

OS POVOS INDÍGENAS E A COVID-19

DANIEL SCOPEL¹

UFRGS, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0001-7074-5241>

RAQUEL DIAS-SCOPEL²

FIOCRUZ/MS, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0002-9579-475X>

RITA DE CÁSSIA NEVES³

UFRN, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0002-2530-0881>

JEAN SEGATA⁴

UFRGS, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0002-2544-0745>

RESUMO: *É urgente o debate localizado sobre processos de saúde/doença/atenção-prevenção que tensione os modelos internacionais frequentemente concentrados apenas em indicadores biológicos e transculturais. A despeito das narrativas globais coronavírus centradas, a pandemia de Covid-19 excede o agente patógeno e ganha forma e intensidade em emaranhados e encontros mais ou menos locais e contingentes. Os artigos selecionados para este dossiê Os povos indígenas e a Covid-19, da Espaço Ameríndio, trazem diferentes abordagens disciplinares sobre variados contextos indígenas no Brasil que explicitam as limitações dos modelos globais da saúde biomédica. Não obstante, o conjunto de textos denuncia as condições históricas de violência estrutural a que estão submetidos os povos indígenas e como a pandemia intensificou esta situação. Por fim, os artigos apontam para a importância do diálogo na condução do SasiSUS. Eles nos levam a concluir que mesmo em situações como a de uma pandemia, precisamos constituir políticas públicas de saúde para as populações indígenas articuladas localmente com os seus sistemas de saúde e não como sobreposição do sistema biomédico global a eles.*

PALAVRAS-CHAVE: *povos indígenas, covid-19, saúde, doença, atenção, políticas públicas.*

ABSTRACT: *There is an urgent need for a localized debate on health/illness/care-prevention processes that tensions international models often focus only on biological and cross-cultural indicators. Despite the global coronavirus-centric narratives, the Covid-19 pandemic exceeds the pathogen and gains form and intensity in more or less local and contingent entanglements and*

¹ Pós-doutorando em Antropologia Social – PPGAS/UFRGS, Brasil. E-mail: daniel.amazonia@gmail.com

² Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz/MS. E-mail: raquel.scopel@fiocruz.br

³ Doutora em Antropologia Social pela UFSC. Professora Associada do DAN/PPGAS/UFRN. E-mail: rita.neves@ufrn.br

⁴ Professor do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: jeansegata@ufrgs.br

situations. The articles selected for this issue on Indigenous peoples and Covid-19 of the Espaço Ameríndio bring disciplinary approaches to multiple indigenous contexts in Brazil that explain the limitations of global biomedical models of health. Furthermore, the texts denounce the way indigenous peoples live in historical conditions of structural violence and how the pandemic intensifies this condition. Finally, the articles point to the importance of dialogue in conducting the SasiSUS. They lead us to conclude that even in a pandemic situation, we need to establish public health policies for indigenous populations articulated locally with their health systems and not as the superimposition of the global biomedical system on them.

KEYWORDS: *indigenous peoples, covid-19, health; illness, care, public policies*

Na iminência de se completarem 18 meses de pandemia, a expressão dos números não deixa dúvidas: a Covid-19 tem conformado o mais trágico evento da história recente. Em 15 de agosto de 2021, o *Coronavirus Resource Center* da John Hopkins University mostrava mais de 207 milhões de casos confirmados no mundo e 4.365 milhões de mortes. No mesmo dia, o *#PainelConass Covid-19* mostrava que o Brasil chegava na casa dos 570 mil óbitos⁵. Mas não são apenas os números e as suas importantes repercussões de ordem biomédica e epidemiológica que precisam ser ressaltados. Pesquisas antropológicas sobre a pandemia têm mostrado os múltiplos e devastadores impactos e transformações sociais, econômicas, políticas e culturais provocadas pelo evento⁶. A despeito das narrativas globais coronavírus centradas, a pandemia de Covid-19 frequentemente excede o agente patógeno e ganha forma e intensidade em emaranhados e encontros mais ou menos locais e contingentes (SEGATA, 2020; GAMLIN *et al*, 2021; SINGER, RYLKO-BAUER, 2021). Trata-se de uma combinação nociva de agentes políticos e corporativos e desmonte de políticas sociais que atua com o vírus na constituição de ambientes de risco e de vulnerabilidade. Neles, a superexposição de determinadas populações às contaminações e agravamentos com a doença alcançam efeitos devastadores. O caso dos povos indígenas no Brasil é, sem dúvida, um dos mais agudos, ao ponto de ser considerado um novo genocídio. Ele resulta, sobremaneira, do "encorajamento de atos de violência, desmonte de políticas de proteção, ataques à demarcação de terras e omissão perante o desmatamento e o incêndio da Amazônia" (ALMEIDA, SANTOS, TERENA, 2021, p. 100).

