

VOZES INDÍGENAS

NA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO II:

Ecos da Gestão em Saúde Coletiva Indígena de Roraima



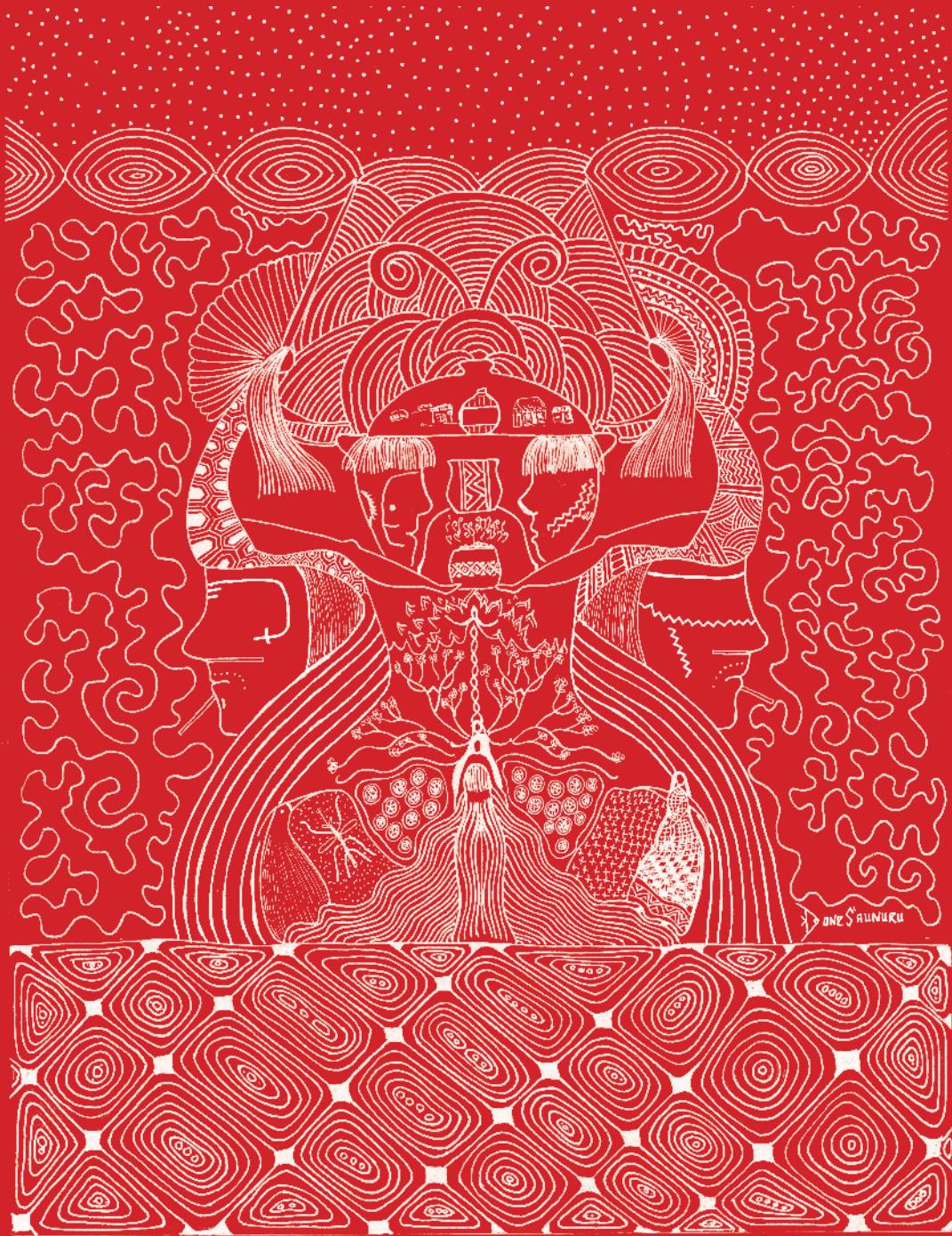
Coletivo
Vozes Indígenas
na Saúde Coletiva
(org.)

Os saberes e conhecimentos Indígenas relacionados aos modos de tratar e curar as enfermidades humanas sempre estiveram presentes nas culturas dos povos originários que, antes da chegada da medicina ocidental, eram manejados pelos especialistas Indígenas como os rezadores, pajés e benzedores. Esses conhecimentos foram historicamente sistematizados pela observação, experiência e intensas relações desses povos com os recursos da natureza e o mundo que os rodeia. Com o advento da medicina não Indígena, muitas dessas práticas específicas de combater as doenças foram desvalorizadas e esquecidas.

A presente coletânea que, na sua maioria, reúne textos de alunos do curso de Gestão em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Roraima-UFRR é, antes de tudo, um produto de autoria Indígena onde cada autor (a), com o auxílio de seu orientador (a), se torna protagonista, abordando temas do seu interesse e de relevância para seu povo e comunidade. De acordo com a etnia ou região, estes autores (as) desvendam os contextos em que estão inseridos utilizando as ferramentas da pesquisa científica e os demais conhecimentos adquiridos no processo de formação acadêmica.

De um modo geral, os autores (as) evidenciam como os povos Indígenas do estado de Roraima vem lidando com as problemáticas no campo da saúde Indígena decorrentes das mudanças no ambiente, nos hábitos alimentares e de outras práticas culturais que foram sendo desvalorizados ou substituídos ao longo do tempo.





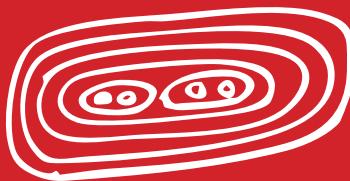


Apoio:



*Ecos da Gestão em Saúde Coletiva
Indígena de Roraima*

**VOZES INDÍGENAS
NA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO II:**



Coletivo
Vozes Indígenas
na Saúde Coletiva
(org.)

Organização

Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva

Preparação dos textos

Felipe Carnevalli e Paula Lobato

Projeto gráfico e diagramação

Felipe Carnevalli e Paula Lobato

Revisão

Rachel Murta - Trema Textos

Arte

Makdones Santos de Almeida (Dones' Aunuru)

Tiragem

500 exemplares

Impressão

Nossa Impressão Gráfica

Tipografias

Space Grotesk e Format_1452

**CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ**

V977

Vozes Indígenas na produção do conhecimento II : ecos da gestão em saúde coletiva Indígena de Roraima / Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva (orgs.). - 1^a ed. - São Paulo : Hucitec, 2025.

13.357 kb. : il. ; PDF.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-8404-526-6

1. Saúde pública - Brasil. 2. Indígenas da América do Sul - Saúde e higiene - Brasil. I. Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva. II. Título.

CDD: 362.10420981

Ficha catalográfica elaborada por Camilla Castro de Almeida CRB-7/7400

Esta publicação contou com apoio financeiro de:

Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) (Fiocruz) através do Projeto “Desenvolvimento de ações para o aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)” (TED 60)

Programa Inova Saúde Indígena, da Vice-presidência de Produção e Inovação em Saúde (VPPIS) da Fiocruz, por meio dos projetos “Vozes Indígenas na produção do conhecimento: Dimensões do protagonismo dos povos Indígenas na saúde” e “Indígenas Sanitaristas: investigadores de agravos emergentes e reemergentes na Tríplice Fronteira”.



Publicado sob Licença Creative Commons (CC BY-NC), o que permite compartilhar, copiar – incluindo fotocópia (xerox) –, distribuir, exibir, rae reproduzir a totalidade ou partes do conteúdo, desde que não tenha objetivo comercial e sejam citados os autores e a fonte.



Entre mãos e vozes

**Entre tantas mãos que escrevem,
há dedos de avós plantando memória,
há lettras feitas de rio.**

**Escrevem em nós,
com a tinta viva do tempo,
com o barro moldado na luta,
com o sopro firme dos cantos antigos.**

**Tecemos caminhos,
ocupamos espaços.**

**Somos mulheres em movimento,
livros abertos ao vento,
arcos firmes apontando futuro,
somos estudantes da vida,
somos guerreiras da palavra.**

**Na militância dos corpos-territórios,
nos espaços que ousamos semear,
escutamos a voz que nos guia:**

“Diga às mulheres: avancem.”

**E nós avançamos.
Com voz valente,
com o corpo inteiro lançado no mundo,
e os pés firmes sobre a ancestralidade.**

Para Miriam Tembé,
que, entre os percalços do viver, seguiu firme —
presença inteirão,
arco pronto para a flecha certeira.
Seu caminhão fez caminho
para que este livro pudesse nascer.

SUMÁRIO

- 16 Depoimentos dos autores da coletânea
*Vozes Indígenas na produção do conhecimento:
para um diálogo com a saúde coletiva (2022)***
- 22 Prefácio**
Inara do Nascimento Tavares
- 26 Apresentação**
Felipe Rangel de Souza Machado, Clarisse Fortes, Felipe Carnevalli, Paula Lobato, Makdones Santos de Almeida (Dones' Aunuru) e Ana Lúcia de Moura Pontes
- 46 Memórias de um professor Macuxi: do movimento social à política de educação escolar Indígena**
Fausto da Silva Mandulão (*in memoriam*)
- 70 A formação intercultural de gestores no campo da saúde Indígena**
Ariosmar Mendes Barbosa e Ana Paula Barbosa Alves
- 92 Aprendizados, desafios e estratégias metodológicas na docência do Curso de Graduação em Gestão de Saúde Coletiva Indígena**
Ana Paula Barbosa Alves
- 114 DESAFIOS PARA O BEM-VIVER DOS POVOS INDÍGENAS DE RORAIMA**
- 117 Capítulo 1**
Os dilemas de uma pesquisadora Indígena: alimentos ancestrais e alimentos industrializados
Greyce Kelle Fidelis Paulino
- 127 Capítulo 2**
Wai-Wai Komo Nahrî Poko Kehcamhokatopo: alimentação tradicional e saúde do Povo Wai-Wai da comunidade Jatapuzinho, sul de Roraima
Geneide Souza dos Santos e Ariosmar Mendes Barbosa

- 143 Capítulo 3
Juventude Indígena e o consumo de bebida alcoólica na comunidade Manoá-Bonfim (RR)**
Nayra Paulino Vieira e Inara do Nascimento Tavares
- 165 Capítulo 4
Saúde mental no DSEI Leste de Roraima:
desafios na sua organização e os debates
no controle social**
Patricia Araujo de Oliveira
- 182 PROBLEMATIZANDO NECESSIDADES
DE SAÚDE NO CHÃO DOS TERRITÓRIOS**
- 185 Capítulo 5
Processo histórico da comunidade Laje e a
malária constante no território**
Elen Pereira da Silva e Luciana Pires de Freitas
- 207 Capítulo 6
A pandemia decorrente da Covid-19 na
população Indígena**
Kiusylene Souza da Silva, Naiane Souza da Silva
e Lucelia Santos Sousa Gomes
- 219 Capítulo 7
Uma perspectiva dos profissionais de
saúde: desafios e estratégias para
acesso de mulheres Indígenas ao exame
preventivo de câncer de colo uterino no
DSEI Leste de Roraima**
Joziel de Oliveira Moraes da Silva, Ana Paula Barbosa
Alves e Kristiane Alves Araújo

- 238 PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATUAÇÃO DOS GESTORES EM SAÚDE COLETIVA INDÍGENA**
- 241 Capítulo 8
Saberes e práticas tradicionais Indígenas: relatos e vivências de especialistas Indígenas**
Janaina Feliciana Oliveira de Souza e Arnieli Cecília Viriatis dos Santos
- 259 Capítulo 9
Uma experiência no campo da saúde coletiva com Indígenas Warao e Eñepá**
Breno Caíque da Silva Monteiro e Luís Felipe Paes de Almeida
- 281 Capítulo 10
A atuação dos gestores de saúde coletiva Indígena na emergência sanitária no território Yanomami: desafios e perspectivas para a construção do perfil profissional**
Ádria Maiara Sarmento de Lima, Aldirene Melchior Matias Amim, Breno Caíque da Silva Monteiro, Dionany Lima Moreira, Helton Lima Silva, Elen Pereira da Silva, Jucimar dos Santos Pereira Silva, Lucirene Bento Barbosa, Pierry Angelly Silva Nascimento e Roseane Morais Cunha
- 305 Capítulo 11
I Seminário Unificado de Capacitação para Conselheiros Indígenas Locais: um relato de experiência**
Lucirene Bento Barbosa e Ana Paula Barbosa Alves
- 324 Composição do Coletivo**
- 332 Memórias do Coletivo**
- 340 Mapa de Roraima, suas terras Indígenas e etnoregiões**



DEPOIMENTOS

dos autores
da coletânea

*Vozes Indígenas na
produção do conhecimento:
para um diálogo
com a Sabedoria coletiva (2022)*

NAYRA PAULINO VIEIRA, POVO MACUXI

“Estou muito feliz em participar e ver um capítulo que eu escrevi em uma publicação. O sentimento é de gratidão e esperança de que nós podemos ter as nossas histórias, a nossa voz Indígena sendo vista, lida e ouvida. Isso é muito gratificante e nos dá a esperança de que podemos ir além”.



RIAM DANTAS DE ALMEIDA, POVO TEMBÉ

“Quando eu li a chama da do livro *Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento*, eu fiquei surpresa com o título e feliz em poder contribuir com um capítulo, contando a história do meu povo. É prazeroso escrever sobre o protagonismo das mulheres Tembé e os rituais de passagem desde a infância até a vida adulta. A minha experiência nessa coletânea foi simplesmente maravilhosa, e me senti valorizada.”



LÁVIO DE CARVALHO JURUNA, PVO XAVANTE

“Para mim, foi uma sensação inenarrável. Não tenho palavras para expor meus sentimentos por ter um artigo publicado na cole-tânea e poder ter conhecido os outros parentes autores e autoras que fizeram parte dela. Poder encontrar pessoas que pensam e têm histórias similares à minha, histórias de força e resiliência, me fez ver o mundo por outra ótica. Tanto é que essa outra ótica me possibili-tou escrever meu artigo na época da pandemia de Covid-19, lá no Povo Xavante. Reitero a importância da iniciativa e da disposição que a Fiocruz teve de levantar essa coletânea, junto de outros parentes que incentivaram a instituição a criar essa capilaridade voltada para nós, povos Indígenas. A experiência foi surreal, e eu penso que, se eu fui abençoado por ela, tenho que abençoar os outros, ser um agente multiplicador. É um ciclo que se iniciou e não vai ter fim, pois a gente faz parte dessa grande corrente.”



M ELINA CARLOTA PEREIRA, POVO MACUXI

“Eu, Melina, do Povo Macuxi, vou falar um pouquinho da minha experiência de publicar o artigo no projeto **Vozes**. Fiquei receosa, pois achei que o meu artigo não teria muito a contribuir com a temática da saúde. Porém fui encorajada a enviar, e foi uma grande surpresa o meu artigo ser aceito. Como a publicação foi voltada para pesquisadores Indígenas, me senti mais confortável. Foi uma experiência fascinante que me oportunizou conhecer outras parentas e outros parentes, e pude me sentir em casa por estar “com Indígenas iguais a mim”.

E LIANE BOROPONEPA MONZILAR, PVO BALATIPONÉ-UMUTINA

“Para mim, foi e é muito importante fazer parte do projeto **Vozes Indígenas**, pois foi um momento significativo e magnífico de poder conhecer as vozes de diversos povos e áreas do conhecimento. É uma experiência enriquecedora na minha vida pessoal, profissional e acadêmica trazer, através da escrita, as vozes e narrativas dos conhecimentos Indígenas do meu povo, além da minha vivência, experiência e transcendência. Ter um artigo publicado é fundamental para que eu possa disseminá-lo em outros territórios, e para que seja subsídio de referência para as pesquisas, bem como para o fortalecimento e a valorização dos saberes originários. Fico grata por fazer parte dessa equipe de Indígenas intelectuais e de seus parceiros e apoiadores. E que venham outras edições para que as vozes Indígenas possam ultrapassar fronteiras.”





LARISSE GA FORTES, POVO KAINGANG

“O projeto **Vozes Indígenas** é a junção das vozes de povos Indígenas de diferentes bio-mas com visões singulares, com pensamentos que se complementam e descortinam saberes, experiências e trocas. É essa junção de vozes que formou esta coletânea. O projeto **Vozes**, para mim, representa a valorização dos pesquisadores Indígenas e vem para demarcar espaços de conhecimentos para nós expressarmos nossas experiências por meio de escritas – pois somos protagonistas da nossa história e vamos ecoar a nossa voz no mundo da ciência.”

MARLEI ANGÉLICA BENTO, POVO KAINGANG

“Para mim, foi uma experiência ímpar, em que aprendi muito sobre o processo de escrita e sua construção. Tive muitas dificuldades, mas pude superá-las com a supervisão da equipe de editores e pude também aprimorar os registros dos conhecimentos e pesquisas que estavam me propondo. Foi muito importante, para mim, fazer parte deste projeto.”





JÁDINÉY HELENA DE ALMEIDA,

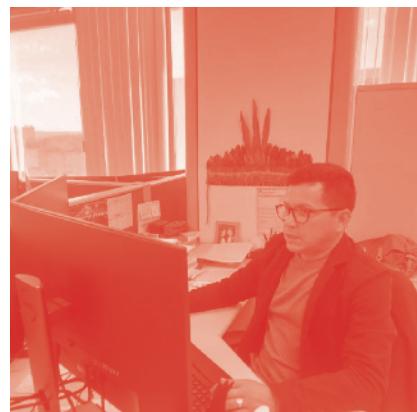
POVO PATAXÓ

“A escrita é como uma feitura de chá que fortalece o corpo e o espírito, que promove encontros ancestrais e potencializa a luta. Escrever com o **Vozes** foi encontro, foi encanto, foi semeadura!”



JOSÉ FERNANDES, POVO TIKUNA

“Estar em um espaço desses significa romper as barreiras que invisibilizam o lugar da fala. O projeto **Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento** representa um instrumento de expressão do pensamento e das práticas culturais de cada povo. Através dele, nós, estudiosos Indígenas, trazemos nossos conhecimentos para fora, dialogando sempre com os conhecimentos observados de fora para dentro. Como dizia um dos pioneiros da luta do movimento Indígena, o guardião da floresta, Sr. Pedro Inácio Pinheiro, “leve o nosso conhecimento para fora, bem longe daqui, para que o mundo tenha conhecimento da nossa sabedoria e tradição, mas não fale de tudo, só fale o básico”. Deixo aqui a marca da nossa sabedoria, como forma de organizar o processo político de demarcar espaço na escrita com nossos conhecimentos milenares.”



PREFÁCIO

Nara do Nascimento Tavares.

Mulher pertencente ao Povo Satéré Mawé, é professora do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, no Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima (UFRR). É Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA/UFRRJ) e membro do Grupo Temático Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Ao pisar pela primeira vez no Insikiran, fui recebida por uma história que parecia dançar no ar, uma narrativa antiga como o chão que pisamos. Contaram-me que Makunaima, o grande avô, a energia primordial do mundo, era o pai de Insikiran e Anikê. Makunaima, fonte primeira de tudo, espírito criador e sábio, havia dado vida a esses dois filhos, cada um carregando um fragmento do mistério e da sabedoria do universo.

Insikiran, o Instituto de Educação Superior Indígena, carrega o nome daquele que sempre foi curioso, atento e cheio de sede por aprender – um espírito inquieto, movido pelo desejo de compreender o mundo ao seu redor, tal como o próprio Instituto que, hoje, guia tantos na busca pelo conhecimento e pelo fortalecimento de nossos povos.

O Insikiran se ergue como o primeiro instituto do Brasil dedicado à educação superior Indígena, mas a ideia de ser o primeiro é um fardo que não nos pertence. Esse é um desejo colonial, uma sede que busca medalhas. Aqui, somos algo maior: somos o sonho e a luta de Makunaima, um movimento contínuo, uma força que nasce do chão, do espírito e da memória. Não buscamos ser os primeiros, mas os que mantêm vivo o que nunca deixou de pulsar.

Não sei dizer se Makunaima sabia ler. Prefiro imaginá-lo cantando *tukuis* e *parixaras*, deixando sua voz misturar-se aos sons do lavrado e das serras, como se as palavras nascessem do próprio vento. Mas, se acaso Makunaima soubesse ler, acredito que seus olhos brilhariam de alegria ao segurar nas mãos um livro escrito pelos filhos de Insikiran, seus netos. Seria como segurar o tempo, ver a continuidade de seu sonho gravada nas páginas.

O livro *Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento II: Ecos da Gestão em Saúde Coletiva Indígena de Roraima* é mais do que páginas encadernadas; não é qualquer livro. É obra daqueles que estudaram, é escrito por mãos que carregam os compromissos firmados na Carta de Canauanim, documento político e reivindicatório do movimento Indígena de Roraima que abriu os caminhos para a criação de cursos de graduação específicos aos povos Indígenas na Universidade Federal de Roraima (UFRR). Este livro é, assim, uma continuidade do sonho, um eco que reverbera longe.

Falamos tanto em sonho, mas estamos acordados. Às vezes, repousamos em sono leve, balançando nas redes de fio de algodão Wapichana ou nas capitianas de couro do gado que também habita nosso território. Mas o descanso é breve.

Estamos alertas. Escrevo este prefácio enquanto o movimento Indígena de Roraima está em intensa mobilização há mais de 25 dias, fechando a BR-174 em resistência contra a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 48), o chamado marco temporal.

O sonho nos guia, mas é com os pés firmes no chão e os olhos atentos ao horizonte que lutamos. Não há espaço para adormecer profundamente enquanto a terra, a memória e o futuro estão sob ameaça.

Um livro luta?

No desejo colonial, não há espaço para livros nem para gente Indígena. Esse desejo nega nossa existência, apaga nossas histórias. Mas Makunaima nos ensinou diferente. Ele nos mostrou que, nesta terra, a gente passa pimenta nos olhos para afastar a panema, a preguiça que turva a alma, e para enxergar longe, bem além do horizonte imposto. É por isso que estudamos, é por isso que escrevemos. Cada palavra nossa é um gesto de ver e fazer existir o que sempre esteve aqui.

Neste livro, escrevem os Macuxi¹, os Wapichana, os Wai-Wai. Escrevem a partir de uma fonte ancestral: a saúde Indígena. São as gestoras e os gestores em saúde coletiva Indígena que tomam a palavra, profissionais de um curso criado em 2013. Não foi por acaso. As lideranças Indígenas de Roraima sonharam e exigiram: queriam profissionais de saúde formados para muito mais do que atender, queriam gestores – gestores que conhecessem as raízes de seus povos e soubessem navegar na complexidade das políticas públicas.

Gerir políticas públicas de saúde: seria isso um conhecimento ancestral ou contemporâneo? Quem pode dizer? Talvez Insikiran, com sua curiosidade incessante, encontrasse uma resposta inesperada ou, talvez, como sempre, transformasse a pergunta em caminho.

O caminho de formação dos gestores em saúde coletiva Indígena foi, para mim, uma jornada de aprendizado, descoberta e transformação profundas. Deixei as águas do Alto Solimões, no Amazonas, e segui, rumo às águas do Rio Branco. Atravessei lavrados e serras, como quem percorre as trilhas da própria memória. Pensar na saúde Indígena aqui foi olhar o buritizal, sentir o cheiro da paçoca no fogo e queimar o beiço de damurida. É ver a saúde no ritmo dessa terra.

¹ Macuxi, Macusi e Macuxi são endônimos utilizados para nomear a etnia Macuxi. Optou-se pela grafia socialmente difundida nos documentos oficiais produzidos pelo movimento indígena de Roraima.

Na emergência de saúde pública que assola o Povo Yanomami, vivi dias intensos: dor e esperança se misturavam, raiva e luto se entrelaçavam. Estava ali, lado a lado com os primeiros gestores Indígenas em saúde coletiva, desbravando o campo e enfrentando a realidade visceral de um território em crise.

Entre o aprendizado prático de fazer saúde coletiva e os desafios do cotidiano laboral, outro inimigo se revelava, mais sutil, mas igualmente devastador: o racismo institucional. Não era apenas a doença que precisávamos combater, mas também as perguntas impregnadas de descrédito que pairavam no ar: “Esses profissionais Indígenas fazem o que, mesmo? O que é, mesmo, essa formação? Quais são as competências desses profissionais?” Cada dia no campo era um ato de resistência.

Ser gestor em saúde coletiva Indígena é trilhar um caminho que não se encontra nos manuais. É equilibrar-se entre o saber técnico e o saber da terra, reinventando práticas e renovando compromissos. Os pés tocam a Terra e, dela, surgem as perguntas mais urgentes: como cuidar, como entender, como sanar, sem romper os laços entre corpo, espírito e território?

Entre o que foi ensinado e o que a prática exige, surgem perspectivas que vão além da técnica. São desafios que pedem escuta, diálogo e um reinventar constante, moldado pela ancestralidade e pelo presente.

Um livro luta?

Sim, são nossas escritas que empunham essa luta, palavras que guardam memórias e carregam resistências, desenhando caminhos para futuros que ainda hesitamos em sonhar, mas que começam aqui, neste instante. Nas letras de Macuxi, Wapichana, Wai-Wai, nos traços de Dones Aunuru, que adornam a capa-arte deste livro, a força ancestral ganha forma. Jenipapo nos traça, nos pinta, nos une. É tinta de história, é tinta de luta.

APRESENTAÇÃO

Felipe Rangel de Souza
Machado, Clárisse Fortes,
Felipe Carnevalli, Paula
Lobato, Makdones Santos
de Almeida (Dones' Aunuru)
e Ana Lúcia de Moura Pontes

O projeto **Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento** começou a tomar forma em 2019, a partir de encontros e conversas por WhatsApp que aproximaram pesquisadores da ENSP/Fiocruz e pesquisadoras e pesquisadores Indígenas. Nesse processo, olhares e perspectivas foram trocados sobre articulação política e científica. Falas de um lado ecoaram no outro, consolidando uma certeza comum: a academia no Brasil não está preparada para a presença Indígena e, além de carecer de representatividade significativa, precisa ser decolonizada. Desde o início, o projeto encampou a perspectiva “nada sobre nós, sem nós” – que significa protagonismo Indígena nos processos, particularmente nas tomadas de decisão. Como Tavares (2020) reforça, a decolonialidade pressupõe mudar o lócus da enunciação, dando visibilidade e espaço para sujeitos e coletivos historicamente subalternizados e silenciados.

O projeto nasceu da necessidade de reparação histórica e de transformação no campo da saúde coletiva e, particularmente, na área de saúde dos povos Indígenas. Tornou-se um esforço a muitas mãos, dando origem ao **Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva**, que organizou seu primeiro livro, *Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento: para um diálogo com a Saúde Coletiva* (Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva, 2022). Esse coletivo reúne acadêmicos e pesquisadores Indígenas comprometidos com o respeito e a valorização dos conhecimentos e ciências de seus povos. Na conjuntura atual, os povos Indígenas demandam ser protagonistas em todas as etapas da produção de conhecimento, como expressaram Maria Baré e Luiz Tukano da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) na orelha daquela coletânea:

Os povos Indígenas sempre foram detentores de conhecimento milenar e, por muito tempo, esses conhecimentos foram considerados, primordialmente, como material de pesquisa para não Indígenas. Hoje estamos em outra etapa de atuação do movimento Indígena, quando questionamos a posição de ‘tema de pesquisa’ para uma outra de ativos e críticos produtores de conhecimentos (Baré; Tukano, 2022).

O projeto se estrutura em torno de uma perspectiva que rompe com paradigmas historicamente responsáveis por objetivar os povos Indígenas, em vez de reconhecê-los como sujeitos de ciência. A atuação do **Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva** ocorre em um

processo dialógico, no qual a pesquisa é orientada pela valorização da autoria Indígena, por metodologias participativas e por uma colaboração horizontal entre membros da comunidade e pesquisadores Indígenas e não Indígenas.

O coletivo defende que os próprios Indígenas assumam o protagonismo não apenas na condução de pesquisas, mas também nos processos editoriais e de divulgação científica. Essa atuação afirma a necessidade de uma ciência que acolha múltiplas vozes, saberes e formas de escrita. Uma questão central é o reconhecimento de uma língua portuguesa que incorpore as experiências das pessoas cujo primeiro idioma seja uma das 270 línguas Indígenas existentes no Brasil.

A presente coletânea é uma continuidade desse processo iniciado em 2019, sendo o segundo volume organizado pelo Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva, agora com um novo conselho editorial Indígena. Por meio desta publicação, o coletivo não apenas compartilha conhecimentos, mas também cria um espaço de aprendizado mútuo, em que pesquisadores Indígenas e não Indígenas trocam experiências, leem juntos, revisam textos, discutem o projeto gráfico e, assim, aprimoram suas habilidades editoriais. Essa prática inclusiva e colaborativa desafia normas tradicionais do processo editorial acadêmico, permitindo uma ciência mais humanizada e acessível.

O **Coletivo Vozes Indígenas** representa, assim, um movimento essencial para decolonizar ou indigenizar a saúde coletiva no Brasil. Ele trabalha para que a ciência Indígena não só seja reconhecida, mas também contribua para o aprimoramento das políticas públicas de saúde, valorizando e integrando as múltiplas epistemologias e histórias dos povos Indígenas.

A trajetória do projeto, da primeira coletânea e da construção de um processo editorial Indígena

O grupo de pesquisa **Saúde, Epidemiologia e Antropologia dos Povos Indígenas**, do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fiocruz, foi criado em 1992 por Carlos Everaldo Coimbra Junior e Ricardo Ventura Santos. Sua atuação se articula com uma ampla rede de pesquisadores

da área, vinculados à Fiocruz e a outras instituições universitárias, através do **Grupo Temático de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT Saúde Indígena da Abrasco)**, criado em dezembro de 2000.

É importante destacar que a área da saúde Indígena vem se consolidando no campo da saúde coletiva de forma comprometida com a defesa dos direitos Indígenas e o fortalecimento da política de saúde Indígena, instituída em 1999 (Kabad *et al.*, 2020). Ao longo dos anos, esses pesquisadores desenvolveram projetos de pesquisa e cooperação técnica elaborados a partir de diálogos com lideranças e comunidades Indígenas. Nos eventos e atividades da Abrasco, sempre houve uma preocupação em garantir a participação Indígena.

Entretanto, a partir de 2018, intensificou-se a aproximação dessa rede com pesquisadores Indígenas, impulsionada inicialmente pelo ingresso da primeira associada Indígena na Abrasco, **Inara do Nascimento Tavares**, professora do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran, da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Se, anteriormente, a presença Indígena nos eventos científicos tinha um caráter de representatividade e lugar de movimento Indígena, a partir do **12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, da Abrasco, o GT de Saúde Indígena fortaleceu relações simétricas com os pesquisadores Indígenas, como pares na produção de conhecimento e nas políticas públicas de saúde Indígena. Com vistas a potencializar essa rede de relações, foi criado o projeto **Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento**, coordenado por **Ana Lucia de M. Pontes, Ricardo Ventura Santos, Felipe Rangel de Souza Machado** (ENSP/Fiocruz) e **Inara do Nascimento Tavares** (Instituto Insikiran/UFRR).

O projeto nasceu do desejo e do objetivo de aprofundar o diálogo com estudantes de pós-graduação e pesquisadores Indígenas que refletissem sobre temas relacionados à saúde e a seus determinantes. Considerava-se fundamental essa aproximação para dar maior visibilidade à produção de conhecimento dos acadêmicos Indígenas, envolvê-los nos eventos organizados na área de saúde coletiva, como os congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e estimular trabalhos conjuntos.

A sequência desse diálogo resultou na iniciativa coletiva do projeto **Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento**, que iniciou com o mapeamento de estudantes Indígenas de mestrado e doutorado que estivessem refletindo sobre temáticas relacio-

nadas à saúde. Em novembro de 2019, entre os dias 13 e 15, o grupo mapeado e mobilizado reuniu-se na Fiocruz, no Rio de Janeiro, para articular a formação de uma rede de pesquisadores, trocar experiências sobre suas trajetórias acadêmicas e discutir os desafios como pesquisadores e autores.

O grupo de 20 pessoas reunido era diverso, representando 17 povos Indígenas de todas as cinco macrorregiões do Brasil, com destaque para a presença de 17 mulheres Indígenas. Durante a plenária final, foram definidos encaminhamentos importantes, entre eles: a) **Criação de um Conselho Editorial Indígena**, composto por cinco participantes escolhidos pelo grupo; e b) **Organização de uma chamada pública** para a compilação de trabalhos de pesquisadores Indígenas.

O encontro também gerou uma série de depoimentos em vídeo, em parceria com a VideoSaúde, que gravou entrevistas curtas com participantes do evento. Esses vídeos, reunidos na *playlist* “Vozes Indígenas do Território à Academia”, estão disponíveis no canal do VideoSaúde no YouTube¹.

Em fevereiro de 2020, o comitê editorial designado, composto por pesquisadores Indígenas presentes no Rio de Janeiro, reuniu-se para delinear as linhas gerais da publicação e elaborar a primeira chamada pública. A chamada estabeleceu como requisito que a primeira autoria dos textos fosse obrigatoriamente Indígena. Após dois meses e meio de divulgação, foram recebidos 25 textos, dos quais 20 eram de autoria de mulheres Indígenas. A primeira coletânea selecionou 21 textos, que passaram por um intenso processo dialógico.

No decorrer das discussões, o grupo estabeleceu três pactos fundamentais para o processo editorial:

1) Inclusividade e qualificação simultânea: O processo de produção textual deveria ser inclusivo, contribuindo para a qualificação tanto do comitê editorial quanto dos autores.

2) Pareceres de “parentes”: Os pareceristas seriam pesquisadores Indígenas, subvertendo o modelo tradicional da revisão científica anônima. Para isso, foi criado um formulário próprio de emissão de parecer, desenvolvido, criticado e validado por um subgrupo Indígena do comitê editorial.

¹ Disponível no canal da VideoSaúde: https://www.youtube.com/playlist?list=PLzOvw2G918v_P9nAFOeE-JvkMUDr5X3jWT

3) Dialogicidade no processo de parecer: Em vez de pareceres anônimos, o comitê editorial optou por um modelo que promovesse o diálogo. Cada texto foi discutido diretamente com os autores, em reuniões virtuais, eliminando o distanciamento acadêmico.

Cada texto foi lido por dois pesquisadores Indígenas do projeto e por um pesquisador da Fiocruz, seguido por análises em reuniões virtuais de todo o comitê editorial. O processo incluiu múltiplas revisões, com textos sendo compartilhados repetidamente entre autores e editores, até alcançarem sua versão final.

O resultado foi a coletânea publicada pela **Editora Hucitec e Abrasco**, intitulada *Vozes Indígenas Produção do Conhecimento: para um diálogo com a Saúde Coletiva*, disponível gratuitamente em PDF. Essa obra representa não apenas um marco na produção científica Indígena, mas também um exemplo de como processos inclusivos e dialogados podem transformar a prática acadêmica e editorial.

A segunda coletânea

Durante o processo de construção da primeira coletânea, o projeto **Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento** redefiniu seus objetivos como: a) visibilizar a produção de conhecimento de pesquisadoras e pesquisadores Indígenas no Brasil; b) produzir uma publicação qualificada e atenta à diversidade das escritas Indígenas; c) fortalecer a escrita e a ciência Indígenas, provocando um espaço de produção que promova a voz e a escrita aos povos Indígenas, indigenizando as produções acadêmicas; d) consolidar um processo de publicação inclusivo, com a participação direta de pesquisadoras e pesquisadores Indígenas.

A experiência da primeira coletânea fortaleceu os laços entre os envolvidos e levou o primeiro conselho editorial Indígena a pressionar o grupo de pesquisadores da ENSP/Fiocruz pela continuidade do trabalho com um novo grupo de pesquisadores Indígenas. Em julho de 2023, um encontro reuniu, durante dois dias, os primeiros autores da coletânea e a maior parte do primeiro conselho editorial Indígena. Foi um momento emocionante e profundo, no qual os autores compartilharam suas perspectivas sobre o processo e as repercussões da coletânea em suas trajetórias pessoais e acadêmicas. Além disso, os autores tiveram a

oportunidade de dialogar diretamente com a Vice-Presidente de Educação, Informação e Comunicação (VPEIC) da Fiocruz, Cristiane Vieira Machado, reforçando o desejo de mudanças institucionais que garantam a presença Indígena em todas as instâncias da Fiocruz.

O encontro também buscou aprofundar as reflexões sobre os processos editoriais, contando com apresentações de editores experientes como Angélica Ferreira Fonseca (Revista Trabalho, Educação e Saúde), Ricardo Ventura Santos (Editora Fiocruz) e Luciana Dias (Cadernos de Saúde Pública). Essa troca foi fundamental para ampliar a compreensão do grupo sobre os processos institucionais e para fortalecer a rede de relações dos pesquisadores Indígenas.

Iniciar um novo conselho editorial Indígena recolocou perguntas como “O que faz um conselho editorial?”, “Qual é a carga de trabalho?” e “Será que darei conta?”, entre os participantes. Nesse contexto, a participação de Angélica F. Fonseca foi essencial, ao abrir uma conversa franca com os pesquisadores Indígenas, expondo com transparência o funcionamento completo do processo editorial. Essa abertura foi especialmente significativa, considerando as frustrações compartilhadas pelo grupo sobre as recusas em submissões de artigos, uma barreira comum enfrentada por muitos pesquisadores Indígenas. Participar do conselho editorial tornou-se, então, não apenas uma tarefa acadêmica, mas um ato político, abrindo caminhos para outros parentes pesquisadores e fortalecendo a ideia de uma ciência inclusiva e plural.

O encontro também foi uma oportunidade para os autores refletirem sobre suas experiências de escrita, a submissão de textos, a avaliação pelos pareceristas e a interação com o conselho editorial. Muitos relataram que participar da coleção havia sido um divisor de águas. Como expressou uma participante: **“Com o livro em mãos, descobri caminhos e abri portas que jamais imaginei atravessar”**.

Membros do primeiro conselho compartilharam suas trajetórias e seus aprendizados, destacando as dificuldades e os desafios do trabalho editorial, mas também as descobertas e transformações pessoais. Ao final, foi lançado o desafio de dar continuidade ao projeto por meio de uma nova proposta de chamada.

Assim, um novo comitê editorial Indígena foi formado, composto por: Melina Carlota Pereira (Povo Macuxi) e Nayra Paulino Vieira (Povo Macuxi), Ykaruní Costa da Silva Nawa (Povo Nawa), Flávio de Carvalho Juruna-Aptsi'ré (Povo Xavante), Clarisse Fortes e Marlei Angélica Bento (Povo Kaingang), Míriam Dantas de Almeida (Povo Tembé) e Eliane Boroponepa Monzilar (Povo Balatiponé-Umutina). Cada membro, de acordo com sua disponibilidade, contribuiu com sua *expertise* e suas vivências, enriquecendo o projeto e reafirmando o compromisso com uma ciência mais diversa, participativa e conectada às realidades Indígenas.

A coordenação do projeto **Vozes Indígenas** propôs uma nova chamada voltada especificamente para egressos do **Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena**, do Instituto Insikiran, da Universidade Federal de Roraima. Esse curso, criado em 2012, é o único curso de graduação em saúde coletiva construído pelo movimento Indígena, com foco exclusivo na formação de Indígenas. Como destacado no texto “*A formação intercultural de gestores no campo da saúde Indígena*”, presente na coletânea, os professores Ariosmar e Ana Paula ressaltam o pioneirismo desse curso no Brasil, que tem gerado diversas pesquisas relevantes desenvolvidas por estudantes Indígenas. Vale mencionar também que uma das coordenadoras do Projeto **Vozes**, Inara do Nascimento Tavares, é professora nesse curso, reafirmando a ligação entre o projeto e a formação de gestores Indígenas no campo da saúde coletiva.

O passo seguinte foi discutir com o novo grupo do conselho editorial Indígena cada etapa do processo editorial, desde a distribuição dos artigos recebidos até os detalhes do projeto gráfico. Para o coletivo **Vozes**, esse processo é coletivo e considera o tempo de cada um para entender o processo, pois um dos objetivos é fortalecer a autonomia nos processos editoriais.

Coletivamente, foi elaborada uma nova chamada intitulada “**Ecos da Gestão em Saúde Coletiva Indígena de Roraima**”, voltada para estudantes e egressos do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena. Em agosto de 2023, a proposta foi apresentada, de forma virtual, ao colegiado de professores do curso, que acolheu a iniciativa e sugeriu a inclusão de textos que discutessem o processo histórico, as perspectivas e os desafios metodológicos do curso. Para ampliar a participação, em setembro de 2023, foi organizado um encontro virtual aberto aos estudantes do Insikiran, no qual o processo foi explicado e os participantes foram estimulados a submeter textos. Durante

o encontro, abordaram-se as barreiras, como experiências negativas e receios, que frequentemente desestimulam a submissão de trabalhos, destacando que o objetivo do projeto era diferente: todos os textos seriam acolhidos e trabalhados para garantir sua inclusão.

Ao todo, foram recebidos **15 textos**, que foram distribuídos entre pareceristas Indígenas e não Indígenas. Foram incluídos como pareceristas os membros do primeiro Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva e os primeiros autores da primeira coletânea, além dos pesquisadores da Fiocruz. Com os textos e pareceres em mãos, realizou-se um novo encontro presencial do conselho editorial Indígena, no Rio de Janeiro, para discutir as leituras, os pareceres e encaminhamentos.

Durante a oficina, em janeiro de 2024, o conselho editorial consolidou os pareceres emitidos por dois avaliadores para cada texto, produzindo uma versão final para discussão com os autores. Mais uma vez, seguindo a prática da primeira coletânea, houve o retorno por meio de conversas *online* com os autores. Esse contato direto, rompendo com a prática do duplo-cego, permitiu um diálogo rico e colaborativo, em que os avaliadores discutiam diretamente com os autores os caminhos para aprimorar os textos, sempre dentro do formato discutido pelo conselho editorial.

Esse processo assumiu uma **temporalidade distinta dos fluxos editoriais tradicionais**, em que a recusa de textos é a regra. No projeto **Vozes, a inclusão foi o objetivo**. Cada etapa demandou mais tempo e cuidado, pois o objetivo era construir, junto aos autores, uma versão final que equilibrasse rigor acadêmico e as particularidades de cada voz. O diálogo direto não apenas enriquecia o conteúdo, mas também reafirmava o compromisso do coletivo com a valorização das contribuições individuais e o fortalecimento de uma ciência mais inclusiva.

Além disso, durante a oficina, os participantes tiveram uma formação editorial com os pesquisadores Paula Lobato e Felipe Carnevalli, que apresentaram e discutiram os passos seguintes do processo de produção do livro com o comitê editorial – como o pedido de textos de introdução, orelha, prefácio. Também apresentaram pontos importantes a serem levados em conta para que a equipe pensasse em conjunto as diretrizes e os desejos para a materialidade e o projeto gráfico do livro. A partir da pergunta: “*Que elementos, sabe-*

res e características dos territórios contemplados pelos artigos podem ser traduzidos em elementos gráficos?”, definiu-se, em conjunto, o ponto de partida gráfico para o segundo volume da coletânea.

Nessa segunda oficina, destacou-se também a participação de **Makdones Santos de Almeida (Dones' Aunuru)**, artista do Povo Macuxi e egresso do Insikiran, que foi convidado para criar a arte do livro. A integração entre arte e conteúdo foi considerada essencial para o processo. Dones ouviu atentamente as discussões sobre os textos, absorvendo as reflexões e participando dos debates. Ao final da oficina, a **imagem da Panela de Barro** emergiu como a síntese das reflexões. A panela de barro, que congrega os saberes da cozinha, simboliza a reunião de pessoas, práticas de cuidado e conversas coletivas, refletindo o espírito colaborativo da coletânea.

Em maio de 2024, uma das pesquisadoras da ENSP, Ana Lucia Pontes, esteve em Boa Vista para reunir-se presencialmente com os autores, discutindo os pareceres e esclarecendo as sugestões feitas pelos pareceristas. Essa interação presencial foi mais um passo no esforço de construir um processo colaborativo, garantindo que cada autor se sentisse ouvido e apoiado. Assim, cada página da nova coletânea representa uma jornada de dedicação, marcada pelo compromisso de desafiar o individualismo frequentemente presente nos processos científicos e promover uma ciência enraizada no diálogo, na inclusão e na valorização das múltiplas vozes Indígenas.

Infelizmente, alguns artigos recebidos não puderam integrar esta coletânea, não por recusa dos pareceristas, mas pelos desafios na vida cotidiana e escolhas dos autores, além de dois casos em que os textos tinham sido publicados em outras revistas. Reconhecemos e lamentamos essas limitações, mas também deixamos registrada, aqui, nossa gratidão a todos que, mesmo enfrentando desafios, se dedicaram a este projeto.

Organização desta coletânea

O projeto gráfico da coletânea foi realizado por Paula Lobato e Felipe Carnevalli, que participaram da oficina do comitê editorial no Rio de Janeiro e de todas as reuniões virtuais do Conselho, sempre com olhares atentos. Partindo da obra realizada

por Dones especialmente para o livro, o projeto gráfico buscou dar sentido às discussões realizadas, incorporando gráfica e simbolicamente os elementos centrais que emergiram das reflexões coletivas. Segundo a estrutura visual do primeiro volume da coletânea, de capa preta, este livro se apresenta, agora, com a predominância da cor vermelha. Ambos, um ao lado do outro, materializam as cores do **jenipapo e do urucum**, elementos naturais usados como forma primordial de expressão Indígena e que, para as autoras e os autores, se convertem em uma indigenização material do objeto livro. Dessa forma, o projeto gráfico não apenas complementa o conteúdo, mas também se tornou parte integrante da narrativa, unindo arte e ciência em um diálogo visual que reflete a essência do projeto **Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento**.

O artista Makdones Santos de Almeida (Dones' Aunuru) compartilhou, também, um pouco do que guiou seu processo criativo na confecção da arte que permeia a publicação:

A arte foi elaborada após a leitura atenta dos artigos, procurando enfatizar a ideia de saúde voltada para a espiritualidade, além do físico. Trago elementos que mostram que a saúde coletiva Indígena é perpassada por nossas tradições, por nosso modo de viver, pela nossa alimentação, pelos comportamentos dentro das comunidades. Tem o fogo que é elemento crucial para produzir os medicamentos e para a ritualidade. Tem a água. Tudo que envolve a própria natureza e suas dinâmicas também se comporta dentro e fora do nosso corpo, faz parte da essência do nosso cotidiano. Trago muitos desses elementos, como o *maruai*, que representa a força da espiritualidade para a proteção contra os espíritos ruins e o mal-olhado. Por outro lado, também inseri o mosquito, que é transmissor da malária e de outras doenças. Assim, coloquei um pássaro e um mosquito, como forma de entender o mundo e que há ciclos e a dinâmica da natureza, que por vezes são alterados por nós, Indígenas ou não Indígenas, e que isso ocasiona adoecimento.

Coloco a árvore para simbolizar um lugar de aconchego e lembrar que suas folhas, as raízes e seivas são utilizadas para os medicamentos tradicionais. Os povos Indígenas sempre cuidaram da saúde com essa forma de pensar que nós somos e fazemos parte de tudo.

Trago elementos dos povos Indígenas de Roraima, tem a

face dos Yanomami. Tem a castanha, um excelente alimento, que é de domínio do saber do Povo Wai-Wai, que tem técnicas desenvolvidas para colher, separar, cortar, fazer toda a alimentação como o beiju, a farinha, a paçoca e o leite.

Podem observar a casa, que é a casa de barro da maioria dos povos Indígenas, como dos Macuxi e Wapichana. Esse jeito de fazer casa tem a sabedoria de quais misturas que se colocam, quais são as madeiras para a estrutura da parede. A casa é lugar de abrigo, de sossego e de sabedoria. Quando você entra numa casa de barro, você sente que não é tão quente, a cobertura é com a folha do buriti, assim, quando a chuva cai, ela não faz aquele barulhinho que faz num teto de zinco.

Tem uma mulher grávida ao lado de um monte de cruzes, que são justamente as perdas que a gente tem pelas várias doenças que nos afetam. Deixo marcada toda a questão da não vida e da doença. Mas também tem uma mulher com o vestido todo quadrupliculado, que é uma reflexão sobre o colorir e referência ao Povo Warao. E nessa arte eu fiz uma criança, representada pela tipoia, que traz a sabedoria milenar de estar em contato com o bebê ao fazer as coisas, que reflete nesse afeto que é criado não só na barriga, mas no amor colado ali com quem carrega.

Por fim, existe um enquadramento próprio: na parte superior, os grafismos simbolizam o mundo e a cura da espiritualidade, cujos conhecimentos sagrados são somente acessados pelos pajés; e na parte inferior, o grafismo simboliza a cura pela Mãe Terra, o contato com a terra permite dissipar as energias ruins e transformá-las em energias boas. Dessa forma, temos uma circularidade de cura na arte.

Boa Vista, 16 de dezembro de 2024

O prefácio do livro é feito por Inara do Nascimento Tavares, coordenadora do projeto **Vozes**, membro do GT Saúde Indígena da Abrasco e professora do Instituto Insikiran. Ela, que conhece tão bem cada um dos autores desta coletânea, os chama de netos de Makunaima (o grande avô), filhos do curioso e inquieto Insikiran. Este livro, segundo ela, é a continuidade de um sonho, mas numa conjuntura de ameaças como o Marco Temporal e a crise sanitária no território Yanomami. Ela provoca:

No desejo colonial, não há espaço para livros, nem para gente Indígena. Esse desejo nega nossa existência, apaga nossas histórias.

rias. Mas Makunaima nos ensinou diferente. Ele nos mostrou que, nesta terra, a gente passa pimenta nos olhos para afastar a panema, a preguiça que turva a alma, e para enxergar longe, bem além do horizonte imposto. É por isso que estudamos, é por isso que escrevemos. Cada palavra nossa é um gesto de ver e fazer existir o que sempre esteve aqui.

E, por isso, Inara nos pergunta: “**um livro luta?**”.

Também compartilhamos os depoimentos dos autores da primeira coletânea, dos quais fazem parte os membros do conselho editorial Indígena da segunda coletânea, e que antecedem o prefácio do livro.

A parte inicial da coletânea é composta por uma sessão com três textos que exploram as raízes, os desafios e as conquistas da educação superior Indígena em Roraima e do Instituto Insikiran, trazendo perspectivas únicas sobre a formação intercultural e o fortalecimento da autonomia dos povos originários.

O texto *Memórias de um professor Macuxi: do movimento social à política de educação escolar Indígena*, de Fausto da Silva Mandulão (*in memoriam*), apresenta uma narrativa profundamente reflexiva sobre a trajetória de um professor Indígena no contexto educacional de Roraima. Por meio de suas vivências e memórias, o autor relata os desafios e as transformações que marcaram seu percurso, além de descrever e refletir sobre a educação “bancária” imposta na sua educação formal, e seu processo de conquistar uma educação crítica como professor Indígena. Mandulão reflete sobre a identidade étnica e a luta por uma educação que respeite e fortaleça a cultura, a língua e os valores dos povos originários, ressaltando o papel do professor Indígena como agente de mudança e defensor da autonomia e da dignidade de seu povo.

O texto *A formação intercultural de gestores no campo da saúde Indígena*, dos professores Ariosmar Mendes Barbosa e Ana Paula Barbosa Alves, apresenta a trajetória histórica e os desafios enfrentados pela Universidade Federal de Roraima (UFRR) na criação e na consolidação do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, a partir da luta do movimento Indígena. Os autores apresentam os marcos da educação escolar Indígena e um panorama dos objetivos, da estrutura curricular e dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena. O

texto também destaca a importância de políticas públicas e ações afirmativas para garantir o acesso e a permanência de estudantes Indígenas no ensino superior. Por fim, refletem sobre os desafios e perspectivas do perfil profissional dos gestores em saúde coletiva Indígena como sanitaristas no âmbito do SUS e do Sasi-SUS, e a articulação com a ciência e a política nos territórios Indígenas.

O último texto dessa seção introdutória é a edição de uma entrevista com a professora Ana Paula Barbosa Alves, que reflete sobre sua experiência singular como docente do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena. A entrevista revela sua trajetória profissional e pessoal, destacando aprendizados e desafios acumulados ao longo de uma década de atuação com estudantes Indígenas. A partir da estrutura curricular do curso, são discutidas estratégias metodológicas, particularmente os estágios curriculares e o TCC, dos quais resultaram a maioria dos textos apresentados nesta coletânea. Ela reflete sobre os desafios da permanência no curso dos estudantes, as dificuldades dos egressos para se inserir no mercado de trabalho, além das estratégias para a publicação científica. Enfatiza o papel das organizações Indígenas na promoção de uma formação que privilegie a autonomia, o protagonismo e o fortalecimento cultural nos territórios, e seus aprendizados pessoais.

A organização da coletânea reflete um esforço para abordar diferentes dimensões da saúde coletiva Indígena. A Parte I: **Desafios para o Bem-Viver dos povos Indígenas de Roraima** é composta por quatro textos que destacam desafios contemporâneos enfrentados pelos povos Indígenas de Roraima, como a transição alimentar, o consumo de álcool entre os jovens e a saúde mental, valorizando o território e os conhecimentos Indígenas.

O capítulo *Os dilemas de uma pesquisadora Indígena: alimentos ancestrais e os alimentos industrializados*, de autoria de Greyce Kelle Fidelis Paulino, do Povo Macuxi, aborda a relação entre alimentação, saúde e identidade cultural de comunidades Indígenas na Terra Indígena Raposa Serra do Sol (TIRSS), analisando as transformações alimentares decorrentes do contato com a sociedade não Indígena. Inspirada por *Outsiders*, de Howard S. Becker, a autora reflete sobre o impacto de alimentos industrializados na cultura alimentar Indígena, como a mandioca e suas derivações, e questiona como essas mudanças afetam a preservação das tradições e dos valores Indígenas. A pesquisa busca promover um diálogo intercultural que equilibre a valorização das práticas

ancestrais com a abertura a novas influências, respeitando a diversidade e a autonomia das comunidades.

O texto de Geneide Souza dos Santos, do Povo Wai-Wai, e de seu orientador Ariosmar Barbosa, intitulado *Wai-Wai Komo Nahrí Poko Kehcamhokatopo: alimentação tradicional e saúde do Povo Wai-Wai da comunidade Jatapuzinho, Sul de Roraima*, analisa os hábitos alimentares e a saúde do Povo Wai-Wai. O estudo valoriza práticas Indígenas como a damurida, além de atividades sustentáveis de pesca, caça e agricultura, enquanto examina os impactos da dependência crescente de alimentos industrializados, intensificada por mudanças climáticas, urbanização e programas sociais. A transição alimentar identificada tem agravado doenças crônicas, ressaltando a necessidade de preservar práticas tradicionais para promover a saúde e garantir a segurança alimentar da comunidade Wai-Wai.

O texto de Nayra Paulino Vieira, do Povo Macuxi, e de sua orientadora Inara do Nascimento Tavares, *Juventude Indígena e o consumo de bebida alcoólica na comunidade Manoá-Bonfim (RR)*, analisa os impactos do consumo de álcool entre adolescentes e jovens Indígenas da comunidade Manoá. Explorando fatores como influências sociais, conflitos intergeracionais e contexto cultural, a pesquisa destaca como o álcool afeta as relações internas e a saúde coletiva da comunidade. A valorização do diálogo e a criação de alternativas de socialização são apontadas como estratégias-chave para enfrentar essa questão.

O texto de Patricia Araújo de Oliveira, do Povo Macuxi, *Saúde Mental no DSEI Leste de Roraima: desafios na sua organização e os debates no controle social*, analisa as políticas de saúde mental voltadas aos povos Indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima. Baseando-se em vivências pessoais e pesquisa qualitativa no âmbito do controle social, a autora destaca os desafios organizacionais, a falta de infraestrutura e as limitações no acesso a serviços como os do Centro de Atenção Psicossocial (Caps). O texto reforça a necessidade de protagonismo Indígena e de uma abordagem integrada e humanizada para apoiar ações de saúde mental nas comunidades.

A Parte II da coletânea, intitulada “**Problematizando necessidades de saúde no chão dos territórios**”, apresenta experiências vividas pelas comunidades Indígenas em seus

territórios, destacando a saúde como um fenômeno profundamente conectado aos contextos locais. Essa seção enfatiza a relevância de compreender a saúde a partir da realidade específica de cada território, valorizando as particularidades culturais, sociais e ambientais que moldam as práticas e percepções sobre o cuidado.

O texto *Processo histórico da comunidade Laje e a malária constante no território*, de Elen Pereira da Silva, do Povo Macuxi, orientada pela professora Luciana Pires de Freitas, explora a persistência da malária na comunidade Laje, situada no Território Indígena Tabalascada, em Roraima. A pesquisa combina análise histórica e epidemiológica para compreender os fatores ambientais e sociais que contribuem para os altos índices da doença. A autora propõe que a integração de práticas Indígenas com ações de saúde pública pode contribuir significativamente para a melhoria das condições de saúde na comunidade.

O texto *A pandemia decorrente da Covid-19 na população Indígena*, de Kiusylene Souza da Silva e Naiane Souza da Silva, do Povo Wapichana, e da professora Lucelia Santos Sousa Gomes, analisa o impacto da Covid-19 sobre os povos Indígenas do Brasil, com foco na vulnerabilidade dessa população durante a pandemia. Com base em dados da APIB e da OMS, o estudo revela que a taxa de mortalidade Indígena por Covid-19 foi cerca de 16% superior à média nacional, além de apontar desafios relacionados ao acesso à saúde e à preservação cultural. As autoras destacam o enfrentamento inicial da pandemia, marcado por desigualdades sociais e ausência de estratégias adaptadas às realidades culturais dos povos Indígenas. Abordam também os esforços posteriores, como a criação de barreiras sanitárias pelas próprias comunidades e o envolvimento da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), apesar das dificuldades de atender comunidades urbanas e em terras não demarcadas.

O artigo *Uma perspectiva dos profissionais de saúde: desafios e estratégias para acesso de mulheres Indígenas ao exame preventivo de câncer de colo uterino no DSEI Leste de Roraima*, de Joziel de Oliveira Moraes da Silva, do Povo Macuxi, e das professoras Ana Paula Barbosa Alves e Kristiane Alves Araújo, analisa as rotinas e os desafios para a realização do exame de Papanicolau em mulheres Indígenas. Os autores ressaltam a importância de adaptar estratégias às especificidades culturais, integrando serviços de saúde e comunidades Indígenas para aumentar a adesão ao exame e melhorar os indicadores de saúde.

A Parte III, intitulada “**Perspectivas e desafios na atuação dos Gestores em Saúde Coletiva Indígena**”, destaca o papel estratégico dos gestores Indígenas na construção de políticas e práticas que contemplem as especificidades de seus povos. Essa seção reúne relatos e análises sobre as experiências de profissionais Indígenas na gestão da saúde coletiva, abordando desde os desafios de inserção no mercado de trabalho até a valorização dos saberes e práticas Indígenas.

O capítulo *Saberes e práticas tradicionais Indígenas: relatos e vivências de especialistas Indígenas*, de Janaina Feliciana Oliveira de Souza, do Povo Wapichana, e Arnieli Cecília Viriatis dos Santos, do Povo Macuxi, aborda a profundidade e a relevância da medicina tradicional Indígena, enfatizando sua base espiritual, cultural e ecológica. A pesquisa destaca a visão Indígena da saúde como um equilíbrio entre corpo, espírito e natureza, apontando desafios como a marginalização desses saberes e a necessidade de valorização e integração com práticas contemporâneas. As autoras enfatizam que a preservação desse patrimônio exige respeito cultural, políticas públicas inclusivas e reconhecimento das práticas Indígenas como sistemas válidos e eficazes de cuidado e cura.

O artigo *Uma experiência no campo da saúde coletiva com Indígenas Warao e Eñepá*, de Breno Caíque da Silva Monteiro, do Povo Macuxi, e do professor Luís Felipe Paes de Almeida, explora os desafios e estratégias para a assistência em saúde a migrantes Indígenas venezuelanos em situação de vulnerabilidade no Brasil. Com foco nas etnias Warao e Eñepá, o texto aborda questões como insegurança alimentar, precariedade sanitária e dificuldades de acesso a serviços básicos. Os autores destacam iniciativas como hortas agroecológicas, ações educativas em saúde e adaptações culturais nos abrigos, propondo estratégias para integrar o cuidado à saúde e os saberes tradicionais Indígenas, promovendo autonomia e melhoria na qualidade de vida desses povos.

O artigo *A atuação dos gestores de saúde coletiva Indígena na emergência sanitária no território Yanomami: desafios e perspectivas para a construção do perfil profissional*, foi produzido coletivamente por Ádria Maiara Sarmento de Lima, Aldirene Melchior Matias Amim, Breno Caíque da Silva Monteiro, Dionany Lima Moreira, Helton Lima Silva, Elen Pereira da Silva, Jucimar dos Santos Pereira Silva, Lucirene

Bento Barbosa, Pierry Angelly Silva Nascimento e Roseane Moraes Cunha. O texto relata as experiências e os desafios enfrentados pelos gestores de saúde coletiva Indígena em sua atuação durante a emergência sanitária no território Yanomami, em 2023. O texto explora as atividades realizadas na Casa de Saúde Indígena Yanomami (Casai-YY) e nos polos-base de Surucucu e de Auaris, destacando ações como busca ativa, vigilância epidemiológica, gestão de logística e apoio em centros de referência em saúde Indígena. Os autores indicam as diferentes formas de contribuição que os gestores de saúde coletiva Indígena podem ter no fortalecimento do Sasi-SUS. Além disso, refletem sobre a luta por reconhecimento profissional, enfrentando desafios como racismo institucional, precarização salarial e a necessidade de maior apoio político para fortalecer a categoria.

O artigo *I Seminário Unificado de Capacitação para Conselheiros Indígenas Locais: um relato de experiência*, de Lucirene Bento Barbosa, do Povo Macuxi, e da professora Ana Paula Barbosa Alves, apresenta a experiência do primeiro seminário unificado em Roraima para capacitar conselheiros Indígenas locais. O trabalho destaca a importância do controle social no SUS e sua contribuição para uma gestão participativa e efetiva na saúde Indígena. O seminário é considerado um marco para o fortalecimento da saúde Indígena, promovendo integração, capacitação e melhorias na qualidade de vida dos povos Indígenas.

Cada capítulo contribui para ampliar vozes Indígenas no campo da saúde coletiva, reafirmando seu lugar na ciência, no SUS e na sociedade. Agradecemos a todos que colaboraram nos vários momentos do Projeto e na produção desta coletânea, com destaque ao apoio da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS – Fiocruz), particularmente a Guilherme Franco Netto e Sandra Aparecida Padilha Magalhães Fraga, e ao Programa Inova Saúde Indígena, da Fiocruz, pelo apoio financeiro por meio dos projetos “Vozes Indígenas na produção do conhecimento: Dimensões do protagonismo dos povos Indígenas na saúde” e “Indígenas Sanitaristas: investigadores de agravos emergentes e reemergentes na Tríplice Fronteira”, que viabilizaram esta publicação. Também agradecemos à Abrasco e à editora Hucitec pelo apoio na divulgação e na consolidação desse trabalho dentro da saúde coletiva. Por fim, parabenizamos os professores, estudantes e egressos do Instituto Insikiran e o movimento Indígena de Roraima: este livro é conquista de todos vocês. Por isso, termi-

namos com as palavras de Inara Tavares: “*Um livro luta? Sim, são nossas escritas que empunham essa luta, palavras que guardam memórias e carregam resistências, desenhandos caminhos para futuros que ainda hesitamos em sonhar, mas que começam aqui, neste instante*”.

Referências

KABAD, Juliana Fernandes; PONTES, Ana Lúcia de Moura; MONTEIRO, Simone. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos Indígenas no campo da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1653-1665, 2020.

BARÉ, Maria; TUKANO, Luiz. In: Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva (org.). **Vozes Indígenas na produção do conhecimento:** para um diálogo com a saúde coletiva. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

COLETIVO VOZES INDÍGENAS NA SAÚDE COLETIVA (org.). **Vozes Indígenas na produção do conhecimento:** para um diálogo com a saúde coletiva. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

TAVARES, Inara do Nascimento. Reflexões sobre o debate pós-colonial desde percepções de si. In: BANIWA, Braulina; KAIKGANG, Jozileia; TREMEMBÉ, Lucinha (org.). **Vivências diversas:** uma coletânea de Indígenas mulheres. São Paulo: Hucitec, 2020, p. 65-81.



MEMÓRIAS DE UM PROFESSOR MACUXI: DO MOVIMENTO SOCIAL À POLÍTICA DE EDUCAÇÃO ESCOLAR INDÍGENA¹

Fausto da Silva Mandulão (*in memoriam*).
(1961-2020) Liderança Indígena do Povo Macuxi, pai de 5 filhos, avô de 11 netos, casado com Josilenilda Cruz Cadete, foi educador e diretor de escolas Indígenas em Roraima, atuou na Organização dos Professores Indígenas de Roraima (OPIRR) e Conselho Indigenista de Roraima (CIR), sendo um pioneiro da luta pela educação escolar Indígena.

Introdução: formação superior – dois tempos, um em branco e outro colorido, a licenciatura intercultural

Em 1992, quando a Universidade Federal de Roraima (UFRR), recém-criada, abriu inscrições aos professores da rede pública para preenchimento de vagas remanescentes em diversos cursos, através da análise de currículos, apresentei a minha documentação pleiteando uma vaga no curso de Matemática. Fui classificado, cursei o semestre 1992/2, matriculado em quatro disciplinas do curso, e, durante o semestre, por ser do movimento Indígena, tive contato com os professores da área de Ciências Sociais, que orientaram minha transferência para o curso de Antropologia no semestre seguinte.

Fiquei na cidade de Boa Vista entre 1993 e 1994, cursando Ciências Sociais, e, por motivos diversos, inclusive profissionais, tive que trançar a minha matrícula em 1995 e retornar para a comunidade para assumir a Gestão da Escola, não retornando mais à universidade – o que me fez ser jubilado. Foi um tempo em branco que passou na minha caminhada, e faz-me falta não ter concluído o curso. A universidade, na época, estava menos preparada do que hoje para receber os acadêmicos Indígenas, e o preconceito estava presente em cada metro quadrado do espaço da instituição, fator que também influenciou na minha desistência em continuar estudando.

A partir dos anos finais da década de 1990, o tempo da alegria foi se aproximando, ficando colorido como as cores dos cocaleres Indígenas, com a articulação entre o movimento Indígena e a UFRR, durante as assembleias dos professores Indígenas nas comunidades Malacacheta, Raposa e, por fim, Canauanim. De lá,

¹Este texto é uma edição do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, em março de 2010, ao Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena da Universidade Federal de Roraima como pré-requisito para a conclusão do Curso de Licenciatura Intercultural, na Área de Habilitação em Ciências Sociais, sob orientação de Prof. M.Sc Luiz Otávio Pinheiro da Cunha. Foi realizado recorte do texto original, mantendo-se a integridade da redação, mas com algumas alterações de ordem e pequenos ajustes na redação realizados por Ana Lucia de Moura Pontes e Felipe Rangel de Souza Machado. Foi pedida a autorização dos filhos do autor, Joicilene Cruz Mandulão, Giovana Cruz Mandulão, Josafá Lucas Cruz Mandulão, Juliana Cruz Mandulão, Giofan Erasmo Cruz Mandulão e sua viúva Josilenilda Cruz Cadete, que revisaram e aprovaram a versão final.

saíram a Carta de Canauanim² e a tomada de consciência de se construir um espaço político na universidade para a implantação de um curso especificamente para formar professores Indígenas, que atendesse às demandas das escolas Indígenas, principalmente as que ofertam o Ensino Médio.

O processo foi se consolidando pelos esforços das instituições e pela boa vontade de algumas pessoas – em especial, uma que levou muito a sério esse desafio, a professora Maria Auxiliadora, “a Dora”, como chamávamos e como era conhecida, que se dedicou de corpo e alma à construção desse projeto e deu a vida ao Curso de Licenciatura Intercultural. Reconhecemos isso.

Também fico gratificado em dizer que tive a oportunidade de poder participar na construção desse curso para eu estudar e me formar. E penso que isso é o correto: assim como eu construo a minha casa para eu morar, a minha roça para eu plantar e sustentar a minha família, também deve ser com os cursos de formação dos povos Indígenas.

Após a publicação do edital para o primeiro vestibular especificamente Indígena e o ingresso no curso da Licenciatura Intercultural, fiquei maravilhado, tomado por uma imensa alegria de poder me inscrever. Fiz o vestibular, mas não fui muito feliz, pois, como eu não estava dando aula naquele momento, não fui pontuado nesse critério e minha classificação passou dos primeiros 60 classificados. Fiquei em 66º lugar, mas não hesitei, ao contrário, como membro coordenador do Conselho dos Professores Indígenas da Amazônia (Copiam), participei mais ativamente das reuniões de construção do Projeto Político Pedagógico e outras ajudas ou colaborações, como a doação de recursos financeiros, à época, de R\$3.000,00, transferidos do Copiam para a Licenciatura Intercultural. Esse dinheiro funcionou como ajuda de custo, pois, naquele momento, os alunos não tinham recursos nem mesmo para comprar a sua alimentação. No segundo vestibular, em 2005, voltei a me inscrever e me saí bem, ficando classificado em 63º lugar na segunda turma, para começar a estudar somente no segundo semestre do ano.

