as na cidade, parecia que eles/as não tinham compreensão de que aqueles/as médicos/as poderiam, e até deveriam, estar nas equipes, compostas por enfermeiros/as e técnicos/as, cotidianamente nas aldeias. Mas minha pergunta era genérica, “quem percebia a ausência?”, e ao receber respostas sobre os/as indígenas, eu reiterava a questão para entender a percepção que meus/minhas entrevistados/as, enquanto profissionais que atuavam do Subsistema, tinham dessa ausência. Diana respondeu prontamente, “*não*

percebia, não percebia...não sabia que era para ter médico na equipe. A gente trabalhava, normal” (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2021). Danila, por sua vez, conta que os/as profissionais das equipes também não realizavam nenhuma mobilização no sentido de reivindicar a contratação de médicos/as, dizendo: *“eu acho que era normal para todo mundo [a ausência de médicos]. A gente não tinha essa ideia do médico lá presente. Tinha o coordenador técnico que fazia a escala de trabalho e os profissionais iam direitinho trabalhar”* (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021).

Contudo, como descrito no subitem passado, esse “*direitinho*” era cheio de percalços devido ao repasse de recursos às conveniadas, depois à ausência de profissionais, dentre estes/as os/as médicos/as, preconizados/as para as equipes de saúde dos Distritos desde a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabelecida em 2002 (BRASIL, 2002). A normalização dessa ausência pelas profissionais não indígenas mencionadas acima se vincula ao caráter elitista da classe médica brasileira e sua ausência na região norte do país, abordado no capítulo anterior. A formação e o mercado de trabalho médico brasileiro tradicionalmente levaram a maioria dos/as médicos/as a entenderem o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) pública, incluindo a que é realizada nas Terras Indígenas, como inferior, de insucesso. Danila e Diana vivenciavam essa escassez de médicos/as como habitantes da região norte do país, antes mesmo de se tornarem parte dos recursos humanos do DSEI-AMP.

Para os povos indígenas, entendo que a percepção da ausência de médicos/as se deu com base em outros parâmetros. Busquei informações sobre como os povos indígenas atendidos pelo DSEI-AMP percebiam essa ausência nas aldeias por duas vias. No plano macro, através da leitura das atas do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Amapá e Norte do Pará (CONDISI), que reúne representantes indígenas de todas as áreas atendidas em reuniões periódicas de controle social dos trabalhos do DSEI³²⁴. No plano micro, na região do Oiapoque, as informações sobre a presença de médicos foram colhidas nas entrevistas e conversas com lideranças karipuna, palikur-arukwayene, galibi-marworno e galibi kal’ina.

Logo na segunda ata da série histórica de reuniões do CONDISI, referente à reunião ocorrida em 25 de agosto de 2000, meses depois da criação do Subsistema, os/as conselheiros/as indígenas presentes solicitam um momento para que cada etnia colocasse os problemas de saúde de suas aldeias e, nesse momento, demandaram a contratação de médicos/as. Ou seja, não ignoravam a atuação de tal profissional e na primeira oportunidade a

³²⁴ Sobre a composição do CONDISI e sua previsão em lei, ver o capítulo 2 desta tese, p. 69.

presença deles nas equipes foi solicitada. Na região do Oiapoque, ouvi de várias lideranças que quando a Funai era a responsável pela saúde (até 1999, como descrito no capítulo 1) o atendimento era mais resolutivo. Alex, um Palikur-Arukwayene que atua na Funai de Oiapoque, por exemplo, lembrou da visita de dentistas e médicos desde 1973, quando seu povo passou a se reunir na aldeia Kumenê, pois antes “*eles chegavam e o povo sumia pro meio do mato*” (Alex, Oiapoque, 8 de março de 2022). Quando perguntei por que ele e outros diziam que era melhor no tempo da Funai, todos/as me falaram sobre a facilidade de remoção dos/as pacientes da Terra Indígena – ou para o hospital militar de Clevelândia do Norte, ou para um hospital em Belém/PA. Nesses locais eles tinham acesso facilitado a médicos/as.

Quando os convênios estavam sob responsabilidade das organizações indígenas, há aqui e ali nas atas e documentos consultados a menção da presença de um/a médico/a em alguma ação, sem que eles/as aderissem às escalas de trabalho das equipes de enfermagem. Em 2011, em um relatório sobre as condições das CASAIs, o DSEI informa que há um médico compondo sua equipe técnica e atendendo pacientes da CASAI Macapá duas vezes na semana (BRASIL, 2011, p. 1.558). Mas em 2012, uma inspeção judicial afirma estarem vazias as 7 vagas para o cargo de médico,

Por falta de interesse, razão pela qual os pacientes indígenas são trazidos para Macapá e tratados pelo SUS [...] Em Macapá essas deficiências são controladas, no entanto, apenas 2 (dois) indígenas são atendidos durante a semana, razão pela qual é necessário um médico exclusivo (BRASIL, 2011, p. 1904).

Nesse arranjo, os/as pacientes não chegavam a tempo das consultas, ou os/as médicos/as não compareciam para atender e os/as pacientes acabavam permanecendo longos períodos na CASAI, como me narrou uma profissional que ali atuava em 2009. Assim, em 2010, durante a 17ª reunião do CONDISI, os/as conselheiros/as indígenas solicitaram médico clínico geral para a CASAI, e na 20ª reunião, em agosto de 2011, há diversos depoimentos sobre o sofrimento que os/as indígenas estavam passando pela falta de atendimento médico.

Ao longo dos anos 2000, ao mesmo tempo que, no espaço do controle social, os/as conselheiros/as indígenas reivindicavam médicos/as nas suas aldeias, práticos/as com formações variadas em saúde socorriam as emergências em área indígena. No Kumenê, “*eu mesmo fazia papel de médico*”, me disse Alex, Palikur-Arukwayene que em 1977, aos 17 anos, decidiu que queria se tornar enfermeiro. “*Eu falava enfermeiro, porque não sabia a diferença*”, acrescentou. Estudou em Macapá e se tornou “*atendente polivalente*”, atuando na aldeia até

meados dos anos 2000 (Alex, Oiapoque, 8 de março de 2022). Conta que no tempo da Funai recebia orientações de médicos/as via rádio.

Já na aldeia Manga, Jason, um auxiliar de enfermagem não indígena, foi bastante citado pelos/as Karipuna com quem conversei³²⁵. *“Foi ele que começou a cuidar das pessoas”* com biomedicina, disse Agnes, profissional indígena de saúde que atua na região do baixo Oiapoque. Ele dava remédio, *“fazia sutura, fazia partos. Ele fez muitos partos, junto com as parteiras”*, ela lembra, *“e quando a gente estava muito doente, a gente levava lá para a enfermaria do postinho, que era um posto pequeno, na aldeia mesmo, e ele cuidava de todos”* (Agnes, Polo Base Kumenê, Oiapoque, 27 de fevereiro de 2022). Comparando os trabalhos desses profissionais da saúde mais antigos, e os trabalhos que ela enquanto profissional de enfermagem realiza em área há mais de 15 anos, com a atuação dos médicos com os quais conviveu nos últimos anos, Agnes considera não ser necessário *“ter um médico num polo base desse [...] porque, como eu falei, aqui não tem estrutura, uma sala de parto, não tem laboratório para o médico realizar exames. Se tivesse essas coisas, evitaria muito do médico encaminhar paciente para a cidade, por exemplo”* (Agnes). Em sua percepção, os médicos têm feito quase as mesmas coisas que o enfermeiro e o técnico fazem: *“o técnico faz sutura, o médico faz sutura, eu faço sutura”* (Agnes)³²⁶.

Essa percepção da Agnes anima as discussões do próximo subitem. Ao longo dos pouco mais de vinte anos de existência do Subsistema de Saúde Indígena, houve um acúmulo de conhecimento institucional sobre o trabalho que a equipe de enfermagem realiza nas Terras Indígenas (TI). Por motivações diversas – e às vezes adversas, como as apontadas anteriormente, neste capítulo e no capítulo 2 –, alguns procedimentos, que não costumam ser atribuição da equipe de enfermagem nos serviços oficiais de saúde, são desenvolvidos por ela nas TIs. Tal acúmulo experiencial não se deu da mesma forma com a categoria médica, que vem há apenas alguns anos estabelecendo uma presença sistemática em boa parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

4.3.1. Sobre a presença de médicos cubanos cooperados no DSEI-AMP

Quando o edital para a realização das Contratações Temporárias da União (CTU) foi publicado, em 2011, havia sete vagas de médicos/as, mas ninguém se apresentou e as vagas permaneceram

³²⁵ Também citado pelos/as interlocutores/as de Tassinari (2003).

³²⁶ Em outros estabelecimentos de atenção primária, sutura não é um procedimento geralmente realizado por técnicos de enfermagem.

desocupadas. Sereno, médico especialista em Medicina de Família e Comunidade e em Saúde Indígena, que protagonizou as discussões do capítulo 3 desta tese, iniciou a entrevista me dizendo que, em 2012, quase trabalhou no DSEI Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP). Ele lembrou que *“naquela época, em 2012/2013, havia sete vagas de médico para o DSEI-AMP, nenhuma preenchida, e o salário na época era 14 mil”* (Sereno, sala de reunião virtual, 4 de março de 2021). Também lembrou dos seus interlocutores do DSEI mencionarem casos de médicos com registro no Conselho Regional do Amapá que aceitariam trabalhar, mas *“só na terça-feira e em Macapá”* (Sereno), como exemplificou.

Com a criação do PMM, logo em 2013 chegaram 4 médicos para atuar junto às equipes multidisciplinares do DSEI-AMP, uma espanhola, que logo foi lotada em outro serviço fora da saúde indígena institucional, e três cubanos. Poucos meses depois vieram mais, totalizando 7 vagas preenchidas. E como se deu a acomodação desses profissionais nas equipes?

Devido à não reposição do quadro funcional do DSEI-AMP durante o período dos Contratos Temporários da União (CTU), iniciado no final de 2011, Danila, técnica de enfermagem que atua desde os anos 2000 na Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), contou que os/as profissionais que permaneceram no SasiSUS eram unidos/as e estavam acostumados/as a trabalhar sem médicos/as, tornando difícil a nova divisão dos trabalhos. Para exemplificar, ela explicou:

E eles [os médicos] tiveram dificuldade **em se posicionarem** exatamente por isso, porque a equipe conhecia mais que eles próprios, né? Quando eles chegavam lá, a gente sempre explicava pra eles, porque tem doenças que eles não convivem, e nós temos aqui. Então eles tinham certa dificuldade. Eu acredito que nas relações [com outros profissionais da EMSI] eles não conseguiram se colocar, **se impor na posição de médicos**. Eles não tinham acesso a várias doenças, e eles não conheciam os nossos medicamentos, e eu via essas dificuldades deles, com os tratamentos, medicamentos, das doenças que eles não conheciam (malária, leishmaniose) (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021, grifei).

Junto à necessidade de conhecimento das doenças mais prevalentes e sobre os modos de vida das comunidades indígenas que vivem no Brasil, a *“dificuldade com a língua”* foi mencionada por vários/as profissionais do DSEI-AMP, indígenas e não indígenas, como citado também de forma geral pelas pessoas que acompanharam a participação dos/as médicos/as estrangeiros/as no Programa Mais Médicos, no capítulo 3 desta tese. A observação de Otto, enfermeiro que atua na saúde indígena desde 2010, acrescentou outro aspecto à comunicação dos cubanos com os indígenas do baixo Oiapoque: *“teve muita barreira com a questão da língua. A maioria deles teve dificuldade na linguagem, porque com o indígena a gente tem que ter muito cuidado com isso, porque às vezes ele fica ali balançando a cabeça e você acha que*

está entendendo, mas não” (Otto, Macapá, 6 de setembro de 2021). Nesse caso, acrescenta-se à “*dificuldade com a língua*”, uma dificuldade de entendimento dos códigos comunicativos previamente estabelecidos nas relações (hierárquica) entre médicos e pacientes e médicos e outros/as profissionais de saúde que ocorrem no Brasil. Ao falar dos desconhecimentos sobre as doenças, Danila também falou sobre a dificuldade dos cubanos de se posicionarem, de se “*imporem*” na “*posição de médicos*” (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021).

Analisando as informações trazidas por Danila e Otto nos trechos acima, noto que as dificuldades enfrentadas por um/a médico/a frente à realidade de trabalho em outro país dizem respeito à língua, doenças, medicamentos disponíveis no mercado nacional, mas também às relações interpessoais com colegas de trabalho, com a gestão e com as pessoas atendidas. Os ânimos políticos do período, expostos no capítulo 2 desta tese (Subitem 2.2), influenciaram a disposição dos/as profissionais em apoiar a adaptação dos médicos cubanos com o trabalho nas aldeias. Alguns/as profissionais eram a favor ou contrários à participação dos cubanos nos serviços de saúde brasileiros e em suas rotinas de trabalho. “*Eu achava muito bom o atendimento, apesar da gente saber que tinha várias situações também... que a gente sabe que até hoje [2021] existe ainda na nossa sociedade de não aceitação desses profissionais*” (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021).

Um/a profissional me relatou casos em que os médicos cubanos foram discriminados dentro das EMSI, contando que teve de entrar em área com a missão de acolher um médico cubano que estaria apresentando sintomas de depressão, que teria sido rejeitado pela equipe, colocado para dormir em um colchão no chão em um quarto sozinho. O/a profissional também expôs casos em que alguns médicos de fora do Subsistema se irritavam com os longos prontuários que os cubanos escreviam, e que alguns se recusavam a ler – “*diziam: – isso aqui veio de cubano? então nem vou perder meu tempo*” (anônimo).

Mas dentro do Subsistema, não era muito diferente. Como mencionado no capítulo 3, não foram poucas as vezes que o paciente retornou para a aldeia sem ser atendido conforme os encaminhamentos prescritos por Clovis, médico cubano que minha orientadora entrevistou em 2017. Clovis chegou a enfrentar uma proibição de encaminhamento de pacientes para Macapá, “*teria que fazer tudo em Oiapoque*” (Clovis, Oiapoque, 6 de fevereiro de 2017), sendo que o município, como exposto anteriormente, conta apenas com alguns/as especialistas e em alguns períodos do mês. Ele e seus colegas costumavam colocar no encaminhamento, “*se não tiver especialista no Oiapoque, favor encaminhar para Macapá*”, mas a gestão só encaminhava “*em situações críticas, em urgências*”, o que não condiz com a prevenção que a Atenção Primária à Saúde deveria proporcionar – e que os cubanos estão acostumados a realizar.

Clovis – Então tinha essa falta de conhecimento, muito tempo sem médico na área, e eles se mostram resistentes em “levar a sério” o médico. Eu falo, a gente não está fazendo nada errado, seguindo o protocolo, mas vocês têm que se deixar orientar pelo médico que está em área. [...] Mas a gente continua lutando para o problema do paciente ser resolvido.

[isso é pior do que não ter medicamentos suficientes?]

Clovis – Muito pior. A gente não tem nenhuma condição de trabalho. Como você pode ver, o posto de saúde está em péssimas condições. No tempo de chuvas, tem goteiras, não tem condições. Mas para mim a pior coisa que pode atrapalhar o trabalho é essa situação com o gestor [à época, ele se referia ao gestor da Casai]. Se ele considera que o paciente não precisa ser encaminhado, tudo bem. Essa situação é mais difícil que as condições de trabalho. Porque eu estou acostumado a trabalhar em outros países e em condições difíceis, mas não poder completar o diagnóstico, não poder atender totalmente o paciente, é difícil (Clovis, Oiapoque, 6 de fevereiro de 2017 – entrevistado por Artionka Capiberibe).

Essas situações que ocorreram no DSEI-AMP e no Amapá são exemplos das discriminações e resistências enfrentadas por esses médicos, de diferentes formas, em todo o Brasil, como descritas nos capítulos anteriores. Eles, contudo, continuaram “*lutando*”, como disse Clovis, pelo atendimento dos indígenas. Com o passar do tempo, eles “*se adaptaram bem, até porque eles eram muito elogiados. Eles sabem trabalhar em equipe e sabem dividir os trabalhos caseiros, manuais, da sobrevivência da equipe. Eles sabiam lavar as roupas deles, sabiam cozinhar, sabiam limpar. Então, em termos de convivência, foi muito bom*” (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021).

Assim, observo que, se por um lado existiram dificuldades iniciais com o fluxo de trabalho – dificuldades percebidas principalmente pelos cubanos, por outro lado, os/as cubanos/as tiveram uma postura colaborativa que fez com que aquelas mesmas equipes, acostumadas a trabalhar há anos juntas, devido à redução de recursos humanos (veja-se subitem 4.2.3.) e sem médicos/as, “*uma equipe parceira*”, como definiu Diana, percebesse a disposição deles em se somar ao grupo: “*o que a gente observou é a humildade, é pra rachar lenha, bora fazer, é para limpar o chão, bora fazer isso*” (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2021). Essa postura colaborativa não se resumia à convivência nos alojamentos e afazeres domésticos, mas também nos processos burocráticos do dia a dia da saúde indígena institucional.

O trabalho deles ajudou muito, porque às vezes a gente não tinha tempo pra sentar nem pra fazer um relatório e eles vieram para somar [...] tendo um médico lá, por mais que você tenha enfermeiros e técnicos com mais experiência, o médico resolve muita coisa, às vezes papelada mesmo (Otto, Macapá, 6 de setembro de 2021).

As palavras de Otto expressam o alívio que a presença de médicos na equipe representa frente à sobrecarga que enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem sentiam ao se dividirem

em atender e realizar as ações de atenção primária nas Terras Indígenas e registrar e alimentar os bancos de dados de tais atividades. Danila e Diana também ressaltaram que mais gente na equipe diminuiu a quantidade de trabalho que as equipes menores precisavam suportar: “*o médico abre espaço para a equipe respirar mais*” (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2021).

Essas seriam noções mais quantitativas, que nos trariam a impressão de que qualquer profissional médico na equipe seria sinônimo de menos acúmulo de demandas não resolvidas. Mas não foi isso que aconteceu com o rompimento do termo de acordo do governo cubano referente ao PMMB e a inserção de médicos brasileiros formados no exterior nos mesmos postos anteriormente ocupados pelos cubanos cooperados.

Eu escuto sobre problemas que se os cubanos estivessem conosco nós não teríamos. Por exemplo, casos de Declaração de Óbito (D.O.) em aberto. Tem várias em aberto, situações de suicídio e tal. Por exemplo, o médico não estava na escala quando houve o óbito, e aí quando ele chega ele não faz aquela declaração e o CRM tem algumas portarias que dizem que ele tem que ver o corpo. Tem outras saídas também, mas ele se apega a essa e diz “eu não vi o corpo então não posso dar a D.O.”. E aí muitos profissionais chegam a dizer que no tempo dos cubanos não tinham isso. “Morreu, eu sei que está precisando disso, eu faço a D.O.”, então eles faziam e solucionavam alguns problemas. Por exemplo, hoje tem quase 10 D.O. em aberto e eu já ouvi dizer que a única solução para isso seria trazer os cubanos de volta que eles vão dar D.O. para todo mundo e a gente soluciona. Sem isso, só se o MP for lá e resolver (Débora, Macapá, 8 de setembro de 2021).

Essas Declarações são importantes para familiares do/a falecido/a acessarem pensões e outros benefícios sociais, e para organização dos dados pessoais e do próprio Subsistema e Rede SUS. É uma ação importante para os/as indígenas. Débora exemplificou com as Declarações de Óbito (D.O.) sobre suicídios, que são mortes em que a grande maioria dos casos impossibilita a remoção da pessoa ainda com vida, mas me lembrou de outro óbito relatado pelo enfermeiro Dimitri. Enquanto falávamos sobre os médicos cubanos que ele tinha conhecido em área, ele reforçou que os cubanos resolviam melhor as burocracias relacionadas aos óbitos. Ele exemplificou narrando o caso de um paciente que era hipertenso e era acompanhado pelo médico brasileiro que atuava no polo base Kumarumã à época e que, ao infartar na troca de escala, momento em que o médico retornava de sua folga, não teve sua Declaração de Óbito feita, porque o médico alegava não ser possível afirmar com exatidão a causa da morte. Dimitri disse sentir um pesar em fazer a crítica, já que é amigo do médico, mas disse que é inegável que os cubanos eram mais resolutivos nesses aspectos.

Essa diferença bem demarcada entre início do programa com cubanos e substituição total deles por brasileiros sem CRM estava na memória recente dos/as meus/minhas

interlocutores/as, o que me fez incluir nas entrevistas o questionamento se havia diferença entre médicos/as cubanos/as e brasileiros/as e quais eram essas diferenças.

Os médicos brasileiros às vezes não priorizam o trabalho. Por exemplo, eles têm uma ansiedade grande de fazer o Revalida. Então no período do Revalida, se eles tiverem que faltar, eles vão faltar. Por exemplo, os médicos que estão com a gente aqui poucos trabalham e moram em Macapá. Você tem médicos de outros estados. Daí eles saem da escala [de trabalho em TI] e retornam para os seus estados de origem, aí podem perder voo, pode acontecer algum probleminha durante o trajeto e aí chegam atrasados e atrapalham o planejamento que a gente já tem. Por exemplo, a região do Tumucumaque é de transporte aéreo e eu não posso atrasar levar a equipe porque o médico não chegou, e fica sem médico lá até ter o próximo voo para a área. Isso atrapalha, e às vezes foi por uma questão pessoal dele. É diferente dos médicos cubanos que ficavam 24 horas disponíveis para o Programa. Eu acredito que todos os médicos [cubanos] da Saúde indígena moravam em Macapá. Então se tinha alguma questão, a gente tinha acesso fácil a eles. Alguns médicos [brasileiros bolsistas do PMM] a gente não tem acesso! Aí às vezes passa mal próximo da hora de fazer escala. Nunca recebi um atestado médico de um médico cubano e dos médicos brasileiros toda hora eu recebo atestado médico, entende? (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021).

Como descrevi anteriormente, Domingos é um gestor experiente na área da saúde Amapaense. É interessante compararmos suas preocupações com as dos/as gestores/as do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), analisadas no capítulo 2. Enquanto no nível nacional as vagas do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) seguiram preenchidas na nova fase por uma maioria de bolsistas brasileiros, a ênfase desse gestor local recaiu na dificuldade de manter, de fato, médicos nas Terras Indígenas, devido um aumento de atestados e atrasos para cumprir as escalas de trabalho. Com relação aos cubanos, *“eu identifiquei compromisso em todos eles. Dificilmente faltavam, cumpriam seu horário [...] acredito que os médicos cubanos eles tinham um perfil mais de dedicação, algo desse tipo”* (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021).

Se os/as gestores/as anteriores enfatizaram a ética profissional dos cubanos com os pacientes, nomeada como “humanismo”, sendo este um aspecto reforçado nas propagandas governamentais sobre o PMM, como trago um exemplo no próximo capítulo, este gestor materializa um exemplo desse humanismo cubano ao tratar sobre o compromisso e a dedicação através da presença no local de trabalho. *“Eles [cubanos] ficavam de 7h-8h até o final do horário, cumpriam certinho”* (Domingos). Essa foi a principal mudança percebida com a troca do conjunto de médicos bolsistas do PMM. Se o atendimento médico era semelhante, como me disseram quase todos/as os/as entrevistados/as, o compromisso com a atenção primária em saúde não. Segundo eles/as, cubanos e brasileiros atendiam satisfatoriamente às necessidades dos polos bases e dos indígenas com seus atos médicos, e enfrentavam os mesmos problemas de falta de remédios e condições de trabalho. Mas como disse Clovis, *“não conseguir atender*

totalmente o paciente” era o que o incomodava: “*por exemplo, um diabético sempre descompensado, que não toma a medicação de forma correta, com 4 ou 5 anos de diagnóstico, tem uma possibilidade grande de insuficiência renal. E a gente encaminha para exame e às vezes ele volta sem ter feito*” (Clovis, Oiapoque, 6 de fevereiro de 2017, entrevistado por Artionka Capiberibe). A diferença, assim, perpassa entendimentos sobre a atuação médica na Atenção Primária à Saúde (APS) que escapam aos profissionais que sempre atuaram em equipes sem essa categoria profissional.

Em setembro de 2021, quando conduzi boa parte das entrevistas com os/as profissionais que atuam no DSEI Amapá e Norte do Pará, havia 12 vagas para médicos/as no DSEI, 9 para bolsistas do PMM e 3 vagas pactuadas no convênio com a IOM. As 9 vagas do PPM estavam preenchidas por brasileiros sem CRM, e um médico com CRM estava contratado, atuando 20 horas na Casai Macapá³²⁷. Contudo, em fevereiro restavam 8, pois dois bolsistas tinham passado no Revalida e saído do Programa, e em novembro de 2022, mais dois estavam de saída, pelo mesmo motivo, sem que novos bolsistas estivessem garantidos. No mesmo período, o Programa Médicos pelo Brasil (Lei n.13.958/2019) começou a lançar seus editais, com a nova exigência de que os bolsistas possuísem diploma validado pelo CRM. Assim, em janeiro de 2023, um médico bolsista do novo Programa se somou à equipe do DSEI, e em abril já estava trabalhando com horas reduzidas, através de um acordo informal com a gestão que estava prestes a ser substituída.

Ainda que tenham existido médicos brasileiros sem CRM que passaram dois ou três anos na saúde indígena institucional, houve um aumento da rotatividade dos profissionais quando se extinguiu o acordo de cooperação com Cuba. Se considerarmos o que Domingos disse sobre eles atuarem focados em passar no Revalida, e adicionarmos a informação de que durante quase três anos as provas do Revalida não aconteceram, voltando a ser realizadas em 2020, é possível afirmar que esses médicos que ficaram tempos estendidos em áreas indígenas não tinham “*outra opção*”, como me disse Daniel – fala reproduzida no capítulo 3, pág 147. Após a realização de três edições do Revalida, o cenário no final de 2022 era de vagas sem preenchimento e busca por profissionais médicos³²⁸:

Com os médicos é bem mais latente essa dificuldade. No período que eu estou aqui, nunca houve todas as vagas preenchidas, e quando há esse cargo não passa nem 6 meses preenchido e volta [a ficar vago]. Dos outros cargos as vagas estão sempre

³²⁷ Outra médica com CRM teria sido contratada pela IOM em 2020, mas permaneceu apenas nove meses no SasiSUS e pediu demissão.

³²⁸ Cenário que vem se alterando com a retomada desde março de 2023 do Programa Mais Médicos pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva (PT).

preenchidas, daí o problema é não ter vaga suficiente. Exemplo, enfermeiros, quando eu entrei seriam 25 vagas, e estavam todas preenchidas. Depois foi para 29, todas preenchidas. Sempre com cadastro de reserva. Com médicos não, com médicos só um está trabalhando pelo convênio e é só 20 horas. Tem um trabalho muito pontual, não atua em equipes, dá um suporte na Casai por ser obstetra (Débora, Macapá, 8 de setembro de 2021).

[...] Eu tenho vaga aberta de médicos, mas não consigo completar. Faz seletivo e não completa. Alguns médicos se inscrevem e depois não concluem o processo seletivo (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021).

Os processos seletivos a que se refere Domingos são disciplinados por editais publicizados pelos sítios eletrônicos do DSEI e da conveniada. Iniciam com a abertura de inscrições pela internet e geralmente envolvem uma prova escrita e entrevista presencial. São nessas etapas presenciais que os/as médicos/as costumam não comparecer.

Com a chegada dos bolsistas brasileiros do PMM, as relações dos/as médicos/as com as equipes se alteraram: *“na categoria dos brasileiros, eu já vi ‘ah eu sou médico, eu não vim pra cá para fazer isso’. Não tem aquela humildade, aquele companheirismo de ajudar. Não, ‘eu fico mais no meu canto, sou mais elitizado’”* (Diana, Macapá, 2 de setembro de 2021). Com isso, tendem a querer inverter uma lógica de funcionamento do SasiSUS e subordinar os/as demais profissionais da equipe, algo presente naquele comentário escrito pela Damiana, reproduzido no início deste subitem: *“A maior dificuldade é ter profissionais médicos dispostos a estarem em EMSI”*. Porém, o que se espera no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) é que trabalhem em equipe e se incorporem à vigilância em saúde, seguindo a programação do Polo Base:

O enfermeiro, na saúde indígena, é quem toma decisão. É ele que é o responsável pelo polo, pela equipe. E a estrutura das unidades de saúde com médicos parece que é invertida. Então o enfermeiro passa a ser um auxiliar do médico e é uma coisa que tem ruídos, porque eles não são auxiliares do médico. Você [enfermeiro] tem sua responsabilidade, você tem que indicar para ele [médico] aonde ele vai, quando ele vai, porque que ele vai. É você que tem essa informação (Débora, Macapá, 8 de setembro de 2021).

Os brasileiros sem Revalida ainda assim são brasileiros, estão em casa. Teve uma vez que eu tive que dar uma chamada neles lá no grupo, porque eles querem dominar a escala do jeito que eles querem, colocar o esquema deles, e na verdade não pode, tem que seguir o esquema da SESAI. Eu tive uma discussão com eles lá no grupo, e disse *“olha, vocês têm que dar graças a Deus que tem esse emprego aqui, porque nem CRM vocês têm ainda”*. Ficaram bravo comigo, mas tive que falar para ver se aquietavam mais, porque eles se fecharam, **a gente vê que eles são bem unidos**. Eles se uniram muito e a gente observava que eles queriam dominar (Otto, Macapá, 6 de setembro de 2021, grifei).

Com a permanência de médicos/as nas EMSI, eles/as passam a ser os/as principais responsáveis pelos atendimentos individuais aos pacientes, enquanto os/as enfermeiros/as

seguem administrando o funcionamento do polo base ao qual são escalados, incluindo os dados, rotinas e programas de saúde – e reassumindo os atendimentos clínicos nas ausências de médicos/as em área. Após nove anos de execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), aquelas resistências iniciais de equipes que funcionavam sem esse/a profissional transformou-se num entendimento mais empírico sobre a atuação dos/as médicos/as nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), com possibilidade de comparação qualitativa sobre a prática de diferentes grupos de médicos (médicos cubanos cooperados, médicos brasileiros formados no exterior, médicos com CRM).

A maior parte dos/as interlocutores/as dessa pesquisa, nas interações que tivemos ao longo dos últimos dois anos, reforçou a importância desse/a profissional na equipe, com explicações muitas vezes mais relacionadas à diminuição da sobrecarga que sofriam do que a especificidade das atribuições do/a médico/a em si, como dito anteriormente. Por outro lado, descreveram como os/as médicos/as atrapalham o bom funcionamento do Subsistema quando não declaram óbitos, não aceitam fazer itinerantes (visitar as aldeias adjacentes ao Polo Base durante a escala de trabalho) ou atrasam para entrar em área com o restante da equipe. A passagem dos cubanos pela região fez com que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) experenciassem trabalhar com médicos que contribuíam com essas rotinas.

Na situação em que as EMSI contam apenas com enfermeiros/as, o exame clínico³²⁹ é tarefa por eles acumulada. Quando o/a profissional médico/a passou a atuar em área, houve uma mudança nas discussões e nos mecanismos explicativos e de entendimento sobre os casos de pacientes indígenas, provocados pelos questionamentos dos médicos aos/as demais profissionais da EMSI. Como Débora, profissional que atua no Núcleo 2, na sede do DSEI, refletiu a respeito, ainda que tais questionamentos não surjam com a intenção de adaptação dos procedimentos biomédicos às especificidades que determinado povo indígena apresenta, esses diálogos se tornaram espaços de discussões sobre “interculturalidade”³³⁰:

O que eu percebo é isso: **há uma sensibilização do médico com as populações indígenas [quando este compõe uma EMSI]**, como, por exemplo, saber que uma criança que está coberta de urucum pode entrar no Polo Base, ser atendida por ele, e aquilo faz parte da cultura, tem algum significado para o pai, para a mãe. Aquilo ali tem a ver com alguma festa, algum resguardo. Por mais que isso não seja a postura ideal [dos profissionais de saúde], é muito melhor do que nas unidades da cidade, né? Sei de casos de profissionais que não são da saúde indígena atendendo nas comunidades próximas às Terras Indígenas (TI) pedindo para os indígenas tomarem

³²⁹ Utilizo aqui a expressão “exame clínico” em referência às ações de atenção primária em saúde previstas na Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013 como “atividades privativas ao médico”.

³³⁰ Esse é o termo utilizado pela minha interlocutora e por isso reproduzirei com aspas nessa parte do capítulo. Entendo, todavia, que a atenção à saúde dos povos indígenas deva transcender a relação entre “culturas” que esse termo expressa, como exposto anteriormente (Supra p. 77).

banho e tirarem o urucum, porque estavam fedendo. Então por passar a conhecer as práticas culturais, eles [médicos das EMSI] acabam sendo mais sensíveis com essas práticas e aí eles conseguem entender que se o indígena não quer tomar o medicamento, ele precisa ir lá na casa dele, chamar alguém para traduzir o português para ele – mesmo que ele entenda o português, pode ser dito de outra forma. Os profissionais também sabem que os indígenas têm um calendário diferente do nosso. Então os profissionais sabem que eles estão em determinado momento do dia na roça. Então se vão entrar com a vacina, eles sabem que têm que pensar nisso quando forem para a área do Tumucumaque. Eles já sabem que na época do Natal tem a festa dos Tiriyó, entendem que aquilo ali tem a ver com a colheita deles, e aí vai ter um período do ano que eles vão sair para os limites da TI e eles vão pernoitar. Então eles conseguem entender essas particularidades e conseguem colocar isso nas suas práticas, por exemplo. Ele sabe que é difícil atender uma mulher sozinha, que precisa falar com o esposo, entender outros arranjos familiares. Por exemplo, entender que pode ter mais de um pai, mais de uma mãe, mais de uma esposa. Então pelo menos os profissionais [do SasiSUS] estão mais abertos a isso. Não é como deveria ser, mas **esse convívio sensibiliza a pessoa**. Mesmo os profissionais mais fechados são mais sensíveis do que os profissionais que estão atuando ao redor das áreas indígenas (Débora, Macapá, 8 de setembro de 2021, grifei).

Seguindo esse raciocínio, Débora acrescentou que o/a médico/a que atuava em uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) da região realizou uma reunião com profissionais de saúde do município de Pedra Branca do Amapári/AP para tratar da situação acima mencionada: um médico que atua na cidade ter mandado indígenas tomarem banho para tirar o urucum porque fediam. A conversa, de um/a profissional médico/a expondo desacordo com outro/a em uma reunião sobre atenção primária a indígenas, foi algo inédito naquela região. Como Débora interpretou, foi uma figura de autoridade não compactuando com posturas preconceituosas (e racistas) com relação aos indígenas da região.

Este/a médico/a de EMSI, por acaso, era um/a médico/a com CRM – que saiu da saúde indígena pouco tempo depois, após outro/a médico/a de um serviço de saúde urbano ter pedido um relatório sobre o diagnóstico que ele/a tinha dado sobre um paciente indígena. Mais do que uma desconfiança com ele/a que, como eu ressaltai, tinha o registro no CRM, a questão era com os/as indígenas e a desconfiança de que estes/as pudessem estar “*inventando desculpa para passear na cidade*” (Débora, Macapá, 8 de setembro de 2021). Cabe aqui um paralelo com as reflexões de Sidnei, médico com ampla experiência em saúde indígena, sobre as revoluções que o médico com CRM – “*branco, de classe média*” – pode fazer ao se somar às equipes que atendem os povos indígenas (Supra p. 134). Ao conviverem e sensibilizarem-se com a realidade indígena, esses médicos podem ter sua credibilidade junto aos seus pares alterada (ASSUMPÇÃO, 2014). As “*revoluções*” (Sidnei, sala de reunião virtual, 15 de março de 2021) que sua presença poderia provocar no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) são atravessadas pelo racismo vivido diariamente pelos/as indígenas nos serviços localizados no entorno das terras/comunidades indígenas, dentro e fora dos serviços de saúde.

Em diálogo com as reflexões sobre sensibilização expostas por minha interlocutora Débora, que ressalta que isso não é tudo, “*não é a postura ideal*”, a busca pela promoção de saúde junto aos indígenas passa necessariamente por um posicionamento político de enfrentamento a situações como a ocorrida em Pedra Branca do Amapári/AP. Do contrário, no caso dos/as médicos/as, sua presença na saúde indígena institucional torna-se a perpetuação de experiências individuais de curta duração motivadas pela curiosidade e benevolência culturalista de atuação em áreas indígenas. Nesse sentido, não me parece ser contraproducente discutir a sensibilização dos profissionais. Ainda que considere pertinente a ressalva feita por Cristina Dias da Silva (2021) sobre a importância de ficarmos atentos quando

[...] o debate em torno das dificuldades de implantar um sistema de articulação de saberes produz seu foco na ‘sensibilização’ dos profissionais de saúde. Pois, ao elegermos o problema da saúde indígena como ausência de articulação, isto é, como um problema de “execução”, e não de planejamento do que seria articulação de saberes e de todas as instâncias citadas na PNASPI [Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas], aderimos ao projeto político de gestão das precariedades” (p. 13).