Desde os tempos coloniais, os povos indígenas, a antropologia e os eventos epidemiológicos estão profundamente implicados em histórias complicadas, que envolvem a expansão imperial, a irrupção de doenças e a criação de contextos de justificação para a adoção de políticas de intervenção sanitária (KECK *et al*, 2019). A expansão europeia, em um mesmo movimento, facilitou a emergência e o espalhamento de doenças pelos continentes. Elas aceleraram o extermínio de populações autóctones, iniciada com a tomada de seus territórios. "Medicinas tropicais" emergiram como especialidade de resposta às doenças das terras quentes e, no intuito de facilitar o assentamento branco, expandiram a ciência moderna - ou seja, a conquista e o massacre do pensamento local (LÖWY, 2006; PRATT, 1999). Sem contar que sanitaristas e antropólogos também tiraram vantagem da condição colonial, estabelecendo nos trópicos os seus primeiros

⁵ Coronavirus Resource Center. Disponível em <https://coronavirus.jhu.edu>. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, mantém atualizações diárias sobre os números da Covid-19 no Brasil em sua conta de Twitter. Em 15 de agosto, o número preciso de óbitos era de 569.068 e o acumulado de casos era de 20.364.099. Disponível em: <https://twitter.com/ConassOficial/status/1427012221968678912>. Ambos, acessados em 16 de agosto de 2021.

⁶ É o caso do conjunto de pesquisas da *Rede Covid-19 Humanidades MCTI*. Elas respondem ao projeto *A Covid-19 no Brasil: análise e respostas aos impactos sociais da pandemia entre profissionais de saúde e população em isolamento* (Convênio Ref.: 0464/20 FINEP/UFRGS) que integra o conjunto de ações da Rede Vírus MCTI financiadas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. A organização deste dossiê da Espaço Ameríndio resulta de uma de suas frentes de trabalho.

laboratórios de pesquisa (KECK *et al*, 2019). Então, precisamente, é o caso de situar o processo conjunto de destruição ambiental e das condições de saúde que ganhou velocidade nos últimos cinco séculos, sobretudo na América indígena. Como bem definiu Magali Romero Sá (2013, p. 71),

a expansão colonizadora dos países europeus ocasionou extremas mudanças sociais, ambientais e epidemiológicas. Fluxo de pessoas, introdução de animais e plantas, obras de engenharia, estradas de ferro, etc., foram intervenções ambientais e culturais, em espaços biologicamente desconhecidos, que levaram a uma série de desequilíbrios e adaptações que mudou a configuração das relações e inter-relações entre parasitas, hospedeiros e vetores (SÁ, 2013, p. 71).

O ponto é que catástrofes ambientais e sanitárias são frequentemente analisadas como um problema global - e, por conseguinte, como eventos que impelem a respostas globais (ROSENBERG, 1992). No entanto, esta tendência costuma obliterar as relações históricas de poder e desigualdades, como é o caso das transformações produzidas nesta porção do planeta que chamamos de América Latina. Por isso, a urgência de um debate localizado sobre processos de saúde/doença/atenção-prevenção que ultrapasse os modelos globais da pandemia.

Os artigos selecionados pela Espaço Ameríndio para este dossiê trazem diferentes abordagens disciplinares sobre variados contextos indígenas no Brasil. A especificidade desses contextos reforça a compreensão de que as experiências locais da pandemia comportam não um único fenômeno homogêneo, mas múltiplas tragédias. Não obstante, o conjunto de textos selecionados denuncia as condições de violência estrutural a que estão submetidos os povos indígenas no Brasil. Também concluem que a violência estrutural potencializa os efeitos da pandemia em cada um dos contextos específicos analisados. Somada à gravidade da crise sanitária, os artigos denunciam a pressão de políticas de governo anti-indígenas no período, uma constatação que causa perplexidade, uma vez que agentes públicos, por omissão ou ação deliberada, promoveram a reprodução de estruturas de dominação, subjugação e aniquilamento que dão continuidade ao genocídio indígena iniciado no colonialismo.