Aqui, começa uma nova história de investimento em mim mesmo. Foi uma coisa muito boa que aconteceu em minha

² Carta de Canauanim, de 2001, redigida durante a Assembleia Geral da Organização dos Professores Indígenas de Roraima (OPIRR) demandou à Universidade Federal de Roraima a criação de cursos específicos para Indígenas e resultou na criação do Instituto Insikiran de Educação Superior Indígena.

vida, ainda mais que a minha companheira de todos os momentos também estava no processo. Vou me formar em um curso diferente, formatado para mim, Indígena, com a idade de 44 anos, pois não tive a oportunidade, quando mais jovem, de fazer um curso em nível superior, como deveria ser. Agora, posso garantir ao meu povo e aos meus netos que posso ajudá-los, posso dar um passo à frente e soltar para os quatro cantos e ao vento o grito da liberdade. Foram muitos os desafios e sacrifícios que varamos pela vontade de vencer, e as etapas foram períodos de aprendizagem ímpar, já que os formadores não mediram esforços para discutir e transmitir suas experiências.

Este texto é o recorte do Trabalho de Conclusão de Curso que objetivou apresentar as reflexões de um professor Indígena Macuxi, por meio de suas memórias e vivências, o que lhe permitiu aproximar-se mais de si mesmo e compreender-se na profissão que lhe foi escolhida pelas circunstâncias que a própria vida lhe impôs. Agradeço os esforços que meus pais empreenderam para me encaminhar e à luta de que me fiz participante para que os professores Indígenas em Roraima pudessem concretizar o sonho da Educação Indígena específica e diferenciada, incentivando-os ao crescimento intelectual e à transformação profissional.

Apresento, aqui, a trajetória escolar desde o momento em que, ainda criança, fui escolhido para terminar a formação no internato de Surumu, as dificuldades que me levaram a perceber a minha identidade étnica, construindo-me como sujeito autônomo, crítico e consciente das minhas responsabilidades individuais e coletivas, com o respeito ao meu povo. Evidencio os meus momentos cotidianos sem perder as esperanças de voltar à maloca com minha formação acadêmica concluída, para servir ao meu povo.

Abordo como me encontrei sendo professor Indígena e gestor, chegando ao Conselho de Educação de Roraima, na perspectiva de defender os direitos já constituídos, bem como propor outros que contemplem e possam garantir melhores condições de vida aos povos Indígenas de Roraima. Descrevo minha formação prática, crítica e teórica perpassada por um tripé: o Movimento Social Indígena, a Política Governamental de Educação Escolar Indígena e o Curso de Licenciatura Intercultural/Instituto Insikiran/UFRR.

O presente texto-memorial mostra alguns dos meus passos de convivência na comunidade Indígena e os diversos caminhos que se trilham, além das dificuldades nessa caminhada para chegar ao final de um Curso Superior, bem como proporcionar melhor com-

preensão da nova visão que se adquire na busca de informações para ser atuante na mudança para um futuro educacional melhor de um povo.

Frequentando a escola (primário e ginásio) – de 1969 a 1978

Aos sete anos, mais precisamente em 1969, fui matriculado na Escola General Rondon, onde estudei o primário, a 3^a e a 4^a séries – que foram repetidas, respectivamente, devido a uma tragédia na família e porque meus pais não tinham condições financeiras para eu continuar meus estudos em Boa Vista, lugar mais próximo onde tinha o ginásio.

Meu pai, pouco letrado, estudou até a 2^a série, mas sempre foi uma pessoa preocupada com a educação de seus filhos. Incentivava-nos aos estudos, cobrava ferrenhamente que cumpríssemos com os nossos deveres escolares e nos entregava nas mãos do professor para que esse pudesse “educar” à sua maneira. Ainda falava que não ia questionar o professor, porque ele estava certo e só queria o melhor para o aluno.

Lembro-me de que a formação escolar era direcionada a preparar cidadãos brasileiros para a sociedade nacional, a exemplo de jovens que saíram da comunidade para servir ao Exército Brasileiro ou então ser funcionários públicos, e nunca mais retornavam. Para fortalecer a ideia de patriotismo e criar nas pessoas o entusiasmo do civismo, a escola comemorava as datas cívicas, como o dia da morte de Tiradentes, o descobrimento do Brasil, o Dia do Soldado, o Dia das Mães, a Independência do Brasil, a Proclamação da República e o Dia da Bandeira. E, durante essas datas, apresentávamos cartazes do tipo: Salve Pedro Álvares Cabral! Viva a independência do Brasil! Independência ou morte! Viva o Brasil! Tínhamos que recitar poesias diante dos nossos pais, além de aprender os hinos nacional brasileiro, da proclamação da República, do soldado, da independência. Ficávamos em forma (enfileirados) diante do mastro da bandeira brasileira para hasteá-la, o que era feito por um aluno, enquanto cantávamos o hino nacional e o do Território de Roraima, todos os dias, antes de entrar na sala de aula.

O professor pregava que os homens tinham que servir à pátria brasileira, fazendo questão de levar a lista de nomes

dos rapazes Indígenas para o comandante do Exército Brasileiro, em Boa Vista, para fazer divulgação pelo rádio, chamando-os a se apresentarem na Corporação. E por isso era necessário estudar para ser alguém na vida, ter um emprego e não ficar na maloca, trabalhando em serviços braçais na roça ou sendo mão de obra barata, como peão, nas fazendas.

As aulas aconteciam sob rígida ordem disciplinar: quem brigasse com o colega ou respondesse ao(a) professor(a) era castigado, ficava em pé, só com uma perna, com os braços abertos, ou de pé, com os braços abertos, durante horas, ou ainda com os braços para trás e o rosto encostado no canto da parede. As carteiras com espaços para dois alunos ficavam enfileiradas, para que o professor pudesse nos ver de sua mesa, que ficava bem na frente, e junto à qual se sentava, geralmente fumando.

Na 1^a série, a alfabetização se dava por meio da soletração e, nas séries posteriores, se fazia muita leitura do livro do aluno, muita cópia no caderno (para desenvolver a estética da grafia), e faziam-se muitas operações matemáticas. Nas sextas-feiras, tinha a famosa sabatina de tabuada, sob a regência do professor, que utilizava a palmatória de madeira. Quem errasse o resultado da operação que ele perguntasse levava um bolo³ do colega que respondesse corretamente. Caso tivesse dó de quem havia errado, dando-lhe um bolo suavemente (de compadre), o professor castigava o aluno “bondoso” com bolo dado por ele próprio. Por isso, tínhamos que bater com força nos nossos colegas que pouco dominavam a tabuada.

Percebe-se que aquela escola não valorizava os conhecimentos do povo Indígena da maloca e muito menos os respeitava. Nunca se ouviu falar de língua Indígena, e o que se ouvia é que alguns idosos falavam “gíria”. Gíria era o termo utilizado pelos não Indígenas e pelos próprios parentes, que, pela inércia do ensino compulsório ali oferecido, assimilavam essa expressão para se referir às línguas maternas. Poucas pessoas na comunidade falavam a língua Indígena, havia apenas um grupo de idosos que dialogavam entre si.

A comunicação do dia a dia na maloca era na língua portuguesa e éramos obrigados a ter pleno domínio dela. Caso falássemos errado, como trocar o artigo feminino pelo masculino, com certeza, éramos vítimas de escárnio. Como a maloca ficava no meio das fazendas dos ditos “pioneiros” (Bessa, Melo, Magalhães, Gomes),

³ Com a palmatória de madeira, era aplicada uma solapada na palma da mão do aluno.

com uma fazenda de gado bovino (dos Bessa) e um comércio para venda de estivas em geral, inclusive de bebidas alcoólicas, a presença dos “civilizados”⁴ era permanente. Esse contato alimentava a tese de que a gíria não servia, de que a língua portuguesa era a língua que todo mundo entendia e que deveria ser usada para se comunicar com o senhor governador e demais autoridades. Por isso, falar gíria era feio. “Esqueçam a gíria!”

Então, pergunto: Naquele tempo, ninguém era índio? Éramos ingênuos ou ignorantes?

Além da comunidade, considerada como instituição social macro, duas instituições sociais de muito poder sempre estiveram presentes na maloca: a escola e a igreja. Elas funcionavam como aparelhos ideológicos, formadores de ideias, capazes de trazer de fora conhecimentos e mudar o pensamento das pessoas. A escola sempre teve como objetivo “embranquecer” os povos Indígenas, civilizando-os para integrá-los à comunhão nacional; enquanto a igreja cuidava espiritualmente dos povos e da salvação de suas almas, com a mesma tônica, como descrevem Márcio Silva e Marta Azevedo:

A implantação de projetos escolares para populações Indígenas é quase tão antiga quanto o estabelecimento dos primeiros agentes coloniais no Brasil. A submissão política das populações nativas, a invasão de suas áreas tradicionais, a pilhagem e a destruição de suas riquezas, etc. tem sido, desde o século XVI, o resultado de práticas que sempre souberam aliar métodos de controle político a algum tipo de atividade escolar civilizatória. Tais atividades escolares se desenvolvem de forma sistemática e planejada: os missionários, que foram os primeiros encarregados desta tarefa, dedicaram a ela muita reflexão, tenacidade e esforço. O colonialismo, a educação para os índios e o proselitismo religioso são práticas que têm, no Brasil, a mesma origem e mais ou menos a mesma idade (Silva; Azevedo, 1995, p. 149).

Esses autores asseguram que essa prática atravessou diversos momentos políticos brasileiros sem abalo – ao contrário, se fortalecia a cada novo momento, dizendo que:

Com a República, o quadro não mudou significativamente no que diz respeito à educação escolar Indígena. Mas uma

4 Termo utilizado para identificar os não Indígenas.

vez se observa a inércia do Estado e o grande fluxo de missões religiosas encarregadas da tarefa educacional civilizatória. [...] o panorama da educação escolar Indígena foi um só, marcado pelas palavras de ordem “catequizar”, “civilizar” e “integrar”, ou em outra cápsula, pela negação da diferença (Silva; Azevedo, 1995, p. 150).

Por isso, não é de se estranhar que a minha família fosse seguidora fiel da religião católica, presente nas festas do padroeiro da comunidade e/ou ladinhas⁵ promovidas pelo morador no dia do santo do qual era devoto e para quem teria feito a sua promessa. Percebe-se que a igreja tinha muita influência na comunidade, selecionando jovens que deveriam receber a primeira eucaristia, prestando casais para receber o matrimônio e, ainda, batizando muitas crianças.

Nessa preparação, fui incluído como um dos adolescentes que deveriam ter uma atenção especial por parte do padre da região, como candidato a estudar no internato de Surumu⁶. Poucos se interessaram pela proposta de sair da comunidade para estudar no internato. Meu pai me indicou e apoiou para que eu estudasse, pois, naquele tempo, fazer a 5^a série era como passar no vestibular nos dias de hoje. Sair da maloca Boqueirão e ir para “longe”, continuar os estudos, foi um orgulho para mim.

Período do internato e magistério – de 1978 a 1986

Em 1975, com 13 anos de idade, saí da maloca Boqueirão, escolhido pelo padre da região, deixando todos os familiares e parentes, e fui para o internato da Missão São José/Surumu, estudar no Colégio dos missionários da Congregação Consolata, da Prelazia de Roraima, onde cursei o Ginásio (Ensino Fundamental de 5^a a 8^a séries), até o ano de 1978.

Os primeiros meses no internato, distante dos meus familiares e da minha comunidade, foram muito difíceis. Houve um impacto de adaptação quanto ao local, pois tudo era diferente: as pessoas, as estruturas físicas e de funcionamento, os horários

5 Segundo os dicionários, é uma oração formada por uma série de invocações curtas e respostas repetidas. É uma forma de liturgia religiosa cantada e rezada, em torno de sua promessa, santo do dia, ao qual o fiel tenha feito sua promessa.

6 Surumu é uma região localizada ao leste do estado de Roraima, no Município de Pacaraima, Terra Indígena Raposa Serra do Sol, antiga Vila Pereira, hoje comunidade Indígena Barro.

estabelecidos para tudo, hora para acordar, trabalhar, estudar, dormir, rezar, comer alimentos diferentes (cardápios que não eram do meu hábito alimentar). Durante a noite, refletia, recolhido na minha rede, para me livrar da tentação de meus colegas, para não acompanhá-los nas festas na Vila Pereira ou nas comunidades próximas.

Os passeios programados no internato eram para pescar nos lagos, igarapés ou rios, além de tomar banho no rio e dormir durante o dia todo. Embora fosse legal se banhar no rio, brincar naquela praia de areia alva e tudo mais, eu achava muito estranho, diferente do passeio na comunidade com os meus pais, onde nós visitávamos as casas dos parentes, conversávamos, tomávamos pajuaru, comíamos damorida e frutas diversas.

Puxa! Tempos que não voltam jamais! Outra ação em relação à qual procurei me policiar foi não me envolver com bebidas alcoólicas durante todo o período de internato, pois quem se envolvesse seria mandado de volta para a comunidade de origem. Temia ser repreendido, seja lá qual fosse o motivo, sempre convivendo da melhor forma possível, seguindo o regimento da casa, me esforçando para alcançar os objetivos pelos quais eu estava ali. E o objetivo maior era me formar e retornar para a comunidade para ajudar, ser um catequista dinâmico. Trabalhava em um horário e estudava no outro, com atenção nas diversas atividades das funções que exercia.

Com o passar do tempo, estudo, trabalho e oração foram virando rotina, afinal, foram quatro anos no internato. Eu estudava pela tarde, de segunda a sexta-feira, e trabalhava pela manhã, até sábado. Durante a noite, na semana, estudávamos das 19h às 21h, eram momentos para leitura, pesquisa e feitura das tarefas das aulas do dia.

Durante a semana, todas as manhãs, antes do café, pelo menos meia hora de círculo bíblico⁷ era obrigatória para todos aqueles que estivessem livres. Enquanto isso, outro grupo estaria nas funções de apoio ou logística, como limpar os espaços de convivência, colher verduras na horta e entregá-las na cozinha, cuidar da pocilga e do aviário, tirar leite das vacas, fazer o abate do boi, abrir a carne e salgá-la, pois não tinha energia elétrica permanente para armazená-la. Por isso, esse grupo não participava das orações e reflexões durante as manhãs.

7 O círculo bíblico consistia na leitura de texto bíblico e todos deveriam fazer a sua interpretação oral, relacionando-a com o dia a dia de sua vida ou formação.

Éramos cobrados que tirássemos boas notas, pois tínhamos muito tempo para estudar. E isso era muito importante, porque entre nós mesmos havia uma competição para ver quem tirava as melhores notas, o que nos incentivava a ter mais dedicação e esforço para estarmos preparados no dia da prova.

Acredito que a minha participação, tanto na comunidade, durante as férias, quanto no internato, durante a minha formação, era considerada boa e foi decisiva para eu ser convidado pelo padre-diretor a continuar morando no internato e trabalhando na escola local. Fui contratado como professor pelo Governo do Território Federal de Roraima, para dar aula na escola da Missão, e me comprometi a prestar trabalho “voluntário” como Assistente⁸ de alunos Indígenas internos, ali mesmo no internato.

No ano de 1980, o governo implantou o projeto de formação para professores que atuavam nas escolas da zona rural de Roraima, o Magistério Normal Parcelado, ofertado pela Escola de Formação de Professores de Boa Vista, com etapas durante as férias. Nesse projeto, incluíram-se os professores das malocas, porque eram considerados professores de zona rural.

Foi quando tive oportunidade de estudar o 2º Grau, especificamente o Magistério, ao matricular-me nesse curso. Essa formação foi concomitante à minha função de docência. O curso de formação de professores era ofertado em Boa Vista, duas vezes por ano. A primeira etapa acontecia durante as férias do início do ano, se estendendo por mais um mês (janeiro e fevereiro), e também durante o recesso escolar do mês de julho. Era muito bacana e, embora não fosse um curso específico para os professores Indígenas, ajudou a construir e a fortalecer caminhos para a consciência do respeito à diversidade, visto que tinham professores negros e a coordenação do curso era sensível a essa política. Recebíamos uma ajuda de custo (bolsa de estudo) durante a etapa presencial. Concluí o curso somente em 1986, porque, ao sair da Missão São José, rompidas as relações com os seus diretores, eu fui obrigado pelo sistema a pedir demissão do trabalho. Naquele ano, a secretaria de Estado da Educação era uma Madre, Irmã Cristina, e não me foi concedida a transferência para outra escola, pois queriam a todo o custo que eu permanecesse na escola da Missão. Diante disso, não me curvei à imposição, pedi demissão e fui trabalhar na iniciativa privada, em Boa Vista, durante um ano, em 1983, quando

8 Pessoas de confiança escolhidas pelos diretores dos internatos que monitoravam os alunos internos em todas as suas atividades; com a função de fiscalizador.

nasceu a minha primeira filha, Joicilene. Fui chamado pela Secretaria de Educação, recontratado na função de professor, em 1984, também retornando aos meus estudos do Magistério, em 1985, quando, então, pude prosseguir e concluir o curso no ano seguinte.

Ser professor e assistente na Missão São José/Surumu – de 1979 a 1982

No ano de 1979, com 17 anos de idade, fui contratado pelo Governo do Território Federal de Roraima como Regente de Ensino, exercendo a função de professor na Escola Padre José de Anchieta, localizada na Missão São José/Surumu.

A partir desse ano, tive que iniciar uma nova convivência, agora como assistente no internato e professor na escola. Ser docente era um desafio, porque eu estava ali, sem a mínima preparação para a docência, e nunca na minha vida tinha ministrado aula. Comecei a trabalhar com crianças da 4^a série com todas as disciplinas, e de 5^a a 8^a série com a disciplina de Ciências.

O problema eram os alunos, meus colegas de diversões, jovens com a minha idade, outros com mais anos que eu. Eu me sentia inseguro, imaginava que essas pessoas não iam me respeitar, achava que eu não teria suporte moral com as crianças ou então que, a qualquer momento, não teria domínio do assunto que estava trabalhando – o que durou pelo menos um ano. Aprendi muito com os meus colegas professores, até mesmo por conta do sistema de ensino que cobrava muito sobre planejamento pedagógico e regência em sala de aula.

A visão analítica que tenho é que, em 1979, entrei no círculo vicioso do modelo tradicional de educação que era oferecido ao povo brasileiro. Segundo Paulo Freire, a educação que impõe, opõe e exclui é a educação bancária. Eu aprendi a ser um pouco disso como professor, porque assim o sistema me modelou: a ser rígido com os alunos, querer que eles mantivessem a ordem absoluta, que agissem como eu achava que era o correto, com pouco diálogo para a conscientização e mais imposição – e reprovar aluno era o meu objetivo,creditando que a reprovação seria um instrumento de punição eficiente e capaz de exemplificar.

Procurava dificultar a aprendizagem do aluno, agindo como um “depositador” de conhecimentos, e os alunos eram os depósitos vazios. A experiência durante quatro anos naquela unidade, ministrando as disciplinas de História e Geografia, Educação Moral e Cívica (EMC) e Organização Social e Política Brasileira (OSPB), foi mais uma escola de formação para mim do que de formação para os alunos. A convivência com outros professores, de um lado, e com os alunos internos, do outro, me proporcionou conhecimento, amadurecimento e mudança para ser um docente que pudesse repassar aos meus alunos os conhecimentos necessários que servissem de suporte para que cada um exercesse a sua cidadania.

Ser assistente de alunos internos foi outro desafio concorrente ao início da docência, principalmente porque a relação entre assistente e interno era vista como desarmoniosa, pois os assistentes anteriores eram rígidos e infligiam aos internos as atividades de penitência, sob sol escaldante, principalmente aos ditos “rebeldes”, aos “preguiçosos”, àqueles que infringiam o regulamento da casa – e, por isso, eram chamados pelos internos de “chefes”.

Diante desse quadro de relação, eu era superior aos parentes e inferior aos diretores do internato, e precisava desconstruir essa relação existente e construir uma nova relação que me identificasse com os internos. Essa nova proposta de construção de relação passa a ser discutida no planejamento anual das ações do internato, ocasião na qual incluímos festas dançantes, duas ou três vezes por ano, participação em eventos fora do colégio e outras atividades de socialização entre internos masculinos e femininos, entre a Missão São José e a comunidade Indígena, dando a compreender que o exercício da interculturalidade estava presente e começava a ser respeitado.

Estávamos em 1982, e já percebíamos muitas mudanças, como o ensino da língua uma vez por semana. Porém queríamos mais, queríamos que fosse respeitada a especificidade dos alunos, principalmente a referente aos valores culturais. E para terminar essa minha relação com a Missão São José, decidi sair da escola que funcionava nas dependências da Missão. Primeiro, porque constituiu uma família, me casei com Josilenilda, interna do colégio, e precisava dar mais atenção a ela. Segundo, porque havia um conflito de ideias entre mim e os superiores, pois já não aceitava a subalternidade e não podia avançar na caminhada iniciada. Por isso, a alternativa foi romper, me afastando daquela instituição, causando a minha saída até do emprego.

Ser "Índio professor" em escola não Indígena

Em 1984, depois de ficar afastado por um ano da educação, recebi o convite da Secretaria de Educação para voltar a ser professor em uma escola não Indígena no Município de São João da Baliza. Aceitei o convite, permanecendo durante um ano na sede do município, queria a todo custo voltar a ser professor, dar aulas, ter contato com crianças.

Estar em contato direto com alunos de outras culturas foi uma experiência muito interessante que valeu a pena. Assumi uma turma de 4^a série, com 48 alunos, vindos de famílias de origens diversas: a maioria, humilde, e uma parcela, de classe média.

Os de origem humilde eram nordestinos e nortistas e havia alguns sulistas pobres. Também ministrava aulas nas disciplinas de EMC, OSPB e Geografia para alunos de 5^a a 8^a séries, que também tinham as mesmas características e origens dos alunos da turma de 4^a série, com a diferença de que esses eram adolescentes e aqueles outros, adultos.

A relação entre professor e aluno mudou, e isso serviu de referencial para que eu pudesse repensar o meu conceito de professor. Com o contato direto com diversas culturas, ouvindo todos os dias o sotaque do menino-aluno nordestino, o chiado da fala do amazonense, o "tchê" do gaúcho ou então o "uai" do mineiro na sala de aula, percebi o quanto as pessoas valorizavam o seu diferente, o seu jeito de ser no meio em que conviviam, e não tinham vergonha de ser o que eram e de falar como falavam. Isso fortaleceu ainda mais a minha identidade étnica, me ajudando a incorporar o meu espírito Indígena e retornar à minha comunidade natal, para assumir o compromisso até então não assumido desde a formação ginásial. Isso foi a gota d'água para que eu começasse a pleitear, o mais rápido possível, a minha transferência para a escola da maloca de onde saí.

Sendo professor Indígena na escola Indígena

No ano de 1985, a Secretaria de Educação atendeu à minha solicitação de transferência para a escola da minha comunidade, Boqueirão. Fui recebido na comunidade, com muito carinho, depois de dez anos ausente das ativi-

dades normais ou como morador permanente. Assumi a gestão administrativa da escola, e isso foi motivo de discórdia entre alguns professores não Indígenas, que não aceitaram ser comandados por um “caboclo”⁹, visto que todos os gestores que me antecederam não eram Indígenas e, pela primeira vez, um professor Indígena assumia a direção naquela escola. Isso era mais do que novidade. Era uma coisa nova para uns e o cúmulo do absurdo para outros. Para uma escola ou localidade que passou 50 anos convivendo com imposição, obviamente é de se estranhar quando, de repente, uma pessoa-filha da comunidade chega e assume o leme das atividades.

Fiquei como diretor na escola até a metade do ano de 1992. De início, me reuni com a Associação de Pais e Mestres (APM) da escola e outros pais aliados. Elaboramos um planejamento de trabalho coletivo, com a finalidade de alavancar a autoestima dos pais, pois o diretor anterior lhes aplicara uma rasteira, levando consigo objetos exclusivos da escola e os recursos arrecadados em eventos organizados. Fizemos denúncias que, posteriormente, transformaram-se em um processo administrativo na Secretaria de Educação contra aquele funcionário.

Começou uma aproximação visível entre escola e comunidade, pais e professores, professores e alunos. A relação entre escola e comunidade se deu de forma tão forte, que os professores se faziam presentes nas reuniões comunitárias; assuntos pertinentes à educação entravam na pauta da reunião para serem debatidos por todos; nos planejamentos de trabalhos comunitários, os professores estavam envolvidos; nos trabalhos da escola, os pais participaram; e, nos eventos da escola, todos estavam presentes.

A relação entre professores e pais foi se fortalecendo na socialização dos problemas e êxitos vivenciados pelos alunos, seja no dia a dia na sala de aula ou nos resultados finais de seus desempenhos. Já a relação entre professores e alunos tornou-se mais forte quando foram realizadas as atividades extraclasse, como excursões de estudo, sexta-cultural e outras ações que não se realizavam porque os gestores anteriores não reconheciham outras maneiras de ensinar.

As aulas foram sendo repensadas através de outras metodologias de ensino, com ludicidade e mais participação dos próprios alunos no planejamento das atividades e dos eventos da escola. O

⁹ Os dicionários consideram como “caboclo” o mestre-de-branco com índio. Em Roraima, o termo é muito usado pelos não Indígenas, com sentido pejorativo, para identificar qualquer Indígena ou depreciá-lo.

produto desse trabalho foi visto nos resultados finais, com menos reprovações, menos desistências de alunos, mais interesse e maior valorização deles por parte do professor.

Como diretor da escola, viabilizei a implantação da modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA) no segundo segmento (de 5^a a 8^a séries), através de um programa estadual para essa faixa etária, chamado Projeto Piracema, em 1992. As pessoas que não estudaram na idade convencional passaram a frequentar a escola e tiveram oportunidade de concluir seus estudos. Lembro-me de que várias senhoras começaram a estudar, e os comentários corriam soltos na comunidade de que “papagaio velho não aprende a falar”. Foram muitas as dificuldades para elas, pois, como as aulas eram noturnas, tinham que enfrentar a escuridão, a chuva e, às vezes, vinham até adoentadas, isso sem falar nos problemas familiares (filhos, maridos e tudo mais que imaginamos). Mas valeu a pena, porque, ao concluírem o curso, ingressaram no Magistério Indígena e, consequentemente, tomaram-se professoras na comunidade. A exemplo disso, temos professoras que concluíram o Magistério, fizeram o concurso público específico para professores Indígenas oferecido pelo estado e, hoje, são do quadro efetivo.

Também implantamos as séries finais do Ensino Fundamental (5^a a 8^a séries), com o ensino da língua Indígena Macuxi a partir das séries iniciais. Assim, os jovens tiveram a oportunidade de concluir os seus estudos na comunidade, perto de seus familiares.

Portanto, naquela comunidade, foram muitas as iniciativas de preparação dos jovens Indígenas para estudar e ser capazes de ajudar, de alguma forma, a sua comunidade a atender à demanda existente há muitos anos nas áreas da educação, da saúde, do social, da sustentabilidade, da economia e do ambiente – enfim, em favor da vida do povo Indígena. Atualmente, muitos professores que estão trabalhando naquela unidade escolar tiveram o meu apoio, recebendo nosso encaminhamento para ser contratados, para fazer sua formação continuada, valorizar o seu povo, lutar pelos seus direitos, fazer respeitar a diferença e reconhecer a escola como parte da comunidade.

Na Divisão de Educação Indígena e no movimento dos professores Indígenas

No período entre 1992 e 1994, passei por uma experiência que não posso deixar de mencionar. Saí da escola como gestor e fiquei lotado na Divisão de Educação Indígena (DEI), da Secretaria de Educação, em que o professor Sebastião Bento era o chefe. Ele me convidou para fazer parte de sua assessoria e, em outros momentos, ser articulador da Organização dos Professores Indígenas de Roraima (OPIRR), pois, até aquele momento, era o coordenador da instituição.

Planejamos, organizamos e realizamos assembleias da Opir em locais considerados estratégicos, como a que foi realizada na antiga sede da Funai, na Fazenda Nacional São Marcos, região do Baixo São Marcos e na comunidade Indígena Raposa, onde o número de professores Indígenas era expressivo, visto que, nessa conjuntura política, o movimento era muito jovem, e pouca gente acreditava nele.

Ainda estava no trabalho de divulgação e conscientização para o fortalecimento da Educação Escolar Indígena em Roraima, onde, dentre as propostas de ação, havia o Magistério Indígena. Ele ainda estava em fase de elaboração de seu Projeto Político Pedagógico, pois era uma proposta inédita de formação específica, iniciando o curso em 1994, com 70 alunos. E nessa elaboração foram várias reuniões com os técnicos da Seduc - RR, lideranças, professores Indígenas e especialistas para a construção de uma proposta que respondesse às demandas das comunidades, por ser um curso inovador e específico para Indígenas.

Ainda como membro da assessoria da DEI, viajava para as regiões, visitando as escolas Indígenas. Nessas viagens, nos deparamos com situações diversas pelas quais as escolas Indígenas ainda passam, como falta de material didático básico (lápis, caderno, borracha), falta de merenda escolar, merenda com prazo de validade vencida ou, ainda, presença apenas de gêneros alimentares que não eram do hábito alimentar das crianças, falta de professor, de pessoal de apoio e administrativo (merendeiras, zeladores, secretários).

Em muitas escolas, consideradas multiseriadas e unidocentes, onde os alunos eram poucos, havia apenas um professor que fazia de tudo – o trabalho de merendeiro, zelador, secretário e diretor –, menos o planejamento da sua aula. Na maioria das comunidades, a

escola funcionava em estruturas construídas pelas próprias pessoas, no modelo tradicional (madeira roliça, parede de adobe ou enxameado — madeira e barro, cobertura de palha de buriti, piso de barro batido), funcionando em dois turnos, com o professor trabalhando 20h semanais. Em outras, havia professores voluntários trabalhando há mais de dois anos, com ajuda apenas da comunidade ou da região, sem apoio da Seduc-RR.

Eram muitas as reclamações que as comunidades faziam do professor, desde a falta na escola (não aparecer para dar aula) até na comunidade (a sua não participação nos trabalhos e nas reuniões comunitárias). Por outro lado, o professor argumentava em sua defesa que dependia da Seduc-RR para a liberação do material, da merenda, do seu pagamento salarial, e falava da distância para se deslocar até a cidade, da dificuldade de trazer até a escola todos esses materiais, devendo pagar o transporte, fretar carro com preço altíssimo.

Como representantes do poder público que deveria solucionar os problemas, o máximo que fazíamos era anotar tudo. Embora não solucionássemos os problemas, encaminhávamos todas as queixas a quem tinha a incumbência de resolvê-las. Fazíamos o nosso papel de educador, de conscientização para a valorização da escola Indígena, da importância que tem a “educação escolar Indígena, específica e diferenciada, bilíngue e intercultural”, do papel preponderante que a comunidade exerce para a autonomia de ter uma escola e um professor Indígena, da valorização e da manutenção do ensino da língua Indígena também na escola.

Sendo diretor de escola Indígena

Em 1995, depois de dois anos e meio afastado para estudar na cidade de Boa Vista, retornei à minha comunidade natal, onde assumi a gestão administrativa da escola (direção da escola). Fiquei como diretor da escola por quatro anos e, durante esse período, os trabalhos entre a escola e a comunidade ficaram mais fortalecidos. Foi feita a primeira formatura dos concluintes do Ensino Fundamental regular e Educação de Jovens e Adultos (EJA); construímos as casas de apoio para os professores; o quadro de servidores foi

acrescido com professores, pessoal de apoio e administrativo, valorizando o pessoal da própria comunidade. Além disso, outras pessoas que, havia vários anos, tinham ido morar na capital se empregaram no governo ao saber das facilidades de voltar e poder contribuir na comunidade, desenvolvendo suas atividades como funcionários públicos. Também foram valorizados na escola, e alguns jovens que tinham terminado o Ensino Médio foram chamados para compor o quadro de servidores.

Hoje, depois de uma profunda reflexão, vejo que naquela escola foram muitos os pontos negativos, pois a época justifica o porquê de sermos profissionais linha dura, formados por uma educação bancária, como descrita por Paulo Freire:

Na concepção “bancária” que estamos criticando, para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode verificar-se essa superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da “cultura do silêncio”, a “educação” “bancária” mantém e estimula a contradição. Daí, então, que nela:

- a) o educador é o que educa; os educandos, os que são educados;
- b) o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem;
- c) o educador é o que pensa; os educandos, os pensados;
- d) o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente;
- e) o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados;
- f) o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição;
- g) o educador é o que atua; os educandos, os que tem a ilusão de que atuam, na atuação do educador;
- h) o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele;
- i) o educador identifica a autoridade do saber com a sua autoridade funcional, que se opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele;
- j) o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos (Freire, 1987, p. 34).

Porém era necessário que alguém começasse a mudança para uma educação libertadora, em que a comunidade estudantil fosse a joia a ser cuidada. Fico orgulhoso e engrandecido por ter dado o pontapé inicial dessa empreitada na educação escolar Indígena na Escola Marechal Rondon, pois Freire reforça muito bem isso, assim:

É que, se os homens são estes seres e se sua vocação ontológica é humanizar-se, podem, cedo ou tarde, perceber a contradição em que a “educação bancária” pretende mantê-los e engajar-se na luta por sua libertação. [...] Um educador humanista, revolucionário, não há de esperar esta possibilidade. Sua ação, identificando-se, desde logo, com a dos educandos, deve orientar-se no sentido da humanização de ambos. Do pensar autêntico e não no sentido da doação, da entrega do saber. Sua ação deve estar infundida na profunda crença nos homens. Crença no seu poder criador (Freire, 1987, p. 35).

Em 1998, fui transferido para a escola Nossa Senhora da Glória, na comunidade Indígena Boca da Mata, região São Marcos, no Município de Pacaraima. Permaneci, ali, durante quatro anos, como gestor administrativo e professor. A escola ofertava apenas as séries iniciais do Ensino Fundamental, com um número reduzido de alunos, porque passava por um momento de dificuldade de gestão. Assumindo a direção da escola, fiz um diagnóstico da situação da relação entre escola e comunidade, e o produto não era dos melhores: havia desafios a serem vencidos, assim como metas a serem construídas e alcançadas. Animamos os pais de que era preciso juntar forças para caminharmos lado a lado, sermos parceiros. Eram muitos os problemas dos jovens, principalmente referentes à evasão escolar, à reprovação ao final do ano, à discriminação e ao preconceito com os alunos Indígenas que estudavam na sede do município, a 22km da comunidade. O que fazer para resolver tamanho problema?

Implantamos as séries finais do Ensino Fundamental na escola da comunidade, transferimos todos os alunos que estudavam fora para a nossa escola, investimos na formação de pessoal para contribuir como docentes na escola, assim como pessoal de apoio e administrativo (a exemplo da senhora Auristela, que, pelo Programa Municipal “Meu primeiro emprego”, auxiliava a secretaria da escola durante duas horas diárias e, às vezes, até mais, ganhando uma ajuda simbólica de R\$30,00). Alunos de outras comunidades também foram contemplados e valorizados, efetuando sua matrícula e, consequentemente, estudando na escola, trazendo, depois, sua família para morar na comunidade, pela necessidade de estudar, tudo pela motivação que dívamos para ele se formar.

Foi disponibilizado, também, o Ensino Médio, através de um programa estadual denominado Projeto Estadual de Telecurso do Ensino Médio (Petem). Mesmo não sendo um curso específico para Indígenas, era melhor do que o que ofereciam na sede do município, porque as pessoas interessadas tiveram oportunidade de concluir seus estudos sem sair da comunidade. A oferta do ensino da língua Indígena foi solucionada através da contratação do jovem Aurélio, nascido na comunidade, como professor de língua Indígena taurepang, hoje professor licenciado; bem como a transferência de um docente da língua macuxi para a nossa escola. Junto com a comunidade, mudamos o nome da escola para Escola Estadual Indígena Antonio Horácio, para homenagear um dos primeiros moradores e liderança da comunidade. Para ajudar na administração e canalizar os recursos, criamos a Associação de Pais e Mestres (APM) na escola. Devido à aproximação da escola com a comunidade, também se aproximaram os professores da rede da municipal e estadual que trabalhavam na sede do município, sendo muitas as visitas de cordialidade, os encontros para estudo da legislação educacional, de escolha de livros didáticos, desfile nas datas cívicas na sede do município e outros eventos, o que, para nós, povos e professores Indígenas, foi um momento de aprendizagem e de formação profissional.

A cultura foi o ponto alto na minha gestão, pois fazíamos a sexta-cultural, realizávamos excursão de lazer e de estudo, ajudamos na vigilância e na fiscalização da Terra Indígena São Marcos, revitalizamos a dança do parichara – embora não tenha sido nada fácil, pelo fato de a maioria das pessoas da comunidade ser evangélica. Mas valeu a pena o esforço de lutar. Sinto-me gratificado pela grande compreensão que a comunidade teve em confiar no meu trabalho e perceber que os resultados agora dão bons frutos, como uma escola motivada e de qualidade, com jovens com formação de Ensino Médio completo.

Considerações Finais: refletindo sobre ser professor Indígena

Eu fui contratado como Regente de Ensino, ministrando aula na escola em que conclui o Ginásio, permanecendo, ali, durante quatro anos. Durante esse período, cresci intelectualmente, reconheço que a minha bagagem cultural se avolumou,

mas esse crescimento não estava respondendo aos anseios do meu povo, da minha maloca, da minha cultura. Sentia que eu era apenas um professor, sem identidade étnica – havia um falseamento. Eu tinha desviado do caminho do compromisso que assumi perante a comunidade, o de retornar ao concluir os estudos.

Esse Fausto educador, que é Indígena não tão consciente, tem um *status* de professor, mas, por não valorizar ou não estar fortalecendo sua cultura, é um mero “índio professor”.

O professor faz tudo certinho: planeja, executa, avalia, redimensiona e propõe mudanças. Mas mudanças de quê? Para quê? Onde está a sua identidade étnica?

Foi somente em 1984, a partir da experiência no Município de São João da Baliza, como professor, com uma realidade completamente diferente das populações Indígenas, é que consegui despertar a minha identidade étnica. Percebi que algo estava fora do lugar, que havia uma desarmonia no que estava fazendo, pois não conseguia dialogar com os meus valores. O valor é o meu lugar, a minha maloca, o meu povo.

A primeira conquista foi a minha transferência de escola, em 1985, para a escola Marechal Rondon, da minha comunidade. Assumo a direção daquela unidade e inicia-se, de fato, um trabalho de fortalecimento, de valorização cultural e de identidade étnica. Esse novo personagem, conscientemente, assume sua etnicidade como “professor Indígena”, capaz de lutar e defender seus direitos.

E acredito que professor Indígena é isso: defensor do seu povo, da sua terra, da sua cultura, da sua língua, articulador da educação Indígena, formador de opinião e proposito de soluções para os problemas.

O professor Indígena que se prepara e se atualiza no seu mundo é um educador.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. **Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas**. Brasília: SEF/MEC, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 03 / CEB-CNE, de 10 de novembro de 1999**. Fixa as diretrizes nacio-

nais para o funcionamento das escolas Indígenas. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rceb03_99.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Referenciais para Formação de Professores Indígenas.** Brasília: MEC/SEF, 2002.

BUENO, Belmira Oliveira. O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores: a questão da subjetividade. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 11-30, jan./jun. 2002.

D'ANGELES, Wilmar da Rocha. Propostas para a formação de professores Indígenas no Brasil. **Aberto**, Brasília, v. 20, n. 76, p. 13-18, jul. 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1987.

GIROUX, Henry Armand. Professores como intelectuais transformadores. In: GIROUX, Henry Armand. **Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GOMES, Nilma Lino; SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves e (org.). **Experiências étnico-culturais para a formação de professores**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. Experiências e desafios na formação dos professores Indígenas no Brasil. **Aberto**, Brasília, v. 20, n. 76, p. 13-18, jul. 2002.

GUEDES-PINTO, Ana Lúcia. **Memorial de formação**: registro de um percurso. Disponível em: <http://www.fe.unicamn.br/ensino/graduacao/downloads/Oroesf-AnaGuedes.ndf>. Acesso em: 28 maio 2007.

MENEZES, Luiz Carlos. Só o bom professor salva. **Revista Nova Escola**, São Paulo, n. 202, maio 2007.

MONTE, Nietta Lindenbergs. Registros de práticas de formação. **Aberto**, Brasília, v. 20, n. 76, p. 19-33, jul. 2002.

NÓVOA, António (org.). **Profissão professor**. Porto: Porto Editora, 1991.

ORGANIZAÇÃO DOS PROFESSORES INDÍGENAS DE RORAIMA (OPIRR). **Documento final da XV Assembléia da Organização dos Professores Indígenas de Roraima**. Maturuca: Opir, 2007.

PASSEGGI, Maria da Conceição. As duas faces do memorial acadêmico. **Revista Odicéia**, 2002, v. 9, n. 13-14, p. 5-75.

PASSEGGI, Maria da Conceição. **Memoriais de formação:** processos de autoria e de (re)construção identitária. Comunicação apresentada na III Conferência de Sócio-cultural, no período de 16 a 20 de julho de 2000.

PERRENOUD, Philippe. **A prática reflexiva no ofício de professor:** profissionalização e razão prática. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. 232p.

PRADO, Guilherme do Val Toledo; SOLIGO, Rosaura. Memorial de Formação: quando as memórias narram a história de formação.... In: PRADO, Guilherme do Val Toledo; SOLIGO, Rosaura. (org.) **Porque escrever é fazer história:** revelações, subversões e superações. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007, p. 45-59.

RODRIGUES, Aryon Dall'Igna. **Sobre as línguas Indígenas e sua pesquisa no Brasil.** Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.nhn? id=S0009-67252005000200018-&script-sei arttext>. Acesso em: 28 maio 2007.

SACRISTÁN, José Gimeno. Consciência e acção sobre a prática como libertação profissional dos professores. In: NÓVOA, António (org.). **Profissão professor.** Porto: Porto Editora, 1991.

SANTOS, Gildenir Carolino. **Roteiro para elaboração de memorial.** Campinas: Unicamp, 2005.

SILVA, Rosa Helena Dias da. Afinal, quem educa os educadores Indígenas?. In: GOMES, Nilma Lino; SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves e (org.). **Experiências étnico-culturais para a formação de professores.** Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

SILVA, Aracy Lopes da; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. **Tematica Indígena na Escola:** novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. Brasília, MEC/MARI/ Unesco, 1995.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro; AMARAL, Ana Lúcia (org.). **Formação de professores:** políticas e debates. Campinas: Papirus, 2015.

VEIGA, Juracilda; D'ANGELIS, Wilmar da Rocha (org.). **Escola Indígena, identidade étnica e autonomia.** Campinas: Associação de Leitura do Brasil; Instituto de Estudos da Linguagem / Unicamp, 2003.



A FORMAÇÃO INTERCULTURAL DE GESTORES NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA

Ariosmara Mendes Barbosa.
Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Roraima (2006) e com Mestrado em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2012), é professor efetivo da Universidade Federal de Roraima, no Curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena/UFRR.

Ana Paula Barbosa Alves.
Graduada em enfermagem, é doutora em Ciências Ambientais (Recursos Naturais), pelo Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais (PRONAT-UFRR) e mestre em Ciências da Saúde pelo PROCISA/UFRR. É docente do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena/UFRR.

Introdução

A Universidade Federal de Roraima (UFRR) começou suas atividades em 1989, destacando-se como a primeira instituição federal de ensino superior no Brasil a criar uma unidade acadêmica dedicada à formação de Indígenas. Em 2001, foi criado o Núcleo Insikiran de Formação Superior Indígena, oficializado pela Resolução nº 015/2001-CUni [UFRR, 2001], que, em 2009, evoluiu para o Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, conforme a Resolução nº 009/2009-CUni [UFRR, 2009]. O Instituto Insikiran tem como missão o desenvolvimento profissional dos Indígenas de Roraima de maneira específica, diferenciada e intercultural, em colaboração com lideranças, professores, comunidades e organizações Indígenas, bem como a sociedade em geral (Freitas, 2017).

O nome Insikiran é inspirado na cosmologia dos povos que habitam o Monte Roraima. Para os Macuxi, um dos grupos Indígenas da região, Insikiran representa um dos filhos guerreiros de Makunaimâ e irmão de Anikê, figuras centrais em suas tradições culturais. A criação do Instituto foi uma resposta à demanda expressa pela Carta de Canauanim, de 2001, redigida durante a Assembleia Geral da Organização dos Professores Indígenas de Roraima (OPIRR), refletindo o compromisso da UFRR com a educação Indígena (Freitas; Alves; Barbosa, 2020; Freitas, 2017). Atualmente, em 2024, o Instituto Insikiran oferece três cursos de graduação destinados especificamente aos Indígenas: uma Licenciatura Intercultural para formação de professores, criada na origem do Instituto, e dois bacharelados introduzidos posteriormente – o Curso de Gestão Territorial Indígena, em 2009, e o Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, em 2012. Além dos cursos de formação, o Insikiran também realiza atividades de pesquisa e extensão, apoiadas por parcerias diversas, fortalecendo seu papel no desenvolvimento educacional e cultural Indígena.

O Insikiran atua sob uma perspectiva interdisciplinar na formação de estudantes Indígenas, promovendo o diálogo entre os diversos campos do conhecimento e os saberes tradicionais dos povos Indígenas, de maneira contextualizada. Essa abordagem representa um exercício de interculturalidade, integrando conhecimentos técnico-científicos e tradicionais.

A implementação de políticas específicas de acesso ao Ensino Superior para Indígenas na UFRR tem facilitado a expansão de

vagas, tanto em cursos exclusivamente destinados a esses estudantes quanto pela criação de vagas adicionais nos demais cursos da instituição. Essas medidas visam a atender às demandas políticas e sociais expressas pelos movimentos Indígenas, contribuindo para o fortalecimento da autonomia e da identidade dessas comunidades.

Além do acesso, um desafio importante para a UFRR é garantir a permanência dos estudantes Indígenas até a conclusão de seus cursos. As políticas específicas e de ação afirmativa têm sido fundamentais para aumentar a presença Indígena na universidade. A Tabela 1, a seguir, ilustra a realidade atual dessa iniciativa:

Tabela 1 – Presença Indígena no âmbito da UFRR (2003-2024)

Anos	Cursos regulares*	L Int.	GTI	GSCI**	Total
2003	-	60	0	0	60
2005	-	120	0	0	120
2007	11 (Ciências Econômicas, Ciências Sociais e Medicina)	60	0	0	71
2008	23 (Ciência da Computação, Ciências Econômicas, Ciências Biológicas, Ciências Sociais, História, Medicina e Relações Internacionais)	0	0	0	23
2009	33 (Ciências Biológicas, Ciências da Computação, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, História, Matemática, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo)	60	0	0	93
2010.1	23 (Ciências Econômicas, Ciências Sociais, História, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo)	60	80	0	163
2010.2	56 (Agronomia, Ciências Biológicas, Ciência da Computação, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Engenharia Civil, História, Matemática, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo e Zootecnia)	60	40	0	156
2011.1					

Anos	Cursos regulares*	L	Int.	GTI	GSCI**	Total
2011.2	50 (Agronomia, Ciências Biológicas, Ciência da Computação, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Engenharia Civil, História, Matemática, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo e Zootecnia)	60	40	0	150	
2012.1						
2012.2	49 (Agronomia, Antropologia, Ciências Biológicas, Ciência da Computação, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Engenharia Civil, Matemática, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo e Zootecnia)	60	40	40	189	
2013.1						
2013.2	49 (idem 2013)	60	40	40	189	
2014.1						
2014.2	54 (Agronomia, Antropologia, Ciência da Computação, Ciências Biológicas, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Engenharia Civil, Matemática, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo e Zootecnia)	60	40	40	194	
2015.1						
2015.2	54 (idem 2015)	60	40	40	194	
2016.1						
2016.2	54 (idem 2015)	60	40	40	194	
2017.1						
2018	54 (idem 2015)	60	40	40	194	
2019	65 (Agroecologia, Agronomia, Antropologia, Ciências Biológicas, Ciência da Computação, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Engenharia Civil, Matemática, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo, Zootecnia)	60	40	40	205	

Anos	Cursos regulares*	L Int.	GTI	GSCI**	Total
2020	70 (Agroecologia, Agronomia, Antropologia, Artes Visuais, Ciências Biológicas, Ciência da Computação, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Engenharia Civil, Matemática, Medicina, Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo, Zootecnia)	60	40	40	210
2022	70 (idem 2020)	60	40	40	210
2023	70 (idem 2020)	60	40	40	210
2024	80 (Administração, Agroecologia, Agronomia, Antropologia, Artes Visuais, Ciência da Computação, Ciências Biológicas, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Engenharia Civil, Matemática, Medicina, Medicina Veterinária Psicologia, Relações Internacionais, Secretariado Executivo e Zootecnia)	60	40	40	215
TOTAL	865	1.140	600	440	3.045***

Legenda:

*Cursos regulares (vagas nos demais cursos de graduação da UFRR específicas para Indígenas);

LI – Licenciatura Intercultural;

GTI – Gestão Territorial Indígena;

GSCI – Gestão em Saúde Coletiva Indígena.

** O Curso de GSCI oferta duas vagas para não Indígenas que atuam na saúde Indígena.

*** Dados absolutos, sem excluir o número de alunos evadidos/desistentes e egressos.

Fontes: Comissão Permanente do Vestibular (CPV) da UFRR e Insikiran, 2024

O quadro apresentado destaca os desafios associados à autonomia universitária em relação às políticas de ação afirmativa e específicas para Indígenas, especialmente no que tange à permanência e à continuidade dos estudos na UFRR. Algumas questões emergem desse contexto, como a eficácia das estratégias para manter os estudantes Indígenas na universidade, as implicações de sua formação para os projetos societários de suas comunidades e se a presença Indígena contribui para a interculturalidade da instituição, influenciando os currículos dos cursos de graduação.

É essencial que as políticas públicas de educação superior sejam regularmente revisadas e ajustadas para atender às demandas específicas dos estudantes Indígenas, garantindo um ambiente acadêmico inclusivo e justo. É fundamental fortalecer ações afirmativas e programas de suporte para melhorar o acesso, a permanência e a conclusão dos cursos por parte desses acadêmicos (Alves; Rodrigues; Pereira, 2024).

Santos (2012, p. 212) define ações afirmativas como “medidas que visam criar oportunidades iguais para grupos e populações excluídas do ponto de vista social”, destacando que essas políticas adotam diversas estratégias para ampliar a participação desses grupos em setores como saúde, educação e mercado de trabalho. Na UFRR, essas políticas não só reforçam a luta do movimento Indígena, como também proporcionam uma formação profissional diversificada, capacitando os estudantes para gerenciar organizações e territórios Indígenas, bem como para atuar nas escolas e comunidades.

Esse enfoque nas políticas de ação afirmativa demonstra um esforço significativo da universidade para integrar e valorizar os saberes Indígenas, buscando maior inclusão e representatividade no ambiente acadêmico.

Direitos Indígenas no campo da educação escolar

A educação nas comunidades Indígenas está intrinsecamente ligada à organização social e baseia-se principalmente na oralidade e no conhecimento transmitido no dia a dia comunitário, seja por meio de atividades produtivas, no âmbito familiar ou em outras interações cotidianas. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, no Brasil, foi instituída a educação escolar Indígena, com o objetivo de assegurar os direitos socio-

culturais dos povos Indígenas, além da regularização de seus territórios tradicionais. Esse marco constitucional permitiu aos povos Indígenas o acesso a uma educação que respeita seus métodos próprios de aprendizado e a utilização de suas línguas maternas nas escolas, garantindo uma abordagem educacional que reconhece e valoriza suas identidades culturais (Brasil, 2016).

A legislação brasileira tem especificidades que destacam o reconhecimento e a valorização das diferenças culturais nas políticas educacionais para povos Indígenas. Tais especificidades estão detalhadas em diversos documentos oficiais do Estado, publicados pelo Ministério da Educação, incluindo as diretrizes nacionais, de 2003 (Brasil, 2003), e o Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas, de 1998 (Brasil, 1998). Além desses, a Resolução nº 03/99, o Parecer nº 14 do Conselho Nacional de Educação e os artigos 78 e 79 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, formam a base regulatória para a educação Indígena (Brasil, 2023).

Em 2011, a Lei nº 12.416, de 9 de junho de 2011, introduziu uma alteração significativa no artigo 79 da LDB, acrescentando o § 3º, que trata da educação superior. Essa modificação legislativa garante que o atendimento aos povos Indígenas seja efetivado tanto em universidades públicas quanto privadas, através da oferta de ensino e assistência estudantil. Além disso, a lei incentiva o estímulo à pesquisa e o desenvolvimento de programas especiais, reforçando o compromisso com uma educação superior inclusiva e adaptada às necessidades dos povos Indígenas.

As Conferências Nacionais de Educação Escolar Indígena, realizadas em 2009 e 2018, foram eventos significativos que discutiram as políticas educacionais voltadas para os povos Indígenas do Brasil, enfatizando a responsabilidade dos governos, nas três esferas públicas, na garantia do direito à educação diferenciada. Nesse contexto, os povos e comunidades Indígenas têm lutado pelo reconhecimento de suas diferenças, uma luta que é evidenciada nas organizações Indígenas, em suas reuniões e assembleias, e nas próprias escolas Indígenas. Os professores Indígenas, nesses espaços, têm sido protagonistas na definição de uma agenda específica para o processo de escolarização, estabelecendo dire-

trizes educacionais que respeitem e valorizem as particularidades culturais Indígenas.

À medida que as escolas Indígenas são criadas e se desenvolvem, novos desafios surgem para os próprios Indígenas. Esse desenvolvimento traz consigo a perspectiva de continuidade dos estudos para os alunos egressos, a necessidade de articulação entre a escola e a comunidade e, além disso, a busca por oportunidades de emprego e trabalho assalariado que se alinhem com as expectativas e necessidades de suas comunidades. Esse processo reflete a complexidade e a importância de integrar a educação à vida comunitária e ao desenvolvimento societário mais amplo dos povos Indígenas.

No estado de Roraima, a OPIRR tem desempenhado um papel central na luta pela educação escolar Indígena, que está intrinsecamente ligada à luta pela demarcação territorial. Em 1985, a OPIRR promoveu um significativo debate intitulado “QUE ESCOLA TEMOS, QUE ESCOLA QUEREMOS”, marcando um ponto de reflexão sobre a educação Indígena na região. Um momento crucial nesse processo ocorreu em 2001, com a elaboração da “Carta de Canuanim”, por meio da qual os professores Indígenas reivindicaram acesso a uma formação superior específica, autônoma e diferenciada, com ênfase no fortalecimento e na resistência cultural das escolas Indígenas através de pessoal qualificado. Essa demanda levou à criação do Instituto Insikiran (Freitas, 2017).

Essa iniciativa marca um avanço significativo na promoção e no respeito à identidade cultural dos povos Indígenas de Roraima, especialmente no contexto da educação superior. A expansão da presença institucional das escolas nas comunidades Indígenas representa um novo capítulo na história da educação superior para esses povos, reforçando a importância desse movimento.

A consolidação dessa presença escolar está transformando a relação entre o Estado e os povos Indígenas. Compreender essa dinâmica é crucial para identificar as contradições e as diferentes concepções sobre a educação escolar Indígena, incluindo modelos de escolarização e outras questões pertinentes. Esse entendimento é particularmente importante em um Estado Democrático de Direito, em que o Estado deve assegurar não apenas a educação, mas também os direitos políticos, civis e culturais. Esse contexto destaca a responsabilidade do Estado em garantir esses direitos, enfatizando a necessidade de políticas eficazes que apoiem o acesso dos povos Indígenas à educação superior.

O Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena (CGSCI)

Em Roraima, o movimento Indígena tem desempenhado um papel crucial ao reivindicar a formação superior de profissionais comprometidos com valores éticos e políticos essenciais, como a defesa da vida, a conservação do meio ambiente, a promoção da cidadania e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Em resposta a essas demandas, em 2012, a UFRR lançou o Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena (CGSCI) (UFRR, 2012).

O CGSCI tem como objetivo formar profissionais de saúde que contribuam significativamente para o desenvolvimento e o aprimoramento do SUS e do SasiSUS. O programa se dedica a integrar conhecimentos que possam transformar práticas de saúde e formar profissionais que atuem como agentes de mudança, melhorando o perfil sanitário e consolidando práticas que atendam de forma adequada às necessidades de saúde da população Indígena. Os estudantes do CGSCI, na UFRR, ingressam por meio de dois processos seletivos: o vestibular geral e o Processo Seletivo Específico para Indígenas (PSEI), este último institucionalizado pela Resolução nº 008/2007-CEPE. O PSEI disponibiliza 40 vagas por ano, das quais 38 são destinadas a candidatos Indígenas e 2 são reservadas para não Indígenas que possuam experiência comprovada em trabalhos na área da saúde, em organizações indigenistas ou ainda em movimentos sociais Indígenas.

A maioria dos alunos do CGSCI é composta por membros de povos Indígenas de Roraima, incluindo Ingárikó, Taurepang, Macuxi, Wapichana, Y'ekuana e Wai-Wai.¹ No segundo semestre de 2018, houve um marco significativo com o ingresso de uma estudante do Povo Baré, do estado do Amazonas. Esse fato destaca o potencial do curso em atrair e beneficiar Indígenas de outras regiões do Brasil, ampliando seu alcance e seu impacto (Alves, 2020).

Até dezembro de 2023, o CGSCI da UFRR formou 73 alunos e, atualmente, conta com 150 estudantes matriculados, distribuídos em quatro turmas. Entre os egressos, destacam-se duas gestoras Indígenas, uma do Povo Taurepang e outra

¹Ver mapa de Roraima e suas Etnoregiões no Anexo final do livro.

do Povo Macuxi, que concluíram o mestrado profissionalizante no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Procsa), da UFRR.

Observamos que vários ex-alunos já estão desempenhando papéis importantes dentro do SasiSUS e no SUS, ocupando posições de liderança em Núcleos ou Departamentos nas esferas federal, estadual e municipal. Por exemplo, a Gerência do Núcleo de Saúde Indígena do Hospital Geral de Roraima é atualmente exercida por uma gestora formada no curso. Além disso, em 2023, 12 gestores em saúde coletiva Indígena foram contratados para atuar na Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai Yanomami), através do Centro de Operações de Emergência do Povo Yanomami (COE Yanomami)².

Em 2024, o Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, na UFRR, conta com oito professores efetivos, dos quais quatro são doutores e quatro são mestres. O curso é oferecido em tempo integral, com aulas presenciais e duração de 100 dias letivos por semestre, alinhado à estrutura dos demais cursos da UFRR (UFRR, 2012). A maioria dos estudantes são jovens recém-saídos do Ensino Médio e oriundos de comunidades Indígenas, todos motivados a contribuir para a luta dos povos Indígenas.

Os acadêmicos recebem o título de Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva Indígena e são formados com uma perspectiva generalista e humanista, além de um enfoque crítico e reflexivo. Eles são capacitados para atuar em todos os níveis de gestão e atenção à saúde no campo da saúde coletiva. O objetivo é que os egressos sejam profissionais de saúde qualificados, capazes de propor, estruturar, organizar e implementar ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, tanto no nível individual quanto coletivo. Além disso, espera-se que sejam capazes de conduzir processos de trabalho que sejam adequados e fundamentados, tanto política quanto tecnicamente, nas práticas de atenção integrada à saúde, assim como na produção e na socialização de conhecimentos em saúde coletiva, sempre sob a perspectiva da saúde Indígena.

Espera-se que os egressos do Curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena atuem nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

2 O COE Yanomami foi mobilizado em 26 de janeiro de 2023, com a responsabilidade de organizar as estratégias de resposta e medidas a serem empregadas para responder à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional no Território Yanomami, incluindo a mobilização de recursos para o restabelecimento dos serviços de saúde e a articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS.

(DSEIs), em que serão responsáveis pelo planejamento, pela execução, gestão e avaliação das políticas de saúde Indígena. Além disso, devem coordenar serviços e programas do SUS em Secretarias de Saúde e órgãos voltados para políticas indigenistas. Esse papel inclui a defesa dos princípios fundamentais do SUS, como universalidade, integralidade, equidade e participação social, que são essenciais para promover uma saúde pública eficaz e inclusiva.

Os sanitários formados no CGSCI deverão, ainda, gerenciar aspectos gerais da saúde coletiva, que envolvem não apenas a gestão de programas e serviços, mas também o monitoramento de indicadores de saúde, a promoção de ações preventivas e o desenvolvimento de estratégias para enfrentar desafios sanitários em ambientes complexos como as comunidades Indígenas.

Esse direcionamento visa a fortalecer a atenção diferenciada estabelecida pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), que tem como objetivo garantir aos povos Indígenas acesso integral à saúde. Esse acesso deve respeitar os princípios e diretrizes do SUS, considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política dos povos Indígenas. A política busca superar os fatores que tornam essa população mais vulnerável a agravos de saúde significativos e reconhecer a eficácia de suas práticas médicas e o direito à própria cultura, conforme estabelecido pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em 2002 (Brasil, 2002).

Estrutura curricular do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena

O Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena apresenta uma estrutura curricular organizada em quatro principais Eixos do Conhecimento (UFRR, 2012):

1. Eixo das Ciências Sociais Básicas e Aplicadas em Saúde Coletiva e Saúde Indígena: este eixo abrange dimensões diversas da relação indivíduo-sociedade, ajudando na compreensão dos determinantes sociais, econômicos, culturais, comportamentais, éticos e legais dos fenômenos de saúde-doença no âmbito individual e coletivo. Inclui disciplinas

como Saúde e Etnologia Indígena; Introdução ao Pensamento Científico e à Pesquisa; Sociedade, Cultura e Saúde; Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena; Fronteira, Saúde e Políticas Sociais; Fundamentos da Educação em Saúde; Educação em Saúde; Direito Sanitário; Ética, Pesquisa e Saúde Indígena e Práticas de Atenção à Saúde Indígena Baseadas em Programa de Atividades Físicas.

2. Eixo das Ciências da Vida e Tecnologias em Saúde: o eixo foca os conteúdos teóricos e práticos das bases moleculares e celulares dos processos humanos; genética humana; estrutura e função dos tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano, abordando também ecologia, biossegurança e farmacologia. Inclui Estudo Morfológico Humano, Estatística em Saúde e Informática em Saúde.

3. Eixo das Ciências da Saúde Coletiva: este eixo engloba os temas Epidemiologia e Informação, Política, Planejamento e Gestão em Saúde, e Vigilância e Promoção da Saúde. Estuda a distribuição de riscos e doenças e seus determinantes socioeconômicos e culturais, além de abordar a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. As disciplinas incluem Introdução ao Campo da Saúde Coletiva; Fundamentos Matemáticos Aplicados à Saúde; Fundamentos da Epidemiologia; Introdução à Saúde Indígena e Saúde de Indígena; Política, Planejamento e Gestão em Saúde; Bases Conceituais em Vigilância da Saúde; Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental; Promoção da Saúde; Saúde do Trabalhador e Avaliação em Saúde.

4. Eixo dos Conteúdos e Atividades Integradores: este eixo contempla práticas essenciais para consolidar conhecimentos e desenvolver habilidades, incluindo Seminários Integrativos, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e Estágio Curricular Supervisionado. O foco está na intervenção em um território delimitado, envolvendo serviços e sistemas de saúde de diferentes níveis, assim como equipamentos sociais e comunitários:

Seminários Integrativos: Sessões semanais que facilitam a discussão de temas transversais relevantes à saúde e à saúde Indígena.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): Sob orientação docente, aborda temas relevantes discutidos durante o curso e pode se manifestar como um relatório técnico, artigo científico ou outro produto relevante.

Estágio Curricular Supervisionado: Com uma carga horária mínima de 520 horas, deve ser realizado nos dois últimos semestres, focando práticas que integram o conhecimento adquirido ao longo do curso.

Esse currículo do CGSCI é desenhado para formar profissionais capazes de atuar efetivamente nas complexas interseções da saúde coletiva, com ênfase na saúde dos povos Indígenas, abordando tanto aspectos teóricos quanto aplicados.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos egressos do Insikiran compõem esta coletânea que reflete os resultados finais dos estudos realizados. Esses trabalhos derivam de experiências práticas, incluindo estágios realizados nos Distritos Sanitários Especiais Leste de Roraima e Yanomami, nas Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casais) e em unidades de referência da Secretaria de Saúde Municipal de Boa Vista (RR). Eles exploram uma variedade de temáticas que são extensões diretas das atividades desenvolvidas nas comunidades Indígenas.

Os TCCs abordam uma concepção ampla de saúde, enfatizando a necessidade de entender e atuar sobre os determinantes sociais de saúde para proteger, prevenir e promover a saúde efetivamente. O objetivo principal desses trabalhos é contribuir para a redução das iniquidades sociais e diminuir as vulnerabilidades enfrentadas pelas populações Indígenas, priorizando o protagonismo Indígena nas intervenções propostas.

Segue o Quadro 1, com informações detalhadas sobre os TCCs dos anos de 2022 e 2023, apresentando as principais temáticas e os resultados alcançados:

**Quadro 1 – TCCs produzidos no Curso de Gestão em Saúde
Coletiva / INSIKIRAN / UFRR nos anos de 2022 e 2023**

Nome	Orientador	Título	Semestre
BRUNA GARCIA UCHOA E DENISON DE SOUZA BARBOSA	GABRIELLE SILVEIRA ROCHA MATOS	“PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM RORAIMA NO PÉRIODO DE 2013 A 2021”	2022
JOSUÉ BARBOSA ANDRADE	ELISEU ADILSON SANDRI	“TERRITÓRIO, MEIO AMBIENTE E GESTÃO EM SAÚDE: UMA PESQUISA-AÇÃO SOBRE A PROBLEMÁTICA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NA COMUNIDADE INDÍGENA SERRA DO SOL – RORAIMA”	2022
ADRIELE DA SILVA TRINDADE	ELISEU ADILSON SANDRI	“DESAFIOS DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NA AMAZÔNIA SETENTRIONAL” (TCCI)	2022
NARAIANA BARBOSA DOS SANTOS	ELISEU ADILSON SANDRI	“O PERFIL DO GESTOR EM SAÚDE COLETIVA INDÍGENA DO Instituto Insikiran DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA”	2022
LUCINEIA SAGICA	ELISEU ADILSON SANDRI	“ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) ENTRE CRIANÇAS INDÍGENAS DA REGIÃO LESTE DE RORAIMA”	2022
LÍLIAN RITA RAPOSO MILITÃO E THÁIS SOUZA DA SILVA	ARIOSMAR SOUZA DOS SANTOS	“O TRABALHO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA (EMSI) DO DSEI LESTE EM RORAIMA: OS DESAFIOS PARA ATUAÇÃO NO CONTEXTO INTERCULTURAL”	2023
DIARA SOUZA SILVA E JONARA MALCHIOR SILVA MARCOLINO	ANA PAULA BARBOSA ALVES	“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE INDÍGENA DO CONTÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”	2023
ANDRESSA BEATRIZ DA SILVA SOARES	KRISTIANE ALVES ARAÚJO	“USO DE PLANTAS MEDICINAIS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-198 NA COMUNIDADE INDÍGENA MAUIXI: RELATO DE EXPERIÊNCIA”	2023
DAIANE Wai-Wai	FABÍOLA CHRISTIAN ALMEIDA DE CARVALHO	“Wai-Wai YESEHCHEMATOPO (MANUAL DE SAÚDE Wai-Wai): COLABORAÇÃO PARA PRÁTICAS MÉDICAS NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE DE RORAIMA”	2023

Nome	Orientador	Título	Semestre
KALINE MOTA MAIA E KAYLA MARIA SILVA DE FREITAS	JULIANA PONTES SOARES	"A FORMA PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA INDÍGENA VOLTADA AO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E AS PERCEPÇÕES SOBRE CONTEÚDOS DE SAÚDE COLETIVA"	2023
CRISTAYNE BATISTA MACUXI E DANIELLY SOUZA SILVA	ELISEU ADILSON SANDRI	"PROTEÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 - ANÁLISE DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA DOS ESTADOS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL"	2022

Fonte: Insikiran / UFRR, 2024

O campo de preocupações e questionamentos abordado nas produções científicas mencionadas reflete as inquietações da saúde coletiva no campo da saúde Indígena. Esse é um campo interdisciplinar que não apenas abrange as necessidades gerais de saúde, mas ainda integra especificamente as perspectivas e exigências Indígenas. Dessa forma, os estudos contribuem para um entendimento mais profundo e uma abordagem mais eficaz dos problemas de saúde dentro das comunidades Indígenas, alinhando-se com os objetivos mais amplos da saúde coletiva.

Os desafios para a permanência dos alunos Indígenas na cidade

Os estudantes Indígenas enfrentam desafios significativos ao se mudarem para a cidade com o objetivo de frequentar a universidade (Calegare; Sales, 2023). Esse período é, muitas vezes, visto como uma fase de resistência devido à distância de suas comunidades, que geralmente são de difícil acesso e localizadas longe da capital do estado – Boa Vista (RR). Além da distância física, a ausência do apoio de parentes que permanecem nas comunidades Indígenas é uma barreira adicional.

Para auxiliar na permanência dos estudantes Indígenas, foi criado o programa Bolsa Permanência, parte do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), em 2013. Esse progra-

ma visa a fornecer auxílio financeiro a estudantes de baixa renda matriculados em instituições federais de ensino superior. Especificamente para os estudantes Indígenas que vivem em Territórios Indígenas, o programa oferece um suporte de R\$900,00 mensais, independentemente do curso em que estão matriculados. Esse suporte financeiro é essencial para mitigar os desafios enfrentados e facilitar a adaptação e o sucesso acadêmico desses estudantes na vida universitária urbana (Almeida; Oliveira; Seixas, 2019).