Penso a sensibilização como mais um elemento no exercício dialético entre planejar e executar uma política pública – ou, de forma menos burocrática, de relação entre indígenas e não indígenas. A sensibilização de médicos aos contextos de vida dos povos indígenas é um fator impulsionador de mudanças do sistema de saúde ao qual eles pertencem e são figuras de autoridade – no caso, a biomedicina. Dialogando com a citação de Dias da Silva (2021) reproduzida acima, focar na sensibilização dos executores é reducionista tanto quanto não vislumbrar a origem de planejamentos criativos nas experiências de execução. Na saúde indígena, essas experiências são acumuladas majoritariamente por profissionais de enfermagem (DIAS DA SILVA, 2010), enquanto as políticas públicas e os planejamentos a elas atrelados são hegemônicos por médicos/as e gestores/as geralmente sem conhecimento sobre a execução do SasiSUS³³¹.

Por outro lado, a percepção de Débora quanto à “*sensibilização*” de médicos/as pode abarcar outros/as profissionais de saúde que compõem a EMSI. Ajuda a entender certo acúmulo de saberes daqueles/as que estão há mais tempo atuando com uma mesma população indígena e a importância desse saber estar presente na equipe e poder ser repassado aos/as profissionais ingressantes no Subsistema – em detrimento de outros “saberes” estereotipantes e tutelares que

³³¹ Com raras exceções, como o médico Alexandre Padilha que, como abordado no capítulo 2, iniciou sua carreira atuando no Subsistema de Saúde Indígena e sempre considerava essa experiência em sua atuação como Ministro da Saúde e articulador do Programa Mais Médicos.

deveriam ser combatidos, mas que infelizmente têm a mesma circulação (LIMA, 2014). Em seguida, ela especifica a importância dos/as médicos/as em suscitar espaços de transmissão desses saberes:

E eles ajudam também por conta disso: demandar ao restante da equipe que é preciso ter mais informação sobre aquela família, aquela pessoa. [...] Os questionamentos que eles fazem ao restante da equipe ajuda. [peço que explique mais] [...] O médico, por ter esse poder de fala e de agência, ele vai estar ali dando peso às decisões [da EMSI]. E aí **a cartilha de bons costumes do profissional vai ser acionada**. Então eu preciso fazer alguma coisa e uma saída é essa: procurar os programas de atenção diferenciada. O que fazer? Que tipo de ação tomar? O profissional médico estando na equipe, ele vai conseguir nortear isso. E aí eu não sei se de forma clara, mas pelo menos ele vai dar esse *start* de “Então tá, eu tenho que fazer isso, mas tenho que fazer isso baseado em alguma coisa”, e nesses momentos algumas saídas são dadas e as justificativas para a ação ou não ação vão passar por um viés intercultural (Débora, Macapá, 8 de setembro de 2021, grifei).

Observando a análise falada pela Débora, o que ela evidencia é que a presença de um/a médico/a na equipe seria um fator a menos de improvisação, ou do profissional “diferenciado” que é sinônimo de “alguém com formação técnica e desassistido” (DIAS DA SILVA, 2021, p. 12), sem que se perca de vista que, a depender das condições, ele/a também pode se transformar em um/a profissional a mais improvisando diante de uma “crise permanente”³³². No micro, à medida em que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do DSEI Amapá e norte do Pará passaram a contar com esse/a profissional, suas decisões passaram a ganhar mais peso para o exterior do Subsistema.

Se um/a enfermeiro/a encaminhava um/a paciente para a CASAI Macapá por avaliar que seu quadro era grave, o/a paciente passava por nova avaliação de um/a médico/a ao chegar lá, como me descreveu Danila – e por isso as cotas de atendimento para indígenas atendidos/as pelo DSEI nas UBS urbanas. Com os/as médicos/as em área, o questionamento aos diagnósticos e decisões das EMSI ganham outras camadas de tensionamento – como ser ou não um médico cubano, ser ou não um médico com CRM, ou, no limite, o indígena estar ou não realmente precisando de cuidados para além dos oferecidos pelos médicos nas aldeias. Mas também acontece (i) aquela sensibilização mencionada por Débora, relacionada ao convívio mais próximo à realidade indígena de sujeitos de uma categoria profissional geralmente

³³² “Crise permanente” é como Dias da Silva (2021) define o Subsistema de Saúde Indígena, criticando o uso recorrente do termo “crise”, que denota ser a escassez um elemento circunstancial e não constitutivo, quando na verdade “o estado perene de crise configura um modo de governança” (p. 15), de deixar adoecer. Em seu texto sobre “A Língua Franca do Suprassensível”, Capiberibe (2017) enfatiza a perspectiva relacional da crise, onde os significados podem variar conforme “as redes de relações em que estão imersos os sujeitos”, que no caso seriam os processos de mudanças que são disparados pela precariedade e fragilidades na institucionalização dos procedimentos biomédicos em aldeias.

bastante distanciada³³³, e (ii) discussões de casos influenciadas por “*aspectos interculturais*” (Débora) que, em geral, tendem a ser menos acessadas pelos médicos da cidade.

Por exemplo, uma indígena precisa de seis acompanhamentos pré-natal e aí o médico pergunta “por que não fez?”. O enfermeiro pode dizer que nesse período essa mãe foi para uma área muito distante, porque alguém teve filho ela foi acompanhar alguém na roça ou a filha também teve filho e ela foi para aldeia da filha e isso vai acionar alguns **mecanismos explicativos** para isso. E aí vai trazer à tona algumas questões. Por que não atendeu ela? Porque ela estava cuidando de outra pessoa, ou tava numa festa, então vai acionar esses **mecanismos de entendimento**. Esses momentos conseguem trazer a atenção diferenciada à tona. [...] tipo uma picada de cobra. Teve uma criança que teve picada de cobra no dedo e aí teve que vir para cá [Macapá] para ser amputado o dedo. O médico queria trazer o mais rápido possível, mas o enfermeiro sabia de um outro caso que envolveu amputação e teve um problema muito maior, isso vai ser colocado em pauta naquele momento. “Olha, ele picou o dedo, mas é tão preocupante quanto ele ir para Macapá e amputarem o dedo dele. Eu já vi gente que amputou a perna e teve muita briga, a gente precisa mandar? Tem outras pessoas que a gente poderia acionar?”. Então esses momentos de conflitos ou quase conflitos, que demonstram as questões culturais ou as saídas culturais, servem para justificar. Pelo menos tem um sinal ligado, “ah aquele pai tá deitado na rede e a mãe tá trabalhando. Ah! Ele tá de resguardo, ele não pode ir por conta disso ou daquilo”. Outro, “ele não pode sair depois das 6 horas porque ele tem medo do Jurupari, ele se perdeu”. Então tem essas explicações que são adicionadas. Por mais que elas não sejam feitas de forma direta, e às vezes até estão em uma outra chave [explicativa], de superstição, de folclore, mas pelo menos é uma ponta que a gente pode puxar para a conversa e dizer não é só isso, tem outras questões que envolvem isso. Que nem a criança que estava com falta de ar e aí vem para o posto e aí todo mundo vem e aí por que todo mundo vem? Pelo menos a pessoa que já circulou nos 6 polos diz “ah, se isso fosse lá nos Tirys seria diferente, isso sendo nos Wajâpi tem outra questão, outros problemas”. Como os médicos são um pouco mais fixos [não mudam tanto de polo], as pessoas que circulam mais se atentam mais para isso e o médico por também ter esse poder, esse papel de centralizar, ser mais hierarquizado, de tomar decisão, tem essa pressão de trazer as pessoas para a realidade, para as explicações [...] a presença dele causa um rebuliço. E aí para gente é tudo isso mesmo, não é só isso, é saber que tem mais coisas do que o que a gente tá vendo só (Débora, Macapá, 8 de setembro de 2021, grifei).

Não é que os mecanismos explicativos e de entendimento não existiam antes da presença dos médicos. Mas, segundo Débora, eles auxiliam na seleção das justificativas que dão robustez para as especificidades que as decisões da EMSI apresentam frente ao padrão dos entendimentos médicos fora das Terras Indígenas. Ao analisarem as situações com as quais se deparam e as explicações apresentadas, podem buscar equilibrar sua autoridade biomédica com os entendimentos sobre os modos de viver e ser indígenas, adquiridos em sua atuação em uma EMSI. Consequentemente, a sensibilização diante da realidade indígena e seu uso no enfrentamento aos preconceitos/racismo contra os povos indígenas são molas propulsoras para a construção e legitimação de um *modus operandi* da atuação médica diferenciada em áreas indígenas.

³³³ Sem desconsiderar os riscos dessa sensibilização expor preconceitos, como anteriormente descrito.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002) versa sobre a importância de estabelecer parâmetros diferenciados de atendimento conforme as especificidades que cada povo apresenta para os serviços oficiais de saúde. Quem executará o atendimento são pessoas, indígenas e não indígenas, que se entendem pertencentes a determinadas categorias profissionais – após terem concluído um ciclo básico de formação para tal. Esses/as profissionais (i) tendem a seguir os padrões/tendências contemporâneas de suas profissões, e (ii) precisam de repertório e de espaço de reconhecimento desse repertório para agirem a partir de padrões diferenciados. Do contrário, criam padrões aleatórios sobre o que é diferenciado na saúde indígena institucional – como, por exemplo, “se virar nos trinta” (DIAS DA SILVA, 2010) – e se fiam nos programas e metas do Ministério da Saúde, reproduzindo-os no Subsistema de Saúde Indígena, sem arriscarem promover as diferenciações preconizadas na PNASPI – e concordo aqui com a análise do gestor da SESAI Samuel sobre a burocratização do SasiSUS (Supra p. 90). Ou seja, reforço que a execução da política (planejamento) específica aos povos indígenas não é possível sem a formação diferenciada de seus/as executores/as e sem a construção de repertórios de atuação junto a diferentes povos indígenas para todas as categorias profissionais.

É com base no contexto dos/as profissionais do DSEI Amapá e norte do Pará e a percepção deles/as ao trabalharem com médicos/as nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que faremos mais um ajuste das lentes e focaremos em uma região específica do Amapá, a região do baixo rio Oiapoque. Ali essa discussão sobre sensibilização e enfrentamento a preconceitos/racismo ganha contornos outros, seja nas relações de confiança entre profissionais indígenas e seus/as parentes, por um lado, seja na interação entre o humanismo contra-hegemônico dos médicos cubanos cooperados e os outros humanos que habitam o baixo Oiapoque.

CAPÍTULO 5. Um estudo de caso na Amazônia (Parte II): reflexões sobre a saúde no baixo Oiapoque

Com base no que expus nos capítulos anteriores sobre o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), sua interseção com o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e as diferentes medicinas e modos de exercer a biomedicina presentes nessas situações, foco neste capítulo na região do baixo Oiapoque, extremo norte do estado do Amapá, onde uma parte considerável dos/as habitantes do município de Oiapoque/AP é indígena³³⁴ e as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) realizavam seus trabalhos com a vaga de médico não preenchida, desde a criação do SasiSUS até 2013, quando aconteceu a chegada de médicos bolsistas do PMMB.

Nesse estudo de caso, o intuito é situar melhor as discussões dos primeiros capítulos através de uma curta incursão em campo. Busquei analisar as pessoas e situações conectadas ao momento singular de aproximação de profissionais médicos das rotinas de atenção primária nas Terras Indígenas do baixo Oiapoque, e desse processo extrai *insights* teóricos sobre o atendimento aos povos indígenas dentro e fora do Subsistema de Saúde Indígena. Assim, o estudo de caso possibilitou o não encapsulamento da análise à presença de médicos (cubanos, brasileiros com ou sem CRM, na saúde indígena etc.) nas TIs, ou à percepção das pessoas sobre eles/as e outros assuntos focados nesse profissional, posicionando-os em meio a diversas lutas dos povos indígenas do Oiapoque e especificidades de saúde de cada povo.

No capítulo anterior, apresentei o DSEI Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP) para compor a paisagem do antes e depois da saída dos médicos cubanos das EMSI da região. Neste capítulo, abordo as especificidades do SasiSUS na região do baixo Oiapoque para contextualizar quatro situações que nos permitem pensar a atenção à saúde diferenciada aos povos da região (Karipuna, Palikur-Arukwayene, Galibi-Kali'na³³⁵ e Galibi Marworno³³⁶).

Uma delas, a horta medicinal do médico Javier junto aos Palikur-Arukwayene, contém em si elementos da precariedade do SasiSUS (Capítulo 1 e 2), da importância do Programa Mais Médicos para o governo Dilma (Capítulo 2), da humanidade associada à prática dos/as médicos/as cubanos/as (Capítulo 3) e das especificidades dos povos indígenas – no caso, do povo Palikur-Arukwayene. Sua realização, encabeçada por um médico, exemplifica uma práxis

³³⁴ Conforme o último censo brasileiro, de 2010, 27,1% da população do município de Oiapoque se declarava indígena.

³³⁵ Não estive na Terra Indígena Galibi onde está localizada a única aldeia Galibi Kali'na no Brasil, mas conversei com pessoas deste povo, estive em eventos públicos em que estavam representados e analisei documentos sobre os povos da região que os inclui. É desta forma que eles estão presentes nesta pesquisa.

³³⁶ Apresentei esses povos no capítulo anterior, p. 203.

sensibilizada, para dialogar com a reflexão feita no último subitem do capítulo anterior, ou humanizada, como costuma ser definida a atuação desses médicos cooperados. Ao mesmo tempo, evidencia os limites das ações pensadas conforme a onto-epistemologia não indígena, ainda que humanizadas, e a importância da junção de diversas áreas do conhecimento para que iniciativas diferenciadas se tornem estruturantes no SasiSUS.

5.1. De Macapá a Oiapoque a saúde indígena se indianiza

A primeira vez que estive no Oiapoque foi no início de 2020 para consultar as lideranças indígenas da região sobre esta pesquisa. Alguns interlocutores indígenas com os quais estabeleci os primeiros contatos³³⁷ me orientaram a fazer essa consulta durante a XXVIII Assembleia do Conselho dos Caciques dos Povos Indígenas de Oiapoque (CCPIO), que estava prestes a acontecer.

Como explica Sinésia Forte dos Santos (2018), as Assembleias de Avaliação e Geral reúnem anualmente representantes dos quatro povos com aldeias na região do Oiapoque (Palikur-Arukwayene, Galibi-Marworno, Karipuna e Galibi Kali'na). A Assembleia de Avaliação costuma ser “fechada”, com participação somente dos indígenas e não indígenas incorporados às famílias³³⁸, sendo o espaço de construção da pauta para a Assembleia Geral, “‘aberta’ aos participantes não indígenas externos” (p. 4). Segundo a autora, através dessas reuniões busca-se conquistas para os povos indígenas da região, a solução dos problemas das comunidades e, acima de tudo, “defender os direitos dos povos indígenas com relação à saúde, à educação, à cultura, à terra e ao meio ambiente” (p. 4). As etnografias e materiais sobre os indígenas da região ressaltam a importância dessas assembleias na organização e conquistas políticas desses povos. Elas costumam contar com a participação de autoridades governamentais e representantes de instituições não governamentais parceiras dos indígenas (TASSINARI, 2003; CAPIBERIBE, 2009).

A assembleia foi adiada algumas vezes, mas por fim aconteceu na última semana de fevereiro de 2020. Um dia antes do evento, fui com a coordenadora regional do Instituto de Pesquisa e Formação Indígena (Iepé)³³⁹ até a aldeia Curipi, na BR-156, onde aconteceria a

³³⁷ Contatos feitos com apoio da minha orientadora, que realiza trabalhos na região desde os anos 90, como descrito na introdução desta tese.

³³⁸ Pessoas não indígenas casadas com mulheres ou homens dos quatro povos indígenas. Conforme a dinâmica de cada povo, esses casamentos podem configurar uma integração dessas pessoas ao cotidiano das comunidades.

³³⁹ Organização não governamental, que desde 2012 desenvolve atividades relacionadas ao fortalecimento cultural, político e ao desenvolvimento sustentável das comunidades indígenas em território brasileiro localizadas no Planalto das Guianas.

assembleia, para entregar alguns materiais, dentre eles banners sobre o “Plano de vida dos povos e organizações indígenas do Oiapoque” (APIO, 2009), descrito adiante, e para ela checar se precisavam de algo a mais. Retornávamos para lá dois dias depois, já que o primeiro dia do evento foi restrito aos indígenas. Enquanto isso, muitos carros e ônibus chegavam na aldeia, e as famílias descarregavam roupas e painéis. Algumas eram entregues aos/as indígenas que estavam organizando o evento como contribuição à cozinha coletiva, outras iam com as pessoas para as diferentes casas ali existentes. A aldeia tinha cerca de 15 casas, sem contar os espaços comunitários, e alguns/as participantes pernoveram na aldeia (a maioria dos/as indígenas e a equipe da Funai de Macapá, por exemplo), enquanto outros/as preferiam ir e vir de Oiapoque, a aproximadamente 18 km dali, como o pessoal do Iepé que me acolheu nesse primeiro contato.

Logo no período da manhã, os/as caciques discutiram a continuidade ou não da assembleia, pois souberam da morte de um homem Galibi-Marworno. Entre as falas de pêsames, muitos relacionaram o número elevado de mortes e a situação da saúde como um dos motivadores para que continuassem reunidos. Assim, os/as familiares do falecido retornaram para a aldeia e a reunião continuou. Enquanto isso, algumas instituições chegavam (Coordenação regional da Funai e o DSEI-AMP, professores da UNIFAP, por exemplo) e aguardavam a possível retomada dos trabalhos.

No primeiro dia de Assembleia “aberta”, apenas os/as caciques, indígenas com cargos políticos e/ou públicos e jovens estudantes indígenas da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)³⁴⁰ falaram. Os/as primeiros/as foram convidados a se manifestar e falaram sobre a situação de suas comunidades³⁴¹; os/as segundos/as descreveram ações que realizaram ou planejavam realizar nas instâncias em que trabalhavam; e os/as terceiros/as ajudavam Gilberto Iaparrá, Palikur-Arukwayene presidente do CCPIO à época, na organização do evento, com a escrita da ata e de moções, manuseio dos aparelhos eletrônicos, apoio na condução das falas etc. No dia anterior, os Karipuna, Galibi Kali‘na, Galibi-Marworno e Palikur-Arukwayene tinham se dividido em grupos conforme os eixos temáticos do “Plano de vida dos povos e organizações indígenas do Oiapoque” (APIO, 2009). O Plano foi construído por lideranças indígenas através de atividades ocorridas entre setembro e novembro de 2008, com apoio do IEPÉ (APIO, 2009)³⁴². O Plano contém diretrizes e ações estratégicas para, como consta na

³⁴⁰ Universidade que possui um campus no município de Oiapoque que oferece os seguintes cursos: Direito, Enfermagem, Ciências Biológicas, História, Pedagogia, Letras, Geografia e Intercultural Indígena. Todos possuem cotas para ingresso de estudantes indígenas.

³⁴¹ Como descreve Capiberibe (2009), esse diálogo com o além da aldeia é o que se espera do cacique, para que leve as demandas de sua comunidade e lhe traga benfeitorias.

³⁴² 2008 também marca o início do “Programa Oiapoque”, divulgado pelo Iepé como uma de suas frentes de atuação na região das Guianas.

apresentação do documento, “alcançar uma boa qualidade de vida, com sustentabilidade” (p. 7). Os eixos temáticos constantes no plano de vida são: (i) saúde, (ii) educação, (iii) produção e outras atividades, (iv) território e meio ambiente, (v) cultura e (vi) movimento indígena.

Na primeira manhã da Assembleia “aberta”, o grupo de lideranças indígenas que discutiu o eixo temático “Saúde” foi chamado para apresentar uma síntese sobre o tema. Eles se levantaram e em pé, de frente para o restante das pessoas sentadas em cadeiras enfileiradas, seguraram um banner contendo as diretrizes e ações do Plano relacionadas à saúde, as quais liam e comentavam. Faço, portanto, uma pequena análise sobre o eixo “Saúde” do Plano de vida (APIO, 2009) e sua operacionalidade, para dimensionar a historicidade das demandas dos povos indígenas do baixo Oiapoque e contextualizar as falas da plenária que sucederam a explicação do grupo que apresentou o eixo.

No Plano de vida, o eixo “Saúde” começa com uma citação de Paulo Roberto Silva, liderança Galibi-Marworno: “A água é nossa maior riqueza, temos que cuidar bem dela. O sistema de saneamento básico, com um bom banheiro, chuveiro, lugar para lavar louça e roupa, é importante para nossa comunidade. Evita muitas doenças, como a diarreia” (p. 29). A frase dá o tom das demandas de saúde que são apresentadas em seguida, com planos de mais infraestruturas, materiais e contratações que estão diretamente relacionados aos serviços oficiais de saúde.

Com isso, as ações descritas no Plano são: (i) ampliar e reestruturar a infraestrutura física e administrativa das unidades de atendimento à saúde indígena, com UBS nas aldeias e “mini hospitais” nas três regiões que coincidem com os polos bases do DSEI; (ii) garantir a manutenção dessas infraestruturas e aquisição dos materiais necessários ao atendimento; (iii) garantir profissionais habilitados e qualificados, (iv) de preferência indígenas e com formação contínua; (v) ampliar as ações de saneamento nas aldeias e (vi) de controle de endemias e doenças infectocontagiosas; garantir (vii) ações de assistência farmacêutica com respeito às práticas tradicionais indígenas, (viii) a imunização, (ix) o deslocamento de pacientes para as unidades de atendimento à saúde indígena e (x) mecanismos de comunicação adequados, como radiofonia e telefonia; por fim, (xi) fortalecer a participação da comunidade indígena na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação da política de saúde indígena.

O Plano de vida foi elaborado após nove anos de existência do Subsistema de Saúde Indígena. Em seis desses nove anos, a Associação dos Povos Indígenas do Oiapoque (APIO) foi a organização não governamental que firmou um convênio com a Funasa para gerir o Subsistema na região do Oiapoque, que é parte do território abrangido pelo Distrito Sanitário

Especial Indígena Amapá e norte do Pará – daqui em diante DSEI-AMP³⁴³. Essa experiência com a gestão do DSEI-AMP está presente no conteúdo sobre saúde contido no Plano de vida, de modo que as ações ali desenhadas dialogam com os termos da saúde indígena institucionalizada como “infraestrutura”, “unidades de atendimento à saúde indígena”, “formação profissional”, “saúde preventiva” etc. Assim, o eixo saúde guarda relação com os Planos Distritais de Saúde Indígena³⁴⁴ e poderia influenciar os planejamentos do DSEI subsequentes à sua divulgação.

Contudo, como abordado no capítulo anterior, os serviços oficiais de saúde indígena no Oiapoque têm sido oferecidos com base em diretrizes, objetivos, metas, padrões de construção e de planejamentos orçamentários construídos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em Brasília. Por exemplo, apesar de no Plano de vida (APIO, 2009) constar o direcionamento para que as infraestruturas considerem “as concepções de edificação, ocupação espacial e condições socioambientais próprias de cada povo indígena” (p. 32), o que existe hoje são três Unidades Básicas de Saúde de Tipo II (UBSI-II), chamadas de Polos bases, com plantas prediais praticamente idênticas (Supra p. 219). Os três polos – Kumenê, Kumarumã e Manga – tiveram as obras concluídas por volta de 2017 – ou seja, já com o Plano de vida em operação sem que, contudo, ele alterasse os rumos das ações do DSEI-AMP.

A baixa operacionalidade do eixo “saúde” do Plano de vida (APIO, 2009) também é perceptível na não apropriação do seu conteúdo por parte dos/as profissionais do DSEI, principalmente dos/as que atuam em Macapá/AP. Na diretriz que versa sobre garantir o atendimento com profissionais habilitados/as e qualificados/as consta apenas uma ação listada, “contratar profissionais de saúde em diferentes especialidades médicas”. Esta diretriz está separada de outra que também trata sobre os recursos humanos que atuam nos serviços, com ênfase na priorização de “formação e contratação dos trabalhadores indígenas para executar as ações de saúde indígena” – sobre a qual falo adiante³⁴⁵. Ao construírem o Plano de vida, os/as indígenas participantes não só reconheciam a ausência de médicos/as, como reivindicavam um conjunto de especialistas direcionados para atendê-los/as³⁴⁶. Porém, como abordado no capítulo anterior, a ausência de médicos nas equipes era naturalizada pelos agentes do DSEI-

³⁴³ À época o DSEI-AMP estabeleceu convênios simultâneos com organizações dos povos indígenas de cada região do Amapá e do norte do Pará. Depois, como apresentado no capítulo 1 desta tese, a Funasa restringiu o escopo do convênio, limitando-o à contratação de recursos humanos e atividades do controle social, e em seguida restringiu o número de conveniadas, chegando a estabelecer convênio com apenas três entidades para atender todos os trinta e quatro DSEIs.

³⁴⁴ Planos quadrimestrais dos DSEIs, explicados no capítulo 4 (p. 218).

³⁴⁵ Em 2008, ano em que o Plano foi elaborado, ainda não havia indígenas da região formados em medicina, nem o Programa Mais Médicos (PMM) estava em operação.

³⁴⁶ Sobre a formação e as especialidades médicas, ver o capítulo 3 desta tese.

AMP e as vagas para esta categoria profissional seguiram muitos anos sem a possibilidade de serem preenchidas por ausência de processos seletivos.

Voltando à Assembleia, após a fala do grupo responsável pelo eixo “saúde”, abriu-se inscrições para que a plenária também falasse sobre o eixo e sobre a apresentação do grupo. Nesse momento, os problemas enfrentados no acesso à saúde indígena institucional e os/as médicos/as foram bastante discutidos. As lideranças cobraram: que os pacientes indígenas tivessem acesso aos resultados de seus exames clínicos; garantia de admissão dos profissionais aprovados no processo seletivo para trabalhar na saúde indígena; vigilantes para os polos; garantia de atendimento diferenciado; condições de trabalho para AIS e AISAN; placas solares e internet nos polos (as placas solares foram instaladas em março de 2020, cerca de um mês depois da assembleia); manutenção dos aparelhos radiofônicos nas aldeias; cursos de capacitação para conselheiros e para os novos contratados da conveniada.

Se o Plano de vida (APIO, 2009) sumariza como os povos do baixo Oiapoque vislumbraram o aprimoramento dos serviços oficiais de saúde em 2008, as reivindicações durante a plenária da Assembleia de 2020 demonstram como desrespeitos cotidianos a esses povos seguem afastando a plenitude da qualidade de vida almejada. Quando os/as usuários/as do serviço não conseguem acessar os resultados de exames que realizaram, é preciso refletir sobre o impacto disso para eles/as e para a continuidade das ações promovidas por esse serviço. Se o sujeito procurou a Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), ou foi procurado pela equipe, fez um exame e passou pela frustração de não obter as informações sobre sua situação de saúde ou tratamento para algum mal identificado, há uma quebra de confiança. Essa situação sendo recorrente e atingindo várias pessoas da comunidade, é a confiança na capacidade do DSEI-AMP de gerar saúde que fica comprometida, e que passa a ser problematizada pelos/as indígenas.

Ler as atas de Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI)³⁴⁷, os documentos relacionados ao fazimento da política pública (relatórios, planos etc.) e ouvir as histórias sobre o DSEI é se deparar com muita inconstância por parte dos promotores da política (entra coordenador, sai coordenador; entra uma instituição gestora, sai; se promete reforma da Casai, se promete gestão mais atenta a escutar os indígenas, essa gestão acaba). Em meio a essas inconstâncias, a população atendida pelo DSEI-AMP é a mesma que vê as promessas e justificativas se repetirem, assim como os preconceitos e o racismo que enfrentam acessando um serviço precário, que sequer lhes devolve os resultados de exames clínicos.

³⁴⁷ Controle social do Subsistema de Saúde Indígena, explicado p. 69.

Os procedimentos que não trazem resultados ou o atendimento não diferenciado são realizados ou orientados pelos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que estão nas aldeias. São eles que materializam as diretrizes, metas, objetivos e ações do Subsistema junto aos povos indígenas, e que constroem relações de confiança ou não com aqueles/as que atendem. Durante a plenária da Assembleia dos povos do Oiapoque, o recém-empossado coordenador do DSEI-AMP, Domingos³⁴⁸, foi alertado para que prestasse atenção nos documentos que os profissionais levam até ele sem assinatura de caciques, porque às vezes estes profissionais “fazem do jeito deles e não como os indígenas preferem” (sendo a pessoa que fez essa fala bastante aplaudida)³⁴⁹. A fala e sua recepção demonstraram que a desconsideração pelo que os povos indígenas reivindicavam vinha sendo uma constante, chegando a situações extremas, como duas ocupações da sede do DSEI-AMP em 2016, em protesto aos rumos tomados pela gestão à época.

Houve muitas falas relacionadas, por exemplo, aos médicos, que nos últimos anos se tornaram figuras rotineiras nas equipes de área. Críticas foram dirigidas a um/a médico/a brasileiro/a que estava atuando na região do Polo Base Manga e que não estava atendendo as grávidas das aldeias adjacentes ao Polo porque não queria andar de barco – e a liderança que comentou o caso esclareceu que não foram eles, os moradores do Manga, que quiseram que ele/a ficasse só ali na aldeia deles, onde se localiza o Polo Base (UBSI II) e o acesso é terrestre³⁵⁰. Posteriormente, lembraram de outro/a médico/a que tentou colocar limites de atendimento por dia, também no Manga.

No meio dessa conversa, um cacique foi enfático, “*ou o médico é capacitado para atender o povo, ou não tem como atender*”, sendo essa capacidade associada ao entendimento de que naquele espaço as decisões não são tomadas unilateralmente. Uma cacica karipuna acrescentou, “*e não falamosportunhol, somos brasileiros!*”. Essa talvez tenha sido a única referência direta aos médicos cubanos que atuaram na região – médicos estes que ou tinham regressado para Cuba, em dezembro de 2018, ou estavam em Oiapoque, à espera de uma nova chamada ou autorização para atuarem como médicos no Brasil. Contudo, percebo que essas falas condensam um conhecimento empírico de trato com os profissionais médicos diferente da demanda de contratação de “profissionais de saúde em diferentes especialidades médicas”,

³⁴⁸ Experiente gestor de políticas públicas de saúde no Amapá. Partes da entrevista que realizei com ele constam no capítulo 3 e 4.

³⁴⁹ Algo semelhante ao argumento de Ailton Krenak (2020), ao refletir sobre os desafios atuais do Subsistema de Saúde Indígena e a necessidade de romper com o modo colonial de “morder e assoprar” presente nas políticas públicas estatais junto aos indígenas.

³⁵⁰ Sendo essa uma afirmação importante para a manutenção das alianças entre os povos indígenas da região. Para saber mais sobre as relações entre os povos indígenas da região, ver Vidal (1999).

presente no Plano de vida (APIO, 2009), construído antes da execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Em 2020, as lideranças já tinham experienciado a circulação de médicos pelos rios – lembrando (i) da disponibilidade que tinham os médicos cubanos, percebida pelos profissionais (Supra p. 236) –, (ii) a relação com profissionais atentos às decisões dos caciques, como Helena comentou sobre a postura dos cubanos frente às hierarquias (Supra p. 190), e (iii) as dificuldades de comunicação devido ao “portunhol” de alguns cubanos (Supra p. 178).

Na saúde indígena institucional da região do baixo Oiapoque, percebo que os médicos concentram a maior alteridade, e isso não se alterou com a mudança do perfil dos bolsistas do Programa Mais Médicos (PMM) que ocorreu a partir de 2018, após o fim do acordo entre Brasil e Cuba. Na primeira fase do PMM, quando as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) dos Polos bases Kumênê, Kumarumã e Manga passaram a receber os primeiros médicos, eram todos homens e cubanos, nacionalidade que não tem presença significativa na região³⁵¹. Como boa parte dos atendimentos são realizados com mulheres³⁵², as quais muitas vezes têm o português como segunda língua, como as mulheres palikur-arukwayene, o início dos trabalhos não foi fácil e exigiu algumas adaptações, como a presença de intérpretes, papel às vezes realizado por pessoas do povo com maior entendimento do português, às vezes por profissionais da saúde que entendiam melhor o portunhol e/ou o contexto das doenças e demandas de cada povo da região.

Para participarem do PMM, os médicos cubanos fizeram aulas de português, mas falavam com sotaque e pronunciavam algumas palavras em espanhol que exigiam esforço dos/as seus/suas interlocutores/as para se comunicarem. Com o tempo, as habilidades da maioria desses médicos nas relações interpessoais e profissionais aproximaram-nos dos seus interlocutores locais (profissionais e população atendida). Mas, no caso específico da saúde indígena institucional no baixo Oiapoque, essas relações interpessoais, ainda que melhores, serviram para, no máximo, igualar esses profissionais aos demais profissionais de saúde não indígenas das equipes, mantendo-os em uma relação ainda distinta da relação de confiança que é estabelecida com profissionais indígenas de saúde, como abordo adiante.

Após a saída dos médicos cubanos cooperados do PMM, as vagas foram ocupadas por brasileiros/as sem diploma registrado no país, doravante chamados de médicos brasileiros sem

³⁵¹ Região localizada na fronteira do Brasil com a Guiana Francesa, com características específicas de uma região de fronteira, como abordado no capítulo 4. Sobre serem apenas médicos homens na saúde indígena, ver capítulo 2, p. 117.

³⁵² Sendo até difícil coletar relatos dos homens palikur-arukwayene, por exemplo, sobre as experiências de consultas com os médicos cubanos.

CRM. Estes/as, apesar de se comunicarem perfeitamente em português, apresentavam outros dois aspectos que mantinham sua alteridade diante do restante da equipe e dos indígenas da região. Diferente dos cubanos, os médicos brasileiros sem CRM que foram para o Oiapoque eram todos brancos, destoando da maioria dos profissionais da região que se autodeclara parda ou indígena (BRASIL, 2019e). Outrossim, a maioria não morava e nem passou a morar no Oiapoque ou no Amapá durante os anos que trabalhou no SasiSUS, estabelecendo uma relação com a região restrita às suas escalas de trabalho. Em comum, nem os médicos cubanos nem os brasileiros sem CRM eram indígenas. Nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a categoria médica é a única que ainda não conta com profissionais indígenas³⁵³, e essa é uma característica muito importante sobre a região.

5.1.1. Sobre a dupla responsabilidade de ser Karipuna, Palikur-Arukwayene, Galibi-Marowrono e Galibi Kali'na e profissional de saúde

Em 2022, voltei ao Oiapoque, dois anos depois de ter acompanhado a XXVIII Assembleia do CCPIO. Esse lapso temporal foi devido à pandemia da COVID-19 e às restrições de deslocamento e interação presencial a ela vinculadas – como descrito na introdução desta tese. Desde quando peguei o transporte que me levou de Macapá para o Oiapoque, meu campo foi marcado pela presença dos/as profissionais indígenas que atuam nos serviços de saúde, tanto no Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) como no SUS. Foi possível perceber que aquela reivindicação de admissão dos/as profissionais aprovados/as no processo seletivo, exposta na Assembleia de 2020, envolvia diversos/as profissionais indígenas. Esses/as profissionais estão presentes tanto no SasiSUS como na rede de atendimento do SUS. Na viagem para Oiapoque, conversei com Agustina, técnica de enfermagem galibi-marworno que trabalha na sala de parto do Hospital Estadual Oiapoque (HEO). Ela é técnica de enfermagem desde 1994, quando não existia o hospital na cidade e ela trabalhava em uma das duas Unidades Básicas de Saúde do município. Agora, com enfermeiros/as, técnicos e uma médica indígena no HEO, Agustina disse que melhorou muito o atendimento aos/às parentes.

Agustina se referia aos profissionais indígenas que atuam no Hospital através do Núcleo Estadual de Saúde Indígena (NESI). Criado em 2017 pelo governo do estado do Amapá³⁵⁴, o NESI é “responsável por viabilizar os encaminhamentos referentes às questões de saúde

³⁵³ Na sede do Distrito tem outras especialidades que contam muitas vezes com apenas uma vaga, preenchida por profissionais não indígenas - como antropologia, pedagogia e biologia.