Durante a pandemia de Covid-19, a tônica das vulnerabilidades indígenas foi amplamente enfatizada por diversos segmentos da sociedade nacional. A problemática das desigualdades sociais em saúde expressa as assimetrias de poder que caracterizam o contexto da atenção à saúde aos povos indígenas. Essa problemática emerge no debate acerca dos processos de saúde/doença/atenção-prevenção, pelo menos, desde 1970, com o desenvolvimento teórico e político de uma perspectiva crítica (MENÉNDEZ, 2020a). No Brasil, são diversos os autores que contribuíram para um olhar crítico sobre a saúde indígena, com foco nas relações de poder estabelecidas a partir do colonialismo e seus efeitos nefastos sobre a existência e sobre a autonomia dos povos indígenas (LANGDON, 2018; TEIXEIRA, 2010; GARNELO e SAMPAIO, 2003; ATHIAS,

2004; ATHIAS e MACHADO, 2001; TEIXEIRA e GARNELO, 2014; FOLLÉR, 2004). A perspectiva crítica, nesse debate teórico e político, ressalta a agência, o protagonismo, o pluralismo médico, a autoatenção e os saberes indígenas como centrais para as negociações de poder em processos de saúde/doença/atenção-prevenção (MENÉNDEZ, 2009; LANGDON, 1994 e 2004).

Assim, por exemplo, no contexto da pandemia de covid-19, questões relacionadas a iniquidades sociais em saúde colocam em evidência o próprio processo de saúde/doença/atenção-prevenção e a importância da autoatenção (MENÉNDEZ, 2020b). Para Menéndez, a autoatenção

se caracteriza por toda una serie de saberes – entendidos como la articulación de representaciones y de práctica sociales – que en forma autónoma o con autonomía relativa desarrollan los microgrupos para operar, en términos relacionales, las diferentes actividades que posibilitan a los sujetos y microgrupos vivir y sobrevivir (p.13)

O conceito de autoatenção difere da noção de autocuidado biomédica, na medida em que este é proposto como cuidado individual (MENÉNDEZ, 2009). Em sentido amplo, a autoatenção se refere ao conjunto de saberes que os sujeitos utilizam para promover coletivamente a própria reprodução biossocial. O foco da abordagem é a ação dos sujeitos e os saberes compartilhados em microgrupos “que no solo remiten a los grupos familiares, sino también a los microgrupos laborales, educacionales, religiosos, vecinales, etc., en los que los sujetos y sus relaciones transcurren sus vidas;” (MENÉNDEZ, 2020b, p. 13). Para Langdon (2018), o conceito de autoatenção ajuda a compreender a saúde desde uma perspectiva mais ampla que a biomédica por trazer à análise a pluralidade e a dinâmica de saberes articulados por uma rede de atores sociais locais permitindo refletir sobre a autonomia relativa, as assimetrias de poder e as relações de hegemonia e de subalternidade no campo da saúde indígena (LANGDON, 2018, p. 11).

Como observam Benites, Monfort e Gisloti (neste volume) o processo de autoatenção se estabelece em torno de “redes autônomas de cuidado” e permite problematizar as conexões, tensões e apropriações que caracterizam a dinâmica das práticas e dos significados em saúde. Desse modo, a abordagem dos processos de saúde/doença/atenção-prevenção pela via da autoatenção permite descrever e enfatizar as ações realizadas diante de situações de crise ou de eventos que desafiam a vida e buscar compreender fatores de ordem estrutural e conjuntural que compõem, reforçam ou prejudicam o protagonismo dos atores sociais locais.

No campo da saúde indígena no Brasil, evidencia-se o pluralismo médico como característica do contexto indígena, em que cada vez mais os saberes tradicionais são articulados com saberes biomédicos (LANGDON, 2004). A medicalização dos contextos indígenas parte do

projeto colonial desde longa data (GREENE, 1998; GUIMARÃES, neste volume), tendo sido incrementada exponencialmente através de políticas públicas no século XX (LANGDON e CARDOSO, 2015), a tal ponto que, atualmente, o modelo biomédico, em diversos contextos, exerce hegemonia ou busca impor-se pautando-se pela legitimidade oficial garantida pelo Estado (DIAS-SCOPEL, SCOPEL e LANGDON, 2017). A situação é complexa na medida em que a atenção à saúde para os povos indígenas deve ser diferenciada (LANGDON e GARNELO, 2017; MOURA, BOAVENTURA e NEVES, neste volume). Entretanto, o que se vê frequentemente é que, mesmo em contextos nos quais é demandado, o modelo biomédico contribui para a manutenção das estruturas pós-coloniais na medida em que é seletivo ao estabelecer interesses próprios ou alheios aos indígenas ao mesmo tempo em que nega e ignora as demandas dos povos indígenas (LANGDON, 2004; SCOPEL e DIAS-SCOPEL, neste volume).