Além do auxílio da Bolsa Permanência, os estudantes Indígenas na UFRR têm acesso a outros benefícios, como Bolsa Pró-acadêmico, Auxílio Moradia, Auxílio Refeição, Auxílio Transporte e bolsas para ações culturais. É importante destacar que a universidade dispõe de um Restaurante Universitário que oferece alimentação gratuita para estudantes comprovadamente de baixa renda.

Contudo, apesar desses apoios financeiros e benefícios, a adaptação dos alunos Indígenas à vida urbana apresenta desafios significativos. Um dos principais obstáculos é a integração ao ambiente universitário, que tradicionalmente é dominado por elites, fazendo com que os estudantes Indígenas frequentemente se sintam como estrangeiros e desprotegidos em um espaço não familiar. Além disso, existem dificuldades no processo de ensino-aprendizagem devido às diferenças curriculares entre as escolas Indígenas, com um foco cultural e comunitário, e as escolas urbanas, que muitas vezes têm uma abordagem mais convencional e acadêmica. Essas diferenças podem criar barreiras significativas na educação dos estudantes Indígenas.

É importante ressaltar que as políticas públicas de permanência universitária frequentemente não contemplam os Indígenas que vivem em contextos urbanos, pois são geralmente restritas àqueles provenientes de territórios Indígenas. Essa exclusão representa um obstáculo adicional para aqueles que não residem em seus territórios tradicionais.

Novos cenários e perspectivas para o Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena

O curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena tem se destacado ao longo dos últimos anos por suas diversas conquistas, que reafirmam sua relevância e sua importância no contexto da saúde Indígena. Uma das principais

conquistas ocorreu em 2018, quando uma docente Indígena do curso foi nomeada conselheira titular no Conselho Nacional de Saúde. Além disso, tem-se observado uma significativa ampliação na participação de docentes e discentes em eventos científicos relevantes, como os organizados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Durante o 13º Congresso Internacional da Rede Unida, realizado em janeiro de 2018, foi elaborada uma carta que, posteriormente, foi apresentada na 306ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em junho do mesmo ano. Essa intervenção resultou na aprovação de uma moção que propõe o reconhecimento e a inclusão da categoria dos gestores em saúde coletiva Indígena nos polos bases, nas unidades gestoras (os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs), na Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), e nos serviços do SUS nos municípios e estados. Essa medida visa a permitir que esses profissionais desempenhem funções nas quais suas práticas e seus saberes específicos possam ser efetivamente aplicados, contribuindo para superar as desigualdades de acesso à saúde enfrentadas pela população Indígena. A moção foi oficializada através da Resolução nº 726, datada de 9 de novembro de 2023, que abrange propostas e moções aprovadas na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Apesar dos avanços significativos, a contratação de profissionais formados no CGSCI ainda não foi efetivamente integrada aos processos seletivos dos DSEIs para atuação na saúde Indígena, conforme orientações do Ministério da Saúde. Contudo, esses gestores têm sido gradualmente contratados para ocupar posições na gestão de processos e serviços nas esferas federal, estadual e municipal, embora não especificamente na função de gestor em saúde coletiva Indígena.

Adicionalmente, destaca-se que, recentemente, ocorreram progressos na regulamentação da profissão de sanitarista no Brasil, com a promulgação da Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023 (Brasil, 2013). Segundo essa legislação, os profissionais da área devem possuir formação em cursos de graduação, mestrado ou doutorado em Saúde Coletiva, ou terem concluído residência médica na especialidade. Aqueles com certificado de especialização na área também estão habilitados a exercer a profissão. Diante dessas mudanças, o Curso de Graduação em

Gestão em Saúde Coletiva Indígena (CGSCI) está passando por um processo de reformulação do seu Plano Pedagógico, com o objetivo de alinhar suas diretrizes à nova legislação.

O CGSCI enfrenta o desafio significativo de formar profissionais Indígenas na área que sejam capazes de transformar as práticas de saúde existentes. O objetivo é que os egressos atuem como agentes transformadores, melhorando o perfil sanitário e consolidando práticas que atendam de maneira eficaz às necessidades de saúde da população Indígena no âmbito do SUS e fortalecendo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Dentro desse contexto, a educação escolar Indígena desempenha um papel crucial nos processos de afirmação étnica e autonomia, facilitando o diálogo entre os povos Indígenas e o Estado. A presença da instituição escolar nas comunidades Indígenas introduz novos desafios para os projetos societários que buscam valorizar os saberes Indígenas. Além disso, essa educação garante direitos sociais, resultado direto das lutas dos movimentos Indígenas. Nos processos educativos, os movimentos Indígenas e os próprios Indígenas tomam parte ativa na gestão administrativa e na alocação de recursos públicos, com o objetivo de construir uma educação escolar que valorize culturalmente os saberes Indígenas e respeite os sujeitos políticos envolvidos.

A educação escolar Indígena, portanto, torna-se parte integral da agenda social dos movimentos Indígenas, promovendo a cidadania e a autonomia política e cultural. Nesse sentido, cursos específicos para a formação profissional Indígena, como o de Gestão em Saúde Coletiva Indígena, contribuem significativamente para os processos de educação intercultural no contexto das universidades públicas brasileiras.

Considerações finais

Por meio da análise das interações e contribuições educacionais no contexto Indígena, fica evidente que a educação escolar Indígena desempenha um papel fundamental nos processos identitários de afirmação étnica e autonomia, facilitando um diálogo construtivo com o Estado. Essa educação não só responde a novos desafios impostos pelos projetos societários que buscam a valorização dos saberes Indígenas, mas também

assegura direitos sociais, sendo um reflexo direto das lutas empreendidas pelos movimentos Indígenas.

Os movimentos Indígenas, juntamente com os próprios povos Indígenas, têm assumido um papel ativo na gestão administrativa e na distribuição de recursos públicos, visando a estruturar uma educação escolar que valorize culturalmente os saberes tradicionais e respeite os sujeitos políticos envolvidos. Essa educação tem se tornado uma parte crucial da agenda social dos movimentos Indígenas, promovendo a cidadania e fortalecendo a autonomia política e cultural.

Dentro desse contexto, os cursos específicos para formação profissional Indígena, como o Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, emergem como componentes vitais nos processos de educação intercultural nas universidades públicas brasileiras. Esses cursos enfrentam o desafio de integrar e adaptar práticas educativas que respeitem e promovam a identidade Indígena, ao mesmo tempo que preparam os alunos para desempenhar funções significativas no contexto da saúde Indígena, especialmente nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Adicionalmente, a presença de profissionais sanitaristas Indígenas no serviço de saúde é de imensa potencialidade. Esses profissionais estão especialmente qualificados para gerenciar serviços de saúde, elaborar e coordenar políticas de saúde, e atuar na educação e na pesquisa para a promoção da saúde e melhoria da qualidade sanitária nos territórios Indígenas. Sua formação e sua experiência única lhes conferem uma perspectiva inestimável que combina conhecimento técnico com um profundo entendimento das realidades culturais e sociais de suas comunidades.

A capacidade desses profissionais de formular e implementar estratégias de saúde que são culturalmente pertinentes e tecnicamente adequadas pode revolucionar a maneira como a saúde é administrada nos territórios Indígenas, promovendo melhores resultados de saúde e fortalecendo a soberania e a autonomia Indígena sobre as próprias práticas de saúde. Portanto, investir na formação e no emprego de sanitaristas Indígenas é essencial para a realização de uma saúde pública que não apenas respeita, mas celebra e incorpora a diversidade cultural e os direitos dos povos Indígenas no Brasil.

Referências

ALMEIDA, Mônica Rafaela de; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; SEIXAS, Pablo de Sousa. Programa Nacional de Assistência Estudantil em uma universidade pública. **Psicologia em Pesquisa**, v. 13, n. 2, p.191-209, maio - agosto de 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/25910>. Acesso em: 6 maio 2024.

ALVES, Ana Paula Barbosa; RODRIGUES, Francilene dos Santos; PEREIRA, Meire Joisy Almeida. *Diversity and Sociodemographic Aspects of Students from the Insikiran Institute of Higher Indigenous Education. IOSR Journal Of Humanities And Social Science* (IOSR-JHSS) Volume 29, Issue 2, Series 4 (February, 2024) p, 57-65. Disponível em: [https://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/pages/29\(2\)Series-4.html](https://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/pages/29(2)Series-4.html). Acesso em: 6 maio 2024.

ALVES, Ana Paula Barbosa Curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena: um relato de experiência. In: GUILHERME, Willian Douglas (org.). **A interlocução de saberes na antropologia 2 [recurso eletrônico]**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/curso-de-gestao-em-saude-coletiva-indigena-relato-de-experiencia>. Acesso em: 1 nov. 2023.

BANIWA, Gersem. A conquista da cidadania Indígena e o fantasma da tutela no Brasil contemporâneo. In: RAMOS, Alcida Rita (org.). **Constituições nacionais e povos Indígenas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

BRASIL. **Lei nº 14. 725, de 16 de novembro de 2023.** Regulamenta a profissão de Sanitarista. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14725.htm. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB.** 7. ed. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2023. 64 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/642419/LDB_7ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações determinadas pelas emendas constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas,

2016. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.416, de 9 de junho de 2011. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a oferta de educação superior para os povos Indígenas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12416.htm. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Parecer CNE/CEB nº 35/2003, aprovado em 05 de novembro de 2003. Normas para a organização e realização de estágio de alunos do Ensino Médio e da Educação Profissional. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pceb35_03.pdf. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 40. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas. Brasília: MEC/SEF, 1998, p. 331. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002078.pdf> Acesso em: 6 maio 2024.

CALEGARE, Marcelo; SALES, Thais de Negreiros. Relatos da Permanência de Estudantes Indígenas nos Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 27, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392023-255799> Acesso em: 6 maio 2024.

CUNHA, Manuela Carneiro da. **Índios do Brasil:** história, direitos e cidadania. 1. ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

FREITAS, Marcos Antônio Braga de; ALVES, Ana Paula Barbosa; BARBOSA, Ariosmar Mendes. A formação intercultural de gestores no campo da saúde Indígena. In: GUILHERME, Willian Douglas (org.). **A interlocução de saberes na antropologia 2 [recurso eletrônico]**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/38547>. Acesso em: 19 abr. 2020.

FREITAS, Marcos Antonio Braga de. **Insikiran:** da política Indígena à institucionalização da educação superior. 2017. Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

KARAJÁ, Vanessa Hatxu de Moura. Trajetórias de uma estudante Iny (Karajá): narrativa de acesso e permanência no curso superior. **Tellus**, [s.l.], v. 20, n. 41, 2019. Disponível em: <https://tellusucdb.emnuvens.com.br/tellus/article/view/638>. Acesso em: 1 nov. 2023.

KARAJÁ, Vanessa Hatxu de Moura. O Instituto Insikiran da Universidade Federal de Roraima: trajetória das políticas para a educação superior Indígena. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 92, n. 232, set./dez. de 2011.

KARAJÁ, Vanessa Hatxu de Moura. Educação Escolar Indígena: realidade e perspectiva em Roraima. **Textos e Debates**. Revista de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Roraima, n. 9, ago.-dez. 2005.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org.). **Saúde dos povos Indígenas:** reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ABA/Contra Capa, 2004.

MOREIRA, Ubiratan Pedrosa. A FUNASA e a implementação de DSEIs. In: SOUZA LIMA, Antonio Carlos de; BARROSO-HOFFMANN, Maria. **Estado e Povos Indígenas**. RJ: Contra Capa/LACED, 2002. p. 101-106.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA (UFRR). **Projeto Político Pedagógico do Curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena**. Boa Vista: UFRR, 2012.

ORGANIZAÇÃO DOS PROFESSORES INDÍGENAS DE RORAIMA (OPIRR). **Carta de Canauanim**. Boa Vista: OPIRR, maio 2001.

SANTOS, Jocélio Teles dos. Ação afirmativa. In: SOUZA LIMA, Antonio Carlos de (coord.). **Antropologia & Direito:** temas antropológicos para estudos jurídicos. Rio de Janeiro/Brasília: Contra Capa/ Laced/ABA, 2012, p. 212-218.

VERANI, Cibele Barreto Lins. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. In: **Antropologia**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, v. 15, n. 2, dez. 1999, p. 171-192.

APRENDIZADOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS NA DOCÊNCIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA INDÍGENA¹

Ana Paula Barbosa Alves.
Graduada em enfermagem, é doutora
em Ciências Ambientais (Recursos Na-
turais), pelo Programa de Pós-Graduação em
Recursos Naturais (Pronat-UFRN) e mestre
em Ciências da Saúde pelo Procisa/UFRN.
É docente do Curso de Gestão em Saúde
Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de
Formação Superior Indígena/UFRN.

Apresentação

Meu nome é Ana Paula Barbosa Alves, tenho 49 anos e sou de Belém do Pará. Eu me formei em Enfermagem, em 2001, trabalhei em Belém e, depois, no Tocantins, e, em 8 de março de 2005, cheguei ao estado de Roraima, em que comecei a trabalhar ministrando aulas para técnicos de enfermagem no Centro de Educação Técnica Especializada de Roraima (Ceterr). Depois, prestei seleção para professor substituto para o Centro Federal de Educação Tecnológica de Roraima (Cefet-RR), em que lecionei aulas para o Curso Técnico de Enfermagem e o de Análises Clínicas. Atualmente, o Cefet-RR se chama Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima (Ifrr). Em seguida, comecei a estagiar no Hospital Geral de Roraima (HGR), único hospital do estado, e, depois, fiz seleção e concurso público.

Em 2011, ingressei na primeira turma do Mestrado Profissional do Procisa, o Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, pela Universidade Federal de Roraima (Ufrr). No mestrado, eu integrava a linha de Diversidade Socio-cultural, com o professor Marcos Pellegrini como meu orientador, e, em minha dissertação, discuti sobre a questão das práticas de autoatenção e do itinerário terapêutico com pessoas que conviviam com HIV, na época.

No HGR, eu trabalhei especialmente na área da infectologia, em que cuidávamos de pacientes com doenças infectoparásitárias, arboviroses, infecções sexualmente transmissíveis, doenças como tuberculose, hanseníase, malária, HIV. Mesmo eu não falando as línguas Indígenas, tínhamos uma diversidade de usuários de diversas etnias que eram atendidas: Macuxi, Wapichana e Yanomami.

Na época do mestrado, assistimos um paciente jovem da etnia Wapichana com malária cerebral e sua família pediu para fazer uma prática da medicina Indígena na enfermaria em que estava internado. Os familiares pediram para eu intervir junto ao médico, pois iriam três pajés para fazer esse ritual. Eu entendi a necessidade de a prática acontecer e avalio que meu envolvimento foi importante. Era uma enfermaria com três leitos e eu tive que tirar dois pacientes de lá, para deixar só a família e os pajés, que ficaram ali uma semana. Todas as vezes que eu precisava entrar,

¹Este texto é uma edição de entrevista realizada por Ana Lucia de Moura Pontes com Ana Paula Barbosa Alves, em 6 de setembro de 2024, de maneira virtual. A entrevista foi transcrita e editada por Felipe Rangel de Souza Machado e Ana Lucia de Moura Pontes, e revista e aprovada por Ana Paula Barbosa Alves.

eu pedia autorização para poder realizar as medicações e os cuidados de enfermagem que eu não poderia deixar de fazer. Como eles permitiram, a médica deixou sob minha responsabilidade essa organização. Eu também tive que falar com a direção do hospital para obter autorização para deixarem aqueles leitos ali, sem internar ninguém.

O paciente era um rapaz de 21 anos, que vinha de um processo de muito sofrimento, gritava muito e tinha muita convulsão e muita dor. Durante o ritual, ele realmente se tranquilizou, e isso me marcou muito. Os pajés explicaram que o espírito dele havia voltado, o sofrimento era porque o espírito não estava no corpo dele. O rapaz já estava em um estágio avançado da doença e chegou um momento em que ele foi para a UTI e, infelizmente, faleceu. Mas aquela experiência me marcou muito.

Em 2014, houve o concurso para a UFRR, para o Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, para o Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena (CGSCI), e eu e mais cinco professoras fomos aprovadas: a professora Nívea, com doutorado; as professoras Inara, Simone, Sarlene e Hosana e eu, com título de mestrado. No segundo semestre de 2014, nós ingressamos no Instituto Insikiran e, logo, iniciamos a primeira turma de Gestão em Saúde Coletiva Indígena.

Essa primeira turma concentrava basicamente estudantes das etnias Macuxi e Wapichana. A partir da segunda turma, nós já tivemos Taurepang e Ye'kwana, e na terceira turma vieram os estudantes do Povo Wai-Wai. Todas essas etnias permaneceram no curso, exceto os Ye'kwana, que não tiveram mais – imagino que por causa das dificuldades de poder sair e estudar impostas por esse processo que está ocorrendo na terra Yanomami.

Estrutura do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena

O Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena (CGSCI) é um curso de bacharelado de quatro anos de duração, integral, em que o estudante passa 100 dias na universidade, diferentemente de outros cursos do Instituto Insikiran que trabalham com a modalidade da

pedagogia da alternância (dividido em momento universitário e momento comunitário). A carga horária é de 3.610 horas, com componentes obrigatórios e componentes eletivos. Quando nós chegamos, o Projeto Político Pedagógico (PPP) já estava pronto – agora, a gente chama de Projeto Pedagógico de Curso (PPC). É importante registrar que o nosso PPC foi inspirado tanto na experiência dos cursos de graduação em saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia como dos da Universidade de Brasília (UNB). O que nos diferencia é a ênfase na gestão e na saúde Indígena e, ainda, as formas de entrada dos estudantes Indígenas na UFRR. Eles podem realizar o vestibular pelo Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), pelo vestibular da UFRR ou pelo vestibular Indígena, chamado Processo Seletivo Específico Indígena (PSEI). O propósito do curso é preparar o estudante para que ele atue no Sistema Único de Saúde (SUS), não apenas especificamente nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), mas ainda nas gestões municipal e estadual, especialmente em localidades com maior presença de população Indígena. O curso está completando dez anos e tem tido bastante procura, ficando atrás somente em inscrições para o Curso da Licenciatura Intercultural.

A criação do curso tem muita relação com a criação da Secretaria (Sesai) e Distrito Sanitário Especial Indígena, porque, no início, o movimento Indígena reivindicava medicina Indígena e enfermagem Indígena. Na época, o professor Marcos Braga disse: “Olha, já tem curso de enfermagem, já tem um curso de medicina e tem vaga para alunos Indígenas”. A ideia era ter uma saúde coletiva Indígena, em que o trabalho de gestão fosse parte integrante, talvez não sendo necessário explicitar o nome “Gestão” no nome do curso, na minha perspectiva. Atualmente, observamos que essa palavra explícita acaba gerando não só estranhamentos de quem exerce o cargo comissionado nos DSEIs, mas também desconforto para quem vai pleitear a vaga, que parece que vai tirar o cargo do outro. Por isso, recentemente passamos a discutir a mudança do nome.

Nos oito períodos do curso, os estudantes fazem disciplinas obrigatórias, mas, no primeiro período, todas as seis disciplinas são obrigatórias. As eletivas são oferecidas apenas quando temos professores disponíveis e, por isso, a gente orienta que os alunos procurem disciplinas em outros cursos.

No primeiro período, temos os temas contextuais: 1) Sociedade, Cultura e Saúde I: Introdução às Ciências Sociais em Saúde (68h); 2) Estudo Morfológico Humano I (68h); 3) Introdução ao

Campo da Saúde Coletiva (68h); 4) Português Instrumental I (34h); 5) Introdução ao Pensamento Científico e à Pesquisa (34h); 6) Seminário Integrativo I (40h), que completam os temas do primeiro período com uma carga horária de 312 horas. O segundo período continua com: 1) Sociedade, Cultura e Saúde II: Construção Social do Processo Saúde-Doença (68h); 2) Estudo Morofuncional Humano II (68h); 3) Fundamentos da Epidemiologia (68h); 4) Introdução à Saúde Indígena (34h); 5) Informática em Saúde (68h); 6) Bases Conceituais da Vigilância em Saúde (34h); e 7) Seminário Integrativo II (40h), que formam uma carga horária de 380 horas.

No terceiro período, entram os temas contextuais: 1) Estatística em Saúde (68h); 2) Saúde e Etnologia Indígena I (34h); 3) Epidemiologia e Informação I (68h); 4) Saúde Indígena (34h); 5) Política, Planejamento, Gestão e Saúde I (68h); 6) Promoção da Saúde (34h); 7) Português Instrumental III (34h); e 8) Seminário Integrativo III (40h), que também conformam uma carga horária de 380 horas. No quarto período, que antecede o estágio comunitário, os estudantes vão discutir sobre: 1) Modelo e Prática de Atenção à Saúde (68h); 2) Saúde e Etnologia Indígena II (34h); 3) Fundamento da Educação em Saúde (34h); 4) Vigilância Epidemiológica (68h); 5) Seminário Integrativo IV (40h). Além disso, ainda há: 6) Epidemiologia e Informação II (68h); 7) Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena (34h); 8) Política, Planejamento, Gestão e Saúde II (68h), em que são explorados os quatro momentos do planejamento estratégico situacional².

No quinto período, os acadêmicos realizam o Estágio I: Tempo Comunitário. Então, os temas são organizados de forma que eles possam passar dois meses nas comunidades, pois são 120h de estágio. Nesse período, eles estudam: 1) Saúde Coletiva (34h); 2) Segurança Alimentar e Nutricional I (34h); 3) Economia e Financiamento da Saúde I (68h); 4) Política, Planejamento, Gestão e Saúde III (68h); 5) Vigilância Sanitária (68h); 6) Português Instrumental III (34h); e 7) Estágio I (120h), totalizando uma carga horária de 420 horas. Já no sexto período, acontece o Estágio II, que é realizado nos DSEIs (DSEI Leste de Roraima e o DSEI Yanomami), com carga horaria total de 120 horas. Assim, são ofertados os temas: 1) Meio Ambiente, Saúde e Sustentabilidade (68h); 2) Segurança

² BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

Alimentar e Nutricional II (34h); 3) Vigilância Ambiental (34h); 4) Economia e Financiamento da Saúde II (68h); 5) Política, Planejamento, Gestão e Saúde IV (68h).

No sétimo período, os acadêmicos discutem os temas: 1) Geoprocessamento e Saúde (34h); 2) Fronteira, Saúde e Políticas Sociais (68h); 3) Educação em Saúde (68h); 4) Português Instrumental IV (34h); 5) Estágio III, que acontece na Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) (120h); e 6) Trabalho de Conclusão de Curso I (68horas). Nesse TCC I, a ideia é, basicamente, qualificar um projeto a ser executado no semestre seguinte, e o sétimo período é formado por uma carga horaria total de 392 horas.

No oitavo período, temos: 1) Direito Sanitário (68h); 2) Ética, Pesquisa e Saúde Indígena (68h); 3) Saúde do Trabalhador (34h); 4) Avaliação e Saúde (34h); 5) Estágio IV (Sesau, Vigilâncias, Hospitais de Referência e Anvisa), aprendizado que acontece nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) de Boa Vista, cidade que é a capital de Roraima, e ainda nas unidades da Secretaria Estadual de Saúde do Estado (Sesau), como vigilância, hospitais, coordenações de saúde Indígenas (que estão dentro dos hospitais, em Boa Vista); e 6) Trabalho de Conclusão de Curso II, que é a apresentação da pesquisa realizada pelos acadêmicos. Esse período é conformado com uma carga horaria de 432 horas.

Os temas contextuais eletivos totalizam uma carga horária de 272 horas, distribuídas nas seguintes opções: 1) Libras e Educação (34h); 2) Espanhol Instrumental (68h); 3) Inglês Instrumental (68h); 4) Fundamentos de Matemática Aplicados à Saúde (68h); e 5) Práticas de Atenção à Saúde Baseadas em Atividades Físicas (34h). Além disso, são previstas 210 horas destinadas a atividades complementares, que englobam: 1) Atividades de pesquisa; 2) Participação em eventos científicos; 3) Engajamento em movimentos sociais; 4) Monitoria; 5) Trabalhos sociais; 6) Participação em reuniões comunitárias; e 7) Cursos de extensão, entre outras ações vinculadas à pesquisa e à extensão.

É relevante destacar a dificuldade enfrentada no acompanhamento dos estágios devido à presença limitada de professores em campo, já que o corpo docente é composto por apenas oito integrantes, atualmente. Nessa condição, os estágios são orientados pelos professores, mas a supervisão direta nas comunidades nem sempre é viável.

Sobre os Estágios Curriculares

O primeiro estágio curricular é o chamado “tempo comunitário”, em que a proposta é que o estudante faça um diagnóstico e uma análise situacional de saúde daquele território. Nós temos alunos de contexto de comunidades Indígenas e de contexto urbano. Quando os *tuxauas* das comunidades permitem, os alunos de contexto urbano acompanham os colegas do contexto comunitário. Caso contrário, eles vão para alguma organização Indígena com a qual nós já tenhamos convênio.

Essa é uma atividade prática, em que eles encaminham um termo de uma autorização à comunidade para que eles possam realizar o estágio. Mesmo que eles pertençam à comunidade, isso deve ser feito. Eles pedem autorização às lideranças, participam das reuniões da assembleia e falam sobre o objetivo do projeto e como vai ser conduzido. Nós enviamos uma carta de apresentação, dizendo qual é o objetivo do estágio, o que que eles precisam fazer e o que eles não podem fazer.

Esse trabalho é uma espécie de “observação participante”, em que indicamos alguns aspectos importantes para que os estudantes realizem seus trabalhos. Basicamente, o objetivo é identificar necessidades e problemas de saúde. Mas eles precisam fazer isso, tendo em vista os contextos epidemiológico, socioeconômico, cultural (por exemplo, quantos povos habitam aquele território, quantas etnias...). É fundamental que eles desenvolvam um olhar para que reflitam sobre como os aspectos culturais e ambientais influenciam ou determinam a saúde daquela população.

Propomos, ainda, que os estudantes identifiquem a estrutura da comunidade, produzam um mapa para descrever como se chega à comunidade, que descrevam a população. É importante que descrevam as condições de vida, da saúde, do saneamento, do cuidado com a água, do cuidado com o lixo. Faz parte desse trabalho conversar com a equipe de saúde, para entender como está formada, quais atividades essa equipe está realizando na comunidade, quais são suas principais dificuldades, quais são as principais doenças incidentes e prevalentes daquele território. Eles devem identificar, também, os ritos, se tem pajés, se tem rezador, se tem parteira,

como é a medicina Indígena e se ela consegue conviver relativamente bem com os profissionais de saúde, se esses a respeitam. Para isso, eles devem conversar com as lideranças, fazer rodas de conversas. Devem, por fim, entender se as lideranças identificam os mesmos problemas e necessidades que eles, estudantes, com um olhar acadêmico.

Esperamos que o estudante elabore esse relatório, mas como parte de uma atividade de planejamento. Entendemos que esse estudante já está fazendo uma atividade de gestão, porque ele está desenvolvendo todos os quatro momentos do planejamento estratégico situacional. Então, no último momento, ele precisa elaborar uma ação sobre a qual ele tenha governabilidade, que seja culturalmente aceitável.

O corpo docente do curso é composto por oito professores, dos quais quatro são designados para acompanhar e orientar os estágios, sendo cada um responsável por uma etapa específica. Cada orientador desenvolve um modelo de relatório que os estudantes devem seguir como referência. Um dos principais desafios é a ausência de supervisores diretamente em campo, o que se deve, em parte, à ampla dispersão geográfica dos estudantes, muitos oriundos de territórios de difícil acesso, possível apenas por barco ou avião. Atualmente, os recursos disponíveis são limitados ao que é fornecido pela UFRR, e a falta de parcerias externas que possam viabilizar uma supervisão mais efetiva contribui para essa dificuldade. Esse contexto reforça a necessidade de buscar estratégias alternativas para fortalecer o acompanhamento dos estágios.

É necessário fortalecer o aprofundamento sobre a política, o planejamento e a gestão em saúde, com foco em sua lógica de funcionamento nas instituições do estado e na forma como tem sido conduzida. Apesar de os estudantes serem incentivados a participar ativamente nos fóruns locais e distritais, com ênfase em um planejamento ascendente, ainda há desafios para que as necessidades dos territórios sejam plenamente contempladas. Observa-se que, em algumas situações, os recursos originalmente planejados para uma finalidade específica acabam sendo redirecionados para outros objetivos, o que aponta para a necessidade de maior alinhamento entre as demandas territoriais e a aplicação prática dos recursos.

Todos os estágios exigem um relatório final. Então, os estudantes têm a oportunidade de conhecer o serviço, conhecer a missão e a visão de serviço, conhecer os trabalhos de cada departamen-

to do distrito, e, de alguma forma, contribuir com as atividades práticas do distrito.

No estágio realizado na Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai), os estudantes devem abordar aspectos como a história e a estrutura da instituição, seu funcionamento e o fluxo de atendimento. É esperado que investiguem o número de profissionais atuantes, a dinâmica de trabalho desses profissionais e as principais causas de internações. Também é importante compreender como os pacientes utilizam os serviços da Casai, incluindo a organização dos alojamentos, distinguindo aqueles que aguardam para retornar às suas comunidades daqueles que ainda estão em tratamento. Durante o estágio, os estudantes acompanham as atividades da Casai e registram as principais ações realizadas, refletindo sobre sua experiência em um relatório final.

No estágio realizado na Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) ou na Secretaria Estadual de Saúde (Sesau), os estudantes devem elaborar um relatório final que reflita as atividades desenvolvidas e as experiências adquiridas. As opções de campo incluem o Hospital da Criança, a maternidade, o Hospital Geral de Roraima (HGR), os setores de vigilância ou alguma das coordenações vinculadas. Devido às limitações logísticas e operacionais, nem sempre é possível que os estudantes realizem atividades em todos os locais disponíveis, sendo necessário priorizar os espaços mais alinhados aos objetivos do estágio.

Sobre o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e a iniciação científica

No Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), os estudantes têm a liberdade de escolher temas que estejam alinhados a suas afinidades e seus interesses. Durante os dois últimos semestres, elaboram e qualificam um projeto, com extensão máxima de 15 páginas, sob a orientação de um professor designado, e realizam a defesa ao término do curso. Os TCCs podem adotar diversas metodologias, como revisões de literatura, relatos de experiência ou a utilização de relatórios produzidos durante os estágios, sendo esta última uma estratégia amplamente utilizada para facilitar a conclusão

do trabalho, especialmente para estudantes que têm o TCC como requisito final para a graduação.

Frequentemente, os temas escolhidos refletem demandas das comunidades de origem dos estudantes. Nesses casos, é priorizada a designação de orientadores que possuam domínio sobre o tema proposto, além de buscar afinidade entre orientador e orientando, para promover um acompanhamento mais produtivo e direcionado.

O processo de orientação apresenta variações devido à quantidade limitada de orientadores disponíveis e à diversidade de temas escolhidos, o que pode gerar maior carga de trabalho para alguns professores. Para otimizar o acompanhamento, adota-se a estratégia de permitir que estudantes da mesma comunidade desenvolvam seus trabalhos em dupla. Outra abordagem é a orientação em formato de grupo de estudo, uma prática que, além de promover a troca de conhecimentos, contribui para aumentar a confiança dos estudantes no desenvolvimento de seus projetos.

O Programa de Educação Tutorial (PET) da licenciatura intercultural, anteriormente coordenado pelo professor Maxim e, atualmente, pela professora Fabiola, ampliou suas vagas para incluir estudantes do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena. Essa iniciativa tem proporcionado aos estudantes “Pettianos” oportunidades de desenvolver trabalhos voltados à saúde Indígena. Além disso, mais de cinco estudantes já participaram de projetos de Iniciação Científica (IC). A experiência tem demonstrado que a participação no PET e na IC contribui significativamente para a elaboração de TCCs mais consistentes e bem estruturados, refletindo um aprofundamento acadêmico e maior alinhamento às demandas do curso.

Por outro lado, observa-se que dificuldades no desenvolvimento do TCC são mais comuns entre estudantes que precisam conciliar os estudos com trabalho ou que enfrentam limitações relacionadas ao contexto familiar e à falta de apoio adequado. Outro aspecto identificado é a prorrogação do prazo para a defesa do TCC II em alguns casos, geralmente para manter o benefício da bolsa permanência.

É importante destacar que tanto a IC quanto o PET – dependem das iniciativas individuais dos professores, o que pode limitar as oportunidades disponíveis para todos os estudantes. Entretanto, o PET Saúde Indígena, neste ano de 2024, coordenado pela professora Dra. Kristiane Alves Araújo, surge como uma oportuni-

dade promissora para ampliar o número de participantes, proporcionando maior inclusão e desenvolvimento acadêmico.

Sobre publicações

Em relação à publicação, observa-se que, após a conclusão do TCC II, muitos estudantes retornam às suas comunidades e não dão continuidade ao processo de publicação. No entanto, eles são constantemente incentivados a submeter seus trabalhos para publicação e a participar de congressos acadêmicos, compreendendo a relevância dessa prática para a disseminação do conhecimento. Em uma oportunidade anterior, foi possível viabilizar a publicação de trabalhos por meio de um financiamento obtido em edital, o que resultou na divulgação de produções acadêmicas de alguns estudantes.

Destaco que a proposta de produção editorial do projeto **Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento** adota uma perspectiva decolonial, promovendo a produção científica a partir do olhar Indígena, fundamentada em suas questões e vivências, e não na apropriação de suas falas por terceiros. Essa coletânea representa uma valiosa oportunidade para demonstrar que os egressos do curso são pesquisadores e gestores que compreendem profundamente as necessidades de saúde de seus povos. Além disso, os textos contribuirão para reafirmar os direitos à saúde, ao acesso e à atenção diferenciada, reforçando a importância de uma abordagem culturalmente sensível e respeitosa.

Muitas vezes, a atenção diferenciada é equivocadamente percebida como um privilégio, sem uma compreensão adequada do processo saúde-doença no contexto cultural dos povos Indígenas. Essa falta de entendimento pode resultar na negação do direito à saúde dessas populações. A atenção diferenciada exige respeito e condições adequadas para o atendimento, o que pode incluir a presença de intérpretes ou a compreensão de práticas culturais específicas, como a necessidade de cuidados domiciliares para mulheres Indígenas durante o puerpério. Grande parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde Indígena não são Indígenas e, frequentemente, encontram dificuldades para compreender plenamente os princípios e práticas da atenção diferenciada.

Nesse sentido, a publicação busca trazer à tona as percepções dos próprios Indígenas sobre saúde e sobre como desejam ser atendidos, promovendo um diálogo mais inclusivo e equitativo.

Atualmente, uma preocupação crescente nas comunidades Indígenas em que os estudantes moram é sobre o aumento de pessoas vivendo com doenças crônicas. Observa-se, a partir dos relatos dos acadêmicos, que o tratamento e o cuidado, frequentemente, não apresentam continuidade adequada. Casos de cegueira decorrente do diabetes, amputações, acidentes vasculares cerebrais e óbitos relacionados a essas condições já são realidades presentes, evidenciando uma transformação significativa nas condições de vida dessas comunidades e o surgimento de doenças antes inexistentes nesses contextos.

É essencial que futuros gestores em saúde reconheçam essas mudanças e se preparem para enfrentar os desafios de oferecer cuidado de qualidade dentro dessa nova perspectiva. O momento exige a identificação de ações imediatas e práticas, bem como estratégias para capacitar as equipes multidisciplinares de saúde a lidar com essa realidade. Isso demanda não apenas recursos adicionais para a saúde Indígena, mas também mudanças nos processos de trabalho, profissionais qualificados, capazes de compreender as especificidades culturais e refletir criticamente sobre essas novas demandas. Os textos produzidos por pessoas que vivem nos territórios têm um papel crucial ao dar visibilidade a essa realidade e ao reforçar a importância de políticas públicas direcionadas e sensíveis às necessidades de saúde locais.

Além dos desafios históricos, as comunidades Indígenas enfrentam questões sociais cada vez mais complexas, como a violência, a presença do garimpo ilegal e a atuação de traficantes que invadem esses territórios e aliciam jovens. Outro aspecto que merece atenção é o papel de algumas organizações religiosas dentro das comunidades, especialmente em contextos em que há resistência a medidas de saúde pública, como a vacinação. Esses fatores exigem reflexões profundas e ações integradas que considerem as especificidades culturais e sociais das comunidades, promovendo estratégias de diálogo e sensibilização para garantir a proteção e o bem-estar coletivo.

A prevenção do câncer de colo uterino e das infecções sexualmente transmissíveis constitui outro desafio significativo a ser enfrentado. Nesse contexto, esta publicação surge como uma importante oportunidade para fortalecer os serviços de saúde, ao

mesmo tempo em que permite aos estudantes demonstrar seu potencial e contribuírem de forma efetiva para a melhoria das práticas de cuidado e atenção à saúde.

A profissão de sanitarista demanda um compromisso contínuo com o aprendizado ao longo da vida, essencial para o aprimoramento profissional. Além disso, é fundamental que os futuros profissionais se dediquem ao estudo para fortalecer a presença e a representatividade Indígena nos serviços de saúde, promovendo uma atenção diferenciada e qualificada.

Perfil do egresso

O perfil dos estudantes do CGSCI reflete uma diversidade linguística, com a maioria falando português, enquanto alguns também utilizam suas línguas maternas, como Wai-Wai, Macuxi e Wapichana. A maior parte dos estudantes é composta por mulheres, muitas das quais são mães. Esses estudantes se destacam pelo comprometimento e pela determinação em enfrentar os desafios acadêmicos e pessoais.

O objetivo do CGSCI é formar profissionais capacitados, com uma visão sensível e qualificada, especialmente para atuar na coordenação de serviços que integrem gestão, educação e saúde. A formação busca preparar gestores que, além de administrar esses serviços, desempenhem um papel ativo e significativo na promoção da saúde, contribuindo de maneira efetiva para o bem-estar das suas comunidades.

Buscamos preparar os estudantes para atuar de forma efetiva na área de gestão, educação e promoção da saúde, desenvolvendo soluções adequadas e contextualizadas para os desafios enfrentados pelas comunidades Indígenas. É essencial que esses profissionais cultivem habilidades de diálogo, negociação e respeito às culturas locais, trabalhando de maneira colaborativa para identificar e implementar soluções que contribuam para a resolução ou a mitigação dos problemas identificados. Dessa forma, espera-se formar profissionais com um perfil diferenciado, capacitados para realizar a gerência de programas e serviços, promover educação e saúde de maneira efetiva e colaborativa com as comunidades.

Embora existam fragilidades, especialmente no que se refere ao planejamento, é fundamental que todas as ações

de saúde sejam cuidadosamente planejadas e organizadas, considerando os recursos limitados, tanto financeiros quanto humanos. Além disso, a logística da saúde Indígena apresenta desafios significativos que exigem estratégias inovadoras e adaptadas às realidades locais.

É fundamental contar com profissionais de cada povo que possam aplicar os conhecimentos adquiridos em benefício de suas comunidades. Ao ingressarem na comunidade com a carta de indicação do *tuxaua*, reforça-se a expectativa de que esse aprendizado seja compartilhado e transformado em ações concretas de melhoria. Por isso, os estudantes são constantemente incentivados a se dedicar ao máximo, com o objetivo de contribuir para a transformação das condições sanitárias em seus territórios.

A valorização da medicina Indígena é uma prática constante no CGSCI, com o intuito de compreender como ela é exercida e valorizada em cada comunidade. Observa-se que, em comunidades evangélicas, as práticas tradicionais podem ter sido substituídas em parte, mas ainda existem aquelas em que rezadores, pajés e parceiras continuam a preservar esses conhecimentos, especialmente em contextos com a presença de diferentes grupos religiosos.

Mesmo em comunidades exclusivamente evangélicas, em que outras práticas religiosas não são mais observadas, a medicina Indígena persiste de forma adaptada, sobretudo no uso de plantas medicinais, que é frequentemente mantido por meio do conhecimento transmitido entre familiares, mesmo na ausência de especialistas formais nessa área.

No segundo semestre de 2024, em meu tema contextual – Promoção da Saúde –, foi solicitado aos estudantes o desenvolvimento de um trabalho sobre medicina Indígena. Como parte de um projeto em andamento, cada estudante é incentivado a identificar e apresentar uma prática de cuidado com a saúde Indígena de seu povo voltada para o tratamento de algum tipo de problema de saúde. Essa iniciativa busca valorizar e documentar os saberes Indígena em saúde, promovendo o diálogo entre diferentes práticas de cuidado.

No tema sobre saúde Indígena, é realizada uma atividade que aborda as práticas de cuidado sob a perspectiva da medicina Indígena. Nesse contexto, os estudantes são incentivados a relatar os preparos tradicionais, descrevendo os cuidados aplicados, como devem ser realizados e em quais situações. Eles detalham se o cuidado envolve o uso de plantas medicinais, indicando

onde essas plantas podem ser encontradas, como devem ser colhidas, preparadas, administradas e se há possíveis efeitos colaterais. As descrições incluem cuidados para situações como menstruação, cólicas, diarreia infantil, espanto e quebranto, promovendo uma valorização e uma documentação dos saberes Indígenas.

Os acadêmicos apresentam essas informações por meio de *banners* ou cartazes, refletindo sobre a importância da medicina Indígena. Durante as apresentações, frequentemente destacam que a prática da medicina Indígena é utilizada desde tempos anteriores à presença das equipes de saúde. Além disso, ressaltam que, na ausência de atendimento pelas equipes de saúde, recorrem a esses conhecimentos tradicionais como uma alternativa essencial de cuidado à saúde.

A medicina Indígena permanece ativa, mesmo que, em algumas comunidades, sua prática esteja restrita ao âmbito familiar, sem a presença de figuras como o pajé, para a transmissão formal desses conhecimentos. No entanto, observa-se que, na maioria das comunidades, a medicina Indígena continua viva e desempenha um papel significativo, ainda que sua relevância nem sempre seja plenamente compreendida ou valorizada no contexto da medicina ocidental.

Estratégias para lidar com diversidades culturais e linguísticas

Durante o CGSCI, convidamos outros professores para contribuir nas atividades do curso, destacando-se a necessidade de considerar as dificuldades que alguns estudantes enfrentam em relação à escrita na língua portuguesa. Por esse motivo, sugere-se a priorização de avaliações orais, valorizando a participação ativa em sala de aula, a vivência prática e a oralidade, que são aspectos fundamentais no processo de aprendizado. Embora o domínio da escrita em português seja relevante em determinados contextos acadêmicos, é importante reconhecer que, para muitos estudantes, essas habilidades estão em desenvolvimento, e a oralidade reflete com maior precisão suas competências e seus conhecimentos.

Atualmente, o curso conta com professores colaboradores experientes da UFRR que ministram aulas de Português

Instrumental. Entre eles, estão o professor Dr. Antonio Giocondi, do curso de Letras, e a professora Me. Danielle Trindade, do curso de Licenciatura Intercultural, ambos comprometidos com a valorização da oralidade no processo de aprendizado. Durante as aulas, a abordagem inclui a leitura de documentos, parágrafo por parágrafo, seguida de questionamentos para identificar palavras que os estudantes possam não ter compreendido. Essas palavras são explicadas em português e, posteriormente, verifica-se se existem equivalentes nas línguas maternas dos estudantes. Essa metodologia favorece o entendimento contextual e estimula o diálogo intercultural entre os idiomas.

A compreensão de documentos mais complexos, como decretos e leis, exige uma leitura pausada, com a identificação de palavras que os estudantes possam não compreender. Uma estratégia sugerida é a construção de um glossário, o que, em algumas disciplinas, pode ser adotado como atividade final. Esse glossário reúne os termos desconhecidos e seus significados, promovendo o aprendizado de forma prática e contextualizada. No processo pedagógico, prioriza-se a troca de realidades e a valorização da interculturalidade, buscando tornar o aprendizado mais inclusivo, respeitoso e sensível às especificidades culturais, criando um ambiente de ensino acolhedor e adaptado às diferentes necessidades.

Os professores que colaboram com o curso recebem orientação sobre essa abordagem pela coordenação de curso. A maioria deles pertence a outros cursos do Instituto Insikiran, com apenas alguns provenientes de outros cursos. Contudo, devido à experiência prévia de convivência com povos Indígenas, esses professores comprehendem bem as especificidades do processo, o que contribui para torná-lo mais tranquilo e adaptado às realidades culturais dos estudantes.

Movimento Indígena e a criação do Insikiran

O Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, vinculado à Universidade Federal de Roraima, foi estabelecido em resposta às demandas do movimento Indígena, especialmente pela Organização de Professores Indígenas de Roraima (OPIRR). Em 2001, essa organização articulou junto à universidade e ao Ministério da Educação (MEC) a necessidade de ofertar uma educação superior intercultural. Como resultado, em 2001, foi criado o Núcleo Insiki-

ran de Formação Superior Indígena, acompanhado da implementação do curso de Licenciatura Intercultural, em 2002.

A criação do Núcleo Insikiran e do curso de Licenciatura Intercultural foi formalizada durante uma assembleia realizada na comunidade Indígena Canauanim, em que uma carta foi redigida e aprovada. Esse processo contou com a participação ativa de organizações Indígenas reconhecidas pelo Conselho Indígena de Roraima (CIR), incluindo a OPIRR, a Unir e a organização das mulheres Indígenas, totalizando sete entidades que contribuíram e seguem participando ativamente desse projeto.

Até o ano de 2016, as organizações Indígenas participaram do processo eleitoral do Instituto Insikiran sem registros de impedimentos. No entanto, nas três eleições mais recentes, surgiram questionamentos legais promovidos por membros do próprio instituto, alegando que as organizações Indígenas não teriam mais prerrogativa para votar. O setor jurídico da UFRR solicitou uma mudança do regimento³ interno do Insikiran, que é do ano de 2009.

Atualmente, não estão sendo realizadas eleições no Instituto Insikiran devido à necessidade de atualização do regimento interno, conforme exigência do setor jurídico da UFRR, bem como ao impedimento da participação das organizações Indígenas no processo eleitoral. Nesse contexto, tanto a direção quanto as coordenações de curso estão sendo designadas pelos respectivos colegiados e nomeadas, em caráter *pro tempore*, pelo Reitor da Universidade Federal de Roraima, em conformidade com as normas vigentes, até que o regimento seja devidamente atualizado.

O Conselho Superior Indígena do Instituto Insikiran é composto pela direção do instituto, por coordenadores dos cursos, professores, estudantes e organizações Indígenas, configurando um espaço de convivência que, embora possa ocasionalmente apresentar conflitos, é essencial e enriquecedor. Essa convivência reforça a relevância da participação das organizações Indígenas nos processos de escolha, uma vez que a existência do instituto está intrinsecamente vinculada a essas comunidades.

Destaca-se que não há registros de posicionamentos contrários, por parte dos professores do CGSCI, em relação

³ UFFR – Universidade Federal de Roraima. **Resolução nº 009/2009-CUni**. Regimento do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima. Boa Vista: UFRR, 2009.

à realização de processos eleitorais. Desde sua criação, o curso responde a uma demanda originada do movimento social Indígena, reiterando a importância da participação ativa dessas organizações em sua governança.

Perspectivas de futuro

Atualmente, o curso está operando com o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) anterior, mas há a necessidade de finalizar e entregar a nova versão do PPC ainda em 2024. Para atender a esse objetivo, estão sendo realizados encontros com egressos, durante os quais suas opiniões sobre os temas contextuais, melhorias necessárias e possíveis alterações são coletadas. A maioria dos participantes tem destacado a relevância de fortalecer os temas relacionados a política, planejamento e gestão, com ênfase em conteúdos voltados para a administração pública. Esse diálogo tem sido essencial para aprimorar o PPC de forma alinhada às demandas e expectativas dos egressos.

Os egressos que participaram das reuniões também compartilharam suas percepções e destacaram as mesmas necessidades identificadas. Com base nessas contribuições, estamos elaborando uma nova planilha que contempla alterações em alguns aspectos do curso, incluindo ajustes na carga horária. A proposta considera a adoção de uma carga horária mínima de 3.100 horas, em conformidade com as diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Indígena - CGSCI.

Estamos trabalhando para condensar alguns temas contextuais e incorporar as sugestões apresentadas pelos egressos, de modo a atender às demandas e garantir que o novo Projeto Pedagógico de Curso (PPC) esteja alinhado com as expectativas e necessidades da formação.

Após a implementação dessas mudanças, está prevista a realização de um seminário envolvendo as organizações Indígenas e os serviços de saúde. O objetivo será discutir o perfil ideal de um gestor de Saúde Coletiva Indígena e de um sanitário Indígena, considerando sua atuação no subsistema de saúde Indígena.

Nesse encontro, será dada ênfase à escuta ativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e das organizações Indígenas, com o intuito de compreender quais competências e habilidades são esperadas desses egressos para facilitar sua inserção

nos serviços de saúde. Essa consulta será uma etapa fundamental para consolidar o novo Projeto Pedagógico de Curso (PPC) e encaminhá-lo à Pró-Reitoria de Ensino e Graduação (Proeg) da UFRR para aprovação.

Aprendizados dos últimos dez anos

Minha experiência como professora de estudantes Indígenas transformou minha visão, ampliando minha perspectiva para além do campo da enfermagem.

Conviver com pessoas que possuem uma visão de mundo distinta me ensinou a valorizar diferentes formas de conhecimento e a abordagem holística da saúde. Como Paulo Freire dizia, aprendi a “ser gente”

Compreendi que saúde e doença estão profundamente conectadas ao conceito de bem-viver e às condições dignas de vida no território. Aprendi que práticas de cuidado, como o uso de cera de cabelo, pinturas no corpo, fitas, óleos ou defumadores, são expressões legítimas e eficazes de cuidado em saúde. Esses modos tradicionais Indígenas de cuidado, próprios dos povos originários, são fundamentais para a saúde e a sobrevivência no território, e acredito que devem ser incorporados ao nosso entendimento e às nossas práticas de saúde.

Conviver com os estudantes Indígenas tem sido uma experiência de aprendizado constante, e acredito que essa convivência transformou minha visão sobre a causa Indígena. Passei a respeitar ainda mais suas lutas e a me engajar coletivamente com eles, em prol de seus ideais. Além disso, procuro mostrar a eles que há outros povos Indígenas em diferentes regiões do Brasil e até mesmo em outras partes do mundo, promovendo um intercâmbio de conhecimentos.

Essa troca de saberes é extremamente enriquecedora. Durante as visitas às comunidades, sou sempre impactada pela solidariedade que vivencio. Um dos maiores aprendizados que tive com eles foi sobre reciprocidade, um valor que muitas vezes nós, não Indígenas, não cultivamos da mesma forma. Também me inspira a forte perspectiva de participação comunitária que eles têm, em que todas as decisões são tomadas coletivamente em assembleias. Esse método

de resolução de problemas, baseado no diálogo e no consenso, é algo que considero profundamente interessante e admirável.

Outro aspecto que aprendi é a forma como eles observam o ambiente e as situações ao seu redor. Quando se manifestam, suas falas são carregadas de propriedade e profundidade, fruto de uma reflexão cuidadosa. Esse aprendizado contínuo tem sido uma grande motivação na minha jornada como educadora.

Apesar das nossas fragilidades como curso de graduação, temos conseguido mantê-lo e alcançar resultados positivos. Já vimos dois alunos que concluíram o mestrado e outros que estão inseridos nos serviços de saúde, construindo suas trajetórias de maneira significativa. Cada um está trilhando o próprio caminho, e isso é motivo de orgulho.

É evidente que há desafios nos territórios que cabem a eles enfrentar e resolver. Não posso falar por eles, mas percebo que a luta constante é pela garantia de seus direitos, seja na educação, na saúde ou em outras áreas essenciais. É inspirador observar como eles se apropriam dessas questões para defender seus territórios e os valores em que acreditam, demonstrando uma força e uma resiliência que são excepcionais.

Essa vivência transformou minha percepção desde que cheguei aqui, e sou profundamente grata por essa experiência. O Instituto Inzikiran me acolheu, assim como os estudantes, e essa troca tem sido muito significativa. Apesar dos desafios, a maior parte do curso acontece em sala de aula, onde buscamos constantemente nos adaptar às necessidades de todos.

Um exemplo marcante dessa adaptação é a presença das crianças, incluindo bebês recém-nascidos, que acompanham suas mães durante as aulas. É comum vermos os curumins correndo, chorando, comendo ou participando indiretamente das atividades. Essa dinâmica traz uma dimensão humana e afetuosa ao ambiente de aprendizado.

Em meio a essas fragilidades, nós nos ajudamos como comunidade. Muitas vezes, cada um traz algo para compartilhar, seja comida ou apoio. Quando as crianças estão presentes, organizamos espaços improvisados, como um lençol para que possam descansar. Essa convivência nos ensina a valorizar a coletividade e o cuidado mútuo, tornando o ambiente de ensino mais acolhedor e inclusivo.

Temos o desejo de criar um espaço ainda mais acolhedor, como um redário, com redes e um local apropriado para cuidar

das crianças. Acho essa ideia maravilhosa, pois, mesmo com o curumim por perto, os alunos não deixam de estudar. Ajudamos uns aos outros, e isso tem sido um aprendizado valioso para mim. Durante minha formação em enfermagem, tudo parecia tão rígido, cheio de regras, e essa experiência tem ampliado minha visão sobre acolhimento e flexibilidade.

Muitas vezes, as alunas dizem: “Professora, não tenho com quem deixar meu bebê”. Minha resposta é sempre: “Traga para a aula.” Se o bebê chora, digo: “Vá amamentar, fique à vontade”. E, se preferirem sair da sala para dar de mamar, também são bem-vindas a fazê-lo. O importante é garantir que todas se sintam confortáveis e apoiadas, porque aprender em um ambiente acolhedor faz toda a diferença.

Essas estratégias, embora ainda não formalizadas, são fundamentais para garantir que os estudantes possam concluir o curso. Tanto eu quanto os demais professores nos empenhamos em oferecer esse apoio. Também incentivamos a participação deles em assembleias e processos organizativos, para que estejam inseridos, sejam reconhecidos e façam parte de decisões que são essenciais para seu desenvolvimento pessoal e profissional.

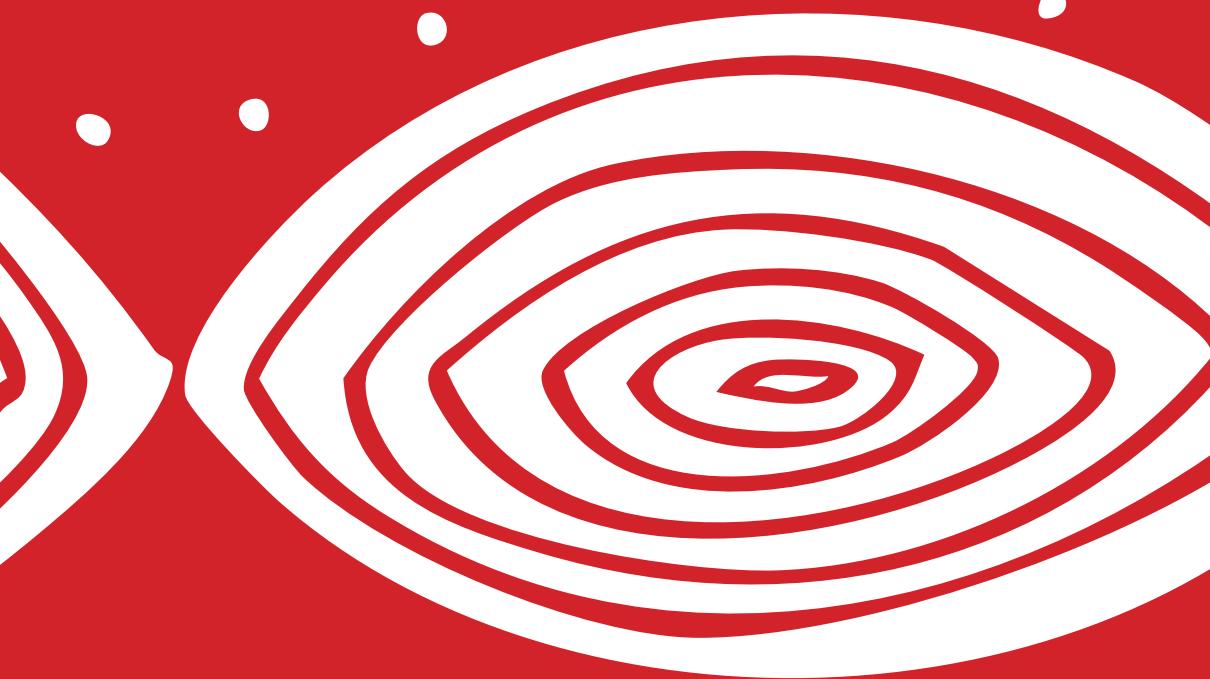
O Instituto Insikiran foi criado em parceria com as organizações Indígenas, compreendendo seu papel político e sua relevância na defesa de direitos. Essas organizações desempenham um papel crucial ao oferecer suporte e subsídios aos estudantes, ajudando a prepará-los para a luta em prol de seus territórios e de suas comunidades.

Os estudantes são, em sua maioria, muito jovens e trazem consigo o desafio de equilibrar as responsabilidades acadêmicas com as demandas de suas realidades. O trabalho conjunto entre o instituto, as organizações e os alunos é, portanto, essencial para que eles sejam capacitados a atuar como protagonistas em suas comunidades e além.

Vale destacar que a maioria dos nossos estudantes é jovem, com idades entre 20 e 25 anos. Muitos acabaram de concluir o Ensino Médio e ainda não possuem inserção no mercado de trabalho. Para eles, tudo é novo, e esse período é marcado por aprendizado e descobertas. Nesse contexto, as organizações Indígenas e outras instituições parceiras desempenham um papel crucial, oferecendo o suporte necessário para a formação política e cidadã desses jovens.

Nesse processo, aprendo e cresço juntamente com eles, tornando-me uma pessoa melhor – eu acho (risos). A convivência e os desafios compartilhados têm sido transformadores, tanto para os estudantes quanto para mim.

DESAFIOS PARA O BEM-VIVER DOS POVOS INDÍGENAS DE RORAIMA







Capítulo 1

OS DILEMAS DE UMA PESQUISADORA INDÍGENA:

*alimentos ancestrais e
alimentos industrializados*

GREYCE KELLE FIDELIS PAULINO.
Pertencente ao Povo Macuxi, é
Gestora em Saúde Coletiva Indí-
gena, graduada no Instituto Insikiran/
UFRR; pós-graduada no Programa de
Pós-Graduação Lato Sensu Gestão e
Ensino em Saúde no Contexto Re-
gional/IFRR; e aluna do Programa de
Pós-Graduação Sociedade e Frontei-
ras/UFRR.

Introdução

O presente texto integra as reflexões da pesquisa em andamento, que analisa dados sobre a saúde e a alimentação das comunidades Indígenas vinculadas ao Polo-base Raposa I, na Terra Indígena Raposa Serra do Sol (TIRSS), sob responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima (DSEI Leste de Roraima), além de incorporar as memórias e vivências da autora. A pesquisa busca analisar os aspectos relativos à interseção entre produção e consumo de alimentos e o processo saúde-doença e cuidado. Contudo, nas abordagens iniciais para elaboração do projeto que deu origem à presente pesquisa, surgiu uma interrogação em relação à visão dos moradores sobre o que efetivamente seria alimentação saudável e à visão da pesquisadora sobre o que é alimentação saudável. Esse questionamento surgiu após a leitura e a discussão do texto *Outsiders*, de Howard S. Becker (2008), na disciplina Estado, Sociedade e Meio Ambiente, do Programa de Pós-Graduação Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, no ano de 2023.

Minha trajetória acadêmica é profundamente influenciada pelas memórias e tradições culturais transmitidas por meus avós durante minha infância e minha adolescência. Originária do Povo Macuxi, da comunidade Indígena do Parnásio, localizada na TIRSS, no Município de Normandia (RR), a aproximadamente 190 quilômetros da capital, Boa Vista, estou enraizada em uma rica herança ancestral. Essas vivências pessoais não apenas moldaram minha identidade, mas também permeiam as reflexões que desenvolvo neste estudo sobre a alimentação entre os povos Indígenas. As incursões em minhas memórias proporcionam ideias valiosas e levantam uma série de questionamentos pertinentes sobre a culinária Indígena, tanto no contexto atual quanto ancestral.

A trajetória acadêmica, notadamente caracterizada pela participação no Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, realizado no Instituto Insikiran, da Universidade Federal de Roraima, tem se revelado como uma fonte inesgotável de questionamentos que norteiam a abordagem descolonizada dos desafios enfrentados pelas comunidades Indígenas. Além disso, o curso de mestrado no qual estou atualmente matriculada também contribui de forma significativa para essas reflexões. Os questionamentos aqui apresentados emergem em decorrência direta

dessa prática acadêmica e orientam uma análise crítica da temática alimentar no contexto dos povos Indígenas.

O texto *Outsiders*, de Howard S. Becker (2008), oferece uma perspectiva sociológica para compreender como as pessoas são rotuladas e tratadas como *outsiders* (desviantes) por determinados grupos sociais. Nesse contexto, o trabalho abordará a problemática alimentar e o processo saúde-doença e cuidado em comunidades Indígenas da T.I. Raposa Serra do Sol, especialmente aquelas que vivem no chamado lavrado¹ roraimense. O objetivo é estabelecer um diálogo com o texto de Becker para refletir como as regras impostas pelo grupo podem ser afetadas pelas transformações alimentares decorrentes do contato de longa data com a sociedade não Indígena, onde o alimento tradicional Indígena se depara com a concorrência do alimento industrializado e, muitas vezes, ultraprocessado, originado em uma cultura ocidentalizada.

A Terra Indígena Raposa Serra do Sol (TIRSS), localizada no estado de Roraima, abriga diversas etnias Indígenas, incluindo Macuxi, Ingarikó, Patamona, Taurepang e Wapichana, entre outras. Cada uma dessas etnias possui tradições e práticas alimentares específicas, estabelecendo uma relação íntima com o ambiente em que vivem. No lavrado roraimense, que é uma das paisagens presentes na região, essas comunidades têm uma relação profunda com a terra, a vegetação e os recursos naturais, o que influencia diretamente sua alimentação e sua identidade cultural.

As regras alimentares dentro das comunidades Indígenas da TIRSS são fundamentadas em valores culturais, espirituais e no conhecimento ancestral sobre o ambiente natural que as cerca. O alimento tradicional desempenha um papel central nessas comunidades, indo além de suas funções nutricionais, e é visto como uma forte relação com a natureza e com seus antepassados.

No lavrado roraimense, a alimentação tradicional é diversificada e rica em alimentos provenientes da terra, dos rios, igarapés e lagos. Além dos frutos nativos, raízes e sementes, a caça e o peixe são fontes essenciais de proteínas para essas comunidades. Destacando-se entre as raízes, a mandioca e a macaxeira são especialmente importantes, pois proporcionam uma variedade de outros alimentos, como a farinha,

¹ Lavrado é um termo adotado no estado de Roraima para identificar parte de seu território composto por savanas, muito assemelhado ao bioma Cerrado.

o beiju, o carimã, a goma de tapioca, entre outros. Essa variedade de produtos derivados da mandioca demonstra a importância desse alimento na culinária tradicional dessas comunidades.

Além dos alimentos, as comunidades Indígenas do lavourado roraimense têm em seus hábitos alimentares bebidas produzidas à base de mandioca, como o *caxiri*, que também pode ser chamado de *pajuarú*, sendo uma bebida importante em algumas comunidades. O *pajuarú* é obtido por meio da fermentação da mandioca, e seu consumo está vinculado a aspectos culturais. Salienta-se que o *caxiri* pode ser produzido por diversos vegetais, como, por exemplo, o milho, a macaxeira, o caju, entre outros.

O contato de longa data com a sociedade não Indígena trouxe desafios significativos para as comunidades Indígenas, especialmente no que diz respeito à alimentação. Além da presença da carne de gado – inserida no processo de invasão do atual território do estado de Roraima, com o estabelecimento de fazendas nas terras Indígenas, especialmente entre os Povos Macuxi e Wapichana –, mais recentemente o acesso a alimentos industrializados tornou-se uma realidade. Tais alimentos são provenientes de uma cultura ocidentalizada, que chega às comunidades, muitas vezes, devido à proximidade com centros urbanos, à integração econômica e à pressão dos meios de comunicação – especialmente a TV e, mais recentemente, a internet.

As transformações alimentares enfrentadas por essas comunidades são complexas. Enquanto alguns membros veem nas opções industrializadas uma forma de praticidade e variedade, outros temem que a adesão a esses alimentos possa comprometer a preservação da identidade cultural e a conexão com suas tradições.

Outsiders e as mudanças alimentares: uma reflexão

Em determinadas comunidades Indígenas da TIRSS, aqueles que optam por alimentos industrializados ou abandonam certos aspectos da alimentação tradicional podem ser percebidos como *outsiders* ou desviantes. Essa percepção pode decorrer do medo de que a adesão ao alimento industrializado represente uma ameaça à preservação da cultura e dos valores ancestrais.

Contudo vale a pena refletir: será que aqueles que defendem a manutenção de um alimento tradicional não seriam os verdadeiros *outsiders* diante da força avassaladora do mercado e da indústria

alimentar? Os alimentos industrializados e ultraprocessados são, muitas vezes, mais facilmente acessíveis, mais divulgados e comercializados, o que pode levar a uma prevalência maior de seu consumo nas comunidades.

Essa reflexão nos faz questionar o impacto das forças externas, como a indústria alimentar, na transformação da alimentação tradicional Indígena. As pressões e influências externas podem levar ao enfraquecimento das regras alimentares instituídas pelo grupo, colocando em risco a preservação da cultura e dos valores ancestrais, estabelecendo, inclusive, novos hábitos alimentares.

As regras alimentares, nesse contexto, desempenham um papel crucial como mecanismo de controle social, visando a preservar a identidade cultural das comunidades Indígenas. O estabelecimento de normas alimentares específicas pode ser uma tentativa de proteger a coesão interna e a integridade cultural, em meio às influências externas.

É importante, contudo, enfatizar que o contato com a sociedade não Indígena não deve ser encarado apenas como uma ameaça, mas também como uma oportunidade para o diálogo intercultural e a troca de conhecimentos. O desafio reside em encontrar um equilíbrio entre a preservação das tradições alimentares Indígenas e a abertura para a diversidade de escolhas alimentares, sem que isso signifique a perda da identidade cultural.

Reflexões finais

As comunidades Indígenas da TIRSS enfrentam transformações alimentares decorrentes do contato de longa data com a sociedade não Indígena, em que o alimento ancestral se depara com a concorrência do alimento industrializado, originado em uma cultura ocidentalizada. As regras alimentares estabelecidas por essas comunidades são fundamentadas em valores culturais e espirituais, buscando preservar a identidade cultural e a relação com a natureza.

A riqueza da alimentação tradicional, que inclui alimentos provenientes do lavrado roraimense, como frutos nativos, raízes, sementes, caça, peixe, milho, mandioca e macaxeira, desempenha um papel vital na construção da identidade

alimentar dessas comunidades. A valorização desses alimentos tradicionais é fundamental para a preservação da cultura e da conexão com suas raízes ancestrais, incluindo, também, as bebidas à base de mandioca e outros frutos.

Contudo é importante refletir sobre o impacto das transformações alimentares e a influência da indústria alimentar nas comunidades, questionando quem são os verdadeiros *outsiders* nesse contexto. A preservação das tradições Indígenas pode enfrentar desafios diante da força avassaladora do mercado e da indústria, mas a valorização das regras alimentares estabelecidas pelo grupo é fundamental para a manutenção da identidade cultural e para a construção de uma sociedade mais inclusiva e respeitosa com suas diversidades. A coexistência entre o alimento tradicional e o industrializado pode ser uma maneira de encontrar um equilíbrio entre a preservação cultural e a abertura para a diversidade alimentar, promovendo uma sociedade mais inclusiva e plural.

Diante das reflexões aqui apresentadas, surge a indagação sobre o papel da pesquisadora, especialmente quando pertence à cultura investigada. Como a pesquisadora observa a problemática alimentar, pode ser compreendida como uma visão estranha para essas comunidades? Perguntas como essa, inicialmente inspiradas pela leitura de Becker (2008), direcionaram a pesquisadora a não presumir que a comunidade partilhe da mesma visão sobre alimentação saudável. As interrogações geradas permitem uma abordagem mais sensível e menos preconceituosa em relação às escolhas alimentares dessas comunidades e de cada indivíduo, reconhecendo a diversidade de perspectivas e a importância do diálogo intercultural.

Dessa forma, o que seria estranho, em termos alimentares, para parte da comunidade que se busca estudar? Seria a damorida, um alimento ancestral da culinária Indígena, ou um prato de macarrão com salsicha? São os desafios que a autora enfrentará em suas futuras investigações.

Referências

BECKER, Howard Saul. **Outsiders:** estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LEITE, Maurício Soares. Sociodiversidade, alimentação e nutrição Indígena. In: BARROS, Denise Cavalcante; SILVA, Denise Oli-

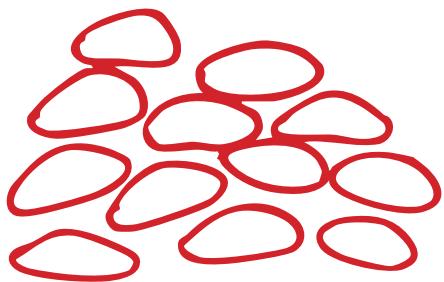
veira e; GUGELMIN, Silvia Ângela (org.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena** [online], v. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 180-210. ISBN: 978-85-7541-587-0. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/fuyqb epub/barros-9788575415870.epub>. / doi: 10.7476/9788575415870.009.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org.). **Saúde dos Povos Indígenas**. Reflexões sobre a Antropologia Participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

MONTEIRO, Danielle. Estudo aponta mudanças em alimentação tradicional do povo Indígena Paiter Surui. **Portal da Fundação Osvaldo Cruz**, 25 abr. 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-mudancas-em-alimentacao-tradicional-do-povo-indigena-paiter-surui>. Acesso em: 23 out. 2023.