³⁵⁴ Portaria da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá n. 405, de 06 de junho de 2017.

indígena, devidamente referenciados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP)” (AMAPÁ, 2017, s/p). Em 2020, o Núcleo estadual Oiapoque contava com uma enfermeira não indígena e dois técnicos de enfermagem indígenas dos povos Karipuna e Galibi-Marworno. o NESI iniciou suas atividades em 2018, após um primeiro Núcleo ter sido criado em Macapá/AP.

No dia seguinte à viagem com Agustina, fui cedo para a CASAI Oiapoque, que fica na região central do município. Ao aguardar o transporte que levaria dois técnicos de enfermagem indígenas, a enfermeira Odila, além de mim mesma, para a aldeia de Kumenê, conheci outras duas técnicas de enfermagem, uma Galibi-Marworno e outra Karipuna, que também esperavam o transporte para iniciarem suas escalas – que cumprem somente acompanhadas de Agentes Indígenas de Saúde nas aldeias com UBSI³⁵⁵. Enquanto esperávamos, acontecia um entre e sai de pacientes, lideranças, como o cacique-geral Gilberto Iaparrá e o presidente do CONDISI, Assurui Wajapi, e funcionários/as da CASAI, atualmente chefiada por um Galibi-Marworno. A maioria das pessoas ali eram indígenas.

Quando voltei de Kumenê para Oiapoque, conversei com a gerente-enfermeira da CASAI que é Karipuna. Ela compartilhou comigo quão exigente é ser Karipuna e trabalhar para seu próprio povo. Fazendo muito uso da palavra “confiança”, ela ressaltou ter uma dupla responsabilidade, enquanto profissional e enquanto indígena. Nossa conversa me fez pensar que, se para um/a profissional não indígena perder a confiança e conflitar com os/as indígenas atendidos/as pode lhe acarretar alguns percalços profissionais (uma mudança de lotação, demissão etc.), no caso dessa gerente, e vários/as outros/as profissionais oriundos/as dos povos do Oiapoque e que trabalham no DSEI-AMP, são suas relações pessoais que também podem ser afetadas. Observo que a noção de “confiança” relacionada às responsabilidades que recaem sobre os profissionais da saúde indígena é radicalmente diferente do sentimento de vítima que expressavam as profissionais de saúde com quem Dias da Silva (2010) conversou:

A noção de responsabilidade tem sido usada pelos profissionais de saúde de forma a reiterar a ideia de vulnerabilidade indígena, mas também de modo a autoproclamar uma condição de vítima [...] os profissionais de saúde se julgavam vítimas de múltiplas cobranças sobre suas atuações, apontando para uma falta de reconhecimento estrutural, quer dizer, orientada pela arbitrariedade das decisões das lideranças indígenas e pela falta de recursos e infraestrutura (p. 7).

A equipe que acompanhei em área também era, em sua maioria, indígena: eram dois técnicos de enfermagem, uma Karipuna e outro Galibi-Marworno, três Agentes Indígenas de Saúde (AIS) palikur-arukwayene, duas mulheres e um homem, um Agente Indígena de

³⁵⁵ Aldeias com UBS conforme a Tabela 8, p. 205.

Saneamento (AISAN) palikur-arukwayene, e a enfermeira, não indígena, que trabalhava na CASAI Oiapoque e era moradora da cidade antes de atuar na saúde indígena. Na minha entrada seguinte, em novembro de 2022, a equipe também era de maioria indígena: dois técnicos de enfermagem palikur-arukwayene, uma enfermeira karipuna, os mesmos AIS e AISAN, e Denis, médico não indígena.

Essas foram experiências diferentes das que eu tinha vivenciado anteriormente junto às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e/ou com profissionais das sedes dos DSEIs, durante meu mestrado no baixo, médio e leste Xingu (ASSUMPÇÃO, 2014) ou nos dois anos que trabalhei para uma conveniada da saúde indígena institucional nos processos seletivos de DSEIs no Mato Grosso e Pará³⁵⁶. Nesse período, os cargos das EMSI eram ocupados majoritariamente por não indígenas, à exceção dos AIS e AISAN. No Oiapoque, são os/as indígenas os/as principais responsáveis pela execução das ações locais dos serviços oficiais de saúde, diferente dos outros povos da área de abrangência do DSEI-AMP e do ambiente da sede do DSEI, em Macapá.

Com isso, notei que durante a escala da EMSI que acompanhei não presenciei falas preconceituosas sobre indígenas serem difíceis, violentos, pouco higiênicos e afins, como as que alguns/as profissionais disseram nos encontros dos cursos que realizei junto com o Núcleo 2 do DSEI-AMP. “Os indígenas” enquanto esse outro difícil, violento e sujo não existia ali no Polo Base, na CASAI ou no alojamento em que a equipe permanece durante o cumprimento da escala de trabalho dentro da Terra Indígena³⁵⁷. A distinção passou a ser então entre profissionais da saúde e usuários dos serviços, ou entre o povo do profissional indígena que está trabalhando e o povo atendido – no caso do Polo Base Kumenê, o povo Palikur-Arukwayene. Noções de que os/as Palikur-Arukwayene são fechados/as, principalmente as mulheres, ou a reclamação de que só chamam quando a situação já se agravou estavam presentes, mas no lugar dos julgamentos racistas sobre a forma errada dos/as indígenas serem e se cuidarem, esses comentários suscitaram manifestações de empatia e indignação pela situação em que o SasiSUS e o SUS se encontram, com falta de medicamentos, de exames, transporte e afins. A situação gera desconfiança, insegurança, medo e tristeza aos/às indígenas da região – grupo ao qual os/as profissionais também pertencem.

Diante dessas situações de precariedade ou de racismo que ocorrem nos serviços oficiais de saúde, percebo, através das suas narrativas durante as entrevistas, que esses/as

³⁵⁶ Principalmente junto aos DSEIs: Cuiabá, Xingu, Xavante e Altamira.

³⁵⁷ Alojamento descrito no capítulo anterior, p. 210.

profissionais Karipuna, Galibi-Marworno, Galibi Kalina e Palikur-Arukwayene se posicionam em defesa de seus/as parentes³⁵⁸. Por exemplo, Ana, 30 anos, enfermeira karipuna que foi por aproximadamente um ano a chefe da equipe do Polo Base Kumenê, disse se revoltar com algumas situações que presencia no Hospital Estadual Oiapoque (HEO):

Muitas vezes eles [os Palikur-Arukwayene] reclamam da forma que conversam com eles, né? Se você falar “tó, assina aí”, eles não vão [assinar] e ainda vão ficar com raiva de você. As pessoas podem pensar que indígena não entende. Não entende? Eles são muito sensíveis e eu também sou assim, eu sou muito sensível. Quando o enfermeiro do Hospital falou [com um casal Palikur-Arukwayene com a filha internada com complicações respiratórias], eu mesma fiquei fervorosa. Teve um momento que a mãe queria ir ao banheiro, aí eu falei [pro pai] “segura a bebê, porque a mãe está apertada”, aí o enfermeiro veio de lá e falou “Olha pai! Pai, olha para mim, hein! Olha para mim!”, gritando. Aí ele falou “a tua filha não pode ficar sem isso aqui, isso não pode sair da cara dela”. Aí ele saiu. [...] Se você fala com agressividade eles percebem, eles se sentem humilhados e se sentem maltratados. E aí muitas vezes tem essa dificuldade de tirar de lá [remover da aldeia], porque eles falam que chegam aqui e são maltratados [...] e aí eles vão transmitir isso entre eles. Então tem que tomar muito cuidado nessa coisa de ameaçar eles, essas coisas (Ana, Oiapoque, 4 de março de 2022).

Alfredo é Palikur-Arukwayene, tem aproximadamente 40 anos, trabalha atualmente como assessor indígena no DSEI-AMP, em Macapá, e conhece como seu povo costuma interpretar situações como a que Ana descreveu acima:

Teve um tempo que os Palikur não queriam ir pra cidade porque eles diziam que o indígena ele estava na sua aldeia caminhando, e depois voltava no caixão. Então eles diziam que não queriam morrer, e então ficavam se tratando com medicação tradicional, preparados que faziam com folhas, plantas (Alfredo, Macapá, 5 de maio de 2021).

Capiberibe (2009) ouviu a mesma explicação quando acompanhou o adoecimento e falecimento de um jovem palikur-arukwayene que preferiu não ir para a cidade e permanecer na aldeia, com sua rede de relações ativada, já que outro homem tinha ido e morrido, “saiu da aldeia andando e voltou morto” (p. 130). As experiências conflituosas de indígenas com os serviços de média e alta complexidade para os quais são referenciados/as³⁵⁹ pela atenção primária da saúde indígena não são exclusivas dos/as Palikur-Arukwayene ou dos demais povos do baixo Oiapoque (ASSUMPÇÃO, 2014; ROSALEN, 2017; BENITES, 2018; BARRETO, 2021a). Situações como essa também ocorrem em outros contextos. Seja porque não oferecem condições materiais para o resguardo de gestantes guarani (BENITES, 2018, p. 68), seja porque os profissionais não escutam os indígenas (ROSALEN, 2017, p. 202), ou

³⁵⁸ Parente no sentido explicado por Gersen Baniwa, de vínculo entre os indígenas no Brasil (Supra p. 157).

³⁵⁹ Encaminhamento para uma instituição que ofereça algum procedimento, tratamento ou infraestrutura a pacientes que foram primeiramente atendidos em um serviço primário de saúde.

desacreditam suas teorias e práticas medicinais (BARRETO, 2021a, p. 29), as instituições de saúde para além do Subsistema costumam ser palco de experiências racistas.

Por esses espaços serem pensados somente através de parâmetros biomédicos de saúde-doença-cuidado-cura, com rara presença de profissionais ou gestores/as indígenas, as demandas dos/as pacientes indígenas (presença de vários acompanhantes, realização de práticas indígenas de cuidado-cura, modificação da alimentação, não amputação etc.) costumam ser entendidas como absurdas, irracionais, impossíveis de serem atendidas, perigosas etc.

Como vimos, há atualmente uma equipe de profissionais indígenas no Hospital Estadual de Oiapoque (HEO). Foi André, técnico de enfermagem galibi-marworno que compõem o Núcleo Estadual de Saúde Indígena (NESI) de Oiapoque, quem me ajudou a entender as dificuldades que os indígenas enfrentam no hospital – pacientes e profissionais. No caso dos profissionais indígenas do NESI, a importância de sua presença não era bem entendida pela direção e pela maioria dos/as profissionais do Hospital. Para eles/as, se os profissionais indígenas eram técnicos de enfermagem como os demais, precisariam atuar igual a qualquer outro técnico do hospital, divididos em setores (internação, pediatria, emergência etc.).

Contudo, com uma equipe reduzida, de três pessoas, muitas vezes ficava apenas um profissional do NESI atuando em determinado período do dia (fazendo plantões, uma vez que o hospital funciona 24 horas), para acompanhar todos os/as pacientes indígenas com as mais variadas idades e doenças e, portanto, espalhados pelos setores do Hospital. Assim, se fossem setorizados, como poderiam acompanhar algum/a indígena que não estivesse recebendo tratamento no setor em que o único profissional do NESI de plantão estaria cobrindo? Como poderiam sair do setor para acompanhar pacientes indígenas sem correr o risco de deixar os/as demais pacientes desassistidos/as?

Foi com base nessas questões que André e os demais colegas do Núcleo passaram a pautar os/as dirigentes do hospital e buscar um espaço próprio para o NESI, não apenas físico, mas também no fluxo de trabalho da instituição. Aos poucos, eles conquistaram um fluxo próprio de trabalho, que passou por (i) construir um canal de comunicação direto e facilitado com a CASAI e o DSEI-AMP, (ii) acompanhar os pacientes indígenas no Hospital, (iii) ter uma sala específica e (iv) a contratação de mais profissionais para o Núcleo. A médica karipuna Yara Ayllyn (33 anos), que atua no HEO desde 2021, enfatizou a importância de não ser a única profissional indígena no hospital, e, em entrevista, me contou que logo que iniciou seus trabalhos, era sempre provocada a mostrar que era capaz. Outros/as profissionais questionavam seus diagnósticos e tratamentos, pedindo que ela explicasse suas razões, algo incomum na

relação com os/as outros/as médicos/as. E ela concluiu, “*sem eles [os técnicos indígenas do Nesi] minha vida no hospital seria muito mais difícil*” (Yara, Oiapoque, 1 de março de 2022).

Tanto Yara quanto Alceu (KARIPUNA, 2017), outro médico karipuna, ressaltam a importância de atuarem junto aos/as seus/as parentes e outros povos do Oiapoque. Ainda que nenhum dos dois esteja vinculado ao Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), se vêem como profissionais engajados com seu povo e têm o reconhecimento dos/as indígenas da região, que não cansam de mencionar os projetos que o médico indígena desenvolve nas aldeias³⁶⁰, ou a existência de uma médica indígena no hospital.

No baixo Oiapoque, percebo que a maioria dos/as Karipuna, Galibi-Marworno, Galibi Kali’na e Palikur-Arukwayene que estudam e se tornam profissionais da saúde têm ciência da luta travada pelas lideranças de seus povos por suas vagas na universidade e nos postos de trabalho. No caso da universidade, houve forte mobilização das lideranças junto aos/as estudantes para a garantia e ampliação de vagas reservadas para indígenas em todos os cursos ofertados no campus da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) em Oiapoque. No caso da garantia de posicionamento no mercado de trabalho, consta planejado no Plano de vida (APIO, 2009) a inserção e formação contínua de profissionais indígenas no Subsistema, o que foi reiterado nas reivindicações feitas durante a Assembleia do CCPIO de 2020, descrita no início deste capítulo.

Essas mobilizações não se restringem aos casos relatados. Em minhas conversas com o ex-cacique geral Gilberto Iaparrá, em fevereiro de 2022, ele estava contente com os vinte e oito estudantes indígenas aprovados no vestibular da Universidade Federal do Pará (UFPA), mas preocupado com a permanência deles tão longe do Oiapoque. Ao mesmo tempo, conquistas como o Núcleo Estadual de Saúde Indígena (NESI) são frutos de outras articulações que as lideranças indígenas da região realizam junto ao poder executivo, com sua Secretaria Estadual dos Povos Indígenas, e legislativo. Me parece que a “confiança” mencionada pela gerente karipuna da CASAI Oiapoque guarda relação com o reconhecimento dessas conquistas políticas protagonizadas pelas lideranças dos povos do baixo Oiapoque, e com a manutenção dessas lideranças como referências para os/as profissionais indígenas de saúde.

Retomando um comentário anterior sobre “um Antonio só não fazer verão”, ao narrar a trajetória solitária do indígena Antonio na formação médica (ver capítulo 3, item 3.1.), o que percebo é que ao se formarem e se inserirem de formas diversas nos serviços de saúde, os/as indígenas do Oiapoque começam a pautar as estruturas rígidas das instituições. Com a força

³⁶⁰ Narrados por ele em sua dissertação de mestrado (Karipuna, 2017).

impulsionadora da organização política dos povos do baixo Oiapoque, começa a surgir uma escala de técnicos de enfermagem diferenciada em um hospital, ou um médico indígena professor universitário que enxerga a importância de seu papel como agente formador, preferindo não atuar com dedicação exclusiva ao DSEI.

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) passam a ter técnicos/as de enfermagem que, ao acompanharem os/as pacientes, se enxergam num limiar entre ser profissional de saúde – e considerar, por exemplo, importante a remoção de pacientes para o hospital–, e ser indígena, não aceitando abordagens discriminatórias, não compactuando com certas posturas que reforçam as fronteiras entre indígenas e não indígenas e que racializam os primeiros – no sentido de culturalizar seus conhecimentos e comportamentos sem entender, nesse sentido, a biomedicina como igualmente “cultural”.

Portanto, antes de falar de atenção diferenciada como um compartilhamento de saberes e intermedicalidade positiva entre biomedicina e medicinas indígenas, é preciso enfrentar as barreiras de acesso e de diálogo, edificadas sobre solo colonizador e carregadas de preconceitos racistas que diferenciam de forma negativa os povos indígenas. Também me parece que essas adaptações pontuais, uma escala aqui, um questionamento à postura de um profissional não indígena ali, materializam e adensam um repertório de práticas diferentes de se relacionar que, ganhando amplitude e reconhecimento, podem alterar percepções mais hegemônicas da biomedicina. Nessa luta, os povos indígenas do Oiapoque não estão sós, pois não são os únicos que buscam uma outra medicina possível – ou, para não reforçar a separação entre relações médicas e não médicas, outras relações possíveis, como o humanismo socialista presente nas práticas de atenção primária realizadas pelos médicos cubanos cooperados. A horta medicinal realizada junto aos Palikur-Arukwayene, em 2015, exemplifica tanto esse humanismo quanto as possibilidades para além dele, quando plantas podem ser mais do que remédios.

5.2. Sobre a ex-horta medicinal do Polo Base Kumenê

5.2.1. O médico da horta

O médico mais citado pelos meus/minhas interlocutores/as quando questionados/as sobre os efeitos da presença dos médicos do Programa Mais Médicos foi o Doutor Javier Isbell López Salazar, um cubano que permaneceu três anos atuando no polo base Kumenê e ficou conhecido no Amapá como o médico que fez uma horta na aldeia dos indígenas. A horta foi feita ao lado

do antigo prédio do polo, bastante divulgada na imprensa governamental brasileira da época, descrita adiante.

Relendo as entrevistas que realizei com diferentes atores (locais, regionais e a nível federal), foi possível perceber que vários/as citaram Javier antes que eu fizesse qualquer menção a ele. Meus/as interlocutores/as de Brasília, de um jeito mais genérico, mencionaram ele ao falarem sobre o conhecimento que esses/as médicos/as tinham de medicinas alternativas (como a chinesa) e de plantas, “que já utilizavam em Cuba” (Maurício, gestor do PMM no Ministério da Saúde). Já Capi, político amapaense, me respondia sobre a relação entre a criação do Mais Médicos e os embates políticos enfrentados por Dilma em junho de 2013, quando, para ressaltar quão ridículo era um país como o Brasil ter uma quantidade enorme de municípios sem médicos/as, me perguntou se eu conhecia o caso dos Palikur-Arukwayene,

Por exemplo, você já conhece o caso dos Palikur? Lá eles tinham médico de forma muito esporádica, uma vez ao ano e aí veio o programa Mais Médicos e eles passaram a ter médico. Teve um médico lá nos Palikur que era inclusive um pesquisador [...] Esse camarada tem informações preciosas sobre a medicina indígena e fitoterápicos. Eu me lembro que quando acabou o Mais Médicos, ele tentou uma articulação para ficar [aqui] e eu tentei e não adiantou, ele acabou indo embora (Capi, sala de reunião virtual, 7 de abril de 2021).

Através de sua mediação como político, ele tentou ajudar Javier a ficar mais tempo no Brasil, mas por fim ele retornou ao seu país e seguiu servindo ao governo³⁶¹. Outros interlocutores/as regionais também mencionaram Javier espontaneamente:

[minha pergunta para o assessor indígena Alfredo: poderia me falar como era a saúde do seu povo antes do Subsistema?]

Então [os Palikur] ficavam se tratando com medicação tradicional, preparados que faziam com folhas, plantas. [...] e o cubano, eu não sei, eu não lembro o nome dele...e ele resolveu investir, trabalhar nisso [com as plantas]. Eu cheguei a ver do lado da enfermaria do posto de saúde que tinham plantas medicinais. E depois, antes dele sair, ele deixou essas plantas medicinais na aldeia (Alfredo, Macapá, 5 de maio de 2021).

[minha pergunta para o médico indígena Antonio: como foi a reação do pessoal do SasiSUS no início do PMM?]

[...] Teve um médico que, não lembro se foi para Kumarumã, que valorizava os remédios caseiros e eles fizeram uma horta (Antonio, sala de reunião virtual, 19 de maio de 2021).

[Danila, profissional que trabalha na sede do DSEI, comenta dificuldades iniciais dos médicos cubanos, relacionadas ao desconhecimento de doenças regionais] [...] tinha alguns que trabalhavam mais a medicina tradicional. Ele tinha uma visão muito grande da medicina, acupuntura e medicina natural. Javier, né? Ele sabia fazer, ele

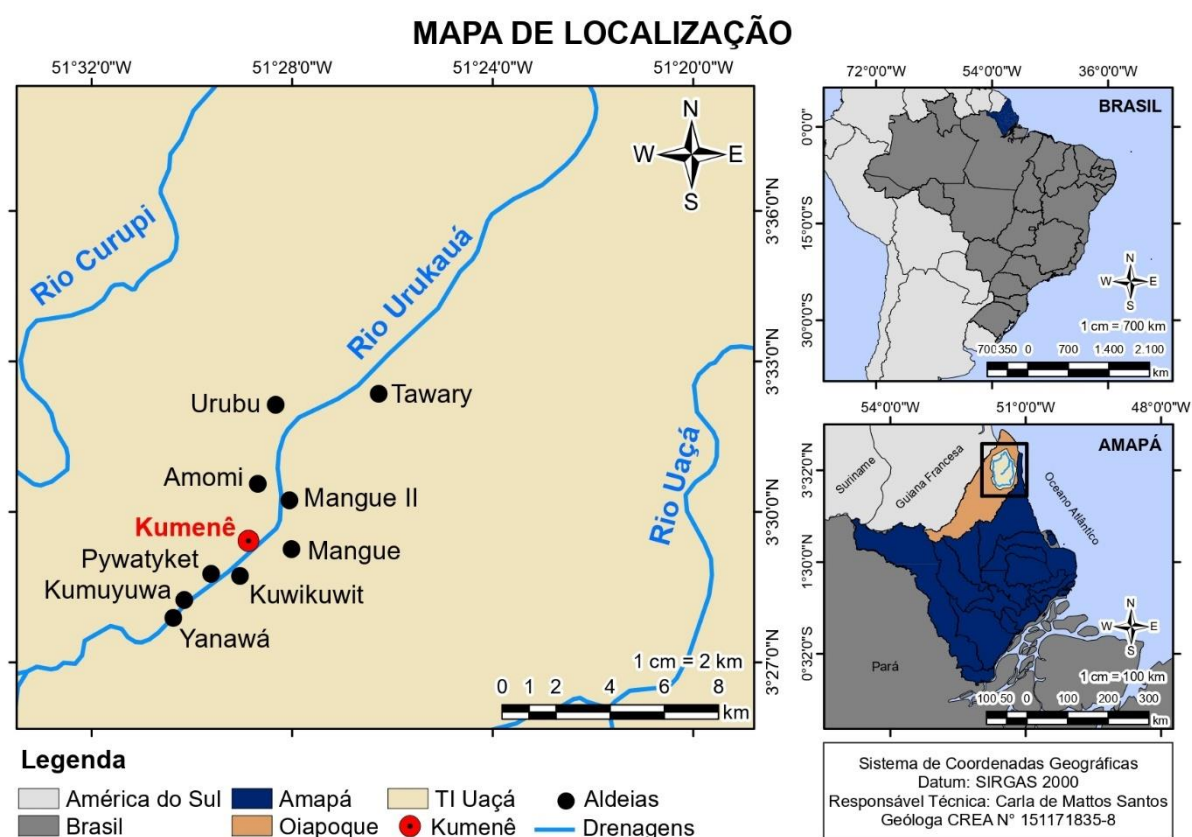
³⁶¹ Depois desse período no Brasil, Javier atuou alguns meses no México e em Cuba, durante a pandemia da COVID-19. Informação disponível em: <https://cuba-solidarity.org.uk/news/article/4244/javiers-story-a-deeply-humane-doctor>

era muito sábio, muito mesmo, e ele trabalhou no Kumenê e lá ele fez uma horta (Danila, Macapá, 6 de setembro de 2021).

[peço ao enfermeiro Otto que me explique melhor sua resposta no formulário Google sobre a diferença dos médicos cubanos e brasileiros ser “a questão da cultura”]

Eu observo que os cubanos respeitavam muito mais a questão da cultura, dos tradicionalismos, do que os brasileiros. Inclusive, nós tivemos um médico cubano que trabalhou lá no Kumenê, o Javier, e ele desenvolveu um trabalho da medicina tradicional (Otto, Macapá, 6 de setembro de 2021).

Todas essas menções me levaram a querer ver de perto como as pessoas e as plantas estavam após o retorno de Javier para Cuba. Assim, neste subitem da tese, descrevo o contexto e as informações que consegui juntar sobre esta destacada relação do médico Javier com os Palikur-Arukwayene, os quais ele conheceu e atendeu enquanto médico bolsista do PMM integrado à EMSI do Polo Base Kumenê – abrangendo, portanto, tanto a aldeia homônima quanto aldeias menores do entorno (MAPA 4).



Mapa 4. Aldeias Palikur-Arukwayene – Região do rio Urukauá, Terra Indígena Uaça (Fonte: DSEI-AMP).

Com esta pesquisa sendo realizada alguns anos depois dessa experiência, sei que a horta não foi mantida nem pelos/as Palikur-Arukwayene, ao menos não no formato que ela tinha, nem pelos/as profissionais da EMSI que seguiram atuando na região.

Em 2022, logo que cheguei em Oiapoque procurei as pessoas que conheceram e conviveram com o Javier, e perguntei sobre ele e sua horta. Foi assim que conheci Orfélia, técnica de enfermagem que atualmente atua em outro polo base, mas que trabalhava no Kumenê quando Javier chegou, sendo ele o segundo médico cubano a passar pela aldeia³⁶². Ela lembra que o primeiro se espantou com as condições de trabalho. Isso porque o polo base que eu conheci e o alojamento no qual permaneci das vezes que estive no Kumenê ainda não existiam³⁶³, *“hoje tem um polo legal lá, mas antes não. Antes chovia tudo dentro e eles achavam que era uma outra situação que eles iriam encontrar”* (Orfélia, Polo Base Manga, Oiapoque, 2 de março de 2022).

Um AIS palikur-arukwayene do Kumenê lembra da reclamação de ter muito cocô de morcego no posto, que um médico disse que os morcegos estariam fazendo cocô na cabeça dele. O velho polo, que era de madeira, segue de pé, no meio da aldeia³⁶⁴, na frente da antiga escola, em ruínas, ao lado de outra edificação de madeira abandonada, que o cacique me explicou que uma era da Funai³⁶⁵, e outra era o alojamento dos professores, recentemente reformado. Há alguns planos de reocupação do posto, ainda sem uma definição certa.

Orfélia lembrou que o primeiro médico cubano buscou estabelecer horário de atendimento, conforme o contrato de trabalho que havia assinado. Agnes, técnica de enfermagem karipuna, também comentou sobre outro médico que neste mesmo período, tentou estabelecer esse tipo de restrição do horário de atendimento no Polo Base Manga. Orfélia disse que outros/as profissionais da saúde indígena comentaram que os médicos estavam agindo dessa maneira, passando a impressão de ter sido um entendimento coletivo do grupo de médicos cooperados que iniciou os trabalhos naquelas Terras Indígenas.

³⁶² Um dos Palikur-arukwayene com quem eu conversei mencionou um terceiro médico que teria ficado poucos dias na aldeia, entre o Juan e o Javier, mas preferi manter Javier como o segundo a desenvolver trabalhos na região.

³⁶³ Sobre a descrição física desses espaços, ver supra p. 218.

³⁶⁴ Na tese de Capiberibe (2009), ela descreve os equipamentos públicos como estando nas margens da aldeia, mas com o crescimento da aldeia e em comparação com as atuais localizações do polo (última construção margeando o rio Urukauá, depois de uma ponte de acesso entre ela e as casas palikur- arukwayene) e da nova escola inaugurada em 2014 (depois da pista de pouso, lado oposto ao rio), minha percepção foi que o antigo polo e a antiga escola estavam em uma localização mais dentro da aldeia. Também é perceptível a maior dispersão dessas construções, antes concentradas em uma mesma região.

³⁶⁵ Trata-se do antigo Posto Indígena Palikur, criado pela portaria n. 144/N/73 de 12/12/1973, sendo o primeiro chefe de posto enviado para o Kumenê em agosto de 1974 (Capiberibe, 2009). Sua última reforma foi realizada em 1996. Após 2012, com a reestruturação dos cargos e competências da Funai, em diálogo com as modificações constitucionais que acabaram com a tutela do órgão junto aos indígenas, a função de chefe de posto foi extinta e o posto inutilizado.

Orfélia ressaltou a língua como outro agravante nas relações com o primeiro médico cubano no Kumenê, “*a gente entendia muito pouco o doutor*” (Orfélia, Polo Base Manga, Oiapoque, 2 de março de 2022). Depois, em 2014, quando Javier chegou,

O Javier se deu mais com a comunidade. Ele ia para campo, ia nas casas, conversava, e o Doutor Juan não, ele ficava mais no posto mesmo. O Doutor Javier não, ele era mais participativo com a comunidade, ele era assim...ele passava mais tempo fora, fazendo visita domiciliar e tudo, do que dentro do posto. É a diferença, né? De profissional para profissional.

[você estava lá ainda quando ele fez a horta?]

não, eu já tinha saído de lá, mas ele já foi pra lá com esse projeto. O nome dele saiu no jornal e tudo, né?

[sim]

Ele fez diferença lá no Kumenê, porque lá eles ainda têm muito isso, de usar muita medicação caseira, essas coisas, e daí ele uniu o útil ao agradável. Ele já tinha esse projeto e daí pra eles foi bom. [...] Ele chegou procurando espaço [para o horta], o pessoal conta. Na época que ele inventou o projeto eu já não estava lá (Orfélia, Polo Base Manga, Oiapoque, 2 de março de 2022).

Olga, professora da UNIFAP, com quem conversei ao longo de um final de tarde chuvoso na cidade de Oiapoque, também se lembra da curiosidade do Javier pelo conhecimento de remédios caseiros dos Palikur-Arukwayene:

A primeira vez que eu entrei [no Kumenê], em 2013, não tinha a horta, da segunda vez aí já tinha por que ficava ali bem na frente [do posto] [...] a horta surge dessa necessidade do Javier de não ter muito recurso, porque é uma região muito precária, e ele procura identificar dentro da cultura dos Palikur como é que eles fazem tratamentos da questão da saúde. Ele começa a tentar entender, estudar e identificar quais recursos que eles poderiam utilizar. Ele entra em contato com o finado Wet³⁶⁶, cheguei a ir duas vezes com ele conversar com o Wet, e vai tentando identificar quais são os processos próprios deles para resolver, sem antibióticos, né? E ele tenta aprender e fazer esse resgate (Olga, Oiapoque, 3 de março de 2022).

A curiosidade pelos remédios vinha acompanhada de um interesse por entender a frequência do uso e como obter as matérias primas para produzi-los, como me disse Alfredo, Palikur-Arukwayene que vive em Macapá há alguns anos, sobre o relato de seus parentes:

Pelo que eu tenho ouvido, ele questionava se faziam um trabalho através das plantas e eles [os/as Palikur-Arukwayene] disseram que usavam e aí ele perguntou por que eles não estavam usando. Eles disseram que porque às vezes tem que ir ao mato, pegar e trazer. E ele disse: então, por que a gente não planta? E aí ele os sensibilizou nesse sentido e trabalharam juntos nessa parte. É incrível isso! Quando eu cheguei lá e vi o trabalho dele... nunca vi um trabalho assim... e até hoje (Alfredo, Macapá, 5 de maio de 2021).

³⁶⁶ Manuel Antônio dos Santos, o Wet/Uwet, foi um ancião do povo Palikur-Arukwayene reconhecido como grande conhecedor da história e cosmologia de seu povo, com colaborações suas registradas em trabalhos com o de Batista (2013) e Silva (2016).

Pelas descrições, fiquei sabendo que Javier conversava muito com os/as Palikur-Arukwayene, principalmente com os/as mais velhos/as. Ele circulava pela aldeia, “*quase não parava no posto [de saúde]*” (Orfélia). Ele chegou a ir à igreja “*aqui, nossa*”, como ressaltou uma idosa palikur-arukwayene, e na roça de algumas pessoas, como na do Seu Manoel Labonté. “*Ele queria saber como era o trabalho na roça, daí ele perguntou se eu levava ele lá [...] ficamos lá desde 6 da manhã e voltamos só 4 horas da tarde*”. Perguntei se ele é quem tinha ido ao encontro do médico pela manhã, e ele me explicou que não, Javier é quem chegou pontualmente às 6h na casa dele. Como descreveu a professora da UNIFAP, Olga,

Ele estava muito nessa coisa de conhecer, fazia as atividades tradicionais com eles, queria conhecer a roça. Ele gostava de entrar nessas dinâmicas, primeiro por uma curiosidade natural, mas também **por entender que toda essa dinâmica tinha a ver com o processo de saúde dos Palikur**. Então ele tinha essa coisa de observação, tipo um antropólogo, observando a dinâmica da alimentação (Olga, Oiapoque, 3 de março de 2022, grifei).

Um professor palikur-arukwayene, que atua na escola da aldeia Kumenê, me contou que depois de uns 4 meses que o médico cubano estava cumprindo escalas na aldeia, “*ele começou a reunir, explicar e dizer que dava para fazer de outro jeito [além de dar remédio da farmácia]*”. Conversando com o Agente Indígena de Saneamento Afonso, ele explicou que, pouco tempo depois, Javier trouxe algumas ervas de fora e algumas a comunidade tinha e apresentou para ele colocar na horta³⁶⁷. No momento de materializar a horta, Javier conta³⁶⁸ que os jovens o ajudaram a buscar as canoas na beira do rio que estavam defeituosas, para se transformarem em canteiros onde as plantas eram colocadas, acompanhadas de seu nome, em português e em *parikwaki*, e com informações sobre seu uso, somente em português, como nas imagens abaixo:

³⁶⁷ O vídeo da Opas sobre a horta traz escrito, no final da exibição, a informação de que “todas as plantas medicinais usadas na aldeia Kumenê são reconhecidas e catalogadas no Brasil” e “As plantas usadas pelos índios que são desconhecidas ou não tem registro são levadas pelo médico cubano para o Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Amapá - IEPA, para serem estudadas e registradas”. O vídeo está disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=XyrEbTAt4oc&ab_channel=PAHOTV. Acesso em: 07 abril 2023.

³⁶⁸ Falas do Javier disponíveis no vídeo mencionado na nota anterior.



Foto 5. Imagens da horta montada na frente do polo base Kumenê pelo médico cubano Javier (Fonte: fotografias de cenas de vídeo produzido pela OPAS, 2015).

Com a horta, Javier passou a combinar remédios da farmácia com a entrega de raízes, mudas ou remédios por ele preparados. Como lembra Olga, ele passou a evitar fármacos “*para as coisas simples. Ele falava dessa questão de ter muito uso de antibiótico e não tinha necessidade. E evitava... às vezes ele evitava, porque evitava, e às vezes, evitava porque não tinha*” (Olga, Oiapoque, 3 de março de 2022). Um dado interessante sobre o uso dos antibióticos é que, em 2011, durante as visitas de uma comissão técnica do DSEI, “constatou-se o uso indiscriminado de medicamentos, especialmente antibióticos, por parte dos técnicos de enfermagem, que na ausência dos profissionais médico e enfermeiro, muitas vezes se veem forçados a administrar os mesmos sem receita médica” (BRASIL, 2011, p. 293).

Como disse Orfélia, a notícia da horta se espalhou. O próprio Javier narrou o processo de criação da horta em reportagens e entrevistas, transcritas e/ou gravadas em vídeo. O trecho a seguir consta na tese de doutorado de Fanor Cárdenas (2019)³⁶⁹:

Aí, felizmente, voltou tudo para a normalidade e aí então já nessa época tive a oportunidade de fazer meu primeiro trabalho desde o punto ((ponto)) de vista natural, naturista. Eu fiz a programação para construir uma horta lá na CASAI. Construímos uma horta juntando as quatro etnias que tavam lá, de pacientes que tavam lá em esse momento na CASAI e explicava para eles a necessidade da medicina natural de retomar novamente a medicina natural e que eles deviam começar fazendo uma horta de plantas medicinais lá. E fizemos um multirón ((multirão)) e com esse multirón ((multirão)) convidamos alguém da Embrapa que ele trouxe para a gente algumas amostras de... como é o nome? [...]. Aí eles começaram a olhar, liam, entendeu? E assim foi... aí [no Kumenê] eu comecei novamente com os meus chás de remédio natural e falar: “Não, para essa lesão na pele, vai tomar banho com essa planta que está lá, você vai pegar lá a planta vai ferver e essa água você vai colocar em cima e não vai enxugar, você vai deixar secar sozinho na pele assim, no ar, entendeu? E você vai ver que você vai melhorar...”. Quem fazia e dava certo, aí falava para os demais “olha deu certo, deu certo isso”. Aí esse comentário chegava até mim. Os AIS chegavam no outro dia e falavam: “Doutor você sabe que o que o senhor mandou anteontem para a paciente fulano ou o paciente fulano deu certo porque ele falou para *Mengano* e *Mengano* falou para mim que está muito melhor, que está muito bem...” eu falava: “ai que bom, muito bem”. Isso foi há um ano e pouco, atualmente, eles chegam lá e já eles não me procuram, eles chegam já diretamente na horta, pegam a planta, já eles sabem para que *sirve* ((serve)) ou chegam: “Doutor eu tenho uma planta chamada tal coisa...” em Palikur, aí eu pergunto para os AIS: “Essa planta qual é? Como que é?” para saber qual é a planta. Muitas dessas plantas a gente não conhece ainda, entendeu? E são plantas que aí vai minha pesquisa. Aí é que eu quero fazer a pesquisa. Então é uma história muito bonita, porque realmente já eu sei que se amanhã eu vou embora, essa aldeia, essa aldeia... já recuperou, *o sea* ((ou seja)), ela retomou novamente é... resgatou a medicina natural deles, entendeu? Eles tão fazendo e as parteiras usando... as parteiras foram as primeiras que começaram a usar as plantas da horta. Então todo mundo via, enxergava elas fazendo isso e já... entendeu? Todo mundo continuava. Elas que me ajudaram muito, me ajudaram muito. Então foi um trabalho forte, com paciência, mas tô satisfeito com esse trabalho... tô satisfeito porque realmente para mim é uma coisa muito grande, uma cultura que tava se

³⁶⁹ Partes dessa entrevista também estão no livro “Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil” (OPAS, 2018).

perdendo e que eu resgatei essa cultura, para mim é isso. (Andrés³⁷⁰, 2 años PMM, Oiapoque) (p. 223-224).