Ainda pesa o fato de que o modelo médico hegemônico é, ele próprio, um campo de disputas, como ficou evidente no drama nacional através do embate entre negacionistas e cientistas, por exemplo, como ocorreu nas escandalosas prescrições de cloroquina e ivermectina para *tratamento precoce* da Covid-19. Os discursos negacionistas eram claramente emblemáticos de um grupo político liderado pelo Presidente da República ao questionar o conhecimento produzido por cientistas sobre a COVID-19, buscando deslegitimar pesquisadores e instituições, e demonstrado haver conflito de interesses entre obrigações legais inerentes aos cargos públicos e o estabelecimento de política explicitamente anti-indígena. Esse cenário é destacado pelos artigos deste dossiê na medida em que os textos aqui apresentados, de modo geral, descrevem como o SasiSUS falhou em promover um direcionamento para os DSEI's e em organizar ações coordenadas com as esferas municipais e estaduais, e eficientes para prevenir a disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas, para tratar os doentes e para manter uma vigilância da notificação dos casos. Ainda sobre o pluralismo médico que caracteriza o contexto da atenção aos povos indígenas no Brasil, os trabalhos aqui apresentados permitem sublinhar, também, que os atores sociais, indivíduos e coletivos, articularam diferentes formas de atenção disponíveis para prevenir e evitar o contágio, inclusive, articulando práticas tidas como tradicionais com recomendações biomédicas.

Dentre a diversidade de formas de atenção acionadas para enfrentar a pandemia nos territórios indígenas, ganham destaque as práticas de prevenção coletivas como as barreiras sanitárias mantidas pelos próprios indígenas, muitas vezes resultando em atritos dentro das próprias aldeias. A emergência e o fortalecimento de redes de apoio também aparecem como estratégias de enfrentamento que mobilizaram diferentes atores sociais locais, regionais, nacionais e internacionais como instituições governamentais (MPF, instituições de ensino e pesquisa), organizações internacionais não governamentais (MSF) e da sociedade civil (APIB e muitas outras associações indígenas distribuídas nas diferentes macrorregiões do Brasil, além de coletivos não indígenas). As descrições das experiências de enfrentamento à Covid-19, guardadas

as devidas especificidades, sublinham estratégias de articulação e não de oposição entre diferentes modelos de atenção à saúde, principalmente entre a biomedicina e outras formas de atenção à saúde. Nota-se que a busca por EPI, por vacina, por atenção primária e hospitalar se justapõem aos saberes de autoatenção e dos especialistas indígenas. Ainda mais, nota-se que tais formas de atenção são dinâmicas, estão em constante transformação e são múltiplas.

Além desse protagonismo mais direto dentro dos territórios, havia também uma carência de informações nas aldeias sobre como combater o vírus, o que muitas vezes foi feito não apenas através das equipes de saúde, mas também pelos sabedores tradicionais. Além disso, a pandemia trouxe a necessidade de se fazerem ouvir mais amplamente, o que foi feito através do uso da internet e das inúmeras “lives” em que denunciaram a situação de vulnerabilidade que foi potencializada na pandemia, mas também debatendo a saúde de forma mais ampla, articulando o tema com a importância da demarcação dos territórios, do SUS e de manter e melhorar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, reafirmando que a saúde indígena está diretamente ligada à territorialidade, como apontam os textos deste dossiê.

O texto de Silvia Guimarães trata da situação do povo Sanõma e suas experiências de luta num território marcado por invasão territorial, violências, garimpo ilegal, malária, desnutrição infantil, doenças respiratórias, verminoses, como consequências da colonialidade. Guimarães mostra que as ações conduzidas pela SESAI durante a pandemia promoveram a dispersão do coronavírus dentro dos territórios indígenas. Fruto da nova versão da colonialidade genocida, a exotização do Outro e de seu modo de vida atendem a interesses e políticas capitalistas completamente estranhos à ética Sanõma, como fala Guimarães, mais próxima da “moderação”. O conflito entre éticas distintas se fez presente também no embate entre padrões de biossegurança em torno do coronavírus. Guimarães problematiza as ações da SESAI que ignoraram os modos de enlutar dos Sanõma, apontado como um momento crítico de violência interétnica e da falta de diálogo. O texto de Silvia Guimarães é uma crítica contundente tanto ao modo como o Governo atuou durante a pandemia no território Sanõma, quanto aos efeitos que as invasões territoriais têm provocado nas vidas desses povos.