PAULINO, Greyce Kelly Fidelis; ALMEIDA, Simone Lopes de. A produção e o consumo de alimentos na comunidade Indígena do Parnásio e as implicações para o processo saúde-doença e cuidado. In: HELENA, Diádiney; FEITOSA, Dandara (org.). **Saberes Indígenas produção de conhecimento desde os Territórios**. São Paulo: Hucitec, 2020, v. 1, p. 92-113.





Capítulo 2

WAI-WAI KOMO NAHŘÍ POKO KEHCAMHOKATOPO:

alimentação tradicional e
tradicional do Povo Wai-Wai
da comunidade Jatapuzinho,
sul de Roraima

GENEIDE SOUZA DOS SANTOS.

Pertencente ao Povo Wai-Wai,
é bacharel em Gestão em Saú-
de Coletiva Indígena, pelo Instituto
Insikiran de Formação Superior Indí-
gena/UFRR (2019).

ARISMAR MENDES BARBOSA
(ORIENTADOR).

Professor no Curso de Graduação
em Gestão em Saúde Coletiva Indige-
na, do Instituto Insikiran de Formação
Superior Indígena/UFRR, é mestre em
Economia pela Universidade Federal
do Rio Grande do Sul (2012).

Introdução

Eu me chamo Geneide Souza dos Santos, nascida no dia 1º de novembro de 1993, no Município de São João da Baliza (RR). Sou Indígena do Povo Wai-Wai, falante da língua materna, residente na comunidade Indígena Jatapuzinho, Terra Indígena Trombetas Mapuera, no Município de Caroebe (RR). Atualmente, atuo voluntariamente na Coordenação Geral de Articulação das Mulheres Indígenas Wai-Wai (Krawoto), representando as mulheres Wai-Wai nas reuniões, nos seminários, oficinas e eventos locais ou regionais. Trabalhei na Coordenação Técnica de Medicina tradicional no Conselho Indígena de Roraima (CIR), entre junho e dezembro de 2022, e trabalhei voluntariamente como Conselheira Distrital de Saúde Indígena da região Wai-Wai, do Polo-base Jatapuzinho, no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima, entre julho de 2021 e agosto de 2022.

As comunidades Indígenas do Povo Wai-Wai estão localizadas no sul do estado de Roraima, no Município de Caroebe, região composta por 12 comunidades Indígenas: Jatapuzinho, Catual, Ahru, Samaúma, Makará, Laranjinha, Soma, Cobra, Yoowu, Angelim-Ferro, Kwarikwara e Açaí. Essas comunidades abrigam povos Indígenas de diversos grupos étnicos, incluindo Wai-Wai, Katwena, Xerew, Mawayana, Heskaryaya e Waimiri Atroari. A população estimada na comunidade de Jatapuzinho é de aproximadamente 238 habitantes, distribuídos em 47 famílias, conforme o censo do DSEI Leste de Roraima, em 2022.

Os Wai-Wai preservam suas culturas e tradições por meio de práticas que envolvem conhecimento, língua materna, alimentação e, em particular, as gerações mais antigas, que mantêm vivas suas práticas culturais. Isso inclui o cultivo da terra, atividades de pesca, caça e colheita de frutos na mata, que são fundamentais para a sua identidade cultural. Essas práticas também desempenham um papel crucial na saúde dos Povos Wai-Wai.

A alimentação tradicional continua a ser valorizada nas comunidades, embora tenha ocorrido uma transição alimentar nos últimos anos. Alimentos industrializados, como óleo de soja, farinha de trigo, açúcar, sal, arroz, feijão, café e leite, passaram a fazer parte da dieta com maior frequência. Esse fenômeno é especialmente notado entre as famílias que recebem salários do governo ou instituições públicas, como professores, agentes de saúde e saneamento (AIS-AISAN) ou beneficiários de programas de trans-

ferência de renda, como o Bolsa Família, aposentadorias e outros. Além disso, algumas famílias usam a renda obtida com a venda de produtos agrícolas, como farinha de mandioca, goma (tapioca) e castanha-do-Brasil, para adquirir alimentos industrializados nas cidades vizinhas.

Este estudo tem como objetivo geral descrever os hábitos alimentares do Povo Wai-Wai, com foco na comunidade Jatapuzinho, localizada na Terra Indígena Trombeta Mapuera, no sul de Roraima. Além disso, busca estabelecer uma relação entre esses hábitos alimentares e a saúde da comunidade. Os objetivos específicos incluem a identificação dos principais alimentos tradicionais dos Wai-Wai e sua relação com a saúde, o reconhecimento da importância desses alimentos tradicionais para a comunidade e a identificação dos alimentos industrializados mais consumidos pelos Wai-Wai.

A motivação para este estudo surgiu durante o Estágio I (Tempo Comunitário) do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, realizado no Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima, com participação da autora. Durante o estágio, os alunos foram orientados a realizar um diagnóstico situacional de saúde em suas comunidades. O diagnóstico foi conduzido na comunidade Indígena Jatapuzinho, no período de novembro a dezembro de 2017. Essa experiência permitiu aos participantes ver a comunidade sob uma nova perspectiva, não apenas como moradores, mas também como acadêmicos e pesquisadores. Além de identificar avanços culturais, sociais, políticos, econômicos e alimentares na comunidade, também foram identificados problemas sociais, desafios e necessidades que direcionaram o interesse da pesquisa para a busca de soluções que melhorem a qualidade de vida e abordem os problemas enfrentados pela comunidade.

Um dos problemas mais significativos observados na comunidade foi a mudança nos hábitos alimentares. A escassez de caça e pesca, que eram as principais fontes de alimento para os Wai-Wai, levou ao aumento do consumo de alimentos industrializados e ao surgimento de doenças não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. Essa mudança nos hábitos alimentares prejudica a saúde e a disponibilidade de alimentos saudáveis, com implicações negativas para crianças, adultos e idosos. A insegurança alimentar entre os Indígenas

Wai-Wai despertou meu interesse em pesquisar as causas desse processo e os problemas associados, com o objetivo de encontrar soluções para essas dificuldades.

O estudo foi conduzido como uma pesquisa descritiva, participativa e colaborativa com a comunidade, caracterizada como um relato de experiência. A pesquisa descritiva permitiu uma análise abrangente do problema de pesquisa em relação aos aspectos sociais, econômicos e políticos, bem como às percepções de diferentes grupos e comunidades. A pesquisa participativa exigiu um compromisso com a população da comunidade em que o estudo foi realizado, permitindo uma colaboração estreita com os membros da mesma (Oliveira, 2016).

Breve descrição da comunidade Jatapuzinho

A comunidade Jatapuzinho encontra-se na Terra Indígena Trombetas Mapuera, situada entre as Terras Indígenas Waimiri Atroari e Nhamundá Mapuera, ao norte do Rio Amazonas, abrangendo uma área de 3.970.417 hectares e descrita pelas bacias dos rios Trombetas, Jatapú, Mapuera e Nhamundá (Moura, 2007).

Fundada em 1984, a comunidade Jatapuzinho teve sua origem sob a liderança de Ronildo Oliveira de Souza, também conhecido como Kîrînaw, em colaboração com os Karapawyana. Os principais organizadores da comunidade incluem líderes como *tuxauas*, pastores e fiscais, que desempenham um papel crucial no controle do movimento social e político de seus povos, abrangendo áreas como Educação, Saúde e atividades comunitárias. Essas lideranças trabalham em conjunto para estabelecer regras e atender às demandas por meio de reuniões com os moradores. Em outras palavras, as lideranças exercem uma influência significativa na organização política da comunidade.

Também merece destaque a existência da Associação dos Povos Indígenas Wai-Wai (APIW), uma Organização Civil Indígena cujo principal objetivo é unir os povos Indígenas da Unidade Territorial Alto Jatapu-Jatapuzinho, da Terra Indígena Trombetas Mapuera, para a promoção do desenvolvimento social, cultural e sustentável.

O acesso à comunidade Jatapuzinho é possível por três meios de transporte: via fluvial, terrestre e, durante a estação seca, por via aérea. Para chegar à Terra Indígena Trombetas/Mapuera e às

comunidades da região Wai-Wai, o trajeto começa por via terrestre, partindo de Boa Vista. A rota segue pela BR-174, em direção a Manaus (AM), até chegar ao entroncamento na vila Novo Paraíso. A partir dessa vila, a viagem continua pela BR-210, passando por três municípios: São Luiz do Anauá, São João da Baliza e Caroebe. Essa estrada conduz até a margem do barranco, situada a cerca de 450 quilômetros da capital Boa Vista, no estado de Roraima, onde a estrada termina.

A partir desse ponto, a jornada prossegue por via fluvial, utilizando barcos ou voadeiras de pequeno porte (canoas), descendo o Rio Jatapú e subindo o Rio Jatapuzinho. A maioria das comunidades está localizada às margens do Rio Jatapú, incluindo Soma, Makará, Catual, Ahru e Samaúma. A comunidade de Jatapuzinho, por sua vez, está situada às margens do Rio Jatapuzinho. Esses dois rios representam as principais vias de acesso às comunidades da região. Outra opção de acesso ao centro da comunidade de Jatapuzinho é por via aérea, com partida de Boa Vista (RR). Essa viagem de avião leva, aproximadamente, duas horas e meia, e a comunidade dispõe de uma pista de pouso construída pelos próprios moradores, com o apoio da Missão Evangélica da Amazônia (Meva).

A pista de pouso de avião desempenha papel fundamental na comunidade, atendendo a diversas necessidades. No setor de saúde, é principalmente utilizada em situações de emergência para realizar a remoção de pacientes que necessitam de atendimento hospitalar na cidade.

A primeira etapa da pesquisa consistiu em realizar levantamento bibliográfico sobre a soberania alimentar dos povos Indígenas: a questão territorial, a insegurança alimentar e nutricional, o perfil epidemiológico dos povos Indígenas e as mudanças dos hábitos alimentares.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, participativa e colaborativa com a comunidade. Para alcançar o objetivo deste trabalho, foi apresentado o pré-projeto para a comunidade durante a reunião comunitária que aconteceu no dia 3 de janeiro de 2019, explicando os objetivos da pesquisa. No segundo momento, foram feitas as entrevistas e a aplicação de questionário semiestruturado com os moradores selecionados para entrevista, bem como as lideranças, *tuxaua*, pastor, jovens, pai de família e idosos, totalizando 15 pessoas com idade entre 20 e 75 anos, tanto do sexo feminino quanto do masculino.

Através da entrevista e da aplicação do questionário semiestruturado, procurou-se obter as informações referentes à importância da alimentação tradicional – caracterizando os modos de fazer roça, caça e coleta –, bem como às consequências da alimentação industrializada, à dificuldade que a comunidade encontra na produção e às mudanças de hábitos alimentares e saúde/doença.

Um dos desafios enfrentados durante a pesquisa foi a questão da tradução dos questionários de língua portuguesa para a língua materna, para que o entrevistado pudesse compreender melhor e responder corretamente. Mas, com o apoio e a paciência dos entrevistados, isso foi possível.

A alimentação tradicional do Povo Wai-Wai

O s Wai-Wai têm seu modo de viver de acordo com sua cultura, cultivando a terra, pescando, caçando, plantando e colhendo frutos na mata, mantendo vivos seus valores culturais, conforme seus costumes e tradições. A culinária é baseada na carne de caça e pesca, sendo que a mais tradicional é a damurida. A damurida é o prato predileto dos povos Indígenas Wai-Wai, portanto, para manter a tradição, os povos Indígenas procuram repassar os conhecimentos de geração a geração.

Na língua Indígena Wai-Wai, a damurida se chama Kaxara, é feita na panela de alumínio ou de barro com pimenta, tucupi, água, sal, peixe, carne de caça moqueada ou fresca, e é consumida com a farinha de mandioca e beiju, juntamente com a nossa bebida tradicional (*woku*), que é mistura de goma com suco de buriti, bacaba e patoá.

Para os povos Indígenas Wai-Wai, o uso sustentável engloba a exploração responsável dos recursos naturais da terra, abrangendo a preservação, a conservação ambiental, a valorização do patrimônio natural, histórico e cultural, além do desenvolvimento econômico com foco na qualidade social e na produção de alimentos.

Na comunidade Jatapuzinho, os Wai-Wai demonstram uma notável autossuficiência na produção de alimentos para o próprio consumo. Adotam uma abordagem orgânica, sem a utilização de adubos e agrotóxicos. A sustentabilidade é observada na forma como utilizam os recursos naturais, tanto vegetais quanto animais, presentes em suas paisagens e que consideram essenciais para a

manutenção de seu modo de vida. Na comunidade, a agricultura desempenha um papel crucial na produção de alimentos.

A maioria dos Wai-Wai mantém as próprias plantações, porém eles enfrentam desafios recentes relacionados às mudanças climáticas, como a seca e o ataque de saúvas – espécie de formigas cortadoras de folhas. Esses ataques geralmente ocorrem durante os primeiros meses de desenvolvimento das culturas e têm impactado a produção nos últimos anos.

Os Wai-Wai não utilizam sistemas de irrigação para suas plantas, e suas plantações, muitas vezes, estão localizadas longe de suas casas. Durante o inverno, quando há chuvas intensas, as macaxeiras e mandiocas tendem a apodrecer devido à umidade excessiva do solo. Além disso, os Wai-Wai não têm o hábito de armazenar alimentos, o que ocasionalmente leva à escassez, embora eles procurem produzir a quantidade necessária de alimentos.

A atividade agrícola, que inclui a preparação das roças, é realizada coletivamente ou individualmente e é de suma importância na produção de alimentos. As principais culturas plantadas abrangem abacaxi, banana (vários tipos), inhame, mandioca (diversas espécies), pimenta, batata, cará (vários tipos), mamão, milho e cana-de-açúcar.

As atividades de produção desempenham um papel fundamental ao proporcionar alimentos suficientes para os Wai-Wai, além de gerar renda, com destaque para a produção da farinha de mandioca. A farinha de mandioca é produzida localmente pelos próprios Indígenas e é comercializada nas cidades mais próximas. Atualmente, a produção de farinha é considerada a principal fonte de renda para a população das comunidades Indígenas Wai-Wai. Além disso, juntamente com a agricultura de coivara, as atividades de subsistência incluem a caça, a pesca e a coleta de produtos silvestres.

Coletas

A coleta desempenha um papel significativo na alimentação dos Wai-Wai, complementando a dieta com recursos naturais disponíveis na região. Dentre esses recursos, destacam-se os frutos de árvores nativas, tais como cajus silvestres, buriti, bacaba, patoá, açaí e, principalmente,

as nozes, em particular, a castanha do Brasil. Esses elementos não apenas contribuem para a alimentação, mas também representam uma fonte de renda essencial.

A alimentação é diversificada e saudável, e esses recursos são utilizados de diversas maneiras. Por exemplo, a castanha do Brasil é transformada em alimentos como o “beiju” da castanha (*papa*), a paçoca de castanha (*maukîn*), também servindo como ingrediente para bebidas, como sucos e mingau. Esses alimentos são frequentemente preparados com a adição de goma de mandioca ou tapioca, o que complementa e enriquece a dieta dos Wai-Wai.

Caça e pesca

A pesca e a caça são atividades tradicionalmente realizadas pelos homens, tanto de forma individual quanto coletiva, e podem ser conduzidas nas proximidades da comunidade ou em locais mais distantes. Em algumas ocasiões, os homens passam vários dias acampados em áreas remotas. No entanto, a participação das mulheres também é observada, especialmente quando a técnica empregada se assemelha à coleta. Dentre as técnicas utilizadas, incluem-se pescarias coletivas, familiares ou comunitárias, muitas vezes com o uso de anestésicos, incluindo variedades de timbó (Salgado, 2007).

Recentemente, houve mudanças nos métodos de caça e pesca entre os Wai-Wai. No passado, os homens usavam arco e flecha, produzindo diferentes tipos de pontas de flecha para caçar aves, grandes animais e peixes, garantindo uma caçada bem-sucedida. Atualmente, o uso de espingardas com cartuchos se tornou a norma para todos os tipos de caça, incluindo aves e animais. Os principais animais caçados incluem antas, veados, queixadas, caititus, cutias, pacas, tatus, veados campeiros, macacos-prego e guaribas. No que diz respeito às aves, estão incluídos mutuns, jacamins, tucanos, araras azuis e vermelhas, nambus e papagaios. Além de seu valor como alimento, suas penas também são utilizadas no artesanato.

Em relação à pesca, os Wai-Wai usavam uma variedade de armadilhas por eles produzidas. Embora tenham empregado veneno, como o timbó (*umawa*), para matar peixes no passado, essa prática prejudicial ao meio ambiente não é mais amplamente utilizada. Atualmente, a pesca é realizada com linha, anzol e isca, fazendo

uso de técnicas como caniço, armadilha, isca artificial, malhadeira, tarrafa, mergulho com máscara e flecha com pontas de arame com liga. Os peixes mais comuns incluem trairão, surubim, pacu, piranha, piaba, tucunaré, peixe-cachorro, mandi, aracu, lambari, peixe-agulha, traíra, curimatã, peixe-sabão, jacundá, tamuatá, bodó, cascudo, jundiá, jaú, entre outros.

Com as mudanças culturais, climáticas, o aumento da população e transformações nos hábitos alimentares, a criação de animais de pequeno porte, como pato e galinha caipira, tornou-se comum. O uso de armas de fogo e cães de caça para melhorar a eficiência na caça levou muitas terras Indígenas a enfrentar desafios na manutenção dos recursos naturais.

No entanto, muitos grupos têm conseguido superar essas dificuldades por meio do desenvolvimento de planos de manejo ambiental, adaptação a novos padrões alimentares e outras estratégias de subsistência. Alguns povos, após enfrentarem problemas com a disponibilidade de proteína animal proveniente da caça, passaram a manter uma relação mais diversificada com o ambiente. Como resultado, estabeleceram pequenas criações de animais domésticos, incluindo vacas, porcos, carneiros, galinhas e patos, com preferência por esses últimos (Salgado, 2007).

Alimentos industrializados consumidos pelos Wai-Wai

Além do consumo de alimentos tradicionais, a comunidade Wai-Wai também incorporou o consumo de alimentos industrializados. As mudanças culturais, nos hábitos alimentares, e a escassez de certos itens de caça e pesca, juntamente com a busca por praticidade, influenciaram a aquisição e o consumo de alimentos industrializados em Jatapuzinho. As aposentadorias e os salários dos funcionários públicos têm sido uma alternativa para enfrentar as dificuldades decorrentes das novas condições de sobrevivência.

No entanto, essa prática tem levado a um aumento considerável no movimento da população para ir às cidades, o que resulta no abandono de suas atividades tradicionais nas aldeias. Isso também tem contribuído para a introdução de

produtos prejudiciais à saúde, principalmente no que diz respeito à alimentação, que muitas vezes são consumidos em detrimento dos alimentos tradicionais mais saudáveis e autossustentáveis (Salgado, 2007).

Independentemente de serem assalariados ou não, os Wai-Wai consomem alimentos industrializados, pois a maioria das famílias possui renda, de alguma forma.

É importante ressaltar que o consumo excessivo de determinadas substâncias incorporadas à dieta diária pode resultar em doenças crônicas. Por exemplo, o consumo excessivo de açúcar e sal pode acidificar o sangue, prejudicar a saúde bucal e aumentar a pressão arterial. Como resultado, surgem doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial entre os povos Indígenas Wai-Wai (Salgado, 2007).

Saúde dos povos Indígenas Wai-Wai

A comunidade Jatapuzinho é o centro de referência da região Wai-Wai e abriga uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) do tipo II, que oferece serviços de saúde para a população Indígena Wai-Wai da própria comunidade e de outras comunidades vizinhas. A estrutura da UBSI de Jatapuzinho é um edifício próprio, construído pela Prefeitura Municipal de Caroebe e inaugurado em 15 de outubro de 2015.

A unidade tem acesso à internet e sistemas de climatização, embora esses nunca tenham sido instalados ou utilizados, devido à falta de energia 24 horas. Além disso, a instituição enfrenta, frequentemente, escassez de medicamentos e materiais odontológicos essenciais para o atendimento. A equipe que atua na UBSI é composta por três Agentes Indígenas de Saúde (AIS), um Agente Indígena de Saneamento (AISAN), um barqueiro e um proeiro, totalizando seis profissionais que seguem uma escala de trabalho em horário comercial. O Polo-base Jatapuzinho é atendido por uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) que presta serviços para as comunidades da região.

As EMSI que prestam serviços na região permanecem, em média, 18 dias em seu campo de atuação. Na comunidade Jatapuzinho, a equipe dedica dois dias de trabalho, enquanto nas demais comunidades, o tempo é de um dia e meio. Todos os dados coletados pelos AIS são posteriormente repassados ao enfermeiro. É

responsabilidade do enfermeiro consolidar os dados de todas as comunidades em uma única planilha, que é entregue ao DSEI Leste de Roraima ou ao Setor de Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi).

De acordo com Langdon (2006) e a portaria nº 840, de 15 de agosto de 2007, as atividades executadas pelo AIS, pelo AISAN e pela EMSI que atuam na atenção básica de saúde são: visitas domiciliares; educação e orientação sobre os cuidados de saúde; preenchimentos de formulários e fichas; participação no controle social; apoio à EMSI responsável pela sua área de atuação; acompanhamento do desenvolvimento infantil; acompanhamento das gestantes; identificação dos casos de suspeita de doenças mais frequentes; acompanhamento dos pacientes crônicos, assim como os que estiverem em tratamento de longa duração; acompanhamento de vacinação; ações de educação ambiental e ações de comunicação. Essas atividades visam a garantir uma atenção básica de saúde de qualidade para a população Indígena e contribuem para a promoção do bem-estar e da saúde nas comunidades.

A atenção primária à saúde é conduzida através da participação ativa dos AIS, que atuam de forma regular, bem como por outros profissionais pertencentes à EMSI, em conformidade com um planejamento preestabelecido para as ações. A composição essencial da EMSI pode ser complementada, ajustando a frequência de sua presença nos estabelecimentos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com o propósito de implementar um programa básico específico para cada tipo de estabelecimento, visando a atender às necessidades inerentes ao desenvolvimento das atividades.

Os programas desenvolvidos na comunidade têm por objetivo dar apoio às ações de promoção de saúde, envolvendo o monitoramento e a avaliação das questões epidemiológicas dos povos Indígenas Wai-Wai. Os principais programas desenvolvidos na região são: hiperdia, imunização, saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem e saúde do idoso.

As principais doenças que acometem a população da comunidade Jatapuzinho são: tosse, diarreia, gripe, hipertensão arterial, diabetes, gastrite e pedra na vesícula. O tratamento dessas doenças é feito com acompanhamento, uso de medicamentos e plantas medicinais.

Plantas medicinais

A utilização de plantas medicinais é um dos métodos empregados pelos povos Indígenas Wai-Wai como meio de tratar determinados problemas de saúde. Esse conhecimento ainda está presente entre os adultos e idosos, embora não seja tão valorizado pelos jovens. Para ilustrar, algumas dessas comunidades utilizam remédios caseiros no tratamento de diversas doenças, como afta, dor de dente, úlcera, leishmaniose, gastrite, diarreia, gripe, ferroadas de arraia, pedra nos rins, queimaduras, diabetes, acidentes ofídicos, entre outros. As plantas mais frequentemente empregadas incluem cascas de árvores e raízes, tais como jatobá, limão, casca de cajueiro (*karakru yepu picko*), casca e folhas de goiaba, *oyosî*, *wataki*, bem como algumas frutas verdes, como o abacaxi, por exemplo.

Considerações finais

A alimentação dos povos Indígenas Wai-Wai está enfrentando uma transformação, o que tem impactado diretamente suas culturas e sua saúde, aumentando o risco de doenças crônicas. Nos últimos anos, observa-se que a maioria dos Wai-Wai tem dado menos ênfase à alimentação tradicional e consome mais alimentos industrializados devido à sua conveniência. Essa mudança nos hábitos alimentares é um problema que precisa ser abordado, destacando a importância de preservar e incentivar os hábitos tradicionais de alimentação nas comunidades Wai-Wai. Isso é essencial para melhorar a qualidade de vida, garantir a segurança alimentar e lidar com os problemas de saúde associados.

Este estudo teve como objetivo oferecer uma visão abrangente do sistema alimentar do Povo Wai-Wai e sua relação com a saúde. Visou também a descrever os hábitos alimentares desse grupo e identificar os fatores ligados à segurança alimentar e à insegurança alimentar. Além disso, pretendeu fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções que promovam a saúde Indígena e contribuam para o progresso institucional no âmbito da política de segurança alimentar e nutricional.

Espera-se que este estudo promova a reflexão sobre a importância da valorização cultural e alimentar dos povos Indígenas e sobre os riscos associados à adoção de outras formas de alimen-

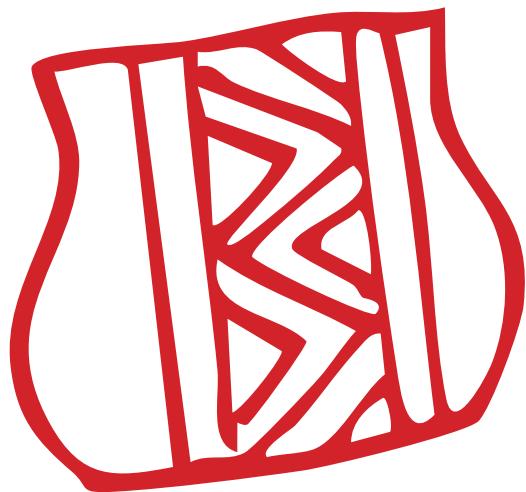
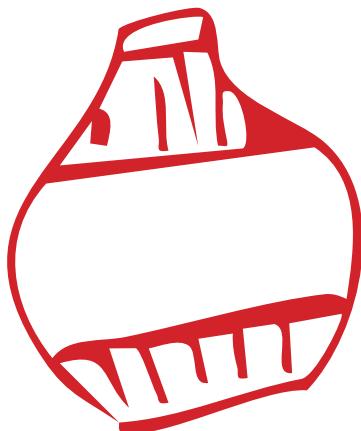
tação, sobretudo no que diz respeito à proteção das crianças, dos adolescentes e idosos contra a influência do consumo de alimentos industrializados nas comunidades.

Referências

- BARBOSA, Ariosmar Mendes. **Economia Indígena em áreas de Florestas na Amazônia:** O Caso dos Índios Wai-Wai no sul de Roraima. Disponível em: http://www.necar.ufrr.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=208:ariosmar-barbosa-dissertao-ufrr-ufrgs&id=36:mestra-do-economia-2turma&Itemid=377. Acesso em: 31 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena:** relatório final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CÂNCIO, Raimundo Nonato de Pádua. **Para além da aldeia e da escola:** um estudo decolonial de aquisição da língua portuguesa pelos Indígenas Wai-Wai da Mapuera, Amazônia brasileira. 2017. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação – Universidade Federal do Pará, Belém, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9017>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- CARDOZO, Ivaneide Bandeira; VALE JUNIOR, Israel Correa do (org.). **Etnozootamento da porção paraense das Terras Indígenas Trombetas-Mapuera e Nhamundá-Mapuera.** Porto Velho: Edufro, 2012.
- MOURA, Mário. Trombetas Mapuera: a última grande terra. **Revista Brasil Indígena.** Funai, ano III, n. 5, dez./jan. 2007.
- OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa.** 7. ed. rev. e atual. Petrópolis-RJ: Vozes, 2016.
- ROCHA, Tatiana Evangelista da Silva; SILVA, Reijane Pinheiro da; NASCIMENTO, Maira Messias do. Mudanças dos hábitos alimentares entre os Akwen Xerente. **Rev Esc Enferm USP,** 2016; v. 50, n.esp. 096100. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0096.pdf. Acesso em: 27 out. 2018.
- SALGADO, Carlos Antônio Bezerra. Segurança alimentar e nutricional em terras Indígenas. **Revista de Estudos e Pes-**

quisas, v. 4, n. 1. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/revista_estudos_pesquisas_v4_n1/04Carlos_Antonio_Bezerra_SalgadoSeguranca_alimentar_e_nutricional_em_terras_indigenas.pdf. Acesso em: 21 out. 2019.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR., Carlos Everaldo Álvares. **Avaliação do estado nutricional em um contexto de mudanças socioeconômicas:** O grupo Indígena Surui do Estado de Rondônia, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 1991.



JUVENTUDE INDÍGENA E O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA NA COMUNIDADE MANOÁ-BONFIM (RR)

NAYRA PAULINO VIEIRA.

Pertencente ao Povo Macuxi, é moradora da comunidade Manoá, Gestora em Saúde Coletiva Indígena, pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima (UFRR), é graduada em Enfermagem, pela Universidade Paulista (UNIP).

NARA DO NASCIMENTO TAVARES.

Pertencente ao Povo Sateré Mawé, é professora do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, no Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima (UFRR). É doutora pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA/UFRJ) e membro do Grupo Temático Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Introdução

O consumo de bebidas alcoólicas tem afetado amplamente os povos Indígenas no Brasil. As consequências do consumo excessivo têm gerado problemas internos e externos à população, provocando insegurança e desarmonia, além de comprometer as relações internas do grupo. Este trabalho aborda essa problemática na comunidade Indígena Manoá, buscando entender quais fatores se relacionam ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência e na juventude da comunidade.

É de suma importância abordar o consumo do álcool na adolescência e na juventude e as interfaces que contribuem para seu consumo precoce. Particularmente, pretendemos destacar os contextos locais Indígenas, além do uso de bebidas tradicionais e bebidas alcoólicas em diferentes aspectos de sociabilidade.

Este trabalho foi motivado pela disciplina de Estágio Comunitário I, durante a qual foi realizado o diagnóstico situacional da comunidade no ano de 2016, em que o consumo de bebida alcoólica foi apontado como um dos principais problemas entre a juventude Indígena.

A elaboração da pesquisa se deu em 2017, a partir da construção do pré-projeto na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I, abordando o consumo do álcool na juventude Indígena. Durante esse período na comunidade, foi articulada, juntamente com as lideranças, a autorização para a realização da pesquisa junto à escola da comunidade, entendendo que o consumo de álcool é uma problemática naquele contexto.

O presente trabalho tem ainda como objetivo abordar a perspectiva dos jovens em relação ao consumo do álcool, além de compreender de que forma o consumo em excesso afeta as relações internas do grupo e a saúde individual e coletiva.

A construção metodológica da pesquisa deu-se por meio da pesquisa bibliográfica, que “é aquela que realiza a partir do registro disponível, decorrentes de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc.” (Severino, 2007, p. 122).

Utilizou-se, também, a pesquisa-ação, que é aquela que, além “de compreender, visa a intervir na situação, com vistas a modificá-la. [...] Assim, ao mesmo tempo que realiza um diagnóstico e a análise de determinada situação, a pesquisa-ação propõe ao conjunto de sujeitos envolvidos mudanças que levem a um aprimoramento das práticas analisadas” (Severino, 2007, p. 120).

Outra técnica metodológica utilizada como auxílio foi a da “observação participante”. Segundo Lakatos e Marconi (2010, p. 177), essa técnica “consiste na participação real do pesquisador na comunidade ou grupo. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste”.

Além disso, usou-se a entrevista do tipo “despadronizada ou não estruturada”, na qual o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada (Lakatos; Marconi, 2010, p. 181). A entrevista do tipo despadronizada ou não estruturada apresenta modalidades distintas, dentre as quais se utilizou a “entrevista focalizada”, em que há um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar e o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser: sondar razões e motivos de esclarecimentos, não obedecendo ao rigor de uma estrutura formal (Lakatos; Marconi, 2010, p. 181). No trabalho, apresentam-se as falas registradas nas rodas de conversa com os alunos e entrevistas com o *tuxaua* e o professor, de forma integral, apresentadas com fonte em itálico.

Local do estudo

A comunidade Indígena Manoá está localizada na Terra Indígena Manoá/Pium, Região Serra da Lua, a 95km da capital, Boa Vista, e a 65km da sede do Município de Bonfim. A Terra Indígena Manoá/Pium faz fronteira com a República Cooperativa da Guiana e é demarcada em “ilhas”.¹ Atualmente, vivem na comunidade os Povos Macuxi e Wapichana, e sua população estimada é de aproximadamente 1.300 habitantes.

Na comunidade Indígena Manoá, há duas escolas. A primeira, Escola Estadual Indígena Nossa Senhora da Consolata, atende estudantes do ensino fundamental regular e 2º segmento (Educação de Jovens e Adultos (EJA), que atende do 5º ao 9º ano), e do Ensino Médio regular e 3º segmento (EJA, que atende do 1º ao 3º ano do Ensino Médio). Esta atende alunos das comunidades vizinhas

¹A denominação “ilha” refere-se a uma pequena porção de terra cercada de fazenda por todos os lados. É uma reprodução dos limites da fazenda que isolava as aldeias e fragmenta as áreas de uso tradicionalmente comuns. O conceito, embora utilizado pelos próprios indígenas para criticá-lo, tem sido incorporado pela elite política roraimense para apresentar a fragmentação das terras Indígenas como se fosse uma opção viável à “demarcação em área contínua” (Lima, 2013).

Cumaru, São João e Novo Paraíso. Além dela, há a Escola Municipal Indígena Lauriano João da Silva, que atende do 1º ao 5º ano do ensino fundamental.

A organização social da comunidade é formada pelo *tuxaua* e o vice-*tuxaua*, que são responsáveis por sua gestão, seguidos pelos conselheiros,² capatazes,³ pastores, professores, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e a população. Todos os assuntos referentes à comunidade são debatidos e aprovados pelos moradores, em reunião comunitária realizada mensalmente. Dentre os serviços públicos ofertados na comunidade estão o atendimento à saúde, educação, iluminação pública e distribuição de água encanada em algumas partes da comunidade (serviço ofertado pelo DSEI Leste de Roraima).

Coleta de dados

A realização da pesquisa de campo ocorreu entre os dias 9 e 26 de outubro de 2018, com alunos da 1ª, da 2ª e da 3ª séries do Ensino Médio da Escola Estadual Indígena Nossa Senhora da Consolata, através de rodas de conversa em sala de aula, e entrevistas com um professor da instituição e o *tuxaua* da comunidade.

A coleta ocorreu com 14 alunos da 1ª série, seis alunos da 2ª série e nove alunos da 3ª série (totalizando 29 alunos do Ensino Médio). O total de alunos regularmente matriculados é de 51; desse total, alguns alunos são moradores de comunidades vizinhas e não estão freqüentando as aulas por falta de transporte escolar. Portanto, a amostragem da pesquisa abrange 50% dos alunos do Ensino Médio regular. Foram realizadas entrevistas com um professor do Ensino Médio e o 1º *tuxaua* da comunidade Manoá.

Para a realização da atividade na comunidade e na escola, utilizou-se o Termo de Autorização de Pesquisa na Comunidade, assinado pelo *tuxaua* da comunidade. O Termo de Autorização de Pesquisa na Escola foi assinado pelo *tuxaua* e pelo diretor da unidade. Para as entrevistas individuais, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a realização das atividades dentro das salas de aula e com os alunos, foi utilizado

2 Os conselheiros são pessoas escolhidas pela comunidade na reunião comunitária e podem ser de ambos os sexos. Auxiliam o *tuxaua* em assuntos internos da comunidade e nas tomadas de decisão.

3 São denominados capatazes pessoas escolhidas pela comunidade em reunião comunitária. Os capatazes podem ser de ambos os sexos e ficam responsáveis por comandar grupos de trabalho para execução de atividades que precisam ser realizadas dentro da comunidade.

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Menores de Idade, todos assinados pelos responsáveis. Além desses termos, foram apresentados na reunião comunitária o objetivo da pesquisa e as atividades que seriam realizadas na escola, sendo obtidas as autorizações do *tuxaua*, do diretor da unidade escolar e da liderança da comunidade.

Breves reflexões sobre o uso de álcool e suas consequências para a saúde

Quando se fala de contextos Indígenas, é necessário ter a clareza de que a diversidade cultural, a organização e as práticas compostas pelos grupos são importantes e influenciam na sociabilidade de cada povo e, por isso, devem ser compreendidas em sua complexidade.

O termo “alcoolização” ou “processo de alcoolização” foi cunhado pelo antropólogo Eduardo Menéndez para exemplificar todos os processos sociais considerados decisivos na estruturação do alcoolismo como fenômeno patológico, normal e coletivo (Langdon, 2013, p. 28). Nesse sentido, o uso do álcool é compreendido como multifatorial o que significa que a dimensão do coletivo também interfere nos processos individuais.

As bebidas alcoólicas são classificadas como drogas lícitas e, por terem sua venda liberada em vários ambientes comerciais e diversos locais, seu consumo é visto como uma forma de socialização. Porém, a partir do momento em que o consumo se torna excessivo e passa a oferecer riscos, o indivíduo consumidor de álcool passa a precisar tanto de cuidados familiares quanto públicos. Segundo Lacerda (1999), o álcool é a droga mais amplamente utilizada no mundo, e seu consumo é feito de inúmeras maneiras e ocasiões, segundo os valores e modos convencionados.

Ao contextualizar o consumo de bebidas entre os povos Indígenas, remete-se às práticas culturais e tradicionais que estão presentes entre eles desde os séculos passados. Uma vez que os usos se dão em conformidade com as práticas instituídas, essas bebidas tradicionais estão instauradas no contexto cultural Indígena como forma de ritualizar e comemorar, e são algo sagrado para muitos povos. Langdon (2013, p. 31) afirma que:

A fabricação e o uso de bebidas fermentadas e substâncias psicoativas originaram-se da necessidade humana de ritualizar a vida social [...] o uso tradicional destas substâncias está ligado à esfera sagrada e à cosmologia do grupo.

Na realidade das comunidades Indígenas de Roraima, o *caxiri*⁴ e o *pajuaru*⁵, entre outros tipos de bebidas naturais, fazem parte do contexto tradicional, sendo uma característica importante na socialização de cada povo. O consumo é variado e cada povo determina a quantidade a ser ingerida. O *caxiri* e o *pajuaru* (quando estão doces, ou seja, com menor teor alcoólico) são consumidos como alimento principalmente na ida para a roça, acompanhado da *damurida*⁶ ou individualmente.

Algumas bebidas fermentadas causam embriaguez – quanto maior o tempo de exposição à fermentação, maior o teor alcoólico. Para compreender essa perspectiva apresentada, Langdon (2013, p. 32) destaca que “é importante reconhecer que as bebidas fermentadas integram a fábrica social dos povos Indígenas e fazem parte das manifestações de sociabilidade inter e intragrupal”.

O uso de bebidas tradicionais como forma de embriagar-se é uma prática comum, dificilmente vista como um problema no âmbito Indígena, e seu consumo está ligado a “ritos sagrados, festas coletivas, divertimento e, em alguns casos, à política” (Langdon, 2013, p. 32). Vale destacar que cada povo tem suas formas, seus ritos e a própria quantidade de consumo de bebidas tradicionais.

A conjuntura que envolve o consumo de bebidas tradicionais e bebidas alcoólicas entre os povos Indígenas é bastante divergente. Enquanto a bebida tradicional é uma prática secular, a inserção das bebidas alcoólicas nas sociedades Indígenas foi marcada por diversas turbulências que influenciaram e até hoje influenciam a prática dos consumos abusivos. Langdon (2013, p. 35) frisa que “é possível entender algumas características das possíveis raízes do consumo de álcool pelos índios no Brasil, podemos citar as guerras entre

5 O *pajuaru* é uma bebida tradicional feita exclusivamente da mandioca, que passa pelo processo de descascamento, Trituração e secagem da massa. Depois, a massa é assada, colocada em modo de descanso por dois a três dias para ocorrer o processo de fermentação. É utilizado como suco, alimento e bebida alcoólica.

6 A *damurida* é a comida cozida que tem como ingredientes principais a pimenta, as folhas de pimenta, a macaxeira, entre outros componentes que a integram, como peixe e carne de caça.

4 O *caxiri* é uma bebida cozida feita de batata, milho, macaxeira, mandioca, entre outros. É utilizado como alimento ou suco para visitas.

os índios e as agressões físicas que continuam até o presente em certas regiões do país”.

O consumo excessivo de álcool é um problema que tem afetado amplamente os povos Indígenas no Brasil, sendo resultado do violento processo colonial. Abordar essa temática, porém, é desafiador, pois não se encontram dados epidemiológicos que retratam estatisticamente o consumo nas populações Indígenas no Brasil, abrangendo dados como faixa etária, sexo, entre outros.

Langdon (2013) explicita essa questão ao comparar o Brasil a outros países que enfocam ações voltadas a esse tema: “em outros países, particularmente Estados Unidos, Canadá e Austrália, o tema é enfocado em pesquisas, conferências e programas de saúde desde a década de 1960” (Everett, 1976; Mandelbaum, 1965; MacAndrew, 1969 *apud* Langdon, 2013, p. 29), destacando ainda que “no Brasil, somente nos últimos 15 anos, foi percebido como um problema de alta relevância para os programas de saúde” (Langdon, 2013, p. 27).

A adolescência e a juventude são fases de descobertas, em que se buscam novas experiências, surgem curiosidades e novas sensações e prazeres pelo desconhecido ou proibido. Isso faz com que essa parcela da população fique mais vulnerável a todos os tipos de riscos, principalmente quando se trata do uso de drogas (lícitas ou ilícitas), de infecções sexualmente transmissíveis (IST/ Aids), acidentes, entre outros. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)⁷ (2017) destaca essa questão: “O uso de álcool na adolescência tende a ocorrer em conjunto com outros comportamentos de risco para a saúde, como o uso de tabaco e de drogas ilícitas, além de comportamentos de risco sexual e maior número de acidentes automobilísticos” (SBP, 2017, p. 2).

As festas são um dos eventos em que o contato com bebidas alcoólicas e outras drogas é mais frequente, em que o consumo pode ser considerado natural. Em outros casos, o consumo também é camouflado quando

⁷ A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é uma associação sem fins lucrativos e de duração indeterminada, fundada em 27 de julho de 1910, declarada de utilidade pública nos termos da Lei nº 1.429, de 3 de outubro de 1967, do antigo Estado da Guanabara, hoje estado do Rio de Janeiro. É o Departamento Científico e Cultural da Associação Médica Brasileira (AMB) para os assuntos referentes à infância e à adolescência, tendo como missão realizar todos os esforços a seu alcance para o desenvolvimento do exercício digno e competente da Pediatria, dentro de um modelo biopsicossocial, visando a cuidar das crianças e dos adolescentes e objetivando a plena realização de seu potencial como ser humano (Disponível em: <http://www.sbp.com.br>).

a bebida é misturada a sucos e refrigerantes, tornando-se imperceptível até que as bebidas façam o efeito. As causas que levam à ingestão de bebidas alcoólicas por adolescentes e jovens são múltiplas e variam desde uma simples curiosidade ou necessidade de camuflar a timidez, até uma influência de amigos à socialização em determinado ambiente.

Em relação a adolescentes e jovens Indígenas, os dados são extremamente escassos. Nota-se a necessidade para obtenção de dados epidemiológicos abrangentes, detalhados e atualizados sobre o consumo do álcool na população Indígena. Entende-se que as diversidades culturais interferem nas coletas de dados, porém é preciso que essas especificidades sejam incluídas e abordadas em todas as fases dos estudos sobre o tema.

Os dados podem contribuir em medidas de promoção e prevenção ao público jovem, além de implantação de políticas públicas sobre prevenção do álcool nas populações Indígenas do Brasil.

Conversando sobre álcool com a juventude Indígena

No intuito de abordar a juventude Indígena, o foco principal para o levantamento de dados foi a escola da comunidade. Essa instituição tornou-se um espaço primordial de interação, partilha de conhecimentos e captação dos dados, sendo um local mediador e facilitador para a discussão sobre o uso de álcool entre os jovens.

Buscou-se abordar temáticas que os integrassem ao assunto, instigando-os a compartilhar suas percepções e experiências e, através das informações compartilhadas, foram construídas com os jovens algumas indicações sobre os principais fatores que cooperam na tomada de decisão do adolescente e do jovem ao uso da bebida alcoólica.

Para o registro individual da opinião dos estudantes sobre o uso de bebidas alcoólicas, utilizou-se um bloco de notas, no qual cada aluno, individualmente e sem se identificar, respondia à seguinte pergunta: “Quais são as consequências do consumo de bebidas alcoólicas na juventude? Relate a sua opinião”. Escrever a sua opinião sobre o assunto sem se identificar foi um modo encontrado para que todos pudessem se expressar, em especial aqueles que tinham um pouco mais de dificuldade de se expressar em roda. Algumas respostas foram:

O uso de bebidas alcoólicas traz consequências negativas para a nossa comunidade, e a circulação de bebidas alcoólicas na comunidade é constante (Aluno).

As consequências que o álcool traz à saúde individual, e principalmente a coletiva, não são boas, não só aqui na comunidade, mas em qualquer lugar (Aluna).

Traz consequências como brigas e acidentes, tem pessoas que consomem com frequência (Aluna).

Por mais que seja proibido, o consumo mesmo assim é grande (Aluno).

Nas festas, eles liberam porque as pessoas querem vender, e também vem gente de fora e as pessoas que vêm de fora querem beber cerveja, cachaça e não querem tomar o caxiri e, aí, não tem como controlar. Se tiver só nossa bebida, eles vão querer a deles também, aí é liberado, as pessoas estão em busca de recursos (dinheiro) também (Aluno).

Sobre o abuso de álcool na juventude e as consequências negativas para a vida comunitária, foi exposto que o consumo traz problemas constantes que interferem na harmonia da comunidade. Os alunos conseguem perceber a bebida como uma das principais causadoras de desarmonia dentro da comunidade, e o aumento do consumo de bebidas alcoólicas precoce entre os jovens tem trazido não só brigas, mas também acidentes automobilísticos provenientes do consumo de bebidas.

Os problemas familiares, as curiosidades e as influências externas também são vistas pelos jovens como fatores presentes que auxiliam diretamente na tomada de decisão em relação ao uso de bebidas. Entendendo que a fase da adolescência é uma fase de muitas mudanças, tanto psicológicas quanto físicas, isso influencia diretamente no comportamento desses jovens perante a sociedade.

Outro fator importante que também foi abordado foram as festas e os trabalhos comunitários, que também são vistos como locais de circulação e consumo de bebidas alcoólicas liberadas. Para alguns, esses momentos são vistos como uma estratégia coletiva de socialização em grupo, enquanto outros percebem como um problema – mas, dificilmente, nesses locais

o consumo de bebida alcoólica é visto como inapropriado e isso é uma prática que tem acontecido frequentemente na comunidade.

Após esse primeiro momento, iniciou-se a roda de conversa, para a qual foram elaborados recortes de textos, todos voltados ao consumo de bebidas alcoólicas entre os povos Indígenas no Brasil, objetivando que, a partir dos textos, os alunos pudessem se sentir à vontade para falar sobre o assunto e construir a fluidez sobre o tema, permitindo que as experiências e percepções dos alunos pudessem ser conteúdo para o debate. Em todos os recortes de textos foram aplicadas as referências bibliográficas. A explicação dada aos alunos para a condução da atividade foi: o parágrafo do texto que estava em seu domínio deveria ser lido e, cada um, a partir da leitura, poderia explanar o seu entendimento, além de fazer uma comparação com a realidade local e as experiências vividas. A qualquer momento da roda, todos podiam intervir, falando suas ideias e fazendo seus relatos. Alguns dos textos selecionados para a atividade foram:

1. “Aumento de problemas envolvendo jovens e adultos devido ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas [...] brigas durante as festas – é difícil ver uma festa que acabe bem.” (Rezende, 2013, p.229);
2. “O uso atual de bebidas destiladas também traz consequências negativas para as relações externas ao grupo. Além dos problemas de ordem pública e judicial decorrentes do abuso do álcool, cria-se uma imagem negativa para os povos Indígenas.” (Langdon, 2013, p.34);
3. “Os momentos mais comuns de uso de bebidas alcoólicas são as situações de consumo coletivo, tal como ocorre durante as festas e os trabalhos comunais – momentos reconhecidos como culturalmente adequados, segundo a visão nativa.” (Souza; Garneiro, 2013, p. 87);
4. “O uso abusivo de álcool tem um impacto nocivo sobre as pessoas, pois compromete tanto as relações que elas mantêm com a sua família e seus parentes.” (Ferreira, 2013, p. 197).

Os alunos da 1^a série se mostraram muito inteiados e comunicativos, reconhecendo que a bebida alcoólica na comunidade é um problema constante. Embora alguns tenham se sentido um pouco retraídos em falar sobre o assunto, a maior parte descreveu as suas ideias e experiências referentes ao tema. Os pontos princi-

pais na roda de conversa foram as trocas de experiências, além de depoimentos pessoais sobre as consequências negativas que o álcool tem trazido à saúde individual e, principalmente, à coletiva.

Os alunos da 2^a série participaram em menor número e mostraram-se bastante acanhados no início da conversa. Aos poucos, foram se expressando e relatando algumas experiências familiares, momentos de festas, as influências diretas de amigos no momento da ingestão do álcool, as curiosidades diárias em relação ao álcool e como isso tem gerado problemas na comunidade.

Os alunos da 3^a série foram bastante diretos com as respostas em várias ocasiões, reconhecendo o consumo do álcool como um problema na comunidade, além das consequências negativas que o álcool tem trazido à comunidade em diferentes aspectos, não somente entre a população jovem, mas também entre os adultos.

Pôde-se pensar também sobre os ambientes em que esses jovens estão tendo o primeiro contato com as bebidas alcoólicas, seja em casa, nas festas ou em trabalhos comunitários. Entende-se, também, que as fases de adolescência e juventude são complexas, dificultando, muitas vezes, a comunicação dos pais com os filhos. Em determinadas ocasiões, há conflito geracional no diálogo para abordar determinado assunto, como, por exemplo, a geração de tabu e constrangimento nas conversas. É um assunto pouco abordado nos relacionamentos familiares e, pelo fato de os jovens nem sempre serem instruídos sobre isso, acabam por tomar decisões sem diálogo. É o que destaca a SBP ao abordar as interações que ocorrem no ambiente familiar e a influência que recai sobre o adolescente e jovem em suas escolhas:

As primeiras interações da criança ocorrem com seus familiares e podem ser positivas ou negativas. Por essa razão, os fatores que afetam o desenvolvimento na família são provavelmente os mais cruciais, podendo exercer tanto um caráter protetor como de risco para o uso e abuso do álcool (SBP, 2017, p.13).

O ambiente familiar tem influência direta em vários aspectos, mas há outros locais que estão diretamente ligados ao consu-

mo do álcool pela juventude Indígena, como as festas. As festas nas comunidades Indígenas são um ambiente de interação e celebração, em que se realiza a venda de produtos como o *caxiri* e as bebidas alcoólicas – principalmente em festas com um número maior de visitantes, em que o objetivo principal de quem está fazendo a venda é o lucro. Nesse aspecto, dificilmente é feita alguma fiscalização sobre quem está comprando e consumindo bebidas alcoólicas.

Apesar das concepções dos jovens em relação às consequências negativas que o álcool tem proporcionado à comunidade, percebe-se que o consumo feito por eles não tem diminuído, mas aumentado significativamente, principalmente em épocas festivas na comunidade e em comunidades vizinhas. Embora alguns casos mais graves que ocorreram na comunidade tenham servido como alerta para se pensar sobre a questão, ainda tem havido muitos problemas referentes ao consumo excessivo de álcool.

Percepções das lideranças sobre o consumo de bebida alcoólica na comunidade

Para a realização da entrevista individual com o *tuxaua* e o professor, as perguntas que nortearam as conversas foram:

Qual é a percepção sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes e jovens na comunidade Manoá? O consumo de bebidas alcoólicas é um problema na comunidade?

Segundo o *tuxaua*, a bebida alcoólica é um problema na comunidade e tem gerado conflitos dentro do eixo familiar e comunitário, e as justificativas para o consumo são problemas familiares e aproximação com outros jovens que já consomem bebidas alcoólicas. Ele destacou também que a dinâmica cultural e as questões intergeracionais têm contribuído nessa vertente: antigamente havia um modo de entreter os jovens através de trança, pesca e outras atividades que os envolviam, e, atualmente, pouco se percebem essas interações, deixando o jovem mais disperso e mais propenso a trilhar outros caminhos que chegam ao consumo de bebidas alcoólicas, gerando, assim, problemas individuais, familiares e coletivos.

O professor explanou que, antigamente, o período em que bebidas alcóolicas eram mais consumidas era sempre durante as festas, mas isso tem mudado nos dias atuais. O consumo tem ocorrido nos finais de semana, e diversas vezes a situação tem fu-

gido do controle, ocorrendo também em dias não adequados. Ele aponta ainda que as vilas que rodeiam a comunidade são a porta de entrada principal de bebidas alcoólicas, mas também questiona que alguns moradores fazem a venda ilegal na comunidade (nas festas comunitárias, normalmente há bastante disponibilidade de bebidas alcoólicas, os jovens oferecem bebidas aos adultos e vice-versa). Segundo ele, o consumo excessivo geralmente é atribuído somente ao sexo masculino, mas atualmente na comunidade o consumo por jovens do sexo feminino tem sofrido um aumento significante.

Outra pergunta realizada foi: De que forma e quais estratégias podem ser estabelecidas e elaboradas na prevenção? Segundo o *tuxaua*, um dos desafios está atribuído ao quantitativo de moradores e como as relações externas ao grupo da comunidade podem estar relacionadas não somente ao consumo do álcool, mas também ao adentramento de outras drogas entre a juventude na comunidade. Para a circulação de bebidas alcoólicas, o *tuxaua* atribui o problema à falta de um regimento interno,⁸ argumentando que a venda na comunidade é proibida, mas, como o regimento não está concluído, tem tido dificuldade em aplicar punições aos envolvidos. Mesmo com a proibição da venda da bebida na comunidade, alguns moradores não têm obedecido e têm vendido bebidas alcoólicas em suas residências.

Com a falta do regimento interno, têm sido aplicados termos de compromisso em que o morador se compromete a não continuar com a venda de bebidas alcoólicas na comunidade. Os termos são ações estratégicas em que a comunidade busca a diminuição da venda e do consumo do álcool pelos moradores.

Para o cumprimento dos termos, o *tuxaua* destaca que é importante o apoio da família no processo. Quando os familiares discordam sobre a aplicação, há muita resistência por parte dos envolvidos no cumprimento. Assim, é importante a parceria com organizações sociais Indígenas de dentro e fora da comunidade, para que possam unir forças em prol de ações e dos projetos que venham a contribuir para diminuir essa problemática.

O olhar do *tuxaua*, como autoridade máxima dentro da comunidade, afirma que o consumo excessivo da bebida alcoólica

⁸ O regimento interno envolve atribuições, proibições, direitos e deveres do *tuxaua*, de profissionais em geral e dos moradores da comunidade. A própria comunidade realiza a construção desse regimento.

entre a juventude é uma das grandes turbulências que os têm afetado. Ainda que algumas medidas sejam implementadas, a resistência é grande, sendo necessário criar termos de compromisso para moradores que desobedecem e continuam com a prática.

Já o professor aponta os jovens como “*vítimas da sociedade*”, já que não há auxílios que facilitem, ocupem e envolvam os jovens em atividades educativas permanentes. Ele aponta, como uma medida estratégica, a implantação de projetos sociais que auxiliem os jovens e os incentivem à prática de esportes, danças, entre outras. Essas ações, segundo o professor, podem contribuir de forma direta na diminuição e na sensibilização do jovem em relação ao consumo do álcool.

Propostas de medidas estratégicas de prevenção ao consumo de bebidas alcoólicas

O consumo de álcool e outras drogas entre a juventude Indígena está entre as principais causas de problemas nas comunidades, causando inúmeros transtornos. As consequências dos problemas causados pelo consumo excessivo afetam não somente a população jovem, mas também a população adulta de ambos os sexos.

Uma vez que isso se configura como um problema, as iniciativas de prevenção, promoção e educação em saúde em diferentes áreas e locais podem ser de extrema importância no que diz respeito à tentativa de sensibilização.

Segundo Langdon (2013, p. 39), para minimizar os problemas resultantes do consumo abusivo do álcool, “deve-se indagar quais são os valores associados aos diferentes estilos de beber e as possíveis funções, negativas e positivas que essas práticas têm para seus grupos”. Além disso, “as ações preventivas em relação à questão do álcool seriam consideradas efetivas quando fossem capazes de reduzir os danos relacionados ao seu consumo” (Dualibi; Laranjeira, 2007 *apud* Souza, 2013, p.182).

As medidas preventivas e de promoção em saúde são um dos principais meios na tentativa de trabalhar o assunto, mas, quando se trata de populações Indígenas, é indispensável que as especificidades sejam levadas ao contexto geral.

Para a construção de medidas estratégicas que possam ser implementadas na comunidade, voltadas às atividades de pre-

venção ao consumo do álcool, é necessária a participação da comunidade, funcionando como estratégia eficaz que pode contribuir na implementação de ações voltadas ao tema. É o que destaca Langdon (2013, p. 40): “A prevenção do abuso do álcool é uma questão de educação em saúde comunitária e deve, portanto, se basear nas necessidades de cada comunidade e ter a sua participação em todas as fases de implementação do programa”. A participação da comunidade possibilita a eficácia nas ações.

Diante das rodas de conversas e entrevistas, percebe-se que o consumo do álcool entre adolescentes e jovens na comunidade Manoá configura-se um problema e, diante dos fatos, a proposta inicial é, juntamente com as autoridades locais e a comunidade, construir ações a serem desenvolvidas internamente:

1. Articular junto às autoridades competentes na comunidade uma fiscalização mais efetiva em relação à circulação do álcool, especialmente no que se refere ao consumo por menores de idade nas festas e nos trabalhos comunitários. Destaca-se que, nos trabalhos comunitários, há circulação de bebidas tradicionais – *caxiri* e *pajuaru* –, que também têm teor alcoólico, porém são alimento necessário para esse tipo de atividade. É importante atentar para essa diversidade nas formas de beber.

2. Buscar parcerias com o DSEI Leste de Roraima e a Prefeitura Municipal de Bonfim, em incentivos à educação em saúde na comunidade, disponibilizando, também, profissionais de psicologia, antropologia e enfermagem para conversa com os pais da comunidade sobre a importância da abordagem do assunto.

3. Articular, junto à comunidade, à escola, às equipes de saúde, às igrejas e a outros órgãos, medidas educativas de prevenção e promoção da saúde a serem implementadas na comunidade – não somente em relação ao consumo do álcool, mas abrangendo outros assuntos.

4. Buscar parcerias para projetos sociais dentro da comunidade, que incentivem a formação educacional da criança, do adolescente e do jovem.

Essas propostas são baseadas na realidade verificada por essa pesquisa com os estudantes do Ensino Médio, podendo contribuir na minimização do consumo do álcool entre a juventude Indígena na comunidade Manoá.

Considerações finais

Este estudo apresenta percepções relevantes no que se refere ao consumo de álcool entre a juventude Indígena da comunidade Manoá. Dar importância ao modo como os sujeitos entendem o uso da bebida alcoólica é necessário para compreender seus processos de alcoolização e, especialmente, compreender quando o consumo de bebida se torna um problema. A inserção e o consumo de bebidas alcoólicas nos ambientes Indígenas têm gerado problemas constantes, afetando de forma negativa as relações internas na comunidade.

Dando destaque à reflexão sobre os processos de alcoolização, em vários momentos do trabalho de pesquisa ficou a dúvida sobre os termos: uso abusivo, uso excessivo e uso nocivo. Percebe-se que essas são categorias subjetivas, pois, ao fim, cada sujeito que bebe ou que observa alguém beber terá uma opinião em relação ao consumo, se foi abusivo e/ou excessivo.

A categoria “uso nocivo” é utilizada a partir da perspectiva da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) o define como “um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando danos à saúde”. O uso prejudicial comumente tem consequências sociais adversas, configurando-se em doenças decorrentes do alto consumo.

É imprescindível compreender a diversidade cultural presente em cada povo, como e em quais locais ocorre o uso da bebida tradicional e da bebida alcoólica no âmbito Indígena, a representatividade que cada uma traz às formas em que são utilizadas, os modos de beber e de que forma isso é aplicado dentro das comunidades Indígenas.

As atividades realizadas tinham como objetivo entender a percepção dos alunos sobre o consumo de bebida alcoólica na adolescência e na juventude na comunidade Manoá, bem como instigá-los à participação na roda de conversa, compartilhando suas experiências referentes ao consumo do álcool. Esperou-se que os dados obtidos pudessem proporcionar o entendimento sobre os principais fatores que levam o jovem a ingerir a bebida alcoólica.

O consumo do álcool na juventude Indígena da comunidade Manoá configura-se como um problema, visto pela juventude Indígena, pelo professor e pelo *tuxaua*, participantes da pesquisa, pois em diferentes aspectos esse consumo tem gerado reações negativas e conflitos na comunidade.

As ações de promoção e de prevenção ao consumo de bebidas alcoólicas realizadas na comunidade configuram-se em pequenas ações educativas realizadas pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Diante dos problemas decorrentes do consumo de álcool, a comunidade implantou o termo de compromisso, que é aplicado em casos de infrações consideradas graves, como forma de minimizar essa problemática. Entende-se que ações de educação em saúde voltadas ao consumo do álcool são realizadas, porém têm pequena abrangência e são pouco eficazes.

Essas consequências negativas afetam amplamente a sociabilidade do povo, necessitando ações de prevenção não somente da comunidade, mas também do DSEI Leste de Roraima, abrangendo o consumo do álcool e as consequências para a saúde individual e coletiva, com profissionais prontamente qualificados.

Destaca-se, também, que é preciso realizar pesquisas mais detalhadas, que possam abranger todo o coletivo na comunidade e gerar dados exatos sobre o consumo do álcool por diferentes faixas etárias e gêneros, os contextos de sociabilidade do grupo em relação à bebida, e como ela tem afetado a comunidade em diferentes visões. A pesquisa realizada apresentou alguns cenários e indicou caminhos, sendo muito necessário o envolvimento de outros pesquisadores e pesquisadoras Indígenas nessa temática.

Referências

BRASIL. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 24 nov. 2018.

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

BRASIL. Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório de Gestão do Exercício de 2016. Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai, 2016.

BRASIL. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe a criação do Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Versão Atualizada, 2017). Rio de Janeiro: Cedeca, 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Publicado em: 16 nov. 2018. Brasília: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, 2018. Disponível em: <http://www.imprensanacional.gov.br/web/guest/inicio>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). Sobre o CISA. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/texto/2/institucional.php>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). O que é alcoolismo? Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4010/-que-alcoolismo.php>. Acesso em: 25 set. 2018.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php> Acesso em: 15 jan. 2018.

FERREIRA, Luciane Ouriques. As boas palavras mbyá-guarani como caminho para a redução do uso de bebidas alcoólicas. In: **SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (org.). Processos de Alcoolarização Indígena no Brasil:** perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. Alcoolismo e Violência em Etnias Indígenas: Uma Visão Crítica da Situação Brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 45-51, jan./abr. 2007.

GHIGGI JR., Ari; LANGDON, Esther Jean. Controle social como autoatenção: estratégias kaingang diante do abuso de bebidas alcoólicas. In: SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (org.). **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil:** perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANGDON, Esther Jean. O Abuso do Álcool entre os Povos Indígenas no Brasil: Uma Avaliação Comparativa. In: SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (org.). **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil:** perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

LANGDON, Esther Jean. O que beber como beber e quando beber. O contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações Indígenas. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS, 2001, Brasília. **Anais [...]** Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 83-97.

LARANJEIRA, Ronaldo. *et al.* (org.). **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LIMA, Lucas Pereira das Neves Souza. **“ILHADOS” Estratégias e feições territoriais Wapichana na Terra Indígena Manoá-Pium.** 2013. 155 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais, especialista em estudos comparados sobre as Américas) - Universidade de Brasília - UnB. Brasília, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Glossário:** Lista alfabética de termos comumente utilizados no âmbito acadêmico e da saúde, extraído do “Glossário de Álcool e Drogas” publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e traduzido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Disponível em: <http://www.cisa.org.br/glossario.php> Acesso em: 22 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Léxico de termos sobre álcool e drogas publicado pela Organização Mundial da Saúde.** Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/. Acesso em: 27 nov. 2018.

REZENDE, Justino Sarmento. Educação escolar Indígena e a bebida alcoólica: reflexões sobre o contexto do triangulo Tukano, Alto Rio Negro. In: SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (org.). **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil:** perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

SAMPAIO, Juliana *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano - Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 18, supl. 2, p.1299-1312, 2014.

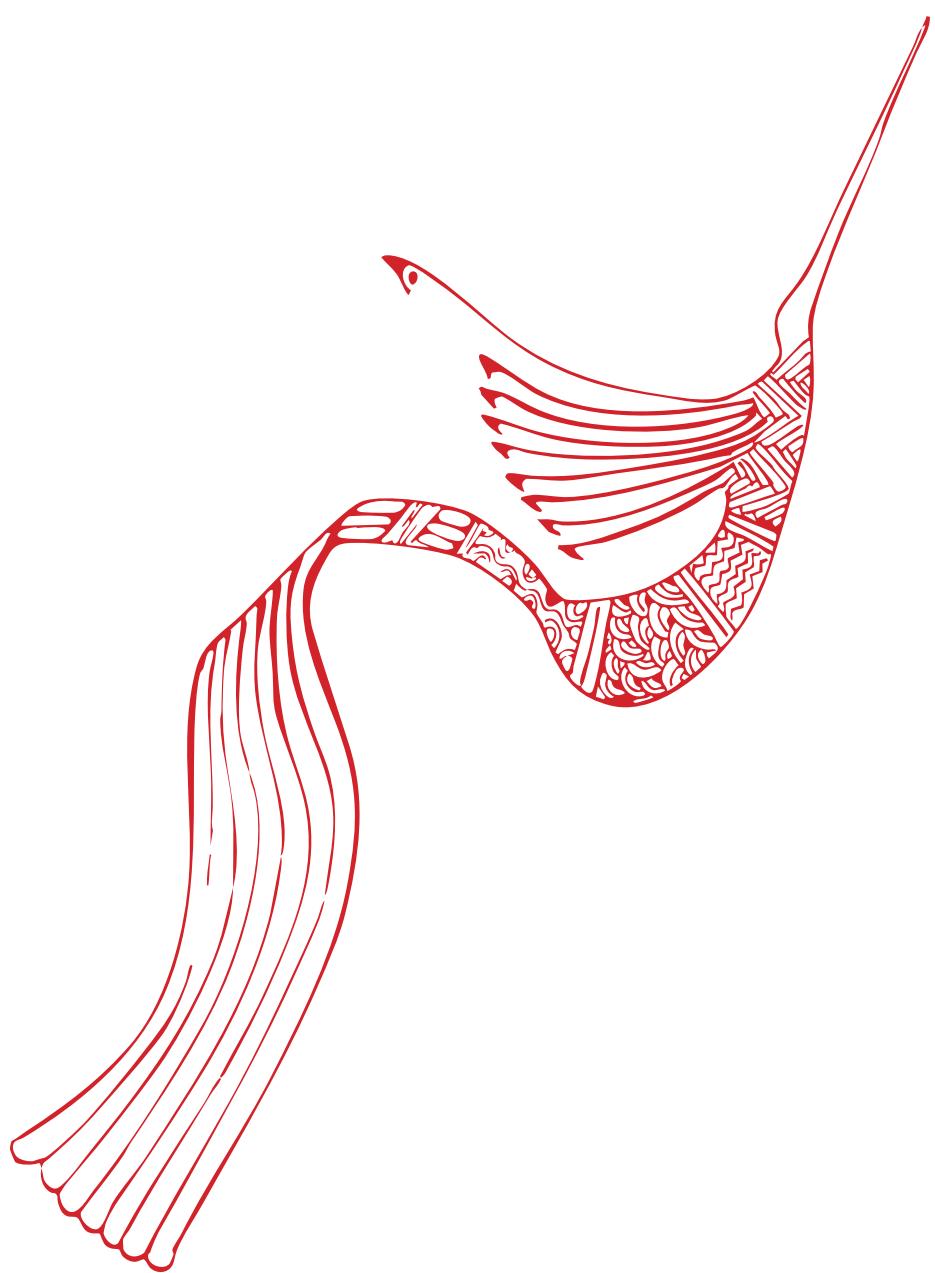
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Bebidas alcoólicas são PREJUDICIAIS à saúde da criança e do adolescente. **Manual de Orientação Departamento Científico de Adolescência**, n. 2, p. 20, fev. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Estatuto social da SBP**. 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 27 nov. 2018.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (org.). **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil:** Perspectivas Plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; GARNELO, Luiza. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações Indígenas do alto Rio Negro, Brasil. In: SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (org.). **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil:** perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).



Capítulo 4

SAÚDE MENTAL NO DSEI LESTE DE RORAIMA:

*desafios na sua
organização e os debates
no controle social*

Patricia Araujo de Oliveira.

Pertencente ao Povo Macuxi, possui graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena/UFRR e licenciatura em Ciências Biológicas, curso de especialização em Saúde Pública, Políticas Públicas e Vigilância Sanitária e mestrado em Ciências da Saúde/UFRR. Atualmente, é coordenadora de Saúde Indígena no Hospital Geral de Roraima, professora substituta do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, da UFRR/Insikiran, e colabora como sanitarista no DSEI Yanomami e Ye'kwana.