Através do relato de Javier, nota-se que a ideia da horta existia antes dele chegar na aldeia Kumenê, e que seu interesse pelas plantas medicinais também é de um pesquisador, buscando ampliar os conhecimentos sobre elas e suas potencialidades. Como vimos no capítulo anterior, suas ações têm lastro histórico nas políticas de saúde cubanas. Desde 1996, o país aprovou o “Programa para el Desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural”. Conforme o sítio eletrônico governamental, o Programa faz parte do Sistema Nacional de Salud, e possui como prioridade “a produção, comercialização e utilização racional dos produtos naturais”. Além disso, “a plantação e conservação de plantas medicinais é incentivada em todo o país nos canteiros dos órgãos e instituições de saúde”³⁷¹.

Essas políticas de incentivo ao conhecimento e uso da medicina natural e tradicional levaram diversos médicos cubanos a se especializarem no tema, como fez Javier, que se formou em medicina em 1996, fez especialização em Medicina Geral e Integral e uma pós-graduação em “Medicina Natural y tradicional”. Mas, no Brasil, ele e sua horta viraram notícia no site do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) pela excepcionalidade da iniciativa.

No site do MS, após a manchete, “Cubano do Mais Médicos reduz uso de antibióticos em aldeia indígena ao resgatar plantas medicinais”, o texto descreve como “por meio de uma série de palestras e encontros com as lideranças e com os moradores do local, o profissional de saúde foi pouco a pouco desmistificando a crença de que as plantas seriam um tipo de ‘magia’”³⁷². Assim, ele teria diminuído o consumo de antibióticos substituindo-os por ervas de uma horta que plantou na aldeia, e seu feito teria sido mudar “os paradigmas dos Palikur”³⁷³ relacionados ao uso de remédios através de repetidas conversas com as pessoas do povo. Na

³⁷⁰ Nos trabalhos de Cárdenas (2019) e Santos (2018) o nome de Javier foi substituído por pseudônimos. Contudo, por ele e sua horta no Kumenê terem se tornado bastante conhecidos, como venho descrevendo neste subitem da tese, foi possível identificá-lo em meio aos depoimentos de outros médicos cubanos entrevistados pelos autores. Como não consegui encontrá-lo e entrevistá-lo, me utilizo de algumas informações constantes nessas entrevistas.

³⁷¹ No original: “la producción, comercialización y uso racional de los productos naturales” e “se incentiva en todo el país a la siembra y mantenimiento de las plantas medicinales en organopónicos y canteros de instituciones de salud”. Disponível em: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/754/253#:~:text=Conclusiones%3A%20La%20Medicina%20Natural%20y,%2C%20moxibuxti%C3%B3n%2C%20homeoterapia%20y%20ozonoterapia>. Acesso em: 15 jun. 2023.

³⁷² Trechos da notícia veiculada em 16 de novembro de 2016, anteriormente disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/51986-cubano-do-mais-medicos-reduz-uso-de-antibioticos-em-aldeia-indigena-ao-resgatar-plantas-medicinais>. A notícia foi retirada do ar durante o governo Bolsonaro, mas segue disponível em sites indigenistas, como o do ISA, <https://encurtador.com.br/kOQ26>. Acesso em: 20 jun. 2023.

³⁷³ Ibid.

manchete da OPAS, a ênfase recai no fato do médico do PMM resgatar “saber tradicional de tribo indígena no Oiapoque, Amapá”, sendo um roteiro dos textos e falas que aparecem no vídeo produzido pela mesma organização, em maio de 2015³⁷⁴.

A publicação das ações do médico cubano no sítio eletrônico do órgão governamental de saúde brasileiro e da OPAS/OMS, mediadora da parceria entre Cuba e Brasil, reforçava que essas práticas condiziam com o que se esperava desses/as médicos/as que estavam atuando nos rincões do país³⁷⁵ e, por extensão, na saúde indígena institucional, se considerarmos a já conhecida redução das medicinas indígenas às plantas medicinais (CUNHA, 2009, p. 301-310). Nesta perspectiva, ressaltar o protagonismo do médico cubano fazia parte de uma estratégia política de apresentar resultados positivos do Programa Mais Médicos.

Com relação à interpretação quanto ao resgate de “uma cultura que estava se perdendo”, cabe a ponderação bastante consolidada na antropologia, de que cultura, enquanto repertório de vida, não se perde, e que um *outsider*, como o médico cubano, carrega consigo seu repertório de vida ao se deslocar para atuar em outro país, com um povo indígena, e que seu repertório é, *a priori*, repleto de valores, conceitos, entendimentos e experiências distintos daqueles com quem se encontra. Ainda que não seja difícil escutar um Palikur-Arukwayene dizendo que os mais velhos estão morrendo e levando com eles os conhecimentos culturais, ou que hoje eles não falam mais a língua correta, e sim uma gíria (*parikwaki*) (FIDELIS DIAS, 2000; CAPIBERIBE, 2009), essa percepção se dá em um tempo estendido, muito além do que o médico teria como reestabelecer através de sua horta, que durou exatamente o tempo em que ele ali permaneceu.

Sobre as plantas e sua “magia”, após alguns meses de existência da horta coletiva, começaram alguns conflitos na aldeia relacionados à realização de uma *Kayka* pelo finado Wet e colaboradores. Segundo o antropólogo palikur-arukwayene Adonias Guiome Ioiô (2019) *Kayka*, em *parikwaki*, é dança, mas a melhor tradução para o português seria “festa”. A *Kayka* que o finado Wet estava organizando era a *Kayka Aramtem*, mais conhecida na região do Oiapoque como dança de Turé. Segundo o autor, a *Kayka Aramtem* é uma festa de agradecimento “às pessoas invisíveis”, que vivem em vários mundos, e está conectada com a cosmologia e a terra. “Foram os moradores de outros mundos que ensinaram os antigos Palikur-Arukwayene a realizar as danças/festas do Turé, os instrumentos musicais, os bancos durante os sonhos dos pajés **e também sobre as plantas medicinais**” (p. 6, grifei).

³⁷⁴ https://www.youtube.com/watch?v=XyrEbTAt4oc&ab_channel=PAHOTV

³⁷⁵ todas retiradas do ar durante o governo de Jair M. Bolsonaro (2018-2022).

Em um contexto em que a maioria dos Palikur-Arukwayene tem priorizado relações com igrejas pentecostais, que desincentivam festas como a *Kayka*, estes conflitos abarcaram a relação dos Palikur-Arukwayene com as plantas medicinais da horta, porque “*uma coisa puxa outra que puxa outra, entendeu?*”, me perguntou Olga. Foi ela que me contou que a horta dava confusão, que circulava um burburinho difuso problematizando os conhecimentos do médico sobre as plantas, sem acusações diretas, “*até porque se essa acusação [de feiticeiro] se espalhasse ele seria expulso da Aldeia*” (Olga, Oiapoque, 3 de março de 2022). Nesse contexto, ao mesmo tempo em que aumentava o reconhecimento do médico para fora da aldeia, diminuía as interações dos Palikur-Arukwayene “firmes na fé”³⁷⁶ com a horta – de forma não linear evolutiva, já que, como abordo no item a seguir, as pessoas jamais abandonaram o uso das plantas, nem o entendimento de que estas são mais do que remédios.

Assim, conclui Olga, “*eu acho que esse reconhecimento do trabalho do Javier é a posteriori*”. O relato de Denis, médico que substituiu Javier na EMSI do Kumenê, é de que os Palikur-Arukwayene falam muito bem do médico e da horta. Esse “*a posteriori*” significa não apenas o período após o regresso do Javier à Cuba, mas também após o fim daquela horta plantada nas canoas, como descrevo a seguir.

5.2.2. A horta do médico

Quando chegamos no lugar da horta, era quase tudo mato (FOTO 6). Afonso, Agente Indígena de Saneamento que me guiou até o local, no meio da aldeia Kumenê, apontou um “pau d’água”, alguns pariris e uma “amocricida”, como Afonso nomeou, ou “Amor crescido”, como falou Javier (CÁRDENAS, 2019, p. 215) ainda distinguíveis no capim alto. Afonso explicou que, depois que o médico foi embora, a horta desapareceu. Mencionar a horta morta foi a forma que encontrei de reavivar nos/as meus/minhas interlocutores/as Palikur-Arukwayene a lembrança do médico cubano que atuou ali durante três anos e que sabia como fazer os remédios do mato.

Por ser fevereiro, época de chuvas, o capim cresce rápido, dando ao local um ar de mais abandonado do que de fato estava, já que o alojamento dos/as professores/as, construção vizinha ao ex-Polo Base, seguia em uso, e muitas pessoas por ali transitavam para ir e virem de suas casas, que cercavam por todos os lados a ex-horta e o ex-polo base da saúde indígena institucional.

³⁷⁶ Como Capiberibe (2009, p. 249) e Olga, minha interlocutora, observaram, existe um entendimento nativo de que os Palikur-Arukwayene evangélicos podem ter períodos em que estão “firmes na fé”, participando dos cultos e outras atividades da igreja, e períodos em que estão desviados, ausentes das atividades religiosas.



Foto 6. A horta do médico em fevereiro de 2022 (arquivo pessoal, 2022).

“*Palikur não tem costume de ter horta comunitária*”, me explicou Afonso. Perguntei, então, o que aconteceu com as plantas, e se restavam apenas aquelas que permaneciam ali no meio do mato sem canoa. Nesse momento ele me disse o nome de uma senhora palikur-arukwayene que teria “*guardado*” no quintal dela algumas mudas que o cubano tinha trazido. Porém, quando nos encontramos, ela pouco falou a respeito³⁷⁷.

Ao longo do dia, perguntei ao Afonso como os Palikur-Arukwayene costumam agir para conseguir alguma planta e fazer um remédio, e ele me explicou que o que fazem é plantar alguma coisa perto de casa e que quando alguém precisa, vai até a casa da pessoa que tem a planta e pede para ela dar um pouco. Para exemplificar, ele me levou para conhecer o quintal da moradora de frente à ex-horta. Ali o mato estava capinado e tinha um pé pequeno de “*amocricida*” plantado. Outro dia, conversando com aquela idosa que lembrou do Javier presente na igreja, ela também falou que ele deu para ela uma raiz chamada *tu-uiu-u*, que é boa de usar “*quando o xixi dói*”. A raiz está atualmente plantada em seu quintal.

Afonso e eu passamos o resto da tarde caminhando e conhecendo diversas plantas da antiga horta do médico cubano espalhadas pela aldeia. Ele aproveitava e me mostrava também

³⁷⁷ Diálogo breve, feito em *parikwaki*, com mediação do AISAN Afonso.

diversas plantas usadas pelos Palikur-Arukwayene para os mais diferentes fins, medicinais ou não. Sem a intenção de coletar amostras ou estudar os princípios ativos das plantas, e muito menos de revitalizar a ex-horta do posto – como me perguntaram o cacique do Kumenê e o ex-cacique geral do CCPIO –, o que foi aparecendo para mim foi uma reorganização palikur-arukwayene da ex-horta do Javier, ao estilo das roças e cultivos familiares (CAPIBERIBE, 2009). Ela não seguia os moldes não indígenas de “horta comunitária” que Afonso e os demais aprenderam com o cubano e todas as atenções que a ex-horta do polo base atraía para si, mas sim o que chamarei de uma organização palikur-arukwayene das relações comunitárias, ou de uma “socialidade palikur”, nos termos de Capiberibe (2009) – falarei mais sobre isso no próximo subitem. Ou seja, as plantas não foram abandonadas, mas sim reagregadas³⁷⁸.

Voltando a Orfélia, técnica de enfermagem que trabalhava no Kumenê antes do médico fazer a horta, ela me disse que “lá [no Kumenê] *eles ainda têm muito isso, de usar muita medicação caseira*” (Orfélia, Polo Base Manga, Oiapoque, 2 de março de 2022). Vários outros profissionais, que atuam na região ou que trabalham no DSEI-AMP reforçam essa característica dos Palikur-Arukwayene. Alguns reclamam, inclusive, do excesso de confiança que eles/as depositam nesses remédios, o que os fazem procurar os medicamentos alopáticos somente quando o problema se agravou. Outros/as, como um/a técnico/a de enfermagem indígena com quem convivi no Polo Base Kumenê, solicitam remédios do mato durante sua estadia na aldeia. Mas há um entendimento generalizado de que o uso das plantas não é uma prática que estava adormecida e que teria sido revitalizada pela experiência da horta do polo base.

Se aos olhos leigos, olhos não Palikur-Arukwayene, é mais difícil perceber o cultivo de plantas medicinais na aldeia desde que o cubano se foi, também não é perceptível a feitura dos remédios, como ilustrado no exemplo a seguir. Voltando de uma entrevista com um professor palikur-arukwayene, o cacique e eu passamos na frente da casa de um idoso e ex-agente de saúde indígena, que estava em uma parte coberta do lado de fora de sua casa, com duas painéis no fogo. Para puxar papo, comentei sobre o almoço que estaria sendo preparado, mas o cacique me respondeu de pronto que não era almoço e sim remédio. O idoso então complementou, “*Isso. É remédio pro meu filho, de rasgadura*”, e me explicou que a doença rasgou toda a coxa do rapaz, “*rasga por dentro*”. Seu filho tinha ficado todo travado e por isso ele estava

³⁷⁸ Com a Teoria Ator-rede (ANT), Latour (2005) nos instiga a perceber como “social” tem se tornado adjetivo de fenômenos, como se eles fossem coisas outras, mas que tivessem uma parte social, sendo esta a parte que caberia aos sociólogos estudar, explicar, tornar consciente para os próprios agentes que não saberiam por que agem (p. 22). Para reencontrar a definição original de social é preciso realizar a agregação de coisas que não são, em si, sociais ou não, naturais ou não – ou ainda: científicas ou não, religiosas ou não.

cozinhando três paus ali naquela panela. Seguindo nossa caminhada, perguntei ao cacique como ele sabia que era remédio antes do homem que cozinhava responder, e ele me explicou que era por causa da panela, porque a panela do remédio era grande, e a panela de comida costuma ser pequena. “*A outra sim, a outra era comida*”.



Foto 7. Panela com remédio para rasgadura (arquivo pessoal, 2022).

Na entrevista, Javier conta que “as crenças religiosas” teriam ensinado “que tudo aquilo relacionado com plantas medicinais, com pajelança, com remédios caseiros, que tudo isso era bruxaria [...] que tinha que ser combatido, eliminado, destruído”, e que quem ainda fazia remédio caseiro, “fazia escondido, dentro de casa, não deixava que ninguém, que o vizinho, soubesse que ele estava fazendo”, e conclui “isso ficou desse jeito até que eu cheguei lá” (CÁRDENAS, 2019, p. 223). Contudo, no caso acima exposto, fazia-se o preparado para rasgadura às vistas da principal rua da aldeia. Portanto, percebo que o manuseio das plantas e remédios é uma atividade difusa.

Ainda que os Palikur-Arukwayene confirmem não existirem mais pajés, eles já eram conhecidos por fazerem remédios com plantas antes da chegada do cubano, como descrito acima por Orfélia e como consta nas etnografias (FIDELIS DIAS, 2000; ANDRADE, 2007; CAPIBERIBE, 2009). Na aldeia, fala-se dos remédios rotineiramente, com as pessoas fazendo-

os e recomendando-os e chegando no posto com “emplastos” nas palavras da enfermeira Ana. Como uma profissional do Iepé compartilhou comigo:

Meio que estrategicamente eles separam, principalmente os Palikur. Remédio tradicional é uma coisa, pajé é outra, então isso a gente usa, faz bem. As mulheres nas oficinas [sobre plantas medicinais durante a COVID-19] relataram muito esses remédios usados assim, e os banhos. [...] Então é uma presença forte, e no cotidiano, na relação tanto com as plantas, quanto com os rios, e isso ficou mais evidente nos tratamentos da COVID, mas é toda hora, os óleos que tiram para passar, ser repelente, de não pegar vento, quebranto, tudo isso. Então é super presente, só um pouco descentralizado dessa figura do pajé, uma coisa mais horizontal mesmo (Olivia, Oiapoque, 20 de janeiro de 2022).

Mais horizontal e nem tão extinto assim, já que “as crenças religiosas” não ficam imunes a uma tradução palikur-arukwayene. Capiberibe (2009) aborda na sua tese como o protestantismo pentecostal da Assembleia de Deus gerou uma xamanização de suas manifestações nas comunidades palikur-arukwayene, diferente de outras igrejas evangélicas presentes nas aldeias do mesmo povo, como a Adventista:

A própria religião evangélica foi sendo, passo a passo, ressignificada pelos Palikur. Isso se deu em vários planos, mas aquele que parece ter sido o fator determinante para que eles assumissem uma identidade evangélica foi uma leitura do pentecostalismo por meio do xamanismo, o que permitiu uma releitura do xamanismo pela via pentecostal. Dessa forma, o espaço antes ocupado pelo xamã passou a ser dominado pela Igreja (CAPIBERIBE, 2009, p. 6).

Em novembro de 2022, estive quatro dias no Kumenê para a realização do Projeto Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena (PASSI) (BRASIL, 2019d) junto às mulheres palikur-arukwayene, karipuna e galibi-marworno do baixo Oiapoque que partejam. O PASSI, desenhado pela SESAI-sede, congrega um conjunto de objetivos e ações voltadas para a efetivação dos direitos dos povos indígenas à atenção diferenciada a sua saúde, tendo como principal estratégia a articulação entre Saberes e práticas de saúde dos povos indígenas e o sistema oficial de saúde (BRASIL, 2019e, p. 6). Ele é um esforço de tradução do que seriam as articulações almejadas, apresentando cinco eixos temáticos e propostas de ações para cada eixo³⁷⁹.

³⁷⁹ Os cinco eixos são: 1) Fortalecimento e valorização dos saberes e práticas em saúde dos povos indígenas (autonomia, autodeterminação, reprodução e manutenção); 2) Formação permanente em saúde indígena: ecologia de saberes e interculturalidade crítica (competência intercultural); 3) Articulação de saberes no âmbito das rotinas, procedimentos e protocolos de atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade; transversalidade das medicinas tradicionais indígenas às áreas programáticas); 4) Intersetorialidade como caminho de intervenção sobre os determinantes de saúde; 5) Desenvolvimento dos saberes das medicinas tradicionais indígenas e acesso dos povos indígenas às práticas integrativas e complementares disponibilizadas pelo SUS, conforme a demanda e a necessidade de saúde de cada povo (BRASIL, 2019d, p. 8).

A divulgação e capilarização do PASSI para os DSEIs ficou bastante prejudicada devido à pandemia da COVID-19 e à agenda governamental bolsonarista. No DSEI-AMP, entretanto, o Núcleo 2 acessou esse recurso em 2022, com meu apoio, para a realização de um primeiro ciclo de identificação das parteiras e valorização de seus trabalhos. Identificação porque, com a descontinuidade de políticas de reconhecimento das parteiras realizadas nos governos Capiberibe (JUCÁ; MOULIN, 2002), as quais incluíam parteiras indígenas, não existia um levantamento de informações sobre parteiras no DSEI-AMP³⁸⁰.

Assim, o objetivo principal foi “fortalecer a articulação entre os saberes e práticas Palikur-Arukwayene referentes ao parto, o atendimento à saúde realizado pelos profissionais da EMSI e o apoio da equipe da DIASI”, e os objetivos específicos foram assim sumarizados: (i) Identificar as mulheres que estão atuando ou aprendendo a atuar como parteira; (ii) Compartilhar dados sobre os partos da comunidade Kumenê ocorridos em 2021; (iii) Reconhecer as práticas tradicionais de parto; e (iv) Levantar as demandas das parteiras relacionadas ao SASISUS. A ação foi replicada nos polos bases Kumarumã e Manga, também em novembro de 2022.

Os dias de realização do Projeto PASSI foram de intensa interação com as mulheres palikur-arukwayene. Quando o assunto caminhou para os cuidados despendidos às grávidas e às parturientes, os remédios caseiros entraram em cena. Incentivadas a apresentá-los, elas foram, uma a uma, trazendo óleos, pomadas, raízes, e explicando os usos. Elas explicaram que nem sempre cultivam as plantas usadas como matérias prima dos remédios, algumas porque estão fartamente disponíveis no mato, outras por serem difíceis de vingar a muda ou por se tratar de árvores muito grandes ou altas. A maioria dos remédios e usos era de conhecimento de todas e não são utilizados apenas quando partejam³⁸¹. São poucos os óleos, pomadas e chás que são usados para uma manifestação corporal específica – informação também repassada pelos interlocutores karipuna e palikur-arukwayene de Fidelis Dias (2000). A exceção foi uma raiz usada para fins abortivos, que apenas uma mulher trouxe para a roda, que muitas jovens não conheciam, e que suscitou muitas perguntas e falas sobre os cuidados que a raiz exigia, até mesmo para manuseá-la³⁸².

Quando uma jovem perguntava algo e o assunto se desenvolvia mais na língua *parikwaki*, eram as mais velhas ou as respectivas mães e parentes da jovem que respondiam e

³⁸⁰ Para mais informações sobre as políticas de governo desenvolvidas por Janete e João Capiberibe junto às parteiras do Amapá, ver Jucá e Moulin (2002); sobre as parteiras indígenas, ver Tassinari (2021).

³⁸¹ A figura da parteira também é mais fluída, como abordo no próximo subitem.

³⁸² As ressalvas a esta raiz têm relação com as rusgas sociais que ela pode potencializar, como as potencialmente existentes entre sogras e noras (Capiberibe, 2009).

explicavam, gerando várias conversas paralelas. As mulheres palikur-arukwayene, que são entendidas como muito tímidas, com um entendimento não tão fluente do português e, conseqüentemente, mais distantes dos diálogos com não indígenas, seguem manuseando as plantas e transmitindo esses conhecimentos –como aquele senhor que cozinhava o remédio de “*rasgadura*”, ou como o finado Wet.

Percebo, assim, que um dos efeitos das ações do Javier no Kumenê foi agregar nele e em sua horta mediações que são costumeiramente mais espalhadas, com certa diversidade entre quem pede e quem fornece alguma planta medicinal. Esse espalhamento e as interações com quem cultiva determinada planta não me parece ser, contudo, desordenado, guardando relação com os conhecimentos e a organização familiar dos Palikur-Arukwayene. Realizar uma investigação mais detalhada sobre essa experiência poderia esclarecer vários aspectos relacionados às relações sociais na aldeia em decorrência da presença da horta criada por Javier ou por iniciativas afins. Por exemplo, seria interessante investigar (i) quem eram as pessoas que mais interagiam com a horta do posto, (ii) se essa interação era principalmente voltada para a coleta de mudas para plantar em seus próprios quintais, (iii) como ocorria a interação de solicitação de plantas entre familiares durante o período em que a horta do posto esteve em funcionamento, e outras questões que envolvem as relações interpessoais na aldeia.

Ciente das limitações deste estudo, o que posso afirmar é que boa parte das plantas, tanto as conhecidas pelos palikur-arukwayene que tinham mudas disponíveis na horta do polo quanto as introduzidas e plantadas por Javier, foram adotadas e seguem vivas e agregadas à socialidade palikur-arukwayene.

5.3. A aldeia e sua constante produção de saúde

As tentativas de aproximar as práticas médicas indígenas dos profissionais de saúde costumam pressupor parâmetros não indígenas de produção de saúde. A diretriz “valorizar as medicinas indígenas” (BRASIL, 2002)³⁸³ se traduziu, na prática, em ações focadas apenas naquilo que as ciências biomédicas enxergam como medicina (remédios de plantas com princípios ativos reconhecidos, a existência de especialistas, como pajé, parteira, e de tratamentos feitos por eles em pessoas adoecidas), deixando um monte de outras relações que produzem saúde de lado. A experiência da horta, descrita no item anterior, demonstra a execução de um plano de ação não

³⁸³ Na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002) consta o termo “medicina tradicional indígena”, mas prefiro suprimir o adjetivo “tradicional”, considerando ser um saber que em sua práxis possui tradições e inovações.

indígena que ao se materializar na aldeia é transpassado por relações (de parentesco, religiosa etc.) que se distanciam do objetivo de produzir remédios com plantas locais.

Me vendo nesta pesquisa recorrendo a diversas etnografias existentes sobre os povos do Oiapoque feitas por pesquisadores ligados a programas de Antropologia social – como ficará evidente ao longo do subitem – noto em seus conteúdos a constante produção de saúde nas aldeias. Assim, neste subitem, arrisco esboçar a interseção entre essas etnografias antropológicas com a execução da política pública de saúde indígena como um jeito de relacioná-las na proposta de uma atenção diferenciada no baixo Oiapoque.

Diferente dos trabalhos que compõem a coletânea de Langdon e Garnelo (2004) sobre experiências de antropologia participativa ocorridas no início do Subsistema³⁸⁴, reflito sobre esse/a profissional da antropologia, previsto na legislação do SasiSUS vigente, contratado/a pela conveniada do DSEI, cumprindo escala de trabalho semelhante aos/as demais profissionais da instituição. Os trabalhos da coletânea mencionada são, em sua maioria, fruto de parcerias pontuais e projetos com início, meio e fim, mas um/a antropólogo/a cujo principal vínculo empregatício é o SasiSUS, trabalha de forma rotineira e contínua para um DSEI como o do Amapá, que atende diferentes povos. Nessas circunstâncias, me parece ser um diferencial desse/a profissional ter familiaridade com as produções científicas da antropologia, podendo aproximar as etnografias existentes dos serviços oficiais de saúde³⁸⁵. A promoção de saúde junto aos povos indígenas carece de uma aproximação e tradução, e de tradutor/a, das produções antropológicas quando não há antropólogos/as que trabalham organicamente nos DSEIs. Argumento que esse antropólogo, contratado para trabalhar em DSEI, longe de precisar ser um pesquisador com experiência de atuação junto a algum dos povos atendimento pelo DSEI ou iniciar pesquisas do gênero, tem o desafio de aproximar a produção científica antropológica da prática biomédica.

Partindo do pressuposto que a biomedicina e a antropologia são ciências saídas de uma mesma epistemologia ocidental, sendo, portanto, de fácil reagregação, esboço caminhos para uma atenção diferenciada (i) não genérica, como nas orientações/regras gerais emanadas pela SESAI aos DSEIs (capítulo 2); por isso mesmo (ii) não apenas humanizadas, já que este é um resultado que se busca em todo o atendimento primário em saúde do SUS e materializado em diversas técnicas dos médicos cooperados de Cuba (capítulo 3), mas também diferenciada; e (iii) ainda assim biomédica, que é o que se espera desse serviço ofertado pelo Estado.

³⁸⁴ Agora há mais de vinte anos de execução da política (como abordado no capítulo 1)

³⁸⁵ Produções científicas muitas vezes instrumentalizadas pelos profissionais biomédicos, como abordado capítulo 2, p. 69.

A metodologia que utilizarei para o esboço pretendido será a narração e análise de três situações. O caráter da minha relação inicial com a região será usado neste caso como contribuinte para a reagregação pretendida, na medida em que a presença de uma antropóloga na região e suas perguntas inusitadas suscitam os mecanismos explicativos, comentados por Débora no capítulo 4³⁸⁶. Esta profissional-pesquisadora aciona análises antropológicas de tais explicações, a curiosidade por outras explicações, a comparação das explicações etc.

5.3.1. *Sobre atenção diferenciada não genérica*

Como expliquei na introdução desta tese, a minha terceira entrada em área foi para realizar o Projeto Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena (PASSI) (BRASIL, 2019d) de Identificação e Valorização das Parteiras da região do Oiapoque (Supra p. 30). O desenho do projeto, as fichas de identificação impressas³⁸⁷ e a expectativa de público foram feitos baseados em uma concepção de um grupo específico de mulheres que seriam reconhecidas como parteiras. Contudo, ao iniciarmos a atividade no Polo Base Kumenê, junto ao povo Palikur-Arukwayene, logo percebemos que as vinte fichas impressas não seriam suficientes para as mais de 35 mulheres que nos aguardavam no local do encontro – nem a comida, planejada para 15 participantes, com um excedente para até 20. Contudo, não tinha a menor possibilidade de desmobilizar parte das mulheres porque, como ficou muito claro no evento, entre as palikur-arukwayene é comum que mães e avós trabalhem nos partos de suas parentes.

Ter curiosidade de entender como os povos indígenas de um determinado povo ou região vivenciam a gestação, o parto e o pós-parto são elementares para combater o desconhecimento dos saberes que essas pessoas colocam constantemente em ação para manterem-se em estado de saúde e bem viver. Como Raquel Paiva Dias-Scopel (2015) relaciona, o partejar seria mais uma das práticas de autoatenção que o povo com o qual conviveu (Munduruku) acumula e compartilha ao longo de gerações. O partejar seria, então, uma prática de autoatenção, que, como define Eduardo Menéndez (2009), são

As representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar,

³⁸⁶ A região do baixo Oiapoque conta com uma circulação constante de antropólogos desde, pelo menos, 1990, quando Lux Vidal iniciou um amplo programa de pesquisa (2009, p. 15). Trabalhos como o de Tassinari (2003), Capiberibe (2007), Fidelis (2001) e Andrade (2006) guarda relação com essas articulações da década anterior.

³⁸⁷ Um questionário com 18 espaços para serem preenchidos com informações pessoais (nome, RG/CPF, idade, quantos filhos tem), escolaridade e sobre há quanto tempo atua como parteira e quantos partos já realizou. No balanço da atividade, notamos que a maioria não tinha muita ideia de quantos partos tinha feito, somente as mais novas, que tinham realizado menos de 5 partos.

solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais (p. 48).

Os saberes relativos a *pegar criança* ou partejar podem não estar restritos às práticas das parteiras, como entre os Munduruku – e os Palikur-Arukwayene. Dias-Scopel (2015) observa que os partos realizados durante sua pesquisa de campo “foram feitos, em geral, por mulheres mais velhas da família extensa”, e conclui:

Embora haja atualmente parteiras na TIKL, seria um equívoco supor que a prática de partejar fosse restrita a essas especialistas. Ao contrário, meus dados apontam que pegar criança, puxar mãe do corpo e pegar barriga, saberes centrais nas formas de atenção indígena à gestação, parto, pós-parto e à saúde da mulher de modo geral, estavam diluídos na sociedade Munduruku e não limitados à atuação de especialistas (p. 27-28).

Com isso, no caso dos Munduruku, a autora percebe que o nascimento de uma criança “mobiliza uma diversidade de atores sociais envolvidos em esforços coletivos e individuais na expectativa de garantir e manter o bem-estar da criança e igualmente da mãe e do pai” (p. 33).

Essas reflexões sobre as práticas munduruku nos ajudam a pensar a realidade dos partos que ocorrem na Terra Indígena Uaçá. Como a antropóloga Antonella Tassinari define em seu artigo “A ‘mãe do corpo’: conhecimentos das mulheres karipuna e galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério” (2021), nesta região não há uma centralidade do momento do parto, existindo muitos conhecimentos relacionados a resguardos, remédios e manipulações dos corpos antes e depois desse momento. No Kumenê, conforme as informações compartilhadas durante a atividade que realizamos, a grande maioria das Palikur-Arukwayene aprendem a partejar com sua mãe e as mulheres presentes no encontro enfatizaram que na aldeia maior (Kumenê) costumam partejar em dupla ou trio – algo que, posteriormente, notamos estar registrado também no livro de Declaração de Nascidos Vivos (DNV).

Através dos trabalhos da antropóloga Artionka Capiberibe (2007, 2009), é possível perceber como se dá a socialidade palikur-arukwayene³⁸⁸ e as equívocos que estavam presentes no planejamento do projeto PASSI, pensado justamente para ampliar a compreensão dos trabalhos de partejar que as mulheres palikur-arukwayene realizam.

Em sua tese, “nas duas margens do rio: Alteridade e transformações entre os Palikur-Arukwayene na fronteira Brasil/Guiana francesa”, Capiberibe (2009) percebe, ao juntar

³⁸⁸ E o uso de socialidade e não sociabilidade se deve ao entendimento stratherniano de que o segundo termo denota boas relações, sendo que o que se pretende é tratar de relações sociais tanto amigáveis quanto conflituosas.

documentos produzidos por não indígenas e a memória de interlocutores palikur-arukwayene, que os clãs atuais possuem origem em agrupamentos ou povos indígenas diferentes. Nesse sentido, existiam línguas clânicas, hoje presentes ainda em algumas músicas, e uma língua franca, o *kiyaptunka*, também entendida como uma língua de respeito, muito utilizada no universo xamânico, uma vez que as sessões de cura e as festas a elas relacionadas “proporcionavam o encontro de grupos diferentes e que, portanto, podiam falar línguas diferentes, tornando necessário o uso de uma língua veicular” (p. 36).

O entendimento sobre os clãs enquanto o ajuntamento de povos diferentes é fundamental para desconstruir a noção de aldeia/comunidade indígena enquanto uma unidade monolítica. Assim, a autora ressalta, primeiro, um aspecto histórico que teria influenciado significativamente o ajuntamento desses diferentes agrupamentos humanos, já que “é preciso ter em vista que, desde o início da invasão europeia, a região do baixo Oiapoque fazia parte de um território sob intensa disputa de posse por vários países” (p. 45). Depois, informada por essa reunião de diferentes grupos, ela apresenta uma interpretação sobre a escolha deles em usar por muito tempo um termo estrangeiro, “Palikur”³⁸⁹, para defini-los enquanto um povo: “é como se eles não pudessem conceber a unidade, não se vissem como um grupo único. Por isso, existir como grupo único é algo que só pode vir de fora” (p. 56), sendo eles, em si, uma grande mistura de povos (p. 177).

Atualmente, meus interlocutores apresentaram o etnônimo composto “Palikur-Arukwayene” para definir seu povo nos documentos³⁹⁰. Segundo o antropólogo palikur-arukwayene Adonias Guime Ioiô (2019), “Arukwayene” significa não apenas o povo do rio do meio (Arukwa – Urukauá), como traduzido por pesquisadores anteriores, mas também significa cobra grande.

A palavra Arukwa é o nome do rio e também é o nome de uma cobra. [...] Arukwa significa cobra grande, ou seja, o nome específico da cobra em língua Parikwaki dada do nosso Uhawkri [nosso avô]. E os Palikur-Arukwayene deram esse nome para o rio onde eles habitam e até hoje esse rio é chamado de Arukwa. Onde, aliás, todas as coisas têm origem como: origem do mundo, dos clãs, dos animais, dos rios, dos lagos; cada uma dessas narrativas tem suas explicações, e suas histórias verdadeiras. O nome verdadeiro do meu povo é Arukwayene e não Paricura, Palikur e menos ainda Parikwene (p. 31).

³⁸⁹ Em resumo, através dos relatos do viajante Vicente Yanes Pinzón, em 1513, e narrativas orais palikur-arukwayene, muitas populações indígenas teriam sido encontradas à margem esquerda do Mar Doce, ou seja, do rio Amazonas, região conhecida pelo nome de “Paricura” ou costa dos “Paricura”, dando origem a denominação “Paricura” ou “Palikur” (IOIÔ, 2019).

³⁹⁰ Os documentos a que me refiro seriam da associação que estavam revitalizando e em um projeto de um professor para rodas de conversa com anciãos.