A relação entre território e saúde também ganha destaque no texto de Benites, Monfort e Gislotti que problematiza o modo de produção capitalista e sua frente de exploração e degradação ambiental promovida pelo agronegócio no estado de Mato Grosso do Sul e suas conexões com a Covid-19. Em meio aos avanços das grandes monoculturas de soja e de cana, aos frigoríficos e à pecuária extensiva, os povos Guarani e Kaiowá tem resistido através das organizações indígenas, bem como, por meio de “estratégias autônomas de cuidado coletivo”, que emergem como redes de apoio, de luta e de resistência em momentos de crise. Como lembram os autores, saúde, corpo, território e todos os seres do cosmo estão em conexão e é preciso manter uma relação de equilíbrio para evitar doenças e mortes. A ignorância dessas conexões e as ações na esteira da

reificação predatória do meio ambiente, cada vez mais explorado e consumido, têm causado uma série de desequilíbrios socioambientais com repercussão na vida de humanos, dos animais, dos biomas e dos seres espirituais conforme a cosmologia Guarani e Kaiowá. No centro dessas conexões estão os anciãos, conhecedores de saberes e memórias fundamentais para a reprodução biossocial da coletividade. Pessoas que têm uma atuação relevante tanto nas organizações indígenas como nas redes autônomas de cuidado coletivo.

No Brasil, o protagonismo das organizações indígenas em âmbito local, regional, nacional e internacional mobilizados, principalmente, pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) foi marcante no enfrentamento à pandemia da Covid-19. O texto de Rosa faz uma sistematização das estratégias organizadas, promovidas e incentivadas pela Apib e organizações indígenas de base das cinco macrorregiões brasileiras, desde março de 2020. A diversidade das estratégias mobilizadas se pauta na omissão do Estado para promover e executar ações de enfrentamento à pandemia da Covid-19 adequadas aos povos indígenas e nas diversas ações do governo federal que vão de encontro aos direitos desses povos. Rosa sugere que o protagonismo indígena durante a pandemia pode ser compreendido como resultado de anos de experiências de atuação, colaboração e enfrentamento com o Estado, ao mesmo tempo em que reflete características mais atuais de emergência de novas lideranças indígenas, caracterizadas também pela formação acadêmica. Nesse sentido, a autora apresenta novas características e estratégias de atuação dos movimentos indígenas, que caracterizam uma etnopolítica emergente no contexto de crise sanitária e humanitária da Covid-19, mas com experiências acumuladas de enfrentamentos anteriores.

O texto de Oliveira, Araújo, Corrêa e Folhes também é um relato do protagonismo em saúde promovido por organizações da sociedade civil em parceria com os povos indígenas que vivem no estado do Maranhão. Os autores descrevem o processo de mapeamento dos dados relativos à Covid-19 entre os povos indígenas feito pela “Rede (CO)Vida/Coletivo Mururu”. A partir da leitura do artigo de Oliveira et al, nota-se que ações de vigilância em saúde oficiais ainda reproduzem uma invisibilidade da diversidade étnica dos povos indígenas. No campo da saúde, essa invisibilidade dificulta uma compreensão dos impactos da pandemia entre os diferentes povos indígenas, repercutindo nas ações de planejamento de modo a atender as especificidades locais e étnicas. No campo político, essa invisibilidade reforça práticas atuais de negação de direitos dos povos indígenas que o Estado deveria garantir e de direitos cidadãos que os setores municipais e estadual se fazem omissos. A pandemia da Covid-19, apreendida em contextos e experiências locais, permite abordar saúde como política ou a dimensão política da saúde, isto é, permite deslocar o eixo biológico do centro dos processos de saúde/doença/atenção-prevenção, e direcionar a abordagem para as relações sociais e interesses políticos e econômicos que intervêm nestes processos. Nesse sentido, a omissão da identidade étnica nos boletins do DSEI-MA, das secretarias municipais e estadual de saúde, por exemplo,

tem impactos que atravessam diferentes questões éticas, dentre elas, as relacionadas à identidade e ao território.