INTRODUÇÃO

Este texto tem como objetivo discutir os sentidos dados pelos povos Indígenas às políticas de saúde mental no Distrito Leste de Roraima. Ele parte de uma pesquisa que busca conhecer o seu funcionamento *in loco*, em diálogo com o entendimento do coletivo e associado às óticas das lideranças Indígenas, sobre os planejamentos e as formas da execução desses serviços para a construção de uma política de saúde mental eficaz no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima.

Este texto considera minhas vivências (meu eu narrativo) como conselheira distrital de saúde, liderança, mulher, mãe, tia, avó e pesquisadora, com muito orgulho, da etnia Macuxi, tendo como base a minha comunidade Indígena da Ilha, na região do Baixo São Marcos, no Município de Boa Vista (RR).

Essa região foi marcada por conflitos no período de retirada dos invasores denominados “produtores de arroz” das terras Indígenas, o que potencializou o consumo abusivo de álcool nessas regiões. Trata-se de um local cortado ao meio pela rodovia RR-319, popularmente conhecida como Transarrozeira, e que tem ligações fronteiriças com a Venezuela e a Guiana.

A região do Baixo São Marcos enfrenta uma grave omissão do Estado brasileiro em relação à segurança territorial, resultando em vulnerabilidade social, invasão de valores contrários à nossa cultura e enfraquecimento das normas comunitárias. Tudo isso, aliado à permanência da RR-319, abriu caminhos para a atuação das organizações criminosas nas comunidades Indígenas e regiões adjacentes.

Essas questões impactam direta ou indiretamente o sofrimento mental dos jovens Indígenas. A saúde mental, a ineficácia das ações de saúde no território e o consequente aumento dos índices de suicídio entre esses jovens têm se tornado pautas frequentes nas reuniões de saúde Indígena e nos encontros ampliados dos *tuxauas* do Conselho Indígena de Roraima (CIR).

Diante desse contexto, atuei como membro do Conselho do Distrito Sanitário Leste de Roraima (Condisi), apresentando projetos como o *Centro de prevenção para dependentes químicos*¹ e levando sempre como bandeira de luta uma política eficaz para o tratamento

¹ Hoje, perpetua em mim o arrependimento pela falta de conhecimento sobre a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, porém, na época, essa era a maneira como viamos a solução para os jovens daquela região.

da saúde mental dos povos Indígenas, principalmente os que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

A pesquisa teve por objetivo alinhar todos os marcos da política de saúde mental e a sua organização estrutural no âmbito do DSEI Leste de Roraima e as discussões no Condisi, na tentativa de conhecer a estrutura organizacional, as competências dos setores e os profissionais envolvidos.

A compreensão do sofrimento psíquico das populações Indígenas e dos fatores que afetam sua saúde mental requer uma imersão em suas vivências culturais, seus costumes, ritos e tradições, além de uma análise cuidadosa do impacto do contato com outras culturas presentes no estado de Roraima. Para melhor compreensão dessa dinâmica, é fundamental que as lideranças Indígenas, em conjunto com seus pares e articuladores (gestores, políticos, profissionais), tenham uma noção clara da importância da saúde mental para essas comunidades. É necessário entender, antes de tudo, em que medida os conflitos e lutas cotidianas refletem a instabilidade na saúde mental dessas pessoas, a fim de propor soluções em que o “bem-viver” seja o eixo central do cuidado, em vez de políticas impostas sem consulta ou diálogo.

É importante observar que a cosmovisão dos povos Indígenas em relação ao bem-viver possui divergências no entendimento com os não Indígenas, que têm uma percepção muito pautada por valores capitalistas – pois o capitalismo, enquanto incentiva a produção em larga escala e persegue “melhorias” voltadas ao aumento da geração de riqueza, acaba aprisionando as pessoas em “objetivos supérfluos”².

Na percepção dos povos Indígenas, o bem-viver é entendido como o território demarcado, os lugares sagrados preservados, as águas cristalinas do igarapés tendo peixes em abundância e as comunidades estando livres de qualquer tipo de contaminação, onde todos possam viver harmonicamente com os elementos da natureza – como Pa’apa³, ordenou. Essas relações são entendidas por Douglas M. (1991, *apud* Conselho Federal de Psicologia, 2022) como o princípio da pureza e do perigo: uma vez que essa terra está doente,

² “São entendidos como carros do ano, roupas, bolsas de marcas famosas, etc. São modos e visões que aprisionam o ser humano, que está sempre correndo atrás do vento” (Fala de André Moraes Macuxi, fundador da comunidade Indígena da Ilha (RR), fazendo referência à monocultura na Terra Indígena São Marcos, em 1996).

³ Sagrado Deus da floresta, na língua Macuxi.

os corpos de quem a habita também estão adoecidos, gerando fatores cruciais no processo de adoecimento mental da população.

Contextualização da saúde

A saúde mental tem ganhado espaço em discussões e pesquisas, com o objetivo de desenvolver diretrizes para políticas, ações e programas em diversas áreas, com ênfase na saúde. Esse processo histórico exige uma análise cuidadosa dos conceitos de saúde e de saúde mental entre os povos originários.

A partir da declaração de Alma-Ata, da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, observamos que o conceito de saúde tem uma ampla definição, que não se prende apenas à ideia da ausência de doença. Pelo contrário, se relaciona diretamente ao bem-estar físico, mental, social e espiritual, em diálogo com a cosmologia, a economia, o meio ambiente, o trabalho e as demais áreas que envolvem a vida humana.

A percepção dos povos Indígenas sobre esse conceito vai além. A saúde é entendida através do reconhecimento e do pertencimento étnico, entrelaçados às teias de relações que conectam os seres humanos aos antepassados, em memórias que transcendem o espaço e permitem o bem-viver. Esse entendimento abarca a aceitação e a convivência com a sociedade de forma harmoniosa, o que também é compreendido como saúde.

A conhecida Constituição Cidadã, além de instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), interpretou a saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos. Além disso, a garantia da saúde abre o leque para as inúmeras áreas que compõem a política de saúde, dentre elas, a saúde mental.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), criada pelo Decreto nº 7.508/11, é integrada ao SUS. Em diálogo com os serviços de Atenção Primária e áreas especializadas, como a Atenção Hospitalar, essa política busca garantir acesso equânime e de qualidade aos serviços da rede, promovendo a cidadania e prevendo a discriminação e a estigmatização. A Raps adota uma abordagem psicossocial abrangente, voltada não apenas para o indivíduo, mas também para o núcleo familiar, visando a um atendimento integral e humanizado (Brasil, 2022).

Mas é importante retomar que a Raps surge no âmbito da reforma psiquiátrica, com vista a reestruturar a política de saúde

mental instituída entre 1964 e 1974. Esse modelo de atenção psiquiátrica fortaleceu a institucionalização e o complexo médico-industrial, resultando na medicalização da sociedade e na longa permanência de pessoas nos chamados “manicômios”. A estrutura das políticas de saúde, no período da ditadura, apoiada na articulação do Estado com empresas e interesses privados, gerou altos custos, com estagnação do crescimento social, descontrole inflacionário e recessão (Escocel, 2008). Nesse Estado desenvolvimentista, as políticas de saúde mental não eram prioridade do governo, de modo que o modelo manicomial implantando levou à estigmatização das pessoas que precisavam desse tratamento (Soares *et al.*, 2011). Para as populações Indígenas, a fragilidade dessa política afeta diretamente o indivíduo na comunidade, uma vez que não consegue alcançar a rede de apoio.

O direito à saúde, voltado aos povos Indígenas, que conhecemos atualmente decorre de longas histórias de lutas, se concretizando como direito fundamental a partir da Constituição Federal de 1988, que reconhece as diferenças culturais, os costumes e crenças. No entanto, apesar da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), a implementação da atenção básica para os atendimentos de média complexidade é ainda um desafio nos territórios, porque não é possível padronizar a execução do (sub)sistema, já que há diferenças étnicas e regionais, geográficas e culturais.

Neste trabalho, buscaremos discutir a organização e as responsabilidades do DSEI Leste de Roraima, os marcos para o atendimento à saúde mental das populações Indígenas, a forma como o DSEI Leste de Roraima se organiza e como o controle social (Condisi) tem se posicionado na temática de reordenação da rede de saúde.

A motivação deste estudo surgiu da minha origem como moradora de uma região conflituosa, mas que proporciona aos jovens uma ótica deslumbrante da relação dos povos originários com o território, em que conviver é tornar-se um só corpo. Essa experiência de proximidade ao território me fez entender, desde cedo, que a realidade de cada região deve ser observada dentro de suas peculiaridades. A maneira com que as políticas públicas são inseridas nos territórios, geralmente sem nenhum tipo de consulta ou roda de conversa com os principais atores, nos traz a sensação de que os

povos Indígenas ainda não possuem autonomia em protagonizar a própria história. Nesse sentido, surge o objetivo de conhecer os desafios da aplicação da política de saúde mental e de suas práticas nos territórios em conjunto com a percepção dos povos Indígenas, buscando entender e contextualizar a política e a prática da saúde mental no DSEI Leste de Roraima.

Na delimitação de um caminho teórico-metodológico, compartilho do entendimento de Minayo (1999) de que o conhecimento é construído na relação de aproximação entre sujeitos e objetos/realidade social, que estão em contínua, complexa e contraditória dinâmica.

A relação dialética entre esforço lógico e os compromissos sociais desde a definição do problema de pesquisa até o produto provisório gerado no processo de conhecimento e sua adequação às práticas de saúde é o parâmetro principal de objetivação. Porém, nenhum momento de objetividade exclui o sujeito e sua historicidade, sua formação, seus interesses e suas questões. Incluí-lo como condição do conhecimento, faz parte da visão mais totalizante do processo científico (Minayo, 1999, p. 251).

No entendimento de Gil (2008), deve-se levar em consideração as reações das pessoas diante dos acontecimentos ou momentos das discussões dos fatos, uma vez que essas observações fazem parte dos processos de construção da pesquisa.

[...] A observação apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação. Desse modo, a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida.

Foi realizado um levantamento histórico de informações acerca de eventos de saúde que trataram do tema saúde Indígena. Com o objetivo de obter informações e conhecimentos acerca do fator social e da essência do sujeito deste estudo, foi definida como abordagem a pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva e foram adotadas as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, além da observação-participante.

As informações coletadas se baseiam principalmente nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) entre os anos de 2018 e 2020, nas Conferências Locais de Saúde nas regiões de Surumu e São Marcos, e nas atas das reuniões do Condisi que são disponibilizadas ao público (conselheiros). Nesses encon-

etros, as preocupações com relação à saúde mental são visíveis no semblante das lideranças Indígenas, sendo comum o anseio pela busca de resolutividade dessas doenças conhecidas pelos povos Indígenas como doenças dos Kraiwá⁴.

Política de saúde mental no DSEI Leste de Roraima

O DSEI Leste de Roraima é composto por 11 etnorregiões, denominadas Ingarikó, Serras, Baixo Cotingo, Raposa, Serra da Lua, Wai-Wai, Tabaio, Amajarí, Murupu, Surumu, São Marcos. Para garantir atendimento das 342 comunidades, 11.759 famílias e 57.550 pessoas, existem 33 polos-base.

Nesse DSEI, as equipes atendem sete povos Indígenas (Ingarikó, Patamona, Macuxi, Wapichana, Taurepang, Sapará, Wai-Wai), com diversidade sociocultural e linguística, de formas de contatos e de pressões pela sociedade não Indígena. Cada povo apresenta diferentes formas de ver e interpretar o mundo, assim como de entendimento da relação saúde-doença e cuidado.

Ao abordarmos a atenção à saúde mental do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS), devemos levar em consideração a construção da cartilha que foi elaborada junto ao Ministério da Saúde, com o tema *Tecendo redes para promoção do bem-viver*, em conjunto com as comunidades Indígenas, profissionais, lideranças Indígenas, mulheres e a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) (Brasil, 2019).

Sob esse marco, a organização dos serviços de saúde e as funcionalidades do DSEI são vistas por esses povos como um elo de confiança, em que a comunidade, o Agente Indígena de Saúde (AIS) e familiares iniciam o processo de construção das relações. Nesse processo, a transversalidade das práticas de cuidado e saberes Indígenas é o primeiro passo para a promoção da saúde nos territórios.

Quando se fala em saúde Indígena em Roraima, o DSEI Leste de Roraima é uma referência de informações sobre atendimentos, epidemiologia, censo populacional das comunidades,

⁴ Kraiwá significa “não Indígenas” na língua macuxi.

polos-base e prestação de serviços através das empresas terceirizadas. No entanto, ainda possui as suas fragilidades.

A criação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste Roraima ocorreu dentro de uma configuração (Elias, 2008) surgida na década de 1990, que incluiu a reforma do Estado apoiada na terceirização das políticas públicas voltadas para a área social, a Reforma Sanitária, que conduziu à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e os esforços de atores Indígenas e indigenistas voltados para a construção de um “novo indigenismo”, preocupado em colocar em prática as perspectivas sobre os povos Indígenas sancionadas pela Constituição Federal de 1988 (CF 88). Tais perspectivas desmontaram, ao menos teoricamente, os supostos, vigentes até então, tutelares e integraçãoistas em relação a esses povos, reconhecendo aos índios o direito de se manterem como povos etnicamente diferenciados dentro da sociedade brasileira (Barroso, 2021).

Os povos Indígenas de Roraima foram atuantes no processo pela garantia constitucional da saúde e pelo reconhecimento do direito às diferenças, fazendo valer a pluralidade, assim como foram atores importantes para a regulamentação, a implantação e a implementação das garantias postas na Constituição Federal de 1988.

Como resultado de lutas e conquistas sociais coletivas dos povos Indígenas e seus parceiros históricos, criou-se o DSEI Leste de Roraima, com a sua rede de serviços de saúde dentro dos territórios, e, em 2010, foi criada pela Lei nº 12.314, de 19 de agosto, a Sub-secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), que tem a competência de coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e gerir o subsistema, ambos funcionando e se articulando com a rede de serviços de saúde do SUS.

De acordo com a Nota Técnica nº 17, de 2018 – Diasi / CGPSI / Diasi / Sesai / MS, que é o documento orientador da organização dos processos de trabalho da atenção primária à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, na estrutura organizacional do DSEI Leste de Roraima encontram-se a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi) e os programas de saúde.

A Nota Técnica nº 17, de 2018, apresenta a estruturação do Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (Nasi), que seria uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar composta por diferentes categorias de profissionais da saúde que não compõem as Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI), tais como psicólogos.

Observamos que o Nasi tem uma função complementar às EMSI, sendo que as contratações dos seus profissionais, para sua composição e seu perfil, estão condicionadas à realidade do território. Assim, há flexibilidade para organização e gestão do Nasi, que poderia desenvolver ações que estão além das competências das EMSIs.

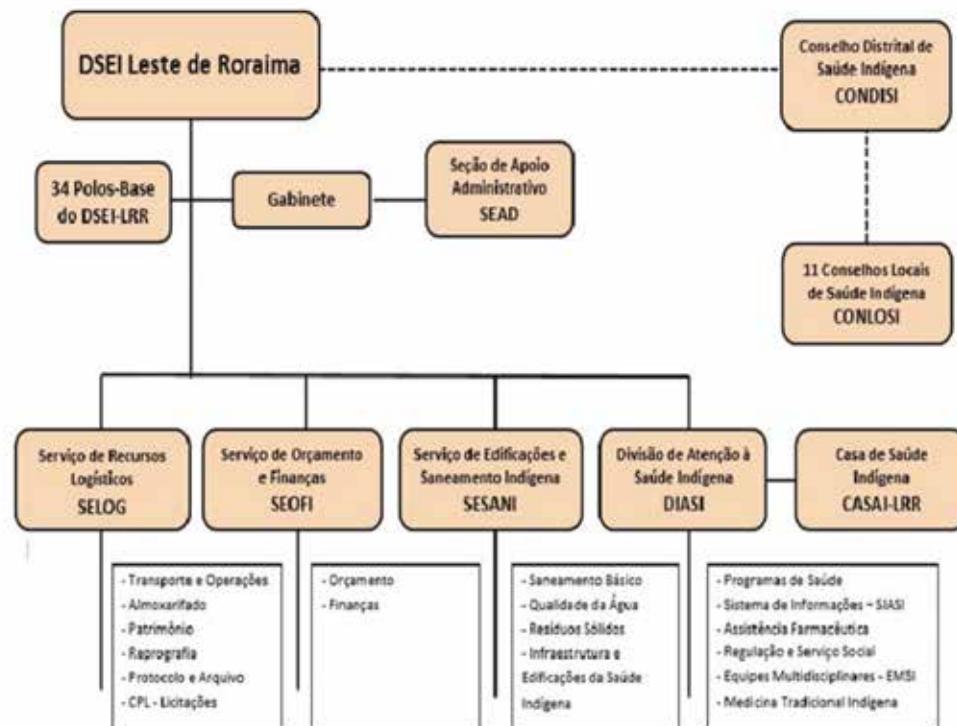
Entretanto, na Nota Técnica nº 17/2018, no quadro de núcleos da atenção primária à saúde nas Divisões de Atenção à Saúde Indígena (Diasi) e no DSEI, há a previsão no Núcleo 4 (promoção da saúde e da saúde mental), mas o Nasi aparece separadamente (Brasil, 2018, p. 4-11). Ressaltamos que o funcionamento do Nasi tem relação direta com as EMSI, no que tange à resolução de problemas, demandas e necessidades de saúde da população assistida, tais como para estruturar ações de saúde mental. Esse processo exige diálogo e compartilhamento de informações e ações do Nasi com as EMSIs e a Rede de Atenção à Saúde dos municípios e do estado.

É importante observar que, na estrutura organizacional proposta pela Nota Técnica nº 17, de 2018 – Diasi / CGPSI / Diasi / Sesai / MS, no DSEI Leste de Roraima, a saúde mental não aparece na Diasi, possivelmente por estar incluída e subentendida nos programas de saúde, mas alertamos que tampouco há a presença do Nasi no organograma e nas suas subdivisões (Figura 1).

Considerando a realidade e as demandas relacionadas ao bem-viver dos povos Indígenas de Roraima, a fragilidade do programa de atenção à saúde mental – assim como a ausência do Nasi na estrutura – é uma decisão política que deve ser discutida. Consideramos que, diante da dimensão territorial e da diversidade étnica, cultural e social do DSEI Leste de Roraima, a ausência de um programa de saúde mental e do Nasi é incompreensível. Retomamos o contexto histórico de pressão colonial contra os povos Indígenas de Roraima, que tem levado a diversas situações de violência, sofrimento mental e abuso de álcool e outras drogas.

Pensar a Política Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, ou programas e ações de saúde para esses povos, de acordo com a previsão trazida pela Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, requer conhecimento terapêutico, cuidados, acolhimento, conhecimento antropológico e compromisso de gestão. Mesmo o sucesso das políticas públicas

Figura 1 – Organograma DSEI Leste de Roraima



Fonte: DSEI Leste de Roraima, 2022

que já estão garantidas e que contam com recursos depende muito do entendimento das particularidades de cada povo pelas gestões envolvidas nas tomadas de decisão.

Nesse sentido, a rotatividade de gestores e profissionais *kraiwá* nas chefias contribui para a fragilidade desses serviços.

O art. 1º da supracitada portaria “Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor”, e contém em seus incisos as diretrizes da política para as quais chamamos a atenção especificamente: “IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios);” (Brasil, 2007).

Em Roraima, é de conhecimento público, assim como se discute nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena / DSEI Leste de Roraima, a dificuldade em articular ações com os municípios, principalmente no tocante à atenção primária, pois existe

um distanciamento de diálogos entre as gestões do DSEI, dos municípios e do próprio estado de Roraima.

O distrito não possui um fluxo para acompanhamento dos Indígenas que, de alguma forma, necessitam buscar ajuda nos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), devido ao despreparo de gerência dos serviços, ao quantitativo de profissionais e até mesmo à falta de autonomia dessa política no distrito. Além disso, as prefeituras dos municípios mais próximos das comunidades Indígenas geralmente não possuem serviços de saúde mental de forma diferenciada, sendo os pacientes encaminhados ao Hospital Geral de Roraima para, depois, serem referenciados. Ou seja, o despreparo está contido desde as competências no atendimento prático diário nas regiões, por justamente não haver essas articulações entre o distrito e os municípios.

Com relação à garantia da acessibilidade, temos:

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades Indígenas; (Brasil, 2007).

A atenção aos Indígenas no âmbito da saúde mental precisa que a intervenção seja pensada, analisada e planejada de acordo com a realidade de cada povo e comunidade – principalmente porque a Rede de Atenção Psicossocial não possui, em Roraima, o alcance desejável e tampouco o ideal.

Dos 15 municípios de Roraima, apenas Boa Vista possui uma rede com estrutura básica de Centro de Atenção Psicossocial (Caps) para atendimento e tratamento de pacientes que sofrem com algum tipo de transtorno, ou seja, mesmo que o paciente (ou sua família) em algum momento decida que precisa e quer buscar ajuda, a própria organização da rede é insuficiente, porque está fora do alcance.

Além disso, cabe destacar outros fatores. Por exemplo, para ser atendido, é necessário que se apresentem cópias do RG, do CPF, do cartão do SUS e do comprovante de residência. Há de se considerar que, em Roraima, principalmente nas comunidades de difícil acesso, existem pessoas que não possuem esses documentos. Mesmo com o trabalho da Justiça Itinerante de fornecer a documentação, a falta de

documentos ainda é uma realidade presente, ou seja, há pessoas que estão muito mais à margem.

Essas são algumas das situações práticas e políticas que são questionadas pelas lideranças nas suas reuniões quando o tema se refere à saúde, sendo o uso abusivo do álcool e a violência decorrente disso algumas das pautas bastante discutidas, no entanto sem propostas de resolução exequíveis.

O controle do abuso da bebida alcóolica é uma das bandeiras do Movimento de Mulheres Indígenas de Roraima (Omirr), com o lema “não à bebida alcoólica”, sendo inclusive o *caxiré* e o *pajuaru* – tradicionais bebidas alcóolicas Indígenas – proibidos em algumas comunidades. Todas essas informações são colocadas nas reuniões de comunidade e assembleias, quando há o tema da saúde.

É através dessas cobranças e da exposição de situações internas das comunidades que se observa que a política não alcança os objetivos a que se propõe, e tampouco sua efetividade e sua eficiência.

A discussão de saúde mental na 93^a reunião do Condisi

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) do DSEI Leste de Roraima é um espaço deliberativo e de composição paritária, que em seu regimento garante a participação dos usuários de saúde, profissionais Indígenas e não Indígenas, parceiros e gestão (explicando de forma bastante simplificada). É nesse contexto de deliberação e decisões das políticas e das ações de saúde que a pauta da saúde mental tem conseguido um avanço diferenciado da gestão, visto que os membros, principalmente os Indígenas que vivem a realidade das suas comunidades, identificam muito claramente as problemáticas decorrentes do sofrimento mental, com ênfase no uso abusivo de álcool e, mais ainda, na ausência e na carência de efetivação da política de saúde mental das populações Indígenas de maneira mais eficaz.

Como notado até aqui, o Condisi vem se posicionando acerca do tema, porém, ao analisarmos detidamente, mesmo sendo uma pauta de alta relevância, cuja realidade impacta rotineiramente as comunidades, ela não é prioridade, a não ser que algum membro proponha a alternativa.

Mesmo havendo a demanda por parte das comunidades, a preocupação tanto da gestão como do próprio Condisi está focada principalmente na contratação e na presença de profissionais das Equipes Multidisciplinares, além de medicamentos, materiais médico-hospitalares e transporte.

Quanto à equipe de saúde mental, essa é pequena, composta por apenas três profissionais psicólogas, das quais uma delas é responsável pela gestão, enquanto as outras duas se encarregam de toda a dimensão territorial, da diversidade étnica e regional. O núcleo não dispõe de condições básicas como transporte próprio para a realização das ações planejadas, acompanhamentos e demais competências do Nasi, de acordo com a Nota Técnica nº 17 de 2018 – Diasi / CGPSI / Diasi / Sesai / MS.

Dentre as categorias voltadas ao atendimento no âmbito do DSEI Leste de Roraima, a de saúde mental é a menor, sem infraestrutura e logística para atuação e com prejuízos significativos nas implementações de alcance das metas.

Desse modo, além dos desafios corriqueiros dos pacientes como a negação, a vergonha e a falta de recursos financeiros para a busca de um tratamento adequado (já que o paciente deve se deslocar da sua comunidade para acessar a rede de atenção psicossocial na capital), ainda há o desafio para o DSEI Leste de Roraima de redefinir suas prioridades de ações, oferecendo estrutura para que o Nasi funcione e realize as ações de sua competência.

Pontuando alternativas

Dante das observações realizadas através das conferências locais e reuniões do Condisi, foram identificados desafios para a implementação da promoção da saúde mental para populações Indígenas no DSEI Leste de Roraima. Considerando a importância e o impacto da negação na organização do próprio DSEI, foram apresentadas alternativas pelos *tuxauas*, conselheiros e lideranças Indígenas, que inicialmente poderiam colaborar com o processo de implantação do Nasi e seu efetivo funcionamento:

- Promover cursos voltados aos conselheiros do Condisi, pois esse é um espaço de importantes deliberações, fis-

calização e apresentação de demandas, o que requer que seus membros tenham compreensão do tema;

- Realizar oficinas que tratem da saúde mental Indígena com os profissionais do Diasi, com destaque para as EMSIs e aqueles que compõem os setores da gestão;
- Implantação e implementação efetiva do Nasi;
- Firmar parcerias para a realização de oficinas e cursos, assim como para a realização do Seminário de Saúde Mental das Populações Indígenas;
- Criar um Centro de Atenção Psicossocial Indígena (Capsi) no território, no qual se possam utilizar as rezas, a dança e a arte para o tratamento, proporcionando um reencontro com as culturas tradicionais.

Considerações finais

Este trabalho buscou apresentar a deficiência da efetivação política de saúde mental das populações Indígenas e a necessidade de que haja vontade política na gestão em todos os níveis.

O DSEI Leste de Roraima, pelo que pude observar, ainda está no desafio da implementação, mas sem ter como prioridade a saúde mental, pois o programa aparece no Diasi, mas não no Nasi, que tem apenas três profissionais, os quais, logicamente, são insuficientes para atender a toda a demanda. Isso, com certeza, deixa as metas defasadas.

Obviamente, como gestora em saúde, devo salientar, considerando a flexibilidade que a Nota Técnica nº 17, de 2018, dá à composição das equipes do Nasi, que sua efetivação e sua estruturação dependem quase que exclusivamente da vontade política da gestão. É fundamental que haja investimento em eventos para esclarecimentos e entendimento por parte do Condisi da importância da política de saúde mental para as populações Indígenas.

Identifico, aqui, que falta esclarecimento para os conselheiros sobre o que é a saúde mental e como deve funcionar a rede de atenção psicossocial, pois, além de uma estrutura física para direcionar e acolher os parentes que necessitam desses cuidados e dessa atenção, é necessário que as comunidades e as lideranças, assim como também as equipes de saúde, compreendam toda a dinâmica e a diversidade que envolvem o bem-viver Indígena.

Referências

BARROSO, Maria Macedo. Dos organismos às organizações: a estruturação do DSEI Leste Roraima e as mobilizações em torno da saúde Indígena. In: PONTES, Ana Lucia de Moura; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; SANTOS, Ricardo Ventura (ed.). **Políticas Antes da Política de Saúde Indígena** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021, p. 309-333. Coleção Saúde dos povos Indígenas. ISBN: 978-65-5708-122-8.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 de setembro de 1999.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.759**, de 25 de outubro de 2007. Estabelece diretrizes gerais para a política de atenção integral à saúde mental das populações Indígenas e cria o comitê gestor. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Atenção psicosocial aos povos Indígenas:** tecendo redes para promoção do bem-viver / Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. – Brasília: Ministério da Saúde: 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena do Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Nota Técnica nº 17, DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS**, 2018.

CEBRAP. SESC/São Paulo. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais** – Bloco Qualitativo. São Paulo: SESC/São Paulo, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) **Nota técnica sobre atuação de psicólogas(os) junto aos povos Indígenas** [livro eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Pública. — 2. ed. — Brasília: CFP, 2024.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 385-434.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

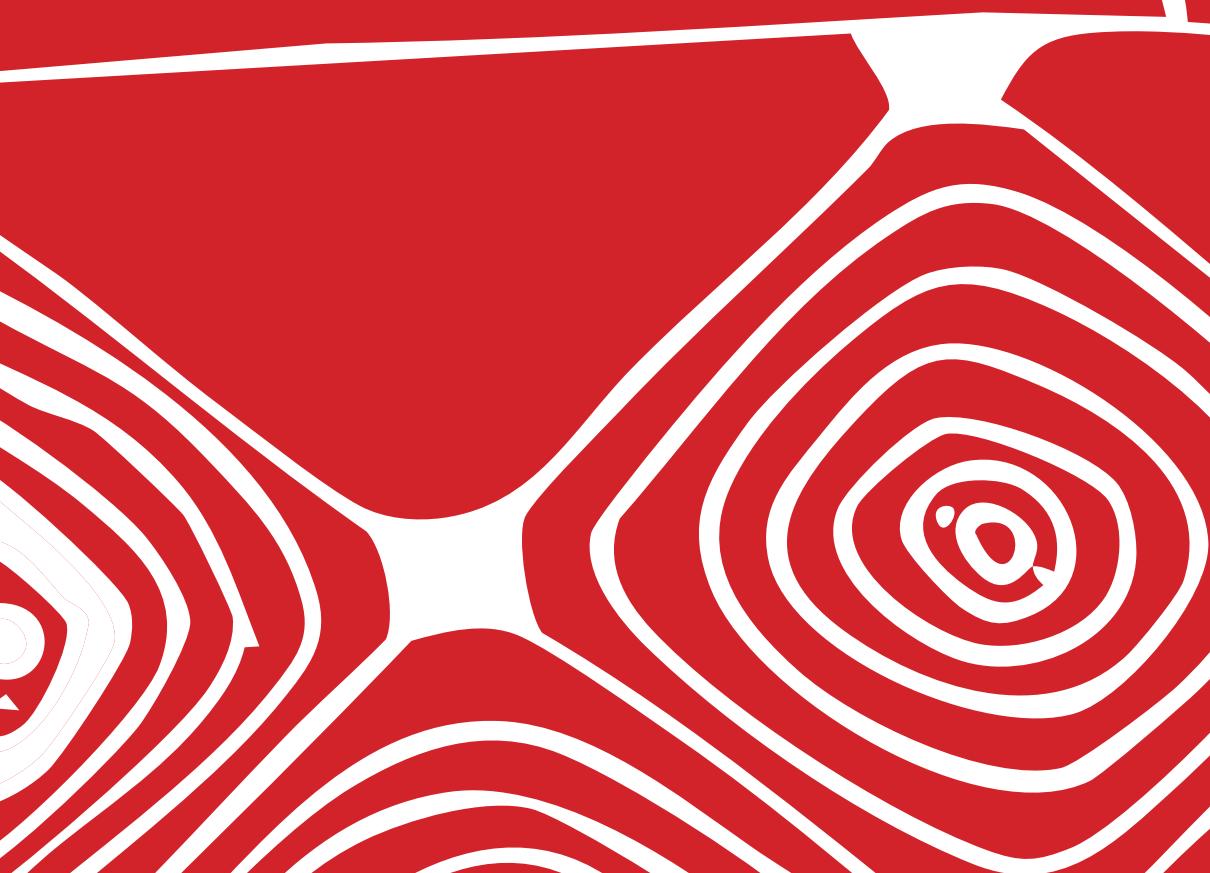
LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

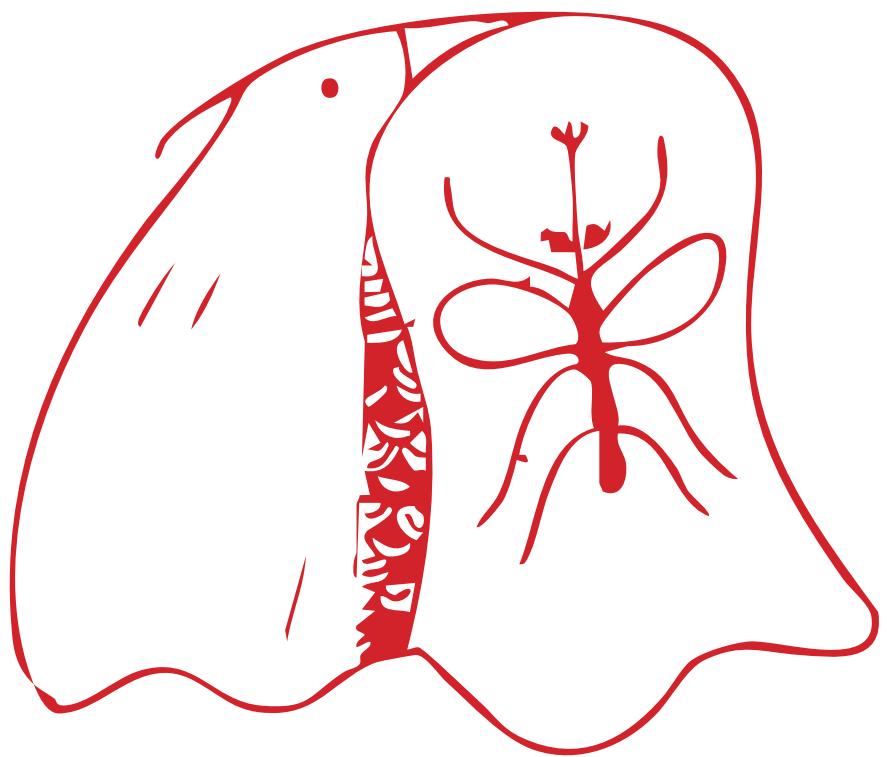
SOARES, Rhaisa Gontijo *et al.* A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 635-645, out. 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF/BRASIL). Cuidados Primários. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata**. OMS: URSS, 6 – 12 set, 1978.

PROBLEMATIZANDO NECESSIDADES DE SAÚDE NO CHÃO DOS TERRITÓRIOS







Capítulo 5

PROCESSO HISTÓRICO DA COMUNIDADE LAJE E A MALÁRIA CONSTANTE NO TERRITÓRIO

ELEN PEREIRA DA SILVA.

EPertencente ao Povo Macuxi, é natural do Município de Uiramutã e residente na comunidade Laje-Terra Indígena Tabalascada, Região Serra da Lua, no Município de Cantá. Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, é ativista do Movimento Indígena de Roraima. Iniciou os estudos na aldeia, onde concluiu o Ensino Fundamental. É fruto da educação escolar Indígena, sendo a única da família que teve a oportunidade de concluir o ensino superior em uma universidade pública.

LUCIANA PIRES DE FREITAS (ORIENTADORA).

LGraduada em Odontologia pela Universidade de Uberaba (1993) e mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, pela Universidade Federal do Amazonas (2008), é especialista em Saúde Coletiva, pela UnB (2001); em Antropologia da Saúde, pela UFPE (2003); e em Docência em Vigilância da Saúde, pela ENSP/Fiocruz (2011). Atualmente, é cirurgiã dentista da Semsa-Manaus, lotada na Estratégia Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, responsável pelo atendimento dos Ribeirinhos do Rio Amazonas.

Introdução

A malária, causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, é a protozoose de maior impacto no mundo, colocando sob risco aproximadamente 40% da população mundial (cerca de 2,4 bilhões de pessoas), em mais de 100 países (OMS, 2015). É uma doença parasitária infecciosa febril aguda, de grande impacto social, que atinge principalmente os países situados nas regiões tropicais e subtropicais. É provocada por quatro protozoários do gênero *Plasmodium Vixax*, dentre os quais, três estão presentes no Brasil: *P. falciparum*, *P. malariae* e *P. ovale*. A transmissão ocorre através da picada do mosquito do gênero *Anopheles*, que já está com *Plasmodium*. O quadro clínico típico da malária é caracterizado por febre, precedida de calafrios, seguida de sudorese profusa, fraqueza e cefaleia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de *Plasmodium* infectante (Brasil, 2020).

De acordo com os autores estudados, acreditava-se, no final dos anos 1960, que poderia haver a erradicação da doença, a partir do estabelecimento de metas de curto e longo prazo. Entretanto, com o desenvolvimento das ações, verificou-se que não foi possível alcançar as metas de erradicação da doença, particularmente na região amazônica. Então, passou-se a adotar a estratégia do controle em virtude da existência de quatro fatores predominantes – epidemiológicos, entomológicos, econômicos e sociais – que impediam a erradicação da malária (Loiola *et al.*, 2002).

A malária, no Brasil, é de ocorrência fundamentalmente rural. Porém, na periferia de áreas urbanas da Amazônia, e mesmo em grandes cidades, tem havido a transmissão da doença, principalmente em áreas de invasões humanas, sem saneamento e infra-estrutura, o que propicia a proliferação do vetor (Nescon/UFMG, 2020). As áreas de garimpo também são consideradas áreas críticas para a transmissão da malária, pois a atividade contribui para a propagação da doença ao favorecer o desmatamento da floresta e a criação de poças de água, hábitat ideal para a reprodução dos vetores transmissores da doença. Outra característica que contribui para a manutenção da malária entre garimpeiros é a grande mobilidade dessas populações (Heemskerk; Duijves, 2012).

Segundo o Relatório Epidemiológico da Sesau-RR, em 2015, o estado de Roraima, por exemplo, registrou um incremento de 4% no número de casos de malária autóctone notificados em todo o estado. No entanto, é preciso analisar a distribuição por catego-

ria de local provável de infecção, para perceber que as áreas urbanas e os assentamentos apresentaram redução de 4% e 46%, respectivamente. Os municípios com maiores índices de malária foram Mucajaí, Amajari, Caracaraí e Cantá – onde está situado o Território Indígena Serra da Lua, que abrange as comunidades da Malacacheta, Canauanim, Tabalascada e Laje.

As áreas Indígenas, por serem, em sua maioria, remotas e de difícil acesso, continuam sendo um desafio às ações de prevenção e controle da malária. O risco de adoecer por malária pode ser maior em populações Indígenas, pelas alterações ambientais e pelas próprias características culturais desses povos, como a intensa circulação, as tarefas cotidianas de caça, pesca, roçados e os banhos em rios e igarapés. Além disso, a variada arquitetura de habitações tradicionais Indígenas, muitas vezes, inviabiliza os métodos convencionais de controle vetorial, contribuindo para a continuidade da transmissão de casos nessas áreas (Brasil, 2015).

O Núcleo Estadual de Controle da Malária atua buscando desenvolver ações de prevenção, promovendo campanhas, incluindo supervisões aos municípios e às redes de laboratórios de notificação e diagnóstico de malária; ações de controle vetorial; fortalecimento da rede de diagnóstico e tratamento rápido; e tem investido na capacitação para profissionais envolvidos nos programas municipais e na Atenção Básica (Sesau, 2017). Para tratar de ações específicas da saúde das populações Indígenas, há dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) um subsistema que, através do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), cuida dessas questões.

O DSEI Leste de Roraima é responsável pela atenção básica à saúde dos povos Indígenas Macuxi, Wapichana, Ingarikó, Patamona, Taurepang, Sapará e Wai-Wai, atendendo 34 polos-bases e 8 subpolos com 342 comunidades Indígenas. O território se divide em 11 regiões, como Serra da Lua, Serras Amajari, Surumu, Baixo Cotingo, Raposa, São Marcos, Tabaio, Murupu, Ingarikó e Wai-Wai. Os municípios atendidos pelo DSEI incluem Boa Vista, Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Normandia, Pacaraima, Uiramutã, São João da Baliza, Caroebe e Caracaraí, cidades distribuídas geograficamente pela metade leste do estado de Roraima.

Conforme o relatório da secretaria de saúde do estado de Roraima o Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Leste

de Roraima é referência na vigilância da malária, com microscopistas e agentes Indígenas de saúde formados e atuantes em uma rede organizada que oferece diagnóstico e tratamento imediato aos casos notificados. No DSEI Leste, entre janeiro e julho de 2016, 47% dos casos de malária foram identificados por busca ativa, o que demonstra a eficiência das estratégias de vigilância e controle da malária nesse distrito (Sesau, 2017).

O presente artigo traz um relato baseado no diagnóstico situacional da comunidade Laje, sob o tempo comunitário obrigatório realizado durante o 5º semestre do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, na Universidade Federal de Roraima. O interesse em falar da malária partiu do meu desejo de falar para as pessoas sobre o lugar onde eu moro, o lugar que me acolheu, o lugar onde vivi momentos incríveis na minha infância, difíceis e desafiadores. Retornar à comunidade a partir da universidade é uma oportunidade para eu dar meus primeiros passos como pesquisadora Indígena. É nesse momento que observo na comunidade o nosso modo de viver, de nos organizar, de planejar, de brincar, de trabalhar e de descansar. Foi através do diagnóstico situacional realizado que obtive informações sobre a situação epidemiológica do local e, após esse tempo, teria que escolher o tema de meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Decidi, então, falar sobre a malária na comunidade Laje, esse território Indígena sob a responsabilidade do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Leste de Roraima. O objetivo foi descrever a incidência da malária na população da comunidade em geral, entre os anos passados e atuais.

A pesquisa iniciou-se com uma revisão bibliográfica sobre o tema: entrei em *sites* e li artigos que falam sobre a doença, seus vetores, os mosquitos e as ações e promoções para a prevenção da doença – considerando que, embora evitável e combatida, é uma preocupação global. Em um segundo momento, fiz uma análise epidemiológica descritiva do local, a partir dos dados registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep), sistema nacional de registros de malária utilizado pelo DSEI Leste de Roraima, obtidos pela professora Luciana Pires, minha orientadora que, na época, trabalhava na Vigilância Epidemiológica do estado de Roraima. Os dados foram trabalhados a partir de planilhas de Excel que possibilitaram algumas análises sobre a incidência e a distribuição da malária na comunidade Laje,

entre 2003 e 2023. A análise epidemiológica é importante para avaliar as atividades desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, e subsidia o planejamento de novas ações após identificar prioridades a serem trabalhadas. O terceiro passo do trabalho foi a pesquisa na comunidade: a coleta de dados foi realizada através de entrevistas com a agente de saúde Indígena (AIS), a agente de endemias, o técnico de laboratório e alguns moradores da comunidade.

Apresentação da comunidade Laje

A Região da Serra da Lua ocupa parte dos municípios de Bonfim e Cantá, possuindo 24 comunidades Indígenas das etnias Wapichana e Macuxi, sendo a primeira a etnia predominante. Nessa região se encontra a Terra Indígena Tabalascada, com superfície de 13.014 hectares, a 26 quilômetros de distância de Boa Vista, capital de Roraima (Mandulão *et al.*, 2011). Sua principal via de acesso é a BR-432, que interliga Boa Vista ao Município de Cantá. A vegetação do território é típica de lavrado, campos limpos, savana arbórea e floresta rica em buritizais e igarapés, sendo as árvores mais frequentes o caimbé, o mirixi, o murici e a paricarana. A homologação da Terra Indígena Tabalascada ocorreu no dia 19 de abril de 2005, com o Decreto s/n, publicado no Diário Oficial da União, em 20 de abril de 2005, pelo então Presidente do Brasil Luiz Inácio da Silva (Funai/PPTAL, 2008).

Esse território faz divisa com a Terra Indígena Malacacheta e Canauanim, e é composto pelos bairros Baixada, Zé Colares, D'suan e o Centro, e pelas localidades Maranata, Inajá, Cipinarana e Laje. O *tuxaua* responsável pela comunidade Indígena Tabalascada é o mesmo que responde pela comunidade Indígena Laje e demais macrorregiões, porém cada bairro e cada localidade tem seus coordenadores locais.

Em 1979, foi fundada a comunidade Indígena Laje, parte da Terra Indígena Tabalascada, quando o senhor Antônio Domingos Malaquias, Indígena do Povo Macuxi, junto de sua esposa, Dionísia Ferreira, e seus quatro filhos, se deslocaram da comunidade Indígena Vista Alegre, Região do São Marcos, para morar na margem direita do Rio Quitauaú, com a autorização do *tuxaua* Clóvis Ambrósio, da comunidade Indígena

na Tabalascada. Durante 23 anos, a população da comunidade chamava o local de Quitauáú, por ficar próximo ao Rio Quitauáú, até que, em 2002, por decisão comunitária, o nome Quitauáú foi mudado para comunidade Indígena Laje, devido às lajes de pedra no local de travessia do rio.

O território da comunidade Laje é constituído por uma vegetação florestal de espécies como cumaru, imbaúba, cajú, jatobá e palmeiras como bacaba, buriti, tucumã e inajá. Nas áreas desmatadas, é comum notar vários pés de palmeira inajá, dominante nas áreas de capoeiras e utilizada para construir as casas tradicionais dos povos Indígenas (feitas de palha, barro, madeira e telha) e para a produção de artefatos de fibras naturais, como a peneira de arumã, os cestos e as vassouras de cipó.

Na comunidade, moram 225 pessoas pertencentes aos Povos Macuxi e Wapichana, além dos não Indígenas que se casaram com Indígenas, formando, assim, 68 famílias. Desses, 98% são falantes da língua portuguesa, 1% fala a língua Indígena Macuxi e 1% fala a língua Wapichana. Apesar de ser uma comunidade próxima à capital, a população ainda pratica seus hábitos culturais e, também, acredita nos representantes dos conhecimentos tradicionais, como os rezadores, os pajés e as parteiras. A principal atividade econômica é a agricultura de subsistência, baseada na derrubada e na queimada controlada em pequenas áreas de mata e capoeira, e o produto mais produzido e comercializado é a farinha de mandioca. Nesse pequeno povoado Indígena, o consumo de alimentação industrializada era pequeno, pois havia bastante caça (como cutia, tatu, pacá e veado) e peixes em abundância (como matrinchã, pacu, tucunaré e traíra), além da produção de farinha de mandioca, batata, pimenta, jerimum, milho, banana, melancia e outros. Com o aumento da população e a evolução do grupo geral da comunidade, as caças e as pescas foram ficando escassas.

A alimentação era baseada na damurida, no beiju, na farinha e na pimenta, e tudo era retirado do solo e da natureza. A damurida é feita com proteína (peixe, carne de caça ou gado), sendo a mais comum de peixe. Além da proteína, acrescentam-se tucupi, folha de pimenta, sal e deixa-se cozinar por algum tempo, até que esteja pronto para o consumo, junto com farinha de mandioca ou beiju. A farinha de mandioca é feita através da raiz da maniva, tirada da terra e colocada de molho na água, por três dias. Depois desse tempo, ela amolece e fica só uma massa, pronta para fazer

a mistura com mais mandiocas duras arrancadas da terra, no mesmo dia, para raspar. Depois, a massa é colocada na prensa para escorrer o sumo, chamado de Tucupi, e, secando a massa, ela está pronta para ser peneirada, passada na gordura de gado no forno – é o processo de escaldação – e assim ser torrada. A forma de fazer o beiju é quase a mesma da farinha de mandioca, com a diferença de que não se coloca a mandioca na água por três dias. Ela é usada ainda fresca, após arrancada do solo, tira-se a casca, lava-se e serra-se a mandioca; em seguida, já coloca a massa para tirar o sumo. Com a massa seca, deve-se peneirar e colocar a massa no forno, em formato de círculo, e deixar assar por alguns minutos, virar ao avesso e deixar assar do outro lado – assim, o beiju está pronto. Outra fonte econômica da comunidade são os benefícios sociais das diferentes esferas de governo, como o Bolsa Família, a Cesta da Família, a aposentadoria, o salário maternidade rural, entre outros.

A comunidade Laje foi contemplada com uma escola, que leva o nome do primeiro morador do local: Escola Estadual Indígena Antônio Domingos Malaquias. Ela atende os alunos do primeiro ao nono ano e tem uma sala anexa de ensino infantil da escolinha da Prefeitura de Cantá, com o nome de Vovó Madalena. O ensino educacional na comunidade conta com dois professores concursados federais, cinco professores concursados estaduais e uma professora de ensino infantil, além de 60 alunos no total. A escola contém um minirrefeitório e duas merendeiras (uma seletiva do estado e uma concursada da prefeitura), e se organiza em torno de datas comemorativas como o Dia de São Pedro, que é o padroeiro da comunidade, a formatura dos alunos, o Dia das Mães, o Dia dos Pais e a semana dos povos Indígenas.

A comunidade possui energia elétrica, uma antena de internet e um posto de saúde, com dois agentes Indígena de saúde (AIS) e um agente Indígena de saneamento (AISAN), que fazem atendimentos diários à população. O agente Indígena de saúde tem um papel fundamental na comunidade, pois atende, orienta, faz remédios caseiros e recebe a população na hora em que for preciso. O acesso à água encanada está disponível apenas a uma pequena parte da população que mora no centro da comunidade Laje, faltando saneamento básico para a grande maioria dos moradores do local.

Com a revisão da Terra Indígena Tabalascada, em 2004, para o processo de demarcação, a comunidade passou a ocupar o espaço que os posseiros dominavam. Apesar dessa grande conquista, os problemas sociais não deixaram de existir. Atualmente, a comunidade Laje passa por momentos difíceis, pois a estiagem, devido às mudanças climáticas, faz com que as plantações da roça não cresçam e muitos pés de maniva morrem pela falta da chuva. Devido ao baixo nível de água no Rio Quitauaú, a comunidade enfrenta dificuldades em coletar seus alimentos: o peixe no rio está muito escasso, há dificuldades em pescar e muitos moradores já não têm roça para a produção do próprio alimento, como a farinha de mandioca. Tudo está seco, as plantações morreram e o roçado foi queimado. É uma luta da natureza contra a humanidade, gerando a escassez de alimentos e a falta de água para o consumo humano e dos animais. Devido a essa situação, a comunidade atualmente consome mais alimentos industrializados.

A malária como um fenômeno permanente na comunidade Laje

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve garantir aos povos Indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. Visa a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (Brasil, 2002, p.13). Portanto, a vigilância e o controle da malária nas comunidades Indígenas competem ao DSEI e, no caso da comunidade Laje, ao DSEI Leste de Roraima.

O posto de saúde se localiza no centro da comunidade Indígena Laje, dando assistência e atendimentos de saúde a toda a população moradora do local. A comunidade é atendida por duas equipes multidisciplinares de saúde, formadas por médico, enfermeiro, odontólogos, técnico de enfermagem, agentes Indígenas de saúde (AIS) e saneamento (AISAN) e microscopista. Os atendimentos são realizados de acordo com o cronograma de trabalho das equipes multidisciplinares de saúde.

A Terra Indígena Tabalascada tem assistência de duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), divididas em duas categorias: fixa e volante. A equipe fixa (Equipe I) possui uma enfermeira, um técnico em enfermagem, uma vacinadora e um médico, além de dois motoristas de remoção. A equipe volante (Equipe II) possui uma cirurgiã dentista, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e dois motoristas de remoção. Além desses profissionais, dois Agentes Indígenas de Saúde e um Agente Indígena de Saneamento são integrantes fixos. Das duas EMSI, uma permanece diariamente no posto de saúde da comunidade, para dar suporte aos atendimentos diárias.

Entre as doenças relacionadas ao meio ambiente, a malária é o principal problema de saúde na comunidade Laje, que fica a 8km de distância do centro da Terra Indígena, e a propagação de vetores para casos de malária é frequente. O Rio Quitauaú, que faz a fronteira natural da Terra Indígena com localidades não Indígenas do Município de Cantá, é classificado como área endêmica devido aos constantes casos de pacientes com malária que relatam ter contraído a doença ali. A doença é diagnosticada pelos sintomas e pelo exame de lâmina feito pelo AIS (microscopista) e encaminhado para tratamento no próprio posto de saúde.

Nos dias atuais, conseguimos avançar no diagnóstico da malária na comunidade Laje. Uma das agentes de saúde Indígena fez a capacitação de microscopista oferecida pelo DSEI Leste de Roraima, e tem realizado leituras das lâminas-testes de gota espessa na comunidade, preenchendo as fichas do Sivep-malaria e encaminhando-as para a Casa de Saúde Indígena Leste de Roraima, que envia os testes para o Lacen, de Roraima. houve um avanço significativo no diagnóstico da malária na comunidade Laje, especialmente com a capacitação do agente de saúde Indígena como microscopista. Isso possibilita diagnósticos mais rápidos e eficientes, contribuindo para um melhor controle da doença no local.

Há muitos anos, a malária vem sendo um problema de saúde para a comunidade Indígena Laje. De tão corriqueira a situação, a população da comunidade já se acostumou e, para elas, é “normal” quando as pessoas são diagnosticadas com a doença.

Na minha pesquisa, queria entender a razão de a comunidade Laje possuir uma frequência tão alta de casos notificados

de malária, uma vez que o número de casos da doença nas demais comunidades pertencentes ao Polo-base Malacacheta costuma ser significativamente menor. O Polo-base Malacacheta se localiza na Região Serra da Lua, no Município de Cantá, e é composto pelas comunidades Malacacheta, Canauanim e Tabalascada.

Segundo relatos da equipe de endemias que atende a comunidade e de alguns moradores mais experientes, o fato de a comunidade se encontrar em área de mata fechada e fazer fronteira com a área não Indígena do município, que também apresenta muitos casos notificados de malária, contribui para a incidência da doença. Além disso, a comunidade é rodeada de rios e igarapés próximos, que podem servir de criadouros para o mosquito. Outros fatores que facilitam a infecção dos moradores são as atividades de pesca e caça noturnas, em horários em que o mosquito geralmente busca se alimentar. Há, ainda, o modo de produção das roças pela população local: para se ter uma roça é necessário fazer derrubada e queima, e esse tipo de manejo pode favorecer a criação de um ambiente propício para a proliferação dos mosquitos vetores da malária.

Entre 2004 e 2006, o DSEI Leste de Roraima era vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que desenvolvia suas ações através da parceria com o Conselho Indígena de Roraima. As buscas ativas de malária eram feitas pelos agentes Indígenas de saúde da comunidade Tabalascada, levando de um a dois dias para poder dar o resultado do diagnóstico. Naquela época, havia muitos casos de malária na comunidade – eram utilizados poços de água a céu aberto, que muitas vezes se transformavam em criadouros para os mosquitos transmissores da malária. Também não tínhamos Agente Indígena de Saneamento para a distribuição de hipoclorito e os poços não tinham tampas, virando pequenos criadouros de mosquitos. É importante destacar que, além de a área ser de mata fechada, na comunidade há rios e lagos próximos ao centro e, no período do inverno, essas poças de águas começam a secar, gerando um ambiente propício para o vetor da doença.

Em 2007, a primeira Agente Indígena de Saúde (AIS) da comunidade começou a trabalhar voluntariamente, pois havia a grande necessidade de um profissional que pudesse atender as pessoas diariamente nesse local, devido aos casos recorrentes de malária. Ela passou dois anos fazendo trabalhos voluntários e, nesse período, fez várias capacitações como profissional Indígena – principalmente o curso de microscopia. O acompanhamento dos

pacientes é feito em um livro de registros com anotações de nome, idade, data de nascimento, data do atendimento, sexo, local provável de infecção, município e diagnóstico. Dependendo do diagnóstico, caso seja positivo para Vivax (tipo de malária mais comum no local), o AIS faz o acompanhamento da medicação.

Em 2010 o poço artesiano foi construído na comunidade, levando água encanada para as casas próximas ao centro e abastecendo até mesmo a escola, o posto de saúde, igrejas e o “malocão” de reuniões da comunidade. Nesse mesmo ano, foram contratados os primeiros profissionais em saúde Indígena para atender a comunidade: um Agente Indígena de Saúde e um Agente Indígena de Saneamento. No entanto, após todas essas conquistas, a malária ainda continuava permanente no local e, por isso, a Secretaria Especial de Saúde Indígena solicitou que todos os poços de água escavada fossem fechados, e assim foi feito.

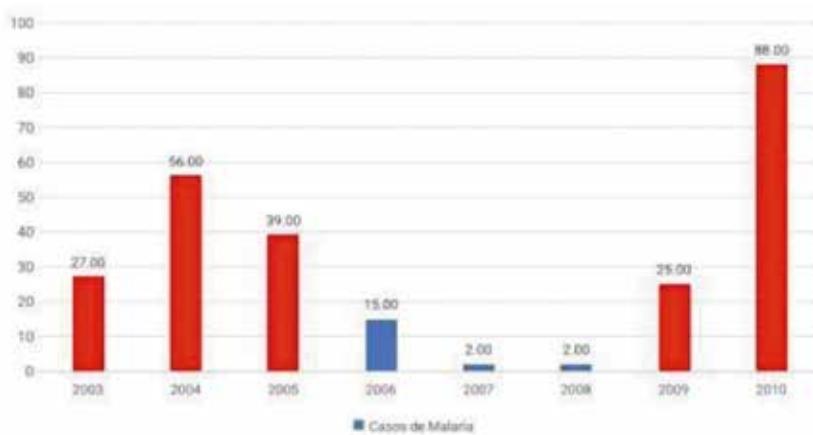
Analisando os dados da doença na comunidade

Quando analisamos a situação epidemiológica do Município do Cantá em relação à incidência de malária, é possível perceber a magnitude de notificações que ocorreram no município. Com todas as características levantadas sobre a situação da comunidade Laje, fica mais fácil entender como a transmissão da doença em outras áreas do município podem afetar a situação da comunidade.

Conforme o Gráfico 1, analisamos que o ano com maior número de casos de malária na comunidade Indígena Laje foi em 2010, com 88 casos positivos de malária Vixax. Podemos observar que, desde 2003, quando as notificações de malária começaram a ser inseridas no Sivep-Malaria, 2007 e 2008 foram os anos que apresentaram a menor incidência da doença na comunidade Laje. Também é relevante identificar o aumento da incidência de malária com epidemias registradas em 2004, 2005 e 2010 nessa localidade.

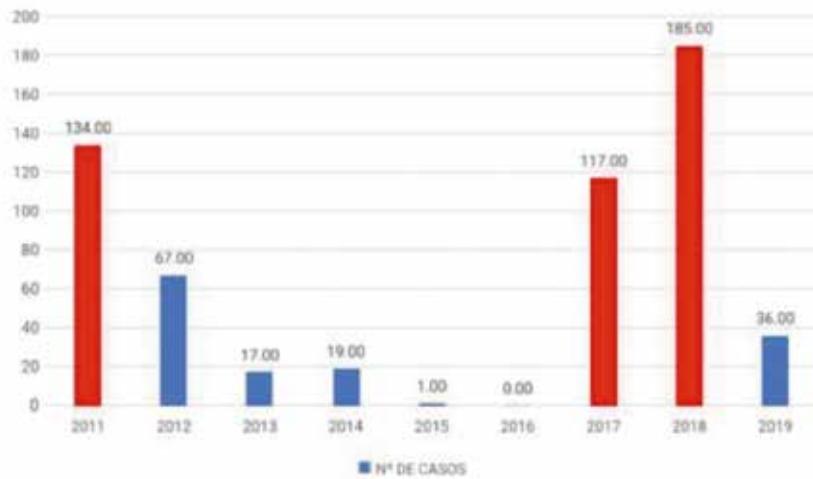
Quanto às notificações de malária na comunidade Laje, entre os anos de 2011 e 2019, observamos que os anos com maior número de casos foram 2018, 2011 e 2017, representando um percentual bem alto para o número de habitan-

Gráfico 1 – Número de casos de malária nos anos de 2003 a 2010 na comunidade Indígena Laje/Cantá



Fonte: Sivep-Malaria.

Gráfico 2 – Número de casos de malária entre 2011 e 2019



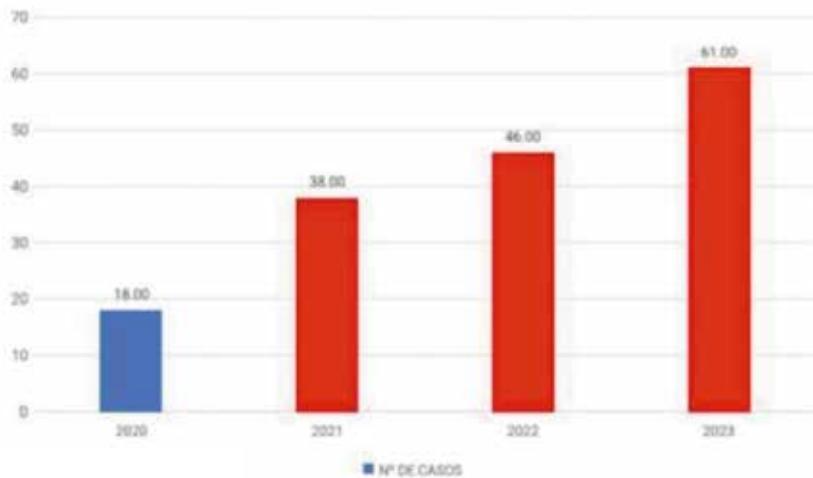
Fonte: Sivep-Malaria.

tes nessas localidades. Entende-se que as notificações estavam sendo feitas e há também notificações de Lâmina de Verificação de Cura-LVC, que é o exame de microscopia realizado em gota espessa durante e após o tratamento de malária. Isso justifica o fato de que a população estava enfrentando um grande problema em relação ao tratamento da malária, provavelmente relacionado à falta de aceitação da medicação.

O Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Leste de Roraima prioriza ações de prevenção da malária quando há registro de surtos da doença na comunidade. Desse modo, é encaminhada uma equipe de endemias, composta por agentes de combate a endemias e técnico de laboratório que, juntos, fazem a busca ativa de casos com os agentes Indígenas de saúde da comunidade. Esse trabalho da equipe de endemias geralmente é realizado até que a situação epidêmica seja controlada. Não havendo o surto da doença (mesmo com registros de casos novos de malária), é feito, pelo AIS do local, apenas o diagnóstico da doença, o tratamento e as orientações de cuidados e repouso.

Após a epidemia de 2017, o DSEI Leste de Roraima desenvolveu algumas ações de prevenção e controle da malária na comunidade. Vale mencionar que a EMSI realizou, em setembro de 2018, a entrega, para os moradores, de *kits* de prevenção da malária compostos por repelentes e mosquiteiros impregnados de inseticida de longa duração (MILD). Também foi realizada a borrifação residual intradomiciliar e a termonebulização, visando a eliminar os vetores infectados pelo *plasmodium* na comunidade. Apesar do esforço das equipes de saúde, há lacunas na sistematização das ações de prevenção e controle da malária que, frequentemente, sofrem descontinuidades e ocorrem de maneira fragmentada. A comunidade Laje carece de maior investimento em infraestrutura, que possibilite melhores condições de trabalho no posto de saúde, com espaço mais adequado para a leitura de lâminas de malária. Os AIS se ressentem com as dificuldades enfrentadas e frequentemente relatam dificuldades para desenvolver as atividades de busca ativa de sintomáticos, já que precisam percorrer grandes distâncias a pé, na falta de transporte (bicicleta) para fazer as visitas domiciliares. Os *kits* de prevenção são distribuídos esporadicamente e, geralmente, é difícil conseguir fazer sua reposição.

Gráfico 3 – Número de casos de malária entre os anos de 2020 e 2023



Fonte: Sivep-Malaria.

A comunidade sempre contribui de uma forma muito positiva com a equipe de saúde e, recentemente, muita coisa melhorou em relação ao controle vetorial da malária. Hoje, o Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Leste de Roraima leva muito a sério a questão da malária nos territórios Indígenas. Há uma equipe composta por um técnico de laboratório e dois agentes de endemias que ficam por um mês na comunidade, fazendo busca ativa de malária e ações de borrifação e aplicação de inseticida nas casas, além da distribuição de mosquiteiros. A população sempre abre as suas portas para essas ações e utiliza os mosquiteiros, pois a equipe de endemias sempre faz as orientações de como usá-los para a prevenção da malária.

Ao analisarmos o Gráfico 3, observamos que os casos de malária são um fenômeno permanente na comunidade Laje. Em 2023, houve 61 casos de malária Vivax, mostrando que a comunidade é uma área endêmica. Em 2022, houve 46 casos e, em 2021, 38 casos. Independentemente de todas as ações de controle e combate à malária feitas pelo DSEI Leste de Roraima, observa-se que essa problemática é algo permanente no local e que é necessário que esse DSEI continue com as ações de prevenção e controle da malária na comunidade.

Tratamento da malária na comunidade

O tratamento da malária na comunidade Laje é feito pelo AIS – microscopista, que, a partir da leitura de uma lâmina positiva de malária, segue um protocolo de liberação de medicamentos estabelecido pelo Manual Terapêutico da Malária, elaborado pelo Programa Nacional de Controle da Malária, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Para cada espécie de Plasmódio, o paciente recebe um tipo de tratamento, mas as medicações mais usadas no tratamento são a cloroquina e a primaquina, para a malária Vivax, mais frequente na comunidade.

No Brasil, o esquema de sete dias é usado para melhorar a adesão à primaquina e, quando ela não é utilizada, oclareamento da parasitemia é mais lento e é maior a chance de recrudescência, isto é, o exame microscópico de seguimento positivar, geralmente dentro dos primeiros 42 dias após início do tratamento. Essa é a razão pela qual se faz a cloroquina profilática nas gestantes durante toda a gravidez, já que não se pode usar a primaquina nesse grupo populacional (Brasil, 2021, p. 32).

Conforme o Guia de Tratamento de Malária no Brasil (Brasil, 2021), é da maior importância que todos os profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento, desde o agente comunitário de saúde até o médico, orientem adequadamente, com linguagem compreensível, os pacientes quanto: ao tipo de medicamento que está sendo oferecido; à forma de ingeri-lo e os respectivos horários; e à importância de se completar o tratamento. Sempre que possível, é aconselhável supervisionar a tomada das medicações antimaláricas, especialmente em crianças menores de um ano, gestantes, idosos, pessoas com outras doenças descompensadas, pessoas iletradas ou com alguma dificuldade de compreender a forma de tomada das medicações (Brasil, 2021).

A medicina tradicional, para nós, Indígenas, é de suma importância: além das plantas medicinais que utilizamos, temos nossas parteiras, nossos rezadores, o pajé e os benzedeiros que cuidam da saúde na comunidade. As plantas medicinais Indígenas que utilizamos para a recuperação da malária são a casca de quina-quina, as folhas de boldo, a raiz de picão, a casca de sucubeira e a raiz de jurubeba, tratamentos feitos após o término da medicação passada pelos profissionais

de saúde. Todos eles são feitos em forma de chá e garrafada, podendo tomar uma vez ao dia, durante 7, 14 e 20 dias – assim se faz a recuperação do fígado e se evita uma recaída de malária. Uma questão relacionada à malária na comunidade, que é vista de forma negativa pelo AIS, é a orientação quanto aos cuidados com a alimentação ao longo do tratamento, pois, quando o paciente é diagnosticado com malária, ele segue uma dieta e deve evitar consumir certos alimentos, além de não poder consumir bebidas que possuem álcool. Frequentemente, há dificuldade com pacientes que não obedecem a esse período de tratamento, fazendo com que ocorram recaídas e que o paciente volte a apresentar a doença e tenha que fazer o tratamento novamente. O problema é que esses pacientes se tornam uma fonte de infecção para os vetores presentes na comunidade e o ciclo de transmissão fica difícil de ser interrompido.

Conclusão

O desafio da vigilância da malária na comunidade Laje inicia-se na própria abordagem da doença. De certa forma, observamos que ocorreu uma naturalização da doença e os profissionais das equipes de saúde, além dos próprios moradores, consideram a Laje um local onde ocorre malária habitualmente. Esse pensamento de que a malária é um problema decorrente do local – e não da falta de ação planejada por parte do serviço de saúde – faz com que os gestores não destinem investimentos e a atenção necessária ao setor de endemias. Com uma infraestrutura deficiente, as ações de prevenção e controle da malária sofrem descontinuidade e ocorrem de maneira fragmentada. Desse modo, permanece o ciclo de transmissão da doença com surtos ocasionais, sem que se avance para seu efetivo controle. Apesar de o DSEI Leste de Roraima ter avançado na prevenção e no controle da doença, observamos que as mudanças de gestão e de conveniada, como ocorreu em 2009, acabam por provocar descontinuidade de ações, possibilitando o aumento de casos da doença.

Apesar das fragilidades do DSEI Leste de Roraima, é possível observar avanços consideráveis nos serviços ofertados à população Indígena, destacando a integração das ações de malária na Atenção Primária, com ótimos resultados em indicadores de detecção ativa, diagnóstico em até 48 horas, tratamento adequado, realização de

LVC e ações de controle vetorial. Os maiores desafios que se impõem ao desenvolvimento de ações no âmbito dos Programas de Controle da Malária são a falta de infraestrutura para o trabalho e a rotatividade da equipe de endemias do DSEI Leste de Roraima, principalmente das equipes de endemias, por não conseguirem executar as ações planejadas de controle vetorial. Isso pode comprometer significativamente a capacidade de resposta do serviço a um surto de malária em determinada localidade. Ressalto, ainda, a falta de capacitação dos agentes Indígenas de saúde, de maneira sistemática e rotineira, para estarem sempre atualizados com as informações a respeito das endemias nas comunidades Indígenas.

Apesar de tudo, temos esperança de dias melhores sobre o controle e a prevenção para o tratamento da malária, na comunidade Laje, e estamos muitos felizes com a nova medicação e a dose da tafenoquina para o tratamento da malária Vivax no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Guia de tratamento da malária no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Relatório Mundial da Malária** – Organização Pan-Americanas de Saúde-OPAS/Organização Mundial de Saúde – OMS, 2016.

