Setembro de 2023

CONFÉRENCE • PARIS

POUR LE BRÉSIL

RELATÓRIO DE PESQUISA
Povos Indígenas e Saúde no Brasil

A saúde na região da Amazônia Legal no centro do debate : vulnerabilidade e autodeterminação dos povos indígenas nos próprios territórios

Escrito pela equipe de Diversidade, Equidade e Inclusão da Pour le Brésil

Alicia Magnac
Noah Matthews
Luca Moreno
Tarquinia Palmieri
Fernanda Peron
Olivia Sabini-Leite

SUMÁRIO

Introdução 2
Reconhecimento dos direitos indígenas na teoria, mas não na prática.....2
Razões pelas quais escolhemos o tema saúde.....2

I. Estrutura da política de saúde indígena e os desafios da participação.....4
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).....4
Distritos Sanitário Especial Indígena (DSEIs).....5
Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).....5
Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).....5
Anexo : Histórico das ações e políticas de saúde direcionadas aos povos indígenas 6

II. Marginalização histórica indígena e suas implicações.....7
Da colonização à época contemporânea: a exclusão política, social e econômica de grupos indígenas da sociedade brasileira dominante.....7
A demarcação dos territórios indígenas e a evolução das políticas de saúde.....8
É a Hora de Ouvir: diferença entre políticas indígenas e indigenistas.....10
Participação indígena autorizada e não autorizada.....11
Participação indígena no contexto da COVID-19.....13

III. Perspectiva de gênero 14
Marginalização das mulheres indígenas no sistema de saúde brasileiro: Por que uma mudança de paradigma é necessária?.....14
Mulheres indígenas enfrentando a inadequação do sistema de saúde no Brasil.....14
Mudando o paradigma de uma abordagem de solução única para uma perspetiva holística.....15

IV. Exemplos de protagonismo indígena.....17
Modelo de saude ativa: a falha dos agentes indígenas de saúde vs o sucesso do povo Zo'é e da ONG saúde e alegria.....17
ONG Projeto Saúde & Alegria: serviços de saúde que chegam às pessoas.....18

V. Propostas: Sementes de mudança.....19
Sobre a relação entre governo e povos indígenas.....19
Sobre o protagonismo indigena no discurso sobre a situação de saúde.....19
Sobre o empoderamento das mulheres e a facilitação de seu acesso à saúde.....21

Conclusão.....22

Bibliografia

INTRODUÇÃO

Reconhecimento dos direitos indígenas na teoria, mas não na prática

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, estabelece os direitos constitucionais dos povos indígenas, criando assim um terreno fértil para a criação de novas e melhores condições de relacionamento entre Estado, sociedade e comunidades indígenas no Brasil.

Uma importante inovação conceitual foi introduzida pelo artigo 231 da Constituição. Em vista do reconhecimento de que foram os primeiros habitantes do Brasil, o direito dos povos indígenas sobre suas terras é definido como direito originário, ou seja, que vem antes da criação do próprio Estado (Barbosa & Caponi, 2022). Os povos indígenas são, portanto, constitucionalmente reconhecidos como detentores de um papel indispensável no cuidado dos recursos ambientais da floresta, cuja preservação é necessária para seu bem-estar, e eles têm o direito de desempenhar essa função de acordo com seus usos, costumes e tradições. No entanto, 35 anos após estes direitos terem sido legitimados na Magna Carta, garantir a efetividade dos direitos constitucionais nas políticas públicas indígenas continua sendo um desafio, e cenários políticos autoritários têm dificultado a relação entre os povos indígenas e o Estado brasileiro ao longo dos anos.

Razões pelas quais escolhemos o tema saúde

As populações indígenas são mais vulneráveis às infecções produzidas pela urbanização, especialmente as infecções respiratórias, como mostra o quão devastadora tem sido a recente pandemia de coronavírus (Magalhães, 2022). Essas pessoas estão, de fato, consideravelmente mais expostas ao agravamento de contaminações e doenças, também devido às condições sanitárias significativamente mais precárias à sua disposição.

Os povos indígenas vivem em uma condição de vulnerabilidade estrutural, caracterizada por:

- Invasões e crimes cometidos por madeireiros e garimpeiros de terras em territórios tradicionais;
- Devastação causada pelos incêndios e o desmatamento das florestas;
- Insuficiência ou inexistência de políticas públicas sociais direcionadas à sua proteção.

As frequentes omissões do governo federal na implementação de ações eficazes para conter tais atividades ilegais provocaram ainda mais danos, ao fazer com que as comunidades indígenas estivessem sujeitas a um risco maior de sofrer perdas maiores ao enfrentar crises tão catastróficas como a COVID-19 (Barbosa & Caponi, 2022).

Neste relatório, pretendemos analisar os mecanismos que obstruíram a capacidade dos povos indígenas de desenvolver um sistema de saúde que fosse realmente adaptado às suas necessidades e as tentativas que eles fizeram ao longo das décadas para reverter uma história secular de exclusão social e marginalização.

Afirmamos que existem muitos exemplos de protagonismo indígena em resposta ao fato de que, historicamente, a saúde da população na Amazônia Legal ficou para trás. Começaremos descrevendo a estrutura política do sistema de saúde indígena e descreveremos o engajamento significativo dos indígenas para abordar as deficiências na governança da saúde e para combater o isolamento político, promovendo, portanto, mecanismos mais fortes de fiscalização na esfera pública. Analisaremos os principais órgãos da saúde indígena, tendo em conta a relação sagrada entre a saúde pessoal e a proteção e abundância da terra, e a diferença entre políticas indígenas e indigenistas e participação autorizada e não autorizada. Por fim, vamos nos concentrar nas condições das mulheres indígenas para enfatizar ainda mais a necessidade de uma mudança de paradigma na elaboração de políticas públicas e concluir com exemplos bem-sucedidos de fortalecimento das capacidades locais, tanto para a gestão e o planejamento quanto para a execução dos serviços de saúde indígenas no contexto específico de cada comunidade. Na última seção, apresentaremos nossas conclusões e propostas: elas são sugestões sugestões sobre sugestões sobre como as mudanças podem ser implementadas para melhorar a condição dos serviços de saúde dos povos indígenas.

FOTO: TIAGO MIOTTO (CIMI) / EL PAÍS

Mobilização dos povos Pataxó, Tupinambá e Pataxó Hã-Hã-Hãe contra a municipalização da saúde indígena, em Brasília (2019)

I.
RECONHECIMENTO DOS DIREITOS INDÍGENAS NA TEORIA, MAS NÃO NA PRÁTICA

A estrutura política de saúde indígena, em especial desde o estabelecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em 1999, vem tomando cada vez maior expressão nacional. Ainda assim, há uma série de desafios que restringem a sua execução. Dentre eles, podemos citar a estrutura demográfica complexa da população indígena: no Brasil - de acordo com o Censo 2022 - indígenas correspondem a 0,83% da população brasileira, distribuídos em cerca de 700 terras indígenas e ocupando 13,9% do território nacional.

Para além do fator demográfico, a barreira cultural entre gestores e a própria população indígena também se coloca como um desafio para a efetiva implementação de tais políticas (Mendes et. al, 2018). Dessa maneira, temos como objetivo apresentar ao longo deste texto os principais instrumentos de promoção do bem-estar dessa população, bem como quais são os desafios da participação política a elas associados.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

Em primeiro lugar, é necessária a compreensão do que é a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), bem como seus desdobramentos sobre as políticas públicas de saúde voltadas para a população indígena.

Criada em 1999, a PNASPI é um órgão coordenado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde. Tem como principal objetivo estabelecer diretrizes e ações para a população indígena, sem deixar de lado os modos de vida tradicionais, bem como necessidades e especificidades da cultura indígena. Dessa forma, uma das principais áreas de atuação da secretaria é não somente garantir acesso a serviços de saúde de qualidade, como também promover uma parceria entre a medicina ocidental e o saber indígena, de maneira que a atuação junto às comunidades seja culturalmente sensível.

Tal política foi fundamentada a partir da Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários (1978), que expressa o dever de todos os governos e da comunidade internacional de garantir o direito e promover o acesso à saúde de todos os povos. A Declaração coloca o direito à saúde como um direito humano fundamental, enfatizando contudo a desigualdade no acesso ao longo das diferentes regiões. Ainda, contempla a responsabilidade de cada governo com seu respectivo povo, afirmando que a saúde deve ser promovida por medidas sanitárias e sociais adequadas.