A violência estrutural promovida pelos setores da saúde, por exemplo, nos casos de omissão de dados qualificados para uma vigilância em saúde, bem como, pelo governo federal na negação de direitos territoriais, também, é tratada no texto de Moura, Boaventura e Neves, que descreve a experiência dos povos indígenas que vivem no Rio Grande do Norte e suas lutas para fazer valer direitos garantidos desde a Constituição de 1988, mas, ainda hoje, ignorados nas esferas municipal, estadual e federal. O acesso às políticas públicas de saúde indígena, a exemplo da vigilância de casos e de óbitos de Covid-19 e da vacinação, também tem sido negado aos povos que vivem no Rio Grande do Norte. Por trás dessa omissão do Governo está um processo político e histórico de longa data que nega a existência de povos indígenas no estado, apesar do movimento indígena local estar mobilizado há, pelo menos, duas décadas, afirmando a identidade indígena e seus direitos à terra e à saúde diferenciada, conforme sublinham os autores. Moura, Boaventura e Neves mostram como a invisibilização demográfica, historicamente promovida por elites políticas e intelectuais históricos locais, tende a reproduzir uma invisibilidade epidemiológica. Ademais, tende a reforçar uma discriminação institucional que impacta negativamente no enfrentamento à Covid-19. Negar a identidade indígena é negar o direito à terra tanto como o acesso à saúde diferenciada, conforme explicitam Moura, Boaventura e Neves. A revisão histórica da constituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, feita pelos autores, evidencia que a distinção entre índios aldeados e não-aldeados, entre índios rurais e índios urbanos, temas que vieram à tona mais fortemente nesses tempos de pandemia, se presta tão somente à interesses políticos de um governo neoliberal e anti-indígena. Para fazer frente à discriminação institucional, os povos indígenas que vivem no RN, à semelhança de outros povos, têm se articulado com movimento indígena local, nacional e com atores do MPF e das universidades para tentar reverter práticas de omissão e de negação da atenção à saúde e à Covid-19 por meio de ação civil pública. Em um sentido amplo, esse protagonismo das lideranças indígenas expressa a relevância da participação social no campo da saúde como forma de lutar e garantir o acesso a serviços de saúde e a melhores condições de vida, o que passa pelo direito à proteção territorial, demarcação de terras, políticas de segurança alimentar, acesso à vacinação, e garantia de uma atenção diferenciada à saúde.

A participação social dos povos indígenas dentro do Controle Social em saúde é um campo de disputa, conforme sugere o texto de Cristina Dias da Silva. A autora descreve o processo de internacionalização de uma noção de saúde pública, em princípios do século XX, e nos faz lembrar de que políticas nacionais de saúde envolvem desde questões de política externa, de articulação local de elites políticas e intelectuais, motivações diversas, entre outros interesses. Junto à internacionalização de noções e de práticas em saúde vem um padrão de biossegurança, fortemente fundamentado no conhecimento científico da biologia, mas não

exclusivamente nele. Cristina Dias da Silva parte de uma retrospectiva histórica de ações conduzidas pela Fundação Rockefeller e pela Organização de saúde da Liga das Nações, atual OMS, voltadas para a promoção de uma saúde pública em diferentes partes do mundo. Dentre os diversos projetos financiados por tais agências, Cristina Dias da Silva destaca aqueles voltados para a educação em saúde para controlar epidemias locais, que tensionam ações e interesses das elites médicas e políticas locais, conduzidas por meio de transferência de recursos, tecnologias e conhecimentos, inclusive, da “autoridade para a fiscalização de atividades científicas e da própria população local”. Nesse sentido, as ações de educação em saúde, de modo geral, estavam voltadas à transformação de hábitos e de comportamentos das populações locais, tidas como fatores determinantes nas condições de saúde/doença. A autora sugere que a análise do contexto do surgimento de uma noção de saúde pública e das políticas de internacionalização dessa noção podem nos ajudar a compreender as origens, os sentidos, as potências e as limitações de noções como interculturalidade. Essa noção tem ganhado visibilidade na América Latina tanto por parte dos povos indígenas como servindo aos governos locais (BOCCARA, 2012). No Brasil, tem sido resgatada para refletir sobre a atenção diferenciada. Cristina Dias da Silva alerta para uma tendência de reificação da noção de cultura, principalmente nas políticas públicas de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Nesse contexto, a autora ressalta que o controle social é indispensável tanto como forma de expressão do exercício de direitos de cidadania, como ferramenta potente para dar sentido à atenção diferenciada. Entretanto, a autora nos lembra que o controle social envolve uma luta política. Luta política que na pandemia “parece acentuar a artificialidade da distinção entre técnica e política e tem se constituído em uma tecnologia governamental que violenta direitos e ameaça à integridade física e moral dos povos nativos.”

O texto de Scopel e Dias-Scopel encerra esse dossiê e nos convida a refletir sobre como a crise sanitária que se instalou com a pandemia do Covid-19 tornou ainda mais latentes problemas na execução das políticas de saúde indígena que se acumulam há décadas. O DSEI-MS, analisado pelos autores, é considerado o maior do Brasil, atendendo a oito etnias, sendo elas, Atikum, Guató, Guarani Nandeva, Guarani Kaiowá, Ofaié, Terena, Kadiwéu e Kinikinaw. Com o avanço da pandemia e o aumento do número de casos de Covid-19 entre os indígenas no Mato Grosso do Sul, houve uma intensa mobilização por parte das lideranças indígenas dessas etnias com ações efetivas de combate, tais como a instalação de barreiras sanitárias, distanciamento social e práticas de autoatenção, além de terem procurado ajuda de parceiros para arrecadar doações de máscaras, equipamentos de proteção individual, testes rápidos, alimentos e caixas d’água em falta nas aldeias. Acumulou também, na ocasião, um descontentamento geral com o governo federal e a SESAI pela ausência de um plano gestor de combate à doença. Simultaneamente, os indígenas denunciaram a demissão sumária e sem consulta aos conselheiros distritais, de membros das equipes de saúde, tais como AIS, AISAN, uma enfermeira indígena e um médico da EMSI que estavam atuando

intensamente durante a pandemia. Isso acirrou ainda mais os conflitos entre os indígenas e conselheiros distritais, em relação à coordenação do DSEI-MS e a própria SESAI. Inúmeras denúncias apontavam para a postura autoritária do coordenador do DSEI-MS e do presidente do CONDISI-MS que descumpriram preceitos fundamentais do PNASPI, tais como a participação indígena na gestão e controle social em todos os espaços da estrutura do SasiSUS. Scopel e Dias-Scopel lançam mão do conceito de Sindemia, de Singer e Rylko-Bauer (2021) para problematizar a violência estrutural e sistêmica já existente, mas que se intensificou durante a pandemia do Covid-19, reforçando a necessidade de pensarmos a saúde indígena para além de um retorno à “normalidade” pós pandemia, mas de possibilitar um futuro em que problemas de saúde e injustiças sociais sejam enfrentados com políticas e ações que reforcem a participação social.

Os artigos que compõem esse dossiê em seu conjunto apontam para a importância do diálogo com as realidades locais dos povos indígenas na condução do SasiSUS e nesse caso específico no combate à pandemia do Covid-19. O protagonismo indígena, nas ações epidemiológicas, mas também nas ações políticas e jurídicas mais amplas realizadas pelas organizações indígenas locais e nacionais foram fundamentais para evitar mais mortes do que as que ocorreram ao longo desses quase 18 meses de pandemia. Isso demonstra que não se pode pensar políticas públicas de saúde para as populações indígenas sem a presença indígena; que essa participação não pode ser meramente burocrática; que precisamos ter políticas públicas amplas, mas que sejam articuladas localmente a partir dos povos indígenas para quem as políticas de saúde são dirigidas. Esse certamente é um dos maiores desafios que estávamos tentando construir no Brasil a partir das diversas Conferências Nacionais de Saúde Indígena que foram realizadas ao longo dos anos e consequente aperfeiçoamento do SasiSUS, mas que foi ceifado por medidas arbitrárias do governo federal, como as citadas neste dossiê, mas também por ataques aos direitos constitucionais como as PECs e Projetos de Lei que tramitam no Congresso Nacional e que acirram a situação de vulnerabilidade já em curso.

Para finalizar, gostaríamos de refletir sobre o fato de que – em que pese toda a experiência dos DSEI’s e da atenção primária à saúde indígena no Brasil – a ausência de um direcionamento central, que considerasse essa experiência local, fez com que o mínimo modelo de enfrentamento à pandemia apresentado aos povos indígenas seguisse a mesma lógica hospitalocêntrica adotada de forma ampla no país e em boa parte do mundo. Desperdiçamos no Brasil toda uma experiência na atenção primária como forma eficaz de combate local à pandemia e todas as ações se direcionaram para a atenção terciária. Com isso, cada distrito sanitário e polo base passou a agir por conta própria, muitas vezes de forma autoritária, como os artigos demonstram. Não podemos esquecer que as equipes de saúde são compostas por indígenas e não indígenas e que estas também se encontram em situação de vulnerabilidade. Em sua grande maioria são profissionais que não possuem dedicação exclusiva, trabalham em vários locais simultaneamente, o que aumenta o risco de