BRASIL. **Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica** (Sivep-malaria), 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa de Nacional de Prevenção e Controle da Malária PNCM**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Guia de tratamento da malária no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. **Diário Oficial da União**. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-27-de-5-de-junho-de-2023-488199829>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Território Yanomami e a primeira região do Brasil a receber medicamento para cura da malária**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/territorio-yanomami-e-a-primeira-regiao-do-brasil-a-receber-medicamento-para-cura-da-malaria>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Começa o treinamento para uso da tafenoquina contra malária no Território Yanomami**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/comeca-o-treinamento-para-uso-da-tafenoquina-contra-malaria-no-territorio-yanomami>. Acesso em: 20 mar. 2024.

CONFALONIERI, Ulisses E.C.; MARGONARI, Carina; QUINTÃO, Ana Flávia. Environmental change and the dynamics of parasitic diseases in the Amazon. **Acta Tropica**, v. 129, n. 1, p. 33-41, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Malária**. Disponível em: www.fiocruz.br/media/malaria. Acesso em: 9 abr. 2019.

LOIOLA, Carlos Catão Prates; SILVA, José Cícero Mangabeira da; TAUÍL, Pedro Luiz. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 11, n. 4, p. 235-244, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000400005&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 20 mar. 2024.

MANDULÃO, Giovana *et al.* Projeto Vidas Paralelas Indígena: revelando os povos Macuxi e Wapichana de Roraima. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1097>. Acesso em: 20 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Fundação Nacional do Índio. **Coletânea de documentos da Terra Indígena Tabalascada**. Roraima, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA (SESAU-RR). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima - 2015.** Boa Vista, 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA (SESAU-RR). **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima – 2013.** Boa Vista, 2013.

SIQUEIRA, André *et al.* **Malária na Atenção Básica.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World malaria report 2023.** World Health Organization, 2023.

SIQUEIRA, André *et al.* **Malária na Atenção Primária à Saúde.** ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2020. Acesso em: 8 abr. 2018.





Capítulo 6

A PANDEMIA DECORRENTE DA COVID-19 NA POPULAÇÃO INDÍGENA

KIUSYLENE SOUZA DA SILVA.

Pertencente ao Povo Wapichana,
é graduada em Gestão em Saúde
Coletiva Indígena, pela UFRR.

NAIANE SOUZA DA SILVA.

Pertencente ao Povo Wapichana,
é graduada em Gestão em Saúde
Coletiva Indígena, pela UFRR.

LUCELIA SANTOS SOUSA GOMES.

É mestre em Saúde Coletiva e
professora no Departamento de
Ensino de Graduação do Instituto Fe-
deral de Roraima - Campus Boa Vista.

Introdução

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a elevação do estado de contaminação da Covid-19 para o de pandemia (UNA-SUS, 2020). Na época, a população Indígena, como um dos grupos mais vulneráveis, apresentou uma taxa de mortalidade por Covid-19 aumentada em cerca de 16%, quando comparada à taxa nacional. Em fevereiro de 2021, segundo a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) (2021), foram 49 mil casos confirmados, 162 etnias afetadas e 970 Indígenas mortos. Em paralelo, no estudo de Suárez-Mutis *et al.* (2021, p.35), identifica-se o estudo da Universidade Federal de Pelotas, cujo trabalho revela que “a prevalência da Covid-19 entre a população Indígena urbana equivale a cinco vezes a encontrada na população branca”, podendo esse número ser ainda maior, por não considerar a população Indígena residente no perímetro urbano.

Tal cenário nos trouxe a reflexão sobre a temática abordada neste estudo. Em um primeiro momento, observamos o reduzido número de estudos publicados com abordagem sobre as sequelas da Covid-19 na saúde dos povos Indígenas. Em um segundo momento, notamos estudos mais voltados para explicitar como se deu e como ocorreu o enfrentamento da Covid-19 em território Indígena. Por tal verificação, levantamos a indagação desta pesquisa: Como a Covid-19 afetou os Indígenas durante a pandemia?

Para responder à questão, o presente trabalho estabelece como objetivo geral realizar uma reflexão sobre como se deu o enfrentamento da Covid-19 pela população Indígena, apontando como surgiu a doença e as ações de combate contra o vírus SARS-CoV-2.

Para atender ao proposto, utilizamos a pesquisa bibliográfica, pautada em Cervo, Bervian e Silva (2007), quando explicam que tal abordagem trata-se de uma análise de textos com a finalidade de gerar informações sobre um fato. Mendes *et al.* (2008) contribuem explicitando que esse tipo de pesquisa se pauta na busca, na literatura, pela aglutinação de produções que tenham resultados e reflexos nas práticas cotidianas.

O processo metodológico seguiu com a busca de publicações científicas indexadas nas bases de dados Lilacs e SciELO, com utilização dos descritores “saúde Indígena”, “população Indígena” e “Covid-19”. A etapa seguinte da coleta foi a exclusão de dupli-

cidade pelas bases, as de acesso não gratuito ou que ainda não respondessem à pergunta da pesquisa. Ao final, poucas publicações atenderam aos critérios de elegibilidade. Para atingir os objetivos deste estudo, selecionamos apenas o mínimo possível de trabalhos.

Para aprofundar o conhecimento sobre a Covid-19 e a saúde Indígena, documentos da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) serviram de base para a construção desse documento.

A Organização Mundial da Saúde, em consonância com o Ministério da Saúde (Brasil, 2020), define a Covid-19 como pandemia. O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de Covid-19 em vários países e regiões do mundo. Em paralelo, a Apib (2021) informa que a Covid-19 aumentou as desigualdades em saúde, com maior mortalidade infantil, alta prevalência de doenças de causas evitáveis e, particularmente, com evidências que mostram que as infecções respiratórias agudas apresentam altas taxas de ataque e de internações, com potencial de causar óbitos. Além disso, sabe-se que as doenças infeciosas tendem a se espalhar rapidamente, desestruturando a organização da vida cotidiana e os cuidados com a saúde dos povos Indígenas. No entanto, a grande dificuldade sentida pelas pessoas responsáveis pelo acompanhamento dos casos é a dor da perda de seus parentes diante da velocidade com que o vírus atingiu os povos Indígenas. Lidar diariamente com a morte de pessoas queridas, registrá-las e, ainda assim, implementar estratégias de enfrentamento em um cenário de emergência são tarefas pesadas que afetam os corpos, as mentes e os corações de todas e todos.

Vale ressaltar que, de acordo com a base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) sobre o Brasil Indígena, são mais de 305 povos Indígenas, 274 línguas, além do registro de 114 povos isolados e de recente contato. Segundo o mais recente censo demográfico, realizado em 2010, 896 mil pessoas se declararam ou se consideravam Indígenas no Brasil, sendo 572 mil (63,8%) residentes em áreas rurais. Desse total, 517 mil (57,7%) residiam em Terras Indígenas (TI) oficialmente reconhecidas (IBGE,

2010) – números relevantes para elevar a importância do dado estudo, que se propõe a contribuir para a pesquisa científica sobre a população Indígena e servir de apoio para a construção de políticas públicas que atuem no fortalecimento da assistência à saúde de povos tradicionais¹.

Ante o exposto, este trabalho buscou compreender quais foram as sequelas pós-Covid-19 geradas na população Indígenas e, assim, entender como se deu o também o enfrentamento da doença e quais foram os impactos e possibilidades na assistência à saúde relacionados a doenças existentes na população Indígena.

Este trabalho tem autoria de Kiusylene Silva e Naiane Silva, duas irmãs do mesmo pai (Macuxi) e mãe (Wapichana), declaradas do Povo Wapichana. Kiusylene tem 34 anos, é casada e tem três filhos; e Naiane tem 27 anos, é casada e tem dois filhos. Desde sempre, residem na comunidade Indígena Malacacheta, Região Serra da Lua, no Município de Cantá (RR), e tiveram a oportunidade de realizar, em tempos diferentes, a graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena pela Universidade Federal de Roraima/Insikiran. Recentemente, elas concluíram juntas a pós-graduação pelo Instituto Federal de Roraima.

0 surgimento da Covid-19 nas comunidades Indígenas do Brasil

A pandemia causada pela Covid-19 se deu no mundo a partir do ano de 2019, e, no Brasil, a primeira confirmação foi em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (Oliveira *et al.*, 2020). Na época, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020) declarou pandemia em decorrência do vírus SARS-CoV-2, e a sociedade brasileira começou o enfrentamento da doença, surgiendo, assim, grandes desafios, principalmente para os grupos vulneráveis.

Dentre os grupos de vulnerabilidade, os povos Indígenas foram um dos grupos que mais sofreram com os impactos. O acesso à assistência em saúde nas comunidades foi comprometido com os reflexos do panorama pandêmico.

¹Dados disponíveis em <https://agenciadonoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14262-aci-si-censo-2010-populacao-indigena-e-de-8969-mil-tem-305-enrias-e-fala-274-idiomas#:~:text=Esse%20contingente%20somou%2078%2C9,%2C8%25%20na%C3%A1rea%20n%20ural.>

Em primeiro de abril de 2020, de forma emblemática, foi noticiado pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas o primeiro caso confirmado de Covid-19 em território brasileiro. A primeira Indígena a ter o diagnóstico da Covid-19 foi uma mulher jovem da etnia Kokama, que adquiriu a infecção por contaminação comunitária relacionada ao seu trabalho como Agente Indígena de Saúde (AIS), nas comunidades de Alto Solimões, no estado do Amazonas (Madeiro, 2020).

Historicamente, esses povos, desde a colonização do território brasileiro, apresentaram maior vulnerabilidade ao contágio por vírus respiratórios quando em contato com os colonos europeus (Ferreira, 2020). Isso se vê comprovadamente a partir de dados estatísticos, como explica a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) (2021): a taxa de mortalidade por Covid-19, nas comunidades Indígenas, foi cerca de 16% maior que a taxa nacional. Em fevereiro de 2021, segundo a Apib, foram 49 mil casos confirmados, 162 etnias afetadas e 970 Indígenas mortos.

Com a pandemia de Covid-19, o cenário nacional e internacional em todos os setores se desestabilizou, acarretando ampla discussão para o enfrentamento da doença. No contexto da saúde Indígena, desde o primeiro caso confirmado em seu território, as autoridades sanitárias, as lideranças Indígenas e as entidades indigenistas alertaram o Governo Federal e a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) sobre a inexistência de medidas de combate ao avanço da contaminação em territórios tradicionais nos planos de contingências. No dia 8 de julho, quatro meses após a notificação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, as lideranças Indígenas conseguiram vitória no Supremo Tribunal Federal (STF) e no Congresso Nacional em favor da adoção imediata de ações emergenciais. Por sua vez, o STF determinou que fossem tomadas medidas específicas para conter as invasões em terra Indígena, como a criação de barreiras sanitárias para proteção das comunidades e transmissão de responsabilidades à Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), ligada ao Ministério da Saúde (MS), para atender todos os Indígenas, incluindo os que estavam nas cidades e em terras não demarcadas (Madeiro, 2020).

Com isso, as comunidades Indígenas tiveram mais condições de realizar as medidas de contingência.

O enfrentamento da Covid-19 nas comunidades Indígenas

No início da pandemia da Covid-19, em 2020, pouco se conhecia sobre as formas de prevenção da doença. Enquanto uma vacina não era desenvolvida, as intervenções não farmacológicas foram fundamentais para evitar a disseminação do vírus. Entre as orientações, estavam: distanciamento social, etiqueta respiratória, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados, e quarentena dos casos atestados. (Brasil, 2020).

Suárez-Mutis *et al.* (2021) emitiram um diagnóstico da desigualdade social e da vulnerabilidade dos povos tradicionais no enfrentamento da Covid-19, a partir da fala dos Indígenas em *lives*. Os autores explicam, a partir da análise de uma *live* de agosto de 2020, sobre impactos da pandemia de Covid-19 sobre as populações Indígenas, afirmando que o isolamento social, uma das práticas necessárias para o enfrentamento da pandemia, foi um desafio para os povos tradicionais. Isso se deu tanto por aspectos culturais quanto pela necessidade de ir às cidades para obter recursos financeiros e materiais, como Bolsa Família, Auxílio Emergencial e aposentadorias, além da pressão dos invasores em terras Indígenas, que levaram o vírus aos territórios.

Em outra análise da *live Vulnerabilidades, impactos e o enfrentamento à Covid-19 no contexto dos povos Indígenas*, ocorrida em abril de 2020, os autores explicitaram que as alternativas para fazer chegar os auxílios ou os materiais necessários aos povos tradicionais nas aldeias deveriam ter sido pensadas em articulação com a população do território (Pontes *et al.*, 2020).

Em entrevista com Sonia Guajajara, coordenadora executiva da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), realizada em 2021, Daniela Alarcon e Ana Luiza Pontes concluíram que as consequências da doença foram imensuráveis para os povos tradicionais, apontando para a necessidade de desenvolvimento de estratégias resolutivas para o cuidado dos povos Indígenas, como relatou a entrevistada:

Muitos anciãos, que eram detentores da cultura, morreram, então houve certo enfraquecimento. A pandemia deixou um rastro irreversível – tantas perdas, tantas mortes, tantas dores, e ainda não acabou. Eu acho que agora o impacto tem que ser positivo, por-

que nós temos que repensar a continuidade, inclusive, das relações, da empatia, do cuidado, mas também ampliar a discussão sobre o rompimento desse modelo econômico. Não podemos mais seguir com a destruição da biodiversidade. Se seguirmos assim, outras pandemias virão, porque o desequilíbrio está aumentando cada vez mais, desestruturando toda a biodiversidade, os ecossistemas. Sem contar as mudanças climáticas, que estão cada vez mais crescentes. Nós precisamos trazer isso também como um problema grave, que precisa ser contido agora, para podermos garantir o futuro. É pensar o impacto de todas as perdas, das dores, mas tirar como aprendizado, como lição sobre a mudança de comportamento e de relações para evitarmos outras pragas e pandemias como esta (Guajajara; Alarcon; Pontes, 2022).

Para contribuir com o achado, no artigo *Enfermedad y políticas de atención sanitaria: búsqueda del reconocimiento de la cosmovisión Indígena durante la COVID-19*, Zamudio e Loza (2022) explicaram que o México também apresentou impactos negativos sobre a população Indígena, apresentando, em julho de 2021, o maior número de pessoas Indígenas contaminadas e falecidas em decorrência da Covid-19, impondo ao país a criação de estratégias para o enfrentamento da doença – estratégias que, segundo os autores, apresentaram-se como “incompatíveis com sua cultura e costumes”. O estudo aponta que parte do adoecimento e das mortes desses povos estavam relacionados a doenças preexistentes:

O mês de julho de 2021, em Oaxaca, Yucatán, Cidade do México, Estado do México, Hidalgo ou Puebla, teve o maior número de Indígenas infectados e que morreram de Covid-19, o que também se explica pelas comorbidades que sofrem muitos deles no país, principalmente diabetes e hipertensão. (Zamudio; Loza, 2022, s.p.)

Não obstante, os dados se equiparam a outras localidades. No Brasil, muitos foram a óbito por já serem acometidos por outras patologias, requerendo uma atenção maior no enfrentamento da Covid-19. Suárez-Mutis *et al.* (2021) explicitam que, em território brasileiro, em julho de 2020, ocorreu a emissão de um plano emergencial, com foco na proteção à saúde e às condições social e econômica, com o envolvi-

mento de diversos órgãos do país. No entanto, outros obstáculos não previsíveis surgiram para a população Indígena, como o manejo de cadáveres que expuseram outros problemas sociais que acometiam as comunidades. Os familiares não puderam velar seus entes queridos, impactando no cumprimento dos seus rituais de sepultamento.

Notadamente, a pandemia decorrente da Covid-19 surgiu e se estendeu pelo mundo, expondo ainda mais a vulnerabilidade das populações, em especial dos Indígenas, que ora se viram com as dificuldades do acesso à assistência, ora com os embates contra as suas tradições.

Considerações finais

Este trabalho trouxe situações relacionadas à saúde da população Indígena durante o momento pandêmico da Covid-19. Tal população, caracterizada como um grupo vulnerável, teve várias vidas ceifadas em detrimento da dificuldade no enfrentamento da doença.

Apoiadas pela fala de Guajajara (2021), “a pandemia deixou um rastro irreversível – tantas perdas, tantas mortes, tantas dores, e ainda não acabou”, concordamos que os impactos e todas as sequelas nos deixaram uma lição: a necessidade de efetivar mudanças no cuidado e na assistência aos povos tradicionais, que, em decorrência dos seus “modos de vida” (cultura) demandam atenção especial.

Ao término deste estudo, podemos afirmar que poucos trabalhos científicos foram produzidos apontando as sequelas da Covid-19 sobre a população Indígena, em especial, estudos que correlacionam o impacto sobre a saúde mental e física. Identificamos apenas um trabalho associando a Covid-19 às doenças preexistentes. Portanto, finalizamos com a inquietação da necessidade em saber, após a pandemia da Covid-19, quais sequelas acometeram as diversas populações Indígenas.

Referências

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). **Emergência Indígena.** Brasília: Apib, 2021.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). **Nossa luta é pela vida:** Covid-19 e povos Indígenas, o enfrentamento das violências durante a pandemia. Brasília: Apib, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 18 de julho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 jul. 2020.

CERVO, Amado Luiz; PERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

FERREIRA, Luciane O. **Relatório técnico contendo análise dos protocolos e normativas do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (Sesai/MS) para o enfrentamento do Covid-19 junto aos povos Indígenas**. Cuiabá: Operação Amazônia Nativa, 2020.

GUAJAJARA, Sonia Bone; ALARCON, Daniela Fernandes; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Entrevista com Sonia Guajajara: o movimento Indígena frente à pandemia da covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 11, nov. 2022.

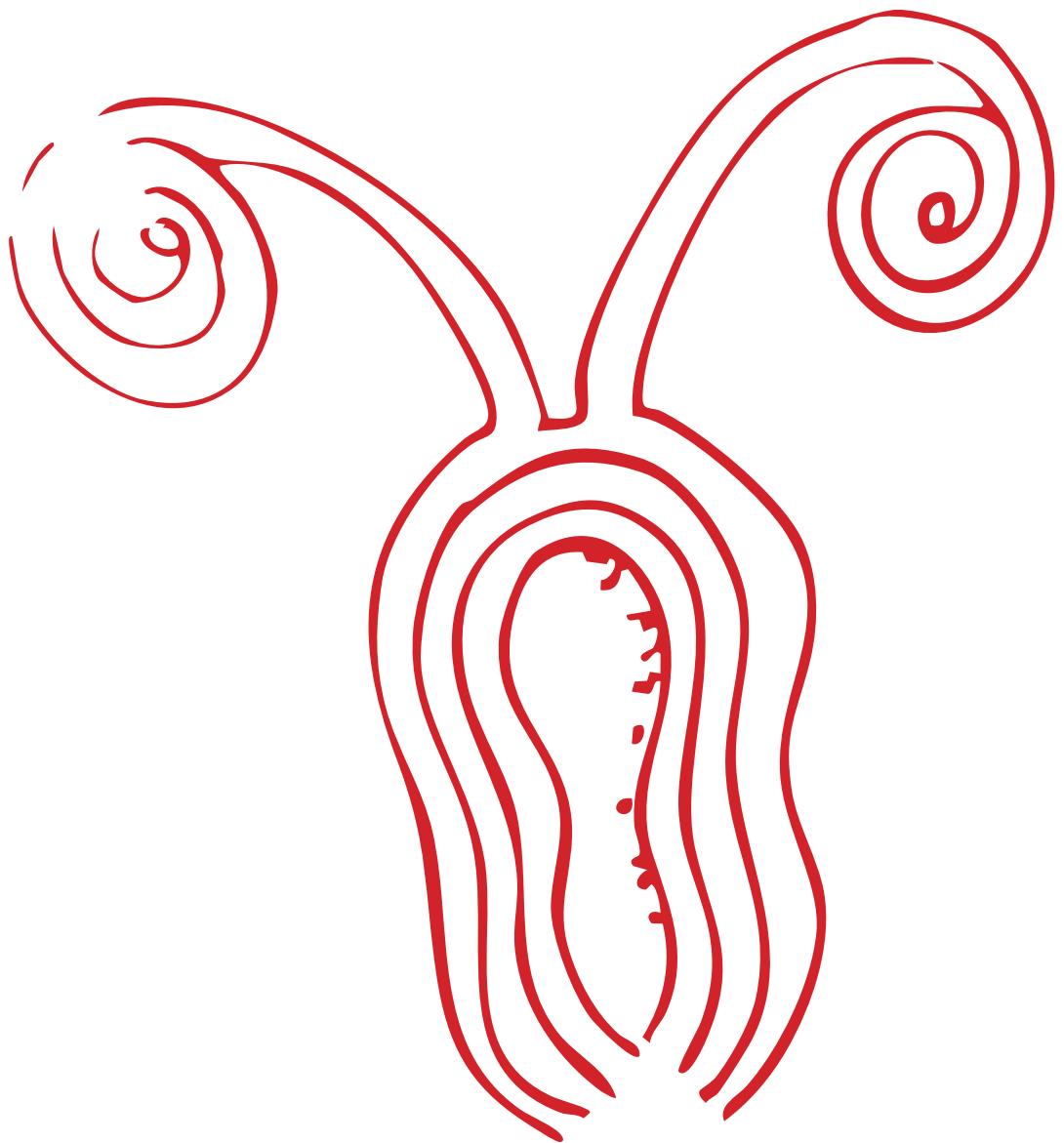
MADEIRO, Carlos. **Curada, primeira Indígena com Covid ajuda seu povo em área crítica no AM**. Colaboração para Ecoa, Maceió, 16 maio 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2020/05/16/primeira-indigena-com-covid-ajuda-povo-kokama-etnia-com-mais-mortes-no-am.htm>?

OLIVEIRA, Roberta Gondim de *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Caderno Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020.

PONTES, Ana Lúcia *et al.* **Vulnerabilidades, impactos e o enfrentamento ao Covid-19 no contexto dos povos Indígenas:** reflexões para a ação. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020. 5p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41196>

SUÁREZ-MUTIS, Martha Cecilia de *et al.* Desigualdade social e vulnerabilidade dos povos Indígenas no enfrentamento da Covid-19: um olhar dos atores nas lives. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n.esp. 2, p-21,42, dez. 2021.

ZAMUDIO, Jorge Valtierra; LOZA, Leonardo Jiménez. Enfermedad y políticas de atención sanitaria: búsqueda del reconocimiento de la cosmovisión Indígena durante la COVID-19. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e3176, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbro/a/B6My86TQDNXJ644CHjQy4Kb/abstract/?lang=es>



UMA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

*desafios e estratégias para o
acesso de mulheres Indígenas
ao exame preventivo de
câncer de colo uterino no DSEI
Leste de Roraima*

JOZIEL DE OLIVEIRA MORAES DA SILVA.

Pertencente ao Povo Macuxi, é analista Administrativo - Logística Aérea, Fluvial e Terrestre no Distrito Sanitário Especial Indígena. É egresso do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena (UFRR) (2018).

ANA PAULA BARBOSA ALVES.

Professora no Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, no Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da UFRR, é mestre em Ciências da Saúde pelo Procisa-UFRR (2013).

KRISTIANE ALVES ARAÚJO.

Professora no Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena (UFRR), é doutora em Biodiversidade e Conservação pela Universidade Estadual do Amazonas (UEA).

Introdução

Há alguns anos, enquanto estava no estágio curricular no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima (DSEI Leste de Roraima), tive acesso ao Relatório Técnico Anual de 2016, e deparei-me com uma evidenciação que merecia atenção, por evidenciar as barreiras e os desafios específicos que contribuíram para o resultado de cobertura de exames de Papanicolau, que estavam abaixo das metas estabelecidas.

Embora desafiadora, eu via essa evidenciação como uma oportunidade valiosa para uma análise crítica dos esforços e para identificar áreas nas quais melhorias são urgentemente necessárias para a revisão e o aprimoramento das estratégias existentes das ações de prevenção de câncer de colo de útero.

Do ponto de vista profissional, entendia o fato como um desafio para a área de planejamento e gestão, para apresentar soluções e novas estratégias para a realização da prevenção do câncer de colo de útero que pudessem trazer melhores resultados. Vale salientar que, no Brasil, deixando de fora os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero ainda está como o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres, sendo que na Região Norte é o segundo.

O câncer cervical é uma neoplasia maligna de notável relevância, atraindo a atenção da comunidade científica, das autoridades médicas e governamentais em diversos países, sobretudo no contexto do Brasil (Campos; Castro; Cavalieri, 2017). No mundo, o câncer de colo uterino (CCU) está em segundo lugar entre os cânceres femininos, só perdendo para a neoplasia mamária (Santos; Silveira; Rezende, 2019).

No Brasil, o CCU é um sério problema de saúde pública, pois acomete principalmente as mulheres em idade reprodutiva, que têm alta mortalidade em razão da realização de um diagnóstico tardio. Nascimento *et al.* (2015) verificaram que existe um longo intervalo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento oncológico das mulheres Indígenas no estado do Pará, com mais de 60 dias, em 60% dos casos, e uma média de 113 dias (mais de três meses). Isso difere do prazo preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, conforme a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, em 23/11/2012, que estabelece um limite de 60 dias para o início do tratamento de câncer pelo Sistema Único de Saúde (SUS) após o diagnóstico

(Brasil, 2012). Conforme Aguiar *et al.* (2016), o diagnóstico de câncer em mulheres Indígenas é frequentemente realizado em estágios mais avançados da doença, resultando em desfechos desfavoráveis.

Vale enfatizar que o CCU apresenta estratégias de prevenção e tem um alto grau de cura em seu estágio inicial, mas geralmente é assintomático e de progressão lenta. A prevenção e o diagnóstico devem ser realizados em período oportuno, sendo o exame citopatológico o procedimento de citologia de colo uterino ideal para detectar as primeiras lesões que surgem, devendo ser realizado no cotidiano da atenção primária (Inca, 2022; Santos; Silveira; Rezende, 2019; Silva *et al.*, 2015).

A prevenção do câncer de colo uterino por meio da vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) é uma estratégia de saúde pública de alta eficácia, mas ainda não plenamente implantada no país. A vacinação contra o HPV tem demonstrado ser efetiva na redução da incidência de infecções pelo vírus, que é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. A imunização é especialmente recomendada para meninas e meninos antes do início da vida sexual, pois a vacina é mais eficaz quando administrada antes da exposição ao vírus. Além disso, a vacinação contra o HPV também contribui para a prevenção de outros tipos de cânceres relacionados ao vírus, como o câncer de ânus, de pênis, de vulva, de vagina e de orofaringe. Portanto, a implementação de programas de vacinação contra o HPV em larga escala é fundamental para a redução da carga de doenças associadas ao vírus e para a promoção da saúde pública (Moura; Teixeira, 2019).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), o CCU é uma das neoplasias mais comuns entre as mulheres na Região Norte do Brasil. O relatório do Inca, de 2022, indica que o CCU ocupa a segunda posição entre os tipos de câncer mais frequentes nessa região, apresentando uma taxa de incidência de 20,48 casos por 100 mil mulheres. Essas estimativas para o ano de 2023 ressaltam a importância de intensificar as estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado do CCU na Região Norte, visando a reduzir sua incidência e mortalidade (Inca, 2022).

Entre as mulheres, o câncer de mama é o tipo mais incidente, após o câncer de pele não melanoma, com uma previsão de 74 mil novos casos por ano até 2025. Nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, como Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o câncer colorretal é o segundo mais comum. Entretanto, nas regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como o Nordeste e Norte, o câncer de colo do útero assume essa posição. Esse panorama destaca a importância de políticas de saúde pública adaptadas às realidades regionais para o combate efetivo dessas neoplasias (Santos *et al.*, 2023).

O estado de Roraima, em particular, apresenta uma incidência de 13,25 casos por 100 mil mulheres. Esses dados alarmantes serviram como motivação para a realização deste trabalho que pudesse esclarecer a seguinte pergunta norteadora: quais são as estratégias e principais dificuldades para adesão da mulher Indígena na realização do exame preventivo do câncer de colo uterino na abrangência do DSEI Leste de Roraima? Desse modo, o objetivo geral deste estudo foi investigar, sob a ótica dos profissionais de saúde, as estratégias empregadas e os principais desafios enfrentados para garantir o acesso das mulheres Indígenas ao exame preventivo de câncer de colo uterino na área de abrangência do DSEI Leste de Roraima.

Por uma saúde Indígena diferenciada: panorama no Brasil

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vinculado ao SUS (SasiSUS) foi criado para garantir a presença constante de prestações de serviços de saúde nas comunidades Indígenas, instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, mais conhecida como Lei Arouca (Brasil, 1999). Assim, em todo o território nacional, a saúde Indígena tem seu processo de trabalho gerenciado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que possuem um modelo de gestão baseado no critério de atenção diferenciada. Oferecem cuidados de atenção primária à saúde, conforme as necessidades sanitárias da maioria dos povos Indígenas, com respeito às características culturais e distribuições de suas terras. Cada DSEI dispõe de uma rede de serviços que engloba um conjunto de unidades sanitárias, em que a prestação de cuidados de saúde é organizada de acordo com diferen-

tes níveis de complexidade técnica das ações ali executadas (Garnelo, 2012).

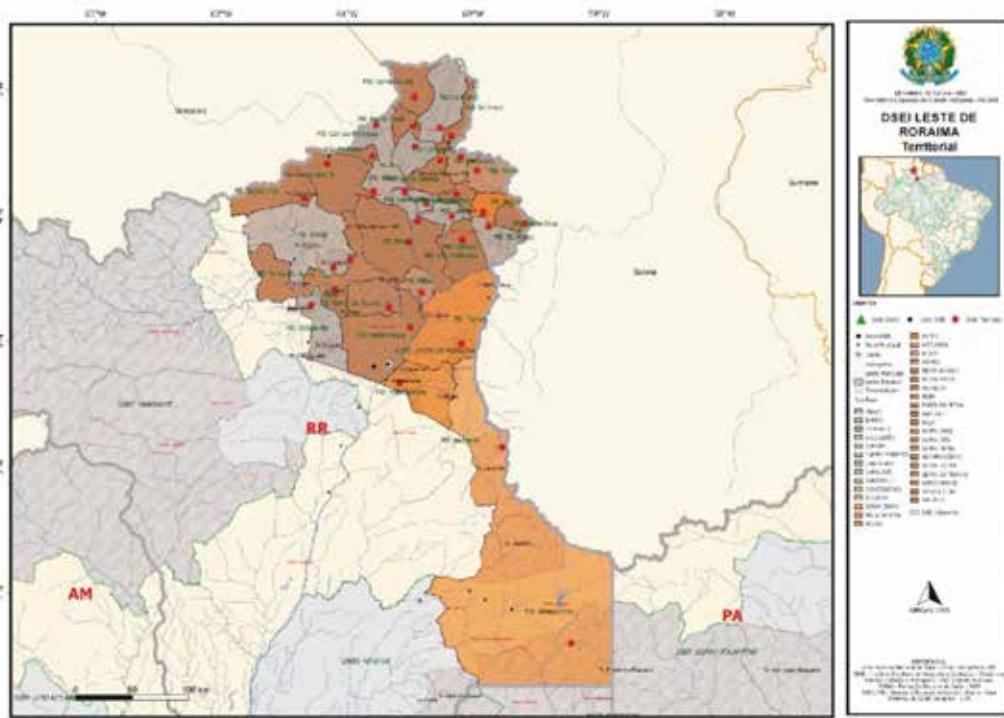
A assistência à saúde dos povos Indígenas é uma grande preocupação para a saúde coletiva no Brasil. Historicamente, as doenças infecciosas foram as causas que quase aniquilaram a maioria dos povos Indígenas e tiveram um papel importante na subjugação desses povos diante do expansionismo ocidental (Alves *et al.*, 2019; Basta; Orellana; Arantes, 2012). Entre os povos Indígenas no Brasil, encontra-se a incidência de doenças infectocontagiosas, infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis e agravos de causa externa (Alves *et al.*, 2019; Malta *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado por Góes *et al.* (2024), a mortalidade por câncer de mama e de colo de útero foi analisada em uma coorte de mais de 20 milhões de mulheres adultas no Brasil, entre os anos de 2004 e 2015, utilizando dados da *Coorte de 100 milhões de brasileiros*, construída pelo Cidacs/Fiocruz Bahia. Os resultados destacaram as desigualdades étnico-raciais na mortalidade por esses tipos de câncer. Observou-se que, de maneira geral, a mortalidade por câncer de colo de útero foi inferior à do câncer de mama durante o período estudado. No entanto, em comparação com mulheres brancas, a mortalidade por câncer de colo de útero foi significativamente maior entre mulheres Indígenas (80%), asiáticas (63%), pardas (27%) e pretas (18%). Quanto ao câncer de mama, mulheres pretas apresentaram uma taxa de mortalidade 10% maior do que mulheres brancas, enquanto pardas e Indígenas tiveram um risco de morte 14% e 37% menor, respectivamente. Esses achados evidenciam a necessidade de políticas de saúde pública voltadas para a redução das desigualdades étnico-raciais no acesso e na qualidade do tratamento do câncer de mama e de colo de útero no Brasil.

Os DSEIs estão difundidos como unidades federadas, satisfazendo os atributos culturais e a repartição das terras Indígenas, bem como os critérios demográficos que colaboraram para a acepção de suas localizações e áreas de abrangência (Garnelo, 2012). Portanto, o estado de Roraima apresenta dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que são o DSEI Leste de Roraima e o DSEI Yanomami.

O DSEI Leste de Roraima, com base nas informações do Plano Distrital de Saúde Indígena do período de 2020 a 2023

Figura 1 – Mapa de Localização Geográfica do DSEI Leste de Roraima



Fonte: Brasil, Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2020b

(Brasil, 2020a), teve como marco inicial para sua elaboração a etapa estadual da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993, tendo sua criação normatizada em 1995, com a Assembleia Geral dos *Tuxauas*. Assim, ficou estabelecida a sua responsabilidade pela atenção primária à saúde dos povos Indígenas Macuxi, Wapichana, Ingarikó, Patamona, Taurepang, Sapará e Wai-Wai, assistindo 342 aldeias com uma população total de 51.797 habitantes e 10.038 famílias Indígenas (Brasil, 2020b).

O DSEI Leste de Roraima, com base nas informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) (Brasil, 2020b), está distribuído em 11 municípios do estado de Roraima: Boa Vista, Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Normandia, Pacaraima, Uiramutã, São João da Baliza, São Luiz do Anauá e Caroebe.

Esse distrito assiste as seguintes etnias: Macuxi, Taurepang, Wai-Wai, Wapichana, Patamona, Ingarikó (Brasil, 2020b; 2016). Está dividido em 11 regiões e 34 polos-base de atendimento, 68 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e dispõe de 258 postos de saúde para atender 316 comunidades e com um total de 47.260 Indígenas.

O modelo organizacional de saúde do DSEI Leste de Roraima está dividido em 34 polos-base e 11 regiões geográficas – Serras, Surumu, Baixo Cotingo, Raposa, Amajari, São Marcos, Tabaião, Murupu, Serra da Lua, Ingarikó e Wai-Wai (Figura 1). Assim esse distrito abrange 32 terras Indígenas legalizadas pelo Estado Nacional, abarcando um território de 11 municípios – Boa Vista, Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Normandia, Pacaraima, Uiramutã, São João da Baliza, São Luís do Anauá e Caroebe –, com uma ampliação territorial de 3.912.959 hectares, disposta geograficamente por metade do estado de Roraima (Brasil, 2020b).

Conforme o modelo do SasiSUS, a equipe de saúde que conforma a EMSI alocada nesse serviço, idealmente situada no interior das terras Indígenas, tem a responsabilidade de oferecer assistência primária à saúde à população sob sua jurisdição. Essa equipe opera em colaboração com os agentes Indígenas de saúde e realiza visitas regulares para atender às necessidades da comunidade Indígena (Garnelo, 2012).

O processo de reestruturação do SasiSUS sempre esteve e está em constantes adequações. É preciso relembrar, como exemplos da diversidade, da complexidade, especificidade e da peculiaridade dos povos Indígenas: o perfil epidemiológico, a cosmologia, a saúde-doença.

Um percurso de pesquisa

A pesquisa foi um estudo de campo de caráter descritivo, adotando uma abordagem exploratória de natureza qualitativa. O estudo desenvolveu-se por meio da condução de entrevistas junto a profissionais de enfermagem e ao responsável técnico do Programa Saúde da Mulher, que atuavam no âmbito do DSEI Leste de Roraima pelo período de 20 de março de 2018 a 21 de maio de 2018. O cenário para essa investigação foi o próprio DSEI Leste de Roraima

O universo amostral da pesquisa compreendeu um total de 94 enfermeiros vinculados ao DSEI Leste de Roraima. Dentre esse contingente, foram selecionados por conveniência, em que foi realizado um convite aos enfermeiros que trabalhavam nos DSEI Leste de Roraima, e sete pessoas aceitaram o convite. Dessas, quatro eram do sexo masculino e três do sexo feminino, todos integrantes da EMSI. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas individualmente e direcionadas por questões previamente estabelecidas, tendo como finalidade a elucidação do problema que norteou a pesquisa e a consecução de seus objetivos estipulados.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, seus nomes reais foram resguardados, adotando-se, em seu lugar, pseudônimos representativos. Todos os participantes eram profissionais de enfermagem com mais de dois anos de experiência no âmbito do DSEI Leste de Roraima e apresentavam idades variando entre 28 e 43 anos. Os pseudônimos adotados para representá-los foram os seguintes: José (31 anos); Mário (42 anos); João (36 anos); Luiz (30 anos); Joana (28 anos); Glória (29 anos); e Joelí (43 anos).

Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR), sob o parecer número 2.534.625 e o CAAE: 82366117.0.0000.5302. Todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual explicita os procedimentos do estudo, seus objetivos, os riscos e benefícios envolvidos. Os resultados advindos das entrevistas foram devidamente compilados e interpretados, resultando na categorização do conteúdo conforme as temáticas mais recorrentes nas falas dos entrevistados.

A partir das entrevistas, foram feitas as transcrições e a interpretação dos dados coletados. Assim, obteve-se a categorização do conteúdo de acordo com as falas mais comuns dos entrevistados, a partir dos temas norteadores da entrevista semiestruturada. Dessa forma, organizamos os resultados com as seguintes temáticas: organização do serviço à saúde da mulher Indígena pelo DSEI Leste de Roraima para oferta do exame preventivo do câncer do colo uterino (PCCU); estratégias utilizadas para promoção de saúde e prevenção do câncer do colo do útero (CCU) e os principais fatores que levam a procurar ou não o PPCCU entre usuárias Indígenas, na visão dos profissionais.

Organização do serviço à saúde da mulher indígena pelo DSEI Leste de Roraima e oferta do exame PCCU

No caso do DSEI LRR, os profissionais de saúde contam com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para garantir a execução de suas atividades, pois eles possuem grandes conhecimentos locais e atuam para mobilizar a comunidade para palestras, ações de educação em saúde, além de sensibilizar mulheres e maridos sobre a importância da realização da coleta de materiais para exame preventivo, auxiliar no planejamento com base na realidade da comunidade e organizar o serviço.

Em algumas comunidades, existem os polos-base e postos de saúde, que são os locais para cadastramento de famílias, realização de outros exames básicos (testes rápidos HIV/AIDS, IST), educação em saúde, ações de campanhas vacinais, entre outros serviços de assistência básica. É também nesses locais que se vai realizar, não exclusivamente, a coleta do exame de Papanicolau das mulheres. Em locais de difícil acesso ou sem estruturas adequadas, outros espaços são usados para as atividades, conforme Joelí (43) relata: “Já coletei até no chão, sobre mesas de cozinha, bancos. O objetivo foi alcançado”.

Posteriormente, o resultado é entregue na própria comunidade. Quanto às alterações no resultado, como NIC I (Baixo grau), o tratamento é feito na atenção básica e, no caso do NIC II e III (Alto grau), é referenciado a especialistas (atenção secundária) para realizar exames de colposcopia e biópsias para confirmação de diagnóstico.

A Responsável Técnica (RT) pelo Programa da Saúde da Mulher entra em contato com o Centro de Referência da Mulher e passa todos os dados, como nº do cartão SUS, RG e data da emissão, e estado civil. Em seguida, o centro de referência faz o agendamento e informa à RT do agendamento para comunicar à usuária Indígena e, feito isso, o enfermeiro que está na área acompanha a mulher nas suas consultas. Caso essa mulher não possa retornar no mesmo dia, é levada para a Casa de Saúde Indígena (Casai Leste) para permanecer durante o seu tratamento. Na contrarreferência, a RT fica responsável pelo acompanhamento de consultas e pelo retorno à comunidade.

Estratégias utilizadas para garantir as ações preventivas do Câncer do Colo do Útero (CCU)

As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para garantir as ações de prevenção do CCU e a realização da coleta do material foram, em sua maioria, descritas como: orientação pela equipe por meio de palestras educativas; realização de vacinas contra o vírus HPV; visitas domiciliares; e reuniões, como podemos observar pela narrativa de Joana (28): “São feitas através da educação em saúde (palestras educativas); as vacinas fornecidas também (HPV para meninas e meninos); o exame de preventivo (que não deixa de ser uma prevenção), o uso de preservativos”.

E observamos também pela narrativa de Mário (42):

[...] educação em saúde, palestra, orientação, a gente dá. E visto também que o governo federal lançou um calendário nacional da questão do outubro rosa, então no outubro rosa a gente paralisa outras atividades e tem dado mais atenção nessa questão do câncer do colo do útero. Onde a gente faz reuniões e palestras, a gente reúne todas as mulheres e fala da problemática, de como é a doença.

Dificuldades para a garantia da adesão das mulheres na coleta do exame preventivo

Na percepção da maioria dos(as) enfermeiros(as) das EMSI do DSEI Leste de Roraima, existem várias questões que permeiam diversos povos Indígenas e revelam uma pluralidade de opiniões críticas quanto ao exame preventivo do câncer de colo uterino. O principal fator referido para a não realização do exame seria que a maioria das mulheres Indígenas não se sente à vontade para realizar o preventivo com profissionais enfermeiros dos sexo masculino.

Uma das barreiras que a gente encontra é a questão do profissional do sexo masculino, mas isso está sendo quebrado. Muitas das vezes, as mulheres não costumam fazer esses exames por causa do marido, mas a gente passa as orientações direitinho na comunidade e mostra que é importante fazer. Mesmo que não

faça com um profissional do sexo masculino, que faça com a profissional do sexo feminino (Mário, 42).

O segundo fator seria a falta de conhecimentos adequados a respeito da prevenção e da realização do preventivo, como comenta José (31): “Ainda hoje, existe a falta de informação em alguns lugares, mas isso diminuiu bastante. No entanto, a resistência ainda permanece por conta da dificuldade do marido em deixar sua esposa realizar o exame devido à forma com que ele é feito”. Joeli (43) reforça a questão: “Medo, falta de conhecimento, poucas informações repassadas à cliente, falta de vínculo, confiança”. E Mário (42) comenta:

É orientação! Falta orientar essas pacientes, essas mulheres, de que é preciso fazer esse exame. A questão da educação em saúde dentro das comunidades Indígenas é muito importante, então esse profissional tem que estar junto, passando para as pacientes informações, pois ele é uma pessoa qualificada e está ali pra ajudar essas pessoas.

O terceiro fator seria a falta de insumos e de local adequado para a realização do exame. No entanto, quanto ao que tem levado as mulheres procurarem as equipes para realizar os preventivos do ponto de vista dos profissionais, os comentários foram: “Muitas já sabem os riscos que podem levar quando não realizam o exame do preventivo” (José, 31) e “A maioria das pacientes só procuram quando apresentam algum sinal ou sintoma que as incomoda muito” (Glória, 29).

É crucial que os profissionais de saúde designados para atender as populações Indígenas adquiram um profundo entendimento das características específicas desses grupos em termos culturais, epidemiológicos e geográficos. Além disso, é fundamental que compreendam a estrutura e o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), um modelo especializado de organização dos serviços de atenção básica inserido no âmbito do SUS (Brasil, 2002; Brasil, 1999). No entanto, a mera capacitação acadêmica não é suficiente; a experiência prática desempenha um papel igualmente importante. Portanto, para efetivamente atender às necessidades das comunidades Indígenas, os profissionais devem combinar seu conhecimento teórico com a vivência e a compreensão das

nuances culturais e das condições geográficas desafiadoras que frequentemente caracterizam essas regiões.

A prevenção do câncer de colo uterino entre as mulheres Indígenas no Brasil é uma questão de saúde pública que demanda atenção especial devido às especificidades culturais e geográficas dessas populações. Faz-se necessário pensar em estratégias e desafios a serem enfrentados nos serviços de saúde Indígena (Borges *et al.*, 2019).

O empoderamento das mulheres Indígenas, por meio de programas educacionais em saúde sobre a importância da prevenção do câncer de colo uterino, bem como sobre os métodos de rastreamento, pode ser uma estratégia eficaz. A abordagem deve levar em consideração as características culturais, de relação de gênero e linguísticas, e deve envolver os líderes comunitários, as mulheres e seus companheiros Indígenas (Souza *et al.*, 2020; Garnelo; Sampaio; Pontes, 2019). É fundamental garantir o acesso adequado a exames de Papanicolau e vacinação contra o HPV, incluindo a oferta desses serviços em áreas remotas por meio de equipes de saúde móveis (Diniz; Oliveira; Oliveira, 2021).

A integração entre os serviços de saúde Indígena e o sistema de saúde público é crucial para garantir a continuidade do cuidado, incluindo rastreamento, diagnóstico e tratamento (Aguiar *et al.*, 2016; Nascimento *et al.*, 2015; Fonseca *et al.*, 2014). Para isso, se faz necessário capacitar profissionais de saúde que atendam as populações Indígenas para conduzir exames de Papanicolau e sensibilizar as usuárias sobre a importância da prevenção (Souza *et al.*, 2020; Garnelo; Sampaio; Pontes, 2019; Thum *et al.*, 2009).

Entre os desafios a serem superados, destaca-se a complexidade geográfica, pois muitas comunidades Indígenas vivem em áreas remotas, de difícil acesso. Garantir que os serviços de prevenção cheguem a essas áreas é um desafio significativo. As diferentes etnias Indígenas têm as próprias crenças e práticas culturais. É fundamental respeitar e adaptar as estratégias de prevenção a essas diversidades.

Diversos estudos demonstram que a cobertura de exames de Papanicolau entre as mulheres Indígenas é baixa. Isso está relacionado à falta de acesso ao procedimento, à falta de oferta de ações de educação em saúde e às diferenças culturais. Outro problema a ser superado é a subnotificação de casos de câncer de colo uterino entre as populações Indígenas, o que torna difícil avaliar a real magnitude do problema e a eficácia das estratégias

de prevenção (Borges *et al.*, 2019; Aguiar, 2016; Fonseca *et al.*, 2015; Fonseca *et al.*, 2014).

As desigualdades sociais e econômicas enfrentadas pelas populações Indígenas também influenciam a saúde. Melhorar o acesso à educação, ao saneamento básico e a condições de vida pode ser um passo importante na prevenção do câncer de colo uterino (Cunha *et al.*, 2021). Segundo o estudo de Nascimento *et al.* (2015), a maioria dos casos de câncer do colo do útero entre Indígenas atendidas no Hospital Ophir Loyola (HOL) ocorreu em mulheres com idades entre 60 e 69 anos, com baixa escolaridade, corroborando que a falta de acesso a uma educação adequada pode ser um fator de risco ao CCU entre essas mulheres.

A prevenção do câncer de colo uterino entre as mulheres Indígenas no Brasil requer a implementação de estratégias adaptadas à sua realidade específica, respeitando a diversidade cultural e superando desafios logísticos e sociais. A colaboração entre os serviços de saúde Indígena, o sistema público de saúde e as próprias comunidades é fundamental para o sucesso dessas estratégias. Além disso, a pesquisa contínua e a coleta de dados precisos são essenciais para avaliar o impacto das intervenções para garantir a eficácia das ações de prevenção.

Considerações finais

Tornam-se imperativos um escrutínio detalhado e uma constante avaliação da atuação das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), uma vez que subsiste uma demanda inadiável por atenção à saúde que compreenda e respeite os valores culturais, a estrutura social, política e econômica, bem como a medicina tradicional dessas comunidades específicas, incorporando, igualmente, suas perspectivas sobre saúde, doença e cuidados.

Os principais desafios enfrentados, segundo a EMSI, residem em diferenças culturais e de relações de gênero, como, por exemplo, a falta de conhecimento das mulheres e dos homens Indígenas a respeito do exame preventivo e do próprio câncer de colo do útero, bem como seu tratamento. Isso realça a necessidade de aprimorar as estratégias de sensibili-

zação já implementadas, como rodas de conversa e palestras, e de abordar o tema de modo a não excluir os companheiros da ação, fortalecendo vínculos e transmitindo confiança, mesmo quando o profissional de saúde é do sexo masculino.

Acredita-se que esta pesquisa possa fornecer subsídios para a otimização e a adequação das estratégias no âmbito do DSEI Leste de Roraima, sobretudo no que concerne ao planejamento do programa de saúde da mulher. O estudo foi direcionado com vistas a destacar a importância da cobertura do exame preventivo de câncer de colo do útero no DSEI Leste de Roraima e, acima de tudo, para divulgar a realidade da saúde das mulheres Indígenas no estado de Roraima, estimulando, assim, futuras investigações voltadas para a prevenção do câncer de colo do útero junto a essa população específica.

Referências

ALVES, Ana Paula Barbosa *et al.* Doenças e agravos mais prevalentes em uma comunidade Indígena em Boa Vista (RR): relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, p. e673, 18 jul. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/673>. Acesso em: 24 out. 2023.

AGUIAR JR, Pedro Nazareth *et al.* Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações Indígenas brasileiras. **Einstein**, v. 14, n. 3, p. 330-337, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/TVJRLxjTCKvCQV7KncQctfg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2023.

BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos Indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. Brasília: MEC-Secadi, 2012, p. 60-106.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira *et al.* Mortalidade por câncer em populações Indígenas no Estado do Acre, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. e00143818, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fPQhZqRTkLZwRQxyQMxVPN-x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami. **Plano Distrital de Saúde Indígena do período de 2020 a 2023**. Boa Vista-RR, 2020a.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena – Leste Roraima. **Análise do Plano Distrital de Saúde Indígena – 2020 a 2023.** Roraima, 2020b.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima. **Relatório Técnico Anual - janeiro a dezembro de 2016.** Boa Vista – RR, 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, publicada no Diário Oficial da União, em 23/11/2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 2002. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/9836.htm. Acesso em: 4 mar. 2017.

CAMPOS, Edemilson Antunes de; CASTRO, Lidiane Mello de; CAVALIERI, Francine Even de Sousa. Uma doença da mulher: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 385-396, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Grn5xvCSRDKhS3F3XYd63x/>. Acesso em: 24 out. 2023.

CUNHA, Amanda Guimarães *et al.* Exame Papanicolau e saúde da mulher: importância da promoção da prevenção do câncer de colo do útero. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. I.], v. 3, p. e33310312818, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.12818. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/12818>. Acesso em: 24 out. 2023.

DINIZ, Danielly Soares; OLIVEIRA, Raissa Karla de Araújo; OLIVEIRA, Ana Emilia Araújo de. **O diálogo na abordagem preventiva ao exame das mamas e citopatológico:** relato de experiência. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_62_2021.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

FONSECA, Allex Jardim da *et al.* HPV Infection and Cervical Screening in Socially Isolated Indigenous Women Inhabitants of the Amazonian Rainforest. **PLOS ONE**, v. 10, n. 7, p. e0133635, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133635>. Acesso em: 24 out. 2023.

FONSECA, Allex Jardim da *et al.* Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 60, n. 2, p. 101–108, 2014. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/473>. Acesso em: 24 out. 2023.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully de Souza; PONTES, Ana Lúcia. **Atenção diferenciada:** a formação técnica de agentes Indígenas de saúde do Alto Rio Negro [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019, 163 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080115>. Acesso em: 23 out. 2023.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In. GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde Indígena:** uma introdução tema. Brasília: MEC-Secadi, 2012, p. 18-58.

GÓES, Emanuelle Freitas *et al.* A interseção de raça/etnia e status socioeconômico: desigualdades na mortalidade por câncer de mama e colo do útero em 20.665.005 mulheres adultas da Coorte dos 100 Milhões de Brasileiras. **Etnia e Saúde**, v. 29, n. 1, p. 46–61, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13557858.2023.2245183>. Acesso em: 06 abr. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2023:** incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 24 out. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, p. 4s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHs>.

NwMRNFxDHZ4NmrD9n/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 out. 2023.

MOURA, Ana Brígida Ferreira; TEIXEIRA, Andréa Bessa. Avaliação do conhecimento e adesão de estudantes à vacina HPV em uma escola pública no interior do Ceará. **Cadernos ESP**, Fortaleza-CE, Brasil, v. 13, n. 1, p. 67-74, 2019. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/170>. Acesso em: 6 abr. 2024.

NASCIMENTO, Elíude Rodrigues do *et al.* Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 11, n. 39, jan./fev./mar. 2015, p. 12-18. Disponível em: <https://www.shoc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/39/artigo1.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

SANTOS, Marceli de Oliveira *et al.* Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Câncerolog**, v. 69, n. 1, e-3700, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700/2644>. Acesso em: 24 out. 2023.

SILVA, Márcia Aparecida dos Santos *et al.* Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. **Revista Rene**, v. 16, n. 4, p. 532-539, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14463/1/2015_art_massilva.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

SOUZA, Antônio Tiago da Silva *et al.* Educação em saúde para mulheres Indígenas sobre cânceres de mama e de colo uterino. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 33, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.10740. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/10740>. Acesso em: 24 out. 2023.

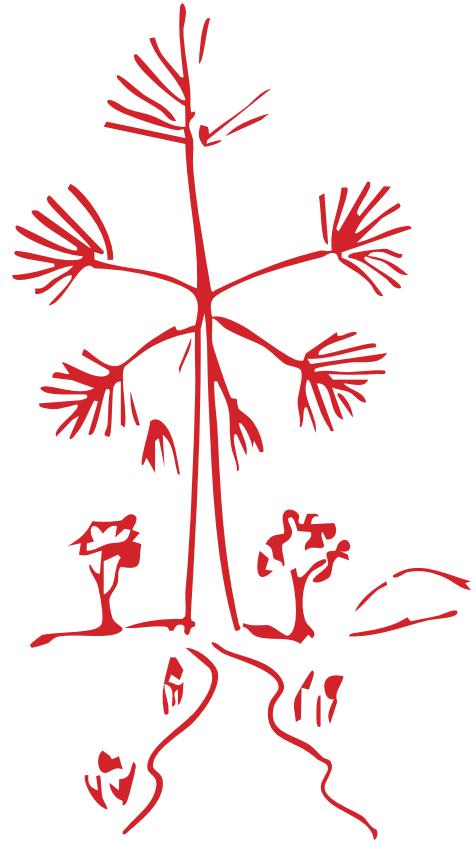
THUM, Magali *et al.* **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, p. 509-516, 18 de março de 2009. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6659>. Acesso em: 24 out. 2023.



PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATUAÇÃO DOS GESTORES EM SAÚDE COLETIVA INDÍGENA







Capítulo 8

SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS INDÍGENAS:

*relatos e vivências de
especialistas Indígenas*

ANAINA FELICIANA OLIVEIRA DE SOUZA.

Pertencente ao Povo Wapichana, da região Serra da Lua, no Município de Bonfim (RR), é filha de Geraldo de Souza e Dalva Oliveira de Souza. Graduou-se em Gestão em Saúde Coletiva Indígena pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Atualmente, trabalha na Casa de Saúde Indígena Yanomami, nas atividades de prevenção, promoção e vigilância epidemiológica para a saúde do Povo Indígena Yanomami.

ARNIELI CECÍLIA VIRIATOS DOS SANTOS.

Pertencente ao Povo Macuxi, da comunidade Boqueirão, no Município de Alto Alegre (RR), tem duas filhas e um filho, e é filha de Cleonides da Silva Viriato, Indígena da etnia Macuxi, e Arnaldo dos Santos, não Indígena. É graduada em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima (UFRR).

“Tudo na terra tem um propósito,
cada doença uma erva para curar,
cada pessoa uma missão a cumprir...”
(Christine Quintasket – Indígena Sahsh)

Para os povos Indígenas, a interpretação e o manejo de cuidados em saúde são bem mais amplos que no modelo ocidental/biomédico, pois perpassam questões de conhecimento prático que abrangem respeito e crença nas tradições, na organização social e nas relações com os pares e com o território. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer os saberes e práticas da medicina tradicional Indígena na perspectiva de alguns especialistas Indígenas, considerando que esse lugar de saber deve ser visibilizado e potencializado.

No decorrer da pesquisa sobre Saberes e Práticas da Medicina Tradicional Indígena, a equipe de pesquisadores encontrou-se diante de um cenário imprevisível e desafiador. A pandemia global de Covid-19, com suas implicações diretas na mobilidade e na interação humana, significava a mudança de abordagens tradicionais de coleta de dados – que, por envolver interações cara a cara, precisavam ser drasticamente adaptadas. Originalmente, havia a intenção de realizar viagens de campo, permitindo uma imersão nas comunidades Indígenas, uma experiência valiosa que possibilitaria a coleta de dados em primeira mão. Esse método, frequentemente usado em pesquisas antropológicas e sociais, permite aos pesquisadores uma compreensão mais profunda dos contextos culturais e sociais de seus sujeitos de estudo.

No entanto, as restrições de viagem e os riscos à saúde associados à pandemia tornaram isso inviável. Confrontadas com esse desafio, tivemos que improvisar e nos adaptar rapidamente: em vez de encontros presenciais, recorremos às tecnologias disponíveis, e WhatsApp, videochamadas e outras plataformas digitais tornaram-se as principais ferramentas de comunicação. A princípio, havia preocupações sobre até que ponto a qualidade da pesquisa poderia ser comprometida, pois a falta de interação direta poderia limitar a profundidade e a nuance das informações coletadas.

No entanto, com o tempo, começou-se a perceber que as interações mediadas pela tecnologia também tinham suas vantagens. Por exemplo, o uso de videochamadas permitia o acesso

a interlocutores de regiões remotas, que não poderiam ter sido incluídos no estudo de outra forma. Além disso, a comunicação virtual proporcionou certo nível de conforto aos participantes, permitindo-lhes compartilhar suas histórias e experiências em um ambiente familiar. Em vez de simplesmente solicitar informações, a equipe pediu aos interlocutores que compartilhassem suas narrativas autobiográficas, oferecendo uma perspectiva pessoal sobre a medicina Indígena. Esse método emergiu como uma abordagem poderosa, pois as histórias contadas eram ricas em subjetividade, emoção e contexto. Muitos interlocutores falaram não apenas sobre as práticas medicinais, mas também sobre sua conexão com a terra, as tradições passadas através das gerações e os desafios contemporâneos enfrentados por suas comunidades. Em retrospecto, enquanto a pandemia trouxe desafios inegáveis, também forçou a exploração de novas abordagens metodológicas que, de certa forma, enriqueceram a pesquisa. A resiliência e a adaptabilidade demonstradas reforçam a ideia de que, mesmo diante de adversidades, a pesquisa pode prosperar e revelar *insights* valiosos.

A discussão sobre a Medicina Tradicional Indígena foi marcada pela participação de distintos especialistas. Cada um com sua perspectiva única sobre o tema, os interlocutores (1) e (2) trouxeram à tona aspectos cruciais da medicina tradicional Indígena e de suas filosofias subjacentes.

A interlocutora (1), dotada de uma sabedoria ancestral e de vivência nas tradições de cura de seu povo, introduziu uma ideia fascinante: a de que a habilidade de ser pajé não é simplesmente adquirida ou aprendida, mas é um dom com o qual alguém nasce. Ela acredita que esse chamado espiritual é uma conexão especial com as forças da natureza e com os antepassados, permitindo ao pajé ser um canal entre o mundo físico e o espiritual. Ela argumenta que esse dom é uma responsabilidade, pois exige que o pajé entenda e respeite os saberes passados através das gerações e saiba como aplicá-los de maneira adequada. O interlocutor (2), com sua análise reflexiva e profunda, contrastou dois modelos de conhecimento amplamente distintos. O primeiro, oriundo do Ocidente, é um modelo estruturado principalmente na escrita e na documentação, que prioriza uma abordagem científica e biológica do corpo humano, muitas vezes desvinculada de

aspectos culturais ou espirituais. Ele observou que, nesse modelo, o corpo é frequentemente visto como uma máquina, a ser “consertada” quando algo não funciona bem. Em contraste, o modelo Indígena, como explica o interlocutor (2), é profundamente enraizado na oralidade. As histórias, lições e os saberes são transmitidos de geração em geração através de contos, canções e rituais. Esse modelo vê o corpo não apenas como uma entidade biológica, mas como uma extensão do ambiente, conectado ao mundo ao seu redor e influenciado por ele. Para os povos Indígenas, a saúde não é apenas a ausência de doença; é um equilíbrio holístico entre corpo, mente, espírito e natureza. O interlocutor (2) também trouxe à tona uma técnica de cura particularmente intrigante: o “Basesé”. Ele descreveu essa prática como algo quase mágico, em que o curandeiro, por meio da força da palavra e da intenção, é capaz de invocar e direcionar substâncias curativas. Essa habilidade não se refere apenas ao uso verbal, mas também à energia e à intenção por trás das palavras, uma demonstração da profundidade do entendimento Indígena sobre a interação entre linguagem, pensamento e realidade.

O interlocutor (3), com sua visão crítica e perspicaz, trouxe uma abordagem diferenciada para a discussão sobre a medicina tradicional Indígena. Ele levantou preocupações sobre a nomenclatura “tradicional”, salientando que, embora essa terminologia possa parecer inofensiva ou até respeitosa, à primeira vista, muitas vezes carrega consigo nuances e conotações que podem ser prejudiciais.

Para o interlocutor (3), o termo “tradicional” pode ser interpretado como algo antiquado ou estagnado no tempo, como se o conhecimento Indígena fosse uma relíquia do passado e não uma prática viva e dinâmica que evolui e se adapta às mudanças da sociedade e do meio ambiente. Ele argumentou que, ao se referir à medicina Indígena como “tradicional”, cria-se inadvertidamente uma comparação com a medicina ocidental moderna, que, muitas vezes, é vista como “avançada” ou “científica”. Essa dicotomia pode estabelecer uma hierarquia implícita, na qual a medicina Indígena é vista como inferior ou menos válida.

O interlocutor (3) também mencionou que a utilização de tais termos por pesquisadores e acadêmicos externos pode ser problemática, já que muitos desses profissionais não possuem uma compreensão profunda e autêntica das culturas Indígenas. Ele destacou a importância da autodeterminação Indígena na maneira

ra como seu conhecimento e suas práticas são descritos e representados. Em vez de serem objetos de estudo, os povos Indígenas devem ser vistos como parceiros colaborativos, detentores e guardiões de um vasto corpo de conhecimento.

Adicionalmente, o interlocutor (3) refletiu sobre a maneira como a medicina Indígena é frequentemente exotizada ou romantizada, reforçando estereótipos e mal-entendidos. Ele defendeu uma abordagem mais equilibrada e respeitosa, na qual o conhecimento Indígena é valorizado não apenas por sua antiguidade, mas por sua relevância contemporânea, sua eficácia e sua conexão profunda com a Terra e o cosmos. Para o interlocutor (3), é crucial que a sociedade, em geral, reconheça e respeite a medicina Indígena como um sistema válido e valioso por si só e não apenas em relação à medicina ocidental.

A pesquisa se preocupou em destacar a profundidade e a riqueza do entendimento Indígena sobre saúde, cura e o corpo, ressaltando a necessidade de reconhecer e valorizar esses saberes, sem impor categorizações redutivas. A possibilidade de tal condição só aconteceu porque o corpo de pesquisa deixou de lado os rótulos e se abriu para o horizonte de novas esperanças e expectativas curativas.

Em meio ao turbilhão causado pela pandemia, o caráter resiliente da pesquisa mostrou-se mais uma vez. Pesquisadores e acadêmicos, tradicionalmente habituados a mergulhar fisicamente em suas áreas de estudo, foram forçados a romper barreiras metodológicas. A tecnologia, muitas vezes vista apenas como um complemento às práticas tradicionais de pesquisa, emergiu como uma linha vital, conectando mundos e mantendo vivas as chamas do conhecimento.

Era contra esse pano de fundo que a voz do interlocutor (3) ressoava. Ao se opor ao termo “tradicional”, ele não estava apenas se concentrando em terminologias, mas também destacando um legado muitas vezes esquecido. Para ele, a Amazônia é um caleidoscópio de histórias em que cada sussurro do vento e cada murmúrio da água contam os contos das gerações que vieram antes. Ele destacou como os Sateré-Maué utilizam a complexa policultura, garantindo que cada planta, desde o guaraná até a menor erva, seja usada, respeitada e protegida.

O interlocutor (4), com sua energia inesgotável, é a personificação da continuidade. Suas aventuras em busca de

conhecimento o levaram a terras distantes e a interações com curandeiros de diversas culturas. Ele falou sobre uma vez em que, sob a orientação de um botânico não Indígena, aprendeu a extração mais eficiente dos componentes medicinais de uma planta, sem perder sua essência sagrada. Para o interlocutor (4), o aprendizado não conhece fronteiras, e o antigo pode coexistir harmoniosamente com o novo.

As histórias entrelaçadas do interlocutor (3) e do interlocutor (4) revelam a rica tapeçaria da medicina tradicional Indígena. No entanto, o que também se destaca é a interconexão. Cada planta, cada ritual e cada prática são uma parte intrínseca do todo, e é esse entendimento holístico que os povos Indígenas têm defendido há séculos.

Nesse contexto, o chamado deles é mais do que uma solicitação para valorizar o conhecimento Indígena. É um lembrete de que, em um mundo cada vez mais fragmentado, há sabedoria em olhar para tradições que celebram a unidade, a interdependência e o respeito pela Mãe Terra. Seus ensinamentos não são apenas para preservação, mas também são essenciais para forjar um futuro em que o homem e a natureza coexistem em harmonia.

A conversa trouxe à tona nuances significativas do universo Indígena, tanto nas tradições que definem sua identidade quanto nos esforços modernos para garantir sua sobrevivência e sua prosperidade em um mundo em rápida evolução.

A interlocutora (1), com sua perspicácia aguçada, destacou que a inserção dos Indígenas no ensino superior não apenas propiciou uma plataforma para eles expressarem suas tradições e seus saberes, mas também incentivou a juventude Indígena a reavaliar e reconectar-se com as próprias raízes. Esses encontros entre diferentes pajés, conforme observado por ela, não só serviram para reforçar e refinar técnicas ancestrais, mas também para tecer uma rede de solidariedade e apoio mútuo.

A intervenção do interlocutor (2) adicionou uma camada crítica à discussão, ao abordar a histórica e muitas vezes tensa relação entre os Indígenas e as missões religiosas. Ele salientou que os sistemas de crenças Indígenas não podem ser encaixados nas noções ocidentais de religião. Seu argumento desafiou a tendência de enquadrar as práticas Indígenas sob lentes ocidentais, rotulando-as como “mitologia” ou “curandeirismo”. O interlocutor (2) defende uma interação mais profunda e autêntica, que vai além das etiquetas e busca entender a essência dessas tradições.

O interlocutor (3), trabalhando no Centro de Medicina Indígena, trouxe uma perspectiva pragmática à mesa. Ele delineou o meticoloso processo que os pajés sequem, desde a identificação de uma planta até a sua transformação em remédio. Ele também lançou luz sobre a relevância do Povo Apurinã, enfatizando como, sob a supervisão do interlocutor (4), a comunidade se tornou um bastião na produção de remédios tradicionais.

O interlocutor (4), por sua vez, é o epítome do equilíbrio entre tradição e inovação. Ele não só se dedica ao processo artesanal de confecção de remédios, mas também entende a importância da padronização e do controle de qualidade. Ele descreveu o labor intensivo, a observação cuidadosa e as orações que acompanham a preparação de cada medicamento, assegurando sua eficácia e sua segurança.

Concluindo, a tapeçaria rica e multifacetada da medicina tradicional Indígena, conforme discutida pelos interlocutores, revela-se como uma confluência de conhecimentos ancestrais e adaptabilidade moderna. É um testemunho de como práticas milenares, quando nutridas e protegidas, podem florescer e oferecer soluções inestimáveis mesmo nos tempos atuais.

A interlocutora (1), o interlocutor (2), o interlocutor (3) e o interlocutor (4) representam vozes significativas na intersecção de mundos distintos: a vasta e milenar sabedoria Indígena e o precisamente calibrado conhecimento médico ocidental.

A interlocutora (1), com sua visão sábia e equilibrada, reconhece os avanços da medicina ocidental e sua capacidade de tratar problemas específicos, como condições que requerem intervenções cirúrgicas. No entanto, ela também visualiza um futuro em que os hospitais não sejam meramente dominados por brancos jalecos e equipamentos avançados, mas também pelos coloridos mantos dos pajés, cuja presença poderia fornecer cura espiritual e conforto. Ela imagina um ambiente de cura híbrido, no qual as práticas medicinais se entrelaçam de forma harmoniosa.

O interlocutor (2), com sua paixão inabalável, defende a medicina tradicional Indígena, lamentando a simplificação e, em muitos casos, a ridicularização dessa pela medicina ocidental. Ele anseia por um reconhecimento mais profundo das ricas tradições que sua cultura sustenta, longe de reduções simplis-

tas a “garrafadas” ou “chás”. Sua voz clama pela preservação e pela valorização da rica tapeçaria de saberes ancestrais.