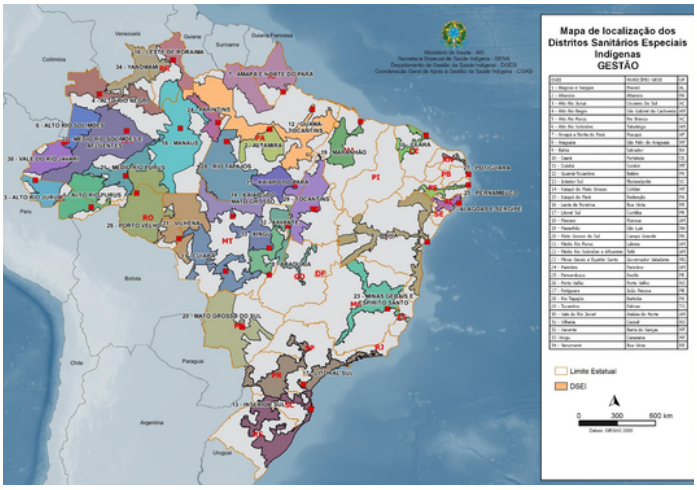
Apesar dos avanços relativos à implementação da PNASPI, permanecem os indicadores de melhora na saúde da população indígena. Ainda que os recursos tenham crescido expressivamente ao longo dos anos (alcançando em 2010 cerca de três vezes os recursos destinados em 2002), as estatísticas sanitárias não tiveram um avanço tão acelerado. Alguns indicadores importantes, como doenças parasitárias infantis e mortalidade materna, permanecem colocando a população indígena como desigual frente a outros grupos populacionais do país, ferindo o princípio de igualdade sobre o qual se baseia a PNASPI.

A título de ilustração, o Inquérito Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (2014), registrou ainda elevadas taxas de anemia e desnutrição entre os povos indígenas. Mendes et al (2018) mapeiam algumas das possíveis causas para a permanência do estado epidemiológico.

Dentre eles, estão a estrutura de saúde precária e falta de insumos e saneamento, e ii) a limitação do acesso à informação para o público geral, dificultando o monitoramento e planejamento específico a cada localidade. Para além disso, ainda que a PNASPI defenda a integração dos saberes indígenas com a medicina ociental, parte dos gestores ainda veem o uso das chamadas "medicinas tradicionais" de maneira problemática, dificultando o diálogo intercultural e marginalizando a participação da população indígena nas políticas para eles formuladas.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)

Outra unidade fundamental para a compreensão do sistema de saúde voltada para a população indígena são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Essas são as unidades administrativas responsáveis por colocar em prática as políticas públicas de saúde em território brasileiro. Cada distrito é responsável por determinado território indígena, e possui equipes formadas por diversos profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, etc.), que são responsáveis por prestar serviços à população, levando em conta aquilo que foi determinado pela PNASPI. Vale a pena notar que, para além de somente melhorar a qualidade de vida dos grupos que atendem, têm também buscado preservar a autonomia e protagonismo dos povos indígenas na gestão sanitária.



Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

Outro importante instrumento de promoção da saúde indígena é o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que consiste em um sistema informacional relacionado à saúde dos povos indígenas. Desenvolvido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), ele tem como objetivo principal subsidiar a gestão e o monitoramento das ações de saúde voltadas para as populações indígenas.

O sistema possui diversos dados relevantes para a saúde indígena (atendimentos, vacinações, registro de consultas, etc). Sendo assim, é um instrumento fundamental não somente para a formulação de políticas públicas através de dados empíricos, como também para o acompanhamento daquelas que já estão sendo postas em prática.

Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

Por fim, é necessário que nos detenhamos também sobre a própria Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Criada em 2010 durante o governo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva por meio da Lei nº 12.085, é um marco por ser a primeira vez que se estabelece no país um órgão inteiramente dedicado à proteção da saúde indígena (Mendes et al, 2018).

Dessa forma, compreende-se que apesar da complexa estrutura social voltada para atender à saúde indígena, nos resta ainda um importante caminho para avançar. Mais do que somente estruturas estatais funcionais, portanto, são também necessários conhecimentos sobre as especificidades de cada localidade, bem como um diálogo cultural que seja capaz de abarcar as diversas facetas culturais, epidemiológicas e sociais da população indígena.

HISTÓRICO DAS AÇÕES E POLÍTICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS AOS POVOS INDÍGENAS

1910
Criação do Serviço de Proteção ao índio (SPI)

1952
Formulação dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA)

1956
Implementação do SUSA

1967
Criação da Fundação Nacional do Indio

1985
Primeiro Encontro de Saúde Indígena

1986
Primeira Conferência Nacional de Proteção de Saúde do Indio

1988
Aprovação da Constituição Federal que reconhece a pluralidade étnica do Brasil

1990
Criação do CISI e Saúde Indígena passa à FNS

1990
Aprovação do SUS e Criação do primeiro DSEI

1994
FUNAI volta a gerenciar a saúde indígena

1999
A Saúde Indígena passa para FUNASA

1999
e cria o subsistema indígena SaiSUS

2000
Se edita a Politica Nacional de Atenção à Saúde indígena PNSI

2000
Criação da DESAI

2002
A PNSI é aprovada

2008
Inicio das Reformas na Saúde Indígena

2010
Ciração da SISAI

II.
MARGINALIZAÇÃO HISTÓRICA INDÍGENA E SUAS IMPLICAÇÕES

Da colonização à época contemporânea: a exclusão política, social e econômica de grupos indígenas da sociedade brasileira

Desde a chegada dos europeus na América Latina, as populações indígenas foram sistematicamente privadas de seus direitos humanos básicos. Por meio de uma combinação de construção deliberada do Estado, ideias europeias sobre soberania e seleção social e a deslegitimação das populações indígenas, o Brasil "impôs uma identidade guarda-chuva homogeneizante [aos povos indígenas] que convenientemente apagou as políticas dos colonizados" (Urt, 2016: 879). Embora a colonização no Brasil tenha começado desde o primeiro desembarque em 1500, o processo de tornar o Brasil de uma colônia a um Estado no século XIX estabeleceu um empreendimento sistemático em larga escala de remoção, isolamento e assassinato de povos indígenas com fim de criar um Estado pós-colonial, unificado e europeu, e não apenas uma colônia lucrativa e desarmônica. Agricultores movidos pelo capital, instigados pela Lei de Terras brasileira de 1850, procuraram se expandir em território indígena e forçaram sua remoção (ibid: 875). Avançamos seis décadas e a ocidentalização e modernização do Brasil significou uma política de segurança nacional composta por proteger e reforçar as fronteiras do Brasil. O Serviço de Proteção aos Índios (SPI) foi fundado em 1910, "baseado no nacionalismo territorial, no darwinismo social e no positivismo" (Urt: 875). Ele consignou os povos indígenas a pequenas reservas onde foram despojados de sua autonomia e de suas tradições em virtude da distância e separação. Efetivamente, o governo brasileiro conseguiu a exclusão política, social e econômica de grupos indígenas da sociedade brasileira dominante, garantindo "a liberação de milhares de hectares para assentamento e impondo o controle do Estado" (Urt: 875).

A restrição física das populações indígenas foi reforçada por meio de sua exclusão social através de narrativas que perpetuaram preconceitos sobre a inferioridade indígena. De fato, existiam dois pesos e duas medidas na sociedade internacional naquela época: os "membros não eram obrigados a tratar os não membros (ler não europeus) de acordo com as normas que se aplicavam às relações entre eles' (Keal 2003: 84), originando assim dois regimes morais distintos" (Urt: 875). A exclusão persistente e deliberada do Estado das populações indígenas na sociedade, na economia e na política resulta em uma falta de visibilidade, direitos e poder. Além disso, a expansão sistêmica e o desmatamento por fazendas privadas, empresas industriais e pelo Estado significaram uma perda de modos de vida tradicionais para as populações indígenas. As conexões físicas entre as comunidades foram erradicadas, substituídas por estradas e fazendas industriais, e as atividades tradicionais de cultivo da terra foram restritas. Para sobreviver, eram obrigados a trabalhar "para a sociedade colonizadora" (Urt: 876).

A demarcação dos territórios indígenas e a evolução das políticas de saúde

Após décadas de ditadura que suprimiram todos os direitos individuais e humanos, a Constituição de 1988 procurou limitar a capacidade do Estado de restringir a liberdade enquanto oferecia proteção às populações indígenas, uma resposta ao aumento da proteção global dos direitos indígenas. Pela nova Constituição, os territórios ocupados por comunidades indígenas são deles por direito e cabe ao Estado demarcá-los e protegê-los, dando-lhe até 1993 para demarcar todos os territórios indígenas (Fabio, 2023; Borges e Combrisson,1998). Em 2020, 732 terras estão em processo de demarcação, o que representa cerca de 13% do território nacional. Dadas as especificidades do Brasil - esse número é chocante quando comparado aos 65% do território nacional nas mãos das corporações do agronegócio, dos quais 50% estão nas mãos dos 1,8% maiores agricultores (Mondardo, 2022). Essa desigualdade é indicativa do "processo histórico-geográfico de dominação capitalista da terra" e também da influência inflexível do setor do agronegócio no governo e no Judiciário (Mondardo, 2022). Sob a presidência de Jair Bolsonaro, o Projeto de Lei 490/2007 ameaçava – e ainda ameaça – os direitos indígenas aos seus territórios sob a estipulação de que se nenhuma reivindicação tivesse sido feita antes de 5 de outubro de 1988, quando a nova Constituição foi formalizada, a terra não pertence às comunidades indígenas (Kant). O Projeto de Lei também autoriza o Estado a reintegrar terras indígenas para fins estatais ou privados (Kant).

Atualmente, a instabilidade institucional e a falta de prioridade obstruem a proteção e demarcação do território indígena e provocam violência em torno "dos direitos de ocupação não exercidos" (Urt: 877). Os fazendeiros, capitalizando a terra e os incentivos do governo, contratam pistoleiros para intimidar e matar as populações indígenas. Entre 2009 e 2019, mais de dois mil indígenas foram assassinados, segundo o Atlas da Violência, uma compilação de dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Acayaba e Arcoverde, 2022). Nesse contexto de invisibilização, podemos aprofundar a violência estrutural da sonegação dos serviços públicos de saúde às populações indígenas, excluídas das políticas públicas, consignadas a iniciativas "especiais" (que no papel são excelentes, mas na prática extremamente deficientes), e prestado cuidados de saúde abaixo da média, como veremos a seguir.

Sob a ditadura militar, o sistema de saúde brasileiro era altamente centralizado e atendia aos cidadãos do setor formal que viviam em áreas urbanas. As áreas rurais e urbanas periféricas foram largamente deixadas de fora do sistema de saúde. Quando as iniciativas para levar assistência médica a essas áreas foram realizadas, elas foram principalmente de cima para baixo e careceram do envolvimento da população local (Shankland e Athias 78). Durante o rescaldo da ditadura, os reformadores "proclamaram a saúde como 'dever do Estado e direito do cidadão' e consagraram os princípios-chave da universalidade, descentralização e participação como a base normativa da reforma do sistema de saúde" (Shankland e Athias 79).

O novo Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado logo depois, regido principalmente pelos municípios em vez do Estado. No entanto, movimentos sociais ruralistas e comunidades indígenas resistiram à descentralização do sistema de saúde para "as elites locais que dominavam os municípios remotos e rurais" e conseguiram manter a saúde das comunidades indígenas dentro do Ministério da Saúde (Shankland e Athias 79).

A atual política de saúde para comunidades indígenas tem como foco o estabelecimento de "Distritos Sanitários Especiais Indígenas" (DSEIs) com base nos territórios de comunidades indígenas específicas, e não nos limites municipais ou estaduais. Esse modelo surgiu em 1993 e buscava uma atenção à saúde multidisciplinar que considerasse as "especificidades socioculturais e geográficas" das comunidades indígenas (de M Pontes e Santos). Como o governo Fernando Henrique Cardoso priorizou a terceirização de serviços, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) contratou vários prestadores de serviços diferentes, resultando em diferentes níveis de qualidade de saúde e acesso a suprimentos (Shankland e Athias 80). Embora esse modelo de sistema de saúde pudesse ter permitido ao Estado alocar melhor recursos para as comunidades indígenas, abordando a marginalização e as desigualdades em saúde, os diversos modos de governança dentro dos DSEIs e a terceirização de especialistas em saúde pública não familiarizados com as necessidades indígenas e comunidades indígenas acabou inibindo o acesso a cuidados de saúde equitativos e adequados. A FUNASA e os DSEIs posteriormente enfrentaram críticas extremas sobre a gestão e alocação de recursos e alegações de corrupção e desvio de recursos (Mendes et al.).

Em 2010, o Brasil criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) para tentar amenizar os problemas sistêmicos enfrentados pelas comunidades indígenas no acesso à saúde. Porém, como é inerente no caso de inovações que não contemplam mudança de paradigma, os desafios persistem até hoje. Mendes et al. destacam que o problema não é o acesso a recursos financeiros, mas sim as lacunas na continuidade dos cuidados devido à escassez e rotatividade de médicos. Faltam também diálogo intercultural e interpessoal com as comunidades locais, medidas de saúde preventivas e proativas e profissionais de saúde treinados e familiarizados com as doenças e condições afetando comunidades indígenas (Mendes et al.). De fato, Oliveira et al. (2021) determinam que os principais desafios que as comunidades indígenas enfrentam tem a ver com:

1. Tempo de hospitalização fora de sua comunidade;
2. Interrupção da dieta devido à disponibilidade inconsistente de fontes tradicionais de alimentos;
3. Capacidade de chegar aos postos de saúde de suas comunidades;
4. Acesso a suprimentos médicos ou medicamentos que eventualmente absorvem suas próprias finanças para adquirir;
5. Dicotomias entre modos tradicionais e não tradicionais de saúde e cura;
6. Barreiras linguísticas;
7. Falta de conexões pessoais e colaboração devido à alta rotatividade de profissionais de saúde.

Tais desafios sistêmicos tornam extremamente difícil para as comunidades indígenas combater doenças transmissíveis, câncer, hipertensão cardíaca, obesidade e as consequências de lesões, entre outras condições de saúde.

A presidência de Jair Bolsonaro piorou as condições de acesso das comunidades indígenas à saúde ao ameaçar o financiamento e a própria existência dos DSEIs, da SESAI e da Funai e expulsar milhares de profissionais da região. Durante os quatro anos de sua presidência, 570 crianças Yanomami menores de 5 anos morreram por "causas evitáveis" de acordo com classificação do Ministério da Saúde, um aumento de 29% em relação aos quatro anos anteriores (Machado et al.).

Doenças tratáveis—como vermes, malária, pneumonia e diarreia—causaram a morte de centenas de Yanomami, incluindo crianças e idosos. Entre 2014 e 2021, os casos de malária aumentaram quase 600%, passando de 2.928 para 20.394 (Brum). Um estudo realizado em 2021 em três aldeias da Terra Indígena Yanomami constatou que o déficit estatural, definido como déficit estatural para a idade, afetou 81,2% das 298 crianças menores de 5 anos avaliadas, e que 71,9% das mães tinham baixa estatura (Orellana et al.). Além disso, milhares de Yanomami sofrem de fome e desnutrição devido às atividades extrativistas na região e à falta de cuidados de saúde adequados. Desde julho de 2020, os centros de saúde dentro dos territórios Yanomami fecharam mais de 13 vezes devido ao extrativismo ilegal. A pandemia do COVID-19 colocou ainda mais pressão sobre um sistema de saúde já falido e forçou as comunidades indígenas a suportar o peso das consequências devastadoras. Como escreveu um repórter, "algumas das cenas mais chocantes do primeiro ano da pandemia foram na Amazônia brasileira", onde a incidência de COVID foi 5 vezes maior do que entre comunidades não indígenas (apud Ro).

MÃE E FILHO YANOMAMI NUMA COMUNIDADE AFETADA PELA MALÁRIA APÓS A INVASÃO DE GARIMPEIROS, ANTONIO RIBEIRO / SURVIVAL, 1990.

É a Hora de Ouvir: diferença entre políticas indígenas e indigenistas

A fim de identificar e analisar a participação indígena em políticas públicas, cabe diferenciar os conceitos de política indigenista e política indígena (Ribeiro da Cruz, 2005). O primeiro se refere a uma política promulgada pelo governo para a população indígena, não necessariamente com a participação indígena. Assim, pode ser vista como uma imposição. A ação indígena de saúde, por outro lado, é promovida pela própria comunidade indígena, utilizando suas tradições e visões locais para lidar com as questões de saúde relevantes na comunidade. Logo, enquanto o primeiro pode impor modelos ocidentais de saúde às comunidades indígenas, o segundo busca valorizar e integrar os saberes tradicionais e as práticas culturais locais na promoção da saúde.

Nessa ótica, a Política Nacional de Atenção à Saúde para Povos Indígenas se enquadra como indigenista. Isto é, é parte menor de uma política mais ampla de saúde (a Política Nacional de Saúde) e, por isso, ainda que seja voltada para os indígenas, não deixa de seguir a mesma estrutura hierarquizada do sistema que não é voltado para os indígenas. Em estudo focado na implementação de políticas indigenistas no Maranhão, Ribeiro da Cruz (2005) argumenta que isso leva a dificuldades da participação indígena na construção dessas políticas.

Por um lado, existem prerrogativas que deveriam possibilitar essa participação - por exemplo, há uma determinação para a existência, em cada Pólo Base, de um Conselho Local de caráter consultivo que é formado exclusivamente por indígenas. Entretanto, na prática, não apenas essa implementação é precária, mas de modo geral tal estrutura de participação vai de encontro às tradições dos povos indígenas, o que compromete sua efetividade.

A divisão estrutural do sistema de saúde, incluindo a delimitação de cada Pólo Base e a composição dos Conselhos Locais, não leva em conta aspectos importantes como critérios étnicos e culturais de cada população indígena. A divisão muitas vezes é feita a partir de critérios burocráticos e políticos, o que leva a inúmeros conflitos nas instâncias deliberativas e consultivas entre grupos indígenas que possuem estruturas e histórias completamente distintas (Ribeiro da Cruz, 2005).

De maneira mais geral, Ribeiro da Cruz argumenta que a própria forma de organização da política não-indígena compromete a participação indígena em políticas indigenistas: as decisões políticas nas aldeias indígenas são feitas de forma centrada em âmbito local, com participação ampla dos membros da aldeia. Em contraste, a política ocidental é organizada de forma representativa, com a delegação da decisão em instâncias mais altas por membros da sociedade eleitos.

Essa dificuldade pôde ser vista na prática durante a pandemia. Augusto e Caovilla (2020) argumentam que o modelo representativo inviabiliza a participação indígena de tal forma que, quando o governo falhou em inúmeros aspectos no que tange às políticas de saúde indígena na pandemia, não houve alternativa a não ser judicializar ações. O movimento indígena organizado, assim, entrou com ações no Supremo Tribunal Federal (STF) devido à ausência de políticas públicas para os indígenas em relação à COVID-19. A ação denunciou as vulnerabilidades enfrentadas pelos povos indígenas em relação à imunidade, modo de vida particular e falta de representatividade política. Alguns partidos e o movimento indígena também denunciaram a omissão do governo federal em relação à contenção ou desintrusão de invasores nas terras indígenas, ações sanitárias deficientes e a falta de equipamentos, leitos e medicamentos para atuação dos profissionais de saúde. Ou seja, durante a pandemia, a participação indígena na política pública de saúde se baseou na exigência de não interferência de atores que prejudicam a saúde indígena com ações de sabotagem.

Assim, a participação dos povos indígenas não deve se limitar à criação de políticas públicas complementares, mas sim exigir do Estado o respeito aos direitos que já lhes são garantidos. Infelizmente, a lógica colonial persiste nas instituições e nas políticas públicas, o que muitas vezes resulta na exclusão e no descaso dos povos indígenas. É necessário, portanto, ampliar a participação dos povos indígenas na tomada de decisões e no controle social das políticas públicas, de forma a garantir que suas necessidades e especificidades sejam consideradas.

Participação indígena autorizada e não autorizada

Em relação às formas de participação indígena na criação de políticas de saúde, Cruz e Coelho estabeleceram duas estruturas: participação "autorizada" e “não autorizada". A participação autorizada é aquela que é "oficial", ou seja, que estabelece um lugar específico para os povos indígenas nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde como "usuários" (190, 2012). As várias formas desse tipo de participação incluem a participação em reuniões com entidades governamentais, tais como os DSEI e a FUNASA, a participação em conselhos distritais, o “encaminhamento de cartas, bilhetes, abaixo assinados e ofícios às instituições responsáveis pela saúde indigenista” e “acionamento do Ministério Público e Procuradoria da República” (194, 2012).

A participação "não autorizada", também chamada de “estratégias indígenas de participação”, refere-se às estratégias que rompem com as formas predeterminadas de participação na saúde indígena. Exemplos dessas apresentados por Cruz e Coelho incluem a “ocupação de prédios da

FUNASA, o bloqueio de estradas nacionais e estaduais, o bloqueio de ferrovias, a retenção de não-índios nas aldeias (com ou sem vinculação direta com a saúde indigenista), a retenção de carros a serviço da saúde indigenista, denúncias nos meios de comunicação (escrita, televisada, on line) e a ameaça de utilização das estratégias não "autorizadas" (195, Cruz e Coelho, 2012).

Não obstante a criação de vários espaços específicos para a participação autorizada, estes recentemente ignoram o fato de que os povos indígenas têm formas de organização cultural e política muito diferentes em comparação com as da sociedade ocidental. Ora, a liderança das sociedades indígenas pode não se organizar de acordo com a ideia da democracia representativa. Por exemplo, o poder de um líder político indígena não garante que seus seguidores sigam as decisões ou os acordos. Em vez disso, os líderes indígenas expressam propostas e perspectivas que os seguidores podem optar por adotar ou rejeitar (192 Cruz e Coelho 2012).

Na prática, essas diferenças culturais foram vistas no contexto do Conselho Local dos Tentehar-Guajajara (Amarante). Cruz e Coelho descrevem a participação desse grupo indígena no Conselho Local entre 2000 e 2007, que se caracterizou como frustrante devido ao fato de que os mesmos problemas foram repetidamente discutidos sem que as resoluções fossem implementadas, uma situação que os indígenas interpretaram como falta de respeito. A participação no Conselho Local também levou a conflitos entre membros da comunidade Tentehar-Guajajara, nos quais os participantes competiam pela posição de liderança. Nessa situação, os participantes indígenas criticaram o DSEI e a FUNASA no Maranhão por terem instigado conflitos internos (194 Cruz e Coelho 2012).

A frustração com os espaços autorizados criados para a participação indígena pode levar à adoção de estratégias de participação não autorizadas. Estas estratégias podem ser usadas pelas populações indígenas quando as instituições não atendem às suas necessidades, fazendo com que os mesmos se sintam prejudicados pelas políticas públicas (195 Cruz e Coelho 2012). Ao estudarem a ação indígena entre 2000 e 2007, Cruz e Coelho identificaram seis instâncias de participação não autorizada adotadas pelo grupo indígena Tentehar-Guajajara, incluindo a ocupação do prédio da FUNASA em São Luís, Maranhão, a detenção de carros e funcionários ligados à saúde indígena e o bloqueio da ferrovia Carajás (195-196 Cruz e Coelho 2012). Ao examinarem estes incidentes, os autores identificaram as seguintes consequências negativas que podem resultar das estratégias de participação indígena: "conflitos interétnicos, formação/reafirmação da opinião pública negativa em relação aos índios e acusações, prisões e processos contra os índios" (196 Cruz e Coelho 2012). Estas consequências manifestaram-se em um incidente em que membros dos Tentehar-Guajajara tentaram bloquear a rodovia MA-006 para chamar a atenção para questões de saúde, o que levou a um episódio que a Funai chamou de "tentativa de massacre" devido ao risco de violência contra o grupo indígena (196 Cruz e Coelho 2012).

A análise dessas duas estruturas de participação indígena mostra a necessidade de oferecer melhores oportunidades para que os grupos indígenas participem da formulação das políticas de saúde indígena. A importância da participação indígena foi declarada pela FUNASA, mas as disposições do sistema atual continuam insatisfatórias. As oportunidades atuais de participação autorizada ignoraram a estrutura social das sociedades indígenas e criaram conflitos intra-étnicos. O fracasso dos trâmites autorizados de participação significa que os grupos indígenas têm que recorrer a ações não autorizadas, mas essas podem ter consequências negativas e até perigosas para os grupos indígenas. Portanto, a solução deve ser encontrada em trâmites de participação que sejam, ao mesmo tempo, autorizadas, mas que também respeitem a organização das sociedades indígenas.

Participação indígena no contexto da COVID-19

No contexto do objetivo do governo Bolsonaro de abrir os territórios indígenas à mineração e à extração de outros recursos naturais, chegou a pandemia da COVID-19, que afetou desproporcionalmente as populações indígenas (Romano Athila, 2022). Dentre as várias dificuldades que estas enfrentaram, a subnotificação de casos de infecção e mortes se mostra a principal delas. Isto levou a uma invisibilização das questões de saúde indígena (70-71 Romano Athila 2022). Para responder a esta situação, o movimento indígena, composto por organizações nacionais e locais, começou a formular planos de ação emergenciais contra o avanço da COVID-19.

Na reunião virtual da Assembleia Nacional de Resistência Indígena organizada em maio de 2020 pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), o movimento lançou sua própria plataforma digital para registrar e monitorar o número de mortes e infecções, o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena (71 Romano Athila 2022, 2 Athila et al. 2021). Essa rede foi amplamente reconhecida pela grande mídia e até pelo Supremo Tribunal Federal (22 Romano Athila, 2022).

Além disso, em junho de 2020, a APIB, juntamente com alguns partidos políticos brasileiros, lançou uma Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF n° 709) contra o governo federal por inadequações no combate à pandemia entre os povos indígenas e o risco de genocídio. Foi a primeira vez que uma organização indígena aparece como parte reconhecida perante o STF (71 Romano Athila 2022), que concedeu uma liminar obrigando o governo federal a elaborar um novo plano emergencial para a proteção dos povos indígenas durante a pandemia (3 Athila et al. 2021). De acordo com o documento, os profissionais de saúde foram os primeiros transmissores da COVID-19 em terras indígenas, e as reivindicações incluíram a adoção de um plano participativo para o enfrentamento da pandemia em prol dos povos indígenas (71 Romano Athila 2022). Isso fez com que os grupos indígenas fossem um dos grupos prioritários para receber a vacina contra a COVID-19. Entretanto, ainda há discriminação contra os povos indígenas, especialmente nas áreas urbanas e nas áreas rurais formalmente não reconhecidas, que foram deixadas de fora do plano de imunização. (71-72 Romano Athila, 2022).

HELLEN LOURES / JORNAL PORANTIM (2020)

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 709

A ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL - APIB, organização indígena já qualificada nos presentes autos, vem, respeitosamente, por meio de seus advogados infra-assinados, trazer ao conhecimento de V. Exa e deste Egrégio Tribunal, fatos que se sucederam nos últimos dias, e que dialogam diretamente com questões discutidas nos autos desta ADPF, e que não poderiam deixar de serem narrados de forma a compor o contexto fático em que se insere a presente ação e seus desdobramentos até então.

III.
PERSPECTIVA DE GÊNERO

Marginalização das mulheres indígenas no sistema de saúde brasileiro: Por que uma mudança de paradigma é necessária?

Nossas constatações até agora apontaram que a população indígena tem sido historicamente marginalizada na sociedade latino-americana e especialmente no Brasil, onde as políticas públicas para essas comunidades são muitas vezes insuficientes e inadequadas. Esta exclusão é flagrante no sistema de saúde, que exacerba as desigualdades, levando a consequências mortais.

Obviamente, a população indígena no Brasil é diversa em muitos aspectos, e o objetivo desta seção é focalizar-se em um segmento dessa população ainda mais marginalizada, que é a população feminina. Portanto, usaremos a ideia de "lentes de gênero" (Gentry, Sjoberg, 2015) para estudar as ineficiências do sistema de saúde brasileiro, que é a ideia de utilizar um filtro ao considerar esta questão, de modo a considerá-la a partir de uma perspetiva de gênero e de relação de poder. Isso nos permite considerar a experiência dos dois sexos de forma diferente e analisar essa posição desigual. As mulheres, por serem socialmente construídas como mulheres e por possuírem características biológicas específicas, têm experiências e expectativas distintas em relação à saúde. Suas experiências de dor, de cuidado, são diferentes das dos homens, não em um aspecto essencial, mas por causa de suas experiências como mulheres e de sua construção como tais. É evidente que suas capacidades de ter filhos e suas características biológicas específicas também entram em conta ao considerar seu acesso a um sistema de saúde adequado.

Portanto, esta seção será dividida em duas partes. A primeira parte abordará a situação específica das mulheres indígenas ostracizadas no Brasil: a inadequação das políticas públicas, como o desrespeito às suas práticas, mas também o número preocupante de problemas de saúde dessas mulheres, baseando-se em pesquisas feitas no Brasil. Em seguida, explicaremos porque uma mudança de paradigma é necessária, e como ela pode ser feita, enfrentando os problemas subjacentes das desigualdades na saúde da população feminina nas comunidades indígenas.

Mulheres indígenas enfrentando a inadequação do sistema de saúde no Brasil

Não faltam evidências mostrando o acesso desigual das mulheres indígenas à saúde no Brasil em comparação a mulheres não indígenas. Pesquisas têm mostrado que mulheres indígenas têm taxas mais altas de mortalidade, morbidade ou doenças como anemia, entre outras (Borges, Buffarini, Santos, et al., 2016). As razões são diversas: insegurança alimentar, falta de saneamento ou condições de moradia, mostrando como a questão da saúde engloba muitos outros aspectos e questões. As mulheres indígenas enfrentam muitas barreiras no acesso à saúde, como o isolamento físico, mas também a invisibilização de sua identidade cultural e étnica e a inadequação dos tratamentos e do sistema de saúde.

Um dos exemplos mais reveladores é a dificuldade das mulheres indígenas no Brasil de identificar o câncer do colo do útero e de mama, uma análise que resulta de uma pesquisa liderada em 2020 entre a população de Nazaré na Lagoa de São Francisco, Piauí (da Silva Souza, de Sousa, Rodrigues, et al., 2020). Entre as mulheres indígenas, o risco de mortalidade por câncer do colo do útero e de mama é duplicado em comparação com mulheres brasileiras não indígenas. Isso é devido à expansão da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), e ao difícil acesso a exames médicos complementares para identificar essas doenças (absolutamente necessários para prevenilas). Portanto, barreiras físicas assim como barreiras invisíveis impedem que mulheres indígenas no Brasil tenham acesso a estas necessidades básicas de saúde, levando a um risco maior de mortalidade entre suas comunidades.

Ginecologia e obstetrícia são naturalmente assuntos sensíveis, e todos os profissionais devem ser treinados para saber como lidar com questões particulares entre suas pacientes, como especificidades culturais, orientações ou identidades sexuais específicas, ou quando lidam com mulheres que sofreram violências ou abusos. A ginecologia e a obstetrícia são, portanto, necessidades médicas básicas, mas elas precisam de atenção e cuidados extras para atender as pacientes. Além do ato médico em si, reside a necessidade de atenção e discussão para educar adolescentes sobre seus próprios sistemas reprodutivos e o que elas enfrentarão durante suas vidas como mulheres (menstruação, gravidez, menopausa, riscos de cânceres específicos, etc.). A pesquisa mencionada acima feita na comunidade Nazaré mostrou que além da falta de infraestrutura adequada para testes ginecológicos a serem feitos, a falta de profissionais treinados para trabalhar com mulheres indígenas é flagrante.

Profissionais muitas vezes não são treinados para especificidades culturais das suas pacientes, e podem promover práticas contrárias às práticas indígenas. Por exemplo, de acordo com as tradições da comunidade Nazaré, o cordão umbilical deve ser mantido após o parto. No entanto, muitos médicos não respeitam essa prática, pois, na medicina ocidental, são geralmente descartados após o parto. Isto resulta em uma falta de confiança das mulheres indígenas na medicina, que está impregnada de práticas e normas ocidentais que podem nos parecer invisíveis, mas que são de grande importância e devem ser refletidas, a fim de melhorar o sistema de saúde para todos.

Mudando o paradigma de uma abordagem de solução única para uma perspetiva holística

A saúde não é uma área isolada, como mencionamos acima: o direito à saúde não pode ser alcançado sem o direito a uma moradia adequada, o direito à terra, o direito à alimentação, ou mesmo o direito à educação. Partindo destas considerações, uma mudança de paradigma é necessária para melhorar o sistema de saúde para as mulheres indígenas brasileiras. Em vez de escolher soluções únicas, que podem ajudar, mas só beneficiarão a uma determinada comunidade, é preciso adotar uma abordagem holística. Um artigo de 2017 menciona a ideia de "system thinking" para melhorar a saúde dos povos indígenas (Hernandez, Ruano, Marchal, et al., 2017). Ele pede "abordagens integradas que contemplem as causas das desigualdades tanto dentro como fora do setor de saúde", em outras palavras, para abordar as causas subjacentes a esta marginalização histórica. O "system thinking" considera a questão da saúde como um sistema complexo, no qual várias outras questões estão embutidas, e para a qual soluções únicas, embora sejam necessárias, não são suficientes. Com esta ideia em mente, podemos propor ideias para pensar "fora da caixa" e que podem ter um impacto positivo na saúde da mulher indígena no Brasil.

Para muitas comunidades indígenas, o uso de plantas é necessário para lutar contra doenças. Este conhecimento, muitas vezes desconsiderado pela medicina ocidental, carrega um aspecto de gênero, pois muitas vezes são as mulheres que trabalham com plantas e, mais geralmente, trabalham nos processos de cuidado e cura (care) (Reviriego, Fernandez-Llamazares, 2016). As evidências nesta pesquisa mostraram que o conhecimento botânico das mães melhora a saúde das crianças, entre muitos outros aspectos positivos. Portanto, como a pesquisa mostra, para muitas comunidades indígenas, os tratamentos baseados em plantas serão preferidos aos tratamentos combinados ou aos tratamentos baseados em medicamentos. Integrar o uso de plantas na área da saúde seria altamente benéfico para melhorar a saúde e para enriquecer as práticas médicas. As práticas ocidentais e indígenas não se opõem, mas são complementares. Mudar nossa visão em direção ao conhecimento indígena é necessário, assim como uma mudança no sistema de conhecimento, sua produção e difusão. O sistema de saúde brasileiro precisa de uma mudança dentro de sua estrutura de teoria e práticas, para se adaptar aos povos indígenas e finalmente produzir políticas públicas indígenas — e não indigenistas.

Portanto, refletir através da teoria do "system thinking" ajuda a perceber o problema de saúde no Brasil não como um problema isolado, mas como um problema que engloba muitas outras questões. As dificuldades das mulheres indígenas para ter acesso à saúde provêm do descaso com as práticas e conhecimentos indígenas que leva a barreiras físicas e invisíveis. Valorizar estas práticas seria um começo, juntamente com a formação de profissionais, e a difusão e conhecimento indígena como um novo paradigma rico e complexo para se trabalhar, que pode melhorar a medicina ocidental e tornar o sistema de saúde um lugar mais inclusivo para todos os homens e mulheres.

LEONARDO MILANO / JORNALISTAS LIVRES (2021)

IV.
EXEMPLOS DE PROTAGONISMO INDÍGENA

Modelo de saúde ativa: a falha dos agentes indígenas de saúde vs o sucesso do povo Zo'é e da ONG saúde e alegria

Sonia Guajajara, a ativista indígena e ambientalista brasileira, recém-nomeada Ministra dos Povos Indígenas, tornando-se assim a primeira indígena na história brasileira a liderar um ministério, ao ser entrevistada e perguntada sobre a conexão entre o que é feito nas salas do Congresso e a luta no terreno, enfatizou a sacralidade do território para as comunidades indígenas (Guajajara, Alarcon, & Pontes, 2022):

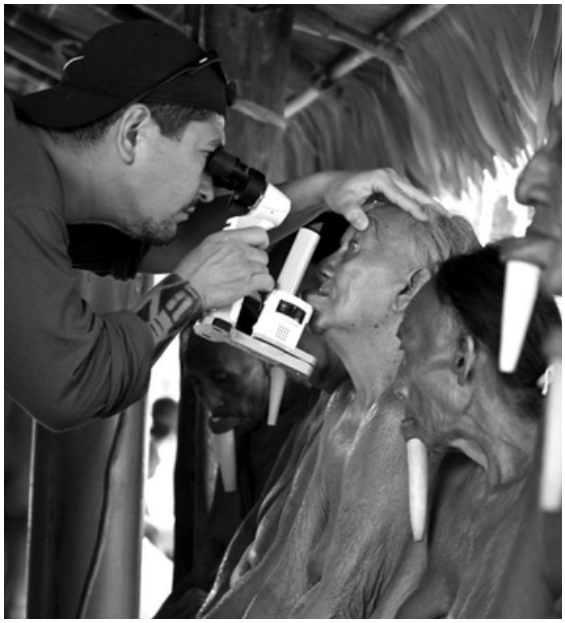
> *"Tudo o que fazemos na luta do movimento é exatamente para o resultado chegar ao território. Se lutamos por direito é para que o nosso povo continue lá com direito a viver na aldeia, ter o seu território, sua liberdade. Para nós, o território é esse lugar sagrado, que continua sendo a bandeira de luta maior dos povos indígenas do Brasil. É uma relação de existência, uma relação mesmo de identidade. Nossa luta maior é esta: garantir o território para garantir a nossa existência, com a nossa identidade."*

Do ponto de vista histórico, as populações indígenas, através de suas organizações e lideranças, se mobilizaram nacionalmente em torno do sistema de saúde para que este pudesse ser adequado aos seus interesses. Especialmente no campo da saúde, de fato, vários desafios têm sido causados pelo fato de que a sensibilidade cultural necessária nos processos de treinamento dirigidos aos agentes de saúde que operam nas comunidades indígenas tem sido largamente desconsiderada. A figura da Agente Indígena de Saúde (AIS) foi consolidada nos anos 1980 com o objetivo de formar profissionais de saúde não indígenas e transformá-los em membros ativos da comunidade, pois eram encarregados de desenvolver atividades e práticas de saúde. Porém, respeitar o estilo de vida dos povos indígenas e adaptar os modelos de assistência e treinamento profissional aos contextos indígenas é de extrema importância para garantir que os profissionais não sejam percebidos, como no caso do AIS, como atores externos pertencentes a um mundo diferente e distante.

Atender às necessidades dos povos indígenas dentro de seus próprios territórios é benéfico em vários aspectos. Antes de tudo, o simples fato de enviar equipes de profissionais de saúde não é suficiente. O que é necessário é um investimento estruturado e sólido: é preciso fornecer a essas equipes a infraestrutura e o treinamento certos para humanizar os serviços de saúde dentro dos centros médicos que devem estar diretamente presentes dentro da comunidade e imersos na cultura local. A dimensão cultural de cada ser humano é, deste ponto de vista, tão importante quanto sua anatomia: é algo a ser compreendido, cuidado e protegido.

Isto não é apenas uma experiência teórica. Várias soluções deste ponto de vista foram criadas e testadas para a formação das novas gerações de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalham dentro das comunidades.

Um exemplo positivo é oferecido pelas comunidades indígenas Zo'é que vivem na região noroeste do Estado do Pará. Desde 2000, com o financiamento do Ministério da Saúde em parceria com a Funai, duas das premissas fundamentais que orientam a forma de atender as necessidades de saúde do povo Zo'é estão relacionadas a considerações culturais e redução de riscos. A primeira premissa é, de fato, o respeito à cultura e às especificidades sociais, levando em conta os conhecimentos médicos tradicionais dos povos indígenas. A segunda premissa é minimizar os riscos de morbidade e mortalidade. Para isso, é evitado o deslocamento de pacientes do local onde vivem, pois eles têm baixa imunidade a patologias externas (Colón & Jennings, 2023).



ERIK JENNINGS / REVISTA (HARVARD, 2023)

ONG Projeto Saúde & Alegria: serviços de saúde que chegam às pessoas

A conversa com Caetano Scannavino, empreendedor social e coordenador da ONG Projeto Saúde & Alegria, foi muito perspicaz por enfatizar que o recente despertar de nossa sociedade com relação às implicações sociais dos problemas ambientais mostrou a todos que nossas soluções devem ser guiadas pela intenção de integrar em vez de excluir.

Ideias muito inovadoras foram de fato transformadas em projetos reais pela ONG Projeto Saúde & Alegria, destacando que as associações comunitárias podem ajudar a garantir que o conhecimento tradicional seja realmente valorizado e que a floresta - que tem muito mais valor em pé do que desmatada - seja preservada.

Em conformidade com o objetivo de priorizar o acesso individual das pessoas aos serviços e de salvaguardar a segurança cultural e os direitos humanos na saúde, a ONG introduziu os barcos-hospitais como alternativa para levar a saúde às populações remotas que vivem em áreas da Amazônia que seriam quase impossíveis de serem acessadas por terra (Projeto Saúde e Alegria, 2022). O que é verdadeiramente especial nesta solução é que ela é parte de um modelo que se mostra proativo diante das dificuldades objetivas de acesso, transporte, comunicações e energia. Em um contexto como o da Amazônia, com populações dispersas e longas distâncias a percorrer, ter serviços de saúde e médicos chegando à casa do paciente é o que pode contribuir melhor para o objetivo de melhorar as condições das populações indígenas.

Outro aspecto ao qual Caetano Scannavino dedicou muita atenção é a importância do empoderamento da juventude por meio da educação e da formação profissional. Com o objetivo de sensibilizar os profissionais que trabalham em áreas remotas e, através deles, as comunidades para as quais trabalham, foi lançado um novo módulo de Educação Permanente em Saúde (EPS) dirigido aos profissionais das comunidades ribeirinhas. O aprendizado contínuo e a adaptação do treinamento às necessidades mais eminentes das comunidades indígenas são de importância central para garantir que os médicos tenham os meios para conscientizar o povo sobre práticas que possam prevenir a propagação de doenças.

V.
PROPOSTAS: SEMENTES DE MUDANÇA

Nossa análise levou a reflexões a partir das quais elaboramos propostas. São sugestões sobre o que, em nossa opinião, poderia ser diferente, a fim de melhorar a condição dos serviços de saúde dos povos indígenas.

Sobre a relação entre governo e povos indígenas :

- Sensibilização das equipes médicas: É preciso educar/sensibilizar os profissionais de saúde e os funcionários do governo sobre a cultura, estrutura social e as práticas medicinais indígenas (6 Ribeiro et al., 2017).

- Maior independência: É preciso dar mais autonomia aos povos indígenas. O ativismo indígena durante a pandemia de Covid-19 mostrou que o movimento indígena é capaz de fornecer seu próprio monitoramento para casos de Covid. Deveria haver mais espaço dado aos grupos indígenas para que eles possam gerenciar sua própria saúde, em vez de o governo fazer isso de longe. Porém, o governo deveria aumentar os recursos fornecidos para que os povos indígenas possam fazer isto.

- Aumentar cotas e financiamento: Segundo estudos de Scopel et al (2015), Pontes et al. (2015), Borghi et al. (2015), Nascimento et al. (2019), o Brasil deve focar em aumentar a participação dos agentes indígenas no setor de saúde por meio do aumento de cotas, motivação para entrar no campo da saúde e aumento do financiamento para postos de saúde. De fato, “os agentes indígenas tinham papel central na promoção da atenção primária ao desempenharem atividades.” Além de garantir uma "adequação cultural" ao inserir agentes indígenas nas equipes de saúde, os agentes " atuavam na capacitação daqueles recém-contratados e tiveram participação ativa em reuniões do Conselho Local e Distrital de Saúde, nas negociações junto aos políticos locais para reivindicar recursos financeiros, ou em reuniões com órgãos de diferentes esferas da administração pública.”

Sobre a relação entre governo e povos indígenas :

Historicamente, os povos originários vêm sendo silenciados das mais diversas formas. Assim, as ferramentas de comunicação se tornaram essenciais, para criar uma comunicação produzida pelos próprios indígenas. Agora, é importante tentar mudar a antiga narrativa, estabelecendo os povos indígenas como poderosos agentes de mudança, cujas histórias, tradições, conhecimento e filosofia são fundamentais para mudar o discurso sobre a situação do sistema de saúde em direção a uma ação inclusiva e imediata. A comunicação indígena, que se fortaleceu na pandemia dada a necessidade de informar para salvar vidas, pode dar um impulso e uma força ainda maior para esse movimento e pode motivar jovens e também adultos a buscarem formações e cursos e parcerias que lhes possibilitem atuar como repórteres em suas comunidades.

- FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO:

Iniciativas que observamos também em outras partes do mundo e que podem ser replicadas no Brasil são, por exemplo, os workshops de arte climática dedicados à capacitação de jovens de comunidades indígenas para que compartilhem suas próprias histórias sobre o clima. Outros exemplos são: exposições que descrevem o trabalho artesanal dos povos indígenas, documentários orientados a envolver a comunidade global sobre reparações climáticas e gerar pressão por financiamento climático do Norte Global; sessões de compartilhamento de arte tradicional e storytelling.

Redes e coletivos de comunicadores indígenas no Brasil

Na última década, em todas as regiões do Brasil, o contexto político nacional compeliu a formação de vários coletivos e redes de comunicadores indígenas, diversos e plurais, organizados principalmente por jovens, e com grande participação de mulheres. A chegada da internet nos territórios indígenas também ajudou na geração de uma maior produção de conteúdos, por exemplo por influenciadores indígenas nas redes sociais que contam aspectos de suas culturas para o público.

- DIVULGAÇÃO DE HISTÓRIAS E IMAGENS:

As lideranças indígenas hoje ocupam as redes sociais e chegam até a grande mídia, dentro e fora do país: vídeos produzidos nas aldeias em línguas nativas para informar as comunidades – lives, podcasts, documentários – têm sido importantes ferramentas de comunicação das populações indígenas com um público mais amplo, numa demonstração de estratégia e domínio de novos conhecimentos para seguirem na luta por direitos e pela vida.

Acampamento Terra Livre: assembléia que pode atuar como multiplicador

Uma ocasião importante para amplificar sua mensagem é o Acampamento Terra Livre, mobilização anual realizada desde 2004 para refletir sobre a situação dos povos indígenas no Brasil, confrontar a violação de seus direitos, discuti-la e exigir a intervenção do governo. A maior assembleia de povos e organizações indígenas do Brasil constitui, portanto, uma boa oportunidade para debater iniciativas e sugerir uma lista de ações que poderiam ser implementadas por parceiros de países de todo o mundo para reforçar a luta local.

- ATL PARA TRATAR DE UMA NOVA NARRATIVA INDÍGENA:

Os movimentos indígenas, de fato, devem necessariamente realizar ações políticas para pressionar o Congresso brasileiro, mas também devem investir no fortalecimento das capacidades técnicas dos ativistas para garantir que suas mensagens sejam bem comunicadas e efetivamente ouvidas.

Nesse sentido, é importante apoiar a realização de treinamentos técnicos nas áreas de mídia, jornalismo e edição de vídeo para comunicadores indígenas, especialmente jovens e mulheres, de modo a aprimorar seus conhecimentos e ampliar sua capacidade de comunicação.

Sobre o empoderamento das mulheres e a facilitação de seu acesso à saúde

O acesso à saúde é ainda mais difícil para mulheres indígenas, que precisam de uma atenção particular aos problemas de saúde que podem encontrar durante suas vidas como mulheres.

- Como já foi mencionado, é necessário **recrutar mais profissionais da saúde indígenas**, que tenham conhecimento das práticas e necessidades indígenas, diferentes das das pessoas não indígenas.

- A vulnerabilidade das mulheres indígenas a doenças curáveis como o câncer do colo do útero deve ser considerada como prioridade: sensibilização, traceamento, são necessários, através de **discussões, ateliês de sensibilização, exames médicos em cada posto de saúde** da região da Amazônia legal.

- A Amazônia Legal está cheia de **iniciativas locais** que trabalham para facilitar o acesso à saúde (como por exemplo a Associação de Mulheres trabalhadoras rurais do lago do Junco e lago dos Rodrigues, que criaram uma carta denúncia sobre a saúde de mulheres ribeirinhas). Essas associações e iniciativas devem ser destacadas: elas precisam de **mais recursos, mais visibilidade mediática**, e **mais ajuda do governo federal, organizações governamentais e ONGs.**

- As práticas indígenas de saúde devem ser ressaltadas. O **uso de plantas no processo de cura** (uma prática principalmente usada por mulheres indígenas) deve ser **valorizado, transmitido entre pessoas indígenas e para pessoas não indígenas**.

- **Adotar uma perspetiva holística:** é necessário perceber o problema de saúde como um problema conectado ao direito à terra, ao problema de segurança da Amazônia, e a invisibilização e marginalização da cultura indígena. Profissionais de saúde, organizações governamentais e ONGs devem atuar conjuntamente com outras associações e defensores dos direitos indígenas. O objetivo final é a **autodeterminação** dos povos indígenas.

CONCLUSÃO

Em nosso artigo, descrevemos o panorama da política de saúde indígena na Amazônia: o contexto, os atores, sua evolução histórica e as deficiências que ainda precisam ser abordadas, especialmente em um período em que várias crises de saúde se sucederam. O que está claro é que não é mais admissível para governos e legisladores tomar decisões que tratam sobre direitos de povos indígenas unilateralmente, sem discussão prévia com os povos interessados. Tentamos mostrar que pode haver mecanismos de consulta para garantir que povos indígenas consigam influenciar o processo de tomada de decisões públicas de seu interesse, bem como formas de colaboração com o terceiro setor que permitam a criação de soluções locais sem passar por etapas burocráticas.

Nesse sentido, é fundamental ter em mente que não existe saúde pessoal sem a saúde do território para os povos indígenas: ao ter um território seguro, garantimos a segurança e a saúde da população que vive lá. E, a partir daí, a importância da demarcação e dos serviços que alcançam as pessoas onde estão situadas. Em última instância, pensar saúde para um corpo indígena, está ligado intrinsecamente a esse território. Apesar dos desafios que permeiam os caminhos dos povos indígenas na ocupação dos espaços políticos, nossa mensagem é que há formas de garantir que suas vozes sejam ouvidas e respeitadas como protagonistas de alternativas viáveis à construção do bem viver, começando pelos direitos fundamentais à autodeterminação e à terra.

BIBLIOGRAFIA

- Acayaba, Cíntia, and Léo Arcoverde. "Taxa de assassinatos de indígenas aumenta 21,6% em dez anos enquanto de homicídios em geral cai, diz Atlas da Violência." G1, 31 Aug. 2021, https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/08/31/taxa-de-assassinatos-de-indigenas-aumenta-216percent-em-dez-anos-diz-atlas-da-violencia.ghtml.
- Athila, Adriana, Tatiane Klein, Odilon Morais, Spensy Pimentel, Amanda Horta, Bruno Marques, José Miguel Olivar, and Maria Paula Prates. "Análise situacional da pesquisa Respostas Indígenas à COVID-19 no Brasil: arranjos sociais e saúde global." Plataforma de Antropologia e Respostas Indígenas à COVID-19 1, no. edição especial (February 2021). www.pari-c.org.
- Augusto, W. P., & Caovilla, M. A. L. (2020). A participação indígena na elaboração de políticas públicas de saúde na pandemia: práticas em direitos humanos. In Cenci, D. R., Lucas, D. C., Bedin, G. A., & Wermuth, M. Â. D. (Eds.), Direitos humanos e democracia.
- Barbosa, V. F. B., & Caponi, S. N. C. d. (2022). Direitos humanos, vulnerabilidade e vulneração dos povos indígenas brasileiros no enfrentamento à covid-19. Physis: Revista De Saúde Coletiva, 32
- Borges, Beto, and Gilles Combrisson. "Indigenous Rights in Brazil." SAIIC: Linking Indian Peoples of the Americas, 1998, http://saiic.nativeweb.org/brazil.html.
- Borges, Maria Carolina, Buffarini, Romina, Santos V, Ricardo, Cardoso M, Andrey, Welch, James R., Garnelo, Luiza, Coimbra, Carlos E.A., Horta, Bernardo, L. "Anemia among indigenous women in Brazil: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition" BMC Womens Health, 2016, 16:7.
- Borghi, A. C., Alvarez, A. M., Marcon, S. S., & Carreira, L.(2015).Singularidades culturais: o acesso doidoso indígena aos serviços públicos de saúde. Rev Esc Enferm USP,49(4): 589-595.
- Brum, Eliane. "How Did 570 Indigenous Children Die from the Negligence of the Bolsonaro Government?" SUMAÚMA, 21 Jan. 2023, https://sumauma.com/en/como-chegamos-aos-570-pequenos-indigenas-mortos-por-negligencia-do-governo-bolsonaro/.
- Cardoso, M. D. (2015). Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores, Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 83-106.
- Colón, M., & Jennings, E. (2023, January 25). Quando a saúde faz parte da aldeia. Revista Piauí. Retrieved from https://piaui.folha.uol.com.br/quando-saude-faz-parte-da-aldeia/?utm_campaign=a_semana_na_piaui_146&utm_medium=email&utm_source=RD%2BStation
- Cruz, Katiane Ribeiro da, and Elizabeth Maria Beserra Coelho. "A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena." Saúde e Sociedade 21, no. suppl 1 (May 2012): 185–98. https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500016.
- Da Silva Souza, Machado Vilarinho, De Sousa Meneses Brandao, Rodrigues, etc. "Educação em saúde para mulheres indígenas sobre cânceres de mama e de colo uterino". Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Abril 2020
- De M Pontes, Ana Lucia, and Ricardo Ventura Santos. "Health Reform and Indigenous Health Policy in Brazil: Contexts, Actors and Discourses." Health Policy and Planning, vol. 35, no. Supplement_1, Nov. 2020, pp. i107–14. Silverchair, https://doi.org/10.1093/heapol/czaa098.
- Diaz-Riviriego Isabel, Fernandez-Llamazares, Alvaro, Salpeteur, Mathieu, Howard, Patricia L., Reyes-Garcia Victoria, "Gendered medicinal plant knowledge contributions to adaptive capacity and health sovereignty in Amazonia", Ambio, 2016, 45, Suppl. 3.

- Fabio, Andre Cabette. "How Are Indigenous Areas Protected in Brazil?" Context, 8 Mar. 2023, https://www.context.news/nature/how-are-indigenous-areas-protected-in-brazil.
- Gentry C, Sjoberg E, 'Introduction: A Woman did that', (2015), Beyond Mothers, Monsters, Whores: Thinking About Women's Violence in Global Politics, London: Zed Books.
- Guajajara, S. B., Alarcon, D. F., & Pontes, A. L. d. M. (2022). Entrevista com Sonia Guajajara: O movimento indígena frente à pandemia da COVID-19. Ciência & Saúde Coletiva, 27, 4125-4130.
- Hernandez, Alison, Ruano, Ana Lorena, Marchal, Bruno, San Sebastian, Miguel, Flores, Walter, "Engaging with complexity to improve the health of indigenous people: a call for the use of system thinking to tackle health inequity", Int J Equity Health, 2017, 16:26.
- Kant, Shambhavi. Brazil's 490/2007 Bill: Stripping Indigenous Communities of Their Land Rights | Earth Refuge. 27 Apr. 2022, https://earthrefuge.org/brazil-490-2007-bill-indigenous-communities-land-rights/.
- Luiza, G., & Pontes, A. L. (2012). Saúde indígena: uma introdução ao tema. MEC-SECADI. Cruz, K. R. D., & Coelho, E. M. B. (2012). A saúde indigenista e os desafios da particip (ação) indígena. Saúde e sociedade, 21, 185-198.
- Nascimento, V. F., Hattori, T. Y., & Trettel, A. C. P. T. (2019). Desafios na formação de enfermeiros indígenas em Mato Grosso, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 25(1):47-56.
- Machado, Ana Maria, et al. "'We Are Not Even Able to Count the Bodies.'" SUMAÚMA, 20 Jan. 2023, https://sumauma.com/en/nao-estamos-conseguindo-contar-os-corpos/.
- Magalhães, A. M. (2022). O subsistema é nosso: Mobilizações indígenas e a coletivização do cuidado no Brasil. Mana, 28
- Mendes, Anapaula Martins, et al. "O Desafio Da Atenção Primária Na Saúde Indígena No Brasil." Revista Panam Salud Publica, Oct. 2018, https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184.
- Mondardo, Marcos. "In Defense of Indigenous Territories in Brazil: Rights, Demarcations and Land Retake." GEOUSP, vol. 26, Apr. 2022, p. e176224. SciELO, https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2022.176224.
- Oliveira, Francinete Gonçalves de, et al. "Desafios da população indígena ao acesso à saúde no brasil: revisão integrativa de literatura." Research, Society and Development, vol. 10, no. 3, 3, Mar. 2021, pp. e47710313203–e47710313203. rsdjournal.org, https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13203.
- Orellana, Jesem Douglas Yamall, et al. "Intergenerational Association of Short Maternal Stature with Stunting in Yanomami Indigenous Children from the Brazilian Amazon." International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 18, no. 17, 17, Jan. 2021, p. 9130. www.mdpi.com, https://doi.org/10.3390/ijerph18179130.
- Organização Mundial da Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39348/9243541358_por.pdf em 17/05/2023.
- Pontes, A. L. M., Garnelo, S. R., & Garnelo, L.(2015).O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3199-3210.
- Projeto Saúde & Alegria (2022, April 25). Saúde e Alegria: Novos Barcos-Hospitais do Modelo Que Virou Política Pública. Retrieved May 7, 2023, from https://saudeealegria.org.br/redemocoronga/saude-e-alegria-novos-barcos-hospitais-do-modelo-que-virou-politica-publica/
- Ribeiro da Cruz, K. (2005). Política indigenista de saúde e participação indígena: desafios do respeito à diferença.. II Internacional de Políticas Públicas.

- Ribeiro, Aridiane Alves, Giovanni Gurgel Aciole, Cássia Irene Spinelli Arantes, Jeff Reading, Donna L.M. Kurtz, and Lídia Aparecida Rossi. "The Work Process and Care Production in a Brazilian Indigenous Health Service." Escola Anna Nery 21, no. 4 (September 21, 2017). https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0029.
- Ro, Christine. "Legacy of Covid-19 for Indigenous Health in the Brazilian Amazon." BMJ, vol. 380, Jan. 2023, p. o3005. www.bmj.com, https://doi.org/10.1136/bmj.o3005.
- Romano Athila, Adriana. "Epidemias, protagonismos e direitos específicos de saúde: a criação do Distrito Sanitário Yanomami e a Política de Saúde Indígena no Brasil (1991-2021)." Astrolabio, no. 28 (January 9, 2022): 50–82. https://doi.org/10.55441/1668.7515.n28.33939.
- Shankland, Alex, and Renato Athias. "Decentralisation and Difference: Indigenous Peoples and Health System Reform in the Brazilian Amazon." IDS Bulletin, vol. 38, no. 1, 2007, pp. 77–88. Wiley Online Library, https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00339.x.
- Situação Jurídica Das TIs No Brasil Hoje - Povos Indígenas No Brasil. https://pib.socioambiental.org/pt/Situa%C3%A7%C3%A3o_jur%C3%ADdica_das_TIs_no_Brasil_hoje. Accessed 24 Mar. 2023.
- Scopel, D., Scopel, R. P. D., & Langdon, E. J. (2015). Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena KwatáLaranjal, Amazonas, Brasil. Saúde Pública,31(12): 2559-2568.
- Sousa, M. D. C. D., Scatena, J. H. G., & Santos, R. V. (2007). O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cadernos de Saúde Pública, 23(4), 853-861.
- Urt, João Nackle. "How Western Sovereignty Occludes Indigenous Governance: The Guarani and Kaiowa Peoples in Brazil." Contexto Internacional, vol. 38, Dec. 2016, pp. 865–86. SciELO, https://doi.org/10.1590/S0102-8529.2016380300007.