Foi Alfredo que explicou espontaneamente para Diana e eu sobre os desenhos que estavam pintados nas paredes da casa comunitária, ou “casa da comunidade” (CAPIBERIBE, 2009), enquanto esperávamos o cacique terminar de almoçar. Ali ele associou cada desenho a um clã e mencionou o principal sobrenome de cada clã. Em sua tese, Capiberibe (2009) registrou esse movimento de tradução dos clãs através dos sobrenomes aportuguesados, construindo a seguinte tabela:

<i>Parikwaki</i>	significado	sobrenome (s) em português	Sobrenome (s) em francês
<i>Wayveyene</i>	gente da lagarta	Ioio, Orlando, Paulo, Brasil, Martiniano, Hipólito	Norino, Yoyo, Michel
<i>Kawakukyene</i>	gente do abacaxi	Labonté	Labonté
<i>Wakavunyene</i>	gente do esteio ou acapu	Batista, Leôncio, Flogênio	Baptiste
<i>Paraymeyene</i>	gente do bagre ou piramutaba	Guiome e Martins	Guiaume e Martin
<i>Waxiyene</i>	gente da terra ou montanha	Antônio Felício, Felício, Augusto	Auguste, Félicio (a)
<i>Wadahyene</i>	gente da lagartixa	Iaparrá	Yapara

Tabela 11. Nomes clânicos e sobrenomes em português e francês (CAPIBERIBE, 2009, p. 57).

Nessa organização clânica palikur-arukwayene, um recém-nascido, ainda que receba o sobrenome do pai e da mãe, pertence ao clã do pai. Não é recomendado ou bem-visto se casar com pessoas do mesmo clã e, com isso, outro aspecto da socialidade palikur-arukwayene a se considerar é a uxorilocalidade – ou seja, a preferência de que recém-casados morem próximos ao pai da esposa. Assim, o casamento palikur-arukwayene geralmente inicia um ciclo de obrigações³⁹¹ do genro em relação ao sogro no sentido de “pegar a mão” e “devolver a mão”, vigente em toda a região do Uaçá (p. 118) através de diferentes ações. Por exemplo, nos funerais de pessoas adultas³⁹², os parentes afins são encarregados de providenciar caixão, cova e alimentos. Nas ações de produção e consumo de alimentos plantados, caçados ou pescados, abrem-se roças e caça-se com ajuda dos afins³⁹³, e no pátio, que fica na parte externa da casa,

³⁹¹ Um sistema de obrigações presente na região das Guianas (RIVIÈRE, 1984; OVERING, 1984; GALLOIS, 2005).

³⁹² Que já constituíram família, porque bebês sequer são levados para o mesmo cemitério que as outras pessoas, e o enterro de um jovem presenciado pela autora gerou uma mobilização de toda a aldeia em que ele vivia, já que possuía ainda poucos parentes.

³⁹³ Sendo a pesca uma atividade mais individual, mas nem por isso, menos compartilhável. Se o genro fizer boa pescaria, é de bom tom que reparta com os sogros e até com seus pais.

são repartidos os produtos da caça, coleta e pesca (p. 199), sendo que “a relação entre os pais e as famílias constituídas pelas filhas é o lócus de maior troca e ajuda mútua” (p. 117).

Com os consanguíneos sobressaem as relações de proximidade que geram cuidado e proteção. Segundo a autora, mesmo convertidos, os Palikur-Arukwayene mantêm as práticas de resguardo e prescrições alimentares aos pais de recém-nascidos, “cujo único objetivo é proteger o bebê” (p. 93). Se os pais não diminuem o ritmo de trabalho e não evitam comidas “remosas”, por exemplo, é o recém-nascido que pode sofrer com “dores no corpo inteiro e febre, o que pode levar à morte” (p. 94). Já as avós são tradicionalmente incumbidas de “tratar”³⁹⁴ os meninos mais crescidos, para que se tornem homens bons, “obedientes, bons caçadores, espertos e capazes de constituir uma família” (p. 98).

Quando uma pessoa adoece, é costume seus parentes mais próximos realizarem constante vigilância, se mantendo o tempo todo ao seu lado, já que “O doente é visto como se estivesse num estado liminar entre a vida e a morte, desse modo, seu *ganmap* (t: duplo, alma ou princípio vital) pode a qualquer momento abandonar seu corpo” (p. 125). Se um parente faleceu, é preciso se atentar a uma série de precauções, como o banho *mawkaptihwa* tomado após o enterro³⁹⁵, senão seu *ganmap*, separado do corpo físico, pode “rondar os vivos tentando atraí-los para junto de si” (p. 184).

Por mais que muitas dessas práticas não sejam compartilhadas³⁹⁶ com os/as profissionais de saúde não indígenas, elas existem e são importantes para os/as Palikur-Arukwayene que vivem no Brasil, ainda que as enunciem como “coisa dos antigos”. Elas podem não ser realizadas como os antigos as faziam, mas, como Capiberibe (2009) ressalta ao longo de seu trabalho, algumas práticas foram tiradas da cena pública e foram relegadas a um espaço mais privado (p. 171). Isso me lembra a fala de Zylar (mulher palikur-arukwayene adulta) durante a atividade com as parteiras, logo depois da raiz “abortiva” ser apresentada. Ela pediu a palavra e ressaltou, em *parikwaki*, que nem todos os conhecimentos podem ser

³⁹⁴ Como descreve Capiberibe (2009), a tradição dos mais velhos tratarem os meninos guarda relação com *kuvega*, ritual de iniciação dos meninos, em que estes tiravam a má-criação, preguiça e panema dos rapazes fazendo sermões públicos, casados com o uso de batidas de machado (velhas) e chicotes (velhos) (p. 97-98). Mais recentemente, tem havido mudanças nessas trocas entre gerações, com os jovens se afastando de seus avós. “O enfraquecimento das conexões com os mais velhos debilita as relações com os parentes humanos e, consequentemente, abre o corpo à atração de seres de outra espécie ou ordem” (CAPIBERIBE, 2017, p. 321) - ocorrendo, por exemplo, crises entendidas como um “rebote do demônio” (p. 328).

³⁹⁵ Aproveitando a configuração espacial do Urukauá, em ilhas que não alagam nenhum período do ano, uma dessas ilhas foi destinada a ser o cemitério do povo Palikur-Arukwayene. Assim, “a ilha cemitério estabelece a boa distância entre os vivos e os espíritos dos mortos, garantida pelo banho *mawkaptihwa*” (CAPIBERIBE, 2009, p. 184).

³⁹⁶ Tanto no sentido de dividir a informação quanto de entender que os profissionais devem tomar parte.

repassados para todo mundo, demonstrando que tais usos e costumes não estão desencantados ou desassociados de socialidades próprias.

Ter ciência de como se conforma os vários aspectos da socialidade palikur-arukwayene aqui ressaltados pode ajudar uma equipe de saúde a entender melhor a sopa de casinhas da aldeia Kumenê – aldeia grande, que os Palikur-Arukwayene consideram viável devido ao abandono das práticas de vingança que faziam com que vivessem em aldeias afastadas umas das outras e sua substituição pelo perdão cristão (CAPIBERIBE, 2009, p. 5). Em minha primeira estadia por lá, deixei no Polo Base uma cópia do croqui da aldeia feito por Vivaldo, professor da escola. Quando retornei, um ano depois, o mapa seguia na parede, pintado. Não tive oportunidade de conversar sobre o mapa com a EMSI e saber se ele estava sendo utilizado de alguma forma na execução dos trabalhos, como, por exemplo, no polo base Manga, onde existia um mapa da aldeia homônima, com diversas informações de saúde acopladas, como a presença ou não de algum morador idoso em uma casa, ou alguém diagnosticado com diabetes, hipertensão ou tomando remédio psicotrópico.



Figura 2. Mapeamento de atenção primária em saúde do polo base Manga. Casas de cor laranja, vermelha, amarela e branca são as residências de pessoas monitoradas pela EMSI.

Esses são mapeamentos corriqueiros na execução da atenção primária em saúde, para indígenas e não indígenas, feita com base no uso da territorialização em saúde (GONDIM; MONKEN, 2018). A partir deles, podemos pensar no acréscimo de informações etnográficas

sobre um determinado povo e articulá-las de modo a informar a política de saúde. Um exemplo seria mapear as relações de troca e ajuda mútua das famílias palikur-arukwayene para informar a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) sobre as redes de apoio em torno de uma gestante. Nesse caso, informações sobre os clãs e sobre os agregados de sogros e genros existentes na aldeia – conhecer os clãs e suas famílias extensas, e entender uma família extensa como rede de reciprocidade, envolvendo os afins e as socialidades particularidades de tal vínculo – podem ser fundamentais para prever se determinada gestante possui mãe ou avós vivas e presentes na mesma aldeia, marido e sogro em convivência, entender a relação dela com a sogra etc.

O mapeamento das relações palikur-arukwayene mencionado acima se tornando um instrumento de vigilância em saúde, como os demais mapeamentos, poderia informar vários outros aspectos da saúde indígena institucional praticada junto aos Palikur-Arukwayene – entender como essas relações familiares/clânicas atravessam os profissionais palikur-arukwayene, conseguir perceber quem será afetado por algum infortúnio ocorrido em uma roça etc. Essas informações podem passar apenas como anedotas de algum Palikur-Arukwayene que se senta ao lado de um profissional da EMSI nos bancos do polo base e lamenta sua má sorte na colheita, como podem qualificar o trabalho de prevenção na atenção primária praticada no Subsistema de Saúde Indígena, com potencial de tornar sua “autoridade higienista ou sanitaria” (DIAS DA SILVA, 2010)³⁹⁷ menos unidimensional.

5.3.2. Sobre atenção à saúde para além de humanizada

A primeira vez que entrevistei Caetano (34 anos), um médico cubano que atuou na região dos Karipuna, questionei quais eram suas impressões sobre atender os indígenas da região. Ele de pronto respondeu que o mais diferente era que eles chegavam “*falando de espíritos*” (Caetano, Oiapoque, 26 de fevereiro de 2020). Quando perguntei o que ele achava disso, o que fazia a partir dessas falas, ele riu e ficou um pouco desconcertado. Em seguida, disse que não contestava a existência dos espíritos ou que os Karipuna tomassem “*o remédio deles*”, e prescrevia também o dele. O que essas falas enunciariam ao médico?

³⁹⁷ Em sua pesquisa etnográfica junto às profissionais de enfermagem do DSEI Alto Tapajós, Cristina Dias da Silva (2010) observa que “a autoridade sanitária ou higienista, para os termos do debate entre profissionais de saúde e povos indígenas, se constituiria num marco civilizatório e seria utilizada para distinguir índios e não-índios, ou para classificar os índios em diferentes categorias de civilidade, cujo parâmetro encontra respaldo em hábitos corporais e de higiene” (p. 262).

Em sua etnografia sobre os procedimentos terapêuticos e cuidados com a saúde entre as famílias Karipuna do Uaçá, o antropólogo Laércio Fidelis Dias (2000) elaborou uma listagem de “nove categorias de especialistas terapêuticos” acessados pelos Karipuna em episódios de doenças e infortúnios:

As nove categorias de especialistas terapêuticos são as seguintes: 1) aqueles que conhecem os remédios caseiros preparados, principalmente, à base de ervas, e de algumas substâncias de origem vegetal, animal e mineral; 2) os sopradores, que aplicam terapias à base de sopro; 3) os benzedores; 4) os pajés que controlam o mundo sobrenatural; 5) os médicos dos hospitais das cidades vizinhas; 6) os atendentes de enfermagem; 7) os agentes de saúde que atuam nas enfermarias das aldeias auxiliando os atendentes; 8) os pais e mães-de-santo da Umbanda aos quais os Karipuna têm acesso nas cidades vizinhas; 9) as promessas aos santos, pensadas como mais um recurso terapêutico, na medida em que, geralmente, estão ligadas a pedidos de restabelecimentos de entes familiares enfermos (p. 110).

Sua intenção foi demonstrar, então, as inúmeras agências que podem compor o itinerário terapêutico karipuna. Ainda que sua lista tenha focado nos agentes humanos, através das narrativas de suas conversas com seus interlocutores ficam mais evidentes os outros agentes que atuam junto com os listados na citação acima exposta. Assim é que, por mais que a raiz ou fruto travoso ajude a estancar hemorragias e diarreias, “sua eficácia sempre depende deles estarem encantados” (p. 112); um soprador só vai ser bom soprador se tiver “muita fé”; e, por mais que um pajé acumule reconhecimento pelos trabalhos realizados, são os *karuãna* que agem junto dele para ensinar-lhe como curar.

O tratamento empregado pelo pajé consiste em assoprar o doente, caso saiba, ou preparar remédios a partir de cascas de paus. Os paus utilizados são “pajés do mato”, que ensinam ao xamã como curar. Um dos paus utilizados é o apicuriuá. José também esclareceu que os *karuãna* são espíritos de paus e bichos, e quando o pajé canta, eles vêm, contam ao pajé que doença a pessoa tem, e lhe ensinam o remédio correto para tratá-la. Durante a noite, enquanto o pajé dorme, os *karuãna* levam seu espírito para a terra deles, no outro mundo (p. 141).

O autor focou nos episódios de “doença e infortúnio”, mas é através das relações diversas com outros humanos que os Karipuna se cuidam, seja na saúde ou na doença, como me contou Antonio, médico karipuna:

Vou contar o que eu vivenciei na minha aldeia mesmo. Ao que me recorde, os cuidados eram feitos muito pelas pessoas da comunidade, né? Era como se tivesse, cada profissional de saúde que tem na cidade, era como se lá tivesse um especialista/profissional que fizesse essa função. Eu lembro muito que, ah, passava mal, tinha um mal-estar físico, chamava alguém que fazia o atendimento, e daí passava algum remédio, algum chá, ou óleo, pra gente poder usar e tomar, e sempre tinha alguém que podia orientar aquele cuidado. Quando tinha algo além de físico, era chamado alguém também que entendesse daquilo, que fizesse uma reza, que

assoprasse a gente, que era pra que a gente melhorasse, e pra orientar pra gente não ficar doente. **Era como se fosse um cuidado pra gente não ficar doente. São aqueles cuidados que vamos ter com o corpo, com o espírito, para a gente não adoecer.** [Peço exemplos] por exemplo, de respeitar alguns costumes com relação à natureza, como não ir ao rio em determinada hora. Por exemplo, a gente ia pro igarapé e eu não podia ficar lá depois das 18h da tarde, se não era uma confusão, desorganizava meu espírito ali, e daí voltava pra casa e dava maior problema, porque é como se os espíritos da floresta viessem junto comigo. Então depois eu fui vendo que eram costumes que tinha que respeitar, para não desequilibrar com energia, com força. Outras coisas também, como não comer alguns alimentos, em determinados períodos, que a gente chama muito de “comida remosa”, né, acho que isso era outro cuidado (Antonio, sala de reunião virtual, 19 de maio de 2021, grifei).

As lembranças de Antonio reforçam (i) a percepção da fluidez da produção de saúde para além dos momentos de adoecimento, e (ii) a necessidade de conhecimento sobre a socialidade karipuna para uma atuação adequada de apoio à produção de saúde deles. Menos focada em categorizações de “especialistas” e mais interessada nas relações que dão vida à “construção cultural”³⁹⁸ karipuna, a antropóloga Antonella Tassinari inicia o capítulo “O Turé e o Universo dos Pajés” de sua tese “No bom da festa: o processo de construção cultural das famílias Karipuna do Amapá” (2003) com uma densa descrição da pajé Elza sobre sua relação com os “espíritos”, que reproduzo a seguir:

Lá no fundo [outros mundos], quando a lua está descendo prá lá, boniita, então os bichos estão dançando lá no Fundo. Agora nós vamos sonhar, nós vamos deitar, vamos sonhar, aí nós vamos dançar lá no Fundo. Gente, gente, gente, gente, gente. Só banco de sucuriju. É lá que nós vamos. Quando nós vamos chegar lá, aí nós vamos cantar, aí nós vamos beber, nós vamos dançar com nossos bichos, nós vamos dançar lá com nossos colegas, vão ensinar prá nós como estão fazendo Turé e tudo. Então, quando nós vamos acordar nesse mundo, nós vamos preparar o nosso igualmente eles. Eles vão falar, quando nós vamos fazer o nosso Turé, eles vão beber no nosso laku (p. 260).

Os bichos referidos por Elza são *karuanãs* com os quais ela construiu boas relações, no sentido de conseguir ajuda quando alguém ou a comunidade karipuna necessita. Essas boas relações são mantidas também através da realização de Turés que, como descreveu Tassinari, “são considerados pelas famílias do Curipi como ocasiões de dançar, beber e cantar com os seres sobrenaturais chamados de *karuãna*, e de oferecer-lhes caxiri, como retribuição às curas de doenças que propiciaram por intermédio dos pajés” (p. 255). A autora narrou com detalhes como foram realizados os Turés Karipuna durante seu campo, mencionando as danças, a punição dos excessos, os cuidados com a recepção e retirada dos “bichos” do local do evento.

³⁹⁸ Conceito utilizado pela autora para reforçar que a rede de relações sociais identificáveis através da etnografia das festas comprova que, para além do passado heterogêneo das famílias, “estamos diante de uma cultura que vem sendo elaborada, ou construída, [...] nestes anos de convivência das famílias às margens do rio Curipi” (2003, p. 22).

Também reforçou como cada pajé possuía seu próprio universo de seres sobrenaturais, “havendo grande capacidade de improvisações e criações particulares”, cabendo livros, mesa branca, espiritismo, umbanda etc. (p. 277). Isso foi um aspecto ressaltado por ela ao identificar o que os Karipuna chamavam de “nosso sistema”, onde todo esse sincretismo encontrava-se subordinado à figura de Deus:

Este “sistema” configura um sincretismo muito próprio, no qual os vários elementos que o compõem praticamente não mantêm vínculos ou relações entre si, mas encontram-se subordinados à figura de Deus. Assim, os *hohos*, os *djabs*, as cobras-grandes, os jacarés, as almas de mortos, os lobisomens e matintapereiras, os “índios bravos” e os “bons doutores” possuem seus locais de morada, têm características e hábitos próprios, mas pouco se relacionam entre si, a não ser na categoria de “amigos” de um mesmo pajé. A única explicação globalizante e que abarca todos os seres sobrenaturais relacionados aos pajés, assim como os santos, os homens e o mundo natural, é a categoria de criaturas de Deus. Os Karipuna afirmam que Deus é o criador de todas as coisas do mundo, e do qual provém toda a força do universo, inclusive aquela dos pajés, que é localizada a leste, onde nasce o Sol (p. 277).

Portanto, na época de sua pesquisa, a maioria dos/as Karipuna se definia católica e suas aldeias geralmente tinham padroeiros/as com os quais os/as indígenas se relacionavam e aos quais faziam também festas. A autora percebeu que os/as seres sobrenaturais católicos/as e da pajelança não se identificavam exclusivamente com este ou aquele fenômeno ou com certos espaços definidos, mas concorriam concomitante e paralelamente para solução dos mesmos problemas (p. 53-54), percepção que vai de encontro aos ordenamentos da busca por “especialistas” elaborados por Fidelis Dias, ao dispô-los em uma ordem não sincrônica em uma listagem de itinerários terapêuticos (2000, p. 83). Segundo a autora,

O catolicismo e o xamanismo são partes complementares da religiosidade Karipuna [...] a aproximação desses universos religiosos distintos efetua-se mais na prática do que na teoria, ou seja, existe nas atitudes cotidianas que unem as famílias e os seres sobrenaturais, por meio da manutenção de laços de reciprocidade – lógica implícita (TASSINARI, 2003, p. 51).

Entre os indígenas evangélicos também há comunicabilidade entre o cristianismo e o xamanismo. Em uma recente análise comparativa sobre as relações dos indígenas do Baixo Oiapoque que são católicos, adventistas e pentecostais com o mundo xamanístico e como eles se diferenciam entre si a partir de suas relações distintas com o xamanismo, Capiberibe (2022) notou que a possibilidade de ficar alterado e interagir diretamente com os seres ditos invisíveis provoca na população fascínio e medo. Essas sensações não são suprimidas pelas interdições das igrejas cristãs aos xamãs e práticas xamânicas. Logo, a condenação do xamanismo, feita em diferentes níveis por evangélicos e adventistas, não ocorreria na prática se não houvesse a possibilidade de relacionamento com o universo suprasensível, tão temido quanto desejado,

ao qual o xamanismo dá acesso, sendo oferecidas então vias de estabilização dessas relações (p. 125).

Com base nas ontologias ameríndias trabalhadas pela teoria perspectivista (LIMA, 1996; CASTRO, 1996, 2002, 2018), é possível perceber que em muitos povos indígenas, “humanos e não humanos (animais, espíritos de animais, heróis fundadores, mortos etc.) detêm um mesmo estatuto de pessoa” (CAPIBERIBE, 2017, p. 314). Assim, a humanidade ou a não humanidade dos sujeitos é relacional (CASTRO, 2002).

Se na cosmologia ameríndia a noção de humano enquanto pessoa pode ser estendida, de forma relacional, a diversos seres, é porque humanidade não denota uma espécie natural, mas a condição social de pessoa – “*humanidade* é a forma geral do Sujeito” (CASTRO, 2002, p. 374). A multiplicidade dos corpos é que mantém, na maior parte do tempo, a perspectiva da diversidade entre os seres e da humanidade de seus semelhantes (p. 380). Por exemplo, ir para a terra dos *karuanãs* e “dançar com os bichos” coloca os pajés em posição de liminaridade, às vezes Karipuna, às vezes “colega” de outros humanos – mantendo o que Capiberibe (2022) chama de corpo aberto. Assim, segundo Tassinari (2003), os Turés também são momentos dos/as pajés reafirmarem publicamente suas “boas intenções em socializar seus poderes de contato com o sobrenatural” (p. 259). Eles costumam expressar a vontade de realizar um novo e grande Turé, que se torna uma festa maior e mais bonita conforme as requisições atendidas pelo/a pajé.

A noção hegemônica de humanidade da sociedade moderna ocidental³⁹⁹ é diferente. Ela se organiza através da noção biológica/natural de espécies de seres vivos, sendo a espécie *homo sapiens sapiens* a única à qual é facultada a qualidade de ser humano. Sua particularidade seria a de planejar sua atividade vital, de forma que “o devir torna-se produto da ação guiada pela consciência” (GOMES, 2012, p.76) – consciência entendida como exclusiva de sua espécie. Acrescida de preceitos sobre natureza, ordem social e racionalidade do jusnaturalismo e contratualismo iluminista⁴⁰⁰, a noção de humanidade se definiria não apenas pelo amontoado de exemplares da mesma espécie, *homo sapiens sapiens*, mas também pelas relações idealizadas entre esses semelhantes, presentes na instituição moderna dos direitos humanos –

³⁹⁹ “Ocidental” acompanha “sociedade moderna” aqui para ressaltar que não se trata de uma questão cronológica, mas de fundamento ontológico.

⁴⁰⁰ Aqui faço referência principalmente a Hobbes (1588-1679), Locke (1632-1704) e Rousseau (1712-1778). Trouillot (2011) pondera, contudo, que o projeto universalista do ocidente enquanto lugar sem fronteiras “u-topos, no espacial” não é produto da ilustração (iluminismo) mas sim parte integrante dos horizontes renascentistas e “su creación simultánea de Europa y la Otriedad, sin las cuales el occidente es inconcebible” (p. 62). Segundo o autor, com o fim do último reino muçulmano da Espanha, em 1492, seguido da expulsão dos judeus, o cristianismo se tornou a Europa, e a Europa se tornou o cristianismo, capaz de gerar uma sensação de ordem interna (concentração de poder político em nome de um Deus) que possibilitou a Europa olhar para o Atlântico (p. 63).

Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, e atualizações desses princípios propagadas por agências multilaterais, como a Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

As idealizações universalistas do ocidente quanto à humanidade não modificam, contudo, o potencial desumanizador das relações sociais hegemônicas no sistema capitalista de produção⁴⁰¹. Por um viés materialista dialético de análise, como argumentou o médico Rogério Miranda Gomes (2012), a condição histórica em que os/as agentes não detêm os meios para a produção das suas ações/trabalho mina seus processos criativos e os fazem encarar o trabalho meramente como “um meio individual de garantir a sobrevivência particular” (p. 116). Ao invés de se reconhecer nos outros humanos, o agente passa a estranhá-los.

No campo da saúde, esse processo alienador entre humanos provocou uma naturalização do processo saúde-doença, com foco nas doenças, propensões genéticas e prescrições a indivíduos. Ao invés do fomento ao protagonismo dos sujeitos na produção de suas condições de saúde e cuidado, ocorreu a reprodução de uma medicalização social. Essa baseia-se no alto desenvolvimento tecnológico voltado, não para a intervenção nos processos sociais que levam aos adoecimentos, mas sim para a mercantilização da saúde reduzida a atos de consumo individual (p. 96).

O processo de ‘tecnificação’ da medicina, por exemplo, em grande parte expressa esse movimento em que o caráter reflexivo do agir médico progressivamente vai sendo subordinado às apresentações tecnológicas, seja na forma de equipamentos, seja na forma de rotinas, padronizações, protocolos (GOMES, 2012, p. 104).

No Brasil, o que motivou as campanhas de humanização dos serviços biomédicos de saúde dos anos 2000⁴⁰² foi a luta dos movimentos sanitários nos anos 1960⁴⁰³ em combater a tendência da prática técnico científica em desconsiderar a humanidade das pessoas envolvidas em seus procedimentos (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Essa desumanização técnica produziu um abafamento das singularidades/diferenças dos sujeitos, reduzindo as pessoas a um ser

⁴⁰¹ Na introdução desta tese, trouxe alguns exemplos elaborados por Federici (2000) e Campbell (1994) (Supra nota de rodapé 23, p. 28).

⁴⁰² Com foco na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que teve como principal tema o "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social" e que gerou iniciativas como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, de 2000; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de 2000; o Programa de Acreditação Hospitalar, de 2001, entre outras (SOUZA; MENDES, 2009, p. 682).

⁴⁰³ Como a luta antimanicomial e a luta feminista contra a violência presente nos partos. Cabe ressaltar que a mesma variedade de interpretações sobre “atenção diferenciada” em saúde indígena também existe relacionada aos termos humanização e desumanização. São concepções por vezes antagônicas, a depender dos referenciais filosóficos-epistemológicos aos quais estejam associadas (GOMES, 2017). Neste subitem da tese, diálogo com a conotação de humanização das relações entre profissionais da saúde e cidadãos, constante em documentos e sites oficiais brasileiros.

humano genérico, detentor de um corpo igual a todos os demais, a ser prevenido de doenças pré-definidas (LE BRETON, 2011, p. 285).

Com essa divisão entre o humano (alma/subjetividade) e seu corpo (matéria), a biomedicina dedicou grande parte de seus recursos e esforços ao conhecimento da estrutura e função do corpo-matéria. Assim, aprimorou técnicas e acumulou conhecimentos sobre as causas das doenças, os métodos de investigação científica e de análise complementar de diagnóstico, além de outros métodos de racionalização biológica (CAMARGO JR., 2005). Mas, como Gomes (2012) afirma, para o campo da saúde coletiva, esse é um viés empobrecedor do potencial de atuação humana frente aos adoecimentos, pois escamoteia as determinações sociais de saúde e, com elas, as desigualdades de acesso aos serviços que devem ser combatidas.

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), incorporada posteriormente na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, 2017), enunciou uma proposta metodológica para gerir o cuidado no cotidiano da prestação dos serviços de saúde que buscava reforçar a imagem dos pacientes como “legítimos cidadãos de direitos” e valorizar “os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2010, p. 5). Mas o próprio conceito de humanização na PNH, segundo Souza e Mendes (2009), apresentava riscos atrelados à utilização do termo em uma política pública, uma vez que seu caráter polissêmico poderia confundir o sentido que ele deveria assumir no escopo da política (p. 682). Um dos reveses dessa polissemia é a atualização do assimilacionismo presente no questionamento de muitos/as profissionais e gestores/as quanto ao imperativo de diferenciação na atenção aos indígenas, uma vez que somos todos iguais – “irmãos brasileiros”, como dito por um ex-secretário da SESAI⁴⁰⁴. Essa percepção associa o humanismo à atuação assistencialista, como traço de caráter positivado pelo cristianismo, em que se atende ao outro como a si mesmo (Ibidem.).

No subitem “Nem todos os homens” do artigo “A antropologia perspectivista e o método da equivocação controlada”, o antropólogo Eduardo Viveiros de Castro (2018) trabalha as metáforas ocidentais de irmandade, partindo de uma anedota em que houve a tradução de “Txai” como “irmão” quando o termo estaria mais próximo de “primo/cunhado” nas relações de afinidade traçadas pelos Kaxinawa e outros povos amazônicos (p. 259-262). Segundo o

⁴⁰⁴ Página do Ministério da Saúde no Twitter: <https://twitter.com/minsaude/status/1273638179522953217?lang=gl>. Acesso em: 23 jan. 2021. Como descrito no capítulo 1 desta tese, foi durante sua gestão que a APIB entrou com um processo contra a União para obrigá-la a fornecer o atendimento diferenciado.

autor, as metáforas ocidentais de irmandade guardam relação com uma noção de origem em comum, ressaltando a identidade entre os relacionados. Ou seja, mesmo pessoas que não são parentes, são irmãs “em alguma medida, uma vez que a fraternidade é em si a forma geral da relação” (p. 261). Assim, para os ocidentais, “irmandade” reforça o caráter de relação entre semelhantes – e, de alguma forma, a relação humanizada idealizada que mencionei anteriormente.

O modelo amazônico da relação não poderia ser mais diferente disso. “Diferente” é a palavra adequada, uma vez que ontologias amazônicas postulam a diferença ao invés da identidade como o princípio da relacionalidade. [...] A palavra comum para a relação, nos mundos amazônicos, é o termo traduzido como “cunhado” ou “primo cruzado”. [...] Em suma, “primo/cunhado” é o termo que cria uma relação onde nenhuma existia. É a forma pela qual o desconhecido é tornado conhecido [...] Não é de se espantar, então, que animais sejam tão frequentemente concebidas como sendo finalmente relacionados a humanos na Amazônia. O sangue está para os humanos como caxiri está para as onças, exatamente do mesmo jeito que uma irmã para mim é uma esposa para meu cunhado (p. 261).

Trazendo um exemplo da região do baixo Oiapoque:

A mitologia palikur, por exemplo, está repleta de narrativas sobre encontros interespecíficos fortuitos na mata, nos quais um animal avista um humano como uma presa animal e termina capturando-o e levando-o para seu mundo, onde ambos passam a viver uma vida nos moldes da cultura humana [...]. Num mundo em que ser pessoa e possuir cultura não são prerrogativas exclusivas de homens e mulheres, mas qualidades extensivas aos não humanos (CAPIBERIBE, 2017, p. 314).

As relações com os “espíritos” seriam, assim, relações que se dão através de uma linguagem estabelecida em (e com) um plano suprassensível (CAPIBERIBE, 2017, 2022). Essas relações fazem das pessoas “humanas e/ou não humanas, que distinguem parentes consanguíneos de afins” (p. 313-314). Essas constituições são transformações inerentes às relações, que podem se dar também com espíritos. Cabe, portanto, indagar junto com Ailton Krenak (2019a): “Somos mesmo uma humanidade?” (p. 8).

Voltando para a saúde indígena institucional, enquanto a utilização da noção de humanização pela maioria dos profissionais de saúde não indígenas significa ideologicamente reforçar um olhar de semelhança da alma entre homens e mulheres diferentes, em um entendimento ameríndio, ver a humanidade de seres outros (enquanto processo em que se passa a enxergar um agente como humano) pode significar a “captura” da pessoa para a convivência com esses seres. Ou seja, é preciso estar constantemente atento à diferenciação entre os

humanos e ter cuidado com as “composições inadequadas” (ROSALEN, 2017)⁴⁰⁵ e possíveis desestabilizações (CAPIBERIBE, 2022), ou manter as relações de reciprocidade (CAPIBERIBE, 2009; TASSINARI, 2003), visto ser possível assumir “modos de existir” de outras gentes. Por exemplo, pode-se engravidar de “bicho”⁴⁰⁶ (ANDRADE, 2007; KARIPUNA, 2017), tanto quanto pode-se tê-lo como espírito auxiliar de um pajé (TASSINARI, 2003; ANDRADE, 2007). É preciso, sobretudo, considerar como essa história de que existe “a” humanidade faz com que os não indígenas se alienem e se tornem violentos com aqueles que desumanizam – sejam rios, montanhas (KRENAK, 2019a), *karuãnas* ou os próprios indígenas, quando são discriminados de forma negativa, como abordado em diferentes momentos desta tese (Supra p. 40, 70, 251).

Não por acaso os Karipuna falavam ao médico cubano sobre os espíritos e suas agências, demonstrando que há mais agentes do que aqueles que ele considerava ao tratar sobre saúde, e evidenciando também outras práticas terapêuticas que estariam em ação (MENÉNDEZ, 2009).

Esboçando aqui uma análise etnograficamente informada sobre o funcionamento do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), e considerando que uma das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) é a prevenção e vigilância com base nas determinações sociais de saúde, me parece que a atenção diferenciada aos Karipuna passaria pelo conhecimento e engajamento das EMSI, com apoio do DSEI e SESAI, na manutenção das condições de sociabilidade com os *karuãna*. A identificação de quem são os/as pajés vivos/as, se têm aprendizes, se têm feito trabalhos, se o Turé de um determinado ano foi grande, são informações importantes de serem monitoradas com a mesma relevância que o peso das crianças karipuna. A atenção diferenciada na saúde indígena não é só respeitar quando “topar” com um/a pajé fazendo seu trabalho com alguém que, paralelamente, também está sendo acompanhado pela EMSI. Este é o comportamento ético minimamente esperado.

Assim, por mais “humanizado” que seja o atendimento biomédico, se este atendimento não considerar (no sentido de levar a sério) “outros humanos” envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado-cura da região amazônica do baixo Oiapoque, ele não será sinônimo de atenção diferenciada. Essa consideração passa pela visualização da posicionalidade do/a médico/a em meio às relações de saúde-doença-cuidado-cura presentes em determinado local. O chamado “atendimento humanizado em saúde” seria uma espécie de facilitador para um

⁴⁰⁵ Ou seja, como explica Rosalen (2017), é preciso saber viver entre muitas gentes. Pessoas mais susceptíveis a apresentarem estados alterados não é decorrência direta de comportamentos inadequados, mas fundamentalmente de composições inadequadas.

⁴⁰⁶ Como explicado no início, bicho no contexto do baixo Oiapoque significa os *karuanã* – outros humanos.

reflorestamento do imaginário (LONGHINI, 2021) sobre as formas de se relacionar e produzir saúde, crucial para as diferenciações demandadas pelos indígenas.

No próxima item, trago um último exemplo para reforçar que, ainda que não genérico nem apenas humanizado de um jeito não indígena, o que se espera dos serviços estatais de saúde indígena é um atendimento biomédico.

5.3.3. Sobre atenção diferenciada e biomedicina

Durante a pandemia da COVID-19, foi produzida e distribuída uma cartilha⁴⁰⁷ com informações, em português e *parikwaki*, sobre a situação de pandemia da doença, o que se sabia sobre ela, sobre a importância de realizar isolamentos e orientações sobre o que fazer em três situações: antes de ela chegar à aldeia/comunidade; quando ela já estiver na aldeia/comunidade; e, uma vez presente, o que fazer quando alguém adoecer. O material foi dirigido especificamente para os Palikur-Arukwayene, não apenas com a tradução para o *parikwaki*, como também contendo uma contextualização histórica sobre outras doenças epidêmicas que já enfrentaram e que, no passado, causaram muitas mortes, tendo sido posteriormente controladas por meio de vacinas.

Como o mapeamento existente na parede do Polo base Manga, ou a horta comunitária de ervas medicinais do médico cubano, uma cartilha com tradução para a língua mais familiar ao “usuário” é passível de ser feita por profissionais capacitados/as para atuarem na Atenção Primária à Saúde e preocupados/as com a disseminação de informações sanitárias⁴⁰⁸. Mas o diferencial dessa cartilha foi incluir práticas Palikur-Arukwayene entre as orientações sobre prevenção, como por exemplo, reforçando que “o costume de passar um tempo em família nos retiros⁴⁰⁹ é uma boa ideia para esse período” (CARTILHA, 2020, p. 9), ou que “o costume da pessoa doente ficar na ‘tocaia’ – o mosquiteiro armado sobre a rede ou a cama do doente – pode evitar que outras pessoas fiquem se aproximando do doente” (p. 12), além da recomendação de utilização dos chamados “remédios tradicionais” para diminuir o incômodo dos doentes (p. 14).