O interlocutor (3), trazendo uma visão mais filosófica, lança luz sobre a compreensão holística da medicina tradicional Indígena que não só trata do corpo, mas também da alma, do espírito e do ambiente em que vivemos. Ele contrasta isso com a abordagem da medicina ocidental que, por vezes, se torna estreitamente focada na biologia, deixando de lado aspectos vitais da experiência humana. O interlocutor (3) propõe uma expansão do olhar da medicina ocidental, um mergulho mais profundo na essência da cura.

Já o interlocutor (4), com uma veia pragmática, sublinha o imenso potencial contido nas riquezas naturais da Amazônia. Ele enxerga os vastos campos de ervas e as densas florestas como bibliotecas vivas, prontas para serem descobertas e utilizadas tanto pela medicina tradicional Indígena quanto pela ocidental. O coro unificado dessas vozes sugere uma fusão promissora das duas medicinas, que transcenda barreiras e preconceitos. Eles vislumbram um futuro em que a cura seja uma jornada compartilhada, em que o moderno e o ancestral se unam em harmonia para o bem-estar da humanidade.

A interlocutora (1), com sua vasta experiência e sua dedicação ao mundo da medicina tradicional Indígena, tornou-se uma referência em seu campo. É emblemático que, depois de tanto tempo, sua *expertise* tenha sido finalmente reconhecida e valorizada. Sua clínica é um testemunho tangível disso. O fluxo constante de pacientes, vindos de cantos distantes do país e até mesmo do exterior, reflete não apenas a eficácia de seu tratamento, mas também a crescente conscientização sobre os benefícios da medicina Indígena. Muitos desses pacientes, depois de experimentarem os limites da medicina ocidental, encontram alívio e cura nas mãos habilidosas da interlocutora (1).

O interlocutor (2), com sua devoção inabalável à tradição, mantém-se fiel às práticas ancestrais de cura. O respeito que tem pelo seu pai, um pajé, é evidente. Sua insatisfação com a sociedade é compreensível, dada a dicotomia observada em relação à medicina tradicional: enquanto práticas de cura orientais, como acupuntura, foram assimiladas e incorporadas ao SUS, a medicina tradicional Indígena, com milênios de existência, continua à margem, muitas vezes reduzida a superstições.

O interlocutor (3), com sua postura crítica e visionária, percebe uma desconexão entre o discurso e a prática, quando se trata de

reconhecimento e valorização dos saberes Indígenas. Seu compromisso o levou a estabelecer o Centro de Medicina Tradicional Indígena, uma iniciativa que busca salvaguardar e promover o rico legado da medicina Indígena, sem a intervenção ou supervisão de agências governamentais, garantindo, assim, sua autonomia e sua autenticidade.

O interlocutor (4), observando a situação no Amazonas, ressalta a necessidade urgente de integrar a medicina tradicional Indígena no sistema oficial de saúde. Suas sugestões apontam para uma colaboração mais profunda entre as duas correntes médicas, permitindo que os benefícios de ambas sejam acessíveis a todos.

A mensagem subjacente de todas essas vozes é clara: a medicina tradicional Indígena, com sua riqueza e sua profundidade, merece um lugar de destaque no sistema de saúde – não apenas em termos de reconhecimento retórico, mas em ações palpáveis e sistemáticas que atestem sua importância e eficácia. É uma chamada para transcender as barreiras da incompreensão e do estigma e abraçar a sabedoria que tem nutrido gerações de povos Indígenas.

A medicina tradicional Indígena, profundamente enraizada nas culturas e tradições dos povos originários, desempenha um papel inestimável não só para a saúde da população Indígena, mas também como um repositório de sabedoria ancestral. Essa prática sagrada, transmitida de geração em geração, é uma fusão harmoniosa de espiritualidade, botânica e compreensão profunda da natureza humana.

A interlocutora (1), com sua presença carismática e sua aura de sabedoria, é uma guardiã da herança cultural e medicinal de sua comunidade. Sua voz, marcada pela paixão e pela urgência, ressoa como um chamado para acordar as gerações mais jovens que, seduzidas pelo apelo do mundo contemporâneo, estão se desconectando das raízes ancestrais. Ela vê, com pesar, a crescente desvalorização das tradições e o consequente desvanecimento de um patrimônio que tem o poder de curar, proteger e conectar.

Para a interlocutora (1), a relação entre o ser humano e a terra é sagrada, um pacto que deve ser preservado e honrado. Ela fala com emoção sobre a maneira como as plantas crescem, não apenas como organismos biológicos, mas como seres vivos imbuídos de energia e propósito. A sustentabilidade

de, em sua visão, não é apenas uma tendência ou uma palavra da moda; é um modo de vida, uma prática de coexistência harmônica com o meio ambiente. Aqueles que cultivam plantas medicinais, em particular, devem fazê-lo com reverência, reconhecendo o papel vital que essas plantas desempenham no bem-estar da comunidade. Ela também se mostra frustrada com a ironia de nossa época: enquanto as pessoas correm freneticamente em busca de soluções medicinais em ambientes estéreis e comerciais, muitas vezes a resposta está bem diante de seus olhos. Pode ser uma planta esquecida no canto do quintal, uma erva que cresce abundantemente na floresta ou uma receita passada de geração em geração. O que falta, de acordo com a interlocutora (1), é ter visão e abertura para reconhecer essas riquezas naturais.

Além de simplesmente defender o valor da medicina tradicional, a interlocutora (1) é um exemplo vivo de sua eficácia e sua importância. Através de suas palavras e ações, ela busca reavivar a chama do conhecimento ancestral, instigando tanto a comunidade Indígena quanto a sociedade, em geral, a reconhecer, respeitar e revitalizar as práticas que têm sustentado a humanidade por milênios.

O interlocutor (2), uma figura respeitada e reconhecida em sua comunidade, contempla a medicina tradicional Indígena com um olhar que transcende fronteiras. Para ele, essa tradição ancestral não é apenas um legado cultural, mas um tesouro inestimável que carrega consigo a promessa de um bem-estar genuíno e sustentável. Com uma visão ampla e profunda, ele reconhece o imenso potencial dessa sabedoria em beneficiar não apenas os povos Indígenas, mas toda a humanidade.

Ao refletir sobre o passado, o interlocutor (2) destaca que, através das eras, inúmeros remédios e tratamentos que, hoje, são considerados padrão na medicina convencional têm suas raízes nas práticas e nos conhecimentos das comunidades Indígenas. E não são apenas os remédios, mas também os métodos de aplicação, as cerimônias e os rituais associados a essas práticas que mostram uma compreensão profunda da interconexão entre corpo, mente e natureza.

O interlocutor (2), frequentemente, cita exemplos de plantas e ervas que foram utilizadas por seus antepassados, por milênios, e que agora são ingredientes-chave em medicamentos modernos. Ele se orgulha de como a observação e a experimentação Indígena, moldadas pela conexão íntima com a natureza, antecederam muitas descobertas científicas contemporâneas.

Ao mergulhar nas reflexões do interlocutor (2), percebe-se uma paixão inabalável e uma preocupação profunda com a crescente desconexão da sociedade moderna em relação às sabedorias ancestrais. Ele vê a medicina tradicional Indígena não apenas como um sistema de cura, mas como uma filosofia de vida intrinsecamente ligada à Terra, ao ambiente e ao cosmos. Para ele, a prática ancestral vai além da simples aplicação de ervas e remédios; é uma tapeçaria intrincada de rituais, cerimônias e conexões espirituais que nutrem tanto o corpo quanto a alma.

A melancolia do interlocutor (2) se acentua ao refletir sobre a crescente industrialização da medicina e a marginalização das práticas tradicionais em prol de abordagens mais comerciais e padronizadas. Ele lamenta que, em uma era de avanço tecnológico e inovação, as raízes profundas da medicina ancestral estejam sendo esquecidas, substituídas por soluções rápidas e, muitas vezes, superficiais.

No entanto, apesar de sua tristeza, ele também carrega uma esperança resiliente. Acredita que, com o despertar da consciência global sobre a importância da sustentabilidade e do equilíbrio ecológico, chegará o momento em que as práticas tradicionais e modernas se fundirão em uma abordagem sinérgica. Ele vê um horizonte no qual os médicos tradicionais e os cientistas colaboram, em que os laboratórios e os santuários da natureza trabalham juntos, em busca de soluções de saúde mais integradas.

O interlocutor (2) imagina um mundo no qual os hospitais incorporam jardins medicinais cultivados com plantas tradicionais, em que os rituais de cura são tão respeitados quanto os procedimentos cirúrgicos, e a espiritualidade e a ciência caminham lado a lado, enriquecendo-se mutuamente. Em sua visão, a coexistência de práticas antigas e novas levará a uma era de saúde verdadeiramente holística, em que o bem-estar é alcançado não apenas física, mas também emocional, espiritual e ambientalmente. Em última análise, o sonho do interlocutor (2) é um testemunho da resiliência e da riqueza inestimável da medicina tradicional Indígena em um mundo em constante mudança.

O interlocutor (3), uma liderança carismática e defensor fervoroso das tradições Indígenas, traz à tona uma realidade preocupante: a progressiva marginalização e a ameaçadora in-

visibilidade do vasto conhecimento tradicional Indígena. Ao observar o cenário atual, ele percebe que, paradoxalmente, em uma era de crescente acesso à informação e à interconexão global, a rica sabedoria ancestral enfrenta riscos de diluição e esquecimento.

Ele comenta sobre as recentes políticas de saúde que, embora prometam progresso e bem-estar, muitas vezes negligenciam e até subestimam a riqueza das práticas tradicionais. O interlocutor (3) lamenta que, em muitas comunidades Indígenas, os jovens estejam se afastando de seus ancestrais e adotando abordagens modernas, esquecendo os ensinamentos dos pajés que, por gerações, foram os pilares da saúde e do bem-estar de seus povos. Nesses tempos de mudança, os pajés, que são verdadeiros especialistas, historiadores orais e guardiões da medicina tradicional, enfrentam o desafio de manter sua relevância. No entanto, o interlocutor (3), com seu espírito indomável, mantém a chama da esperança acesa. Ele fala com entusiasmo sobre um centro pioneiro de medicina tradicional Indígena localizado no coração do Amazonas. Esse centro não é apenas um santuário de conhecimento, mas também um espaço de capacitação e intercâmbio, onde a medicina tradicional é celebrada, estudada e compartilhada.

Em contraste, o interlocutor (4), com sua voz pausada e reflexiva, reforça a conexão intrínseca entre a medicina tradicional e a identidade Indígena. Para ele, cuidar do corpo e da alma usando os recursos da natureza não é apenas uma prática, mas uma filosofia de vida. Ele narra histórias passadas de geração em geração, de como as ervas, rituais e os cânticos têm poderes curativos, não apenas para o corpo, mas também para a mente e o espírito. Para o interlocutor (3), a medicina tradicional Indígena não é apenas uma forma de tratamento, mas a manifestação mais pura da cultura e da identidade Indígenas, uma ligação ancestral que reflete a harmonia entre o homem e a natureza. Ele sonha com um dia em que a sabedoria Indígena seja reconhecida e integrada em todas as esferas da sociedade, garantindo sua preservação e seu enriquecimento para as futuras gerações.

A medicina tradicional Indígena, um mosaico de práticas, rituais e conhecimentos acumulados ao longo de milhares de anos, é tida como o alicerce fundamental para a cultura e a saúde dos povos Indígenas. Mais do que meros remédios, ela representa uma profunda compreensão da interconexão entre o ser humano e a natureza. Cada erva, raiz ou ritual não é apenas uma ferramenta

terapêutica, mas uma expressão viva da história, da cosmologia e da espiritualidade desses povos.

Essa forma de medicina se baseia em uma abordagem holística do bem-estar, considerando não apenas o corpo físico, mas também a mente, o espírito e o ambiente em que a pessoa vive. Em muitas comunidades Indígenas, a saúde não é vista isoladamente, mas, sim, como parte integrante de um equilíbrio maior com o cosmos.

Ademais, o caráter sustentável das práticas Indígenas é digno de nota. Essas comunidades, em sua sabedoria ancestral, aprenderam a colher e utilizar os recursos da floresta, sem degradá-la, entendendo o valor da regeneração e da coexistência harmônica. Eles não apenas curam seus corpos com a medicina tradicional, mas também perpetuam uma relação respeitosa com o ambiente, garantindo que as gerações futuras também possam se beneficiar desses recursos.

Além disso, há uma intrínseca relação entre os rituais de cura e a coesão social das comunidades. As cerimônias e práticas de cura, muitas vezes, servem como momentos de união, de passagem de conhecimento e de fortalecimento dos laços comunitários.

Em um mundo cada vez mais globalizado e homogeneizado, a medicina tradicional Indígena emerge não apenas como um tesouro terapêutico, mas como um lembrete da riqueza da diversidade cultural e da importância de preservar e valorizar os saberes ancestrais. Há uma necessidade urgente de valorizar, preservar e transmitir esse conhecimento às futuras gerações.

Os especialistas Indígenas, ao abordarem a temática da medicina tradicional, proporcionam uma visão rica e multifacetada, revelando uma complexa tapeçaria de experiências, desafios e aspirações.

A interlocutora (1), com seu comprometimento e sua paixão pela tradição, partilha dos desafios diários que enfrenta. Embora receba auxílio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) em determinadas frentes, como transporte e logística, a realidade econômica de produzir remédios tradicionais é um ônus que, muitas vezes, recai sobre seus ombros. Isso aponta para a necessidade de uma estrutura mais sólida e sustentável que possa garantir que tais práticas não se percam com o tempo, devido a barreiras financeiras.

O interlocutor (2), por sua vez, enaltece a sabedoria ancestral de se voltar para a natureza como a principal farmácia disponível. Ele vê a floresta, a água e a terra não apenas como recursos, mas como verdadeiros entes sagrados que possuem propriedades curativas. O interlocutor (2) destaca a importância do respeito e da conscientização na coleta e na manipulação desses recursos, entendendo que a natureza, quando tratada com reverência, oferece seus benefícios em abundância.

A perspectiva do interlocutor (3) é única e revela um equilíbrio entre autonomia e colaboração. Enquanto ele prioriza a independência e evita parcerias que possam impor limitações à prática Indígena, ele também reconhece o valor inestimável de estabelecer diálogos construtivos com instituições, como universidades. Tais diálogos podem servir como pontes para o intercâmbio de conhecimento e o fortalecimento mútuo.

O interlocutor (4), com uma visão inovadora e progressista, destaca a sinergia entre o uso responsável dos recursos naturais e o estabelecimento de parcerias estratégicas para ampliar o alcance e o reconhecimento da medicina Indígena. A ideia da criação de um viveiro de plantas medicinais exemplifica essa abordagem integrativa, combinando preservação com educação e disseminação. No cenário contemporâneo, no qual a modernidade frequentemente se choca com tradições seculares, a medicina Indígena surge como um emblema de resistência e sabedoria.

A interlocutora (1), com sua vasta experiência e conexão profunda com a natureza, enfatiza a necessidade de proteger o ambiente. Ela acredita que, ao reavivar práticas ancestrais de cultivo e manejo, é possível criar uma coexistência harmoniosa entre o homem e a terra. Suas palavras carregam o peso da experiência, de alguém que viu as consequências devastadoras da negligência e sonha com um futuro de equilíbrio e respeito mútuo.

O interlocutor (2), por sua vez, traz uma abordagem mais filosófica ao debate. Para ele, a real valorização do legado Indígena começa com uma mudança no paradigma de pensamento. Ele defende que, para apreciar verdadeiramente a medicina Indígena e seus benefícios, é necessário despir-se das influências coloniais que, por tanto tempo, marginalizaram e subestimaram as práticas tradicionais. O interlocutor (2) enxerga o futuro da medicina Indígena não apenas em termos de práticas, mas principalmente na conscientização e no respeito aos princípios e valores Indígenas.

O interlocutor (3), com seu espírito combativo e determinado, destaca a importância da educação. Ele visualiza escolas e centros de aprendizado onde o conhecimento Indígena é transmitido com orgulho, paixão e autenticidade. Acredita que, ao equipar as gerações mais jovens com uma compreensão profunda de suas raízes, elas se tornarão defensoras inabaláveis das tradições, garantindo, assim, sua continuidade.

O interlocutor (4), sempre atento às nuances e tendências do mundo exterior, vê a colaboração como chave. Para ele, formar alianças com organizações e instituições externas pode ser a ponte que levará a medicina Indígena a um público mais amplo, garantindo seu lugar nos sistemas de saúde modernos. Através dessas parcerias, ele espera que a medicina tradicional receba o reconhecimento e a validação que merece.

Cada um desses líderes, com sua visão única, traça um caminho distinto para o futuro da medicina Indígena. Mas todos eles compartilham um sentimento comum: a paixão ardente por proteger, valorizar e disseminar um patrimônio que tem sido a espinha dorsal de suas comunidades, por gerações. Em meio a debates e propostas, uma certeza emerge: a medicina tradicional Indígena não é apenas uma prática, mas uma herança viva, pulsante e essencial para o bem-estar coletivo da humanidade.

Referências

BASTOS, Liliana Cabral; BIAR, Liana de Andrade. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. **DELTA: Documentação e Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**. ISSN 1678-460X, v. 31, n. 4, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Dados da Imunização de Indígenas Contra a Covid-19**. Acesso em: Imunização Indígena | COVID19 (saude.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e Complementares**: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - PMNPC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl140205_2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUCHILLET, Dominique (org). Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP,1991.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional Indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (FUNASA). Medicina Tradicional Indígena em Contextos. In: I REUNIÃO DE MONITORAMENTO. Projeto Vigi-Sus II – Saúde Indígena. Brasília, 2007. **Anais [...].** Brasília, 2007. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000220588>. Acesso em: nov. 2019.

SANTOS, Arnieli Viriato dos; SOUZA, Janaina Feliciana Oliveira de. **Saberes e práticas tradicionais Indígenas:** Relatos e vivências de especialistas Indígenas. Boa Vista: Universidade Federal de Roraima, Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, 2021.



Capítulo 9

UMA EXPERIÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA COM INDÍGENAS WARAO E EÑEPÁ

BRENO CAÍQUE DA SILVA MONTEIRO.

Pertencente ao Povo Macuxi, tem bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, pela UFRR, é especialista em Saúde Digital, pela UFG, e pesquisador independente no Núcleo de Estudos de Agroecologia e Segurança Alimentar Nutricional (Neasan).

LUISS FELIPE PAES DE ALMEIDA.

Professor do curso de Gestão Territorial Indígena, Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, UFRR, é coordenador do Núcleo de Estudos de Agroecologia e Segurança Alimentar Nutricional (Neasan).

Introdução

N o Brasil, o fluxo migratório transnacional numericamente mais significativo é o de venezuelanos, com mais de 527,648 refugiados e migrantes venezuelanos com autorização de residência no Brasil (RFV, 2024). O caminho mais comum desses migrantes é pela fronteira norte do estado de Roraima, passando pela cidade de Pacaraima. Crises e conflitos recentes em diversos países levaram ao deslocamento forçado de populações devido às perseguições políticas, à violência ou a violações de direitos humanos. O crescente número de pessoas afetadas pelo deslocamento forçado evidencia uma preocupação de saúde pública nos países que abrigam essas populações.

Este trabalho é um diagnóstico situacional realizado de 2017 a 2018, no Centro de Referência ao Imigrante (CRI) em Boa Vista (RR), situado no Ginásio Poliesportivo Ottomar de Sousa Pinto, no Bairro Pitolândia. Nesse local, estão abrigadas duas etnias, os Warao e os Eñepá, oriundos da Venezuela e afetados pela crise política e econômica. Foram analisados o planejamento em saúde e suas estratégias de intervenção influenciadas pelo tripé de ações da epidemiologia; a política; o planejamento e a gestão em saúde; e, também, a promoção da saúde no abrigo. Vale ressaltar as especificidades existentes no abrigo, tais como a presença de organizações não governamentais humanitárias apoiando a gestão, que busca ser de forma coletiva, preservando as heterogeneidades culturais.

O Povo Warao

O s dados arqueológicos demonstram que os Warao possuíam territorialidade e mobilidade fluida, baseando-se em informações sobre os padrões de enterramento de mortos Warao e influências linguísticas aruaque e caribe. Esse processo foi resultante das convivências e trocas estabelecidas entre os vários grupos que, no curso do tempo, se estabeleceram no delta do Rio Orinoco (Botelho; Ramos; Tarragó, 2017).

Os Warao, conhecidos como o Povo da Água e por serem ótimos construtores de canoas, originalmente se alimentavam da caça e da coleta e se deslocavam sazonalmente pelo território, além disso, navegavam pelas águas do Orinoco. A sedentarização

de grupos Warao teria ocorrido como resultado das relações de trocas com outras populações caribenhais, que dispunham de horticultura mais sofisticada e de conhecimentos sobre as formas de processamento da mandioca. Esse processo de adaptação dos Warao e incorporação da agricultura teria se dado na periferia do delta do Orinoco, nas Guianas Holandesa e Britânica. Também teria provido das trocas e da convivência com demais grupos caribenhos o conhecimento do Warao acerca da construção de canoas (García Castro, 2000).

Quanto à cultura dos Warao, García Castro (2000) escreve que são pescadores e coletores, no entanto, há mais de 70 anos tornaram-se também horticultores, cujas comunidades palafitas e atividades de subsistência se situam tradicionalmente nas zonas ribeirinhas (fluvial/marítimas) e úmidas, tais como os pântanos, os mangues e as partes inundadas do deltaico. No entanto, a economia sempre esteve voltada para a pesca.

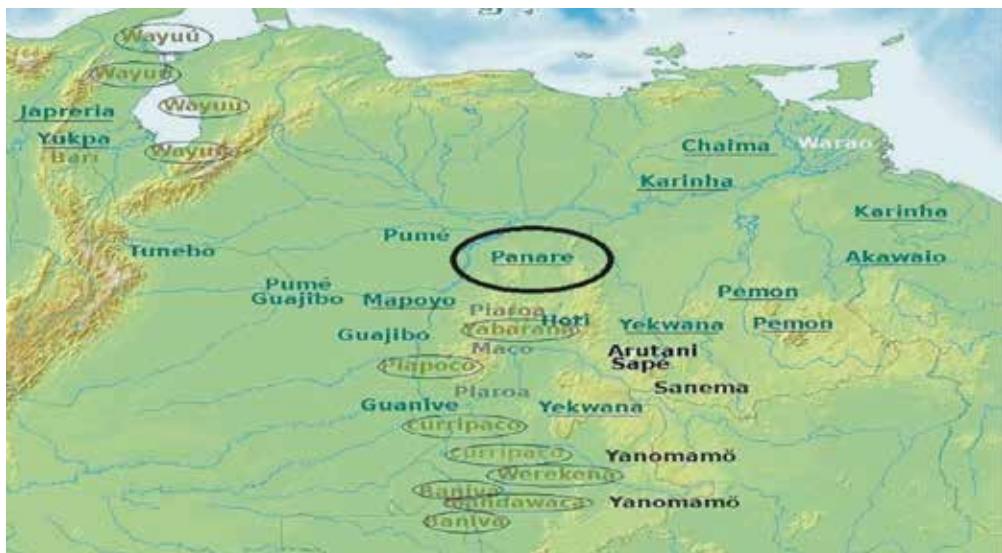
O Povo Eñepá

Os Eñepá habitam os alcances médios e superiores de certos afluentes da margem direita (Suapure Manapire, Chavirapa, Cuchivero, Guaniamo) do Rio Orinoco médio, com a distribuição dos povos Indígenas no território da Venezuela (Henley, 1982).

Panare é uma língua *Karib*, falada por 3.000 a 4.000 pessoas no Estado de Bolívar, no sul da Venezuela. Sua principal área é ao sul da cidade de Caicara de Orinoco, ao sul do Rio Orinoco. O autônimo, ou seja, forma como o povo se autodenomina, é *eñepá*, que tem vários sentidos dependendo do contexto, incluindo “pessoas”, “Indígenas” e “*Panare*-pessoas”. *Eñepá* é a designação da palavra para “amigo” ou “aliado” na língua dos vizinhos de grupos Indígenas na Venezuela (Henley, 1982).

Eles estão espalhados por cerca de 20.000 km², mas essa área é também amplamente colonizada por não Indígenas. A evidência disponível sugere que a população de Eñepá tem aumentado rapidamente (Henley, 1982). O modo como referem-se a si mesmos indica que formam unidades endogâmicas, com estrutura social relativamente igualitária, sendo

Figura 1 - Distribuição dos povos Indígenas no território venezuelano



Fonte: Brasil, Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2020b.

a liderança em cada comunidade exercida pelo mais velho, um *Aidamo*, que é uma posição social hereditária e vitalícia à figura masculina e à chefia de um grupo familiar formador da comunidade – ou seja, o sogro. (Botelho; Ramos; Tarragó, 2017).

Legislação referente à imigração e ao refúgio

O Brasil é signatário da Convenção de Genebra, de 1951, e do Protocolo que o modificou, de 1967. Internamente, o Brasil implementou, em 1997, a Lei nº 9.474, sobre refúgio. Esses instrumentos definem como o Estado brasileiro deve atuar em casos de solicitação de refúgio. A lei de migração, Lei nº 13.445/2017 estabelece os direitos e deveres do imigrante e visitante no Brasil.

Refugiado é a pessoa que “receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país” (Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados, art. 1º - A, nº 2, de 1951, com as alterações introduzidas pelo Protocolo de 1967). (OIM, 2009).

A partir do segundo semestre de 2016, momento que marca o agravamento da crise na Venezuela, o processo de deslocamento de venezuelanos(as) para o Brasil se intensificou. Em 2014, tratava-se de pouco mais de 30 Indígenas Warao. Entre o final de 2016 e o início de 2017, já se somavam 600 pessoas; em março de 2018, eram cerca de 1.200; e, em dezembro de 2020, a estimativa era de aproximadamente 3.300 Indígenas Warao vivendo no Brasil (Acnur, 2024). Esse fluxo conta com a presença de mais de 10 mil Indígenas pertencentes a diferentes povos, como os Warao, os Taurepang, os Kariña, os Eñepá e os Wayúu; em sua maioria com o *status* legal de solicitantes da condição de refugiado. Os Warao representam 66,28% desse contingente de Indígenas deslocados (Acnur, 2024).

Ante a pressão migratória sobre a região, pouco desenvolvida e precária na disponibilidade de serviços públicos de atenção social, principalmente os de saúde, o Brasil respondeu com a implementação da Operação Acolhida (Brasil, 2018), cujas funções precípuas são as de organização e regularização do fluxo migratório, primeiro acolhimento e redistribuição de migrantes e refugiados pelo território nacional.

Infraestrutura do abrigo CRI-Pintolândia

O primeiro abrigo na cidade de Boa Vista (RR) foi implementado em um ginásio poliesportivo no Bairro Pintolândia, em 2016, denominado de Centro de Referência ao Imigrante (CRI), por determinação judicial. Na época, o abrigo improvisado dispunha de uma quadra coberta com um amplo terreno ao redor, dois banheiros masculinos e dois femininos, um pequeno depósito e, ao lado, outro onde funcionava uma lanchonete na qual eram preparadas as refeições, com apoio das organizações humanitárias.

O abrigo foi ocupado, no final de dezembro de 2016 (Brandão, 2017), por 157 pessoas, sendo 52 crianças (Figura 2). A partir de 2017, algumas mudanças começaram a ser implementadas, começando pelo gerenciamento, realizado de forma compartilhada entre órgãos do Governo do estado de Roraima (Coordenadoria Estadual de Defesa Civil e Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social – Setrabes); Organizações Não Governamentais; Organizações Internacionais (OI) do sistema

Figura 2 – Abrigo Pintolândia, em Boa Vista (RR)



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

Figura 3 – Barracas no abrigo Pintolândia, em Boa Vista (RR)



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

ONU, como Alto Comissariado da ONU para Refugiados (Acnur), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Organização Internacional para as Migrações (OIM) e, principalmente, pela Fraternidade Federação Humanitária Internacional, organização religiosa ligada a ações benéficas em vários países, que atua na gestão do abrigo desde o início da migração, em 2016.

Em 2017, foram construídos redários na parte interna do abrigo e, na parte externa, foram montadas barracas cedidas pela Acnur (Figura 3). O ginásio não tinha estrutura para suportar a grande quantidade de pessoas lá abrigadas, em torno de 500 pessoas, entre Indígenas Warao e Eñepá, sendo a maioria da etnia Warao.

As barracas amenizaram a superlotação interna do abrigo, porém houve reclamações devido ao fato de serem abafadas durante a noite, prejudicando o sono noturno.

Um dos grandes problemas do abrigo era a falta de banheiros adequados (Figura 4). Os vestiários masculino e feminino não supriam as necessidades, devido à grande quantidade de pessoas, e, também, pelo fato dos vestiários estarem danificados. Os dejetos eram canalizados para uma fossa que não suportava a grande quantidade de pessoas utilizando diariamente os banheiros, causando o vazamento de esgoto e sendo necessário recolhimento diário da Companhia de Águas e Esgotos de Roraima (CAER) para esvaziamento da fossa. As condições sanitárias eram preocupantes, causando um imenso desconforto para todos, além da contaminação dos moradores, frequentadores e pessoas que trabalhavam no abrigo.

O preparo da alimentação era realizado numa cozinha improvisada, onde os próprios Indígenas preparavam e serviam o alimento sob a orientação e o controle de quantidades de um membro da fraternidade (Figura 5).

Com o contínuo fluxo de migração de Indígenas e não Indígenas da Venezuela, a situação de precariedade e vulnerabilidade levou à piora das condições locais de infraestrutura devido, principalmente, ao aumento da população. Dessa maneira, em 2018, o abrigo passou a ser controlado pela Operação Acolhida, do Exército brasileiro, representando o Ministério da Defesa do Governo Federal, com o nome de Abrigo do Pintolândia.

A liberdade de movimentação dos migrantes no abrigo possuía restrições, com horário de entrada e saída, sendo

Figura 4 – Banheiros precários no Abrigo Pintolândia, em Boa Vista (RR)



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

Figura 5 – Abrigo Pintolândia, em Boa Vista (RR)



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

a abertura dos portões feita a partir das 6h da manhã e o fechamento, às 20h. Os moradores do abrigo possuíam uma carteira de identificação que comprovava o seu direito de utilizar o espaço para morada. A segurança era feita por uma viatura da Polícia Militar que ficava no estacionamento do ginásio. A dinâmica diária do abrigo obedecia a regras internas que deviam ser seguidas pelas pessoas que se encontravam no local. De acordo com uma das lideranças Warao, existem cinco regras que devem ser obedecidas por todos: a) organizar o local; b) não utilizar bebidas alcoólicas; c) não usar drogas; d) não brigar; e) não sair na rua com crianças. O processo decisório era feito por meio de reuniões entre as lideranças Warao, conhecidos como *Aidamos*, e membros das organizações humanitárias e da Operação Acolhida.

Em 2018, foram observadas muitas mudanças no que se refere à estrutura do abrigo. Houve a instalação de três contêineres na entrada do abrigo, juntamente com a construção de ampliação da altura do muro que circundava o ginásio. Cada contêiner pertencia a uma das instituições: Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social (Setrabes), Alto Comissariado Nações Unidas para Refugiados (Acnur) e Fraternidade Internacional, e Operação Acolhida, do Exército brasileiro. Quanto às melhorias, o abrigo contava com vários banheiros ligados à rede de esgoto que foram construídos atrás do ginásio, não havendo mais o transbordamento da fossa. Até 2021, o abrigo era coordenado de forma compartilhada entre: órgãos do Governo Federal (Exército); Ministério da Defesa e Distrito Sanitário Especial de Saúde Índigena (DSEIs); estado de Roraima (Coordenadoria Estadual de Defesa Civil e Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social – Setrabes); Prefeitura de Boa Vista; Organizações Não Governamentais; Organizações Internacionais, como Alto Comissariado da ONU para Refugiados (Acnur), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Organização Internacional para as Migrações (OIM), entre outras. No ano de 2022, houve ameaça de desocupação do ginásio, com pedido de saída dos Indígenas para abrigo específico denominado *Waraotuma a Tuaranoko*, porém parte dos Indígenas continuou no abrigo sob pressão constante para que saíssem do local. Contrários à decisão e alegando não terem sido consultados, os cerca de 292 Indígenas estão sendo ameaçados com intimidações e até agressões ao sair do espaço (Rodrigues, 2022).

Diagnóstico dos problemas de saúde encontrados

Vários estudos no mundo observaram que uma elevada prevalência de insegurança alimentar entre refugiados varia entre 70% e 91% (McKay; Haines; Dunn, 2019; Nunnery; Dhahrood, 2017; Ghattas *et al.*, 2014). Esses estudos salientam que a insegurança alimentar é relativamente comum entre os refugiados, sendo predominante em migrantes e refugiados recentes, mesmo em países mais ricos (Al-Kharabsheh *et al.*, 2020). Outros fatores que podem proporcionar insegurança alimentar são o maior consumo de alimentos industrializados e o menor consumo de alimentos frescos e nutritivos. Além disso, não ter acesso aos alimentos tradicionais e não ter condições de produzir seu alimento, somados à situação de depender de doações de alimentos (com as quais não é possível fazer escolhas alimentares), tornam essas populações vulneráveis no acesso a uma alimentação saudável.

A maioria dos problemas de saúde observados eram reflexos da precária infraestrutura do abrigo, falta de higiene, saneamento básico, insegurança alimentar e de falta de perspectivas de inclusão social. Inicialmente, alguns médicos estrangeiros faziam o atendimento como voluntários, mas a maioria dos Indígenas não possuía documentação para emitir o cartão do SUS e isso acabou se tornando um empecilho para a retirada de medicamentos na rede pública.

Os riscos à saúde são vários por causa da precária estrutura, do lixo doméstico, da alimentação não saudável, da presença de insetos e outros animais transmissores de doenças. A maioria dos Indígenas são crianças que estão em estado de vulnerabilidade e são mais suscetíveis a infecções relativas a esses problemas. Muitas crianças adoecem e ficam com febre, desenvolvem pneumonia e há casos de desnutrição infantil. Durante esse período, foi observado que muitas crianças apareciam no contêiner com febre e diarreia, devido à alimentação inadequada, pelo modo de preparo e o costume de comer utilizando as mãos, o que implicava maior risco de se contaminarem.

Uma das dificuldades de saúde das mulheres Indígenas é fazer os exames de pré-natal e o atendimento odontológico, pois, no período em que os DSEIs prestavam apoio à saúde dos Indígenas migrantes, não existiam estruturas mínimas para esses cuidados de saúde primária. Na realização de uma busca ativa dentro

do abrigo, foi verificado um total de 15 gestantes de um mês a sete meses de gestação, em 2017. Nesse período, tivemos a oportunidade de auxiliar mulheres para fazer o cartão do SUS e marcar consulta na unidade básica para dar início ao pré-natal, levando-as, de duas em duas, às unidades de saúde no Bairro Pintolândia.

Os DSEIs Leste de Roraima e Yanomami atendiam pacientes todas as quartas-feiras, das 9h às 12h, com atendimento médico geral, pesagem, triagem e encaminhamento. Alguns médicos voluntários das organizações trabalhavam nos fins de semana e, quando a situação era mais delicada, eles levavam o paciente ao hospital mais próximo e o acompanhavam até sua convalescência.

Ações de saúde desenvolvidas

AFraternidade Internacional estava articulando diversas ações para promover a melhoria das condições de saúde no abrigo, organizando atividades com as crianças e providenciando transporte para o acesso ao atendimento de saúde, todos os dias, pelo fato de aparecerem crianças, jovens e adultos doentes devido às condições climáticas, à insegurança alimentar e à falta de higiene.

Diante desses fatos, criamos um cartaz de prevenção, com o objetivo de incentivar as crianças a lavar as mãos antes das refeições, para reduzir o alto índice de infecções. O cartaz foi produzido na língua Warao e em espanhol e colocado nas paredes próximas das pias, dos banheiros, na escola para que de forma coletiva as atividades de promoção de saúde possam gerar um hábito diário no abrigo (Figura 6).

Por fim, realizamos uma reunião para mostrar os malefícios dos alimentos que se consomem diariamente dentro do abrigo, principalmente os processados e ultraprocessados. A atividade ocorreu dentro da escola improvisada no abrigo, com crianças na faixa etária de 7 a 15 anos de idade. No primeiro momento, explicamos sobre o consumo desses alimentos e o que eles poderiam causar na nossa saúde. Para facilitar o entendimento, tivemos o apoio de um membro da Fraternidade que traduzia para a língua espanhola, que era mais compreendida. Após a aula sobre os malefícios desses alimentos, aplicamos a brin-

Figura 6 – Cartaz de Promoção e Educação em Saúde



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

cadeira do Semáforo Nutricional, explicando a classificação dos alimentos em vermelho (evitar consumir), amarelo (consumir moderadamente) e verde (consumir preferencialmente).

Fizemos perguntas sobre quais alimentos estavam comendo e, infelizmente, os principais alimentos eram salsicha, refrigerante e biscoito recheado, que são alimentos ultraprocessados, industrializados e encontrados facilmente. Em seguida, pedimos para que eles desenhassem os alimentos que eles consumiam em suas comunidades, na Venezuela, e foram revelados desenhos de pescados, caça, mandioca, frutas da floresta e animais, com uma grande diversidade de comida que, aqui, não possuem.

Implantação de horta medicinal

O objetivo da horta foi propiciar um espaço de atividades com intuito de valorizar alimentação saudável dentro do abrigo, sem o uso de agrotóxicos, servir como um espaço de educação alimentar e para praticar agricultura, comparando os meios de plantação agroecológicos com o manejo tradicional dos Indígenas. Os principais públicos pensados para participar seriam as crianças, os jovens e adultos. Destarte, grande parte do público

era de crianças e adolescentes de todas as idades. Os mais velhos e professores utilizam o espaço de horta para aulas de roça. O primeiro passo foi visualizar o local ideal para dar início à horta, em uma área onde muitos Indígenas faziam fogo para preparar suas refeições – o solo estava muito compactado e com restos de lixo e carvão, diante da realização diária de fogareiros com madeira coletada na cidade. O segundo passo foi cercar o local com bambu e arame liso, para acesso controlado de crianças e outras pessoas. Depois de preparar os berços para o plantio, fomos buscar mudas de bananas na Embrapa - RR, para começar o plantio com a ajuda de jovens Warao e os adultos ficaram responsáveis por cavar os buracos para plantar as mudas (Figura 7).

A horta foi planejada em sistema agroflorestal, com o plantio de bastantes espécies e aproveitando os espaços para as plantas medicinais e aromáticas, em virtude da grande demanda por essas plantas, por parte dos Indígenas. As mudas e os adubos orgânicos foram cedidos pela Embrapa (RR), e o viveiro, pelo Instituto Insikiran (UFRR), com apoio da organização Fraternidade Sem Fronteiras, na organização de cursos e na aquisição de sementes crioulas.

Dentro da horta, há uma área reservada para fazer compostagem com os restos de alimentos que são desperdiçados no abrigo. Esse espaço contribuiu, de certa forma, para que os adultos tivessem uma atividade prazerosa de cuidado com as plantas. Alguns dos que trabalhavam na horta possuíam roças na Venezuela, chamadas *conucos*. O Sr. Marcellino, que é Aidamo no abrigo, relatou que plantava mandioca, frutas como banana, manga e laranja, além de verduras e legumes. Relatou, também, que sentia saudade de fazer essa atividade em sua roça.

Plantamos diversos alimentos como bananas, melão, abóbora, macaxeira, feijão, tomate, mamão e muitos outros, com o intuito de promover educação alimentar e incentivar alimentação saudável e orgânica para as crianças do abrigo.

Com o andamento da horta, foi possível realizar aulas com as crianças sobre alimentação saudável (Figura 8) e usar o espaço para brincadeiras e atividades tais como irrigação da horta e limpeza dos canteiros. Porém, como a horta era pequena em relação às demandas do abrigo, optou-se por fazer horta medicinal agroflorestal.

Figura 7 – Início da horta, em 2017, no local das fogueiras no Abrigo Pintolândia, em Boa Vista (RR)



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

Figura 8 – Aula sobre segurança alimentar e nutricional com as crianças dentro da escola improvisada pelos professores Warao



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

Figura 9 – Canteiros de plantas medicinais

Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

Criamos canteiros de plantas medicinais dentro da horta (Figuras 9 e 10), consorciados com as bananeiras, e incentivamos o uso de chás para uma medicação mais natural, com remédios caseiros, praticando os saberes tradicionais dos Indígenas, melhorando sua qualidade de vida e sua saúde no abrigo. As mulheres Warao faziam chás, banhos e pomadas, além de temperos para alimentação, fornecendo perspectivas sobre a alimentação saudável. Essa ação buscou fortalecer, entre eles mesmos, as práticas de cura de cada povo e repassar esse conhecimento para os jovens.

Em 2018, levamos os Indígenas que participaram da criação da horta do abrigo Pintolândia para conhecerem o Instituto Insikiran e seu viveiro de mudas (Figura 11).

Ações de educação em saúde

Foi implementado o Plano de Formação Continuada “NOS SOS SABERES”, construído em conjunto com os educadores e artesãos Indígenas das etnias Warao e Eñepá.

Figura 10 – Resultados da horta



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

Figura 11 – Visita ao Instituto Insikiran, 2018



Fonte: Acervo pessoal Breno Caíque da Silva Monteiro.

O intuito do plano era manter uma formação nas ações de educação e cultura para os Indígenas do abrigo. Foram escolhidos temas importantes para serem abordados no contexto do abrigo, organizados em cinco módulos: Educação, Saúde e Higiene, História, Direito e Economia. Cada módulo foi subdividido em quatro subtemas a serem trabalhados ao longo de seis meses. No módulo de Saúde e Higiene, foram discutidos os problemas de saúde encontrados no abrigo e as possíveis soluções para superá-los. Entre os problemas recorrentes, estavam a alimentação e seu modo de preparo, as condições sanitárias e a gestão dos dejetos.

Conclusões

Inicialmente, existia falta de diálogo entre as esferas municipal e estadual, com relação a compartilhar as responsabilidades do Abrigo Pintolândia. Se, por um lado, os poderes executivos não respondiam à crise migratória em Roraima, que implicavam uma série de violações aos direitos humanos dos migrantes Indígenas, o papel da sociedade civil ganhou destaque positivo no processo de gestão do abrigamento. Os voluntários da época foram primordiais na ajuda humanitária aos povos Indígenas, na arrecadação de itens básicos de alimentação, saúde, higiene e cuidado, embora insuficientes devido à alta demanda. O papel dos atores sociais envolvidos foi vital no acolhimento dessas pessoas. Foi observada a situação de insegurança alimentar e a violação do Direito Humano à Alimentação Adequada desses povos na fase inicial de estabelecimento do abrigo. O fato de não terem acesso aos alimentos tradicionais nem condições de produzir seu alimento e a situação de depender de doações de alimentos (com as quais não é possível fazer escolhas alimentares) tornaram essas populações vulneráveis no acesso à alimentação e aumentaram o consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Como estratégia para reduzir a insegurança alimentar, é necessário avaliar as ações implementadas junto à população refugiada. É fundamental que se pense em estratégias de capacitação e educação alimentar e nutricional, como aulas de agricultura urbana e fortalecimento das comidas tradicionais. Conside-

rando a falta de continuidade das ações e de avaliações pós-intervenções dos órgãos de ajuda humanitária, não é possível avaliar a eficácia dessas ações para a segurança alimentar dos refugiados migrantes.

Destacamos a insegurança alimentar como o grande vetor de enfermidades junto aos Indígenas no abrigo, principalmente às crianças Warao, que eram em maior número. No entanto, a insegurança alimentar ainda é constante para os refugiados que vivem em abrigos, com consequente vulnerabilidade social, falta de acesso à renda, estruturas precárias de higiene e maior propensão a doenças crônicas, em alguns casos, doenças incapacitantes, tornando essas populações principalmente dependentes de ajuda humanitária. Mais estudos são necessários para ampliar as estratégias de prevenção e promoção da saúde junto às populações refugiadas, bem como a revisão das políticas de acolhimento de refugiados e requerentes de asilo, considerando o processo de adaptação aos hábitos, costumes do país de reassentamento e estratégias de educação alimentar nutricional, valorizando, também, o respeito às tradições e práticas da cultura alimentar Indígena.

A saúde, num contexto de abrigo, é um desafio, devido à adaptação a esse novo contexto, totalmente diferente de seus territórios originais, na Venezuela. A falta de perspectivas e o estranhamento em relação a novos hábitos alimentares, de recreação, moradia e higiene prejudicam a saúde mental. As ameaças continuam, e desde a saída da operação Acolhida, os Indígenas são ameaçados para se deslocarem do antigo abrigo por estruturas do estado brasileiro. Atualmente os Indígenas estão sendo forçados a se deslocar do abrigo Pintolândia, que hoje é considerado uma comunidade espontânea autogestionado Yakera Ine.

Referências

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS NO BRASIL (ACNUR BRASIL). **Convenção de 1951**. Disponível em: <https://www.acnur.org.br/convencao-de-1951>. Acesso em: 23 nov. 2020.

AL-KHARABSHEH, Lina *et al.* Household food insecurity and associated socio-economic factors among recent Syrian refugees in two Canadian cities, **Border Crossing**. London, UK, v. 10, n. 2, pp. 203–214, 2020. doi: 10.33182/bc.v10i2.1161.

BOTELHO, Emilia; RAMOS, Luciana; TARRAGÓ, Eduardo. **Parecer Técnico no 208/2017/SEAP/6aC- CR/PFDC.** Brasília: Ministério Público Federal, 2017.

BRANDÃO, Inaê. Venezuelanos dormem no chão e dividem abrigo improvisado. **G1.** 5 jan. 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2017/01/venezuelanos-dormem-no-chao-e-dividem-abrigo-improvisado-em-rr.html>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. **Operação Acolhida.** Disponível em: <https://www.gov.br/acolhida/base-legal/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

DE RUDDER, E. A. Maury Chantal. **Guia Compacto das plantas medicinais.** São Paulo: Rideel, 2002.

FRATERNIDADE INTERNACIONAL – Federação Humanitária Internacional. **Missões Humanitárias.** Disponível em: <https://www.fraterinternacional.org/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

GARCÍA CASTRO, Alvaro Antonio. Mendicidad Indígena: Los Warao Urbanos. In: **Boletín Antropológico, Centro de Investigaciones Etnológicas.** Museo Arqueológico, Universidade de Los Andes, Mérida, 2000, p. 79-90.

GHATTAS, Hala *et al.* Food insecurity among Iraqi refugees living in Lebanon, 10 years after the invasion of Iraq: data from a household survey. **British Journal of Nutrition**, v. 112, n.1, p. 70–79, 2014.

MCKAY, Fiona H.; HAINES, Bronte C.; DUNN, Matthew. Measuring and Understanding Food Insecurity in Australia: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 3, p. 27, 2019.

NUNNERY, Danielle L.; DHAROD, Jigna M. Potential determinants of food security among refugees in the U.S.: an examination of pre-and post-resettlement factors. **Food Security**, v. 9, n. 1, p. 163–179, 2017.

RODRIGUES, Caíque. Venezuelanos Indígenas acusam Operação Acolhida e ACNUR de ameaçar cortar comida caso não troquem de abrigo: “humilhante”. **G1 Roraima.** 17 mar. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2022/03/17/venezuelanos-indigenas-acusam-operacao-acolhida-e-acnur-de-ameacar-cortar-comida-caso-nao-troquem-de-abrigo-humilhante.ghtml>. Acesso em: 23 nov. 2020.

WILBERT, Werner; LAFÉE-WILBERT, Cecilia Ayala. Los Warao, In:
Salud Indígena en Venezuela, v. II. Cordinador del projector: Germán Freire. Prepresa e Impresión Editorial Arte, 2007.



A ATUAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE COLETIVA INDÍGENA NA EMERGÊNCIA SANITÁRIA NO TERRITÓRIO YANOMAMI:

*os desafios e perspectivas
para a construção do
perfil profissional¹*

ADRIÁ MAIARA SARMENTO DE LIMA.
Pertencente ao Povo Macuxi, é graduada em Gestão em Saúde Coletiva Indígena (UFRR) e possui experiência como bolsista pesquisadora pela Fiotec, na Casai Y. Assessora Técnica Regional de Monitoramento na empresa Cáritas Brasileira, atuou como Conselheira de Saúde Distrital -DSEI/LRR, pela Organização APITSM (2023-2024). Atualmente, é discente (IFRR), cursando Licenciatura em Letras e Espanhol.

ALDIRENE MELCHIOR MATIAS AMIM.
Pertencente ao Povo Macuxi, tem Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena pela UFRR, Pós-graduação em Gestão de Saúde Pública (Faveni) e é pesquisadora Técnica de Gestão em Saúde Indígena - DSEI XINGU/MT.

BRENO CAÍQUE DA SILVA MONTEIRO.
Pertencente ao Povo Macuxi, tem Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena pela UFRR, é Especialista em Saúde Digital (UFG) e pesquisador independente no Núcleo de Estudos de Agroecologia e Segurança Alimentar Nutricional (Neasan). Atualmente, está no Programa Brasileiro de Eliminação da Oncocercose.

DIONANY LIMA MOREIRA.
Pertencente ao Povo Taurepang, é bacharel em Gestão em Saúde Coletiva Indígena pela Universidade Federal de Roraima. Atualmente, está cursando o 4º semestre do curso de Direito.

HELTON LIMA SILVA.
Pertencente ao Povo Wapichana, natural de Boa Vista (RR). Graduado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, atua como Técnico Sanitarista pelo CIEVS, do DSEI Yanomami, contribuindo para o fortalecimento da vigilância epidemiológica no território Yanomami. Possui experiência como: assistente administrativo da Associação do Povo Ye'kwana - SEEDUUME (2022-2023), Gestor em Saúde Coletiva Indígena (bolsista), pelo COE Yanomami (2023-2024), e Gerente de Área da Divisão Escolar Indígena pela Secretaria de Estado de Educação e Desporto de Roraima (2019-2022). Sua trajetória reflete o compromisso com a gestão e a saúde coletiva das comunidades Indígenas, promovendo o bem-estar e o fortalecimento de seus direitos.

LLEN PEREIRA DA SILVA.

EPertencente ao Povo Macuxi, é Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva Indígena e está cursando Pós-Graduação em Gestão em Saúde Pública e Saúde Coletiva. É natural do Município de Uiramutã e residente na comunidade Laje-Terra Indígena Tabalascada, Região Serra da Lua, no Município de Cantá. É ativista do Movimento Indígena de Roraima. Iniciou seus estudos na aldeia, onde concluiu o Ensino Fundamental. É fruto da educação escolar Indígena, sendo a única da família que teve a oportunidade de concluir o ensino superior em uma universidade pública.

LUCIRENE BENTO BARBOSA.

LUcirene Bento Barbosa, pertencente ao Povo Macuxi, é Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da UFRR (2019). Há um ano e cinco meses, atuou na Casai Yanomami e fez parte do projeto Contribuição para o Desenvolvimento do SasiSUS, considerando as vulnerabilidades emergentes e reemergentes em saúde. Atuou como gestora Indígena. Atualmente, trabalha em empresa privada.

JUCIMAR DOS SANTOS PEREIRA SILVA.

JUcimar dos Santos Pereira Silva, pertencente ao Povo Macuxi e nascida na comunidade Surumu/Pacaraima, é filha de Alcides Pereira (etnia Macuxi) e Betiza dos Santos (etnia Macuxi). É graduada em Gestão em Saúde Coletiva Indígena pelo Instituto Insikiran, da Universidade Federal de Roraima (UFRR), e Pós-Graduada em Saúde Pública pela Universidade Paulista (UNIP).

JERRY ANGELLY SILVA NASCIMENTO.

Jerry Angelly Silva Nascimento, pertencente ao Povo Macuxi, natural de Boa Vista (RR), é formada em Gestão em Saúde Coletiva Indígena e Gestão Pública. Atualmente, desempenha o papel de Gerente de Saúde Indígena no DSEI Yanomami, pela AgSUS, com foco na vigilância epidemiológica do território Yanomami (2024). Ao longo de sua trajetória profissional, acumulou experiências importantes: atuou como Gestora em Saúde Coletiva, pelo COE Yanomami (bolsista), apoiando o Centro de Referência em Saúde do Polo-base Surucucu e a Casai Yanomami (2023-2024). Trabalhou como supervisora dos agentes de proteção territorial pela Frente de Proteção Yanomami/Funai (2021-2023).

ROSEANE MORAIS CUNHA.

Roseane Moraes Cunha, pertencente ao Povo Macuxi, tem Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, pela UFRR.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconhece a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Para garantir esse direito, a Lei nº 8080/1990, Lei Orgânica do SUS, institui o Sistema Único de Saúde no Brasil. A Lei Arouca nº 9.836/99, de 23 de agosto de 1999, acrescenta dispositivos à Lei Orgânica do SUS, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), subsidiado pela União, e que se organiza territorialmente tendo como base 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). O SUS serve como retaguarda e referência ao SasiSUS, com adaptações estruturais para propiciar o atendimento em todos os níveis de saúde aos Indígenas. A partir da instauração do SasiSUS, a população Indígena passou a ter direito de participar de organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, como os conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), de 2002, garante aos povos Indígenas uma atenção integral e diferenciada, promovendo um modelo complementar de organização dos serviços voltados para a proteção, a promoção e a recuperação da saúde que garante uma rede de serviços nas terras Indígenas, de modo a superar as deficiências de cobertura e acesso ao SUS. A Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) foi criada com o Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, e é responsável pela atenção primária à saúde Indígena, coordenando, planejando, supervisionando, monitorando e avaliando os 34 DSEIs do Brasil.

O Curso de Graduação de Gestão em Saúde Coletiva Indígena foi criado em 2012, fruto de uma parceria entre o Movimento Indígena do estado de Roraima e a Universidade Federal de Roraima (UFRR). O curso é ofertado pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da UFRR, desde 2013, e sua primeira turma, com 42 alunos, foi formada pelas etnias Macuxi, Wapichana, Taurepag, Wai-Wai, Satere Mawé, Ingaricó e Ye'kwana; e, também, por dois alunos não Indígenas (pessoas que trabalham em alguma área da saúde Indígena). Em 2017, a UFRR cer-

¹ Destacamos que atuaram na Casai-Yanomami durante a resposta coordenada pelo Centro de Operações da Emergência em Saúde Pública por desassistência no território Yanomami (COE Yanomami) os seguintes gestores de saúde coletiva Indígena: Adria Matara Sarmiento de Lima, Aldirene Melchior Matias Amim, Ana Lúcia Santos de Almeida Mathias, Breno Caíque da Silva, Dionany Lima Moreira, Elen Pereira da Silva, Elissomara dos Santos Rodrigues, Glaucirleide Almeida de Castro, Helton Lima Silva, Janaina Feliciano Oliveira de Souza, Juci-mar dos Santos Pereira Silva, Kiusylene Souza da Silva, Luciene Bento Barbosa, Pierry Angelly Silva Nascimento, Roseane Moraes Cunha.

tificou a primeira turma de Gestores em Saúde Coletiva Indígena do Brasil. O curso foi avaliado e reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), com a nota máxima, 5.

O Gestor em Saúde Coletiva Indígena recebe uma formação abrangente, humanista, crítica e reflexiva, capacitando-se para desempenhar atividades no campo da saúde coletiva em todos os níveis de gestão e atenção à saúde. Sua atuação compreende a promoção da saúde e o aprimoramento da qualidade de vida, fundamentados em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural, política e econômica do seu entorno. Suas possibilidades de atuação incluem planejamento, execução, gestão e avaliação de políticas de saúde Indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, nas Secretarias de Saúde, em órgãos de políticas indigenistas, bem como a contribuição na formulação de políticas públicas destinadas à saúde dos povos Indígenas (UFRR, 2012). O Gestor em Saúde Coletiva Indígena desempenha um papel ativo na construção da rede explicativa dos problemas de saúde e no desenvolvimento de planos de ações voltados para abordar essas questões identificadas. Além disso, o profissional desenvolve ações educativas direcionadas à promoção da saúde, mobilizando a comunidade para participar ativamente dessas iniciativas. A articulação intersetorial é estimulada para promover sinergias e maximizar os esforços na promoção da saúde.

O presente artigo busca, a partir de *relatos de experiência*, refletir sobre o perfil profissional e os desafios encontrados pelos Gestores em Saúde Coletiva Indígena em sua primeira atuação profissional, trabalhando na Emergência Yanomami, no período de março de 2023 a maio de 2024, na Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai YY) e no Território Yanomami e Ye'kwana, especificamente nos polos-base Surucucu e Auaris. Este artigo foi desenvolvido a partir dos relatórios individuais das atividades dos gestores.

EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA EM TERRITÓRIO YANOMAMI

No dia 20 de janeiro de 2023, a Ministra da Saúde, Nísia Trindade, assinou um decreto que declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)

por desassistência no Território Yanomami e criou o Comitê de Coordenação da Emergência (COE) Nacional para coordenação da resposta diante da necessidade de ação urgente diante da crise enfrentada por esses povos Indígenas (Brasil, 2023a, p. 3).

O COE foi mobilizado em 26 de janeiro de 2023, com a responsabilidade de organizar as estratégias de resposta e medidas a serem empregadas para responder à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional no Território Yanomami e Ye'kwana, incluindo a mobilização de recursos para o restabelecimento dos serviços de saúde e a articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS. Participam da estrutura do COE Nacional todas as secretarias do Ministério da Saúde e Instituições como o MDR (Defesa Civil); a Casa Civil da Presidência da República, a Funai, a Organização Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Defesa, o Ministério da Justiça e Segurança Pública, o Ministério do Desenvolvimento Social e a Fundação Oswaldo Cruz (Brasil, 2023b).

Com o intuito de responder à emergência de saúde enfrentada pelo Povo Yanomami e Ye'kwana, foram recrutados 16 profissionais Gestores em Saúde Coletiva Indígena, pertencentes às etnias Macuxi, Taurepang, Wapichana e Sateré Mawé. A seleção foi conduzida por meio de análise curricular pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), em Brasília. Esses profissionais atuaram na Casa de Saúde Indígena Yanomami e Ye'kwana (Casai YY) em Boa Vista (RR). A contratação desses profissionais foi viabilizada de maneira emergencial pela Fiocruz, a partir do projeto “Contribuição para o Desenvolvimento de Estratégias para o Fortalecimento do SASI-SUS” (VPAAPS-Fiocruz), focando nas vulnerabilidades emergentes e reemergentes em saúde, especificamente no âmbito da Emergência em Saúde Pública no Território Yanomami.

Durante o diagnóstico da situação de desassistência, foram identificadas fragilidades tanto na assistência no território quanto na Casai-YY, que está localizada no bairro Cauamé, no centro de Boa Vista, capital do estado de Roraima, a 12km de distância do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Yanomami e Ye'kwana. O local conta com 21 alojamentos assim distribuídos: Parima/Parafuri, Hakoma, Maloca Paapiu/Kayanau/Haxiu, Homoxi, Auaris/Ye'kwana I, Auaris/Ye'kwana II, Sanoma-Malocão, Xiriana-isolamento, Casa de Madeira-Sanoma, Sanoma-Olomai, Xirixana, Casa de Inácio (Sanoma), Enfermaria Especial, Palimiu/Budu/Halikatou, Xitei/Waputha, Kataroa/Surucucu, Corredor Lab-Hosp (Sanoma), Amazonas e

região, Balawau e região, Lavanderia/Yawari e Marari. Esses alojamentos estão divididos em territórios, conforme as especificidades culturais dos grupos Indígenas, e, também, para evitar conflitos de grupos rivais. São eles: grupo Yanomami, grupo Sanoma, grupo Xirixana e Xiriana, grupo Amazonas e região, grupo Xexena e grupo Ye'kwana. Os alojamentos contam com atendimentos em saúde através da enfermaria especial (de cuidados especiais e permanentes), do Posto I e do Posto II. A Casai-YY havia sido estruturada para receber, no máximo, cerca de 400 pessoas, sendo que durante a emergência chegou a ter mais de 700, envolvendo pacientes e seus familiares. É importante sinalizar que as ações emergenciais na Casai-YY envolveram diversas instituições e profissionais com destaque para Sesai/MS, Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS), Força Nacional do SUS/MS, Médicos Sem Fronteiras (MSF), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) / Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA), Fiocruz, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), entre outros.

ATUAÇÃO DOS GESTORES EM SAÚDE COLETIVA INDÍGENA

Os Gestores em Saúde Coletiva Indígena atuaram na Casai Yanomami e nos polos-base de Surucucu e Auaris, Terra Indígena Yanomami, entre março de 2023 e maio de 2024. A atuação dos gestores contemplou as Buscas Ativas (BAs), o Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (Same), a Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) e o trabalho em laboratório. A seguir, traremos mais detalhes dessas atividades. É importante destacar que as ações dos gestores foram coordenadas e supervisionadas pela ponto focal Inara do Nascimento Tavares, docente do Curso de Graduação de Gestão em Saúde Coletiva Indígena, da UFRR, com apoio da coordenadora da COE Nacional, Ana Lúcia de Moura Pontes.

Todos os trabalhadores, independentemente de sua atividade e vinculação, tinham suas responsabilidades e atribuições descritas. Consideramos que, durante a resposta emergencial, com o envolvimento de um grande conjunto de instituições e pessoas, o maior desafio foi o espírito de

cooperação, a fim de que os objetivos de um atendimento digno, respeitoso e humanizado fosse ofertado à população Yanomami, Ye'kwana e Sanuma.

BUSCA ATIVA (BA)

A Busca Ativa é uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde implementada no SUS visando a reverter o modelo de demandas espontâneas, no qual o acesso aos serviços fica sob responsabilidade dos usuários. Na Busca Ativa, os profissionais de saúde é que vão buscar os usuários e, portanto, precisam conhecer o território, criar vínculos com as pessoas e dar resolutividade para os problemas encontrados.

Quando do início da resposta emergencial, a Casai-YY tinha uma equipe insuficiente para garantir o acompanhamento da totalidade de pacientes e familiares alojados. Dessa forma, a equipe trabalhava principalmente a partir de demandas espontâneas e urgentes. Observava-se também que não havia um completo mapeamento da população alojada e tampouco um monitoramento de necessidades e problemas de saúde. Dessa forma, se pensou na estruturação de uma equipe de Busca Ativa com Gestoras em Saúde Coletiva Indígena, que iriam regularmente visitar os mesmos alojamentos, criando vínculo, registrando melhor as informações sobre os pacientes e familiares e identificando precocemente quaisquer necessidades e problemas. Assim, as atividades realizadas nas visitas diárias aos alojamentos geraram dados para alimentar uma planilha com informações sobre os acolhidos nos 21 alojamentos. Cada gestora foi responsável por, em média, três alojamentos, atualizando os dados dos internados no banco de dados mantido em um arquivo digital hospedado no Google Drive da Busca Ativa, através dos *tablets* entregues pelo Centro de Operações em Emergência em Saúde (COE Yanomami). As visitas eram realizadas diariamente, assim como os diálogos com escuta das necessidades dos pacientes da Casa de Saúde Indígena do DSEI Yanomami, gerando as melhores formas de trabalhar a promoção em saúde dos programas de saúde contemplados pelo DSEI Yanomami em diferentes contextos, tornando o ambiente mais humanizado e respeitando as especificidades de cada povo. As gestoras acompanharam as Buscas Ativas (BAs) realizadas pela Equipe Multidisciplinar de Saúde (EMSI) nos alojamentos da sua

responsabilidade e, com isso, a equipe realizava a ação mais segura e confiante no resultado, pelo elo criado entre as gestoras e os pacientes. Diante também do perfil epidemiológico mapeado, houve a definição de algumas estratégias específicas como:

BA MALÁRIA – Realizada semanalmente pelos técnicos de laboratórios e pelo agente de endemias.

BA DE INCIDÊNCIA DE COVID-19 – Montada em tendas de teste rápido, evitando a realização da ação em lugar adequado para proteção de todos. As gestoras eram responsáveis por identificar todos do alojamento e confirmar os dados necessários para o preenchimento da ficha e do formulário.

BA DE COLETA DE EXAMES DE PARASITOSE – Realizada através dos enfermeiros dos postos I e II. O público-alvo foram as crianças e os adolescentes até 14 anos, com quem as gestoras dialogavam sobre a importância de fazer o exame e o tratamento.

BA DE IMUNIZAÇÃO – Teve como foco a síndrome gripal. A vacinação só ocorre depois de diálogo sobre a importância da prevenção.

Outras ações desenvolvidas na Casai-YY que gostaríamos de destacar foram:

CINEMA NA CASAI-YY: Ação diferenciada, pensando nos coletivos, com estratégia de levar descontração para os usuários. Às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras, as gestoras atuantes no turno noturno exibiam filmes de animação sobre educação em saúde, gerando um momento diferente para os acolhidos, pois muitos pacientes estavam há meses sem retornar para suas casas. A atividade também evitava muitos casos de pessoas saírem para a cidade, o que poderia gerar conflitos. Os maiores conflitos dentro da instituição vinham do uso abusivo de álcool e a realização das atividades noturnas pelos gestores visivelmente melhorou esse problema.

RECREAÇÃO E DIAS FESTIVOS: Ação de incentivo à produção de artesanato. As gestoras organizaram uma feira dentro da Casai para venda de seus produtos, e quem negocia é o próprio artesão, com o acompanhamento da gestora. Também foram realizados torneios de futebol feminino e masculino, brincadeiras de cabo de força, pula saco, corrida de limão, pinturas, danças tradicionais e outros. Nessa ação, todas as gestoras participavam de todas as brincadeiras.

INTÉRPRETES – Entre 30 de março e 15 de maio de 2023, trabalhamos com Agentes Indígenas de Saúde e acompanhantes alojados na Casai-YY como intérpretes para as equipes de saúde que atuaram na Casai-YY. Os intérpretes atuavam por duas semanas e recebiam um *Matehipe*, material de troca, como rede, sabão, linha de pesca, lanternas, bolas de futebol, roupas, tabaco e outros. Os intérpretes foram fundamentais para começar o diálogo com os pacientes e familiares. Eles eram responsáveis por avisar, à noite, sobre os exames que os pacientes precisavam realizar no dia seguinte. Antes dessa atuação, muitos pacientes perdiam os exames, pois não tinham conhecimento sobre os procedimentos, não realizavam o jejum necessário, o que fazia com que passassem mais tempo na Casai Yanomami.

Além dessas atividades, alguns dos profissionais gestores deram apoio no translado dos Indígenas da Casai para o aeroporto do convênio. O acompanhamento por profissionais é importante, para garantir que, a qualquer eventualidade que venha a ocorrer, eles possam fazer uma comunicação imediata.

SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO MÉDICO E ESTATÍSTICA (SAME)

O Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (Same) é fundamental para o funcionamento da Casai-YY, pois é o sistema de registro dos pacientes e familiares na sua trajetória assistencial. A Casai Yanomami conta com um sistema próprio para coleta e tratamento das informações dos pacientes acolhidos. As normas e as rotinas do Same envolvem organizar, arquivar e gerar dados sobre o paciente, além de realizar a internação dos pacientes que chegam à Casai, com dados de todos os seus acompanhantes, até receber alta médica. No início da emergência, havia uma equipe limitada de profissionais atuando,

incompleta, para todos os dias da semana. Dessa forma, a incorporação de um Gestor em Saúde Coletiva Indígena foi fundamental para a agilidade no serviço. O gestor exercia as atividades de recebimento, organização, arquivamento, resgate e identificação dos prontuários de pacientes, além de atuar em:

- Organização dos prontuários;
- Baixa no Sistema do Same. Ex.: altas, transferência, óbitos e evasão;
- Resgate de prontuários;
- Arquivamento de prontuários;
- Envio de prontuários para a Base Histórica;
- Atualização da lista de alta;
- Atualização do comunicado interno enviado à chefia;
- Internação de pacientes e acompanhantes;
- Identificação de pacientes e acompanhantes com pulseiras de identificação.

UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (UVE)

A Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) é o setor responsável pela alimentação dos Sistemas de Informação do SUS e, também, contava com somente uma enfermeira profissional responsável para gerenciar as seguintes atividades:

- *Sistema de Informação Agravos e Notificação (Sinan)*, que tem como objetivo coletar e processar os dados sobre agravos de notificação no Território Yanomami, fornecendo as informações para a análise do perfil de morbidade e contribuindo para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal;
- *Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)*, que é utilizado pelo sistema nacional de laboratórios de saúde pública das redes nacionais de laboratórios de vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, proporcionando o gerenciamento das rotinas, o acompanhamento das etapas para realização dos exames/ensaios e a obtenção de relatórios produção/epidemiológicos/analíticos nas redes estaduais de laboratórios de saúde pública;

- *Infecção Latente da Tuberculose (ILTB Web)*, que visa, a partir da notificação e do acompanhamento das pessoas em tratamento, a construir o panorama epidemiológico da infecção latente pelo ILTB nos municípios, monitorando o cuidado prestado a esses indivíduos nos serviços de saúde e gerando informações para que melhor representem a realidade do estado, subsidiando a tomada de decisão;
- *E-SUS Notifica*, que é um sistema de informação disponibilizado pelo Ministério de Saúde para permitir a notificação imediata de casos leves e moderados de síndrome gripal suspeitos e confirmados de Covid-19.

A atuação da Gestora em Saúde Coletiva Indígena na Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) da Casai Yanomami foi fundamental para o bom andamento das atividades de gerenciamento e organização da unidade. A presença dessa profissional trouxe uma significativa otimização das demandas e dos desafios enfrentados naquela localidade, especialmente em um contexto de vulnerabilidade como o da saúde Indígena.