contágio da população nas aldeias. Junta-se a essa discussão o fato de que, em sua grande maioria, os povos indígenas vivem frequentemente de forma comunitária, às vezes em núcleos familiares mais amplos, às vezes circulando entre aldeias. Com isso, atentamos também para a ineficácia de se combater uma doença com a rapidez e letalidade do Covid-19, sem as ações mediadoras dessas lideranças indígenas. O isolamento social das pessoas preconizado pela OMS se torna absolutamente complexo em realidades como estas vivenciadas pelos povos indígenas no Brasil, o que reforça ainda mais a necessidade de se pensar a saúde indígena como políticas de articulação de sistemas de saúde e não como sobreposição do sistema biomédico ao indígena, mesmo em situação de pandemia.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Eloísa. M.; SANTOS, Juliana. V.; TERENA, Luiz E. Direitos indígenas e meio ambiente. In: BRENDA, T. (ed.). **Bolsonaro genocida**. São Paulo: Editora Elefante, 2021, p. 21-29.

ATHIAS, Renato. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. In: LANGDON, E. J. e GARNELO, L. (orgs.) **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa, RJ: Ed. Contracapa; p. 217-232, 2004.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública** vol.17, n.2, pp.425-431, Mar. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017>. Acesso em: 13/08/2021.

BOCCARA, Guillaume. La interculturalidad como campo social. **Cuadernos Interculturales**, 10(18):11-30, 2012.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva; SCOPEL, Daniel; LANGDON, Esther Jean. Gestação, parto e pós-parto entre os Mundurucu do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 19, n. 1, p. 183-216, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2017v19n1p183/35643>. Acesso em: 13/08/2021.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. LANGDON E.J.; GARNELO L. (Orgs). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa, p. 129-147, 2004.

GAMLIN, Jennie.; SEGATA, Jean.; BERRIO, Lina., GIBBON, Sahra.; ORTEGA, Francisco. Centring a Critical Medical Anthropology of COVID-19 in **Global Health discourse**. *BMJ Global Health* 2021, 6: e006132.

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**, v. 19, n. 1, p. 311-317, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100035> Acesso em: 13/08/2021.

GREENE, Shane. The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist** 25 (4): 634-58. doi:10.1525/ae.1998.25.4.634.

KECK, Frédéric. et al. Introduction: the anthropology of epidemics. In KELLY, A.; KECK, F.; LYNTNERIS, C. (ed.). **The anthropology of epidemics**. London: Routledge, 2019, p. 1-23.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. **Saúde indígena**: políticas comparadas na América Latina. Editora da UFSC, 2015.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Salud colectiva**, v. 13, p. 457-470, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117> Acesso em:30/01/2020.

LANGDON, Esther Jean. Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. **Desacatos**, n. 58, p. 8-15, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300008&lng=es&nrm=iso Acesso em: 13/08/2021.

LANGDON, Esther Jean. A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. 1994. **Trabalho apresentado para concurso público de professor titular**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. LANGDON E.J.; GARNELO L. (Orgs). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 29-45, 2004.

LÖWY, I. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MENENDEZ, Eduardo L. Critical medical anthropology in Latin America: Trends, contributions, possibilities. IN:GAMLIN, J. et al.(orgs.) **Critical Medical Anthropology-Perspectives in and from Latin America**. UCL Press, 2020a. 14-25. Disponível em: <http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/37314>. Acesso em 13/08/2021

MENÉNDEZ, Eduardo L. Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. **Salud Colectiva**, v. 16, p. e3149, 2020b. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e3149/es/>. Acesso em 13/08/2021.

PRATT, Mary-Louise. **Os olhos do império**: relatos de viagem e transculturação. São Paulo: Edusc, 1999.

ROSENBERG, Charles. **Explaining epidemics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

SÁ, Magali Romero. Migração e saúde nos trópicos. In: Nodari, Eunice Sueli; Correa, Silvio Marcus de Souza (orgs). **Migrações e natureza**. São Leopoldo: Oikos, 2013, p. 71-92.

SEGATA, Jean. Covid-19, biossegurança e antropologia. **Horizontes Antropológicos**, 26(57), 275-313, 2020.

SINGER, Merril.; RYLKO-BAUER, Barbara. The syndemics and structural violence of the Covid pandemic: anthropological insights on a crisis. **Open Anthropology Research**, 1, p. 7-32, 2021.

TEIXEIRA, Carla Costa. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando?. **Anuário Antropológico**, n. I, p. 99-128, 2010. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/789> Acesso em: 13/08/2021.

TEIXEIRA, Carla Costa e GARNELO, Luiza (org.). **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio Janeiro: Editora Fiocruz, p. 181-212, 2014.