⁴⁰⁷ A cartilha não contém autores, mas sabe-se que é fruto de parcerias entre o IEPÉ e o DSEI Amapá e norte do Pará, e não apresenta uma data de publicação, apenas a informação de casos até setembro, sendo possível entender que ela foi publicada, pelo menos, depois de setembro de 2020.

⁴⁰⁸ E têm sido feitas, por exemplo, na recepção do grande quantitativo de imigrantes venezuelanos não indígenas que têm cruzado a fronteira para o Brasil.

⁴⁰⁹ Locais para onde as famílias vão temporariamente, como descrito a seguir.

Suas inúmeras potencialidades de comunicação ganharam mais ou menos força se a cartilha foi lida pelos Palikur-Arukwayene ainda no verão, considerado um período feliz por causa da fartura de alimentos, quando as famílias costumam mudar-se “temporariamente para o campo seco rio abaixo, para onde vão apenas coletar, caçar, comer e dormir” (CAPIBERIBE, 2009, p. 212); se os profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), como o médico Denis, reforçaram o uso do xarope contra COVID-19, usado pela maioria dos habitantes do Kumenê – “*eu atribuo [eles terem ficado bem na pandemia] a todos eles terem tomado muito chá, eu acredito mesmo que isso ajudou [...] e a gente falou, tomem mesmo, continuem tomando*” (Denis, Brasília, 12 de abril de 2022); ou se os/as profissionais, também informados pelas relações de consanguinidade e vigília de pessoas doentes, como explicado acima, intensificaram o acompanhamento daqueles/as que se incumbiam de vigiar o/a doente – sem tentar persuadi-los/as a agir de outro modo.

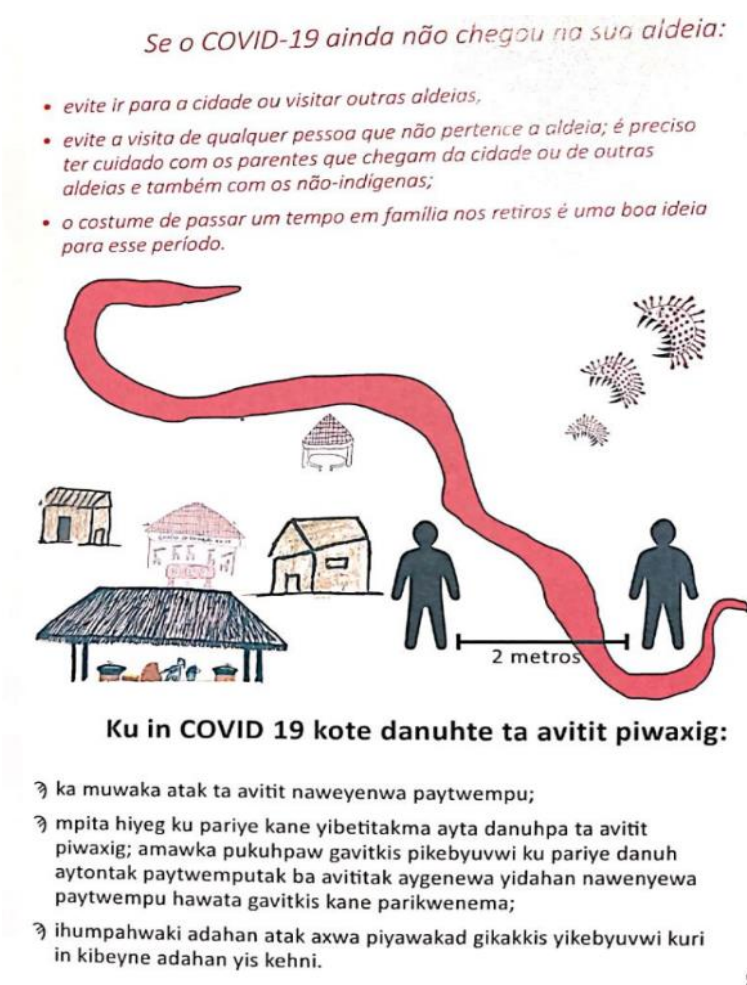


Figura 3. Exemplo de uma página da cartilha com orientações sobre a COVID-19.

Contudo, esse material ficou datado. Ainda que não contenha uma data de publicação, suas informações sobre a COVID-19 estão desatualizadas. Em fevereiro de 2022, algumas dezenas de exemplares estavam empilhados na recepção do Polo Base Kumenê, enquanto um Palikur-Arukwayene mais velho me contava como foi Deus e o “xarope da COVID”, produzido por ele e outras famílias palikur-arukwayene, que teriam salvado sua esposa da morte pela doença.

Quando finalmente foram fabricadas vacinas para prevenir os casos mais graves da doença e os indígenas em Terras Indígenas foram priorizados na aplicação das primeiras doses, as aldeias palikur-arukwayene foram as que registraram os menores percentuais de vacinação do DSEI-AMP. Insucesso do árduo esforço de escrita, tradução, impressão e distribuição da cartilha que relembra epidemias passadas superadas pelos Palikur-Arukwayene justamente por meio de vacinas? Ou o sucesso em reforçar o uso de “remédios tradicionais” e outras práticas de autocuidado teria extrapolado os objetivos da cartilha, fazendo com que fossem entendidos não apenas com agência frente aos sintomas, mas também contra o vírus em si? Fato é que foram poucos casos graves da doença entre os Palikur-Arukwayene.

Diante desse cenário, Ana, a enfermeira karipuna à época responsável pelo polo base Kumenê e cobrada pela baixa cobertura vacinal, seguia incluindo a vacina contra COVID-19 na caixa térmica que levava em suas visitas às aldeias do polo. Em seu entendimento, esse era seu papel: “*eu não vou deixar de levar a vacina nos itinerantes e de oferecê-la, porque esse é o meu trabalho*” (Ana, Oiapoque, 4 de março de 2022). Essa postura de Ana evidencia que ela quer que seja oferecido nas aldeias todas as possibilidades possíveis de atenção biomédica.

O que o que se espera da saúde indígena institucional é que tenha a vacina disponível; o remédio disponível; o deslocamento para o polo ou para a cidade quando pretendido; que os/as profissionais da saúde cumpram suas escalas; que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena estejam completas dentro das Terras Indígenas; que os equipamentos sanitários estejam construídos etc., ao mesmo tempo que haja espaço de entendimento e negociação conforme as avaliações e decisões dos Palikur-Arukwayene, Karipuna, Galibi-Marworno, Galibi Kali’na e tantos outros povos, sobre o uso de tais serviços e práticas disponíveis e sobre sua saúde-doença-cuidado-cura.

Como define o médico Rogério Gomes (2012), o posicionamento político possibilita ao agente o “desenvolvimento de projetos, relações e práticas cujo motor se encontra na busca

de um devir, não apenas humanizador, mas emancipador dos sujeitos” (p. 131). Quando Javier buscou conversar com os mais velhos, conhecer a igreja e as roças, e fez uma horta medicinal, sua preocupação com o uso de antibióticos foi materializada através da viabilização de alternativas àquele recurso que era muito utilizado pelos Palikur-Arukwayene. Por outro lado, Denis, o médico que o substituiu no Kumenê, não manteve ou refez a horta, nem provou ou buscou mais informações sobre o “xarope da COVID” dos Palikur-Arukwayene, ainda que tenha alegado a potência do remédio em manter os indígenas saudáveis.

Assim, termino este capítulo ressaltando dois aspectos. O entendimento do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) como um direito conquistado pelos povos indígenas torna sua manutenção e aprimoramento necessários. Uma vez que, como vimos, o que se espera do SasiSUS é a oferta de serviços biomédicos de saúde, estes precisam estar estruturados para se diferenciarem dos demais serviços do SUS – de forma positiva (S. ALMEIDA, 2020), e não pela precariedade (DIAS DA SILVA, 2021). Do contrário, com recursos financeiros e humanos insuficientes, não se concretiza uma atenção primária à saúde dos povos indígenas. Esses ficam, assim, mais expostos a riscos associados à falta de atendimento, de medicamentos, de acompanhamento do uso contínuo de medicamentos (ROSALEN, 2017), de transporte, e às violências etnocêntricas, preconceituosas e discriminatórias, fruto da invisibilização de seus direitos (LONGHINI, 2021; BARRETO, 2021a).

Isso não pressupõe a substituição das teorias e práticas próprias ameríndias de cuidado e manutenção do bem viver pelas práticas biomédicas. Como explica Alceu Karipuna (2017):

Querer que os indígenas não procurem o atendimento da medicina ocidental, é negar o direito à saúde conquistado pelos povos indígenas. Mas deixar de lado os cuidados tradicionais, as noções de corpo e espírito karipuna, até que não existam mais indígenas dispostos a cultivar as heranças karipuna, é matar lentamente meu povo. Foi este sistema tradicional de saúde karipuna que possibilitou, ao longo dos processos migratórios que este povo viveu, sobreviver e às adversidades de todos os tipos (p. 17).

As práticas indígenas de saúde-doença-cuidado-cura, ou medicina indígena, são perpassadas pela autonomia dos povos indígenas em realizar tratamentos, resguardos, mutirões, restrições e composições com outros humanos – como abordados nas situações analisadas anteriormente neste capítulo. A existência dessas práticas não é ameaçada pela interação com os sistemas biomédicos – pelo contrário, a dificuldade de compor com outras práticas geralmente é da própria biomedicina (LANGDON, 2005; SILVEIRA, 2004). Como Gil (2007) é categórica em afirmar ao analisar as políticas de saúde na Amazonia, a biomedicina “se recusa a permitir que as fronteiras entre ela e outros sistemas se façam fluidas” (p. 50). As teorias e

práticas indígenas podem ser enfraquecidas, ou sofrer interferências severas, quando, dentre outros fatores, são diretamente combatidas ou desacreditadas, por exemplo, pelos profissionais de saúde⁴¹⁰. Elas podem, por outro lado, gerar curiosidade, como vimos na ação ativa do médico Javier em entender as práticas dos Palikur-Arukwayene, e gerar um engajamento do profissional que torna possível a efetivação da humanização dos serviços preconizada pela legislação, qualificando os serviços ofertados, seja a indígenas ou não indígenas.

Assim, e este é o segundo aspecto a ressaltar, criticar a equiparação entre atenção diferenciada e atendimento humanizado não significa torná-los incompatíveis, mas olhar para a amplitude da diferença e da humanização que pressupõem. Se, como vimos, existem outras noções de humanos, noções que ampliam e noções que discriminam quem acessa o status de “humano”, a humanização dos serviços realizados junto aos povos indígenas, conforme descrita nos documentos base da Política Nacional de Humanização – ou seja, valorizando os diferentes sujeitos – precisaria considerar (i) o racismo que classifica os/as indígenas como humanos inferiores, e (ii) as concepções de sujeitos/humanos desses povos. Logo, para humanizar o diferente é preciso considerar que existem diferentes humanos.

Surgidas durante um mesmo período de redemocratização, e frutos de disputas travadas por movimentos sociais pela constituição dos serviços de saúde no país (capítulo 1), a humanização dos serviços de saúde e sua diferenciação nas ações voltadas aos povos indígenas seguem sendo pautas importantes no enfrentamento às robustas instituições coloniais de Estado que buscam transformar. A redução inadvertida do entendimento de atenção diferenciada ao atendimento humanizado interfere na qualificação dos serviços ofertados pelo Subsistema e alimenta as ruminações sobre a existência desta política específica ser desnecessária⁴¹¹. Essas ruminações dão-se muitas vezes através da invocação de uma igualdade/irmandade entre todos que precisam de serviços de saúde humanizados, e se concretizam na diminuição de recursos e na baixa flexibilização das ações estatais no atendimento às centenas de povos indígenas existentes no Brasil.

Nesse sentido, paradoxalmente, o ser humano genérico, combatido nas Políticas de Humanização, seguiria sendo invocado: passar-se-ia a diferenciar corpos, com suas almas e histórias onde antes havia somente um “receptáculo de doenças”, mas essa torção manteria intacta a prerrogativa não indígena moderna da unicidade humana – ou o humano universal, a

⁴¹⁰ E esse é apenas um exemplo, visto que essas práticas costumam ser bastante combatidas por missões proselitistas religiosas.

⁴¹¹ Como durante o governo Bolsonaro, quando tentaram novamente iniciar o processo de municipalização da saúde indígena: <https://apiboficial.org/2019/11/19/governo-bolsonaro-quer-acabar-com-o-subsistema-de-saude-indigena/>

monocultura da humanidade –, em detrimento de todas as outras concepções possíveis de humanos/sujeitos, corpos, pluriversalidade e diferenciação presentes nas ontologias ameríndias.

CONCLUSÃO

Em primeiro de janeiro de 2023, Luís Inácio Lula da Silva se tornou o 39º presidente do Brasil, iniciando seu terceiro mandato, doze anos depois de ter passado a faixa para Dilma Rousseff, sua sucessora, na conclusão de seus primeiros 8 anos de governo. Como reiterado em outras partes desta tese, no meio de seu segundo mandato, Dilma sofreu um golpe que a retirou da presidência, cargo máximo do poder executivo brasileiro. Com essa desestabilização da ordem democrática neoliberal, provocada por sua ala mais conservadora e oligárquica, algumas políticas públicas foram interrompidas, como o financiamento de estudos e pesquisas no país⁴¹²; combatidas, como o episódio de quase extinção do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS)⁴¹³; ou desconfiguradas, como o Programa Mais Médicos (PMM).

Esta pesquisa foi, em sua totalidade, realizada durante esse período marcado pelo golpe de 2016, pela edição da Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos (95/2016), pela saída dos/as médicos/as cubanos/as cooperados/as do PMM, e pela pandemia da COVID-19. Nesse contexto, o provimento de médicos/as através do PMM não foi interrompido, mas sofreu reduções. Segundo Alcides Miranda (2019), “Os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) evidenciam que de julho de 2018 (13.306 registros) a junho de 2019 (3.656 registros) houve um decréscimo proporcional de 72,5% do total de médicos cadastrados e atuantes no PMM, incluídos os brasileiros e estrangeiros” (s/n)⁴¹⁴. Assim, na primeira etapa do trabalho de campo presencial no Amapá, em fevereiro de 2020, encontrei dois médicos cubanos ex-cooperados, que escolheram ficar no Brasil após o fim do acordo com o governo cubano, aguardando há mais de um ano para serem reintegrados ao

⁴¹² O presidente (golpista) Michel Temer realizou cortes no orçamento da educação (<http://adusb.org.br/web/page?slug=news&id=8863&pslug=>, Acesso em: 17 jun. 2023, ocasionando um desfinanciamento em cadeia, provocando, em 2017, uma das maiores crises financeiras da Unicamp (<https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2017/09/26/crise-financeira-leia-entrevista-do-reitor-marcelo-knobel-ao-portal-r7> Acesso em: 17 jun. 2023. Minha orientadora e eu tentamos algumas opções de financiamento para essa pesquisa. Sem sucesso. Com a escassez de recursos imposta, era preciso ter mais do que excelentes desempenhos acadêmicos. No começo do doutorado, fiquei desempregada por quase dois anos, e foi com a bolsa do Programa de Estágio Docente (PED) que mantive frequência nas disciplinas em que estava matriculada, apesar de ausente em boa parte da vida acadêmica do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH). Depois, durante o governo Bolsonaro, as ciências humanas foram chamadas de “balbúrdia” pelo próprio presidente (disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/universidades-com-balburdia-terao-verbas-reduzidas-diz-weintraub/>). Assim, exponho as dificuldades de concretização desta tese como um protesto. Protesto por mais recursos para as universidades públicas brasileiras; por mais bolsas de estudos; por mais auxílios aos(as) estudantes que se sustentam de sua própria força de trabalho; por mais institucionalização do apoio aos(as) cientistas precarizados/as, para garantir a chegada e permanência de estudantes de distintas raças, gêneros e classe nas universidades e permitir as mudanças inescapáveis que essas presenças provocam na academia.

⁴¹³ Citado acima, na nota de rodapé 411, p. 300.

⁴¹⁴ Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinioao/medicos_brasil__bolsonaro_alcides_miranda/42108/. Acesso em: 17 jun. 2023.

Programa⁴¹⁵. Enquanto isso, jovens médicos brasileiros recém-formados em escolas privadas de medicina da Bolívia, porque lá “*a faculdade é mais barata do que aqui*” (Denis, Brasília, 12 de abril de 2022), vivenciavam sua primeira oportunidade de trabalho como médicos bolsistas do Programa, lotados no DSEI-AMP, três deles na “área Oiapoque”.

Como a fachada de uma casa que se mantém de pé enquanto seu interior está repleto de ruínas, o provimento de médicos era mantido enquanto todos os outros alicerces da política cediam à Comunidade Medicina Liberal (CML) e ao empresariado do ramo da saúde. Por exemplo, como abordado no capítulo 3, a partir de 2013, com o Programa Mais Médicos (Lei n. 12871/2013), o primeiro ano da residência em Medicina da Família e Comunidade havia se tornado obrigatório para algumas especialidades. Mas em 2020, com essa obrigatoriedade já revogada, as residências dessa especialidade apresentavam vagas ociosas devido à baixa procura, segundo publicação do Conselho Federal de Medicina (SCHEFFER, 2020). Como na música do compositor Caetano Veloso, “*ainda era construção e já é ruína*”⁴¹⁶.

A interseção do Programa Mais Médicos (PMM) com o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) era baseada justamente no provimento emergencial de médicos que, teoricamente, se manteve em operação. Porém, como abordado no capítulo 4, a substituição dos/as médicos/as cubanos/as cooperados/as acarretou diversos prejuízos ao andamento dos trabalhos nas aldeias da região do baixo Oiapoque, devido à não apresentação dos médicos brasileiros na sede do DSEI-AMP a tempo de cumprir as escalas programadas, seja porque “*entravam com atestado [médico]*” (Domingos, Macapá, 1 de setembro de 2021), seja porque não aceitavam se locomover pelos rios dentro das Terras Indígenas. Além disso, o provimento dos médicos não resolvia outras questões que impactavam tanto a saúde dos/as indígenas como a capacidade da SESAI de atender essa população, como o aumento da inflação e a diminuição relativa do poder de compra, que fez faltar de gasolina a soro fisiológico⁴¹⁷ nos últimos 4 anos.

Nesse contexto, alguns profissionais, indígenas e não indígenas, que entrevistei, chegaram a questionar a necessidade de médicos nas equipes, pois eles apenas faziam “*o que a gente já fazia*” (Agnes, Polo Base Kumenê, Oiapoque, 27 de fevereiro de 2022) e enfrentam os mesmos problemas estruturais. Outros/as expressaram certo incômodo com os holofotes voltados aos médicos, porque a saúde indígena é sustentada por outros profissionais (Enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde, por exemplo), mas a maioria não hesitou em

⁴¹⁵ O que só foi acontecer em agosto de 2020, no auge da pandemia da COVID-19.

⁴¹⁶ Música “Fora de ordem”. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=eqMcE2IEFWg&ab_channel=CaetanoVeloso-Topic Acesso em: 7 de jul. 2023.

⁴¹⁷ Como me relatou, indignada, um/a profissional da equipe que atuava no Kumenê.

reforçar a importância desse/a profissional nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

Acontece que o Subsistema, em um contexto mais amplo, nunca prescindiu da figura médica. Eles não estavam nas EMSI, mas estavam atendendo (i) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde, por exemplo, o DSEI-AMP mantém uma cota de atendimentos mensais aos indígenas deslocados das aldeias para Macapá, (ii) nos serviços de referência de média e alta complexidade, (iii) nas gestões municipais, estaduais e federais de saúde, como secretários da Secretaria Especial de Saúde Indígena, ministros, deputados, senadores e afins. Com base nesse contexto, considero que o desfalque médico é prejudicial à saúde dos povos indígenas, causando precarização dos serviços primários de saúde nas aldeias e recorrência de desentendimentos e violências ao longo dos processos curativos, que não se resumem ao Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS).

Como verificado ao longo desta pesquisa, primeiro a política de provimento de médicos do Programa Mais Médicos (PMM) foi implementada e depois se pensou em um acolhimento específico ou adaptações das regras gerais para o contexto da saúde indígena institucional, como soluções aos problemas que já tinham surgido (Capítulo 2). Assim, a priorização dos DSEI se deu a partir de sua semelhança com municípios que sofriam com a escassez de médicos, mas logo apareceram as inúmeras diferenças entre o funcionamento do SasiSUS e os serviços municipais de saúde – tais como o acesso ao local de trabalho, escala de trabalho, língua, falta de acesso à internet etc.

A mudança do PMM, de agenda prioritária de um governo que desafiou a hegemonia médica para uma concessão política a esse grupo de poder, fazia-o caminhar a passos largos para uma atualização do clientelismo médico brasileiro⁴¹⁸. Como vimos, o Programa Médicos pelo Brasil, instituído pelo ex-presidente Jair Bolsonaro, revogou as regulações das residências médicas, presentes na Lei do PMM, e criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), a qual, através de um modelo empresarial de financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS), extrapolava o próprio Programa. Com a implementação do Médicos pelo Brasil, apenas médicos/as com registro em Conselhos Regionais de Medicina (CRM) poderiam ser bolsistas, o que significava o retorno da reserva de mercado para a classe médica brasileira. Para a saúde indígena institucional, esta exclusividade significou por muitos anos o não preenchimento das vagas ofertadas em vários DSEIs. A região do baixo rio

⁴¹⁸ Por exemplo, pouco menos de três meses após sua contratação, o médico com CRM bolsista do Programa lotado no DSEI-AMP já negociava a redução de suas horas sem redução de sua bolsa.

Oiapoque, por exemplo, enfrentava a ausência de médicos nas equipes distritais até a chegada dos primeiros médicos cubanos bolsistas do Programa Mais Médicos, em 2013.

Ainda que muito fosse necessário para aprimorar a interseção entre o PMM e a saúde indígena, considero a presença de médicos/as nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), e médicos/as com formação voltada para a atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), uma das variáveis que contribuem para estabelecer condições para a atenção diferenciada preconizada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Esse/a profissional condensa em si uma autoridade sanitária, historicamente construída (Capítulo 3), que extrapola suas contribuições técnicas para a EMSI. Eles/as são, muitas vezes, parte da “vontade política” que falta para as políticas de saúde indígena caminharem⁴¹⁹ – e são médicos/as gestores/as e políticos/as que muitas vezes questionam a necessidade do Subsistema – como o ex-Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta (DEM). Assim como as outras profissões presentes nas EMSI vêm construindo repertórios de atuação na saúde indígena institucional, mais médicos/as experienciando essa realidade têm o potencial de consolidar formas diferenciadas de exercer medicina junto aos povos indígenas, diversificando as vozes e diminuindo a predominância do caráter espontaneísta e romantizado dos/as médicos/as que geralmente se interessavam em trabalhar no Subsistema antes do PMM.

Como apresentado no capítulo 4, o Subsistema funciona seguindo os padrões estatais sanitários. Ele apresenta diferenças evidentes em seu formato – separado por distritos e com gestão federal –, mas não tão evidentes assim em seu conteúdo prático – atendimentos, metas, programas de saúde, banco de dados. Até quando seria possível inovar, por existirem direitos indígenas que respaldam adaptações às normas gerais, como nos mapeamentos da atenção primária e construção de metas (Capítulos 4 e 5), seus/as gestores/as, geralmente não indígenas, até o presente momento escolheram replicar programas de saúde nacionais, esvaziar o poder decisório de instâncias de controle social (Capítulo 1), e desconsiderar a importância da antropologia na efetivação dessas inovações (Capítulo 2). No caso do DSEI-AMP, esses direcionamentos acabavam influenciando o foco dos/as funcionários/as, indígenas e não indígenas, para este tipo de produção de saúde. Ainda que haja diferentes formas de engajamento com os povos indígenas atendidos, que perpassam desde relações de confiança e de luta por melhorias dos serviços até discriminação negativa e estigmatizante, trata-se mais de posicionamentos dos sujeitos do que direcionamentos da política pública.

⁴¹⁹ e também decisivos para o avanço de algumas pautas, quando aliados, como alguns médicos citados ao longo deste trabalho (Sérgio Arouca, Alexandre Padilha etc.).

Ao analisar uma política específica como a atenção despendida pelo Estado à saúde dos povos indígenas, torna-se oportuno a reflexão de que muitas das dificuldades do Subsistema estão relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual ele é filiado. Como abordado no Capítulo 1, o SUS enfrenta dificuldades para ser de fato (e não apenas de direito) único. Logo, o sistema de saúde brasileiro convive com a iniciativa privada e seus consultórios, clínicas e laboratórios que atendem indivíduos que pagam no ato da prestação do serviço. Como o sanitarista Jairnilson Silva Paim (2009) critica, na prática se mantém certa indefinição se a saúde deve ser considerada um bem público ou um serviço a ser comprado no mercado (p. 47). Essa confusão prática acentua as desigualdades de acesso, com médicos/as preferindo “ler imagens” a atuar junto à população (Capítulo 3). Quando presentes na atenção primária, é comum cumprirem parcialmente seus plantões (Capítulo 4). Em meio a esse cenário, uma mulher indígena do baixo Oiapoque precisa ter dinheiro para conseguir realizar ao menos um ultrassom ao longo do seu pré-natal, nas clínicas particulares de Oiapoque, ou precisa viajar até Macapá para consultar com um oftalmologista a respeito de complicações de sua cirurgia no olho.

Se, como disposto na Lei de criação do SUS (Lei n.8080/1990), “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”, significa que “se queremos elevar os níveis de saúde de toda a população, precisamos interferir na estrutura econômica e política do Brasil” (PAIM, 2009, p. 53).

Enquanto assistia à cerimônia de posse de Lula, com o cacique kayapó Raoni subindo a rampa do Planalto de mãos dadas com o presidente do Brasil⁴²⁰, me veio à cabeça o que Ailton Krenak disse certa vez em uma palestra para não indígenas:

O Estado brasileiro deveria pedir desculpas, chamar esses povos indígenas, suas lideranças, seus conselhos de representação, suas autoridades, chefes como o nosso chefe Raoni, e dizer: “Como vocês querem que o Estado se organize para conversar com vocês? Em que língua vocês querem que a gente fale com vocês?” (WEKA, 2016, p. 48)

Em sua exposição, o ativista indígena fez uma referência às diferentes línguas indígenas faladas no Brasil, para além da língua portuguesa, mas a primeira pergunta expande a abertura de negociação para todas as linguagens estatais, incluindo suas hierarquias, instituições, leis, organogramas, valores, metas, agendas, orçamentos, fluxos processuais e, principalmente,

⁴²⁰ <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2023-01/lula-sobe-rampa-do-planalto-e-recebe-faixa-presidencial>

chefes. Se busquei fazer pontes entre a horta medicinal feita por um médico cubano na aldeia Kumenê com a agenda de saúde da Organização das Nações Unidas (Capítulo 5) é porque a questão da saúde indígena não se limita a políticas públicas autointituladas “diferenciadas”, promovidas por Estados com sua colonialidade de poder intacta (FANON, 2022; QUIJANO, 2000; CESARINO, 2018).

Cuba é um exemplo de Estado que rompeu com essa colonialidade em seu processo revolucionário, que apoiou ex-colônias africanas em seus processos de independência e que segue destoando das estruturas coloniais do sistema capitalista. Adjetivar os/as médicos/as como cubanos/as, mais do que informar a nacionalidade desses/as profissionais, indica um grupo cooperado que segue alinhado com os valores da revolução de 1960 – e existem inúmeras campanhas de “sequestro de cérebros” voltadas a eles, como o “Cuban Medical Professional Parole Program”⁴²¹ (ERISMAN, 2012). Os/as médicos/as que lá se formam e trabalham são funcionários/as públicos/as que atuam em um sistema público de saúde pobre em recursos, mas organizado, para lembrar as sabedorias do governante João Capiberibe (o Capi). Reforça-se, a cada nova turma de graduandos/as e nos discursos de líderes nacionais, a tarefa militante desses/as profissionais de contribuir com a saúde de cubanos/as e não cubanos/as. Há ali uma soberania construída através do poder de decisão sobre a saúde que, como vimos no Capítulo 3, é indissociável das outras transformações econômicas e políticas que ocorreram na ilha desde 1959. Essa soberania vem se fragilizando nos últimos anos devido às dificuldades político-econômicas enfrentadas pela ilha, em um mundo hegemonizado pela agenda neoliberal.

Voltando ao Brasil, o terceiro mandato de Lula se inicia com o reestabelecimento do Programa Mais Médicos (PMM) e com a criação do Ministério dos Povos Indígenas (MPI). Com o primeiro, se veem novamente aumentando o número de médicos/as bolsistas que, em caráter emergencial, estão sendo destacados/as para os locais que apresentam sinais de insegurança assistencial (biomédica), com a inclusão novamente dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A chegada de dois deles no DSEI Amapá e norte do Pará (DSEI-AMP) ocorreu em meio às transições de gestão, tanto a nível local, com a nomeação de um/a novo/a coordenador/a do DSEI, quanto nacional, considerando a nomeação do advogado indígena Weber Tapeba como secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Tais implementações, feitas sem os devidos alinhamentos, podem representar uma repetição

⁴²¹ O CMPP, iniciativa coordenada desde 2006 pelo Departamento de Estado e o Departamento de Segurança Nacional dos Estados Unidos.

dos atropelos do Ministério da Saúde à SESAI, como ocorridos na primeira versão do Programa (Capítulo 2).

O Ministério dos Povos Indígenas é comandado pela deputada federal Sônia Guajajara, primeira Ministra de Estado indígena da história do país. Promessa de campanha anunciada no Acampamento Terra Livre (ATL) de 2022, o Ministério pode ser considerado mais uma conquista do movimento indígena no Brasil, um dos movimentos sociais mais ativos nos últimos anos (Capítulo 1). Com Sonia, Weber e Joenia Wapichana, agora no comando da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI), ocupando os maiores cargos dessas instituições⁴²², lideranças indígenas e aliados/as estão assumindo a gestão também de diversas coordenações gerais e regionais da FUNAI e SESAI.

Percebo nesse processo algo semelhante ao que notei na saúde indígena institucional no baixo Oiapoque, onde a maioria dos/as profissionais de saúde são indígenas dos povos da região (Capítulo 4). Priorizar profissionais indígenas e aliados/as guarda relação com o fortalecimento de vínculos de confiança e de reconhecimento da luta enfrentada pelos povos indígenas diante de uma conjuntura desfavorável, na qual não são reconhecidas suas organizações sociais, nem seus sofrimentos. Diferente de um identitarismo neoliberal, a construção política entre “parentes” – e agora “parentíssimos”⁴²³ – do movimento indígena atualmente articulado em torno da APIB se dá na chave da resistência, da sobrevivência diante dos ataques anti-indígenas.

É importante frisar, como diversas lideranças indígenas já o fizeram (PONTES *et al.*, 2023), que terra é saúde⁴²⁴. Em novembro de 2022, ao participar da etapa nacional da VI Conferência Nacional de Saúde Indígena⁴²⁵, tive a oportunidade de escutar diversas lideranças indígenas enfatizarem a importância da terra para a saúde de seus povos. Uma liderança e professora pankararu, por exemplo, disse que é impossível pensar em saúde, educação e outras questões indígenas sem pensar na terra, na terra que um dia não precisava ser demarcada. Ela enfatizou que para seu povo, a terra é diferente do que é para aqueles que querem a posse dela para exploração, para enriquecimento, ou sustentabilidade física de si próprio. Ela explicou que a terra é um espaço sagrado e é a casa dos encantados, não abrigando apenas os Pankararu, mas

⁴²² Essas instituições, diretamente relacionadas à atuação do Estado junto aos povos indígenas, foram muitas vezes entregues a setores com interesses opostos à demarcação de terras indígenas, principalmente no caso da Funai, e contrários ao reconhecimento de um país multiétnico.

⁴²³ Como a Ministra Sonia, Célia, Weber, Joenia e outras/as indígenas têm se tratado em eventos políticos de ampla projeção.

⁴²⁴ Para os/as cubanos/as revolucionários/as de 1960, por exemplo, a conquista do poder sobre a ilha garantiu a possibilidade de colocar em prática formas não coloniais de fazer saúde, integrando, por exemplo, a alfabetização do povo com a melhoria da qualidade de vida (MENDEZ, 1990) – para citar ao menos um exemplo.

⁴²⁵ Como informado anteriormente, o evento aconteceu entre os dias 14 e 18 de novembro de 2022, em Brasília.

outros seres, visíveis e invisíveis, e que esse entendimento é fundamental para se poder falar de saúde de uma maneira ampla, para além do entendimento que tem o sistema único.

Assim, as condições de saúde dos povos indígenas não dependem somente de um aprimoramento do Subsistema, com suas técnicas, serviços e profissionais mais qualificados/as para atuar em contextos “interculturais”, mas também da soberania desses povos sobre suas terras. Considerando transformações que podem contribuir com essa soberania, resalto dois temas trabalhados nesta tese sobre os profissionais de saúde e o Subsistema.

Sobre os profissionais, cabe ressaltar que ter longa experiência de atuação no Subsistema não é sinônimo de ser sensível às causas indígenas. Essa sensibilização passa pela tomada de consciência dos problemas estruturantes dos adoecimentos que cada povo enfrenta em suas comunidades. A origem desses problemas está muitas vezes para além de uma comunidade, um povo ou conjunto de povos. Relaciona-se, por exemplo, com a incerteza ou despossessão de suas terras.

Esses entendimentos exigem uma releitura histórica, através da perspectiva dos cerca de 305 povos indígenas que o Estado não assassinou, como lembra Ailton Krenak (2019b, p. 31). Reconhecer os sofrimentos indígenas no Brasil é ter um posicionamento político que possibilite aquelas relações de confiança mencionadas acima e no capítulo 5 – e geralmente mais imediatamente estabelecidas com os/as profissionais indígenas. Na linha do que Silvio Almeida (2020) elabora sobre as ações afirmativas, ou as agências e agentes combatem ativamente o racismo presente nas relações entre indígenas e não indígenas, ou as reproduzem. Isso significa, por exemplo, mudar a interpretação que racializa um povo como “difícil”, porque não quer ir para a cidade se tratar, para a decisão de lutar junto dele por um atendimento digno ou pelo recebimento do resultado de seus exames (Capítulo 4).

Sobre o Subsistema, cabe o entendimento de que ele se torna um reprodutor do racismo estrutural presente nas instituições brasileiras ao não desestabilizar a dicotomia entre natureza e cultura pressuposta em suas ações. Segundo Sharma e Gupta (2006):

[...] healthcare programs define the “problem” of health in a particular way, and encode hegemonic interpretations of what counts as “health,” what is defined as an unhealthy body, and how the “problem” of ill health needs to be addressed through “traditional” (read “culturally appropriate”) means. Even programs that attempt to account for cultural difference deploy this universalist logic. (SHARMA; GUPTA, 2006, p. 29).

Como o antropólogo José Kelly Luciane (2009) notou, “as adaptações para fazer com que um serviço seja mais sensível à cultura estão mais ao alcance que as intervenções sobre a

‘cultura administrativa’ do Estado” (p. 276). Logo, no debate da saúde indígena no Brasil, tem sido constante uma impossibilidade da disputa política quando se trata de um dissenso de natureza onto-epistemológica em torno de entidades que não são a mesma coisa e “não podem ser” as coisas diferentes que surgem nas interlocuções entre os povos indígenas e o Estado, como pontua Marisol de la Cadena em artigo sobre questões políticas envolvendo a montanha sagrada “Cerro Quilish” (DE LA CADENA, 2018). Segundo a autora, “nem o Estado nem a lei são capazes – e muito menos equipados – para reconhecer o equívoco ou a disputa política em torno dela [entidade]” (p. 100).

Como na vinheta etnográfica presente no capítulo 5 desta tese, as políticas e recursos destinados à humanização dos serviços de saúde brasileiros foram pensadas a partir de uma noção de humanidade da ciência não indígena, enquanto segue sendo difícil para uma família palikur-arukwayene manter sua rede de relações ativada quando são deslocados de suas aldeias para instituições biomédicas. Por lá, muitas vezes é a própria humanidade deles que é questionada, ao terem sua alteridade exacerbada por discriminações sobre suas práticas, comportamentos, língua etc. – e por isso às vezes evitam tal exposição.

Raoni Metuktire, Ailton Krenak e David Kopenawa são lideranças de diferentes povos no Brasil que decidiram lutar pelos interesses desses agrupamentos internacionalmente reconhecidos como “povos indígenas”. A luta deles garantiu conquistas como a VI Conferência Nacional de Saúde Indígena que mencionei acima. Uma liderança e professor guarani reconheceu esse feito em uma mesa de debates sobre saberes indígenas que ocorreu no evento. Conforme minhas anotações, ele lembrou que o caminho não foi fácil, que houve muito sangue derramado para que hoje os indígenas tivessem direitos, como o da saúde. Ele reforçou a importância de seguir lutando pelas demarcações ainda não conquistadas, pois tudo que os indígenas alcançaram foi com luta.

Com a conquista desses direitos mínimos, a população dos cerca de 305 povos indígenas que vivem no Brasil cresceu e atualmente há diversos/as indígenas com formação acadêmica, graduados/as e pós-graduados/as, ou se formando, em áreas como Medicina, Enfermagem, Direito, Licenciatura, Gestão Ambiental etc. Muitos/as desses/as estudantes foram direcionados/as por suas lideranças e pelo movimento indígena a se formarem para, em seguida, ajudarem na defesa dos interesses e direitos dos povos indígenas nas instituições.

Essas novas vozes buscam diálogo e negociação para ampliar o pensamento e, consequentemente, os/as pensadores/as. Não negam a ciência, mas se colocam politicamente frente a ela. Por sua vez, os/as cubanos/as também resistem à única forma de fazer biomedicina que o capitalismo impõe, enfrentando um bloqueio econômico que se estende por décadas,

excedendo alguns pontos cegos constantes nas práticas de se fazer saúde dos não indígenas – como se aproximar das pessoas em suas rotinas de vida, buscar alternativas para a alta medicalização etc.

Como vimos, no Brasil, o Subsistema de Saúde Indígena é orientado pelos mesmos princípios de universalidade, equidade e integralidade que regem o Sistema Único de Saúde, sendo o princípio da atenção diferenciada sua especificidade fundamental de existência. Nos textos oficiais, as justificativas para essa diferenciação evidenciam que há outras práticas de saúde-doença-cuidado-cura além do sistema oficial de saúde. O que mantém as outras práticas de saúde-doença-cuidado-cura possíveis é a viabilidade das composições outras que diversos agentes/humanos fazem. Ignorá-las, juntamente com a existência de outros humanos e outra relação com a terra, é produto do racismo que classifica esses saberes como “cultural” enquanto segue estruturando relações capitalistas entre pessoas, terra e desenvolvimento como se cultural não fossem.

A atenção à saúde diferenciada deveria ir muito além de tratar bem os pacientes/pessoas indígenas, não combater suas “crenças”, ou traduzir pajé como médico/a, incluindo-o/a nas rotinas dos serviços de saúde e até mesmo remunerando-o/a (KELLY, 2009)⁴²⁶. Envolveria também agentes e agências para além dos distritos sanitários, da Secretaria Especial do Ministério da Saúde, e muito além deste Ministério também. É enxergar, como na fala de Ailton Krenak (WEKA, 2016), outras possibilidades de relação do Estado com cada um dos 305 povos atualmente no país –porque as vias existentes tem reproduzido opressões colonizadoras enfrentadas a quinhentos e vinte anos pelos humanos e não humanos nativos desta terra.

Em suma, a atenção diferenciada à saúde vai além da discussão sobre os serviços oficiais de saúde, e inclui a questão – e as diferentes concepções – de terra, poder, cultura e o supracensível (CAPIBERIBE, 2017), enunciado pelos indígenas quando estes “*chegam falando de espírito*” nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Capítulo 5). Isso só é possível através de reagregações (LATOIR, 2005) de coisas entendidas como saúde com coisas que não são assim entendidas. Para ocorrerem essas amplificações do que hegemonicamente se entende por saúde, é preciso analisar criticamente as políticas públicas existentes e seus fazimentos, como neste trabalho foi feito com o SasiSUS e o PMM.

Para terminar com uma afirmação reproduzida logo no início deste trabalho, olhar criticamente para a saúde indígena institucional não significa “matar a SESAI” ou querer seu

⁴²⁶ Dias (2000) ressalta que a prática dos xamãs karipuna vão muito além das prescrições de remédios e curas, atualizando e confirmando de forma mais ampla a visão de mundo do povo.

fim. O Subsistema de Saúde Indígena, sua Secretaria e as diretrizes de atenção diferenciada devem seguir existindo como política pública e, portanto, em debate, com orçamento próprio, para que as composições outras entre humanos sigam possíveis, ainda que mal aproveitadas. É isso que garante que a distinção entre atenção humanizada e diferenciada siga em pauta, partindo-se do pressuposto de que a estabilização de uma única humanidade é nociva ao objetivo último de garantir a saúde dos povos indígenas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Philip. Sobre la dificultad de estudiar el estado. **Journal of Historical Sociology**, [s.l.] v. 1, n 1, p. 58-89, mar., 1988.

ABRUCIO, F. L. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente**. Brasília: ENAP, 1997. (Coleção Cadernos ENAP, n. 10).

ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200584>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ABU-LUGHOD, Lila. A escrita contra a cultura. **Equatorial**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Rio Grande do Norte, v. 5, n. 8, p. 193-226, 2018. DOI: 10.21680/2446-5674.2018v5n8ID15615. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/15615>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ALBERT, Bruce. Associações indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia brasileira. In: RICARDO, Carlos Alberto (org.). **Povos Indígenas no Brasil 1996-2000**. São Paulo: ISA, 2000.

ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Más Médicos: elementos de tensión entre gobierno y entidades médicas. **Interface**: comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 21, p. 1143-1156, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ND5bxgm7bBg5TLbMT6Y4ZJz/?lang=es&format=pdf>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ALMEIDA, Marta H.T. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.

AMAPÁ. Governo do Estado do Amapá. **Amapá sustentável para o século 21**. Pará: Amapáz, 1998.

AMAPÁ. Governo do Estado do Amapá. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria n. 405**, de 06 de junho de 2017, institui o Núcleo Estadual de Saúde Indígena. Macapá, SESA 2017.

ANDRADE, Ugo M. **O real que não é visto**: xamanismo e relação no baixo Oiapoque (AP). 2007. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

APURINÃ, Chico. Saúde é terra demarcada. In: PONTES, A. L. M. *et al.* (org.). **Vozes indígenas na saúde**: trajetórias, memórias e protagonismos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. E-book. 383 p. ISBN: 978-65-5708-170-9. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081709>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ARAÚJO, Reginaldo Silva de. **Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil:** dilemas, conflitos e alianças a partir das experiências do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu. Curitiba: CRV, 2019.

AROUCA, Carolina; LIMA, Nísia T. Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). In: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza (org.). **Saúde Indígena em perspectiva:** explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 59-84.

ARRETCHE, Maria. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L.W. (org.). **A miragem da Pós-modernidade:** democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS E ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO NORDESTE, MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO - APOINME. **Nota sobre a carta aberta FPCONDISIS de dezembro de 2020.** Recife, 21 dez. 2020. Disponível em: <https://apiboficial.org/2020/12/22/nota-sobre-a-carta-aberta-fpcondisi-de-dezembro-de-2020/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ASSOCIAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE. **A atenção à saúde indígena no Estado do Amapá é precária** [carta pública]. Oiapoque: APIO, 2006

ASSOCIAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE. **Plano de vida dos índios e organizações indígenas do Oiapoque.** Oiapoque: APIO, 2009.

ASSUMPÇÃO, Karine. **Negociando curas:** um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

ASSUMPÇÃO, Karine. Sobre obstrução intestinal, ingá e o espírito do veado: algumas reflexões sobre a relação interétnica entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu. **Equatorial: revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 7, p. 45-63, 11 maio 2018.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar./abr. 2001.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; TAVARES, Maurício Antunes. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 275-280, 2014.

AYERBE, Luis Fernando. **A revolução Cubana.** São Paulo: Editora Unesp, 2004.

BANIWA, Gersem. **O índio brasileiro:** o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

BAPTISTA, João Gabriel. **Etno-história indígena piauiense**. 2. ed. Teresina: Academia Piauiense de Letras, 2009.

BARBOSA, Luana Darby N. da S. **Comunicação e política na Amazônia**: o papel da mídia no cenário eleitoral do Amapá. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, São Paulo, 2022. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/242932/barbosa_ldns_me_arafcl.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 24 set. 2023.

BATISTA, Ramiro Esdras C. B. **Keka Imawri**: narrativas e códigos de guerra entre os Palikur-Arukwayene. 2019. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpa.br/bitstream/2011/14947/1/Dissertacao_KekaImawriNarrativas.pdf. Acesso em: 24 jun. 2023.

BARRETO, Jéssica Donegá. Os médicos cubanos no espelho distorcido da mídia brasileira. In: Iara Farias e Ivan R. Martin (org.) **Mais amor, seu doutor!** Os médicos cubanos entre nós. São Paulo: UNIFESP (Ed.), 2017. p. 19-36.

BARRETO, João Paulo Lima. **Kumuã na kahtiroti-ukuse**: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento-prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro. 2021a. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2021a.

BARRETO, João Paulo Lima. **Complementaridade e transformação Yepamahsã**. Rio de Janeiro: Dantes Editora, 2021b. 18 p. (Série Cadernos Selvagem, 22). Disponível em: https://selvagemciclo.com.br/wp-content/uploads/2021/05/CADERNO22_JPLBARRETO.pdf. Acesso em: 24 jun. 2023.

BATISTA, Ailton. **Origens dos clãs palikur-arukwayene kinetihwakri amin ku karintak arukwayene himaw**. 2013. Trabalho de Conclusão do Curso (Licenciatura Intercultural Indígena) – Universidade Federal do Amapá, Oiapoque, 2013.

BELARMINO, Vanusa *et al.* Distribuição espacial da cesária no Brasil de 2000 a 2019. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. 1-10, 2022.

BELTRÃO, Jane Felipe; OLIVEIRA, Assis da Costa. Constitucionalismo multicultural e povos indígenas: outra cidadania é possível? In: Congresso Nacional do CONPEDI, 18., 2009, São Paulo. **Anais [...]**. Florianópolis: fundação Boiteux, 2009. p. 10972-10988 Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao_paulo/Integra.pdf. Acesso em: 24 jun. 2023.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BENEVIDES, Luciana. Entrevista com o Dr. Antônio Alves de Souza. **Tempus**: actas de saúde coletiva, Brasília, v. 7, n. 4, p. 9-19, 3 dez. 2013.

BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Córdón; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus**: actas de saúde coletiva, Brasília, DF, v. 8, n. 1, p. 29-39, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i1.1450>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BENITES, Sandra. **Viver na língua guarani nhandewa (mulher falando)**. 2018. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa**: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.

BRAGA, Ialê Falleiros. **Empresariado e políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Digitalização do Processo da Ação Civil Pública N. 0008768-73.2011.4.01.3100**. Ministério Público Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 206, p. 1, 23 out. 2013a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Exposição de Motivos, Medida Provisória n. 621**, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências, 2013b. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node043tuknscx61d1eyif5brrmh4539217.node0?codteor=1148799&filename=Tramitacao-MPV+621/2013.

Acesso em 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Provab**: Programa de valorização do profissional da atenção básica. Brasília: Editora MS, 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Curriculares Medicina**. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **5a Conferência Nacional de Saúde Indígena:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – 2016-2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** seção 1, Brasília, DF, ano 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Nota Técnica n. 17/2018.** Documento orientador da organização dos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Campo Grande: Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Exposição de Motivos, Medida Provisória n. 890,** de 1 de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm Acesso em: 7 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Contextualização do Programa Mais Médicos na Saúde Indígena,** 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde indígena. **Saúde indígena:** análise da situação de saúde no SasiSUS, 2019c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena,** Brasília: Ministério da Saúde, 2019d.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e norte do Pará. **Plano Distrital de Saúde Indígena (2020-2023),** Macapá: Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2019e. Disponível em: [https://saude.portal.ap.gov.br/arquivos/PES%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20SAUDE%20INDIGENA%202020%20A%202023%20\(1\).pdf](https://saude.portal.ap.gov.br/arquivos/PES%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20SAUDE%20INDIGENA%202020%20A%202023%20(1).pdf). Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde indígena. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas.** Brasília, DF, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde indígena. Distrito Sanitário especial indígena Amapá e norte do Pará. **Plano de contingência para Enfrentamento ao coronavírus.** Macapá: DSEI, 2020b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709**. Direitos fundamentais. Povos indígenas. Arguição de descumprimento de preceito fundamental. Tutela do direito à vida e à saúde face à pandemia da Covid-19. Cautelares parcialmente deferidas. Relator: Ministro Luís Roberto Barroso. Brasília, DF, 2020c. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadornpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754033962>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19**, Brasília: Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19, 1. ed. 2021a.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ministério da Saúde. Ministério da Defesa. Ministério do Meio Ambiente. Ministério da Educação. Ministério da Cidadania. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Plano de enfrentamento e monitoramento da COVID-19 para povos indígenas brasileiros (Versão MJSP)**. 4. ed., Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021b. Disponível em: <https://direitoshumanos.dpu.def.br/plano-de-enfrentamento-e-monitoramento-da-covid-19-para-povos-indigenas-brasileiros-4236893-2021/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Decreto n. 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ed. Especial, p. 262, 1 jan. 2023.

BRITO, Carolina A. Gomes de; LIMA, Nísia Trindade. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Ciências Humanas**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 95-112, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-81222013000100006>. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRUCHILLET, Dominique (org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental da Amazônia**. Belém: MPEG/ Edições Cejup, UEP, 1991.

CADENA, Marisol de la. Cosmopolítica indígena nos Andes: reflexões conceituais para além da “política”. **Maloca**: revista de Estudos Indígenas, Campinas, v. 2, p. 1-37, 2020. DOI: 10.20396/maloca.v2i.13404. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/maloca/article/view/13404>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. A Biomedicina. **PHYSIS**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15(Suplemento), p. 177-201, 2005. Disponível em: <https://www.scpHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.olo.br/j/physis/a/BmZ6PN6vDQyXgntsPXqWrRL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CAMARGO, Erney Plessmann. Doenças tropicais. **Estudos Avançados**. v. 22, n. 64, p. 95-110, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300007>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CAMPBELL, Horace. Garveyism, Pan-Africanism and African Liberation in the Twentieth Century. In: LEWIS, Rupert; BRYAN, Patrick (org.). **Garvey: his work and impact**. New Jersey: Africa World Press, 1994, p. 167-188.

CAPIBERIBE, Artionka M. G. **Batismo de fogo: os Palikur e o cristianismo**. São Paulo: Annablume, 2007.

CAPIBERIBE, Artionka M. G. **Nas duas margens do rio: Alteridade e transformações entre os Palikur na fronteira Brasil/Guiana francesa**. 2009. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CAPIBERIBE, Artionka M. G. A língua franca do suprassensível: sobre xamanismo, cristianismo e transformação. **MANA**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 311-340, 2017.

CAPIBERIBE, Artionka M. G. Covid-19: um novo velho conhecido dos indígenas? **Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus**, São Paulo, v. 1, n. 18, 2020. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/ciencias-sociais/destaques/2331-boletim-n-18-covid-19-um-novo-velho-conhecido-dos-indigenas>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CAPIBERIBE, Artionka M. G. O avanço sobre povos indígenas isolados: ações dissimuladas do governo apontam para doutrinação religiosa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 set. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/09/o-avanco-sobre-povos-indigenas-isolados.shtml>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CAPIBERIBE, Artionka M. G. Indigenous evangelicals, adventists and catholics: intersections of christianity and shamanism on the Brazil/ French Guiana Amazonian Border. In: CAPREDON, E. *et al.* (org.). **Indigenous Churches, Contemporary anthropology of religion**. New York: Palgrave Macmillan Cham, 2022. p. 109-130.

CÁRDENAS, Fanor J. S. **Integración sociocultural de migrantes cualificados: el caso de los médicos cubanos participantes del Programa Mais Médicos en perspectiva comparada**. 2019. Tese (Doutorado em Estudos Comparados sobre as Américas) – Departamento de Estudos Latino-Americanos, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

CARDOSO, Rosilene F.; GOLDENBERG, Paulete. Malária no Estado do Amapá, Brasil, de 1970 a 2003: trajetória e controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1339-1348, jun. 2007.

CARNUT, L.; MENDES, A.; GUERRA, L. D. D. A. S. ¿De qué “promoción de la salud” estamos hablando? una crítica marxista para reorientación hacia un horizonte estratégico. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 27, p. 220-255, 2023.

CARVALHEIRO, José da Rocha; MARQUES, Maria Cristina Costa; MOTA, André. A Construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena (org.). **Saúde pública: bases conceituais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 1-17.

CARVALHO, J. J. de. O confinamento racial do mundo acadêmico brasileiro. **Revista USP**, São Paulo, n. 68, p. 88-103, 2006. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i68p88-103. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13485>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, set. 2016. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-contribuicao-do-programa-mais-medicos-do-brasil-analise-a-partir-das-recomendacoes-da-oms-para-provimento-de-medicos/16550?id=16550&id=16550>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CASANOVA, Pablo G. Colonialismo interno (uma redefinição). In: BORON, Atilio; AMADEO, Javier; GONZALEZ, Sabrina (org.). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas**. São Paulo: Clacso, 2007. p. 431-458.

CASTELLANI, Mário Roberto. **Subsistema de saúde indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças**. 2012. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

CASTREE, Noel. Neoliberalism and the biophysical environment: a synthesis and evaluation of the research. **Environment and Society: advances in research**, [s. l.], v.1, n.1, p. 5-45, 2010.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 115-44, 1996.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In: CASTRO, Eduardo Viveiros de. **A inconstância da alma selvagem**. São Paulo: Cosac Naify, 2002. p. 345-400.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. No Brasil todo mundo é índio, exceto quem não é. In: RICARDO, Beto; RICARDO, Fany (org.) **Povos Indígenas no Brasil, 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. A indianidade é um projeto de futuro, não uma memória do passado. Entrevista com Eduardo Viveiros de Castro, **Prisma Jurídico**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 257-268, jul./dez. 2011.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. A Antropologia Perspectivista e o método da equivocação controlada. Tradução Marcelo Giacomazzi Camargo e Rodrigo Amaro. **Aceno: revista de Antropologia do Centro-Oeste**, Cuiabá, v. 5, n. 10, p. 247-264, ago./dez. 2018. ISSN: 2358-5587

CASTRO, Maria Soledad Maroca. **A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no Ministério da Saúde**. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/16190>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CAVIGNAC, Julie A. A etnicidade encoberta: ‘Índios’ e ‘Negros’ no Rio Grande do Norte. **Mneme: revista de Humanidades**, [S. l.], v. 4, n. 8, p. 1-79, abr./set. 2003.

CESARINO, L. Colonialidade interna, cultura e mestiçagem: repensando o conceito de colonialismo interno na antropologia contemporânea. **Ilha: revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 73-105, 2018. DOI: 10.5007/2175-8034.2017v19n2p73.

Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2017v19n2p73>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CLASTRES, Pierre. **A sociedade contra o Estado**: investigações de antropologia política. Porto: Afrontamento, 1979.

CLETO, Murilo; DORIA, Kim; JINKINGS, Ivana (org.). **Por que gritamos Golpe?** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Ed. Boitempo, 2016.

COMES, Y. *et al.* Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 41, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34585/v41e1302017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CONSELHO DOS CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE. **Protocolo de consulta dos povos indígena do Oiapoque**. Oiapoque: Ed. Instituto Iepé, 2019. Disponível em: <https://institutoIepé.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PROTOCOLO-OIAPOQUE.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. [Código de Ética Médica]. **Resolução CFM n. 1.931**, de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Entidades médicas confirmam saída das Câmaras e Comissões governamentais** [Internet]. 2013. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24008:entidadesmédicasconfirmamsaída-das-camaras-e-comissoes-governamentais&catid=3

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer 4/2020**. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Brasília: CFM, 2020.

COSTA, Ana Cynthia Sampaio da. **Igarapé das mulheres**: uma proposta de reabilitação urbana. 2015. 154 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Departamento de Ciências Exatas e Tecnológicas, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unifap.br:80/jspui/handle/123456789/1213>. Acesso em: 25 jun. 2023.

COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 388-401, out./dez. 1987. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-103106>. Acesso em: 25 jun. 2023.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000100004>. Acesso em: 25 jun. 2023.

COSTA, Waldemir de A.; CARVALHO, Natalia de C.; MACEDO, Harineide M. Lacunas e retrocessos em programas de provimento médico na Amazônia: desafios para os gestores federais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e01976216. <https://doi.org/10.1590/1981-2718-01976216>

org/10.1590/1981-7746-ojs1976

COULTHARD, Glen S. Subjects of empire: indigenous peoples and the 'politics of recognition' in Canada, **Contemporary Political Theory**, v. 6, p. 437-460, 2007.

CRUZ, Eugenio Radamés Borroto; PEREA, Ramón Syr Salas. **Momentos de la educación médica en la revolución cubana**. Cuba: Havana, 2013.

CUNHA, Evilania B. de. **Dinâmica territorial do povo Galibi Kali'na de Oiapoque-ap**. 2022. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2022.

CUNHA, Manuela Carneiro da. Pontos de vista sobre a floresta amazônica: xamanismo e tradução. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-22, 1998.

CUNHA, Manuela Carneiro da. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico, *In*: CUNHA, Manuela Carneiro da. **Cultura com aspas e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2009. p. 311-374.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Ed. Boitempo, 2016.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. States and its margins: comparative ethnographies. *In*: DAS, Veena; POOLE, Deborah (org.). **Anthropology in the Margins of the State**. New York: Oxford University Press, 2004.

DIAS DA SILVA, Cristina. **Cotidiano, saúde e política**. Uma etnografia dos profissionais da saúde indígena. 2010. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/7144>. Acesso em: 25 jun. 2023.

DIAS DA SILVA, Cristina. Uma crise permanente. **Equatorial**: revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, v. 8, n. 14, p. 1-20, 1 mar. 2021.

DIAS, Camila L.; CAPIBERIBE, Artionka (org.) **Os índios na constituição**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2019.

DIAS, Claudete Maria Miranda. **História dos Índios do Piauí**. Teresina: EDUFPI/Gráfica do povo, 2011.

DIAS, Henrique S. **Do diálogo à ruptura**: interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação na saúde. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

DIAS, Laércio F. **A transição da saúde entre populações ameríndias brasileiras**. *In*: Encontro Brasileiro de Antropologia, 29., 2014, Natal. Anais [...]. [S. l.: s. n.], 2014. Disponível em:

[http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1402013790_ARQUIVO_ATRANSICAOD_ASAUDEENTREPOPULACOESAMERINDIASBRASILEIRAS\(AnaisABA2014\).pdf](http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1402013790_ARQUIVO_ATRANSICAOD_ASAUDEENTREPOPULACOESAMERINDIASBRASILEIRAS(AnaisABA2014).pdf).

Acesso em: 25 jun. 2023.

DIAS, Laércio F. **Uma etnografia dos procedimentos e dos cuidados com a saúde das famílias Karipuna**. 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2000.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. **A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku**. Brasília: Paralelo 15, 2015.

DIAS-SCOPEL, Raquel P.; SCOPEL, Daniel. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 1-11, 2019.

DIEHL, Eliana E.; PELLEGRINI, Marcos A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr. 2014.

DUARTE, Luis Fernando D. **Da vida nervosa** (nas classes trabalhadoras urbanas). Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, Luis Fernando D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Revista Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

ERISMAN, Michael. Brain drain politics: the Cuban Medical Professional Parole Programme. **International Journal of Cuban Studies**, 4.3 e 4.4, Autumn/Winter, 2012.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. A bruxaria é um fenômeno orgânico e hereditário. In: EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. **Os Nuer**: uma descrição do modo de subsistência e das instituições políticas de um povo nilota. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FANON, Frantz. Da violência. In: FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022. p. 29-102.

FARIA, Rodrigo Arthuso A. **Temas da interação entre o Sistema de Justiça Criminal e o Povo Xakriabá no norte de Minas Gerais**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Departamento de Estudos Latino-Americanos, Universidade Nacional de Brasília, Brasília, 2021.

FARIAS, Iara e MARTIN, Ivan R. (org.). **Mais amor, seu doutor!** Os médicos cubanos entre nós. São Paulo: UNIFESP, 2017.

FEDERICI, Silvia. Rumo a Pequim: como a ONU colonizou o Movimento Feminista. In: **O Ponto Zero da Revolução**. Tradução Coletivo Sycorax. [S. l.]: Ed. Elefante, 2000. Disponível

em: <https://estrategiaglobal.org/2020/05/16/rumo-a-pequim-como-a-onu-colonizou-o-movimento-feminista-por-silvia-federici/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

FERGUSON, James. The Anti-Politics Machine. In: SHARMA, Aradhana; GUPTA, Akhil (org.). **The Anthropology of the State**. USA: Blackwell Publishing, 2006. p. 270-286.

FERNÁNDEZ, Nicolás G; GARCÍA, Ana M.G. Pensamientos de Fidel sobre la salud pública [Internet]. **La Habana**: Editorial Ciencias Médicas; 2011. Disponível em: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/pensamientos-de-fidel-sobre-la-salud-publica/>. Acesso em 25 jun. 2023

FERREIRA, Luciana Benevides. **O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena**: uma reflexão bioética. 2012. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

FERREIRA, Luciana Benevides. **Medicinas indígenas e as políticas da tradição**: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

FERREIRA, Luciana Benevides. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON, Esther J.; CARDOSO, Marina D. (org.). **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 217-246.

FIDELIS DIAS, Laércio. **Uma etnografia dos procedimentos terapêuticos e cuidados com a saúde entre as famílias Karipuna do Uaçá**. 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) – FFLCH, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FIGUEROA, Daiara Tukano. **UKUSHÉ KITI NIÍSHÉ**: direito à memória e à verdade na perspectiva da educação cerimonial de quatro mestres indígenas. 2018. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania), Universidade Nacional de Brasília, Brasília, 2018.

FLEISCHER, S. R. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. 2007. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FLEURY, Sonia. **A utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

FLEURY, Sonia. Revisitar a teoria e a utopia da reforma sanitária. In: FLEURY, Sonia (org.) **Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FOLLER, Maj-Lis. 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. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p.129-147.

FONTÃO, M. A. B.; PEREIRA, E. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 21, p. 1169-1180, 2017. Supl. 1.

FONTÃO, Maria Angélica B.; PEREIRA, Éverton L. Percepções, saúde biomédica e práticas dos indígenas no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil. *In*: TELLES, Helcimara (org.). **Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2019. p. 171-190.

FOUCAULT, Michel. A descrição arqueológica. *In*: FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a. p. x-y.

FOUCAULT, Michel. Aula de 1º de fevereiro de 1978. *In*: FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população: curso do Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b. p. 285-315.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde**: a revista da Funasa, Brasília, ano 2, n. 5, maio/jun. 2006.

GARNELO, Luiza. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil**: análise situacional do período de 1990 a 2004. Porto Velho: Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2023.

GARNELO, Luiza. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana L. (org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação, 2012. p. 18-59.

GARNELO, Luiza. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. *In*: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza (org.) **Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 107-144.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-317, jan./fev. 2003.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distribuição sanitária – os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul./ago. 2005.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully; PONTES, Ana Lucia de Moura. **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

GIL, Laura Pérez. Políticas de Saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n. 2, p. 48-60, 2007.

GIRARDI, S. N. *et al.* Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *In*: PIERANTONI, Celia Regina; POZ, Mario Roberto Dal; FRANÇA, Tania (org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/UERJ, 2011. p. 171-186.

GIRARDI, S. N. **O Programa Mais Médicos e a Atenção Básica**. 1. ed. Curitiba: Prismas, 2017. 472 p.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-15, 2017. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/196/preferencias-para-o-trabalho-na-atencao-primaria-por-estudantes-de-medicina-em-minas-gerais-brasil-evidencias-de-um-experimento-de-preferencia-declarada>. Acesso em: 25 jun. 2023.

GLUCKMAN, Max. **Rituais de rebelião no sudeste da África**. Brasília: DAN/Unb, 2011.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 21, p. 1103-1114, 2017. Supl. 1.

GOMES, L. B., Merhy, E. E., & Ferla, A. A. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de cuba no programa mais médicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 899-918, 2018.

GOMES, R. Humanização e desumanização no trabalho em saúde. In: NOGUEIRA, R.; GOMES, R. **Capitalismo e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. p. 73-153.

GONÇALVES JUNIOR, Oswaldo; GAVA, Gustavo Bonin; SILVA, Murilo Santos da. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 872-887, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/M3HGNqG3WrgMFvj4LsZXtKM/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2023.

GONÇALVES, Chryslen M. B.; MAYTA, Roger A. C. Ñankha Usu, Khapaj Niño y Mallku Usu: crisis política y crisis sanitaria en la Bolivia andina: respuestas indígenas. **Maloca: revista de Estudos Indígenas**, Campinas, v. 4, p. 1-29, 2021. DOI: 10.20396/maloca.v4i00.14325. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/maloca/article/view/14325>. Acesso em: 25 jun. 2023.

GONÇALVES, Flora R. Noção de pessoa: apontamentos sobre um alargamento teórico possível. **Intratextos**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 1-17, 2019.

GOULART, F. A. A. **Saúde da Família no Brasil: boas práticas e ciclos virtuosos**. Uberlândia: Ed. EDUFU, 2007.

GOUVEIA, Eneline A. H.; SILVA, Rodrigo de Oliveira; PESSOA, Bruno Henrique Soares. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 82-90,

2019. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500082&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2023.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**: Maquiavel. Notas sobre o estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002. v. 3.

GROSGOUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922016000100003>. Acesso em: 25 jun. 2023.

GUEDES, Walcycleia M. *et al.* Tendência da mortalidade infantil por causas evitáveis no Estado do Amapá, 2010-2019. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 1-9, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39984>. Acesso em: 25 jun. 2023.

HALE, Charles R. Neoliberal multiculturalism: the remaking of cultural rights and racial dominance in Central America. **PoLAR: Political and Legal Anthropology Review**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 10-28, 2005.

HARAZIM, Dorrit. “Voltem para a senzala”. **Portal Gedeles**, [s. l.], 1 set. 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/voltem-para-a-senzala/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

HOCHMAN, Gilberto; SILVA, Renato da. Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. In: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza (org.). **Saúde Indígena em perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 85-106.

HOLBRAAD, M.; PEDERSEN, M. A. The Politics of Ontology. **Cultural Anthropology**, [s. l.], 13 jan. 2014. Editor's Forum. Theorizing the Contemporary. Disponível em: <https://culanth.org/fieldsights/461-the-politics-of-ontology>. Acesso em: 26 jun. 2023.

HERRERO, Thaís. Postos de saúde de aldeias do Oiapoque recebem energia solar. **Instituto de Pesquisa e Formação Indígena**, [s. l.], 7 maio 2021. Notícias. Disponível em: <https://institutolepé.org.br/2021/05/aldeias-do-oiapoque-recebem-energia-solar/>. Acesso em: 26 jun. 2023.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017

IOIÔ, Adonias G. **Kayka Aramtem (Dança/ Festa do Turé) entre os Palikur-Arukwayene**. 2019. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

JACCOUD, Luciana de B.; BEGHIN, Nathalie. **Desigualdades raciais no Brasil**: um balanço da intervenção governamental. Brasília: Ipea, 2002.

JESUS, Carolina M. [1960] **Quarto de despejo**: diário de uma favelada. São Paulo: Ática, 2019.

JOVCHELOVITCH, M. **Municipalização e saúde**: possibilidades e limites. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1993.

JUCÁ, Luiza; MOULIN, Nilson (org.). **Parindo um mundo novo**: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez, 2002.

KARIPUNA, Alceu. **Ancestralidade, educação e saúde indígena**: identidade Karipuna enquanto marco de afirmação. 2017. Dissertação (Mestrado em Sustentabilidade junto a Povos e Territórios Tradicionais) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

KAXARARI, Zezinho. Não somos de ninguém. In: PONTES, A. L. *et al.* (org.). **Vozes indígenas na saúde**: trajetórias, memórias e protagonismos. Belo Horizonte: Piseagrama; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022, 383 p. ISBN: 978- 65-5708-170-9.

KELLY, José Antonio L. “Os Encontros de Saberes”: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela. **ILHA**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 265-302, 2009.

KIRK, John M. **Salud pública sin fronteras**: para entender la cooperación médica internacional cubana. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 2016.

KLEINMAN, A. M. Some issues for a comparative study of medical healing. **International Journal Social Psychiatry**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 159-165, 1973.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu**: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, Ailton. **Encontros**. Rio de Janeiro: Azougue, 2015.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Cia. das Letras, 2019a

KRENAK, Ailton. Compartilhar a memória. In: DIAS, Camila L.; CAPIBERIBE, Artionka (org.) **Os índios na constituição**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2019b. p. 17-34.

KRENAK, Ailton. Reflexão sobre a saúde indígena e os desafios atuais em diálogo com a tese “Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/187198>. Acesso em: 26 jun. 2023.

KRENAK, Ailton. Quando o povo indígena descobriu o Brasil. In: PONTES, A. L. M. *et al.* (org.). **Vozes indígenas na saúde**: trajetórias, memórias e protagonismos. Belo Horizonte: Piseagrama; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022, 383 p. E-book. ISBN: 978- 65-5708-170-9. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081709>. Acesso em: 26 jun. 2023.

KUHN, Thomas. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

LANGDON, Esther Jean. Breve Histórico da Antropologia de Saúde. *In*: LANGDON, Esther Jean. **A negociação do oculto**: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-Etnico. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na UFSC. Florianópolis, 1994.

LANGDON, Esther Jean. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? *In*: GRUPIONI, L. D. B.; VIDAL, L. B.; FISHMANN, R. (org.). **Povos indígenas e tolerância**: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: Edusp, 2001. p. 157-166.

LANGDON, Esther Jean. 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: ContraCapa, 2004. p. 33-52.

LANGDON, Esther Jean. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. *In*: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (org.). **Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-134.

LANGDON, Esther Jean. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, 2006.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. *In*: LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Marcia (org.). **Políticas Públicas**: reflexões antropológicas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016.

LANGDON, Esther Jean. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 13, n. 3, p. 457-470, 2017.

LANGDON, Esther Jean. Articulaciones en salud indígena: problematizando la política de “atención diferenciada” en Brasil. *In*: Portocarrero, J. *et al.* (org.) **Más allá de lo terapéutico**: aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur. 1. ed. Peru: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2022.

LANGDON, Esther Jean.; GARNELO, Luiza (org.). **Saúde dos Povos Indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

LANGDON, Esther J.; DIEHL, Eliana E.; DIAS-SCOPEL, Raquel. O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *In*: TEIXEIRA, Carla; GARNELO, Maria Luiza (org.) **Saúde indígena em perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 213-240.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. **Saúde Indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia (org.). **Políticas Públicas**: reflexões antropológicas. Florianópolis: Editora UFSC, 2016.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2010 [1986].

LATOUR, Bruno. “Introdução” e “Parte I: como desdobrar controvérsias sobre o mundo social”. In: LATOUR, Bruno. **Reagregando o Social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: EDUFBA, 2005, p. 1-226.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. (Trad. Angela R. Vianna) Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LE BRETON, David. Medicina e medicinas: de uma concepção do corpo a concepções do homem. In: **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEIRNER, Piero C. O Estado como fazenda de domesticação. **R@U**: revista de Antropologia da UFSCar, v. 4, n. 2, jul./dez., p. 38-70, 2012.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 269-291, 2001.

LIMA, Antonio Carlos Souza. Prefácio: Nas trilhas das universidades, nos caminhos da história. In: OLIVEIRA, João Pacheco de; FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. **A Presença Indígena na Formação do Brasil**. Brasília: Ministério da Educação; Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

LIMA, Antonio Carlos Souza. Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: COSTA, Carla Teixeira; GARNELO, Luiza (org.) **Saúde Indígena em perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 27-58.

LIMA, Antonio Carlos Souza; CASTRO, João. Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política(s) Pública(s). **Revista AntHropológicas**, Recife, Ano 19, v. 26, n. 2, p. 17-54, 2015.

LIMA, Nísia T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 23-116.

LIMA, N. *et al.* **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LIMA, Tânia Stolze. O dois e seu múltiplo: reflexões sobre o perspectivismo em uma cosmologia tupi. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 21-48, 1996.

LIMA, Tânia Stolze. **Um peixe olhou para mim**: o povo Yudja e a perspectiva. São Paulo: Unesp, 2005.

LIND, G. Moral competence and democratic ways of life. In: WEBER, W. G. *et al.* (org.). **Democratic competences and social practices in organizations**, Wiesbaden: Springer VS, 2012. p. 62-85.

LINO, A. **Branco Vivo**. São Paulo: Elefante, 2017.

LONGHINI, Geni Daniela Núñez. Monoculturas do pensamento e a importância do reflorestamento do imaginário. **Revista ClimaCom**, Diante dos Negacionismos, pesquisa – ensaios, ano 8, n. 21, 2021.

LONGHINI, Geni Daniela Núñez. **Nhande ayvu é da cor da terra**: perspectivas indígenas guarani sobre etnogenocídio, raça, etnia e branquitude. 2022. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

LOSURDO, Domenico. **Contra-história do liberalismo**. São Paulo: Ideias & Letras, 2006.

LOURENÇO, D. Narrativas da floresta. **Maloca**: revista de Estudos Indígenas, Campinas, v. 4, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/maloca/article/view/13834>. Acesso em: 26 jun. 2023.

LUNA, William F. **Indígenas na Escola Médica no Brasil**: experiências e trajetórias nas universidades federais. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2021.

LUNA, William F. *et al.* Conflito, respeito e construção intercultural: o encontro entre diferentes culturas na atuação dos médicos com os Yanomami. In: HEUFEMANN, Nicolás Esteban Castro *et al.* (org.). **Saúde Indígena**: educação, gestão e trabalho. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

MACEDO, V.; MARTINS, J.; TRONCARELLI, M. Três linhas e alguns nós: serviço social, educação e Antropologia na CASAÍ-SP. **Amazonica**: revista de Antropologia, Belém, v. 9, n. 2, p. 632-659, 2018. Disponível em: doi:<http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5668>. Acesso em: 26 jun. 2023.

MACHADO, Juliana Costa, COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SOARES, Jeferson Boechat. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 159-170, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1002>. Acesso em: 26 jun. 2023.

MACHADO, Lia Osório. O controle intermitente do território amazônico, **Território**, 1(2), 1997, p. 19-32. Disponível em: <http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/1997-controle-territorio-amazonico-LOM.pdf>. Acesso em: 23 set. 2023.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, out. 2018.

MARINI, C. Aspectos contemporâneos do debate sobre reforma da administração pública no Brasil: a agenda herdada e as novas perspectivas. **Revista eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, v. n. 1, p. 1-13, mar./abr./maio, 2005. Disponível em: direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=17. Acesso em: 26 jun. 2011.

MARTINS, A. C. P. *et al.* Programa mais médicos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l], v. 30, n. 4, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6515>. Acesso em: 26 jun. 2023.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Boitempo, 2013. 1 v.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2013 [1950]. p. 387-420.

MENDES, Eugênio V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, S. B. M. **Mudança e permanência no modo de viver, comer e adoecer entre os Khisêdjê: tecendo novas práticas, saberes e significados**. 2021. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.

MÉNDEZ, J.; RODRÍGUEZ, J.; ANEIRO-S-RIBA, R. La educacion em ciências de la salud em Cuba. **Educaci'on médica y salud**, Havana, v. 25, n.4, p. 387-409, 1991.

MÉNDEZ, J. B. J. Cuba: recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo. **Educaci'on médica y salud**, Havana, v. 27, n. 2, p. 145-59, 1993.

MENÉNDEZ, E. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p.17-70.

MILANEZ, Felipe *et al.* Existência e Diferença: o racismo contra os povos indígenas. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, Vol. 10, N. 03, 2019 p. 2161-2181

MINAYO, Maria C. de S. Representação da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (org.). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

MINAYO, Maria C. de S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora Relume Dumará, 1998.

MORAIS, I. *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 112-20, 2014.

MUSOLINO, Álvaro Augusto Neves. **A Estrela do Norte**: reserva indígena do Uaçá. 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

MUSOLINO, Álvaro Augusto Neves. **Migração, identidade e cidadania Palikur na fronteira do Oiapoque e litoral sudeste da Guiana Francesa**. 2006. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Centro de Pesquisa e Pós-graduação sobre as Américas, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

NASSAR, Leonardo Maso; PASSADOR, João Luiz; PEREIRA, Gerson Alves. Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1165-1182. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113116>. Acesso em: 26 jun. 2023.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. A política de saúde no Brasil nos anos 90, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 445-450, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ffQBwmvLX6KkgkDFMtMKYH4k/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2023.

NOVO, Marina P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.

NUNES, Everardo D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 2, p. 251-264, 2000.

NUNES, João A.; LOUVISON, Marília. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva, **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-13, 2020.

OLIVEIRA, A. T. R.; O'NEILL, M. M. V. C. Dinâmica demográfica e distribuição espacial da população: o acesso aos serviços de saúde. In: GADELHA, P. *et al.* (org.). **Brasil Saúde Amanhã**: população, economia e gestão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. pp. 39-74. ISBN: 978-65-5708-093-1. <https://doi.org/10.7476/9786557080931.0004>.

OLIVEIRA, Felipe P. de *et al.* Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, set. 2017, p. 60-73.

OLIVEIRA, João Pacheco de. Pardos, mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1872-1980). **Horizontes Antropológicos**, [s. l.], v. 3, n. 6, p. 61-84, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71831997000200004>. Acesso em: 26 jun. 2023.

OLIVEIRA, João Pacheco de. Regime tutelar e globalização: um exercício de sociogênese dos atuais movimentos indígenas no Brasil. In: **O nascimento do Brasil e outros ensaios**: "pacificação", regime tutelar e formação de alteridades. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

OLIVEIRA, Luciana Muri, OLIVEIRA, Sandra Regina dos Santos Muri; FONSECA, Maria da Conceição Vinciprova. Da assistência à docência: narrativas de médicos sobre os múltiplos caminhos que os tornaram preceptores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 1-5, 2021. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v45n1/1981-5271-rbem-45-01-e004.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Promoción de la salud**: una antología. Washington DC: OPAS, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Subsistema de saúde indígena e Programa Mais Médicos**: uma experiência de sucesso. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil**. Brasília: OPAS, 2018.

OSA, José A. de la. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos Avançados**, v. 25, n. 72 p. 89-96, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142011000200008>. Acesso em: 26 jun. 2023

PAGLIARO, Heloisa; MENDONÇA, Sofia; BARUZZI, Roberto. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 479-491, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges, **The lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 9 maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. História, **Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 827-851, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300003>. Acesso em: 26 jun. 2023.

PAZ, M. C. **Noel Nutels**: a política indigenista e a assistência à saúde no Brasil Central (1943-1973). 1994. Dissertação. (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

PEREIRA, Deborah M. Duprat de Britto. O estado pluriétnico. In: LIMA, Antonio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (org.) **Além da tutela**: bases para uma nova política indigenista. Rio de Janeiro: LACED, 2002.

PEREIRA, É. R. *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, jul. 2014.

PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. A Formação Médica: capacidade regulatória de Estados Nacionais e Demanda dos Sistemas de Saúde. In: PIERANTONI, Celia Regina *et al* (org.). **Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2006.

PINTO, Hêider Aurélio. **O que tornou o mais médicos possível?** Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do programa mais médicos. (Tese de doutorado) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.

PINTO, Hêider A.; OLIVEIRA, Felipe P.; SOARES, Ricardo. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 46, n. 1, p. 32-53, jan./mar. 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3616/2979>. Acesso em: 24 set. 2023.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2023.

PONTES, A. L.; GARNELO, L.; REGO, S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 337-346, 2014.

PONTES, Ana *et al.* Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 8, p. 146-159, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S811>. Acesso em: 26 jun. 2023.

PONTES, Ana Lucia de Moura. *et al.* (org.). **Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos**. Belo Horizonte: Piseagrama; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. 383 p. ISBN: 978- 65-5708-170-9.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555–1564, ago. 2006.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). **La colonialidad del saber**. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

RAMOS, Alcida Rita. Projetos Indigenistas no Brasil Independente. **Série Antropologia**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 267-284, 1999. Disponível em: <https://journals.openedition.org/etnografica/2764>. Acesso em: 26 jun. 2023.

RIBAS, Antonio N. **Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas**. 2016. Dissertação. (Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional.) – Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI), Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

RIBAS, Antonio N.; SILVA, Diego F. L.; DIAS, Anderson S. Programa Mais Médicos: quando, como e por que ele surgiu? In: TELLES, Helcimara (org.). **Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2019. p. 43-58.

RIBEIRO, Darcy. **A política indigenista brasileira**. Brasil: Ministério da Agricultura; Serviço de Informação Agrícola, 1962.

RIBEIRO, Maria C. S. O “Programa Mais Médicos”: desvelando os enunciados do presidente do Conselho Federal de Medicina. In: FARIAS, Iara e MARTIN, Ivan R. (org.). **Mais amor, seu doutor! Os médicos cubanos entre nós**. São Paulo: UNIFESP, 2017.

RIBEIRO, R. C. Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 421-424, fev. 2015.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>. Acesso em: 26 jun. 2023.

ROCHA, Diogo F da. **As lutas indígenas em contextos de injustiças e conflitos ambientais: vida, saúde e mobilizações dos povos Tupinikim e Guarani Mbyá no Norte do Espírito Santo**. 2017. Tese. (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

RODRIGUES, Douglas Antonio. **Saúde e doença entre os Panará, Povo Indígena Amazônico de contato recente, 1975-2007**. 2012. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

RODRIGUES, Marta M. A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2015.

ROMANI, C. Clevelândia, Oiapoque: cartografias e heterotopias na década de 1920. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Ciências Humanas**, Belém, v. 6, n. 3, p. 501-524, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-81222011000300003>. Acesso em: 26 jun. 2023.

ROSALEN, Juliana. **Tarja preta: um estudo antropológico sobre 'estados alterados' diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapá**. 2017. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SABADINI, Gabriela O. **O atendimento em saúde indígena no Distrito Federal: etnografando as relações entre a biomedicina e medicações indígenas no Hospital Universitário de Brasília (HUB)**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Ciências Sociais) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

SANTOS, Antonio Bispo. Somos da terra. **Piseagrama**, Belo Horizonte, n. 12, p. 44-51, 2018.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Uma concepção multicultural de direitos humanos. **Lua Nova: revista de Cultura e Política**, [s. l.], n. 39, p. 105-124, 1997.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Entre Prospero e Caliban: colonialismo, pós-colonialismo e inter-identidade. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 66, p. 23-52, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 25-68.

SANTOS, Bruno A.; SILVA, Marcos Antonio da. As relações contemporâneas entre Brasil e Cuba: do intercâmbio comercial à cooperação, **Conjuntura Global**, v. 5, n. 3, p. 622-637, set./dez. 2016.

SANTOS, Elaine Maria Geraldo dos. **A face criminosa: o neolombrosianismo no Recife na década de 1930**. 2008. Dissertação. (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

SANTOS, Fábio B. dos; VASCONCELOS, Joana S.; DESSOTTI, Fabiana R. **Cuba no Século XXI: dilemas da revolução**. São Paulo: Elefante, 2017.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados: revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JUNIOR., Carlos E. A. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

SANTOS, Ricardo Ventura; WAIRI, Tsuptó Bupréwen; WELCH, James R. “Porque não sei se vocês vão ser capazes de compreender o que eu trago para compartilhar”: trocas entre uma liderança Xavante e dois pesquisadores da área da Saúde Coletiva em tempos quando se esperam melhores ventos nas políticas públicas direcionadas aos povos indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/g5x3VVL45PDphVSxMgwSsHh/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SANTOS, Sandro M. de A. Médicos cubanos em áreas indígenas: naturezas, doença e cura em um Brasil que não está nas novelas. In: OPAS (org.). **Interações socioculturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil**. Brasília: OPAS, 2018. p. 61-81.

SANTOS, Sinésia Forte dos. **As assembleias dos povos indígenas do Oiapoque (1976-2017)**. 2018. Trabalho de Conclusão do Curso (Licenciatura Intercultural Indígena) – Universidade Federal do Amapá, Oiapoque, 2018.

SANTOS, Vívian Matias dos. Notas desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. **Psicologia & Sociedade**, [s. l], v. 30, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30200112>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SANTOS, Wanderley Guilherme de. **A democracia impedida: o Brasil no século XXI**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2017.

SATERÉ, Josias; FIORI, Ana. “É melhor se resguardar, porque nós somos invisíveis diante do Estado Brasileiro”: práticas tradicionais Sateré-Mawé como estratégia de proteção, **Maloca**: revista de Estudos Indígenas, Campinas, v. 4, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/maloca/article/view/13789>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SCALCO, Nayara; NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Controle social no Subsistema de Saúde indígena: uma estrutura silenciada, **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-14, 2020.

SCHEFFER, Mário (org.). **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020.

SEEGER, Anthony, DA MATTA, Roberto; CASTRO, Eduardo Viveiros de. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. **Boletim do Museu Nacional**, n. 32, 1979, p. 2-19.

SELAU, Maria Gonçalves. **A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária (1967-1988)**. [S. l.]: Instituto Socioambiental, 1991. (Relatório de pesquisa, versão preliminar). Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/6008/2/008765640.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SENA, Iuri Silva *et al.* Percepções de estudantes de medicina sobre a experiência de aprendizado na comunidade dentro do programa mais médicos: análise de um grupo focal. **Tempus**: actas de saúde coletiva, Brasília, v. 9, n. 4, p. 81-95, dez, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unifap.br:80/jspui/handle/123456789/1005>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SEYFERTH, G. A estratégia de branqueamento. **Ciência Hoje**, [s. l.], v. 5, n. 25, p. 54-56, 1986.

SHARMA, Aradhana; GUPTA, Akhil. Introduction: Rethinking Theories of the State in an Age of Globalization. In: SHARMA, Aradhana; GUPTA, Akhil. **The anthropology of the state**. USA: Blackwell Publishing, 2006. p. 1-43.

SHORE, Cris. La antropología e el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas. **Antípoda**, [s. l.], n. 10, p. 21-49, jun. 2010.

SILVA, Diego. **O Programa Mais Médicos no Amazonas**: um olhar sobre a força de trabalho médica e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, Elissandra Barros da. **A língua parikwaki (palikur, arawak)**: situação sociolinguística, fonética e fonologia. 2016. Tese (Doutorado em Linguística), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, Maria Patrícia; PARAÍSO, Marlucy Alves. Um currículo para médicos em Cuba pela solidariedade política no campo da saúde: possível explicação para a atuação no programa “Mais Médicos”, **Pro-Posições**, [s. l.], v. 32, p. 1-30, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pp/a/vW9yFmQY4yy6BGs3nZ7KNbk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SILVA, Meire A da. **Galibi Marworno, Palikur, Galibi Kaliña e Karipuna: demarcando territórios e territorializações – Oiapoque/AP – Amazônia**. 2020. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Marília, 2020.

SILVA, Reginaldo Gomes da. **Do povo indígena, pelo povo indígena, para o povo indígena: na fronteira da Escola Indígena Karipuna e Galibi-Marworno, no município de Oiapoque (1975-2010)**. 2013. Dissertação (Mestrado em História Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

SILVEIRA, Nádia H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luisa (org.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 111-128.

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; PINHEIRO, Roseni. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 451-459, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400006>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SOUZA, Josias F.; FIORI, Ana L. de. “É melhor se resguardar, porque nós somos invisíveis diante do Estado Brasileiro”: práticas tradicionais Sateré-Mawé como estratégia de proteção. **Maloca: revista de Estudos Indígenas**, Campinas, v. 4, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/maloca/article/view/13789>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SOUZA, Leonardo de. **Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina**. 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado em Linguística), Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**, Botucatu, v. 13, p. 681-688, 2009. Supl. 1.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: UFMG, 2010.

STARLING, Heloisa. Ditadura militar e populações indígenas. **Brasil Doc FAPEMIG/UFMG**, [S. l.], sem ano. Disponível em: <https://www.ufmg.br/brasildoc/temas/5-ditadura-militar-e-populacoes-indigenas/>. Acesso em: 26 jun. 2023.

STRALEN, Ana C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 147-172, 2017.

STRATHERN, Marilyn. Sem natureza, sem cultura: o caso Hagen. In: STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2014. p. 311-376.

TASSINARI, Antonella Maria I. **No bom da festa: o processo de construção cultural das famílias karipuna do Amapá**. São Paulo: EDUSP, 2003.

TASSINARI, Antonella Maria I. A “mãe do corpo”: conhecimentos das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, ano 27, n. 60, p. 95-126, maio/ago, 2021

TEIXEIRA, Carla Costa. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 567-608, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2012.59296>. Acesso em: 26 jun. 2023.

TEIXEIRA, Carla Costa; DIAS DA SILVA, Cristina. The construction of citizenship and the field of indigenous health: a critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity. **Vibrant**, Brasília, v. 12, n.1, p. 351-384, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406941919011>. Acesso em: 26 jun. 2023.

TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu, **Etnográfica**, Lisboa, v. 12, n. 2, p. 323-351, 2008. Disponível em: <http://etnografica.revues.org/1733>. Acesso em: 26 jun. 2023.

TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. **Saúde Indígena em perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

TEIXEIRA, Carla Costa; LOBO, Andréa; ABREU, Luiz A. (org.). **Etnografia das instituições, práticas de poder e dinâmicas estatais**. Brasília: ABA Publicações, 2019.

TELLES, Helcimara (org.). **Mais Médicos**: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>. Acesso em: 26 jun. 2023.

THEODORO, Mario. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil**: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008.

TROUILLOT, Michel-Rolph. La antropología y el nicho del salvaje: poética y política de la alteridad. In: TROUILLOT, Michel-Rolph. **Transformaciones globales**: la antropología y el mundo moderno. Colombia: Editorial Universidad del Cauca/CESO, Universidad de los Andes, 2011.

TSING, Anna L. **Viver nas ruínas**: paisagens multiespécies no antropoceno. Brasília: IEB, Mil Folhas, 2019.

UCHÔA, E; VIDAL, J. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 1994.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Aldeias do Amapá ganham geração de energia elétrica fotovoltaica nos Polos bases de saúde. **Campus Sustentável**, 8 abr. 2021. Notícias. Disponível em: <https://campus-sustentavel.unicamp.br/2021/04/08/aldeias-do->

Amapá-ganham-geracao-de-energia-eletrica-fotovoltaica-nos-polos-base-de-saude/. Acesso em: 26 jun. 2023.

VAINER, C. *et al.* **Cidades rebeldes**: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo, 2013.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto *et al.* Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior, **Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 23, suppl 1, e170903, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170903>. Acesso em 25 jun. 2023.

VIANA AL, MACHADO CV, BAPTISTA TWF, LIMA LD, MENDONÇA MHM, HEIMANN LS. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, 2007; 23(2): 117-131.

VIANNA, Fernando. O novo modelo de atendimento. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (org.). **Povos Indígenas no Brasil**: 2001-2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2005.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges, **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 9 maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

VIDAL, Lux B. O modelo e a marca, ou o estilo dos ‘misturados’: cosmologia, história e estética entre os povos indígenas do Uaçá. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 42, n. 1/2, p. 29-45, 1999.

VIDAL, Lux B. **A cobra grande**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Museu do Índio, 2009.

VIEIRA, A. G. *et al.* Saúde Indígena para quais indígenas? limites e resistências à luz da ADPF 709. In: DEL SARTO, Sabrina; VASCONCELOS, Viviane (org.). **Entre precariedades e estratégias de (re)existências**: imaginar é preciso. 1. ed. Recife: Editora Seriguela, 2022. p. 105-130.

VIEIRA, Paulo R. R. **Malária na área indígena**: espacialização dos casos autóctones no município do Oiapoque-Amapá. 2011. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Instituto/Centro, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2011.

VIEIRA, Swheelen de Paula *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, 189-207, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s113>. Acesso em: 26 jun. 2023.

XACRIABÁ, Célia; TERENA, Luiz E. Herdamos a luta. In: PONTES, A. L. M. *et al.* (org.). **Vozes indígenas na saúde**: trajetórias, memórias e protagonismos. Belo Horizonte: Piseagrama; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022, 383 p. ISBN: 978- 65-5708-170-9. <https://doi.org/10.7476/9786557081709>.

WAGNER, Roy. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

WALSH, Catherine. Interculturalidad crítica y educación intercultural. *In*: VIAÑA, J.; TAPIA, L.; WALSH, C. (org.). **Construyendo Interculturalidad Crítica**. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2009. p. 75-96.

WEBER, Max. Burocracia. *In*: WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982.

WEIS, Bruno; ZANCHETTA, Inês. Caos e Retrocesso. *In*: RICARDO, Beto; RICARDO, Fany (org.) **Povos Indígenas no Brasil, 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

WEIS, Bruno. “Tratar de índio não é barato”: entrevista com o presidente da Funasa, Paulo Lustrosa. *In*: RICARDO, Beto; RICARDO, Fany (org.) **Povos Indígenas no Brasil, 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

YOUNG, Allan. The anthropologies of illness and sickness. **Annual Review of Anthropology**, [s. l.], v. 11, p.257-285, 1982.

WERÁ, Kaká. **Ailton Krenak**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2017.

ANEXOS

1. Roteiro das entrevistas semiestruturadas

EIXOS NORTEADORES – OBJETIVOS DAS ENTREVISTAS

Elaboração dos serviços de saúde

Entender como foram planejadas as ações que ocorrem na ponta. O que se busca realizar.

Implementação desses serviços (que seria a parte mais específica do Oiapoque)

Partirei do evento da introdução dos médicos cubanos para entender os processos de saúde e doença da região.

Quem notava a ausência de médicos na equipe de saúde? Por quais motivos?

E quando chegaram médicos cubanos na região, o que se notou?

Para os cubanos, como foi chegar a um local não acostumado com a presença constante de médicos? Quais são suas percepções sobre os processos de saúde/doença/cura da região? Qual a missão existente no baixo rio Oiapoque?

Avaliação (ou pergunta norteadora)

Assim, será possível equalizar as diferentes concepções de natureza/cultura e saúde/doença/cura na oferta de políticas públicas ou na realização do atendimento biomédico?

GESTORES PMM

Apresentação (quem é você e qual sua relação com o Programa Mais Médicos?)

1. Como se deu a elaboração/construção do PMM?
2. Qual foi a principal motivação para a criação do PMM? Você avalia que o programa foi exitoso em seu propósito? Por quê?
3. E a parceria com Cuba? Se possível, fale um pouco sobre os antecedentes da consolidação da parceria.
4. Quais foram suas impressões ao trabalhar com intercambistas cubanos?
5. Você lembra de alguma experiência marcante envolvendo esses intercambistas?
6. Semelhanças e diferenças deles com os médicos brasileiros*
7. Na sua opinião, o que motiva esses médicos a participarem de missões como a do Brasil?
8. Existiram editais específicos para trabalhar com povos indígenas? (conte-me sobre o processo)
 1. O atendimento aos povos indígenas estava no horizonte do PMM desde o início?
 2. Envolvimento / Articulação com a SESAI (desde a criação do PMM? Durante? E agora?)
 3. Como você avalia a intersecção entre uma política ampla como o PMM e um serviço diferenciado como o SASISUS?

GESTORES SESAI

Apresentação do entrevistado

1. Como foi trabalhar na Sesai? [Existe diferença entre trabalhar na gestão do SasiSUS e trabalhar na gestão de outras instâncias de saúde? quais?]
2. Em se tratando das equipes (EMSI), quais são os desafios? (as maiores dificuldades)

[Caso um dos desafios apontados sejam médicos – Quais são suas impressões gerais sobre os médicos? E sobre os que atuam na saúde indígena? Tem diferença frente aos demais profissionais de saúde? quais?]

3. Antes do PMM, havia uma reivindicação por médicos? Por parte de quem? (indígenas/ EMSI/ gestores) – posso emendar aqui as perguntas em colchetes
4. Envolvimento / Articulação com a SESAI (desde a criação do PMM? Durante? E agora?)
5. Quais foram suas impressões ao trabalhar com intercambistas cubanos?
6. Como era a adaptação deles às realidades indígenas, ao trabalho no SASISUS?
[tentar abordar a questão de gênero – possível restrição às médicas cubanas]
7. Como eram as reuniões de Condisi à época? Em geral, o que se falava dos cubanos?
8. Você lembra de alguma experiência marcante envolvendo esses intercambistas?
9. Semelhanças e diferenças deles com os médicos brasileiros
10. Na sua opinião eles faziam uma atenção diferenciada?
11. Como você avalia a intersecção entre uma política ampla como o PMM e um serviço diferenciado como o SASISUS?
12. E qual o papel da Sesai e o subsistema que ela gere? O SasiSUS tem conseguido cumprir seu papel? pq?

INDÍGENAS

Apresentação do entrevistado

1. Qual sua opinião sobre o subsistema de saúde indígena?
 2. O que você lembra sobre como era antes do subsistema existir?
 3. E sobre as equipes (EMSI)?
 4. Como era antes dos médicos cubanos chegarem?
 5. Como foi quando os médicos cubanos estavam aqui?
 6. Como ficou depois que eles foram embora?
 7. Você acha eles diferentes dos médicos que estão agora? [em quê? pq?]
 8. O que você espera da atuação de um médico?
 9. Se você pudesse mandar uma mensagem para algum deles, para qual seria e o que vocêalaria?
10. Um deles me falou que o mais diferente era que vocês chegavam falando de espíritos para ele. O que isso significa? [você/vocês fala/falam de espíritos aos médicos? pq?]

PROFISSIONAIS MÉDICOS

1. Se apresenta, me contando um pouco sobre sua formação [quando, onde, e pq medicina]
2. E você se especializou em quê? Por que você se especializou nessa área?
3. Como foi discutido o SUS e ESF? Você considera que era uma prioridade no currículo?
4. Você considera que há discrepâncias entre a formação médica e o SUS? Quais?
5. Quais ações poderiam diminuir as dificuldades de recursos humanos do SUS? O PMM seria uma delas?
6. Você alteraria algo no PMM?
7. e no SUS, conforme ele opera hoje?

2. Modelo do Questionário aplicado (Formulário Google)

Disponível através do link: <https://forms.gle/KYbekouU69agKcjC6>

Seção: O Programa Mais Médicos e a saúde indígena

Você concorda com os termos dessa pesquisa e em responder este questionário? (Múltipla escolha: 2 opções)

Seção: Informações pessoais e de atuação na saúde indígena

Nome Completo (Resposta curta)

Idade (Múltipla escolha: 6 opções)

Você é indígena? (Múltipla escolha: 2 opções)

De que povo? (Resposta curta)

Onde você nasceu? (Resposta curta)

Há quanto tempo mora no Amapá? (Resposta curta)

Se não nasceu no Amapá, você se mudou para o Amapá para trabalhar no DSEI Amapá Norte do Pará? (Múltipla escolha: 2 opções)

Qual é a sua Profissão? (Múltipla escolha: 15 opções)

Desde que ano você exerce a profissão? (Aproximadamente) (Resposta curta)

Por que escolheu trabalhar na saúde indígena? (Parágrafo)

Desde qual mês e ano você trabalha na saúde indígena? (Aproximadamente) (Data)

Trabalhou de forma contínua? (Múltipla escolha: 2 opções)

Se respondeu "não" acima, apresente os períodos de trabalho na saúde indígena (aproximadamente). (Resposta curta)

Atualmente você compõe qual(is) equipes do DSEI AMP? (Parágrafo)

Com quais povos você trabalha? (Caixas de seleção: 10 opções)

Já trabalhou com outros povos que não são atendidos pelo DSEI AMP? (Múltipla escolha: 2 opções)

Quais? (cite nome do povo, tipo de inserção/trabalho e período) (Parágrafo)

Já realizou escala de trabalho sem médicos na EMSI? (Múltipla escolha: 4 opções)

Se sim, conte um pouco sua experiência (dificuldades, desafios, como você e sua equipe faziam para contornar essa ausência) (Parágrafo)

Em média, a soma dos períodos que você vivenciou sem médico/a na equipe totaliza, aproximadamente: (Múltipla escolha: 8 opções)

Algum/a médico/a com o/a qual trabalhou era cubano/a? (Múltipla escolha: 6 opções)

Seção: Sobre os médicos cubanos atuantes na saúde indígena através do Programa Mais Médicos

Na sua opinião, tem diferença no jeito dos/as médicos/as cubanos/as atenderem os indígenas com relação a outros/as médicos/as? (Múltipla escolha: 2 opções)

Se sim, quais diferenças você observa? (Parágrafo)

E na relação cotidiana com os indígenas (para além dos atendimentos), existe diferença entre os/as cubanos/as e outros/as médicos/as? (Múltipla escolha: 3 opções)

Se sim, quais diferenças você observa? (Parágrafo)

E na relação com a equipe multidisciplinar de saúde indígena, existe diferença entre os/as cubanos/as e outros/as médicos/as? (Múltipla escolha: 3 opções)

Se sim, quais diferenças você observa? (Parágrafo)

E na relação com a gestão do Distrito, existe diferença entre os/as cubanos/as e outros/as médicos/as? (Múltipla escolha: 4 opções)

Se sim, quais diferenças você observa? (Parágrafo)

Se você respondeu "não" para as primeiras perguntas dessa seção, comente de que forma os/as médicos/as em geral (cubanos e brasileiros) interagem com os/as indígenas. (Parágrafo)

Se você respondeu "não" para as últimas perguntas dessa seção, comente de que forma os/as médicos/as em geral (cubanos e brasileiros) interagem com os demais profissionais da equipe e gestão do DSEI? (Parágrafo)

Seção: Sobre a atuação dos/as médicos/as na saúde indígena

Na sua opinião, existe dificuldade no preenchimento da vaga de médicos/as na saúde indígena? (Múltipla escolha: 2 opções)

Se sim, quais dificuldades você observa? (Parágrafo)

Na sua opinião, na atuação dos/as médicos/as junto aos povos indígenas, eles/as consideram as especificidades culturais dos povos indígenas? (Múltipla escolha: 3 opções)

Comente porque respondeu "sim" ou "não" na pergunta anterior. (Parágrafo)

Seção: Sobre o Programa Mais Médicos na saúde indígena

Com o fim da cooperação Brasil/Cuba para o provimento de médicos ao Programa Mais Médicos, em dezembro de 2018, sua EMSI ficou sem médico? (Múltipla escolha: 3 opções)

Se sim, quanto tempo sua equipe ficou sem médico, aproximadamente? (Múltipla escolha: 6 opções)

Você avalia que o Programa Mais Médicos foi bom para a saúde indígena? (Múltipla escolha: 3 opções)

Por quê? (Parágrafo)

Espaço para comentários sobre sua experiência com médicos cubanos na saúde indígena. (Parágrafo)

Espaço para comentários sobre este formulário (sugestões, críticas etc.) (Parágrafo)

Inclua abaixo seu contato para que eu possa te enviar informações futuras sobre esta pesquisa. (Resposta curta)

Informe se concorda que eu entre em contato para realizarmos uma entrevista e conversarmos um pouco mais sobre sua experiência com o Programa Mais Médicos na saúde indígena. (Múltipla escolha: 2 opções)

3. Página resumo dos dados sobre médicos no Amapá (SCHEFFER, 2020)

AMAPÁ



Características da população médica	
Número de registros de médicos	1.006
População no Estado	845.731
Razão médico por 1.000 habitantes	1,19
Masculino	62,3%
Feminino	37,7%
Razão masculino/feminino	1,65

Formação	
Generalistas	44,3%
Especialistas	55,7%
Razão Especialista/Generalista	1,26

Idade	
≤ 29 anos	13,5%
30 - 34 anos	13,8%
35 - 39 anos	15,4%
40 - 44 anos	13,9%
45 - 49 anos	7,7%
50 - 54 anos	8,8%
55 - 59 anos	6,5%
60 - 64 anos	7,2%
65 - 69 anos	7,8%
≥ 70 anos	5,4%

	Média (anos)	DP
Idade	45,0	14,0
Tempo de formado	6,4	7,8

Indicadores da capital	
Número de registros de médicos	888
População da capital	503.327
Razão médico por 1.000 habitantes	1,76
Masculino	61,1%
Feminino	38,9%
Razão masculino/feminino	1,57
Generalistas	42,8%
Especialistas	57,2%
Razão Especialista/Generalista	1,34
Proporção médicos na capital	88,3%

Especialistas no Estado	Nº
Acupuntura	9
Alergia e Imunologia	3
Anestesiologia	41
Angiologia	1
Cardiologia	23
Cirurgia Cardiovascular	7
Cirurgia da Mão	2
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2
Cirurgia Geral	89
Cirurgia Oncológica	5
Cirurgia Pediátrica	5
Cirurgia Plástica	9
Cirurgia Torácica	5
Cirurgia Vascular	10
Clínica Médica	70
Coloproctologia	5
Dermatologia	12
Endocrinologia e Metabologia	5
Endoscopia	7
Gastroenterologia	10
Genética Médica	0
Geriatria	3
Ginecologia e Obstetrícia	64
Hematologia e Hemoterapia	8
Homeopatia	0
Infectologia	5
Mastologia	4
Medicina de Emergência	0
Medicina de Família e Comunidade	0
Medicina do Trabalho	28
Medicina de Tráfego	22
Medicina Esportiva	1
Medicina Física e Reabilitação	0
Medicina Intensiva	3
Medicina Legal e Perícia Médica	10
Medicina Nuclear	3
Medicina Preventiva e Social	1
Nefrologia	8
Neurocirurgia	7
Neurologia	5
Nutrologia	2
Oftalmologia	23
Oncologia Clínica	10
Ortopedia e Traumatologia	37
Otorrinolaringologia	11
Patologia	6
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	0
Pediatria	83
Pneumologia	5
Psiquiatria	12
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	34
Radioterapia	3
Reumatologia	6
Urologia	12

4. Modelo de listagem de fichas a serem preenchidas pelas EMSI do DSEI-AMP

ITEM	DESCRIÇÃO DAS FICHAS	QTD
1	ATESTADO MÉDICO	
2	ATESTADO MÉDICO - COVID-19	
3	BOLETIM DE TRÁFEGO FLUVIAL	
4	CONSOLIDADO VACINAL/IMUNIZAÇÃO	
5	CONSOLIDADO CRIANÇAS VAN	
6	CONSOLIDADO ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A	
7	CONSOLIDADO FERRO	
10	ENCAMINHAMENTO MÉDICO	
11	FICHA DE ATENDIMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA	
12	FICHA DE ATENDIMENTO/MORBIDADE MENSAL DO SIASI LOCAL	
13	FICHA DE TRIAGEM E EVOLUÇÃO	
14	FICHA DE RELATORIO MENSAL DE ATIVIDADE EM ÁREA	
15	FICHA DE NASCIMENTO, ABORTO E ÓBITOS	
16	FICHA DE ACOMPANHAMENTO PACIENTES HIPERTENSOS/DIABÉTICOS	
17	FICHA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
18	FICHA DE DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS	
19	FICHA DE RELATÓRIOS DE DIFICULDADES	
20	FICHA DE EVOLUÇÃO	
21	FICHA DE VIOLÊNCIA EM POVOS INDÍGENAS	
22	FICHA DE TENTATIVAS E ÓBITOS POR SUICÍDIO	
23	FICHA USO PREJUDICIAL DE ALCOOL	
24	FICHA USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA	
25	FICHA DE CADASTRO DE GESTANTE	
26	FICHA DE REFERÊNCIA	
27	FICHA DO AIS 2021	
28	FICHA DE SINAIS E SINTOMAS	
29	FICHA DE PERINATAL AMBULATORIAL	
30	FICHA DE TUBERCULOSE SIASI	
31	FICHA DE PUERICULTURA E BUSCA ATIVA	
32	FICHA DE TESTES RÁPIDOS HIV-SIFILIS-HCV-HBsAg	
33	FORMULÁRIOS MDDA IMPRIMIR 1 E 2	
34	MAPA DE CONTROLE DE COMBUSTIVEL	
35	MAPA DIÁRIO CRIANÇA VAN	
36	MAPA DIÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO IDOSO	
37	FICHA DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E VAN	
38	RECEITUÁRIO	
39	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
40	SOLICITAÇÃO DE EXAMES	
41	FICHA DE COVID-19	
	FICHAS INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO	
01	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL I1	
02	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL I3	

03	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL F1	
04	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL F3	
05	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO AV3.1	
06	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO IOCMD	
07	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO M1	
08	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO M3	
09	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO MIF	
10	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO AV1	
11	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO AV2	
12	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO AV3	
13	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO IF5	
	FICHAS SINAN	
01	FICHA DE NOTIFICAÇÃO ANIMAIS PEÇONHENTOS	
02	FICHA DE NOTIFICAÇÃO LEISHMANIOSE	
03	FICHA DE NOTIFICAÇÃO HIV/AIDS	
04	FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO	
05	FICHA DE NOTIFICAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA	
06	FICHA DE NOTIFICAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE	
07	FICHA DE NOTIFICAÇÃO HEPATITES VIRAIS	
08	FICHA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
09	FICHA DE SARAMPO/RUBÉOLA	
10	FICHA DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO	
11	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE/CHIKUNGUNYA	
12	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE LEPTOSPIROSE	
13	FICHA DE NOTIFICAÇÃO COQUELUXE	