Durante o tempo em que esteve presente, a Gestora foi essencial para apoiar o único profissional atuante na unidade, permitindo que ele pudesse executar suas funções de maneira mais eficiente e estratégica. Sua atuação foi capaz de coordenar ações de prevenção e controle de doenças, além de aprimorar o acompanhamento das necessidades de saúde da população Yanomami, gerando resultados positivos na organização do serviço e no alcance das metas estabelecidas.

Na UVE/Casai Yanomami ocorrem as seguintes atividades em que os gestores se envolveram:

- Coleta e processamento de dados;
- Inserções de informações nas plataformas digitais e servidores locais do Ministério da Saúde: Sinan, E-SUS-notifica, ILTB Web;
- Oficialização de agravos para rede municipal responsável pela base do Sinan-Local, podendo também ser através de planilhas paralelas;
- Preenchimento de boletins mensais de monitoramento;
- Inserções e encerramento de agravos notificáveis via Sinan;
- Envio ao Núcleo de Epidemiologia/Diasi/DSEI-Y, para serem inseridos no servidor Siasi 4.0;
- Envio semanal de *e-mail* do Monitoramento de MDDA para o

- município;
- Inserção de dados, via SINAN, de resultado de bacilos-copia de controle, relacionado aos que fazem tratamento de tuberculose;
- Atualização de livros de acompanhamento de agravos notificáveis.

No entanto, é importante ressaltar que, apesar da importância do trabalho realizado, a profissional não pôde dar continuidade ao serviço, sendo seu contrato limitado a um período de apenas um ano. Esse tempo restrito de atuação, aliado à desvalorização de seu trabalho, resultou na perda de uma oportunidade valiosa de garantir a continuidade de um trabalho estruturado e de qualidade, essencial para o fortalecimento da saúde coletiva Indígena. A descontinuidade dos serviços prestados, além de prejudicar a estabilidade da gestão local, enfraqueceu a capacidade da unidade em atender de forma consistente e contínua às necessidades da população Yanomami.

Assim, está sendo possível uma atuação primordial para continuidade de atividades do setor. Como avanços desse trabalho, podemos apontar a melhoria na atualização das informações, que permitiu maior articulação e agilidade na atuação das ações de assistência e implantação da vigilância nos alojamentos da Casai; e Busca Ativa semanal. Entretanto, esse trabalho tem enfrentado desafios pela falta de equipamentos como computadores e acesso à internet de qualidade, falta de insumos de consumo e materiais permanentes e de mobília. Também devemos destacar que observamos uma cultura institucional de restrição do acesso e da divulgação de informações.

TRABALHO NO LABORATÓRIO

OGestor em Saúde Coletiva Indígena que trabalhou no laboratório executou atividades de administração dos fluxos dos serviços, como controle de materiais; controles dos atendimentos através de planilhas, elaboração de relatórios mensais que devem ser encaminhados à chefia da Casai, elaboração de gráficos; coleta de dados; qualificação

de dados dos serviços desenvolvidos pelo setor; monitoramento da organização do ambiente, com usos dos equipamentos de proteção individual e coletivo, acompanhamento das buscas ativas e promoção do setor.

O laboratório tem, como normas gerais, o uso obrigatório de jaleco manga longa; o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI); o uso obrigatório de sapato fechado; a apresentação da carteira de vacinação em dia. Em caso de falta, os funcionários devem comunicar e enviar o atestado médico ao chefe imediato antes de encaminhar à equipe de Recursos Humanos (RH) da Unidade, a fim de que o coordenador fique ciente e possa providenciar a substituição imediata do servidor.

ATUAÇÃO NA TERRA INDÍGENA YANOMAMI

AEmergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) no Território Yanomami foi baseada na desassentença nesse território, que era decorrente de problemas na organização logística de transporte aéreo, falta de profissionais de saúde, precariedade da infraestrutura, falta de insumos, mas também decorrente da situação de insegurança e violência gerada pelo garimpo ilegal, que levou ao fechamento de sete polos-base e diversas unidades de saúde. A partir dos dados epidemiológicos do DSEI-YY, identificaram-se as regiões mais vulnerabilizadas, com piores indicadores de mortalidade, particularmente infantil, casos de malária e maior número de remoções. A partir desses critérios, definiram-se duas regiões estratégicas para a atuação da resposta emergencial, que foram os polos-base de Surucucu e Auaris, no estado de Roraima.

A primeira entrada de uma Gestora em Saúde Coletiva Indígena, no Centro de Referência em Saúde do Polo-base Surucucu, aconteceu em abril de 2023. Em maio de 2023, um gestor passou a atuar no Polo-base Auaris. Assim, os gestores puderam exercer, na prática, trocas de conhecimentos com os parentes, processo muito discutido durante a formação acadêmica. A atuação em território pautou-se no cuidado e no respeito aos saberes dos povos originários, valorizando a escuta qualificada para contextualizar o território, construir planejamentos estratégicos e a relação de confiança com os parentes. É importante destacar a valorização e o reconhecimento dos parentes, que reconhecem os Gestores em

Figura 1 – Mapa do espaço territorial do DSEI Yanomami



Fonte: Relatório Integrado de ações – Emergência Yanomami/ Ministério da Saúde, 2023.

Saúde Coletiva Indígena como tal: parentes Indígenas. Isso nos dá um olhar mais sensível para realizar o diagnóstico situacional e o planejamento dos fluxos estratégicos de atuação com respeito às diversidades encontradas.

CENTRO DE REFERÊNCIA DO POLO-BASE SURUCUCU

No Polo-base Surucucu, a estratégia definida foi a estruturação de um Centro de Referência em Saúde Indígena, com vistas a ampliar a resolutividade da assistência na região e diminuir o número de remoções. O Centro de Referência em Surucucu (CRS) foi implantado pela Sesai, em parceria com a ONG Expedicionários da Saúde (EDS), que inicialmente montou uma infraestrutura provisória, em abril de 2023, e realizou reparos nas instalações do polo-base, ampliando espaços de atendimento e alimentação dos pacientes. Foi implantado um espaço adequado para atendimento de casos graves e urgências, procurando

estabilizar pacientes ou evitar remoções; ampliou-se a farmácia; reestruturou-se a sala de vacinas; e instalaram-se alguns equipamentos para diagnóstico laboratorial. Também se implantou o Centro de Recuperação Nutricional (CRN), articulado por CGAN/Saps, Opas, Imip, Sesai, entre outros,² visto que a desnutrição crônica é um agravante para outras doenças e causa importante de mortalidade infantil na região.

A Gestora em Saúde Coletiva Indígena entrou no território no mês de abril de 2023, para apoiar a gestão do 1º Centro de Referência em Saúde dentro de território Indígena. Ela sabia também que o Polo-base Surucucu seria muito complexo, com enormes demandas surgidas com o desastre da falta de saúde na região, e que precisaria organizar os fluxos de permanência das equipes e criar um ambiente mais acolhedor aos pacientes. Chegando ao polo-base, a primeira tarefa foi o apoio administrativo ao COE, com a atuação de várias instituições envolvidas na recuperação da saúde do Povo Yanomami, como os Expedicionários da Saúde (EDS); a Força Nacional do SUS (FN-SUS); a Força Nacional de Segurança Pública (FNSP); a Fiocruz e o EpiSUS.

A constante troca de equipes de saúde e a entrada de materiais no Polo-base Surucucu acontecendo quinzenalmente, nos dias 1º e 16 de cada mês. Em toda quinzena, realizávamos uma reunião com as equipes atuantes no polo para alinharmos as metas, as rotinas e, principalmente, a escala das missões nas comunidades, o que é o ideal para a atenção básica em território. A EMSI do Centro de Referência teve que estruturar novos fluxos de apoio à equipe: o COE apoiou com a contratação de profissionais, incluindo cozinheiros e auxiliares de cozinha, para os pacientes (acompanhados pela nutrição), e, para a equipe, uma equipe de limpeza e uma equipe de manutenção de motores, das tendas do centro, de consertos e pequenas construções. Também contamos com a equipe da Força Nacional de Segurança para a segurança das equipes, devido à persistência da presença de invasores, e com a equipe da Frente de Proteção Etnoambiental Yanomami e Ye'kwa-na/Funai, reativando a Base de Proteção Etnoambiental na região de Surucucu.

O enfermeiro gestor acompanhava para ver o desenvolvimento das atividades da equipe multidisciplinar de saúde (EMSI) no Centro de Referência, passando pelos redários verde e amarelo, tapiri

² Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps)/MS, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip), Secretaria de Saúde Indígena (Sesi).

dos redários, sala vermelha, triagem e pelo Centro de Recuperação Nutricional (CRN).

No CRN, oferecemos apoio na elaboração de documentos, acompanhamento dos alimentos com o pedido quinzenal, planilhas de acompanhamento do gás de gasolina e materiais, na escala do AIS, na mediação de conflitos entre equipe e Indígenas, na articulação com outras instituições como EDS, Funai, Pelotão Especial de Fronteira (PEF) e outros; dando suporte para outros polos-base e UBSI.

O apoio na logística é muito importante, pois, com ele, os profissionais de saúde não precisam parar seu fluxo de atendimento para dar suporte à chegada dos materiais na pista. Acompanhamos o recebimento dos materiais com o apoio dos FN e EDS, na chegada e na saída, ficando sempre alinhados, porque dependíamos de um e outro. Realizávamos o apoio na coordenação de logística de remoção e resgate, e o apoio na logística do *buru buru* (helicóptero), que realiza várias pernas durante o dia para realizar as trocas de equipe ou distribuir materiais nas UBSI de Xitei, Parafuri, Waputha, Olomai e outros. Acompanhávamos o fluxo da logística até não ter nenhum material na pista. Antes, os profissionais deixavam de atender para fazer esse serviço, mas passaram a contar com o apoio do gestor.

Assim, a rotina de trabalho executada pela Gestora de Saúde Coletiva Indígena no Território/Polo-base Surucucu, envolveu:

- A administração, com elaboração de documentos, planilhas de controle dos setores, pedidos da quinzena, lançamento dos prontuários no sistema de controle de dados, organização das fichas de pacientes, identificação das datas de nascimento (DN), atualização do censo populacional da região de Surucucu, trabalho com os informes, relatórios e solicitações do Centro, acompanhamento da manutenção dos motores do polo;
- Controle de estoque de gás de cozinha, oxigênio, combustíveis e lubrificantes, fazendo o pedido quinzenal e recebendo esses materiais;
- Apoio na organização do lixo e de materiais como balas de oxigênio, carotes e botijas vazias, para enviar para Boa Vista, sempre atenta para aproveitar os voos;
- Acompanhamento do retorno dos pacientes de alta

- para a região, para acolhê-los até seu retorno à sua comunidade;
- Acompanhamento dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), nas escalações de atuação no Centro de Referência, com alojamento e alimentação, participação nas orientações, apoiando os responsáveis técnicos (RT) dos AIS e AISAN e a gestão do polo;
 - Ação de Educação em Saúde sobre o lixo, limpeza do entorno do polo-base, com participação dos AISAN e Indígenas da região;
 - Apoio nos alojamentos das equipes da Força Nacional de Segurança e da equipe Multidisciplinar de Saúde do DSEI YY, acompanhando a escala dos profissionais no período de atuação no polo;
 - Apoio à nutrição na gerência das cozinhas dos pacientes e na cozinha das equipes, com a organização e a dinâmica das atividades, realizando o levantamento do ideal para manter as refeições, acompanhando a lista padrão de alimentação conjuntamente com as equipes.

POLO-BASE AUARIS

A região do Polo-base de Auaris foi outra prioridade da resposta emergencial, pois era onde havia o maior número de casos de malária – e com muita demanda de remoções. Essa região representa um desafio, pois tem um grande fluxo de pessoas na fronteira com a Venezuela e, também, de regiões sem assistência à saúde.

Nessa região, a partir de maio de 2023, começou a atuação de um Gestor em Saúde Coletiva Indígena, cujo ponto forte da atuação foi a escuta qualificada nas comunidades Sanumã e Ye'kwana. A partir da escuta qualificada, se construiu uma relação de confiança tanto como profissional quanto como parente Macuxi. Foram realizadas várias reuniões nas comunidades próximas e, assim, o gestor pôde conhecer o universo sociocultural, o que o levou a dar suporte/apoio para a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). O gestor procurou compartilhar os conhecimentos Indígenas no processo saúde-doença-cuidado, fundamental para as ações e a gestão dos serviços de saúde Indígena. Essa relação

propiciou um melhor gerenciamento das práticas de forma mais adequada às demandas de saúde da população Indígena, destacando o suporte aos Agentes de Saúde Indígena (AIS). Anteriormente, os AIS estavam desvalorizados e descolados do seu papel na EMSI, pois eram tratados como alguém para carregar água, fazer faxina, cozinar para os pacientes.

Destacamos algumas dificuldades na logística desse território, como a frágil comunicação com a equipe de logística em Boa Vista (RR), o que cria um empecilho de organização na área. Quando o voo era de rotina, a maior dificuldade era levar os materiais até o polo-base, pois não havia suporte para o translado dos materiais, como triciclo ou carrinho para levar os vários volumes. A rotina de trabalho executada pelo Gestor em Saúde Coletiva Indígena em Território, no Polo-base Auaris, envolveu:

- Reuniões/articulação com as Lideranças Indígenas presentes no Território (*tuxauas*, presidente de associação, conselheiros, professores e comunidade) com o objetivo de compreender as demandas e apoiar a interlocução entre os povos Indígenas e os profissionais de saúde do DSEI, os Médicos Sem Fronteiras (MSF) e o pessoal da Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA)/ Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) para que a estratégia de saúde fizesse sentido e tivesse adesão, assim como para garantir o respeito aos costumes e tradições da comunidade. Todas as atividades realizadas pelo profissional de gestão em saúde coletiva Indígena partem dos princípios do bem-viver (fortalecimento e engajamento comunitário);
- Diálogos com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) a fim de que eles tivessem voz e tivessem supervisão adequada para o seu trabalho;
- Mediação de conflitos entre os profissionais de saúde e os povos Indígenas; (particularmente em casos de recusa de tratamento ou de remoção);
- Suporte logístico para as equipes que fazem missões em subpolos, sempre atentos à segurança dos profissionais, à demanda de suprimentos, água, gás, bala de oxigênio e combustível.

CONCLUSÃO

E de suma importância o papel do Gestor em Saúde Coletiva Indígena nos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, pois esse é um profissional qualificado para propor, estruturar, organizar e implementar ações de prevenção aos agravos à saúde nos níveis nacional, estadual e municipal. O gestor realiza um trabalho coletivo, que envolve a comunidade, sustentado pelo tripé interdisciplinar composto por epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciência Indígena.

Ressaltamos que esse profissional está apto para trabalhar no planejamento, na organização e na implementação de políticas públicas de saúde Indígena, bem como gerenciar a coleta de informações nos bancos de dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e demais sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS). A presença do Gestor em Saúde Coletiva Indígena soluciona um problema recorrente da equipe multidisciplinar de saúde Indígena, que está sempre incompleta e sobrecarregada. Frequentemente, o profissional deixa de prestar atendimento aos pacientes nas comunidades para se dedicar a atividades administrativas nos DSEIs. O Gestor em Saúde Coletiva Indígena está qualificado para desenvolver essas atividades. As experiências de atuação dos gestores na Casai Yanomami, no Centro de Referência em Surucucu e no Polo-base de Auaris, são exemplos do potencial e dos desafios na sua atuação, que procuramos relatar neste texto.

Reforçamos, aqui, a importância da atuação desse profissional nos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIs), nos territórios, nos polos-base, nas referências de saúde Indígena/coordenações de saúde Indígena, Casa de Saúde Indígena (Casai) e reafirmamos que ele contribui de forma positiva no cenário da saúde dos povos Indígenas do Brasil. É um profissional sanitarista que está qualificado para atuar na educação permanente dentro dos DSEIs, podendo fazer o acolhimento dos profissionais de saúde antes de entrarem para o território e mantendo sempre o diálogo com as equipes de profissionais dos DSEIs.

Em 8 de maio de 2024, os Gestores em Saúde Coletiva Indígena foram contemplados no processo seletivo de contratação profissional da conveniada Missão Evangélica Caiuá, com o cadastramento para vaga reserva, entretanto, com um salário que não condiz com o piso salarial para ensino superior. Analisando o edital, a nossa categoria profissional é a de menor valor na forma-

ção superior. Observamos que, além de anos de luta em prol do reconhecimento dessa categoria profissional na saúde Indígena, quando somos contemplados, o salário ainda não condiz com a nossa realidade. Outro desafio é que precisamos de apoio político que crie uma portaria de reconhecimento profissional.

Em nossa luta por reconhecimento profissional, tivemos que vivenciar violências no espaço de trabalho e passar por assédio moral, o que é muito desafiador. Essa realidade de racismo estrutural nas instituições e nos espaços da saúde Indígena mostra uma grande fragilidade que se reflete na qualidade da assistência de saúde, pois observamos que esses profissionais estão acostumados a trabalhar em um ambiente doentio, adoecedor e tóxico.

Não é fácil abrir caminhos quando se está na floresta, você precisa de um facão para ir cortando o mato até o destino ao qual quer chegar, abrir passagens para as próximas gerações, fazer articulações entre instituições governamentais e de ensino para a inclusão do profissional Gestor em Saúde Coletiva Indígena na saúde Indígena. Quando, em 2023, surge a emergência sanitária de saúde do Povo Yanomami, surge uma luz no fim do túnel. São anos lutando por uma oportunidade, já falamos sobre os Gestores em Saúde Coletiva Indígena em todos os espaços e mobilizações, porém insistem em não nos notar. Já ouvimos de tudo, como, por exemplo, que devemos fazer outro curso de graduação, que esse não serve. Somos sempre questionados: *vocês são o que, mesmo? O que vocês fazem?* Você explica, e continuam insistindo em não entender a sua profissão. Mas vamos continuar resistindo: “A luta continua. Unidos, venceremos!”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

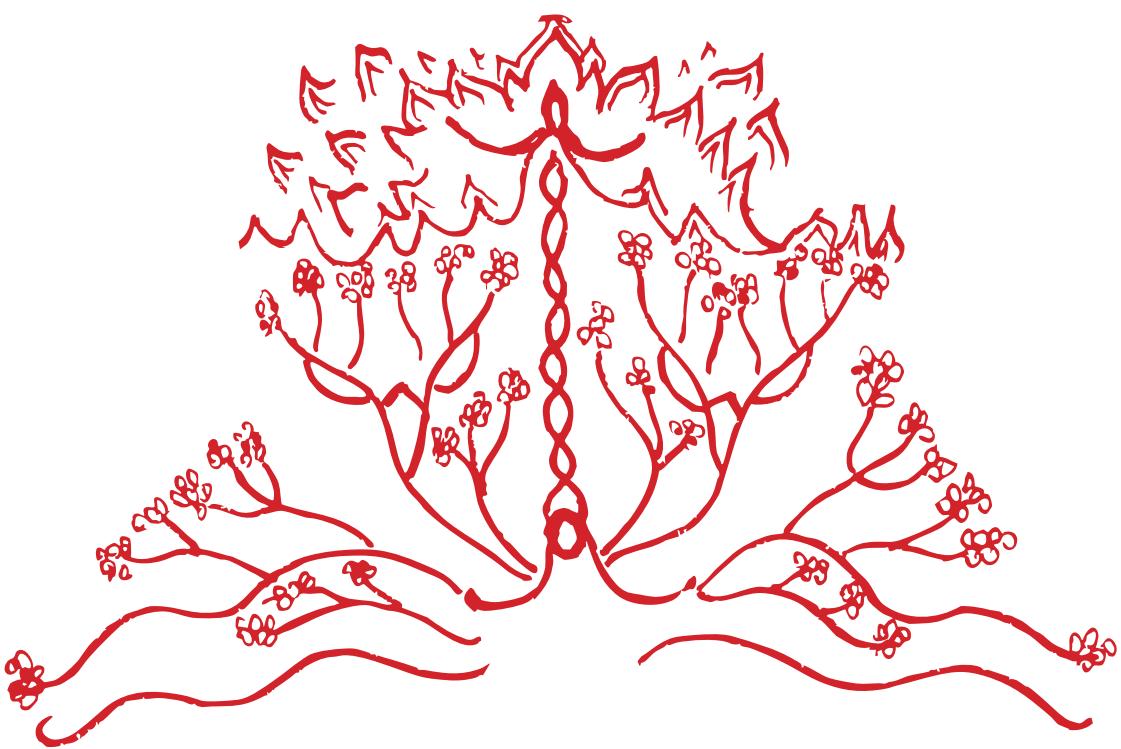
BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Missão Yanomami**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Secretaria de Saúde Indígena. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Plano de Ação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública por Desassessência no Território Yanomami** [recurso eletrônico] / Ministério

da Saúde, Secretaria de Saúde Indígena, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Brasília : Ministério da Saúde, 2023b.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à saúde Indígena e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n.03, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA (UFRR). Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena. **Projeto Político Pedagógico Curso de Bacharelado Gestão em Saúde Coletiva Indígena**. Boa Vista: UFRR, 2012.



Capítulo 11

I SEMINÁRIO UNIFICADO DE CAPACITAÇÃO PARA CONSELHEIROS INDÍGENAS LOCAIS:

um relato de experiência

LUCIENE BENTO BARBOSA.

Pertencente ao Povo Macuxi, é bacharel em Gestão Saúde Coletiva Indígena, pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena (UFRR) (2019).

ANA PAULA BARBOSA ALVES.

Professora no Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena, do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena da UFRR, é mestre em Ciências da Saúde pelo Procisa (UFRR) (2013).

Introdução

Sou Lucirene Bento Barbosa, pertenço ao povo da etnia Macuxi, sou bacharel em Gestão em Saúde Coletiva Indígena pelo Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena (UFRR) (2019). Há um ano e cinco meses estou atuando na Casa de Saúde Indígena (Casai Yanomami), faço parte do projeto Contribuição para o desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento do SasiSUS, considerando as vulnerabilidades emergentes e reemergentes em saúde, atuando como gestora Indígena.

O estado de Roraima está localizado na Região Norte do Brasil, fazendo divisa, ao norte, com a Venezuela e a Guiana, e, ao sul, com o Amazonas e com o Pará. Possui 15 municípios e se divide em 34 terras Indígenas. Com os primeiros resultados do Censo Indígena, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2022, vivem no estado 97.320 pessoas Indígenas, certificando que essa população duplicou em relação ao censo do ano de 2010, quando 49.637 Indígenas ocupavam a área de 10.370.676 hectares (IBGE, 2023; IBGE, 2021; IBGE, 2010). As principais etnias Indígenas são: Macuxi, Wapichana, Taurepang, Ingarikó, Wai-Wai, Yanomami, Ye'kwana, Sanumá, Sapará, Patamona e Waimiri-Atroari (Alves *et al.*, 2019; IBGE, 2010; Ricardo; Ricardo, 2011).

A atenção aos povos Indígenas nacionalmente e em Roraima segue um modelo de gestão em saúde organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), totalizando 34 unidades gestoras descentralizadas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) (Brasil, 2019), implantados oficialmente em 1999, com o encargo de assistir à população Indígena em terras Indígenas. Os DSEIs são uma rede integrada de serviços de saúde, em nível de atenção primária à saúde, apropriados às necessidades de saúde da maioria da população. Esses serviços ofertados devem abranger a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, caracterizando-se como um sistema local de saúde, de forma integral, hierarquizado e articulado com os saberes tradicionais e com a rede do Sistema Único de Saúde.

Os modelos dos DSEIs obedecem às diversidades e particularidades de cada povo Indígena. Em Roraima, existem dois DSEIs: o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kwana (DSEI Yanomami) e o Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima (DSEI Leste de Roraima) (Garnelo, 2012). O DSEI Leste de Roraima é responsável por 11 regiões: Amajari, Murupu, Serra da Lua, Tabaio,

Baixo Cotingo, Wai-Wai, São Marcos, Serras, Surumu, Raposa e Ingarikó; com 34 polos-base, 72 equipes e 317 comunidades Indígenas.

A Constituição Federal brasileira de 1988 determina que a saúde é um direito e afirma, em seu capítulo referente à saúde e à seguridade social, a participação social no âmbito das políticas de saúde. A participação dos usuários em todas as etapas de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) é chamada de controle social, o qual é regulamentado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo os Conselhos de Saúde (Brasil, 2011).

Os Conselhos de Saúde são as instâncias de controle social instituídas para a participação da sociedade no Sistema Único de Saúde (SUS) nos diversos níveis de governo (federal, estadual e municipal) e funcionam de modo regular em todo o Brasil. A permanência e o funcionamento dos Conselhos de Saúde são alguns dos critérios para o repasse de recursos pelo SUS. Com a implementação dos DSEIs, a população Indígena passou a participar nas etapas de planejamento e implantação das políticas de atenção à saúde, sendo representados pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), órgão responsável pelo controle social (Garnelo, 2012). A gestão participativa da população nas etapas da implementação das políticas públicas com relação à saúde, junto ao SUS, é chamada de Controle Social (Brasil, 2013).

A participação social pode ser entendida como a competência que os sujeitos têm de intervir na tomada de decisão em todos os aspectos que afetam, de forma direta e indireta, a sua vida. Ressalta-se, nessa noção, o sentido de tomada de decisão como algo que atinge o coletivo social. Portanto, as condições de efetividade e bom desenvolvimento da participação social expressam a eficiência ou a deficiência do Estado, podendo resultar em equidade social ou injustiças sociais (Esperidião *et al.*, 2014).

O controle social é um importante elemento de gestão, pois representa um meio privilegiado de escuta das necessidades dos usuários de um sistema de saúde. Ele possibilita, também, a participação no planejamento, na tomada de decisões e na avaliação das ações de saúde desenvolvidas

nas unidades de saúde e nos níveis mais centrais do processo de gestão. “[...] É um espaço onde o governo recebe informações sobre os problemas enfrentados pela sociedade e propõe recursos para resolvê-los” (Baniwua; Karipuna, 2012 *apud* Garnelo, 2012, p. 217). Um de seus grandes desafios é se afirmar como força política (Esperidião *et al.*, 2014).

A portaria ministerial no 755, de 18 de abril de 2012, dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Saúde Indígena, criando três instâncias permanentes: Conselhos Locais de Saúde Indígena – somente com Indígenas, de caráter permanente e consultivo –; Conselhos Distritais de Saúde Indígena – paritário entre Indígenas (50%), gestores (25%), e trabalhadores (25%), de caráter permanente e deliberativo –; Fórum Nacional de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – formado pelos 34 presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, de caráter permanente e consultivo (Brasil, 2012).

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em 1999 (Brasil, 1999), da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, em 2002 (Brasil, 2002), e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesiá), pela Lei no 12.314, de agosto de 2010 (Brasil, 2010), com um modelo de assistência à saúde “diferenciado”, não trouxe aos povos Indígenas, até o momento, a tão almejada saúde diferenciada. Os povos Indígenas ainda vêm enfrentando dificuldades no campo da saúde, tanto no nível nacional como no estadual, como a dificuldade de acesso a serviços nos diferentes níveis de atenção, resolutividade nas ações, integralidade nos atendimentos e falta de uma gestão adequada dos recursos às especificidades de cada povo Indígena (Altini *et al.*, 2013).

Este texto é um produto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido no Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva Indígena (CGSCI), que funciona no Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, da Universidade Federal de Roraima, realizado em 2018 e orientado pela professora M.e Ana Paula Barbosa Alves. A relevância deste trabalho está no sentido de que a participação social se mostra aliada da gestão pública, principalmente se analisada por meio da gestão participativa. Além disso, vislumbra-se o enriquecimento das informações que serão obtidas e, consequentemente, que poderão subsidiar futuras pesquisas, servindo de referência, e que resultarão no crescimento e no desenvolvimento do saber. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, por meio do qual se

buscou elucidar a seguinte questão: quais são as principais necessidades e os problemas de saúde identificados pelo Condisi-Leste-RR? Assim, procuramos relatar a experiência vivenciada no acompanhamento do I Seminário Unificado de Capacitação para Conselheiros Locais Indígenas, das 11 regiões de abrangência do DSEI Leste de Roraima, realizado por esse distrito no período de 28 de agosto a 1º de setembro de 2017.

O estudo foi realizado a partir da participação no referido seminário do Condisi-Leste-RR, realizado no Centro Regional Lago Caracanã, no Município de Normandia (RR). Um dos métodos usados na capacitação foi a realização de uma peça de teatro em que os conselheiros teriam que responder às seguintes perguntas sobre o controle social: Como funciona? Quais são as dificuldades? Quais são os avanços? Quais são as propostas e soluções? Para tal, formou-se um grupo por região, e cada região elegeu um representante para apresentar o resultado final da pergunta formulada no seminário. As ideias foram interessantes, cada região com as visões próprias de gerir seus conselheiros, dentro do que o Condisi preconiza. O método foi aceito pelos conselheiros e criou uma troca de diálogo acalorada e muito interessante.

Para a participação no evento e a elaboração do TCC, foi solicitada a anuênciia do Condisi-Leste-RR e da Coordenação do DSEI Leste de Roraima. Assim, eu, Lucirene Bento Barbosa, participei de uma assembleia distrital, solicitando aos conselheiros e lideranças Indígenas a anuênciia para participar do “I Seminário Unificado de Capacitação para Conselheiros Locais Indígenas”, no qual contei um pouco da minha história familiar e acadêmica. Sou pertencente do Povo Macuxi, da comunidade Indígena Pium/Tabaio; sou filha de uma grande liderança Indígena, o senhor Evaristo Chagas Barbosa, atualmente aposentado. Depois de apresentar o projeto e os objetivos, recebi a autorização, por unanimidade.

Nesse sentido, destacamos os principais desafios que o Condisi-Leste-RR vem enfrentando na gestão da saúde Indígena, bem como as principais demandas de saúde descritas nos relatos das lideranças no referido seminário, e as soluções desenvolvidas para atender às demandas dos polos-base de cada região pelas quais são responsáveis. Desse modo, este relato está organizado com os seguintes pontos princi-

país observados: funcionamento do Controle Social nas regiões; principais demandas e propostas; e dificuldades encontradas pelos conselheiros na gestão participativa e no controle social. A partir dessas pontuações, foi possível realizar algumas reflexões sobre a situação da gestão da saúde Indígena e do controle social a partir da experiência do Condisi-Leste-RR, no determinado período vivenciado.

Funcionamento do Controle Social nas regiões

Os povos Indígenas buscam, por meio dos movimentos sociais, melhorias na saúde Indígena e em todos os setores que são importantes para o bem-viver em seus territórios. Vale ressaltar que quem vem contribuindo para o fortalecimento da saúde Indígena são as organizações e lideranças Indígenas, que reivindicam e buscam sua participação e sua autonomia nas possíveis decisões políticas de saúde do Brasil, por meio da identidade étnica e cultural.

Para os conselheiros, as participações Indígenas deverão ocorrer em todas as etapas de planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). O controle social nas regiões funciona por meio da reunião dos conselheiros locais das regiões; de palestras junto às equipes multidisciplinares para a conscientização sobre os direitos da população Indígena; e de parcerias junto aos conselhos distritais, lideranças Indígenas e escolas; de planejamento organizado e cronograma de trabalho com visitas aos polos-base; de valorização da fiscalização dos recursos destinados à saúde Indígena; de avaliações das equipes, dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN); de acompanhamento nos atendimentos em diversos aspectos como transporte, atendimento médico e odontológico e, ainda, com a equipe de endemia, conforme seu cronograma de atendimento; de reuniões distritais para a deliberação das demandas do conselho local de saúde para o DSEI Leste de Roraima e o Sesai. O entendimento dos conselheiros coaduna com que afirma o art. 8º, do Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Em seu §4º, cada DSEI terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes atribuições:

- I. Aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena; II. Avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária de sua reprogramação parcial ou total; e III. Apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio (Brasil, 1999, p. 2).

Hoje, os conselheiros Indígenas podem participar das reuniões, ter voz, participar na elaboração de planos e no planejamento da saúde Indígena, sendo isso uma conquista para os povos Indígenas. Os Conselheiros Distritais seguem as normas do regimento do Condisi, atualizado em 2023 (Condisi, 2023), trabalhando de acordo com o regimento para poder alcançar os objetivos esperados e repassar aos conselheiros locais, que repassam para as bases. O papel dos conselheiros é de extrema importância para o atual contexto da saúde Indígena, já que são o elo entre o DSEI e as comunidades Indígenas – e só por meio da articulação é que se consegue melhoria na saúde. O subsistema de atenção à saúde Indígena tem, como uma de suas principais diretrizes, o controle social exercido pelos usuários Indígenas, a fim de assegurar o planejamento ascendente das ações, considerando as especificidades culturais, históricas, geográficas e epidemiológicas dos povos Indígenas no Brasil (Brasil, 2009).

As principais demandas das regiões Indígenas

Identificar necessidade e problemas de saúde faz parte da análise de situação de saúde de uma população. Ainda fazem parte, porém, “[...] a explicação desses problemas, a partir de seus determinantes, e a identificação de oportunidades e facilidades para intervenções, visando à sua solução” (Paim; Almeida-Filho; Reis, 2023, p. 35).

As demandas que chegam das regiões são consideradas coletivas, sendo as necessidades e os problemas de saúde articulados entre conselhos local e distrital. O planejamento é fundamental para melhorar a gestão da saúde Indígena e, assim, buscar atender às demandas de forma positiva. Os principais problemas e necessidades de saúde citados pelos conselheiros de saúde foram:

1) Em relação ao transporte: a falta de transporte para os conselheiros e para remoção dos doentes (de ambulância); de transporte aéreo e fluvial para a realização do trabalho nas comunidades de difícil acesso; e falta de regularização de pistas de pouso de aeronaves nas áreas Indígenas.

O transporte constitui uma necessidade básica para atender aos cuidados de saúde e é um importante determinante social da saúde. A falta de disponibilidade e acessibilidade de transportes é frequentemente citada como um dos principais obstáculos para alcançar o SUS. Dessa forma, observa-se que o princípio da universalidade não está sendo respeitado. É preciso que os serviços e os cuidados à saúde sejam acessíveis à população, “[...] o que supõe a eliminação de barreiras econômicas e socioculturais que se interpõem entre a população e os serviços” (Teixeira *et al.*, 2023, p. 126). O transporte é uma grande necessidade de saúde nas áreas Indígenas, pois é um fator indispensável para o acesso à saúde. Donabedian (1973) utiliza o termo *acessibilidade* no lugar da palavra acesso, principalmente por dois fatores: sócio-organizacional e geográfico, pois os atributos sócio-organizacionais abrangem a classe social, cultural, educacional ou econômica dos sujeitos, que termina por influenciar significativamente o acesso à saúde. E a acessibilidade geográfica refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços.

2) Em relação ao saneamento: a falta de tratamento de água, a necessidade de melhorar os poços artesianos e caixas d’água das comunidades; a manutenção, a ampliação e a construção de abastecimento de água em algumas comunidades.

A Lei nº 11.445, de 05 de janeiro de 2007, define o saneamento básico como um conjunto de serviços de abastecimento público de água potável; coleta, tratamento e disposição final adequada dos esgotos sanitários; drenagem e manejo das águas pluviais urbanas; além da limpeza urbana e do manejo dos resíduos sólidos (Brasil, 2007). Os serviços de saneamento em áreas Indígenas têm um caráter básico voltado para atividades sanitárias e para a melhoria da qualidade de vida dessas comunidades. Utilizando dados de morbidimortalidade – morte causada por doenças infecto-parasitárias, como diarreia e outras de veiculação hídrica (Brasil, 2009) –, percebe-se que a ausência de saneamento básico, ou a sua estrutura insuficiente ou de qualidade insatisfatória, vem refletindo na manutenção de doenças como diarreia, hepatites A e dengue.

3) Em relação à falta de estrutura física referente ao serviço de saúde: a falta de posto de saúde como, por exemplo, a casa para guardar materiais permanentes e a casa de apoio nas comunidades para a equipe multidisciplinar; a falta de laboratório adequado.

4) Em relação à falta de insumos: a falta de materiais de limpeza.

5) Em relação à gestão dos recursos humanos: falta contrato para microscopista – em algumas comunidades não há Agente Indígena de Saúde (AIS); falta reconhecimento da categoria de microscopista; falta formação continuada dos agentes Indígenas.

Vale ressaltar que os textos normativos da saúde Indígena e a solicitação do movimento Indígena vêm sempre se preocupando com a valorização do AIS. Nesse sentido, o papel do AIS é citado nos documentos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) como central para a realização do princípio da atenção diferenciada, ou seja, é destacado como o ponto estratégico para a oferta de serviço de saúde sensível ao pluralismo e à diversidade cultural, incorporando o direito da comunidade de participar, individual ou coletivamente, em seu planejamento, execução e avaliação (Teixeira; Garnelo, 2014).

6) Em relação à medicina tradicional: falta de convite para participação dos especialistas tradicionais como pajés e parteiras tradicionais.

A valorização e o fortalecimento das medicinas tradicionais são uma iniciativa dos povos Indígenas pelo reconhecimento de seus direitos culturais estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988, além de ser tema de discussões em conferências nacionais e nas políticas direcionadas à saúde Indígena (Ferreira, 2013). A medicina tradicional é muito importante nessa ocasião, pois os saberes particulares dos anciões tradicionais vêm como forma de parceria e fortalecimento para promover saúde e adquirir conhecimentos.

7) Em relação ao Controle Social: melhorar a logística da região em relação ao conselho local de saúde; falta conhecimento do regime interno e leis que regulamentam o Condisi.

8) Em relação à gestão participativa: interferências políticas partidárias no DSEI Leste de Roraima; e desrespeito ao direito de consulta.

A gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade (Brasil, 2009). No regimento interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena, de 2023, o art. 2º diz que compete ao Condisi-Leste-RR:

[...] I- Apresentar propostas para elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI); II – Elaborar e aprovar o PDSI; III – Acompanhar e monitorar a execução do PDSI e do Plano de Trabalho do DSEI; IV – Acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à saúde Indígena e determinantes ambientais; V- Acompanhar a execução financeira do DSEI; VI – Elaborar e aprovar o regimento interno, os quais serão homologados pelo titular da Sesai/MS e publicado em Boletim de Serviço do Ministério da Saúde; VII – Acompanhar e monitorar o funcionamento de Conferências Locais e Distrital de Saúde Indígena, com base nas orientações e recomendações do Conselho Nacional de Saúde; VIII – Indicar conselheiro do Condisi para participar do Conselho Estadual de Saúde e conselheiros locais para participarem dos Conselhos Municipais de Saúde, nos municípios onde há população Indígena, no âmbito da área de abrangência do DSEI; IX – Manifestar sobre assuntos de sua competência, principalmente, os casos omitidos a este Regimento (Condisi, 2023, p. 1).

Propostas criadas pelo Condisi/RR para atender às demandas de cada região

As principais propostas que surgiram do I Seminário Unificado de Capacitação para Conselheiros Locais Indígenas do Condisi-Leste-RR:

1) Educação continuada: continuação do seminário para os conselheiros, com capacitações continuadas com as entidades parceiras ao controle social, como Universidade Federal de Roraima (UFRR), Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público Es-

tadual (MPE), Conselho Indígena de Roraima (CIR), Fundação Nacional dos Povos de Indígenas (Funai), Advocacia Geral da União (AGU), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Sociedade de Defesa dos Índios Unidos de Roraima (SODIUR), Organizações dos Professores Indígenas de Roraima (OPIRR), Organizações das Mulheres Indígenas de Roraima (OMIRR), Controladoria Geral da União (CGU) e todas as organizações Indígenas; trabalhar por módulo as leis e os decretos voltados para a saúde Indígena; capacitar os conselheiros titulares e suplentes, para que os dois tenham o mesmo conhecimento, com certificação.

De acordo com a Portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004, a Educação Permanente é aprendizagem constante, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, além de serem estruturados a partir da problematização do processo de saúde (Brasil, 2004).

Nessa perspectiva, os conselheiros identificaram a necessidade de capacitações para entender melhor as políticas de saúde e toda a sua dinâmica de gestão, para que possam exercer da melhor maneira possível seu papel de controle social. Vale lembrar que o “controle social na saúde é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde de que garantem a participação da população no processo de formulação e controle de políticas de saúde” (Arantes et al., 2009, p. 418).

2) Autonomia e participação social: os conselheiros precisam andar juntos na região para informar como o conselho funciona; o distrito precisa dar apoio ao controle social da região com o transporte; que a comissão permaneça nos próximos seminários.

3) Relações de poder: falta de convite para o coordenador do DSEI Leste de Roraima, farmácia, saneamento e RTS; é preciso convidar os conselheiros e suplentes, *tuxauas*, pajés,

parteiras e outros; que a assessoria jurídica esteja presente nos seminários, em parceria com conselhos Indígenas de Roraima; política partidária interferindo; política pública; expositores; Insikiran/UFRR; assessoria jurídica, MPF, MPE; assessoria cultural de teatro e lideranças tradicionais; a equipe da EMSI tem que participar das capacitações dos conselheiros e dos seminários do controle social.

Não basta eleger representantes para o controle social, é preciso que esses sujeitos tenham realmente uma consciência sanitária coletiva. A representação não é para interesses individuais, mas, sim, para o povo Indígena que cada conselheiro representa. Os conselhos de saúde devem ter como princípio norteador a participação. A democracia será fortalecida, pois defende e faz “[...] valer o princípio balizador do poder que emana do povo para o povo” (Esperidião *et al.*, 2014, p. 255).

Os conselhos de saúde são espaços de conflito e de disputa de poder por integrarem atores de diferentes interesses, formações e projetos. Porém possibilitam, também, a criação de um local de construção de cidadania, pois os sujeitos exercem seu poder participativo influenciados positivamente pelos políticos na implantação de um serviço público de saúde local (Arantes *et al.*, 2009).

A pouca efetividade do conselho distrital da saúde Indígena dificulta o planejamento adequado das ações e o monitoramento nas regiões. Apesar de todas as dificuldades, houve alguns avanços na saúde Indígena como: a conquista de transporte, barcos, barqueiros e motores; equipes multidisciplinares atuando nas comunidades Indígenas; meios de comunicação como radiofonia; curso de capacitação para conselheiros locais e distritais; laboratório de microscopistas; poços artesianos; tratamento de água; redução de doenças endêmicas; imunização da população Indígena; recurso para a realização de reuniões dos conselhos locais e distritais; melhoria do espaço físico para assessoria Indígena e secretaria executiva; auxílio da secretaria executiva nas reuniões do Conselho Local de Saúde Indígena (Conlosi) com equipamentos, computadores e impressora; capacitação e contratação de AIS e AISAN; fortalecimento da medicina tradicional; transporte para alunos fazerem o curso técnico no município; contratação de intérprete; contratação dos técnicos de enfermagem Indígena; valorização do uso da medicina tradicional, como pajés, parteiras, rezadores; conquista de espaço para assessores Indígenas na secretaria executiva dentro do DSEI Leste de Roraima; apoio ao

Conselho Indígena de Roraima (CIR) na formação de pessoas na saúde; curso superior nas universidades para os Indígenas; controle social nas comunidades.

A partir dos relatos dos conselheiros e lideranças, podemos observar a importância dos conselheiros locais para as regiões. A realização do seminário de capacitação fomenta a necessidade de favorecer as discussões e os aspectos ligados aos deveres e obrigações dos conselhos e conselheiros. O Condisi-Leste-RR, como instância maior, tem a deliberação de capacitar os conselheiros e promover estratégias de participação direta nas políticas voltadas para a saúde diferenciada, a partir das demandas vivenciadas por cada região. É importante que as reivindicações das regiões sejam atendidas, como preconiza o regimento citado acima. As atuações de monitoramento devem ser constantes por parte dos conselheiros, para contribuir na eficácia dos serviços de saúde, na prática.

Considerações finais

Com base na experiência vivenciada, afirma-se que existem problemas no controle social em saúde Indígena que ainda precisam ser superados para que a participação dos povos Indígenas seja cada vez mais fortalecida. Assim, o controle social é um desafio para os conselheiros distritais e tem-se muito ainda a conquistar, pois a luta em prol da saúde Indígena é contínua. As demandas dos conselheiros locais e de suas regiões são muitas e variam de acordo com suas particularidades.

Ser um conselheiro é um grande desafio, repleto de responsabilidades. É desafiar a si próprio e as próprias capacidades, é estar preparado para lidar com situações diversas, com pequenos conflitos internos e externos de suas comunidades. Durante o seminário, percebi que parentes são excelentes mediadores, conhecem as políticas públicas voltadas para a proteção dos direitos dos povos Indígenas e estão preparados para dialogar de igual para igual com qualquer órgão governamental.

A partir das respostas dos conselheiros e da peça de teatro realizada, percebi que, de forma geral, existem conselheiros muito comprometidos com a saúde Indígena e com suas

comunidades, mas ainda há outros que não entendem a responsabilidade de ser um representante local de seu povo Indígena no controle social de saúde Indígena.

A experiência evidenciou que a realização do seminário de capacitação é uma grande conquista do Condisi-Leste-RR, pois é uma forma de valorizar o profissional Indígena. A qualificação dos profissionais na capacitação continuada para os conselheiros visa a possibilitar uma integração entre conselheiros locais e distritais, para favorecer a relação entre a sede estadual e as bases nas comunidades e, assim, os conselheiros atuarão profissionalmente com normas e procedimentos de acordo com as leis.

No entanto, mesmo cercado de grandes desafios, o Condisi-Leste-RR é extremamente importante para a saúde Indígena diferenciada de qualidade. O Seminário Unificado de Capacitação para Conselheiros Locais Indígenas do Condisi-Leste-RR é, sem dúvida, um avanço que contribui para os serviços de saúde aos povos Indígenas. Por sua diversidade cultural ser extensa, o seminário permite ao conselho melhor execução no trabalho de acompanhamento dos serviços de avaliação e monitoramento constante das ações de saúde realizada pelo DSEI Leste de Roraima.

Referências

ALVES, Ana Paula Barbosa *et al.* Doenças e agravos mais prevalentes em uma comunidade Indígena em Boa Vista-RR: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, p. e673, 18 jul. 2019.

ALTINI, Emilia *et al.* (org.). **A Política de Atenção à saúde Indígena no Brasil**: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades Indígenas. Brasília: Conselho Indigenista Missionário – CIMI –, 2013.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli *et al.* Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 417-21, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a11v22n4.pdf> Acesso em: 28 jan. 2018.

BANIWA, André; KARIPUNA, Klever. Controle social: o ponto de vista das lideranças. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-Secadi, 2012, p. 216-242.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Indígena:** análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Controle_Social.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012.** Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Saúde Indígena. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html. Acesso em: 18 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. In: BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília: CONASS, 2011, p. 61-63 (Coleção Para entender a gestão do SUS, 2011, 13).

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca:** a Funasa nos 10 anos de saúde Indígena. Brasília: Funasa, 2009.

BRASIL. **Lei nº 11.445, de 05 de janeiro de 2007.** Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico; cria o Comitê Interministerial de Saneamento Básico e outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/L11445.htm. Acesso em: 18 set. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 18 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos Indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº

564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm#:~:text=DECRETA%3A,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico. Acesso em: 03 out. 2023.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE (CONDISI). Regimento do CONDISI-Leste de Roraima. 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/alves/OneDrive/Documentos%20Notebook/TCC/Artigo%20para%20o%20livro%20da%20Fiocruz/Artigo%20Lucirene/Regimento%20Interno%20CONDISI%202023.pdf>.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration:** specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973.

ESPERIDIÃO, Maria Arlene *et al.* Participação e Controle Social no SUS. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva:** teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 241-257.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição:** entre discurso oficiais e vozes Indígenas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. Brasília: MEC-Secadi, 2012, p. 216-242.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022:** Indígenas – primeiros resultados do universo. 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2102018>. Acesso em: 18 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estado de Roraima. In: **Cidades.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>. Acesso em: 22 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010.** Características da população e dos domicílios. Resultados do Universo. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domiciliros.pdf Acesso em: 26 jun. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de; OCKÉ-REIS, Carlos. Reforma sanitária em perspectiva e o SUS. In: PAIM, Jairnil-

son Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva:** teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023.

RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (org.). **Povos Indígenas no Brasil** - 2006/2010. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011.

TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. **Saúde Indígena em perspectiva:** explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.



COMPOSIÇÃO DO COLETIVO

Adriana Luzimar da Silva Leite: Pertencente ao Povo Atikum-Umã (Carnaubeira da Penha-PE), é bacharel em psicologia pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) (2023) e pós-graduanda em Psicologia e Saúde Mental (FAMEES). Atualmente, é psicóloga clínica em Carnaubeira da Penha (PE).

Ana Lúcia de Moura Pontes: Médica sanitarista, é doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, onde é pesquisadora. É membro do Grupo Temático (GT) de Saúde Indígena da Abrasco.

Braulina Aurora: Pertencente ao Povo Baniwa e mulher-terra do bioma Amazônia. É cientista, antropóloga, mãe, mulher e multiplicadora de saberes, mestra e doutoranda em Antropologia Social (PPGAS/UnB). Foi cofundadora da Articulação das Mulheres Indígenas Guerreiras da Ancestralidade (ANMIGA).

Clarisse Fortes: Pertencente ao Povo Kaingang, é pesquisadora e multiplicadora dos conhecimentos tradicionais. Graduada em Enfermagem pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), é mestra em Ciências da Saúde, especialista em Saúde Indígena, fitoterapeuta. Atualmente, é enfermeira pela Sesai/MS, no Polo-base Passo Fundo (RS).

Dandara da Conceição Feitosas: Indígena urbana, é assistente social, mestre em Saúde Pública, doutora em Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), e Operadora Social na Prefeitura Municipal de Santos (SP).

Diádiney Helena de Almeida: Pertencente ao Povo Pataxó, é historiadora com mestrado e doutorado em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). É também doutora em Governação, Conhecimento e Inovação, pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, e professora de História Indígena na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Edilasomara Sampaio: Pertencente ao Povo Taurepang, é parteira e técnica em Enfermagem. Foi conselheira de saúde Indígena pelo estado de Roraima e conselheira distrital DSEI Leste. Trabalhou no DSEI Yanomami e, atualmente, atua no DSEI Leste de Roraima.

Eliane Boroponepa Monzilar: Pertencente ao Povo Balatiponé-Umutina, é graduada em Ciências Sociais, especialista em Educação Escolar Indígena, mestre em Desenvolvimento Sustentável junto a povos de terras Indígenas, pela Universidade de Brasília (UNB), e doutora em Antropologia Social pela UNB. Atualmente, é professora e coordenadora do Curso de Licenciatura Intercultural, pela Faculdade Indígena Intercultural, e também docente colaboradora do Programa PPGECL da Universidade do estado de Mato Grosso (UNEMAT).

Eliene dos Santos Rodrigues (Putira Sacuena): Pertencente ao Povo Baré, é biomédica, mestra e doutora em Antropologia na área de concentração em Bioantropologia, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Pará (PPGA/UFPA). Atualmente, é Chefe do Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena da Sesai.

Elisa Urbano Ramos: Pertencente ao Povo Pankararu, é graduada em Licenciatura em Letras pela Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde, especialista em Educação e em Políticas de gênero, pela UFPE, mestre e doutoranda em Antropologia pelo PPGA UFPE e coordenadora do Departamento de Mulheres Indígenas da Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME).

Felipe Carnevalli De Brot: Editor, designer e arquiteto formado pela Universidade Federal de Minas Gerais. É mestre em Arquitetura e Urbanismo pela UFMG e mestre em Ciências Sociais pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris). É cocriador do Cosmopolíticas Editoriais, estúdio editorial e gráfico que desenvolve projetos de publicações com povos Indígenas.

Felipe Rangel de Souza Machado: Cientista social, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), é pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ.

Flávio de Carvalho Juruna (Aptsi'ré): Pertencente ao Povo A'uwe Xavante, Terra Indígena São Marcos, aldeia Namumkurá (MT). Graduando em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília (UnB), é membro do Programa de Educação Tutorial (PET/SOL), ICS/UNB, membro da Associação dos Acadêmicos Indígenas da Universidade de Brasília (AAIUNB), colaborador da Namumkurá Associação Xavante (NAX), colaborador e suporte político da Associação Xavante Warã. É bolsista pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos da ONU – 2024.

Hamyla Trindade: Pertencente ao Povo Baré da região do Alto Rio Negro, é mestre em saúde pública e doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Atualmente, trabalha na Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS), em Brasília (DF).

Inara do Nascimento Tavares: Pertencente ao Povo Sateré-Mawé, é mulher poeta feita de dança e farinha. É professora no Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena da UFRR e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Agricultura e Desenvolvimento da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA/UFRRJ). Também é membro do GT de Saúde Indígena da Abrasco.

Jainne Gomes de Melo (Jainne Taurepang): Pertencente ao Povo Taurepang, é sanitarista, graduada em Gestão em Saúde Coletiva Indígena e mestre profissional em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da UFRR. Atualmente, trabalha como gerente de saúde com foco na vigilância epidemiológica no Distrito Especial de Saúde Indígena Yanomami.

João Bento Ramos: Pertencente ao Povo Tikuna, é antropólogo e mestre em Antropologia Social no Programa de Pós-Graduação de Antropologia Social do Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É pesquisador Indígena no Museu Maguta.

João Paulo Lima Barreto (Yupuri): Pertencente ao Povo Tukano, é filósofo, mestre e doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). É diretor executivo da Medicina Indígena Bahserikowi e pesquisador do Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena da UFAM.

José Fernandes Mendonça: Pertencente ao Povo Tikuna, fez Licenciatura em Ciências Biológicas e é mestre em Linguística e Línguas Indígenas na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atuou como professor em diversas escolas Indígenas no Amazonas. Em 2023, foi nomeado Coordenador de Políticas e Linguística do recém-criado Ministério dos Povos Indígenas, voltando à região do Alto Solimões para atuar no Distrito Sanitário Especial Indígena. Atualmente, também é doutorando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da UFRJ.

Joziléia Daniza Jagso Kaingang: Pertencente ao Povo Kaingang, é geógrafa, mestra e doutora em Antropologia Social. É membro do GT de Saúde Indígena da Abrasco e da Articulação das Mulheres Indígenas Guerreiras da Ancestralidade (ANMIGA), sendo sua atual Diretora Executiva. Foi Secretária Nacional de Articulação e Promoção dos Direitos Indígenas, no Ministério dos Povos Indígenas, e foi Coordenadora Pedagógica da Licenciatura Intercultural Indígena do Sul da Mata Atlântica.

Makdones Santos de Almeida (Dones' Aunuru): Pertencente ao Povo Macuxi (Pacaraima, RR), é multiartista e graduando no curso de Gestão Territorial Indígena, na UFRR.

Maria Lucilene Martins Santos (Lucinha Tremembé): Pertencente ao Povo Tremembé do estado do Ceará, é bacharel em Serviço Social e Especialista em Saúde Pública. Atualmente, é Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI).

Maria Rosineide Gama Feitosa: Pertencente ao Povo Tariano, é enfermeira, especialista em Saúde Indígena e mestrandona Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA (ILMD/FIOCRUZ). É professora de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal do Amazonas (IFAM\SGC).

Marlei Angélica Bento: Pertencente ao Povo Kaingang, da Terra Indígena Guarita (RS), é pesquisadora e multiplicadora dos conhecimentos tradicionais, graduada em Licenciatura Intercultural Indígena do Sul da Mata Atlântica (UFSC) e mestrandona Educação pela UFRGS. Atualmente, é professora na educação básica do estado do Rio Grande do Sul.

Melina Carlota Pereira (Mel Macuxi): Pertencente ao Povo Macuxi (Normandia, RR), é graduada e mestra em Antropologia Social pela Universidade Federal de Roraima (UFRR) e membro da Articulação Brasileira de Indígenas Antropólogos (ABIA). Atualmente, é antropóloga no DSEI Yanomami e Ye'kwana, em Roraima.

Míriam Dantas de Almeida: Pertencente ao Povo Tembé, é bacharel em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UMAMA) e especializada em Saúde Mental. É mestra em Psicologia Clínica e Social pela UFPA, doutora em Psicologia, Sociedade e Saúde pela UFPA, professora temporária de Saúde Indígena na UEPA. É membro da Associação dos Estudantes Indígenas da UFPA, da Articulação Brasileira de Indígenas Psicólogos e do Conselho Regional de Psicologia (CRP:10ª Região PARÁ/AMAPÁ).

Nayra Paulino Vieira: Pertencente ao Povo Macuxi (Manoá - Bonfim-RR), é graduada em Gestão em Saúde Coletiva pela UFRR e Enfermagem pela UNIP. Atualmente, é Coordenadora de Saúde na Prefeitura Municipal de Boa Vista (RR).

Nita Tuxá (Edilaise Santos Vieira): Pertencente ao Povo Tuxá, é ativista, psicóloga (CRP 03/ 25213), mestra em Antropologia Social e especialista em Saúde Indígena. É idealizadora da Articulação Brasileira de Indígenas Psicólogos(as) (ABIPSI), docente no curso de psicologia do Centro Universitário do Rio São Francisco (UNIRIOS), conselheira do XIX Plenário do Conselho Federal de Psicologia e coordenadora da Comissão de Direitos Humanos do CFP. Compõe a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI).

Paula Lobato: Editora, designer e arquiteta formada pela Universidade Federal de Minas Gerais. É mestre em Arquitetura e Urbanismo pela UFMG e cocriadora do Cosmopolíticas Editoriais, estúdio editorial e gráfico que desenvolve projetos de publicações com povos Indígenas.

Ricardo Ventura Santos: Mestre e doutor em Antropologia pela Indiana University/EUA, é pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz e professor do Departamento de Antropologia do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É membro do GT de Saúde Indígena da Abrasco.

Rosi Waikhon (Rosilene Fonseca Pereira): Pertencente ao Povo Piratapuia, é poeta, escritora, graduada em Ciências Biológicas, mestra em Antropologia Social (UFAM) e doutora em Antropologia Social (PPGAS/UFSC).

Sandra Benites: Pertencente ao Povo Guarani Nhandeva, é mestra e doutora em Antropologia Social pelo PPGAS/Museu Nacional/UFRJ. Foi curadora Indígena no Museu de Arte de São Paulo (MASP-SP) e atua como professora nas comunidades Guarani. É diretora de Artes Visuais da Funarte.

Simone Eloy Terena: Pertencente ao Povo Terena, é mulher semente da ANMIGA, doutora em Antropologia Social pelo Museu Nacional (UFRJ). É assessora técnica do Jurídico CGOEX/Sesai e primeira suplente a vereadora do Município de Aquidauana pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

Urariwe Suruí: Pertencente ao Povo Paiter Suruí, é administrador e mestrando em Sociologia e Antropologia pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ. É pesquisador e Liderança Indígena na Aldeia Paiter Lh 09, da Terra Indígena Sete de Setembro, em Rondônia.

Ykaruní Costa da Silva Nawa: Pertencente ao Povo Nawa (Mâncio Lima/AC), do Parque Nacional da Serra do Divisor, é doutorando em Antropologia Social pelo Museu Nacional da UFRJ (PPGAS/MN-UFRJ); mestre pelo mesmo programa e instituição. É graduado em Comunicação Social - Jornalismo pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), membro da Articulação Brasileira de Indígenas Antropólogos (Abia) e membro-fundador da Articulação Brasileira de Indígenas Jornalistas (Abrinjor). Atualmente, é jornalista da Defensoria Pública da União (DPU), em Brasília.

Coordenação geral do projeto Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento (em ordem alfabética) 2023-2025

Ana Lúcia de Moura Pontes
Felipe Rangel de Souza Machado
Inara do Nascimento Tavares
Melina Carlota Pereira (Mel Macuxi)

Conselho editorial do projeto Vozes Indígenas (em ordem alfabética)

Clarisse Fortes
Eliane Boroponepa Monzilar
Flávio de Carvalho Juruna - Aptsí're
Makdones Santos de Almeida (Dones' Aunuru)
Marlei Angélica Bento
Melina Carlota Pereira (Mel Macuxi)
Míriam Dantas de Almeida
Nayra Paulino Vieira
Ykarunī Costa da Silva Nawa

Pesquisadores e pesquisadoras que atuaram como pareceristas dos textos submetidos à Chamada Pública do projeto Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento (em ordem alfabética):

Ana Lúcia de Moura Pontes
Clarisse Fortes
Dandara da Conceição Feitosa
Diádiney Helena de Almeida
Eliane Boroponepa Monzilar
Eliene dos Santos Rodrigues (Putira Sacuena)
Felipe Rangel de Souza Machado
Flávio de Carvalho Juruna (Aptsí're)
Hamyla Trindade
Jainne Gomes de Melo (Jainne Taurepang)
José Fernandes Mendonça
Marlei Angélica Bento
Melina Carlota Pereira (Mel Macuxi)
Míriam Dantas de Almeida
Nayra Paulino Vieira
Simone Eloy Terena
Ykarunī Costa da Silva Nawa



MEMÓRIAS DO COLETIVO



2022

Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva no lançamento do livro *Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento: para um diálogo com a saúde coletiva*, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, em Salvador, em novembro de 2022. Nesta foto: Inara do Nascimento Tavares, Ricardo Ventura Santos, Maria Christina Barra, Braulina Baniwa e Dandara da Conceição Feitosa.



2022

Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva no lançamento do livro *Vozes Indígenas na Produção do Conhecimento: para um diálogo com a saúde coletiva*, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, em Salvador, em novembro de 2022. Nesta foto: Diádiney Helena de Almeida, Inara do Nascimento Tavares, Braulina Baniwa, Ricardo Ventura Santos, Ana Lúcia de Moura Pontes, Jainne Gomes de Melo (Jainne Taurepang) e Dandara da Conceição Feitosa.



2023

Foto do Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva na frente do Castelo Mourisco, da Fiocruz, em julho de 2023. Nesta foto: Flávio de Carvalho Juruna (Aptsi'ré), Elisa Urbano Ramos, Eliene dos Santos Rodrigues (Putira Sacuena), Felipe Rangel de Souza Machado, Ana Lúcia de Moura Pontes, Nayra Paulino Vieira, José Fernandes Mendonça, Marlei Angélica Bento, Ykaruni Nawa, Melina Carlota Pereira (Mel Macuxi), Dandara da Conceição Feitosa, Inara do Nascimento Tavares, Diádiney Helena de Almeida, Edilasomara Sampaio, Adriana Luzimar da Silva Leite, Míriam Dantas de Almeida, Eliane Boroponepa Monzilar, Clárisse Fortes.



2023

Oficina com autores da primeira coletânea, em julho de 2023.
Nesta foto: Flávio de Carvalho Juruna (Aptsi'ré), Elisa Urbano
Ramos, Eliene dos Santos Rodrigues (Putira Sacuena), Felipe
Rangel de Souza Machado, Ana Lúcia de Moura Pontes, Ricardo
Ventura Santos, Nayra Paulino Vieira, José Fernandes Mendonça,
Marlei Angélica Bento, Ykaruni Nawa, Melina Carlota Pereira (Mel
Macuxi), Dandara da Conceição Feitosa, Inara do Nascimento
Tavares, Diádiney Helena de Almeida, Edilasomara Sampaio,
Adriana Luzimar da Silva Leite, Míriam Dantas de Almeida, Eliane
Boroponepa Monzilar, Clarisse Fortes, Angelica Ferreira Fonseca.



2023

Conselho Editorial da segunda coletânea inicialmente formado em julho de 2023: Elisa Urbano Ramos, Flávio de Carvalho Juruna (Aptsi'ré), Marlei Angélica Bento, Eliane Boroponepa Monzilar, Adriana Luzimar da Silva Leite, Míriam Dantas de Almeida, Clarisse Fortes, Nayra Paulino Vieira, Melina Carlota Pereira (Mel Macuxi) e Ykaruní Nawa.



2024

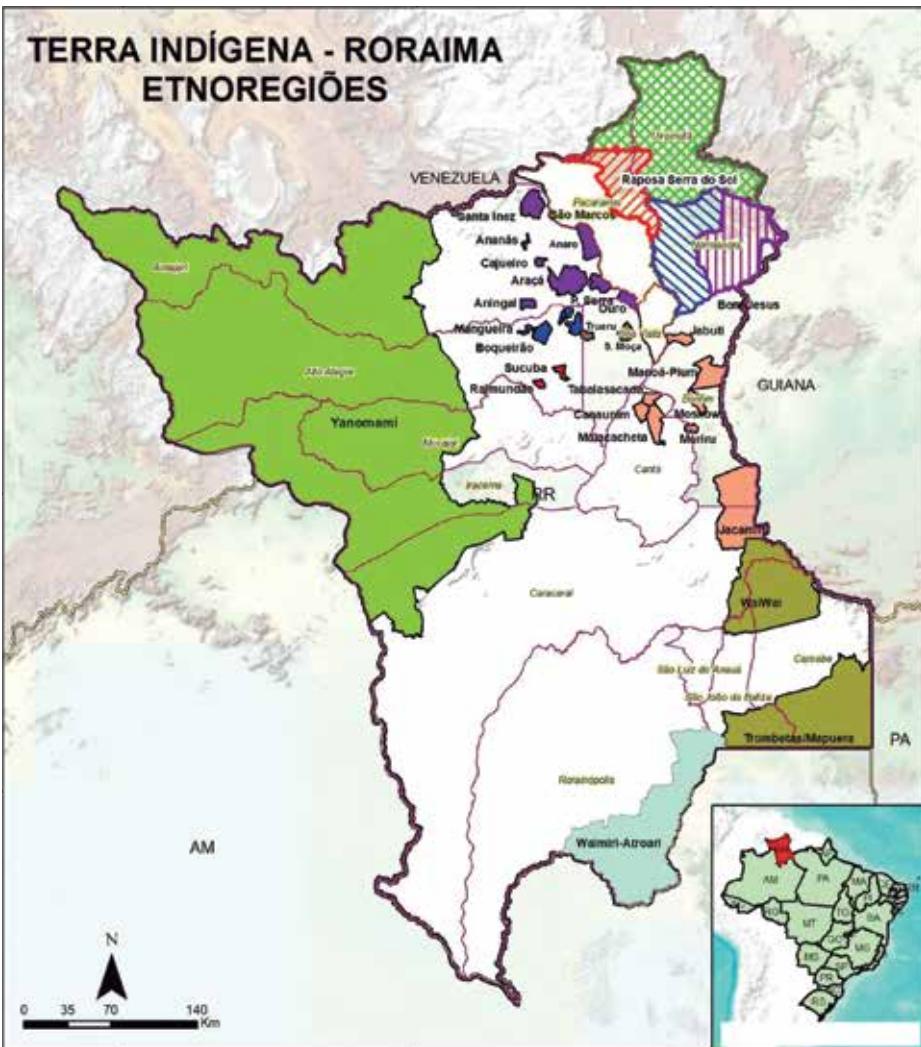
Reunião do Conselho Editorial da segunda coletânea, em Janeiro de 2024. Nesta foto: Makdones Santos de Almeida (Dones' Aunuru), Nayra Paulino Vieira, Ykarunī Nawa, Marlei Angélica Bento, Melina Carlota Pereira (Mel Macuxi), Ana Lúcia de Moura Pontes, Felipe Rangel de Souza Machado, Clarisse Fortes, Míriam Dantas de Almeida, Eliane Boroponepa Monzilar e Paula Lobato.



2024

Reunião do Conselho Editorial da segunda coletânea,
em Janeiro de 2024. Nesta foto: Felipe Rangel de Souza
Machado, Flávio de Carvalho Juruna (Aptsi'ré), Melina Carlota
Pereira (Mel Macuxi), Nayra Paulino Vieira, Ykaruní Nawa, Marlei
Angélica Bento, Clarisse Fortes e Míriam Dantas de Almeida.

Mapa de Roraima, suas terras Indígenas e etnoregiões



Etnoregiões

	Serras
	Baixo Colingo
	Raposa
	Surumu
	Alto Cauarné
	Amajari
	Murupu
	Serra da Lua
	Taboão
	Wai-Wai
	Yanomami



**CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA - CIR
DEPARTAMENTO DE GESTÃO TERRITORIAL E AMBIENTAL**

Fonte: Base cartográfica: FUNAI, IBGE.
Elaboração do mapa: Laboratório de geoprocessamento/CIR
Datum: SIRGAS 2000
Ano de 2024

Limites municipais | Límite administrativo - RR

Fonte: CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA (CIR). Portfólio Institucional - Conselho Indígena de Roraima / 2025. Boa Vista; CIR: 2025.



Os artigos destacam ainda os desafios enfrentados pelos povos da região frente as instituições do Estado responsáveis pela saúde Indígena considerando que muitos serviços básicos ainda são oferecidos de forma precária.

O livro *Vozes Indígenas na produção do conhecimento II: ecos da gestão em saúde coletiva Indígena de Roraima* traz uma importante contribuição para os povos Indígenas e a sociedade em geral, pois chama a atenção para a importância do fortalecimento das práticas culturais relacionadas a alimentação e outros hábitos saudáveis que caracterizam os povos Indígenas ao longo do tempo. Mesmo tendo à disposição os recursos da medicina não Indígena, os autores (as) chamam a atenção para a importância do uso dos processos de cura específicos, sendo que estes muitas vezes são mais eficazes do que os tratamentos da medicina ocidental.

Francisco Souza da Cunha

Pertencente ao Povo Wapichana, é professor da rede Estadual de Ensino de Roraima e representante da Organização dos professores Indígenas de Roraima (OPIRR) no Conselho do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena da Universidade Federal de Roraima (UFRR).



Apoio:

