

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCUS VINÍCIUS MARCELINI SILVEIRA RIBEIRO

**O CUIDADO TERRITORIAL EM SAÚDE E AS POPULAÇÕES ORIGINÁRIAS:  
NARRATIVAS NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO PROGRAMA MAIS  
MÉDICOS NO AMAZONAS**

CAMPO GRANDE  
2021

MARCUS VINÍCIUS MARCELINI SILVEIRA RIBEIRO

**O CUIDADO TERRITORIAL EM SAÚDE E AS POPULAÇÕES ORIGINÁRIAS:  
NARRATIVAS NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO PROGRAMA MAIS  
MÉDICOS NO AMAONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde

Orientador: Professor Doutor Alcindo Antônio Ferla.

CAMPO GRANDE  
2021

MARCUS VINÍCIUS MARCELINI SILVEIRA RIBEIRO

**O CUIDADO TERRITORIAL EM SAÚDE E AS POPULAÇÕES ORIGINÁRIAS:**

NARRATIVAS NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO PROGRAMA MAIS  
MÉDICOS NO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde

Orientador: Professor Doutor Alcindo Antônio Ferla.

Banca examinadora:

Nota/conceito:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às diversas pessoas que contribuíram com o desenvolvimento das idéias que compuseram esse trajeto de pesquisa.

Ao professor Alcindo Antonio Ferla pelo seu apoio e orientação no processo de pesquisa que no fundo é dada por suas palavras mas, mais ainda, por seus próprios escritos, trabalhos e pelo exemplo de seus feitos, de sua trajetória individual e em coletivos. Se algo pode exemplificar essa contribuição talvez seja um aforismo que me disse na apresentação do projeto, de que deveria haver em mim um apaixonamento pela pesquisa ao invés de burocratizá-la enquanto perda de tempo.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

Agradeço à minha família, à minha companheira, aos meus amigos e amigas, por todo amor, carinho e cuidado.

Produzo esse trabalho em respeito a todas as pessoas que foram e seguem sendo desrespeitadas, perseguidas e violentadas pelo genocídio de classe, promovido pela sociedade capitalista global que mantêm seu modo criminoso de desigualdade e desumanidade, intensificado nas próprias crises que provoca, como a relacionada à Covid-19.

Faço minha homenagem, também, a todas as pessoas que perderam a vida, que perderam amigos, parentes e amores nessa pandemia de Covid-19, nessa crise de saúde e socioeconômica que ficou conhecida como pandemia de Covid-19.

Agradeço aos diversos colaboradores científicos, do campo de prática, da vida cotidiana, dos encontros oportunos, do Amazonas, de Mossoró, do Ceará, do Pará, do Rio de Janeiro, de Ribeirão Preto passando por Montreal, Colômbia e Espanha, ou seja, por todas as colaborações que cruzaram o caminho dessa pesquisa.

## RESUMO

Propõe-se neste projeto identificar os efeitos da atuação profissional em saúde, partindo da experiência de supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) com os médicos cooperados cubanos na atenção primária à saúde dos povos originários, no sistema de saúde indígena da região amazônica. O projeto se desenvolve a partir de conexões teóricas com as narrativas da experiência e rotina como supervisor acadêmico, bem como da análise documental de artigos, livros e documentos públicos, todos de livre acesso. Procura-se identificar temas surgidos da prática profissional de relevância para o campo da Estratégia Saúde da Família, realizando um aprofundamento e produção de conexões teóricas com o campo empírico, tendo como base a educação permanente e o desenvolvimento da prática profissional, as análises possuem portanto um potencial de aplicabilidade nas práticas dos serviços de saúde. As reflexões passam pelo tema do acesso à saúde, situações clínicas, diálogos interculturais, supervisão acadêmica e logística de trabalho nestas regiões. Como resultados foram desenvolvidos, um artigo que procura relacionar o Programa Mais Médicos, as narrativas do pesquisador sobre a sua prática profissional e as possibilidades da educação em saúde em tal contexto. Também, um artigo sobre o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Amazonas pelas equipes de saúde e as narrativas sobre as experiências do pesquisador com atividades de educação em saúde, na saúde indígena do Programa Mais Médicos, nesse período. Por fim, um artigo sobre a pesquisa narrativa como método contra-hegemônico de pesquisa e de organização de dados, bem como um campo capaz de abrir possibilidades de produções científicas autênticas e que compreendam que a pesquisa sirva também como instrumento de denúncia e transformação social.

Decs: Estratégia Saúde da família; Saúde indígena; Programa mais médicos

## Summary

This project aims to identify the effects of professional health care, based on the academic supervision experience of the More Doctors Program for Brazil (PMMB) with Cuban cooperative doctors in primary health care for indigenous peoples, in the indigenous health system of the Amazon region. The project is based on theoretical connections with narratives of experience and routine as an academic supervisor, as well as documentary analysis of articles, books and public documents, all of which are freely accessible. The aim is to identify themes arising from professional practice that are relevant to the field of the Family Health Strategy, deepening and producing theoretical connections with the empirical field, based on continuing education and the development of professional practice, analyses that therefore have potential applicability in the practices of health services. The reflections cover the themes of access to health, clinical situations, intercultural dialogues, academic supervision and work logistics in these regions. As a result, an article was developed that seeks to relate the More Doctors Program, the researcher's narratives about his professional practice and the possibilities of health education in this context. There is also an article on how health teams coped with the Covid-19 pandemic in Amazonas and narratives about the researcher's experiences with health education activities in indigenous health under the More Doctors Program during that period. Finally, an article on narrative research as a counter-hegemonic method of research and data organization, as well as a field capable of opening up possibilities for authentic scientific productions that understand that research also serves as an instrument of denunciation and social transformation.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Políticas de saúde e povos originários</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>O Programa Mais Médicos e as políticas de saúde indígena: aproximações e complexidades</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3</b>	<b>Programa Mais Médicos e políticas de saúde indígena: produzir reflexões olhando para as narrativas</b> .....	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo, local e período da pesquisa</b> .....	<b>19</b>
<b>4.2</b>	<b>Unidade de análise e dados</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Organização e análise dos dados</b> .....	<b>20</b>
<b>4.4</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>6.1</b>	<b>Arte e ciência: caminhos que se encontram na transformação social</b> .....	<b>25</b>
<b>6.2</b>	<b>Rompendo o isolamento em rompantes interculturais: experiências no Programa Mais Médicos e os povos originários ...</b>	<b>31</b>
<b>6.2.1</b>	<b>Considerações iniciais</b> .....	<b>31</b>
<b>6.2.2</b>	<b>O eixo de provimento emergencial de médicos</b> .....	<b>36</b>
<b>6.2.3</b>	<b>As políticas de saúde e os povos originários</b> .....	<b>38</b>
<b>6.2.4</b>	<b>Olhares sobre situações complexas em saúde: a implementação de políticas públicas e o planejamento estratégico</b> .....	<b>39</b>
<b>6.2.5</b>	<b>Caminhos da prática profissional</b> .....	<b>42</b>

<b>6.2.6</b>	<b>Amanhã reluzirá, isso é seguro, tocando a vida em frente.....</b>	<b>49</b>
	<b>Referências.....</b>	<b>51</b>
<b>6.3</b>	<b>Programa Mais Médicos e o enfrentamento à Covid-19 na Amazônia: quando a complexidade convoca o pensamento e as políticas públicas .....</b>	<b>56</b>
<b>6.3.1</b>	<b>Contexto inicial.....</b>	<b>56</b>
<b>6.3.2</b>	<b>O Programa Mais Médicos e seus encontros possíveis: equipes de saúde brasileiras, médicos estrangeiros e as nações indígenas</b>	<b>59</b>
<b>6.3.3</b>	<b>O furacão em meio à tempestade: a pandemia de coronavírus e os povos originários.....</b>	<b>62</b>
<b>6.3.4</b>	<b>Pontos críticos e avanços: ações de saúde no território.....</b>	<b>68</b>
<b>6.3.5</b>	<b>Covid-19 e as práticas autônomas: caminhando pela tradição, a proteção de si e dos problemas advindos das próprias equipes de saúde .....</b>	<b>70</b>
<b>6.3.6</b>	<b>Refletir, enfim, para melhor agir.....</b>	<b>74</b>
	<b>Referências .....</b>	<b>78</b>
<b>6.4</b>	<b>Tecendo cuidados na saúde indígena: a pesquisa narrativa no Programa Mais Médicos do Amazonas.....</b>	<b>82</b>
<b>6.4.1</b>	<b>Considerações iniciais.....</b>	<b>82</b>
<b>6.4.2</b>	<b>A pesquisa narrativa e o enfrentamento à pandemia em comunidades tradicionais.....</b>	<b>84</b>
<b>6.4.3</b>	<b>No tecer das redes: enlace dos cuidadores tradicionais, pajés, parteiras e os médicos do Programa Mais Médicos.....</b>	<b>88</b>
<b>6.4.4</b>	<b>Transformação: estratégias possíveis para o desenvolvimento humano inter-aldeias.....</b>	<b>90</b>
	<b>Referências.....</b>	<b>93</b>
	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>95</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O surgimento do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), no seu âmbito de provimento emergencial de profissionais, apresenta-se como uma importante ação para essa demanda histórica, de ausência deste profissional na assistência aos territórios das populações originárias, especialmente nos trinta e dois distritos sanitários indígenas do país. Após sucessivos editais federais, as autoridades sanitárias declararam que a grande maioria das vagas oferecidas pelo programa nos distritos sanitários indígenas, não haviam sido preenchidas por médicos brasileiros, nem por estrangeiros, sendo então abertas as vagas aos cooperados cubanos em mediação com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a atuação destes profissionais é peça central das análises deste projeto.

Os territórios percorridos pelas práticas profissionais são algumas das Terras Indígenas (TI) no estado do Amazonas e os residentes que ocupam este território são diversos povos originários, passando por regiões conhecidas como o lar do maior número de humanos não contactados no mundo, vivendo em situação de isolamento, até áreas urbanas na capital, Manaus. A área total de responsabilidade das equipes de saúde abrange enormes distâncias pelo território líquido amazônico, e estas chegam a percorrer mais de oitocentos quilômetros por via fluvial apenas para chegar ao local de atendimento, percurso que pode durar cerca de dez dias apenas na ida, como é o caso da região do Vale do Javari.

A Terra Indígena Vale do Javari é povoada por diversos perfis de populações originárias, desde grupos de pessoas vivendo em isolamento no interior da floresta com pouco ou nenhum contato com população não-indígena, até grupos de pessoas com centenas de anos em contato com população não-indígena. O perfil de habitações varia desde tradicionais habitações de madeira e palha, até habitações convencionais de alvenaria, organizadas em pequenas aglomerações de pessoas, espalhadas pelo território. Sua área é de aproximadamente oito milhões e quinhentos mil hectares, abrigando cerca de sete mil indivíduos de vinte e seis etnias diferentes.

A assistência médica permanente in loco, nas aldeias, inicia-se possivelmente no ano de 1992 a 1994 pela ONG Médicos Sem Fronteiras, quando, durante uma epidemia regional de cólera e a posterior descoberta de diversos casos diagnosticados para hepatites virais, o esforço de muitas lideranças indígenas,

missionários católicos e ativistas indigenistas, alcançou visibilidade internacional para a situação potencialmente crítica de cólera e de alta mortalidade por essas hepatites em toda a terra indígena Vale do Javari. Nesse período a ONG Médicos Sem Fronteiras ofereceu assistência médica e multidisciplinar diretamente nas habitações e aldeias do território, bem como capacitações e formação de agentes de saúde.

Após esse período, as informações apontam para enorme dificuldade de fixação de profissionais médicos, mais dificuldade ainda para a atuação permanente desses profissionais nas habitações e aldeias, a assistência médica deu-se em geral de forma muito esporádica e focada na sede do município ou em campanhas específicas.

Os temas aqui trazidos para discussão partem de documentos oficiais e da produção e análise das narrativas da experiência e de vivências como supervisor acadêmico do PMM, com a particularidade da atenção à população originária/indígena, residente em regiões pouco contatadas e de difícil acesso, até áreas urbanas próximas e na capital, Manaus. Esta pesquisa tem também a particularidade de trazer temas relativos à atuação médica dos cooperados cubanos e médicos estrangeiros na região referida.

Investiga-se as narrativas que incidem nas vivências do pesquisador no trabalho com o Programa Mais Médicos em comunidades indígenas do estado do Amazonas e relacioná-las a produções teóricas relevantes na área, buscando gerar conexões teóricas a compreender alguns dos efeitos e aspectos do processo dessa política pública nesses locais. Assim, busco identificar, problematizar e refletir, sobre possíveis demandas que estavam ocultas neste território, quais os avanços e desafios, clínicos e sociais decorrentes da interação entre médicos cubanos, equipes de saúde brasileiras e usuários indígenas, criar uma memória, reflexão, problematização que denunciem os pontos críticos e que anunciem os caminhos possíveis de transformação social.

Procura-se compreender as particularidades da Estratégia Saúde da Família, em seu âmbito possivelmente mais intenso, a assistência em saúde às famílias e comunidades que residem em áreas de Floresta Amazônica e de difícil acesso a grandes centros urbanos. É ainda mais complexo por se tratar de apontamentos sobre um perfil de comunidades indígenas, em que questões culturais, sociais e logísticas incidem sobre os temas a se analisar, guardando grande potencial de

contribuição para a compreensão das limitações e avanços na capilaridade da atenção básica, sua relação com a saúde indígena e com o Programa Mais Médicos, seguindo pelo período anterior e durante a pandemia de COVID-19.

A análise das narrativas de supervisão da rotina médica diretamente nas aldeias e habitações, pode permitir a investigação de características do ambiente, das diversas demandas do cotidiano, da rede de insumos básicos para as rotinas dos programas prioritários de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da interação e qualificação de profissionais para implementar tais programas.

Desta maneira, é esperado contribuir para o SUS, fornecendo matéria para estudo e compreensão a profissionais, gestores e pesquisadores, sobre as relações da assistência à saúde em áreas indígenas, por meio de apontamentos clínicos, logísticos, sanitários e culturais/antropológicos, dentro do contexto do programa mais médicos e da cooperação internacional, considerando as particularidades da atenção em saúde em áreas de floresta. Além de buscar promover uma reflexão, problematização e análise científica do panorama histórico em que o SUS se desenvolve, tendo como o contexto base as experiências, vivências, incômodos e inquietações que incidem sobre o trabalho no campo da saúde com pessoas que são obrigadas a viver em territórios com condições de indicadores sociais e de saúde extremamente críticos.

Trata-se de um projeto que aborda um tema recente, cuja relevância indica a necessidade de mais produção científica nacional e internacional, o Programa Mais Médicos para o Brasil e seus desdobramentos. Este programa é conhecido como a maior estratégia de expansão do cuidado territorial no Brasil, no contexto médico. Tem gerado efeitos nas comunidades que vivem sob a realidade dos piores índices de saúde do território nacional, demonstrando a grande relevância social presente no registro e análise científica de alguns desdobramentos dessa política pública de saúde.

Tal temática ainda necessita ser mais abordada por pesquisas e artigos, devido seu grande efeito social em território nacional e suas particularidades diante de território tão homogêneo, estando presente em determinados momentos na quase totalidade dos municípios do país. Este projeto visa contribuir para criação de textos, memória, reflexão e problematização que denunciem os pontos críticos e que anunciem alguns caminhos possíveis de transformação social, produções sobre esta experiência de política pública que ocorreu no ano de dois mil e treze e que ainda

está vigente, atravessando momentos à partir do ano de dois mil e dezessete ao ano de dois mil e vinte e dois, anteriores e durante a pandemia de COVID-19.

São esperados resultados relacionados a alguns problemas complexos, sociais e de saúde, ocorridos no território durante o período da experiência (2017 até 2022) que estavam ocultos e sem a atenção médica adequada, bem como, a reflexão sobre problemas, perguntas, respostas, experiências, incômodos e inquietações que surgem nas vivências de educação em saúde no Programa Mais Médicos em alguns território do Amazonas. Busca-se também identificar alguns pontos críticos e avanços nos itinerários terapêuticos dos usuários em função dos problemas, buscando cuidado em saúde, também, expor algumas linhas de tensão presentes no território que atingem diretamente os fatores sociais e de saúde identificados. Almeja-se relacionar estes levantamentos e estabelecer conexões teóricas das narrativas que incidem sobre as experiências e vivências da prática profissional às informações obtidas nos textos e literaturas já existentes sobre o tema.

Este projeto de pesquisa localiza-se neste âmbito, da análise de situações e temas levantados das narrativas que emergem do trabalho direto com o PMM, em regiões que ainda tem que viver com os piores índices sociais e de saúde do país, para além disso, trazer levantamentos de relações interculturais diversas, por tratar da experiência de médicos estrangeiros ou formados no exterior, em conjunto com profissionais brasileiros, promovendo assistência em saúde à população indígena originária.

Desta maneira, é esperado contribuir para o Sistema Único de Saúde fornecendo matéria para estudo e compreensão a profissionais, gestores e pesquisadores, sobre as relações da atenção à saúde em áreas indígenas, por meio de análises de temas clínicos, logísticos, sanitários e culturais/antropológicos, dentro do contexto do PMM e da cooperação internacional, considerando as particularidades da atenção em saúde em áreas de floresta amazônica, em uma visão interna, não de estudos com supervisores, médicos ou usuários, mas considerando esses atores à partir de textos, memórias, reflexões, vivências e problematizações do cotidiano do Programa vivido pelo pesquisador, que denunciem os pontos críticos e que anunciem alguns caminhos possíveis de transformação social. Além de buscar um caminho para a reflexão e análise científica dos avanços e desafios históricos proporcionados pelo SUS, tendo como o contexto base o

campo da pesquisa narrativa, a educação permanente em saúde, a antropologia em saúde, entre outros aprofundamentos teóricos que surgem no percurso.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Políticas de saúde e povos originários

Desde aproximadamente onze mil anos antes do início da invasão colonial, até os dias de hoje, muitas comunidades de povos humanos, de diferentes origens, práticas culturais e múltiplos idiomas, estendendo-se a diferentes territórios, estavam e estão presentes na região geográfica que hoje é chamada de Brasil (BANDEIRA, 2008; BATTAGLIA et al., 2013; FAGUNDES; KANITZ; BONATTO, 2008). Apesar de representarem povos plurais e distintos, existe há décadas uma articulação e organização coordenada, no âmbito nacional, destas populações - descendentes das populações presentes neste território antes da chegada dos não-indígenas. Esta organização e articulação, convencionou nomear-se povos indígenas ou populações originárias, nomenclatura que será utilizada neste texto (JUNQUEIRA, 1991).

A saúde dessas populações originárias, do território que hoje é chamado de Brasil, tem um histórico marcado por genocídios, epidemias, violência, conflitos, escravização e exploração, cenário que pode ser evidenciado ainda hoje em muitas regiões. Há estimativas de que esses povos, ao longo dos séculos de colonização, tiveram seu contingente populacional numericamente reduzido em oitenta por cento (CUNHA, 1992), e nas últimas décadas apresentaram uma leve recuperação e aumento. Apesar dessa realidade negativa, intensa nos primeiros séculos de invasão colonial, nos últimos vinte anos houve esforços por parte de associações de participação social, organizações não governamentais e instituições governamentais para aumento do financiamento em saúde, construção de estruturas físicas e geração de acesso a serviços de saúde, medicamentos e diálogo entre as práticas biomédicas e as práticas tradicionais (GARNELO, 2012).

As propostas para prover o acesso a serviços de saúde institucionais nesse contexto, no âmbito de ações governamentais, são chamadas oficialmente de ações em saúde indígena (BRASIL, 2002), e já foram coordenadas durante muitos anos pela FUNAI (Fundação Nacional do Índio, criada em 1967), posteriormente com vinculação à Funasa (Fundação Nacional de Saúde, entidade do ministério da saúde), época em que eram responsabilizados em grande parte a esfera municipal pelas ações de provimento de acesso das populações indígenas aos serviços convencionais de saúde (UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS, 1988). Em 2010, foi

criada uma secretaria própria, a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), federalizada, pautada pelo controle social no âmbito do conselho nacional de saúde indígena, e com a proposta de ampliação e melhoria dos indicadores de saúde dessas populações originárias, pois ao longo das décadas, as regiões habitadas por esses povos continuavam apresentando os piores indicadores sociais e de saúde do Brasil (ARISI, FRANCISCO, CESARINO, 2011).

A criação da SESAI tem como principal ramificação a implementação da Atenção Primária em Saúde, a Atenção Básica brasileira, com base nas Equipes de Saúde da Família, orientadas às particularidades dessas populações, com as chamadas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). A implementação dessas equipes básicas de saúde enfrentou, por muitos anos, uma grande dificuldade no provimento do profissional médico, para trabalhar nas ações de saúde nos distritos sanitários indígenas (DSEI), o que não ocorria tanto com profissionais das outras áreas, como enfermeiros, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de odontólogo e agente de saúde indígena.

## **2.2 O Programa Mais Médicos e as políticas de saúde indígena: aproximações e complexidades**

As terras indígenas, caracterizaram-se então por serem as áreas historicamente com maior dificuldade de provimento da assistência de profissionais médicos e também que são obrigadas a viver com os piores indicadores de saúde do território brasileiro, carecendo em sua maioria até de inquéritos epidemiológicos para registrar essa realidade negativa (ESCOBAR, 2003). No geral, são áreas com maior vulnerabilidade tanto para as doenças infecciosas como tuberculose, hanseníase, malária, parasitoses e infecções sexualmente transmissíveis, bem como, apresentam altos índices de mortalidade infantil, mortalidade materna, além de grande presença de doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes e câncer (GARNELO, 2012).

É possível compreender a importância do Programa Mais Médicos para o avanço na efetivação do direito à saúde, demonstrando eficiência em completar equipes que antes não contavam com o profissional médico, possibilitando melhora da continuidade do cuidado e diminuição da rotatividade profissional (SCHWEICKARD et al., 2016). Neste sentido, temos ainda que as áreas

contempladas pelo Programa são aquelas historicamente desassistidas e mais vulneráveis, incluindo as áreas representadas por terras indígenas, marcadas pela dificuldade de fixação de profissionais e assistência esporádica e campanhista, sendo ainda que este programa governamental representou possibilidade de mudança na formação acadêmica dos profissionais nas universidades e nas residências em saúde, além de direcionar investimentos nas residências de medicina de família e comunidade, área essencial para a promoção do acesso e acompanhamento dos processos de saúde da população (PINTO, SALES, OLIVEIRA, 2014). O processo de trabalho de profissionais em sua maioria estrangeiros ou brasileiros formados em outros países, em outros sistemas de saúde e graduação, foi marcado por uma estratégia de aproximação da teoria e prática, academia e serviço, por meio da figura dos supervisores e tutores, profissionais especializados e vinculados a instituições de ensino superior, cuja função em essência é de apoiar e acompanhar a prática profissional destes indivíduos recém chegados em um território novo e desconhecido, bem como mediar o contato com as equipes de saúde, gestores e usuários (LUNA et al., 2019).

Para compreender esta complexa atuação de diversos profissionais e usuários precisamos compreender a organização do sistema de saúde em redes articuladas, que deveriam ordenar-se dialogando entre si por meio de referências e contrarreferências, fluxos de acolhimento, estabelecimento de risco, encaminhamentos e principalmente, acompanhamento conjunto e contínuo ao longo do tempo (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002). O estabelecimento de tal conformação do sistema de saúde brasileiro não foi algo espontâneo e fluído, mas ocorreu perante diversas linhas de tensão presentes no decorrer da história, sendo imprescindível a parceria entre instituições de ensino, pesquisadores, professores, profissionais de saúde, gestores, associações de apoio a portadores de patologias e usuários dos sistemas de saúde, em um processo que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2006; 2008). Tal movimento mobilizou uma diversidade de indivíduos por meio da capilarização de encontros, conferências, debates, marcados pela participação ativa da sociedade e dos indivíduos diretamente interessados na criação de um sistema de saúde de acesso universal, culminando com os eventos da oitava Conferência Nacional de Saúde (AROUCA, 2001).



A presença dos profissionais e equipes de saúde no território está sujeita a diversos pontos críticos nos itinerários terapêuticos, desde questões como a permanência por curto período de tempo em cada aldeia, fazendo com que exista necessidade de promoção do protagonismo dos usuários e lideranças locais pelo acompanhamento dos tratamentos instituídos pelas equipes após elas partirem, bem como, a comunicação sobre quais problemas podem ser tratados pelas equipes de saúde, quais problemas devem ser tratados em conjunto com os cuidadores tradicionais e como construir possibilidades desse acompanhamento em conjunto (GALLOIS, 1991). Há diversos problemas de saúde que podem estar culturalmente ligados a outros temas, que remetem a sinais de feitiços, envenenamentos espirituais e maldições, desta forma o acompanhamento em conjunto poderia permitir que os profissionais das equipes de saúde realizassem as ações programáticas de forma complementar aos cuidadores tradicionais, possibilitando maior chance de identificação e tratamento dos aspectos biomédicos, ou mesmo afastando diagnósticos médicos em situações predominantemente culturais (BUCHILLET, 1991).

### **2.3 Programa Mais Médicos e políticas de saúde indígena: produzir reflexões olhando para as narrativas**

Diante do complexo cenário representado pelo trabalho intercultural que se apresenta na saúde indígena e da novidade da existência do profissional médico de maneira permanente e constante, trabalhando diretamente nas habitações, aldeias e com proximidade a rotina e dinâmica destas populações, emergem diversas limitações do modelo de concepção biomédica de saúde, de construção do cuidado e de acompanhamento aos indivíduos oriundos dessas tradições milenares. A ampliação da visão profissional pode, desta forma, ser beneficiada pelos conceitos desenvolvidos e atualizados da antropologia (BATESON, 1992), seja pelo estudo de textos e informações produzidas pelos grupos de pesquisa e departamentos das universidades, seja pela presença ativa do profissional antropólogo no trabalho cotidiano das equipes de saúde (LANGDON, 2004).

O Programa Mais Médicos é conhecido como a maior estratégia de expansão do cuidado territorial no Brasil, no contexto médico. Alcança as comunidades da floresta e dos povos originários, demonstrando a grande relevância social presente no

registro e análise dessa política pública de saúde. Este projeto de pesquisa localiza-se neste âmbito, da análise de situações e temas levantados das narrativas que emergem do trabalho direto com o PMM, em regiões obrigadas a viver com os piores índices sociais e de saúde do país (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013), para além disso, traz levantamentos e análises de relações interculturais diversas, pois trata da experiência de médicos estrangeiros, em conjunto com profissionais brasileiros, promovendo assistência em saúde à população indígena.

Na proposta de pesquisa narrativa (BRUNER, 1985; ONOCKO CAMPOS, FURTADO, 2008) e análise de alguns aspectos da vivência e da experiência profissional e sua relação com o campo teórico, surge uma possibilidade de registro e reflexão científica sobre os efeitos, dificuldades e avanços, levantados das narrativas relacionadas à rotina diária de trabalho das equipes de saúde, desvelando territórios indígenas que foram contemplados pelo âmbito de provimento emergencial de médicos do Programa Mais Médicos. Tal temática ainda deve ser mais abordada por pesquisas e artigos, pois é grande sua produção social em território nacional, um Programa presente na quase totalidade dos municípios do país. Este projeto visa contribuir para criação de uma bibliografia complexa, por meio da produção de textos, memórias, reflexões, vivências e problematizações que denunciem os pontos críticos e que anunciem alguns caminhos possíveis de transformação social, tendo como tema central essa política pública que iniciou-se no ano de dois mil e treze e que ainda está vigente.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver conexões entre as narrativas que incidem nas experiências e vivências do pesquisador no trabalho com o Programa Mais Médicos em comunidades indígenas do estado do Amazonas e relacioná-las a produções teóricas relevantes na área, buscando compreender alguns dos efeitos e aspectos do processo dessa política pública nesses locais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Desenvolver um modelo multidimensional de análise de alguns dos efeitos do Programa considerando as demandas que estavam ocultas no território, os avanços e desafios clínicos e sociais decorrentes da interação entre médicos do Programa, equipes brasileiras e usuários indígenas.

Estabelecer conexões teóricas com o campo empírico e, assim, produzir movimentos de desenvolvimento da prática profissional.

Produzir movimentos de conexão entre as narrativas da vivência e da experiência profissional e alguns aspectos do processo de supervisão e do que ele pode contribuir como estratégia de ensino/aprendizagem no trabalho.

Reconhecer algumas situações de saúde encontradas pelas equipes e as relações com as práticas de educação permanente em saúde.

Reconhecer aspectos do perfil de trabalho no ambiente intercultural.

Reconhecer alguns pontos críticos nos itinerários terapêuticos e possíveis avanços antes e durante a pandemia de COVID-19.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo, local e período da pesquisa**

Trata-se de pesquisa narrativa (BRUNER, 1985; ONOCKO CAMPOS, FURTADO, 2008), relacionada ao aprofundamento teórico de situações que emergiram espontaneamente e contingencialmente das vivências e experiências profissionais de supervisão no Programa Mais Médicos Para o Brasil, no estado do Amazonas, nos anos de 2017 até 2022. Serão citados e relacionados dados secundários de domínio público, materiais teóricos já publicados e narrativas que incidem sobre a vivência e prática profissional. O material não será apresentado sistematizado nessa ordem, mas relacionados entre si, buscando estabelecer conexões entre as narrativas das experiências e vivências na prática profissional e referenciais teóricos ou dados de relatórios de agências governamentais e agências independentes, relevantes ao desenvolvimento das ideias apresentadas. Os temas são apresentados no formato de artigos com introdução, desenvolvimento e conclusões. O artigo denominado Rompendo o isolamento em rompantes interculturais: experiências no Programa Mais Médicos e os povos originários, foi publicado no livro chamado Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças (FERLA & FUNGHETTO, 2023). Da mesma forma, o artigo chamado Programa Mais Médicos e o enfrentamento à Covid-19 na Amazônia: quando a complexidade convoca o pensamento e as políticas públicas, foi publicado no livro Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes (SCHWEICKARDT, LIMA, FERLA, 2022).

### **4.2 Unidade de análise e dados**

Para o aprofundamento teórico e análise, foram ser utilizados dados de acesso público e de domínio público, sem identificação de indivíduos, dados estes disponíveis nas bases de dados abertas do sistema público de saúde e em sites de instituições de pesquisa (conforme RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 e Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011), documentos públicos e publicações sobre a saúde, condições de vida e organização social e sanitária sobre o território

que compõe a base da experiência, tais documentos foram utilizados em relação às produções narrativas, centrais no processo proposto para essa pesquisa.

A unidade de análise não é de indivíduos propriamente ditos, mas das narrativas que emergem das vivências e experiências do pesquisador na área de educação em saúde, na supervisão do Programa. Em termos de abrangência, envolve principalmente o cuidado com a totalidade da população da Terra Indígena Vale do Javari, de aproximadamente seis mil e quinhentos indivíduos, profissionais de saúde participantes do Programa e das equipes de atenção à saúde do DSEI, mas também de outras terras indígenas e DSEI do estado do Amazonas, mais próximas de Manaus.

São incluídos indiretamente, em conexão com as narrativas e desenvolvimento dos artigos, alguns indicadores da situação de saúde e sociodemográficos principalmente da totalidade da população da Terra Indígena Vale do Javari e de outras terras indígenas próximas a Manaus, tais indicadores, provenientes de fontes de domínio e acesso público, sem identificação de indivíduos. Também foram produzidas informações a partir do desenvolvimento de narrativas da vivência do pesquisador sobre a supervisão do Programa Mais Médicos. Foi seguida a resolução, que respalda a pesquisa, “objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016)

### **4.3 Organização e análise dos dados**

Foram utilizadas produções teóricas já existentes como relatórios da FUNAI, do Instituto Socioambiental, do IBGE, da União dos Povos Indígenas do Vale do Javari, do Conselho Indigenista Missionário, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, do Plano Distrital de Saúde Indígena, da SESAI, de organizações não governamentais, associações indigenistas e do ministério da saúde, em seus respectivos guias, manuais, publicações, livros e sistemas de informação em saúde para produzir conexões com as narrativas geradas à partir das vivências do pesquisador no Programa. Relacionando, assim, de maneira direta, no percurso de criação dos artigos, à apresentação e desenvolvimento dos temas, estabelecendo conexões teóricas com as narrativas que incidem sobre a experiência e vivências do

pesquisador com o Programa Mais Médicos, de situações que emergiram espontaneamente na prática profissional em diferentes territórios indígenas do estado do Amazonas, sem revelar dados que possam identificar os sujeitos.

A construção narrativa (BRUNER, 1985; ONOCKO CAMPOS, FURTADO, 2008) pretende colocar o pesquisador como parte fundamental do que se está investigando, considerar quem é este que escreve e quais as características incidem sobre seus escritos. Propõe-se apresentar algumas experiências de situações profissionais vividas enquanto supervisor, colocá-las em análise produzindo conexões teóricas relevantes aos temas centrais, com o campo empírico, observando o propósito de contribuir com o desenvolvimento da prática profissional, da compreensão de alguns processos que envolvem a atenção à saúde em áreas de floresta. Para tal construção, serão consideradas as indicações teóricas de Walter Benjamin, Onocko-Campos e Adorno.

As situações que emergiram espontânea e contingencialmente da prática profissional são a fonte central da produção das narrativas dessa parte da pesquisa e a reflexão se dá produzindo conexões teóricas com o campo empírico e, assim, produzindo movimentos de desenvolvimento da prática profissional. A análise foi realizada em bases teóricas relevantes aos temas analisados, partindo das narrativas de alguns aspectos do processo de vivências no trabalho com a educação em saúde no Programa Mais Médicos, a relação da prática em saúde e a formação biomédica, pelas condições de trabalho e, por fim, para olhar alguns aspectos da política de saúde no território em questão. Não houve necessidade de utilização de dado natural de nenhum indivíduo.

#### **4.4 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa tem início com algumas características geográficas e históricas do território onde se desenvolveram as vivências e experiências, esta contextualização utiliza dados de domínio público e agregados, que não necessitam de aprovação ética. Também é parte da pesquisa o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, sem utilizar dados naturais de pessoa alguma (resolução no 510, de 7 abril de 2016), e refere-se à supervisão no Programa Mais Médicos, que foi registrada nos diários e registros pessoais, que agora são colocados em análise. Tais registros

pessoais são a fonte central de dados, da produção das narrativas e a reflexão se dá produzindo conexões teóricas com o campo empírico e, assim, produzindo movimentos de desenvolvimento da prática profissional. Este segundo momento descrito foi iniciado após apreciação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, cujo parecer de número 5.453.022, indicou que “Trata-se de uma proposta de pesquisa que será fundamentada a partir de dados e informações de domínio e acesso público. Não serão realizadas entrevistas ou uso de qualquer instrumento de pesquisa aplicado diretamente a pessoas. Dessa forma, a pesquisa se enquadra nos termos dos incisos II, III, V e VII do Parágrafo Único do Artigo Primeiro da Resolução CNS Nº 510, de 7 de abril de 2016. Portanto, nessas condições esta pesquisa atende aos requisitos para não ser registrada e nem avaliada pelo Sistema CEP/CONEP”.

A pesquisa não trará riscos imediatos ou futuros, não envolve diretamente indivíduos, nem dados naturais de pessoa alguma. A unidade de análise não é de indivíduos, mas das narrativas que emergem da própria experiência do pesquisador, e a contribuição teórica, suas reflexões com o campo da educação permanente.

Diante de qualquer evento danoso não previsto, a pesquisa será suspensa, fato que será informado às instituições promotoras, participantes e patrocinadoras, e ao Comitê de Ética em Pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todas as intercorrências que alterem o curso normal do estudo.

É assegurado o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados. Também será assegurada a não utilização das informações em prejuízo de pessoas e/ou de comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para os dados de pesquisa, sendo usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo. Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade do pesquisador, por um período de cinco anos, e os resultados decorrentes do estudo, sejam eles favoráveis ou não, serão apresentados em forma de relatório final, em eventos científicos e outros canais pertinentes à divulgação da produção científica.

## 5 REFERÊNCIAS

ARISI, B. M.; FRANCISCO, D. A.; CESARINO, P. N. **Saúde na Terra Indígena Vale do Javari**: diagnóstico médico-antropológico: subsídios e recomendações para uma política de assistência. São Paulo: ISA/CTI, 2011.

AROUCA, Antônio Sergio da Silva. SUS: revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da reforma sanitária brasileira. **Tema Radis**, 20 fev. 2001. p. 3-8.

BANDEIRA, A. M. (2008) O povoamento da América visto a partir dos sambaquis do Litoral Equatorial Amazônico do Brasil. In: II SIMPÓSIO INTERNACIONAL 'O POVOAMENTO DAS AMÉRICAS. **Atas**. São Raimundo Nonato: Fundação Museu do Homem Americano, FUMDHAMentos, 2006, v. 7, p. 431-468.

BATESON, G. **Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology**. University of Chicago Press, 1972.

BATTAGLIA, V.; GRUGNI, V.; PEREGO, U. A.; ANGERHOFER, N.; GOMEZ-PALMIERI, J. E.; WOODWARD, S. R.; ACHILLI, A.; MYRES, N.; TORRONI, A.; SEMINO, O. The First Peopling of South America: New Evidence from Y-Chromosome Haplogroup Q. **PLoS ONE**, v.8, n. 8, ago. 2013. Disponível em: [10.1371/journal.pone.0071390](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071390) . Acesso em: 20 de maio de 2021.

BARDIN, Laurence; DE CONTEÚDO, Análise. Lisboa: Edições 70. Obra original publicada em, 1977.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília-DF, ano 139, nº 26, p. 46-49, 6 fev. 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf) . Acesso em: 20 de maio de 2020.

BRUNER, Jerome. Narrative and paradigmatic modes of thought. *Teachers College Record*, v. 86, n. 6, p. 97-115, 1985.

BUCHILLET, D. A. Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. In: BUCHILLET, D. (Org.). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUP, 1991. p. 21-43.

CUNHA, M. C. da (org.). **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

ESCOBAR, A.L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FAGUNDES, N. J. R.; KANITZ, R.; BONATTO, S. L. A reevaluation of the native American MtDNA genome diversity and its bearing on the models of early colonization of Beringia. **PLoS ONE**, v. 3, n. 9, 2008.

FERLA, Alcindo Antônio; FUNGHETTO, Suzana Schwerz. Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças. In: **Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças**. 2023. p. 289-289.



GALLOIS, D. A. Categoria 'doença de branco': ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena. In: **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: Ed. CEJUP, 1991.

GARNELO, L.; PONTES A. L. (org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação/ Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2012.

GIL, Antônio Carlos. Pesquisa social: métodos e técnicas. **São Paulo: Atlas**, v. 5, 1999.

GIL, Antonio Carlos et al. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo: Atlas**, 2002.

JUNQUEIRA, C. **Antropologia Indígena: uma introdução**. São Paulo: EDUC/PUC, 1991

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: GARNELO, L; LANGDON, EJ. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 33-51.

LUNA, W. F.; ÁVILA, B.T.; BRAZÃO, C. F. F.; FREITAS, F. P. P.; CAJADO, L. C. S.; BASTOS, L. O. A. Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. **Interface** (Botucatu), 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PAIM, J. S. Contribuições do Marxismo para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). In: PEREIRA, M.F.; SILVA, M.D.F. (Org.). **Recortes do Pensamento Marxista em Saúde**. Brasília: Dreams, 2006.

PINTO, H. A.; SALES, M. J. T.; SANTOS, J. T. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Divulg. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, Out. 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013**. PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro. Brasília. 2013.

SCHWEICKARD, J.C.; LIMA, R. T. S.; FERLA, A. A.; MARTINO A. O. "Programa Mais Médicos" e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 328-341. 2016.

SCHWEICKARDT, Júlio César; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERLA, Alcindo Antônio. Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. In: **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. 2022. p. 248-248.

STARFIELD, B. **Atenção, primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **6.1 Arte e ciência: caminhos que se encontram na transformação social**

Lembro que as primeiras vezes que me ocorreram ideias de aprofundar meus conhecimentos e práticas na área da saúde foram realmente os momentos de experiência de adoecimento, seja quando eu mesmo precisei de atendimento ou alguns familiares que passaram por situações graves, recorro da mítica autoridade e da sombria mística que repousava sobre os corredores de hospitais e consultórios. Tais ideias de estudar mais em alguma profissão do campo da saúde não se deu por admirar ou espelhar algum profissional que eu havia conhecido, mas pelo contrário, pela sensação de impotência perante tais situações e ainda mais, pela sensação de desamparo, distanciamento ou mesmo ausência, que essas vivências nos serviços me passavam. Lembro do sentimento de revolta perante o sofrimento e adoecimento de pessoas que eu amava muito e da vontade de me apropriar de tais técnicas e conhecimentos para entender o que mais podia se fazer, e mais, por que os serviços eram tão limitados, tão desumanos e tão sombrios?

Por outro lado, sempre senti o enorme bem estar, conexão e felicidade nas possibilidades de criação artística, inicialmente na música, nas bandas, mas também na pintura, escultura, dança, teatro, desde muito novo tive intensa participação em grupos, oficinas e festivais de diversas atividades artísticas e culturais. Porém, ainda, nessa época, eu via uma ciência e uma arte realizadas em setores muito distantes, quer dizer, na prática artística pouco se falava em ciência, pesquisa e conexões entre o campo de saber e prática da arte e da ciência. Nessa época eu percebia então a saúde como algo nesse outro campo, o da ciência, que tampouco via interconexões com o campo das artes. Digo isso, salvo uma ou outra experiências que havia lido de arte em hospitais, psicodrama e arteterapia, assuntos que mais adiante eu fui perseguir, porém que de início me pareciam isolados e muito distantes da realidade que vivia.

Entrei, então, para a escola médica e me deparei inicialmente com um campo interessantíssimo da saúde coletiva, do SUS e da luta pela transformação social em saúde, em que pude sentir o fazer saúde na comunidade, sentir estar trabalhando inserido no cotidiano das pessoas e com o pulsar das vidas. Porém, sonhador, eu ainda sentia falta das plantas medicinais, das raizeiras, das práticas físicas mais

intensamente inseridas nesse cotidiano, quer dizer, dos centros de saúde da família também enquanto centros culturais, de formação, de troca e produção de cuidados. Paralelamente a esse campo de estudo e práticas que me encantou inicialmente, há também que encarar as diversas práticas antiéticas, violentas, criminosas, sádicas, de desumanização e de dessensibilização perante ao sofrimento e à morte. As demasiadas extensas e supervalorizadas aulas de anatomia com cobrança de conteúdos absurdos, sem estudar conteúdos importantes como a própria história da anatomia e sua problemática atual, aulas abordando cadáveres de pessoas de quem não se sabe a história e de quem não se debate o necessário respeito pela história. Obviamente tais cadáveres são de pessoas vulnerabilizadas pela desigualdade social, que sofreram muito na vida e novamente serão desrespeitadas por tais professores e os alunos que os reproduzem, desvelando o caráter social e de classe de tal violento desrespeito, tal qual o das cirurgias feitas com descaso e escárnio com a morte, que não raro era seu desfecho.

Não é preciso dizer que segui para o primeiro campo, da saúde coletiva, do SUS, da luta pela transformação social e da produção de saúde em conjunto com o pulsar da comunidade. Sempre que podia, me aproximava de congressos, encontros e trabalhos nesse campo, desde os tempos de estudante na graduação, com a aproximação com a saúde da família, as práticas regionais de fitoterapia, a interação entre saúde e os movimentos sociais, dos movimentos de cultura, de pequenas feiras e festivais comunitários, do Movimento dos Trabalhadores sem Terra. Já depois fui trabalhar então na especialização e entrei mais intensamente em colaboração com os movimentos de controle social no SUS, conselhos de saúde, caminhando em conjunto com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, a Associação Paulista de Saúde Pública, os Médicos Populares em Minas Gerais, associações de bairros, partidos e diversas organizações e instituições pensando na importância da relação entre o fazer em saúde na comunidade e as outras instituições que podem ser importantes nesse processo. Nesse momento, porém com o trabalho na especialização, minha prática central era a clínica de consultório em medicina de família, em uma comunidade específica e a prática em especialidades clínicas de hospitais e policlínicas regionais, eu fazia o trabalho com movimentos, intersetorial e de práticas integrativas nos momentos extra especialização.

Nesse caminho foi central então, a emancipação da clínica, quebrar simbolicamente os muros do consultório, que o modelo da graduação e da especialização me enquadravam há alguns anos e partir para uma clínica itinerante, conectada e trabalhando em equipe com as iniciativas comunitárias, com as potencialidades dos bairros. Para isso, me foi muito importante conhecer o companheiro Bruno Pedralva, Clarissa Santos e Marina Corradi em Belo Horizonte, que além de companheiros de missões, de trabalhos, foram grandes professores de como construir uma saúde pública e comunitária que luta dia e noite para acontecer. Nesse período também foi fundamental o exemplo de associações como a Amanu com que pude conhecer o mestre de conhecimentos tradicionais e quilombolas, Silvio da Siqueira (Seu Badu), com quem pude estudar fitoterapia, homeopatia, agroecologia e diversos outros conhecimentos de saúde no campo. Com Seu Badu aprendi que a natureza é viva, se for com amor, você pode conversar que ela responde. Ele me reconectou também com o trabalho do professor da Universidade Federal de Viçosa, Vicente Wagner Dias Casali, que traz as plantas medicinais, a homeopatia e a produção de alimentos saudáveis para o debate e construção de conhecimentos nas comunidades do campo e da floresta no Brasil.

Depois, o musicoterapeuta Luizinho Gonzaga me contou do dia em que ele organizou um grande festival de música para quebrar os muros do Juqueri, só que nos anos oitenta, no manicômio do Juqueri, ninguém entendeu que eram os muros simbólicos que seriam quebrados. Eu entendi então que precisava quebrar esses muros simbólicos da clínica e fazer uma clínica comunitária, a qual Luizinho me mostrou que podia facilmente ser uma clínica intensamente artística, com uma produção de treze anos de quadros, pinturas, poemas e artesanatos dos usuários da sua oficina cultural em um serviço de saúde mental. Entrei em contato com sua história que se mistura com a da luta antimanicomial, com os usuários de suas oficinas, muitos dos quais tenho contato e encontro até hoje, e com seu amigo Paulo Amarante, que também é de um exemplo de prática em saúde emancipatória que nos inspira.

Foi nesse momento também que me conectei aos grupos de estudo e prática de Paulo Freire, Nise da Silveira e um campo espalhado mas muito grande que é o da educação popular em saúde, e daí entendi que a educação popular em saúde é, na verdade, a nova clínica emancipadora que procuramos, ancestralmente praticada. Para isso foi importantíssimo me conectar com o trabalho de Vera Dantas,

Ray Lima, Edney Vasconcelos, Junio Santos e o movimento da educação popular em saúde no SUS.

Com essas referências, pude construir melhor uma ideia de que a clínica da autonomia é a prática da educação popular em saúde, dos círculos de cultura ao mesmo tempo do acompanhamento individual, tratamento de problemas biomédicos e acompanhamento psicológico, social e cultural dos indivíduos, famílias e comunidade. Ao mesmo tempo entrava no trabalho de educação em saúde no Programa Mais Médicos com essa forte visão de agir, de esperar, de articular-se com as associações de bairro, de organização comunitária.

Compreendendo então a dicotomia existente na sociedade e no campo da saúde como, de um lado a indústria dos medicamentos, com seus jantares patrocinados, seu apelo em gastos mais em propaganda que pesquisas, com pesquisas em cenários controlados e pouco acessíveis à realidade da maioria das pessoas. Dessa maneira, do outro lado temos as pessoas, o povo brasileiro, inserido na sociedade, na realidade cotidiana, com seus sentimentos, suas famílias, sua cultura e com compreensões de mundo próprias. A transformação social então se torna a base da clínica, bem como a transformação das relações comunitárias, sendo que o trabalho em saúde pode transitar pela arte e pela ciência, em que a arte pode ser usada para criar oficinas, feiras, confraternizações, que promovam a convivência focada na produção e desenvolvimento da criatividade, da liberação mental, da conexão dos indivíduos, da catarse artística, que, em conjunto com as práticas de cuidado científicas, ao direito à saúde, a exames, encaminhamentos, medicamentos, terapias e tratamentos que os complexos problemas de saúde requerem.

Dessa forma, foi inevitável encontrar o trabalho do professor Vitor Pordeus, que inspirou esse texto que agora escrevo, com seu artigo chamado A felicidade e a desilusão da medicina (Pordeus, 2019), mas ainda mais interessante que isso, pude o conhecer e pudemos realizar trabalhos, atividades artísticas e científicas em conjunto. Ainda hoje e enquanto for possível, faço parte do grupo de estudos de Vítor, em que pude aprofundar nos grande autores que nos contam de suas experiências e reflexões sobre esse campo da arte e saúde, psiquiatria sociocultural, como Nise da Silveira, Carl Jung, Freud, Canguilhem, Foucault, Frederick Hickling, Ronald Laing, John Wier Perry, entre muitos outros. Em que pude entender como a anamnese é uma tecnologia milenar do cuidado, trazida à sociedade ocidental por

hipócrates, bem como, quanto mais conhecemos nossa história e entramos em contato reflexivo com ela é que podemos nos organizar para melhor desenvolvê-la. Por indicação de Vítor fiquei atento e um dia ao procurar programas de mestrado com inscrições abertas, encontrei o programa do professor Alcindo Ferla, com quem eu já havia almoçado uma vez em Mossoró-RN à convite da professora Vera Dantas e de Lorraine Solano. Foi grande a surpresa e felicidade quando vi que sua linha de pesquisa era exatamente a área em que eu estava envolvido e começando a pesquisar, e mais ainda, quando entrei no programa de pesquisa e o conheci, li diversos textos de sua autoria e pude sempre contar com suas palavras de sabedoria, mais que um orientador, um exemplo vivo de prática não hegemônica de saúde, de criatividade e luta pela construção de um sistema de saúde que olhe para muito além da doença.

Atualmente tenho conseguido ver os efeitos das práticas artísticas em oficinas, rodas de conversa, cafés com saúde e atividades que organizo semanalmente, com rotina e comprometimento. Tais efeitos são de promoção de intensa conexão entre as pessoas que participam, trabalhadores da saúde e indivíduos das comunidades, também de abertura para dialogar com os indivíduos e famílias, conhecer sua história e poder realizar uma clínica emancipatória. Pude ver diversas pessoas, que estavam esquecidas pelo poder público nas comunidades, deprimidas, adoecendo, vincularem-se aos nossos projetos terapêuticos de convivência cultural comunitária, voltando a fazer artesanias que já sabiam ou aprender novas habilidades de pinturas, costuras, tapetes, bordados, artes diversas, trocando mudas de plantas medicinais, cultivando plantas na própria unidade de saúde e voltarem a se animar, a se cuidar e a cuidar dos seus pares e, além disso, a realizar um acompanhamento de saúde convencional mais assíduo, com diversas pessoas melhorando o monitoramento pressórico, atualizando seus exames, fazendo acompanhamento com especialista, tomando menos medicamentos e medicamentos mais corretos para seus casos. Da mesma forma, pude ver diversas pessoas extremamente ativas que voluntariamente vinculam-se aos nossos projetos terapêuticos culturais comunitários e nos ajudam a trabalhar, a apoiar o processo de quem está precisando mais, transformam-se em professores, monitores, coterapeutas, potências comunitárias que reconhecem a força da cooperação em ato.

Ao mesmo tempo, tenho desenvolvido essa pesquisa e trabalhado com a área de educação em saúde na supervisão do Programa Mais Médicos em áreas indígenas do estado do Amazonas, acompanhando e ajudando a contornar problemas em um ambiente que na maioria das vezes se apresenta caótico e precário, com extrema piora nos anos do último governo, que foi ainda intensificado pelo advento da pandemia de Covid-19 em uma gestão desastrosa e criminosa, que responde pela morte evitável de milhares de pessoas. Nesse momento estou trazendo minhas vivências, reflexões e conexões teóricas por meio dos artigos que foram produzidos nesse período de pesquisa, ou seja, utilizando a ciência para trazer todos esses temas e aprendizados que mencionei nessa apresentação, que me atravessaram durante muitos anos, e relacioná-los aos eventos mais marcantes e que mais me geram tristeza, revolta e indignação de que tenho conhecimento, as condições sociais, econômicas e de saúde em que são obrigados a viver muitos dos povos originários, dos povos indígenas, dos povos da floresta. Portanto, em essência, tento trazer o direito à saúde, à educação, à segurança, a condições dignas de vida em diálogo e conexão com as individualidades e cosmovisões culturais, passando um pouco pelas potencialidades, belezas e resistências que mesmo nas condições mais difíceis insistem em florescer.

## **6.2 Rompendo o isolamento em rompantes interculturais: experiências no Programa Mais Médicos e os povos originários**

Marcus Vinicius M S Ribeiro

Alcindo Antônio Ferla

### 6.2.1 Considerações iniciais

O ensaio aqui compartilhado tem o objetivo de apresentar a experiência profissional de supervisão acadêmica no Programa Mais Médicos em regiões indígenas. Não se trata apenas do relato de experiência, senão de uma reflexão sobre a formação e o trabalho médicos que emerge a partir dessa experiência. Para tanto, serão contextualizadas características do Programa e dos territórios, assim como de situações que permitem refletir sobre a relevância do fortalecimento de conexões entre a formação e o exercício profissional de médicos e demais profissões e ocupações da saúde com territórios diversos, onde a complexidade da saúde se expressa de forma significativa à compreensão da saúde, gerando capacidades locais e globais, como apontam os atuais paradigmas do ensino médico pós-flexneriano. Ou seja, nos interessa destacar as interfaces do Programa Mais Médicos como iniciativa de educação permanente em saúde (Ferla, 2019). Nesse sentido, também contextualizadas no conteúdo das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina (DCN Medicina), como pretendem as reflexões deste livro. O artigo aqui apresentado foi publicado no livro Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças (Ferla, A. A., & Funghetto, S. S., 2023), com o mesmo nome aqui apresentado, Rompendo o Isolamento em Rompantes Interculturais: experiências no Programa Mais Médicos e os povos originários (Ribeiro, M.V.M.S., & Ferla, A. A., 2023).

Em meio a um complexo e turbulento cenário político, no ano de dois mil e treze, presenciamos a criação e a implementação do Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), cujo objetivo declarado foi suprir a demanda histórica da ausência de profissionais médicos em regiões periféricas, rurais, interioranas e nas áreas isoladas de difícil acesso (Pinto et al., 2014). Este programa foi particularmente



importante no campo da saúde indígena, já que há uma ausência histórica de profissionais desta categoria a fazer o cuidado territorial direto, ausência que é acentuada nas áreas isoladas geograficamente. Trata-se da falta de profissional médico(a) de modo permanente e constante nos polos de atendimento e no cuidado à saúde nos domicílios e habitações, sendo um grave problema que afeta o acesso e desses indivíduos aos serviços de saúde e atrasa tratamentos básicos, que gera o agravamento de problemas simples de saúde, emergências clínicas, maior mortalidade, piores índices de saúde e, em essência, fere diretamente o direito à vida destas populações (Garnelo & Pontes, 2012).

O PMMB foi desenvolvido por eixos operativos, sendo central o eixo de provimento emergencial de médicos, para suprir a demanda imediata de regiões geográficas em situação crítica de saúde. Tal eixo foi publicado prevendo editais de chamadas nacional e internacional. Os profissionais foram convidados a se cadastrar na plataforma do ministério da saúde, priorizando sucessivas chamadas aos brasileiros já registrados no Conselho Federal de Medicina. De forma subsequente foram então abertas chamadas a profissionais formados em outros países, sem registro em conselhos brasileiros e, só então, abriram-se editais para profissionais da cooperação internacional cubana, mediada pela Organização Pan-americana de Saúde. As regiões que correspondem às Terras Indígenas, de responsabilidade administrativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em geral foram os últimos postos de trabalho preenchidos e, na sua quase totalidade, por médicos da cooperação internacional cubana (Fontão & Pereira, 2017).

Vale pontuar que as Terras Indígenas são marcadas por constante e violenta disputa desde o período da invasão dita “colonial”, sendo ainda hoje afetadas por agressivos conflitos, epidemias, massacres e explorações. Estas violências estão diretamente relacionadas aos grandes interesses financeiros na extração da borracha, madeira, garimpo, agropecuária, caça e pesca, via de regra atividades ilegais. Há uma divergência de interesses, mas também uma irreconciliável diferença de modelo de organizar a vida e interagir com o ambiente natural, de um lado caracterizado pelo extrativismo sustentado para a sobrevivência e por outro pela exploração ostensiva das condições naturais para a produção de riquezas. Essas diferenças se expandem para o valor da vida e da saúde das pessoas e do

ambiente. E se refletem na ação das políticas públicas e nas formas de proteção do estado às populações originárias.

Nesse contexto, a presença e fixação de médicos nessas áreas é uma demanda histórica, marcada pela extrema escassez deste cuidado profissional e pelos piores índices de saúde do território nacional. A maior vulnerabilidade traduz-se tanto na presença de doenças infecciosas como tuberculose, hanseníase, malária, parasitoses e infecções sexualmente transmissíveis, bem como nos altos índices de mortalidade infantil, mortalidade materna e na grande presença de doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes e câncer, indicadores que podem ser evidenciados mesmo diante da deficiência nas informações oficiais em saúde (Garnelo & Pontes, 2012). Os indicadores de saúde e de condições de vida remontam àquelas em que a ausência de serviços de saúde incluía também os centros urbanos, mesmo com o reconhecimento de que se trata de um importante fator determinante das condições de saúde da população (Lalonde, 1974). Assim, a possibilidade de haver médicos trabalhando diretamente no território, atendendo nos polos de saúde locais, nas aldeias e habitações, representa uma novidade para as também recentes equipes de saúde indígena e distritos sanitários especiais indígenas, tal como para os povos originários residentes nesses territórios, usuários do sistema único de saúde. A formação profissional na saúde ainda é muito marcada pelo ambiente tecnológico dos hospitais urbanos e pelas doenças na perspectiva cultural e pragmática da medicina ocidental moderna (FERLA, 2006).

A experiência aqui trazida é a de supervisão acadêmica no PMMB em áreas indígenas no estado do Amazonas durante os últimos quatro anos. Tal atividade profissional tem o intuito de oferecer suporte institucional e de promover práticas de educação permanente com o foco de atuação principalmente no cuidado médico, inicialmente envolvendo profissionais oriundos da cooperação cubana e atualmente apenas brasileiros graduados em outros países e estrangeiros. Esta atuação também se relaciona necessariamente com as equipes de saúde brasileiras, compostas por gestores de saúde indígena e usuários indígenas de etnias e perfis diversos. A função da supervisão acadêmica é regimentalmente a de prover suporte profissional e educacional, principalmente aos profissionais estrangeiros, mas também aos brasileiros inseridos no Programa. Com base na educação permanente em saúde, busca-se produzir estratégias para fortalecer o desenvolvimento das ações de cuidado territorial e promover integração junto às equipes de saúde,

usuários, gestores e conselhos de saúde às diversas demandas de profissionais que estão se inserindo em um território desconhecido, na maioria dos casos em um novo país e em um sistema de saúde com fluxos e organização diferentes do modelo em que foram graduados (Luna et al., 2019). A educação permanente em saúde é política de desenvolvimento do trabalho no Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, ação pedagógica de aprendizagem no e pelo trabalho (Ceccim & Ferla, 2008).

Os territórios de abrangência das práticas profissionais no Programa são algumas das Terras Indígenas no estado do Amazonas e os residentes que ocupam este território são povos diversos, passando por regiões tidas como o lar do maior número de indígenas não contatados no mundo, vivendo em total isolamento, até áreas urbanas na capital, Manaus. A área total de responsabilidade das equipes de saúde abrange grandes distâncias, e elas chegam a percorrer mais de oitocentos quilômetros por via fluvial para chegar ao local de atendimento, percurso que pode durar cerca de dez dias apenas na ida, como é o caso da região do Vale do Javari.

A atenção em saúde nestes territórios é marcada historicamente pela desassistência e pelas intervenções negativas. A chegada de não-indígenas e os problemas decorrentes passam pela predação e exploração do território e dos que ali vivem há centenas de anos, assim como contatos intermitentes com missões religiosas norte-americanas, missões parcas e esporádicas do Serviço de Proteção ao Índio desde mil novecentos e dez, e posteriormente por ações campanhistas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), culminando com a presença mais constante deste órgão na década de setenta, com a criação dos Postos Indígenas de Atração. Estas ações, com possíveis consequências negativas, sobretudo de cunho higienista, não contavam com profissionais de saúde adequados. As populações buscavam os técnicos da FUNAI para ajuda em diversos problemas de saúde, e estes muitas vezes auxiliavam transportando os enfermos até centros de saúde ou realizando eles mesmos primeiros socorros básicos no local, de maneira improvisada e sem treinamento prévio (Garnelo & Pontes, 2012).

Mesmo que as atividades aqui trazidas ocorram sempre em terras indígenas, os perfis são variados e as histórias marcadas pelas características regionais de cada população. Destaco o exemplo de uma das localidades mais isoladas e de difícil acesso em que se deu o trabalho de supervisão acadêmica com os médicos e equipes multiprofissionais, a Terra Indígena Vale do Javari. O histórico da saúde

nesta região foi marcado por uma epidemia regional de cólera em mil novecentos e noventa e gerou a mobilização de lideranças indígenas, missionários e ativistas, trazendo visibilidade internacional momentânea à já crítica atenção à saúde na região, o que culminou com o deslocamento de equipes da Organização Não Governamental Médicos Sem Fronteiras para atuação no local. Estes breves momentos dos anos 1992 a 1994, são lembrados por atenção à saúde diretamente nas aldeias e habitações, promovidas pela organização. Seus esforços também envolveram treinamento e capacitação de pessoas que ali residiam para a atividade de agentes indígenas de saúde, promovendo cursos e estratégias de educação em saúde diretamente nas aldeias, que resultaram em impressões positivas nas populações locais e em efetividade no controle da epidemia. O final deste período de trabalho dos Médicos Sem Fronteiras marcou mais uma fase em que, pelas quase duas décadas seguintes, a dificuldade de atenção à saúde foi enorme, ocorrendo uma sucessão de epidemias de infecções sexualmente transmissíveis, com destaque para os casos de hepatites B, C e delta, com casos de hepatites fulminantes e cenas de mortes sem nenhuma assistência, fatos que impactaram as já traumatizadas comunidades da região (Arisi, Francisco, Cesarino, 2011).

As estratégias de saúde nesse local seguiram a evolução das políticas de saúde indígena, sendo que, desde o final do trabalho pelos Médicos Sem Fronteiras, foram gradativamente ocorrendo a implementação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a construção da sede administrativa do DSEI, a construção dos polos de saúde nas aldeias e a aquisição de barcos, medicamentos e insumos de saúde. Ainda assim a dificuldade em contratação, fixação e permanência de profissional médico continuava, sua presença era esporádica e em geral restrita à sede administrativa e ao município base do território, com raras ações diretamente nas aldeias e habitações. Os graves casos de hepatites conseguiram acompanhamento de instituições governamentais, porém as ações gerais de atenção básica e saúde da família permaneciam com a ausência de atenção médica até o início do PMMB. O levantamento de recursos humanos do Centro de Trabalho Indigenista e do Instituto Socioambiental de dois mil e onze (Arisi, Francisco, Cesarino, 2011), aponta que havia apenas um médico contratado para trabalhar em toda a área, outros dois se restringiam ao trabalho nas casas de apoio, fixos no município. Veremos que com o surgimento do PMMB esse número aumentou em

seis vezes, sendo ao menos seis médicos atuando diretamente nas aldeias e habitações, além daqueles atuando fixos no município.

A atuação profissional nesse contexto levanta questionamentos epistêmicos sobre a formação e o trabalho médicos e, de forma mais ampla, do trabalho em saúde. O que esperamos vivenciar em um tríplice encontro entre populações originárias, médicos estrangeiros e equipes de saúde brasileiras? Quais os efeitos deste evento necessário e inédito da história deste país continental e contraditório? Complexas interações podem surgir a partir dos desdobramentos práticos da política pública de atenção à saúde dos povos indígenas e de sua complementação pelo provimento emergencial de profissionais pelo PMMB. Interações completamente novas, trocas de experiências culturais, muitos avanços e muitos desafios surgem na confluência de embarcações que levam pessoas com histórias tão diversas por um fluxo comum: a esperança de juntos produzir mais que a simples soma de indivíduos e ampliar a possibilidade do bem viver e da produção de momentos mais saudáveis.

### 6.2.2 O eixo de provimento emergencial de médicos

Diversas pesquisas, publicações e dados justificaram a implementação desse eixo de provimento emergencial de médicos do Programa. As publicações sobre a série histórica dos índices de desenvolvimento humano municipal (IDHM) naquele período apontavam que, apesar da substancial melhoria destes índices no país, ainda havia forte marca das desigualdades (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013). Tomando como base o período de 1990 a 2013, os avanços indicados pelo IDHM foram enormes, porém também devem-se observar as enormes desigualdades regionais e sociais, formando contrastes entre norte/nordeste e as demais regiões, cenários rurais e urbanos, interior e metrópoles, e ainda considerar para além do documento a formação de guetos dos pobres e dos ricos dentro de grandes centros urbanos, bolsões de pobreza nas favelas e periferias. Ao mesmo tempo, a vitrificação das cidades e a expansão de condomínios e loteamentos fechados, que marcam de forma nítida a segregação social do espaço (Rolnik, 2001). Outra publicação de destaque vem do Conselho Federal de Medicina e aponta para as desigualdades na distribuição e fixação de profissionais, a despeito do que aufere como adequação quantitativa na relação

absoluta de médicos para mil habitantes (Scheffer, 2013). Nesse estudo fica explicitada a convergência de ausência deste profissional em regiões de baixo IDHM, a presença dominante de mais de um vínculo trabalhista e a migração de profissionais para o setor privado. Por fim cito a publicação da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (Girardi et al., 2010) que analisa a escassez de profissionais médicos relacionada aos municípios segundo a porcentagem de domicílios na pobreza e a taxa de mortalidade infantil.

Nos diversos estudos fica explícita a relevância da iniciativa institucional para efetivação dos princípios firmados em mil novecentos e noventa com a criação do Sistema Único de Saúde: o provimento de médicos em áreas de floresta e com dificuldade de fixação era necessária e urgente. Os avanços associados à iniciativa se dariam na ampliação do acesso aos serviços de saúde pela presença de médicos em áreas com ausência deste profissional, peça central nas equipes de saúde, fato diretamente relacionado ao princípio da universalidade, também na priorização de provimento destes profissionais em áreas em que os indicadores sociais e de saúde eram críticos. Ou seja, há também uma ligação direta do provimento de médicos ao princípio da equidade. Ainda há que se destacar o pré-requisito de único vínculo empregatício com o Programa em formato de quarenta horas semanais e a possibilidade da permanência por alguns anos, que indica maior constância na presença deste profissional e a possibilidade de efetivação do princípio da integralidade. A presença de profissionais e equipes no território permite que os usuários sejam atendidos com mais frequência e, assim, maior possibilidade de compreensão dos diversos aspectos físicos, mentais e psíquicos que interagem no processo de produção da saúde. Além de maior tempo para integração do profissional com os demais membros da equipe de saúde, possibilitando a ampliação da visão corporativa com a contribuição dos outros profissionais. Na literatura de saúde pública, a correlação da presença de profissionais e serviços de saúde e a melhora dos níveis de saúde da população remonta ao Relatório Lalonde de 1974, referido ao então Ministro da Saúde do Canadá, que reconhece o acesso ao sistema de saúde como um fator determinante da saúde (Lalonde, 1974).

Ainda assim, a criação deste Programa no Brasil desencadeou uma série de fortes reações por parte de associações e conselhos médicos, que questionaram as estratégias, a qualidade e necessidade de profissionais estrangeiros. Estas instituições tentaram promover diversas ações para barrar a atuação destes

profissionais, ainda que esta atuação fosse restrita ao âmbito do programa, à atenção básica e às áreas com índices de saúde críticos. Algo parecido a um campo de batalha formou-se e muito se perdeu na possibilidade da construção de um diálogo e conexão das já consagradas instituições médicas brasileiras e um novo programa institucional. O déficit, nesse caso, foi em relação à negligência com a saúde da população e à afirmação da lógica corporativa na regulação da formação e do trabalho médicos, em desacordo com os paradigmas internacionais (LANCET). Essas reações não foram suficientes para impedir o Programa e, no caso das populações indígenas, o contato intensivo de profissionais e equipes com os territórios e culturas diversas.

### 6.2.3 As políticas de saúde e os povos originários

A criação de uma política de saúde que consiga presença e permanência nas áreas mais isoladas e vulnerabilizadas, que seja efetiva em melhorar os índices de saúde e sociais, são demandas históricas no território brasileiro. Tal demanda, foi base das pautas do movimento da reforma sanitária brasileira, bem como dos próprios movimentos sociais de base, das comunidades ribeirinhas, indígenas, das periferias dos centros urbanos e do movimento nacional da população em situação de rua.

Muitos foram os avanços ao longo das últimas décadas, com a elaboração do conceito de direito universal de saúde na constituição de mil novecentos e oitenta e oito, com a criação do sistema único de saúde e com a ascensão de governos com maior base e participação social. Representando, assim, maior pressão popular e participação social na elaboração e implementação das políticas públicas (Paim, 2008).

Na área da atenção à saúde das populações indígenas, são importantes marcos recentes, a mudança das políticas de contato forçado à populações isoladas e o maior cuidado na interação com populações previamente contactadas, parte do final da década de oitenta a compreensão institucional de que há efeitos extremamente danosos em contactar povos em isolamento. A realização de conferências nacionais de saúde indígena (início em 1986) e o protagonismo dos indivíduos, usuários do sistema de saúde, na arena de disputa da elaboração de políticas, também são importantes mudanças históricas. A possibilidade destes

processos de participação ativa e efetiva, foi base fundamental para a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena, para a criação da política nacional de atenção à saúde indígena e, por fim, para a criação de uma secretaria específica, federalizada e pautada no controle social, a Secretaria de Atenção à Saúde Indígena em dois mil e dez (Garnelo & Pontes, 2012).

As políticas nacionais de promoção de equidade em saúde a “grupos vulneráveis”, ou seja, voltadas a grupos que no contexto político e social são atravessados por um processo de precarização de suas condições de vida e de saúde, coincidem em delimitar no plano operativo cinco eixos centrais: o acesso na atenção à saúde, as ações de promoção e vigilância em saúde, a educação permanente e educação popular, o fortalecimento da participação e do controle social e, por fim, o monitoramento e avaliação destas ações em saúde (Brasil, 2002; 2013). São historicamente marcadas por uma forte dificuldade de efetivação desses eixos, as ações da saúde indígena, principalmente no que diz respeito às áreas isoladas e de difícil acesso, frequentemente relacionada a alta rotatividade de profissionais nas equipes, às dificuldades logísticas de acesso às aldeias pelas enormes distâncias por via fluvial, sendo que as iniciativas de educação em saúde ainda são em geral incipientes, pontuais e cristalizadas na lógica biomédica.

O cuidado em saúde das populações humanas é extremamente diverso e as particularidades da Estratégia Saúde da Família ocorre possivelmente em seu âmbito mais intenso na atenção em saúde às famílias e comunidades que residem em áreas de floresta amazônica e de difícil acesso a grandes centros, talvez seja ainda mais impactante nas comunidades indígenas, em que questões culturais, históricas, sociais e logísticas podem se revelar de maneira mais complexa, expondo as limitações e avanços na capilaridade da atenção básica brasileira.

#### 6.2.4 Olhares sobre situações complexas em saúde: a implementação de políticas públicas e o planejamento estratégico

Para melhor compreensão das linhas de tensão que aparecem nas narrativas aqui apresentadas, podemos caminhar pelos referenciais que pensam a gestão em saúde e a implementação das políticas, nesse caso, olhar para a implementação da política pública do Programa Mais Médicos no setor da saúde indígena.



Em seu artigo de 2018, Padilha nos indica importante referencial para análises complexas no professor Mário Testa (1986), que faz emergir o conceito de poder como central nas políticas e práticas institucionais. Estes autores nos indicam que a implementação de uma ação de saúde leva à realização de transferências de poder, apresentando algumas categorias e as características do poder enquanto político, técnico e administrativo, para a realidade do serviço de saúde. Essa tipificação do poder tem valor para realização de análises complexas, ao identificar as fontes em questão de cada ator social que exerce o poder e ao identificar os indivíduos e os locais em que o poder é exercido.

Outro importante apontamento que Padilha (2018) nos indica, em consonância com Campos (2007), é o que tal gestão em saúde deve levar em conta, além dos aspectos administrativos e financeiros da organização. Deve considerar também a circulação pelo trabalho em equipe, produção de saúde, distribuição de poder, saberes e objetos de investimento dos profissionais, seus valores e cultura. Ou seja, a implementação de novas políticas de saúde implica também na criação de novos sujeitos, exigindo ou orientados por novos arranjos de gestão. Que a produção da política não é só resultados, efeitos, mas também produção de sujeitos, o Programa Mais Médicos enquanto produção permanente de sujeitos individuais e coletivos, acolhimento das associações indígenas e suas demandas históricas, embates com as entidades cooperativas médicas, produzindo novos sujeitos. Da mesma forma ocorre a partir da relação intercultural entre o povo cubano e o povo brasileiro, nesse caso mais profunda ainda, pois relaciona diversas etnias, equipes e outros países. Tal é que o esvaziamento desses sujeitos é decisivo para o desmonte da política, que podemos pensar então que construir política é construir novos sujeitos e deslocar poder.

O professor Mário Testa também nos indica algo a mais nesse sentido, de que a tensão existente entre as práticas biologicistas e as práticas sociais não deve resultar em uma competição, mas sim em uma construção de práticas em saúde que cumpram uma função social diferente da que hoje cumpre a medicina, destaca também, a importância da consciência da função de transformação social que cumprem os diferentes agentes de práticas comunitárias em saúde, quando atentos para a consciência de classe (Testa, 1989).

Para esses autores, para que tais transformações sociais ocorram, em menor ou maior grau, ocorre também o deslocamento de poder, que pode ser pensado

enquanto o poder administrativo, que está relacionado ao manejo dos recursos e os processos que os envolvem, o poder técnico, no treinamento e conhecimento de manipulação de tecnologias e o poder político, relacionado aos interesses e mobilização dos diversos agrupamentos de indivíduos que estão de alguma forma envolvidos no tema a ser analisado.

A pesquisadora e professora Lígia Giovanella (1990), traz também o pensamento de Mário Testa, de que para se pensar e planejar em saúde é necessário pensar e planejar para muito além da saúde, considerar que toca-se em problemas sociais complexos e para isso é necessário estratégias sociais amplas.

Tais estratégias podem ser traçadas com base no pensamento que propõe o professor Mário Testa, inicialmente realizando-se um diagnóstico que considere as relações de poder, diagnóstico esse que envolve um nível administrativo (doenças, mortes, recursos...), um nível estratégico que pensa as relações de poder, desigualdades, classe social e considera-se os poderes envolvidos internamente nos serviços (técnico, político, administrativo) e, também, um nível ideológico pensando a compreensão sobre saúde e sociedade que têm os diversos grupos envolvidos e interessados no campo da saúde em questão.

Após a fase de diagnóstico, é possível pensar ações programático-estratégias no sentido de avanço para elaboração de mudanças necessárias identificadas na fase anterior, ações de abertura pela construção de “uma base social de apoio e pela negociação entre as forças sociais” (Giovanella, 1990), e ações de consolidação pela demonstração direta de que as mudanças realizadas alcançam efeitos positivos e duradouros. Tais ações pensam em transformar as organizações em mais participativas, democráticas e colaborativas, são orientadas para a transformação social por meio do deslocamento de poder para a classe trabalhadora e formação de uma consciência social e de classe.

Para entender um pouco mais sobre a dinâmica de poder que tais reflexões trazem, Giovanella nos indica considerar o pensamento de Marx e Engels ao abandonarem a noção de Estado, de Poder baseado no contrato. De acordo com a compreensão histórica de Marx e Engels sobre a sociedade e o Estado, o Estado é resultado da divisão da sociedade em classes e surge como resultado da classe economicamente dominante tornar-se politicamente dominante e estabelecer seu poder sobre toda a sociedade, fazendo o uso sistemático do poder de uma classe para oprimir outra, garantindo a continuação da estrutura de classes da sociedade.

A divisão de classes e o conflito de classes existem desde o início do Estado. A segmentação da sociedade em classes é então o fundamento da divisão do poder. Um sistema de divisão de classes em que os meios de produção são apropriados privadamente. As classes são determinadas pelas várias posições que os indivíduos assumem nas relações de produção. Nesta sociedade dividida em classes, o Estado serve como o poder organizado de uma classe contra a outra. Estado dos interesses específicos de uma classe, não da vontade pública (Marx e Engels, 1975).

#### 6.2.5 Caminhos da prática profissional

Os territórios percorridos no trabalho com o PMMB, parecem justificar por si só a necessidade de criação de estratégias de apoio institucional, por meio de tecnologias leves e contínuas, desenvolvendo-se na implementação de ações de educação permanente com os profissionais recentemente chegados no solo brasileiro, no sistema único de saúde, para trabalhar em áreas historicamente negligenciadas e desassistidas.

Emergindo destes territórios, da fala das equipes, dos profissionais e dos usuários, está a palavra isolamento. Seja nas características geográficas das áreas isoladas ou no isolamento sentido na prática profissional cotidiana de médicos e equipes destas regiões. Seria então o centro da prática educativa um processo de rompimento deste isolamento? As experiências de educação permanente no Programa aqui tratadas apontam para que sim, existe uma função central em romper o isolamento, tanto de práticas muitas vezes enviesadas por crenças estabelecidas e distantes de evidências ou, para além disso, o acolhimento de profissionais, equipes e usuários por uma estratégia de supervisão que promova um apoio amplo, que se faça presente ao longo do tempo e que possa contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas, estabelecendo redes de apoio interprofissionais e abrindo espaço para mudanças.

Os caminhos da prática de supervisão iniciam-se a partir de contatos à distância, via telefone, em que são estabelecidas relações e diálogos com gestores, equipes de saúde, profissionais do Programa e representantes das instâncias de participação social, para que se torne possível conhecer melhor a realidade, construir e pactuar atividades presenciais. Tais práticas presenciais, dependem de

muitos fatores, relacionados à autorização institucional para o deslocamento até as áreas de atendimento e à disponibilização de uma agenda prévia para realizar programações, considerando onde e quando estarão as equipes de saúde com as quais as atividades serão realizadas.

Nesse percurso, os encontros buscam a produção de conhecimentos a partir da realidade, dos problemas e experiências vividos na prática cotidiana, construindo caminhos de desenvolvimento da prática profissional e abertura de possibilidades de mudança (Ceccim, Ferla, 2009). Ouvir, dialogar e trabalhar em conjunto com os diversos indivíduos envolvidos no processo de atenção à saúde já citados - usuários, gestores, profissionais e líderes comunitários - torna-se imprescindível para mediação de problemas, construção de soluções, identificação e apoio de possíveis aberturas e potencialidades existentes nas equipes e instituições.

Acompanhando o caminhar das equipes pude perceber a enorme força e comprometimento que os profissionais das equipes de saúde tem que desenvolver para contornar os vazios de estrutura, materiais e medicamentos. Diversas vezes perdi e recuperei as esperanças ao construí-las no cotidiano, ao trabalhar complexidade de casos em que a clínica é a fome, o desabrigo e a violência. Vejo que é por meio da mobilização social, apoio aos recursos do território, de propor e pautar a gestão e de parcerias com organizações independentes e instituições municipais que podemos construir alguma esperança diante de momentos caóticos do desenvolvimento dos serviços de saúde indígena, como é o que vivemos no Brasil no período que trata-se a pesquisa. Momento de intenso desmonte, esvaziamento de sujeitos e retrocesso no financiamento das políticas públicas de segurança social, de educação, saúde e de aprofundamento da perseguição a defensores ambientais, povos originários, comunidades, populações da floresta, migrantes, do campo, LGBTQIAP+, povos de quilombos, de ocupações, assentamentos e em situação de rua.

Lembro de diversas reuniões em que eu pensava em discutir temas clínicos e antropológicos, porém o que emergiam eram fatos de embarcações precárias, dias de viagem em locais apertados e sem comunicação, dificuldade com número baixo de medicamentos, em localidades de intensa floresta e suas particularidades, dificuldades intensificadas com o desmonte e corte de verbas que temos vivido do governo no período da pesquisa. Além disso, também vi equipes que buscavam alternativas, faziam por conta própria acordos com organizações independentes ou

municípios para conseguir medicamentos e insumos, na ponta do serviço fazendo articulações, criando soluções e esperanças diante de um cenário de caos na administração pública. Vi diversas mobilizações e manifestações de organizações comunitárias em intensa luta por seus direitos, por melhores condições de vida e de saúde, ocupando sedes administrativas do poder público para exigir diálogo e atenção às demandas comunitárias. Assembléias, reuniões e negociações de dias seguidos, em que as tensões políticas sempre permaneciam muito expostas. Lembro-me também dos momentos de dedicação dos profissionais cubanos aprendendo as línguas nativas, as plantas medicinais indígenas, participando de jogos e festividades culturais, cuidando dos traumatismos nos jogos. Muito interessante também foram os casos de profissionais que conseguiram fazer rodas de conversa com as comunidades, em que dramatizavam de forma cômica situações de uso de substâncias e atitudes violentas, à partir daí o diálogo se criava e as pessoas começavam a contar suas histórias, suas violências e seus traumas, abrindo possibilidade de construir soluções conjuntas à equipe profissional.

As atividades que compuseram o caminho desta prática - que relaciona a educação e o trabalho profissional - davam-se em diversos momentos, por meio de encontros internos e trocas de experiência dos próprios grupos de supervisão, tratando da implementação das estratégias de acompanhamento dos médicos participantes e suas necessidades. Através, também, de atividades regionais que buscam integrar os diversos agentes envolvidos no processo de atenção à saúde relacionado ao PMMB. O mais frequente, porém, são as atividades focadas diretamente no acompanhamento e apoio aos médicos do Programa, estas ocorrem por meio de acompanhamento e auxílio presencial em atividades como atendimentos clínicos, visitas domiciliares, ações de vigilância em saúde, procedimentos e atividades educativas comunitárias. Como explicado anteriormente, diversos fatores incidem na possibilidade de realização de tais encontros presenciais, desde autorização institucional, até a programação variável das agendas dos profissionais do Programa e equipes de saúde, as equipes podem permanecer, a depender do local, até cinquenta dias em deslocamento e nas ações de atendimentos itinerantes, fato que demanda uma alta capacidade de diálogo e articulação para promover os encontros, sendo que na maioria das regiões não há a possibilidade de contato por telefone ou internet. Mesmo diante destas adversidades, toda a programação de encontros até o momento foi concretizada,

com frequente necessidade de adaptação, desafiando a criatividade e exigindo a composição de um repertório metodológico diverso e flexível.

Lembro de um dia, após revisarmos o tratamento de malária e refletirmos sobre o aumento de casos relacionado a uma festividade regional em que diversas pessoas se encontram em uma aldeia e isso estava causando um aumento sazonal dos casos, então que, após essa conversa, o profissional me indica que está com muita dor no ombro e eu o questiono a causa, é aí que ele me diz de um caso de uma criança de três meses de vida que havia atendido, com uma malformação congênita traqueolaríngea, tal malformação era grave e indicou a imediata remoção, porém era de grande valia sua presença durante a remoção caso houvesse alguma desestabilização dos sinais vitais da criança. Pois, conta ainda, que durante a remoção o motor da embarcação havia quebrado e necessitou assim de voltarem remando por dois dias a mais no trajeto até o centro clínico mais próximo. Daí a sua dor no ombro. Digo isso, para exemplificar as condições adversas e intensas com que o trabalho pode representar nessas regiões e ainda mais para trazer um efeito de proteção à saúde de uma criança com uma condição grave, que representa a presença das equipes diretamente nas aldeias e habitações. Pouco tempo depois do esvaziamento do Programa pelo governo, tais regiões ficaram por muitos meses sem profissional médico e por anos com baixo índice de ocupação por tais profissionais.

Os atendimentos clínicos são a prática central no processo de trabalho, seja pelas consultas em que médico e supervisor atuam em conjunto, que ocorrem nas sedes municipais, aldeias, habitações e casas de apoio, seja nas atividades de educação em saúde com temas recorrentes sobre os fluxos de referência e contrarreferência, linhas de cuidado prioritárias, organização de prontuários, receitas, notificações, atestados e formulários. Os atendimentos são, em geral, acompanhados pela figura do tradutor, integrando um cenário em que a atividade clínica envolve o cuidado de um usuário da saúde indígena, mediado por seus acompanhantes, um tradutor contratado pelo serviço de saúde, profissionais da equipe de saúde, o profissional estrangeiro e o supervisor. Descrevo esse cenário para compor a imagem da grande complexidade (Dias, Toassi, Bueno, & Ferla, 2020; Campos, 2008) não somente logística (enormes distâncias por rios e florestas) mas da imagem de uma verdadeira metamorfose intercultural que desenvolve-se nos momentos de atendimento em equipe, trata-se de um exercício de buscar o que

é comum a esses vários indivíduos, encontrar as possibilidades de troca, para estabelecer encontros possíveis, de interação, diálogo e produção de saúde (Weissmann, 2018).

Percebe-se então que de forma imprescindível emerge a necessidade de aberturas ao protagonismo dos indivíduos, usuários do sistema de atenção à saúde, traduzindo-se como um fundamental apoio das lideranças comunitárias, cuidadores tradicionais e agentes de saúde e saneamento indígenas, nos processos de saúde. Faz-se importante aqui, refletir sobre outro isolamento também muito observado no trabalho com as equipes de saúde, o isolamento dos profissionais nas práticas biomédicas e farmacológicas, deixando de estabelecer um diálogo para construir o processo de cuidar em conjunto das enormes potencialidades culturais, representadas pelas práticas tradicionais de curas e cuidados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu texto sobre a estratégia para a medicina tradicional (2013) aponta para a necessidade de integração destes indivíduos, os cuidadores tradicionais, as lideranças e os agentes de saúde, como estratégia para a identificação de demandas ocultas, para o auxílio com acompanhamento de tratamentos convencionais e como figuras chave na realização de pontes para a formação de amplas redes de cuidado nos territórios. O mesmo documento também pontua que esta integração não ocorrerá espontaneamente, que depende de esforços deliberados e decisões normativas de instituições governamentais e não governamentais. Tais esforços devem ser construídos em conjunto com as comunidades envolvidas e não tem a função de substituir a falta de implementação dos serviços convencionais de atenção à saúde, mas sim complementá-los, estes ainda são insuficientes e necessitam de investimentos em mais estruturas físicas e humanas para garantia do direito à saúde e do direito à vida. Estas ações complementares, porém, são imprescindíveis, representam estratégias fundamentais para suprir um abismo construído pelo processo histórico de dominação e violência contra populações específicas, no caso, os povos originários ou povos indígenas, processo que gerou o atual cenário de vulnerabilidade, caracterizando as áreas de piores índices de saúde e sociais do país.

Após acompanhar e auxiliar os atendimentos clínicos e a partir de diálogos sobre os diversos problemas de saúde que já foram documentados anteriormente, em publicações sobre saúde indígena, foi possível construir atividades de reflexão e desenvolvimento da prática clínica e intercultural. Diversos instrumentos e

estratégias foram utilizadas para disparar reflexões coletivas sobre as interações entre culturas, sobre os conceitos de saúde e cuidado, e também, sobre as práticas clínicas, os procedimentos e as ações pedagógicas comunitárias. Destaco que a familiarização e instrumentalização às diretrizes clínicas (Mendes, 2010), fluxos e protocolos das linhas de cuidado, foi o primeiro caminho a ser percorrido, como primeira demanda de melhorar a capacidade técnica de identificar problemas em saúde, proporcionar seu diagnóstico e tratamento. De forma conjunta, as reflexões históricas sobre o processo de vulnerabilização, os determinantes sociais da saúde, a aproximação à antropologia e a outros campos de pensamento com potencial de provocar práticas que avancem para muito além da prática biomédica, foram primordiais nos encontros pedagógicos.

A familiarização com as diretrizes clínicas, seus fluxos e protocolos, iniciou-se com a reflexão e estímulo à organização do processo de trabalho nos atendimentos clínicos: partindo do acolhimento aos indivíduos que se apresentam espontaneamente (demanda espontânea), passando pelas fichas de acompanhamento pré-natal, até os protocolos de encaminhamento, realizando em conjunto as adaptações necessárias ao contexto geográfico e cultural, listo a seguir algumas das diretrizes clínicas que nos ajudaram muito no desenvolvimento técnico do processo de trabalho cotidiano:

- Fichas de acolhimento da demanda espontânea (Diegues, Cristina, 2016);
- Fichas de atenção integrada da mãe e da criança, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Ministério da Saúde, 2014, 2017);
- Fichas de acompanhamento do pré-natal, Ministério da Saúde, caderneta da gestante;
- Plano de parto, Cartilha da Gestante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte;
- Fichas de acompanhamento da criança pelo desenvolvimento, crescimento, peso e perímetro cefálico, Ministério da Saúde, caderneta da criança;
- Classificação do risco de suicídio (de Janeiro, 2016);
- Classificação de risco familiar (Coelho & Savassi, 2004)
- Protocolos da Atenção Básica, Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (Brasil, 2016).



- Cadernos de Atenção Básica, Ministério da Saúde;
- Guias de Referência Rápida, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (de Janeiro, 2016);
- Atlas de dermatologia em povos indígenas (Rodrigues, Tomimori, Floriano, & Mendonça, 2010)
- Identificação de medicamentos e receituários adaptados para pessoas com necessidades especiais, prescrição pictográfica (Araújo, Campos, Fagundes, Soares, & Dias, 2019; Ferreira, Maria, & Soares, 2017)
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para atenção especializada, Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Harzheim *et al*, 2016);

Como mencionado anteriormente, trabalhamos em conjunto às diretrizes clínicas, também temas referentes ao histórico da implantação do sistema de saúde indígena, dos determinantes sociais de saúde, das características dos processos de vulnerabilização de grupos específicos e do campo da antropologia em saúde. Por esses caminhos, passamos pelas questões teóricas e práticas da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), muitas vezes recorremos ao Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena (Yamamoto, 2004), que proporciona capítulos essenciais para começar a compreender o contexto da antropologia em saúde e, para além disso, ainda traz informações técnicas de grande utilidade prática. Diversos materiais construídos pelo Conselho Indígena Missionário, pelo Centro de Trabalho Indigenista e pelo Instituto Socioambiental também foram cruciais para melhor compreensão histórica (CIMI, 2013) e muitas vezes publicações únicas e de extremo valor para compreensão do contexto de trabalho da saúde em determinadas regiões como a de Arisi, Francisco e Cesarino (2011). Mesmo que não seja possível incluir neste texto todas as publicações que nos ajudaram a estabelecer momentos de reflexão e desenvolver melhores práticas profissionais, que muitos materiais ficarão perdidos em nossas discussões e memórias, cristalizados na ampliação de nossas percepções e práticas, mesmo assim, é importante dizer que foi de muito valor para nossos debates as publicações do livro Saúde Indígena: uma introdução ao tema (Garnelo, Pontes, 2012), do livro Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil (Coimbra, Santos, & Escobar, 2003), dos relatórios de gestão da SESAI, da FUNAI e do SISVAN, bem como dos

Planos Distritais de Saúde Indígena e das cartografias dos respectivos DSEI e também das publicações realizadas de forma independente pelas associações indígenas como é o caso da Ata da II Assembleia Geral da União dos Povos Indígenas do Vale do Javari na sua publicação em forma do relatório Saúde Indígena do Vale do Javari (2012). No campo da antropologia buscamos trabalhar textos clássicos como O curandeiro Ndembu de Victor Turner (2006), O feiticeiro e sua magia de Claude Levi Strauss (1975), O ritual do corpo entre os Nacirema (Miner, 1956), avançando para a antropologia no contexto da saúde, trabalhamos alguns textos do livro, Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História, (Baruzzi & Junqueira, 2005) e o artigo Cinco idéias equivocadas sobre o índio (Freire, 2009). Por fim, para adentrar profundamente na cosmovisão de alguns povos e avançar no desafio da interculturalidade, os livros A queda do céu (Kopenawa & Albert, 2019) e Ideias para adiar o fim do mundo (Krenak, 2019), podem nos ajudar a iniciar o incrível caminho de compreender diversas possibilidades de leitura da realidade.

#### 6.2.6 Amanhã reluzirá, isso é seguro, tocando a vida em frente\*

Enfim, há que se considerar: não há final possível para o nosso caminhar, apenas a certeza de continuidade. Se estamos hoje exercitando a possibilidade de refletir e escrever sobre a busca por melhores práticas profissionais nestes últimos anos, é porque acreditamos nelas. O que pode ser feito é seguir em frente e alimentar nossas esperanças de que os problemas se consumirão diante dos nossos esforços para o desenvolvimento de práticas de saúde cada dia mais reflexivas, humanas e transformadoras.

Vários foram os efeitos pedagógicos relacionados ao processo de criação e implementação do PMMB que podem ser identificados também nas narrativas aqui apresentadas. A movimentação e intercâmbio de profissionais pode, por si só, mobilizar a construção de práticas que necessitam partir de processos educativos e pedagógicos (como as políticas do SUS já nos indicavam ser importante). Tal fato é ainda ampliado, pois é assumido deliberadamente em seus artigos legais a centralidade desta função formativa, ensino-serviço, pesquisa e aperfeiçoamento. Os eixos do Programa, de formação para o SUS, ampliação da graduação e residência médica, mudança dos locais de formação e reorientação da formação, favorecem a produção de grandes efeitos pedagógicos. A política de saúde

representada pelo PMMB, portanto, indica movimentos de consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais aos cursos de saúde e de medicina (Brasil, 2014), propõem a mudança nas relações dos trabalhadores e o seu lugar, para mais que um técnico aplicador de protocolos, um indivíduo que realiza o trabalho de saúde diretamente no território, criativo, humano, em equipe e o compreende como mais complexo que as teorias e diretrizes existentes. Ao provocar essa percepção nos indivíduos e configurar os espaços de prática a partir dela, há o provável efeito de ampliação permanente de conhecimentos, percebendo o trabalho, o SUS e a atenção básica também como escola (Ferla, 2019).

A rotina médica direta nas aldeias e habitações, revelou um ambiente tumultuado e inconstante, cuja a maior demanda é a manutenção dos insumos básicos para os programas prioritários de atenção à saúde e a manutenção de profissionais qualificados para implementar tais programas. Diversos problemas de saúde desassistidos no território puderam ser identificados e manejados pela presença chave de profissionais do Programa Mais Médicos.

O sistema de atenção à saúde indígena, especialmente às populações que vivem na Amazônia, destaca-se com necessidades de extrema prioridade para investimentos e implementação de políticas públicas, considerando que hoje ainda é umas das áreas com os piores indicadores de saúde e de maior ausência de insumos e profissionais, impedindo a consolidação do direito de acesso à saúde e do direito pleno à vida.

No tempo presente, vivemos com mais velocidade, como descrito aqui anteriormente, podemos acessar com facilidade e rapidez diversos artigos, livros, protocolos e informações extremamente valiosas, aprender com elas em poucos meses o que antes seria extremamente trabalhoso e muito mais demorado. Dessa forma, porém, se existe a constatação de que avançamos conscientemente com rapidez no sentido de melhores práticas profissionais, melhores políticas de saúde, de práticas educativas significativas, transformadoras e possibilidades da produção de comunidades mais saudáveis, também é grande a velocidade com que a desinformação e as práticas retrógradas e degradantes podem alcançar. Portanto faz-se necessário preservar, trabalhar aonde for possível e unir aqueles indivíduos interessados em construir relações humanas mais harmônicas e equilibradas, em que viver pode ser algo agradável.

*\*Do Livro "A luz e o túnel", Ray Lima.*

## Referências:

- Araújo, M. R. A., Campos, F. F., Fagundes, K. E. A., Soares, M. M., & Dias, C. A. (2018). Prescrição pictográfica: uma estratégia facilitadora da adesão ao tratamento farmacológico. *Anais do XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*, 1-17.
- Arisi, B., Cesarino, P., & Francisco, D. (2011). Saúde na Terra Indígena Vale do Javari: diagnóstico médico-antropológico: subsídios e recomendações para uma política de assistência. São Paulo: CTI (Centro de Trabalho Indigenista), ISA (Instituto Socioambiental).
- Baruzzi, R. G., & Junqueira, C. (2005). Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. In *Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história* (pp. 295-295).
- Brasil, M. S. (2002). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição-Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 40.
- Brasil. (2014). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, 8-11.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.
- Campos, G. W. D. S., Gutiérrez, A. C., Guerrero, A. V. P., & Cunha, G. T. (2008). Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. *Hucitec*.
- Campos, G. W. D. S. (2007). Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições-o método da roda. In *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições-o método da roda* (pp. 236-236).
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, educação e saúde*, 6 (3), 443-456.
- Ceccim, R. B., Ferla, A. A., Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (2009). Dicionário da educação profissional em saúde. *Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*.
- Coelho, F. L. G., & Savassi, L. C. M. (2004). Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 1(2), 19-26.
- Coimbra Jr, C. E., Santos, R. V., & Escobar, A. L. (2003). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Editora Fiocruz.
- de Janeiro, P. D. R. Secretaria Municipal de Saúde.(2016). *Coleção Guia de Referência Rápida–Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção*. Rio de Janeiro.
- Dias, M. T. G., Toassi, R. F. C., Bueno, D., & Ferla, A. A. (2020). Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde. p19

- Diegues, P. L. S. C., Cristina, J. A., Pegoraro, I. B., Oliveira, M. A. F. C., Cyrillo, R. M. Z. (2016). Instrumento Diegues & Cristina: Norteador para a enfermagem no acolhimento da demanda espontânea. In III Expo Saúde, Ribeirão Preto, categoria resumos de trabalhos. (pp. 86). Recuperado a partir de <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude27a202103.pdf>  
[https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/impressos\\_instrumento\\_diegues\\_cristina\\_2016.pdf](https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/impressos_instrumento_diegues_cristina_2016.pdf)
- Freire, J. R. B. (2009). Cinco ideias equivocadas sobre os índios. O saber construído a partir de nós. *Revista do Centro de Estudos do Comportamento Humano*, (1), p 19-33.
- Ferla, A. A. (2019). Programa Mais Médicos e desenvolvimento do trabalho: um efeito de educação permanente em saúde?. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180679.
- Ferla, A. A., & Funghetto, S. S. (2023). Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças. In *Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças* (pp. 289-289).
- Ferreira, D. D. M., Maria, I., & Soares, R. (2017). Tática Para Descomplicar a Adesão Ao Tratamento Farmacológico Por Pacientes Atendidos Na Unidade De Saúde Ana Nery No Município De União – Piauí.
- Fontão, M. A. B., & Pereira, É. L. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: Reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface: Communication, Health, Education*, 21, 1169–1180. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0387>
- Garnelo, L., & Pontes, A. L. (organizadoras). (2012). Saúde indígena: Uma introdução ao tema. In *Mec-Secadi*.
- Giovanella, L. (1990). Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, 6, 129-153.
- Girardi, S. N., Carvalho, C. L., Farah, J. M., Araújo, J. F., Mass, L. W. D., Campos, L. A. B. (2010). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. *Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde—Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG*. <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
- Harzheim, E., Agostinho, M. R., Katz, N., Chueiri, P. S., Ben, A. J., Macedo Neto, A. V. D., ... & Lorenzi, W. (2016). Protocolos de encaminhamento da atenção básica para atenção especializada: cirurgia torácica e pneumologia adulto.
- Kopenawa, D., & Albert, B. (2019). A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. Editora Companhia das Letras.
- Krenak, A. (2019). Ideias para adiar o fim do mundo (Nova edição). Editora Companhia das Letras.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa. *Health and Welfare Canada*.
- Lévi-Strauss, C. (1975). O feiticeiro e sua magia e A eficácia simbólica. *Antropologia Estrutural*.

Luna, W. F., Ávila, B. T., Brazão, C. F. F., Freitas, F. P. de P., Cajado, L. C. de S., & Bastos, L. O. de A. (2019). Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23(1), 1–14.

Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 988-989.

Marx, K. H., & Engels, F. (2010). Manifesto do partido comunista. *Germinal: marxismo e educação em debate*, 2(2), 215-240.

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15, 2297-2305.

Minner, H. (1956). O ritual do corpo entre os Nacirema. *American Anthropologist*, Arlington, 58, 503-507.

Ministério da Saúde (BR). (2017). Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos.

Ministério da Saúde (BR). (2014). Manual Aidpi Neonatal.

Missionário, C. I. (2013). A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil. Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.

Padilha, A. R. S., Amaral, M. A., Oliveira, D. C., & Campos, G. W. S. (2018). Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde em Debate*, 42, 579-593.

Paim, J. S. (2008). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Portaria do Ministério da Saúde nº 254. de 31 de janeiro de 2002. (2002, 6 fevereiro). Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Seção 1, ano 139, nº 26, p. 46-49, Brasília-DF. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 20 de maio de 2020.

Portaria do Ministério da Saúde nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. (2013). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Editora do Ministério da Saúde, Brasília.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Fundação João Pinheiro. (2013). *Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013*. Brasília: PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro.

Ribeiro, M.V.M.S., & Ferla, A. A. (2023). Rompendo o Isolamento em Rompantes Interculturais: experiências no Programa Mais Médicos e os povos originários. In *Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças*.

Rodrigues, D. A., Tomimori, J., Floriano, M. C., & Mendonça, S. (2010). Atlas de dermatologia em povos indígenas. SciELO-Editora Fap-Unifesp.

Rolnik, R. (2001). São Paulo-Coleção Folha Explica.

Scheffer, M., Cassenoti, A., Biancarelli, A. (2013). Demografia Médica no Brasil (2). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina. <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

Testa, M. (1986). Pensamiento estrategico, lógica de programación, estrategia y programación. Buenos Aires [sn].

Testa, M. (1989). Pensar en salud. Representación OPS/OMS Argentina;(21), 1989.

Turner, V. (2005). Floresta de símbolos. Niterói: EdUFF, 139.

Yamamoto, R. M. (2004). Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. In Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira.

Weissmann, Lisette. (2018). Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. Construção psicopedagógica, 26(27), 21-36. Recuperado em 10 de junho de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&tlng=pt).





### **6.3 Programa Mais Médicos e o enfrentamento à Covid-19 na Amazônia: quando a complexidade convoca o pensamento e as políticas públicas**

Marcus Vinicius M S Ribeiro

Alcindo Antônio Ferla

"Se o mundo não parou para escutar os alertas que a Terra vinha dando, a Terra parou o mundo para se fazer escutar. E é exatamente nesse momento que a gente está nessa pandemia" Sônia Guajajara (Reinholz, 2020).

#### **6.3.1 Contexto inicial**

O desenvolvimento das ideias apresentadas neste capítulo busca compartilhar reflexões sobre o trabalho em saúde no Programa Mais Médicos (PMM) nas regiões amazônicas, especificamente nos locais em que vivem as populações originárias, que são habitantes milenares do território que hoje é denominado Brasil. A experiência central da qual partem os temas que são desenvolvidos e aprofundados aqui é a supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), que é o componente formativo ao qual estão vinculados os profissionais do PMM, principalmente relacionado às situações enfrentadas durante a pandemia de COVID-19 no sistema de saúde indígena. A complexidade e os inúmeros desafios que já existiam se intensificaram após a chegada da pandemia. Portanto, destacamos as articulações do Programa com as comunidades indígenas e com o sistema de saúde local, bem como as complexas situações do contexto local, nacional e internacional que compõem as inúmeras linhas de tensão que atingem diretamente o trabalho das equipes de atenção à saúde destes indivíduos. O artigo aqui apresentado foi publicado no livro, Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes (Schweickardt, Lima, Ferla, 2022). O capítulo segue, portanto, as contribuições que o livro pretende ofertar ao pensamento, às políticas e práticas da saúde e da educação no território amazônico, considerado aqui como de grande complexidade e com potencialidades para renovar ideias e iniciativas em relação às ações produzidas nos demais territórios. O artigo aqui apresentado, foi

publicado no livro *Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes* (Schweickardt, J. C., Lima, R. T. D. S., & Ferla, A. A. 2022), com o mesmo nome aqui apresentado, *Programa Mais Médicos e o enfrentamento à Covid-19 na Amazônia: quando a complexidade convoca o pensamento e as políticas públicas* (Ribeiro, M. V. M. S., & Ferla, A. A. 2022).

A criação e implementação de um programa de dimensões únicas como o PMM pontua mais um marco histórico no sistema de saúde brasileiro. Após a unificação e ampliação dos serviços de saúde no país, representado historicamente na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, passando pelo estabelecimento dos importantes Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (Fausto & Matta, 2007), o Programa Mais Médicos segue nessa linha de políticas públicas fortalecedoras da atenção básica nos territórios, intrinsecamente ligadas aos princípios do SUS, principalmente os da equidade, integralidade e universalidade. A iniciativa teve no seu eixo de provimento emergencial de médicos uma ação central para a ampliação do acesso da população a equipes de saúde da família completas em territórios até então submetidos à escassez de profissionais e às descontinuidades na atenção às populações.

O acesso a serviços de atenção à saúde é reconhecido como fator determinante para melhoria das condições de vida das comunidades em diversos documentos da saúde pública, como o Relatório Lalonde de 1974 no Canadá, o relatório da Conferência de Alma-Ata (“acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade”) em 1979 e na própria lei que regulamenta o SUS, logo no segundo artigo da Lei Orgânica da Saúde, que é a Lei Federal nº 8080/1990 (Lalonde, 1974; Organização Mundial de Saúde & Fundo das Nações Unidas pela Infância, 1979; Asensi, 2015). O fato é que o Programa representou uma iniciativa governamental de grande relevância para a expansão do acesso em áreas de difícil provimento de profissionais, onde o direito de saúde da população é igualmente verdadeiro, mas cronicamente negligenciado. Nesses territórios, além da expansão do acesso propriamente dito, as características humanas e sociais implicaram num segundo aprendizado às políticas públicas: a expansão do acesso compartilhando as tensões no âmbito da integralidade da atenção, representadas pela expressão de diferentes necessidades de saúde da população, muitas vezes desconhecidas pelas políticas públicas e pelo sistema formal de saúde, e pelo contato com diferentes

culturas e modos do “andar da vida”, na expressão de Canguilhem (1982), ou das formas do “bem viver”, na expressão dos povos tradicionais (Xucuru-kariri & Costa, 2020).

Em relação ao primeiro aspecto, podemos tentar compreender as dimensões do PMM pelos números que ele contabilizou. Em seu eixo de provimento emergencial, foram mobilizados profissionais para realizar a atenção à saúde de regiões periféricas, interioranas, rurais e aldeias, conseguindo manter o provimento por longos períodos mesmo em locais isolados e de difícil acesso. No seu ápice, chegou a contar com mais de dezoito mil profissionais vinculados (Calvo, Ferla, Machado, Duarte, & Teixeira, 2018). Tal compreensão numérica, ainda assim, é limitada, pois existem também efeitos na mudança da formação de profissionais, reorientada para o SUS, a ampliação de vagas na graduação e nas residências médicas, que compunham os eixos do PMM. Outra característica única das iniciativas do Programa são as produções geradas pelo intenso intercâmbio de conhecimento, experiências e formações, pela interação entre equipes de saúde, gestores e profissionais que se deslocaram de diversas partes do território nacional e internacional (Ferla, 2019). Essa estratégia foi elaborada considerando a alta necessidade de profissionais e a insuficiente inscrição de brasileiros, recorrendo à abertura de chamadas para brasileiros formados em outros países e estrangeiros de países diversos (Pinto, Sales, Oliveira, Brizolara, Figueiredo, & Santos, 2014).

A capilarização de profissionais nos territórios indígenas proporcionada pelo Programa possivelmente representou também um momento de virada histórica, uma vez que até então a maioria das comunidades e aldeias indígenas não contava com nenhum contingente de profissionais médicos e, em sua maioria, dependiam dos atendimentos nos municípios ou na sede dos distritos de saúde. Pontos situados a muitas horas ou mesmos dias de distância das aldeias, representam uma grande barreira para milhares de pessoas que vivem em locais isolados, já que esse deslocamento é difícil e caro (Garnelo & Pontes, 2012). Com o Programa, todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) conseguiram adesão de médicos, atuando diretamente no território, nas aldeias e habitações, em conjunto com os outros profissionais das Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena (EMSI). As ações periódicas de atendimento dos profissionais do Programa puderam evitar que problemas leves se agravassem, realizando tratamentos de maneira antecipada, sem o atraso que em geral ocorria anteriormente.

Em relação aos deslocamentos das ações de integralidade na atenção, mobilizados pelos encontros interculturais, são expressivas as análises que destacam a dimensão da educação permanente em saúde no cotidiano do Programa, como alertou Ferla (2019). Mas também, e não menos importante, como resistência à pandemia de COVID-19, como trataremos especificamente nessa análise, considerando que se trata de uma “doença de brancos” para os territórios tradicionais, mas também uma doença que invadiu o planeta, provocando interferências relevantes na organização dos sistemas sanitários e interferindo profundamente nos modos de existência em todo o mundo.

O desenvolvimento deste texto caminha por reflexões sobre as situações no enfrentamento à COVID-19 que emergiram da experiência de trabalho com a estratégia de educação representada pela supervisão acadêmica do PMMB nas áreas indígenas na Amazônia. O território percorrido pelas experiências é habitado por nações indígenas diversas e a abrangência das ações pelas equipes de saúde inclui desde populações vivendo em áreas urbanas próximas a grandes centros urbanos, até regiões de floresta de grande isolamento, com acesso apenas por via fluvial por centenas de quilômetros e muitos dias de viagem a depender da qualidade da embarcação e da estação do ano.

### 6.3.2 O Programa Mais Médicos e seus encontros possíveis: equipes de saúde brasileiras, médicos estrangeiros e as nações indígenas

No contexto da atenção à saúde das nações indígenas que residem no que hoje é o território brasileiro, o PMM foi instituído em um momento muito oportuno, acompanhando uma série de avanços nas políticas e na estrutura física dos pólos, distritos de saúde e na capilaridade das ações das equipes. Nesta linha de tempo dos avanços, temos a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (1999), a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (1999) com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e suas ações diretamente nas aldeias e habitações, culminando com a criação de uma Secretaria própria e federalizada, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (2010), apenas três anos antes do PMMB (Garnelo, 2012). Neste caminho, foi avançando o necessário respeito ao direito dessas populações às ações governamentais de atenção à saúde, sendo que a

demanda histórica pela atuação médica diretamente nas comunidades pôde finalmente ser efetivada com a abertura de chamadas e editais, no eixo de provimento emergencial de profissionais, para a de atuação de médicos brasileiros ou estrangeiros formados em outros países (Fontão & Pereira, 2017).

Durante a maior parte da história após a chegada dos invasores da dita “colonização”, as ações nas terras indígenas foram marcadas pela desassistência e intervenções negativas, a constante disputa existente nesses territórios pelos grandes interesses econômicos nacionais e internacionais na extração da borracha, madeira, garimpo, agropecuária, caça e pesca (em sua maioria atividades ilegais), gerou ciclos de exploração, escravidão, violência e epidemias (Basta, Orellana & Arantes, 2012). A intensa participação e protagonismo de líderes e representantes dessas nações indígenas foi possível principalmente após o processo de redemocratização brasileiro, no campo da saúde destaca-se a organização da primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena, que ocorreu em 1986, mesmo ano da marcante oitava Conferência Nacional de Saúde (Miranda, 1988). Desde então, esses avanços citados no parágrafo anterior foram possíveis e um dos mais recentes foi a vinculação de dezenas de médicos pelo PMM em todos os trinta e quatro DSEI. Antes do Programa, os DSEI tinham grandes dificuldades para fixação deste profissional, e a partir de sua implementação puderam contar ainda com características de trabalho contínuo, por anos sequenciais, com médicos deslocando-se para atendimentos diretamente nas habitações, comunidades e aldeias (Pinto, Sales, Oliveira, Brizolara, Figueiredo, & Santos, 2014).

Não foi sem esforços e reações contrárias, porém, que esses avanços se consolidaram. As associações e conselhos de medicina tentaram de diversas maneiras barrar as iniciativas do Programa com relação à possibilidade de atuação de médicos graduados em outros países, desvelando a intrínseca relação dessas entidades com o corporativismo em detrimento do avanço no acesso a serviços de saúde das populações. Mesmo após sucessivas chamadas para médicos formados em instituições nacionais, a maioria dos territórios indígenas seguia sem preenchimento das vagas demandadas, sendo preenchidas apenas posteriormente com a abertura de editais de vagas remanescentes para profissionais formados em instituições estrangeiras e para a cooperação cubana (Fontão & Pereira, 2017). Até o período de saída desses profissionais, no ano de 2018, após tensões entre os governos de Cuba e Brasil, os profissionais cubanos representavam a quase

totalidade dos que preencheram e mantiveram a continuidade do cuidado na saúde indígena durante os seis anos de cooperação entre os governos. Após sua saída, pudemos observar um grande período de desassistência e escassez de profissionais, principalmente nas áreas rurais isoladas e urbanas periféricas. Com sucessivas chamadas para preenchimento dos mais de oito mil postos de trabalhos esvaziados, observamos o fluxo de profissionais, em sua quase totalidade formados em outros países, lentamente preenchendo essas vagas, porém, ainda em número insuficiente e com intensa rotatividade e desistência. Nesse complexo e conturbado contexto é que ocorreu o advento da pandemia de COVID-19, que, no momento de composição deste texto, ainda devasta as populações humanas em todos os cantos do planeta.

A experiência de supervisão com os profissionais do PMM envolve atividades presenciais e à distância, de maneira que a base de construção desta atividade é a educação permanente, com o desenvolvimento da prática profissional a partir das situações vividas no cotidiano, articulando conhecimentos e saberes que partem da realidade de trabalho para a abertura de processos de mudança e aprimoramento (Ceccim, Ferla, Pereira & Lima, 2009). São diversos os momentos e formatos do trabalho de supervisão, sendo o principal e central deles o acompanhamento e apoio aos médicos do Programa nos atendimentos clínicos. Além disso, há também a participação e apoio às atividades de vigilância em saúde, visitas domiciliares, procedimentos, atividades educativas comunitárias, reuniões internas e promoção do diálogo entre gestores, equipes de saúde, usuários e líderes comunitários.

Os territórios percorridos no trabalho com o Programa, parecem justificar por si só a necessidade de criação de estratégias de apoio institucional, por meio de tecnologias leves e contínuas, desenvolvendo-se na implementação de ações de educação permanente com os profissionais recentemente chegados no solo brasileiro, no sistema único de saúde, para trabalhar em áreas historicamente negligenciadas e desassistidas (Luna et al., 2019). As experiências de educação permanente no Programa aqui tratadas apontam para a existência de uma função central em romper o isolamento de práticas muitas vezes enviesadas por crenças estabelecidas e distantes de evidências ou, para além disso, o acolhimento de profissionais, equipes e usuários por uma estratégia de supervisão que promova um apoio amplo, que se faça presente ao longo do tempo e que possa contribuir para o

desenvolvimento de melhores práticas, estabelecendo redes de apoio interprofissionais e abrindo espaço para mudanças (Ceccim & Ferla, 2008).

As casas das famílias, escolas, sedes, habitações tradicionais de palha e os barcos, muitas vezes são os únicos locais possíveis do primeiro atendimento, acolhimento dos indivíduos e entendimento da situação apresentada. Após a chegada da pandemia de COVID-19, tal situação ficou ainda mais desafiadora, pois surgiu a necessidade de estabelecer fluxos de atendimentos separados para as pessoas com sintomas respiratórios, além de manter quem está esperando por atendimento, em locais arejados e sem aglomerações. O cenário de atendimento, na maioria das vezes, é composto pelo indivíduo usuário do serviço de saúde indígena, podendo necessitar do acompanhamento de um tradutor, por profissionais da equipe multidisciplinar de saúde indígena e o profissional estrangeiro do PMM. É possível então perceber que inevitavelmente há a necessidade de desenvolvimento de habilidades interculturais para o diálogo entre os atores desse processo ímpar de atenção à saúde, ou seja, tentar encontrar o que há de comum entre os envolvidos para estabelecer aberturas e conexões possíveis nesses encontros para a produção de saúde (Weissmann, 2018).

### 6.3.3 O furacão em meio à tempestade: a pandemia de coronavírus e os povos originários

“Meu povo está morrendo e temos feito denúncia. Pedimos socorro e ninguém faz nada, os municípios tanto do Alto como do Médio Solimões estão abandonados pelo governo, não temos médicos, não temos respiradores, teste rápido, nossas máscaras é do jeito que a gente tá se virando. Pedimos socorro porque queremos evitar o genocídio do povo indígena. Nossas vidas é como se não tivéssemos valor. Somos povos originários”, desabafa Milena Kokama (Reinholz, 2020).

A partir do início do PMM foi possível perceber em diversas partes do país e também na Amazônia, que surge como novidade a presença do profissional médico atuando diretamente nas aldeias e habitações, identificando diversas situações de saúde que estavam desassistidas (Fontão & Pereira, 2017). Desde março de 2020, entre as situações de saúde que se apresentavam até então, começaram a surgir dezenas de casos de infecção pelo coronavírus, infecção potencialmente grave e

fatal que há alguns meses estava levando milhares de pessoas a óbito no mundo e agora chegava até as florestas do Brasil. Diante disso, foi iniciada a implementação de diretrizes clínicas de prevenção, fluxos de atendimentos, realização de tratamentos e acompanhamentos destas infecções pelas equipes de saúde, buscando uma interação sadia com as tradições culturais locais.

Um auxílio importante para a organização estrutural e dos fluxos de atendimento foi o rápido acesso que tivemos no período inicial de pandemia no Brasil, aos protocolos nacionais e internacionais de implementação do manejo rápido (*fast track*) aos quadros respiratórios nas equipes, a aplicação de estratificação de gravidade, definição da abordagem clínica pautada em consensos científicos, a notificação de todos os casos suspeitos e confirmados, bem como o estabelecimento de indicações para o isolamento domiciliar, tão logo os primeiros casos foram identificados. Dentre medidas de destaque positivo, temos a implementação dos critérios de afastamento de profissionais, realização de quarentena antes das equipes entrarem em áreas indígenas, estímulo à realização de barreiras sanitárias nas aldeias e de adesão às medidas de prevenção comunitárias, observados mais especificamente nas experiências de trabalho nas áreas indígenas do entorno de Manaus-AM.

Foi necessário, ao mesmo tempo, que eu e demais trabalhadores da educação em saúde, acolhermos as demandas profissionais em meio a conturbados contextos internos da coordenação dos sistemas de saúde, muitos profissionais envolvidos diretamente na atenção à saúde nos territórios apresentaram demandas de exposição a diversos estressantes, chegando a situações limite de saúde mental. Nesse sentido, construímos enquanto equipe, ferramentas e alternativas para acolhimento e mediação destas demandas com os demais indivíduos envolvidos, equipes, gestores e comunidade. Os serviços de acompanhamento psicológico por telefone e os serviços de discussão e acompanhamento de casos complexos por telessaúde tiveram papel central neste processo.

O primeiro caso confirmado da Covid-19 entre os povos indígenas, registrado no Brasil, foi de uma jovem Agente Indígena de Saúde (AIS) do povo Kokama [...]. Afirmamos que o Governo Federal negligenciou sua obrigação de proteger os trabalhadores e usuários do Subsistema de Saúde Indígena e, dessa forma, favoreceu a entrada do vírus em diversos territórios. [...] Nessa situação, um médico da Sesai voltou de suas férias, da cidade de São Paulo,



para atender indígenas da região do Alto Rio Solimões, no dia 25 de março, e deu início a uma cadeia de contaminações das populações locais. (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020)

Mesmo com os protocolos de isolamento e quarentena dos integrantes das equipes, antes de realizarem as imersões de trabalho em dias seguidos de atendimento fluvial, muitos profissionais acabaram se tornando os principais focos de disseminação de COVID-19 nas aldeias, principalmente aqueles que possuem outros vínculos como em plantões e unidades de tratamento intensivo. Além disso, o relatório da Articulação Nacional dos Povos Indígenas aponta que as equipes de saúde da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por inúmeras vezes, foram um dos principais vetores de disseminação do coronavírus nas aldeias e comunidades, especialmente nas regiões que residem populações isoladas e de pouco contato (Associação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020). Este e outros fatores contribuíram para a degradação da saúde e para a elevação das mortes entre as nações de povos originários.

Os momentos de educação permanente que construímos na saúde indígena nesse período, foram marcados por discussões relacionadas a estratégias de saúde no território, estímulo à identificação e utilização dos recursos locais, diálogo com líderes comunitários, manejo de casos clínicos, boletins oficiais e extraoficiais de índices de contaminação e mortalidade por coronavírus nas áreas indígenas, por acompanhamento de fóruns e encontros de discussão das sociedades médicas de especialidade (pneumologia, infectologia, saúde coletiva e medicina de família) sobre tratamentos e manejo dos casos clínicos com base em evidências científicas e também dos encontros e fóruns virtuais de diálogos com lideranças indígenas, gestores e trabalhadores da saúde indígena. Diante da disseminação de desinformação entre os profissionais de saúde e da utilização de medicamentos sem comprovação científica e potencialmente danosos - fato que revela abismos na formação profissional no Brasil e em outros países - fizemos o uso dos materiais disponibilizados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pela Sociedade Brasileira de Infectologia e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia, divulgando consensos científicos de medidas eficazes para o cuidado dos casos clínicos de infecção pelo coronavírus. Dessa forma, também foram essenciais os cursos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, pela

Fiocruz, pela Universidade de São Paulo, disponibilizados pela Universidade Aberta do SUS e pelo ambiente AVASUS, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, além de diversas outras instituições que construíram ferramentas pedagógicas para auxiliar os profissionais neste momento crítico.

Recordar o conceito de determinação social da saúde, nos ajuda muito ao analisar a história natural, o ciclo e a interação das condições de saúde, assim como o agravamento destas condições pela situação de pandemia. A extrema pobreza, a fome, o consumo de água contaminada e poluída, e a exposição às violências extremas, produzem a deterioração da saúde em geral e um potencial aumento da gravidade clínica e aumento do risco de morte quando esta pessoa é acometida por outros problemas de saúde agudos, como o coronavírus (Marmot, 2001). Em essência, a atual pandemia agrava o processo de desigualdades que está em disputa na sociedade.

Desde o início das infecções por coronavírus, foi destaque negativo um alto índice de contaminação dos profissionais de saúde nos polos de atendimento (chegando a cem por cento em alguns momentos), fato que expôs a grave situação de equipamentos de proteção individual, a necessidade de equipamentos em número suficiente e de qualidade adequada. Na atuação profissional cotidiana, as estruturas de atendimento foram desafiadas e rapidamente precisaram ser readequadas para isolar os indivíduos suspeitos ou confirmadamente infectados, para que fosse possível a separação dos atendimentos aos sintomáticos respiratórios das demais linhas de cuidado. Mesmo com essas tentativas de separação e sistematização, o intenso fluxo de atendimentos associados às síndromes respiratórias teve como consequência a diminuição da possibilidade de atendimento das demais situações de saúde dos indivíduos. Outro destaque negativo vivenciado foi o das instituições de assistência social, que não conseguiram evitar as situações de falta de alimentos e fome, principalmente nos momentos de bloqueio fluvial e de bloqueio de vias automotivas.

Mesmo com os esforços de se controlar possíveis vetores da doença, o primeiro caso de óbito do povo Terena aconteceu no dia 14 de julho, e a partir daí os casos se espalharam pelo território. Nem a SESAI ou qualquer outro órgão do governo federal apoiou ou instruiu o Conselho sobre como evitar a expansão do vírus, não forneceu estruturas para isolamento das

peças doentes nem disponibilizou informações sobre protocolos de isolamento e cuidados. (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020)

As medidas de isolamento e barreiras sanitárias fixas nas aldeias e comunidades indígenas, em geral, ficaram a cargo das próprias comunidades e não foram suficientes para conter os fluxos de moradores e de exploradores (madeireiros, garimpeiros, etc.). Quando foi instituído o auxílio social governamental, que se deu apenas em forma de um auxílio financeiro, inicialmente no valor de seiscentos reais e depois em quantias progressivamente menores, tivemos que lidar com um rápido e descontrolado deslocamento das populações aos municípios, para retirar a quantia em dinheiro nas agências de bancos, expondo os indivíduos à contaminação pelo coronavírus e piorando a situação sanitária.

Nas eleições municipais que ocorreram em novembro de 2020, pude acompanhar as equipes de saúde passarem por um momento ainda mais tumultuado, em que muitos profissionais da gestão e das equipes de saúde saíram de suas funções para se candidatarem, o que representou longos períodos sem a devida reposição. Muitas campanhas promoveram aglomerações, intensificaram a disseminação de notícias falsas e os diversos movimentos ocorridos nas campanhas eleitorais contribuíram negativamente para o contexto epidemiológico.

A baixa adesão dos indivíduos às medidas de prevenção e isolamento foi habitual, às quais podemos associar a quase inexistência da realização de ações institucionais de promoção dessas medidas em conjunto com as comunidades, a baixa divulgação de conteúdos informativos estimulando tais medidas e a circulação de um alto número de conteúdos as desestimulando, principalmente pelo envio de mensagens nos telefones celulares, nas redes sociais e até em redes institucionais. Para somar a este quadro extremamente desfavorável às equipes que se dispunham a tentar trabalhar diante de uma emergência sanitária, acompanhamos muitos casos em que os medicamentos adequados para tratamento de infecções secundárias, medicamentos injetáveis, os cilindros de oxigênio e os insumos para monitoramento dos sinais vitais, apresentaram grande flutuação de disponibilidade nas aldeias e polos de saúde, durante boa parte da primeira onda de infecções e em diversos outros momentos, usualmente disponíveis em momento tardio e em quantidade insuficiente.

Após os esforços dos centros de pesquisas resultarem rapidamente na criação de imunizantes com bons resultados em estudos controlados, pude acompanhar as comunidade e equipes de saúde viverem um momento em que a adoção pelos gestores da vacinação como estratégia para o controle da COVID-19 e o estabelecimento da população indígena como prioritária representaram avanços positivos no cenário epidemiológico. Em sucessivas ações diretamente no território, realizando atendimentos e vacinação nos polos das aldeias, nas casas e habitações, em poucos meses a quase totalidade da população indígena adulta foi vacinada pelas equipes do entorno de Manaus. Cada vez menos casos graves de coronavírus, desde então, têm ocorrido na rotina de atendimentos das equipes de saúde, percebemos a queda ainda mais intensa de óbitos entre os vacinados, passando semanas e até meses sem nenhum óbito diretamente por coronavírus.

É necessário refletir, no entanto, que os desafios representados pelo complexo contexto da pandemia na atenção à saúde indígena não obtiveram a resposta e apoio necessário pelas várias instâncias de gestão, sendo comum o sentimento de isolamento, exaustão e risco permanente dos profissionais das equipes de saúde. O ambiente tumultuado e inconstante foi agravado pela ausência de estratégias de articulação e apoio às organizações comunitárias, pela alta rotatividade de profissionais, e pela flutuação de medicamentos, insumos e estrutura. Ou seja, a resposta institucional à pandemia de COVID-19 na saúde indígena, em geral, ficou extremamente dependente da estratégia de imunização. Os importantes processos de diálogo, construção de estratégias de informação e prevenção em conjunto das comunidades, a articulação com as organizações comunitárias, o estabelecimento de barreiras sanitárias e estratégias de proteção social, foram subdimensionados ou nulos, desenvolvendo-se apenas em função de iniciativas espontâneas e descoordenadas das equipes de saúde, organizações comunitárias e organizações da sociedade civil.

As informações dos boletins epidemiológicos da SESAI representam a pouca informação de livre acesso disponibilizada para que possamos tentar compreender os estágios epidemiológicos no sistema de saúde indígena. Eles são provenientes de boletins com dados já tratados a partir do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que não permite livre acesso a outros diversos dados não compilados, apesar de deliberação judicial (ADPF 709) que orienta a liberação do acesso a esses dados, devidamente anonimizados (Araujo Junior, 2020). Além

disso, os boletins carecem de detalhes sobre os óbitos (sexo, faixa etária, etnia), impedindo uma análise mais real e refinada da situação. O acesso restrito e limitado a esses importantes dados aponta para a reafirmação do apagamento e da invisibilização da identidade indígena (Associação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020). Auxiliando-nos neste desafio, tivemos a disponibilização de livre acesso às informações providas pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), organizações que canalizaram informações importantes das diversas associações indígenas e parceiras, ramificadas pelo país.

Milena, com voz embargada, informa que durante três semanas lutaram para que fosse removido para Manaus, uma de suas lideranças tradicionais, Guilherme Padilha, um dos que faleceu. Mesmo tendo conseguido articular uma UTI aérea a demora da resposta e a burocracia que envolve a liberação de remoção, Guilherme veio a óbito nessa quinta-feira (14). “Se nosso líder tivesse sido removido há três semanas atrás, com certeza ele não teria falecido.” (Reinholz, 2020)

#### 6.3.4 Pontos críticos e avanços: ações de saúde no território

Há, em geral, nas áreas indígenas do Amazonas, desafios relacionados à alta demanda no orçamento de combustível para deslocamento fluvial nas longas distâncias, que envolvem de trezentos a mil quilômetros por trecho. Vale lembrar que o trajeto ocorre por rios sinuosos, cujas comunidades vivem em seus arredores ou ainda a longas distâncias das margens, floresta adentro. A atenção emergencial ou ambulatorial, via helicóptero, existe com raridade e tipicamente é restrita a áreas extremamente isoladas, o mesmo ocorre para aviões pequenos e suas pistas de pouso. Tais desafios podem prejudicar e alterar em meses a agenda de deslocamento das equipes para prestar atendimentos, principalmente às áreas mais distantes da sede dos DSEI, influenciando negativamente nas condições de remoção a indivíduos atendidos em estado grave ou instáveis clinicamente, estando sujeitos à disponibilidade das agendas de aeronaves do exército ou de embarcações precárias para removê-los até as unidades de emergência (Garnelo & Pontes, 2012).

A ausência de energia elétrica na maioria dos polos de saúde, bem como a impossibilidade logística de coleta, armazenamento e transporte de biológicos, é outro desafio existente na maioria das áreas em que a prática profissional ocorre, essa situação pode restringir a capacidade de realização de exames laboratoriais à realização de testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites e coronavírus) e análise microscópica de lâminas para malária, leishmaniose e filariose. Mais raramente ocorre o deslocamento campanhista de estrutura e insumos para áreas identificadas como endêmicas ou a partir da identificação de indivíduos com sintomas sugestivos de problemas como doença de chagas, hanseníase e tuberculose. Mais comumente os exames são solicitados pelo médico ou enfermeira da equipe multidisciplinar e os indivíduos ficam dependentes de um longo deslocamento ao município de referência, por conta própria ou de carona com as equipes de saúde, para coleta e realização destes exames laboratoriais. Esta situação também ocorre no caso da maioria dos exames complementares do pré-natal, em que as gestantes geralmente não têm condições econômicas para realizar o deslocamento e permanecer dias fora de suas casas para realizá-los, causando prejuízo no acompanhamento destas mulheres, que na maioria das vezes passam por todo o período de gestação e conseguem realizar apenas testes rápidos (HIV, sífilis e hepatite), quando disponíveis, dentre a extensa lista de exames complementares necessários durante todo o pré-natal.

Frequentemente surge como impasse na prática cotidiana das equipes, a dificuldade de armazenamento de medicações que necessitam de refrigeração, como insulina, soros e vacinas, relacionada à falta de energia elétrica nos polos de saúde e aldeias. A flutuação e o baixo aporte de insumos e medicamentos básicos também é recorrente, relacionado com desafios nos processos de aquisição, transporte nas longas distâncias e dificuldades para entrega nas localizações geográficas isoladas, sendo destaque o baixo quantitativo de medicamentos de urgência e emergência, que se demonstraram mais necessários nas áreas isoladas, em que os pacientes graves muitas vezes necessitam aguardar muito tempo para ser removidos ou percorrem longas distâncias durante a remoção.

Outro desafio relacionado aos medicamentos e insumos que pode ser percebido nas narrativas envolvidas no trabalho, é que a maioria dos tratamentos necessita de dias ou semanas para serem concluídos, com medicações tomadas mais de uma vez ao dia, com regularidade e armazenamento adequado. Essa rotina

conflita com a logística de atenção implementada, uma vez que a população é em sua maioria migratória e itinerante pelas muitas aldeias e habitações espalhadas pelo longo território e, dessa forma, a equipe permanece poucos dias em cada uma das aldeias de um polo de saúde, para que todos os indivíduos sejam atendidos durante a rotina mensal de trabalho. Apesar de haver alguns profissionais fixos nos polos de saúde, a figura essencial dos agentes indígenas de saúde poderia ser mais bem aproveitada no acompanhamento e reavaliação dos casos, por meio de parcerias, treinamentos e valorização profissional.

Como fatores positivos, de extrema potência e possibilidade de produção de saúde nos campos de trabalho, encontramos diversos profissionais extremamente comprometidos e abertos para dialogar e desenvolver melhores práticas profissionais. A constituição das equipes multiprofissionais em saúde indígena é uma novidade crescente nos últimos trinta anos e a presença constante de médicos nas aldeias e habitações, uma novidade da última década. A construção e reforma de polos base de saúde e farmácias, bem como reforma e ampliação das casas de apoio à saúde indígena são melhorias estruturais, geralmente evidenciadas como ações em locais onde os gestores são provenientes das próprias comunidades indígenas, comprometidos e ligados às instâncias de controle social. É importante ressaltar que os locais com a implementação de equipes do Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena, conseguiram desenvolver melhores ações de construção e manutenção de tratamento e armazenamento de água em aldeias. Observa-se como fatores positivos e protetores as campanhas periódicas de vacinação, mesmo em situações adversas em que as equipes carregam caixas de isopor e gelo por longas distâncias em embarcações inadequadas. As ações programáticas de vacinação são uma das poucas que raramente falham.

#### 6.3.5 Covid e as práticas autônomas: caminhando pela tradição, a proteção de si e dos problemas advindos das próprias equipes de saúde

Não se trata de nada de novo o fato de epidemias assolarem a humanidade, muito menos que a intensificação dos grandes fluxos humanos de maneira descoordenada, estruturada na desigualdade e na destruição da natureza, tem alçado uma escala cada vez mais mundial, sabemos que tal fato pode criar terreno propício para disseminação de epidemias. Não é novidade, também, que a

organização comunitária, o fortalecimento das práticas tradicionais de cura e cuidado, em conjunto aos recursos biomédicos e ao direito à saúde, são importantes vias de enfrentamento de tal situação epidemiológica. Podemos pensar que as práticas de gestão e das equipes de saúde devem ocorrer a partir da potência do cuidado autônomo e da organização comunitária, em oposição à violência das práticas ocidentais que estavam operando à época.

Dessa maneira, algumas práticas no âmbito da saúde indígena geraram experiências notáveis de resistência, organização comunitária e enfrentamento a uma gestão governamental que resultou em centenas de milhares de mortes, em grande parte evitáveis. Dessas experiências de destaque podemos começar refletindo sobre história do povo Kokama nesse período recente. Acompanho à distância a história e luta dessas pessoas há aproximadamente cinco anos, inicialmente conheci o povo Kokama por uma conversa com um organizador de diálogos comunitários, espirituais e políticos da região da cidade de Tabatinga. Em uma interessante reunião que tivemos em uma conexão no trecho de uma viagem que eu fazia em direção à cidade de Atalaia do Norte pudemos conversar sobre as práticas tradicionais de cura, sobre a organização política e perspectivas políticas da saúde na região. Ficou evidente que já nesse momento as ideias de desrespeito aos direitos humanos, intensificação das atitudes violentas e de ódio estavam em franca ascensão, prejudicando as relações sociais e intensificando as violências contra populações tradicionais, comunidades, periferias e contra lideranças autônomas comunitárias. Depois, pelas páginas de noticiários, acompanhei o terrível cenário que se instalou ao serem os primeiros indivíduos a sofrer com a chegada das contaminações por Covid-19 nas áreas indígenas, sendo atingidos com um alto índice de mortalidade.

Após sofrerem nos frios corredores de hospitais, que estavam sobrecarregados, com quantidade insuficiente de profissionais e medicamentos, de vivenciarem muito preconceito, descaso e violência contra pessoas indígenas, muitas das famílias que viram seus parentes nas filas de oxigênio, demorando a tomar medicamentos, morrendo na fila de espera para um exame, sem o devido atendimento, decidiram agir localmente para se cuidar, de maneira preventiva e ordenada. Tais práticas de violência pelo poder institucional causam a sequencial dizimação de populações, cenário evidenciado por diversos povos tradicionais novamente, nesses primeiros meses de contaminação. Organizando pequenas



equipes da própria comunidade e realizando treinamentos em saúde, essas começaram a fazer visitas periódicas às casas de seus amigos e parentes do povo Kokama, de maneira a identificar precocemente os casos sintomáticos, seus contatos e também iniciar práticas de acompanhamento periódico próximo, fortalecimento e cuidado destes indivíduos identificados, visando o combate precoce da convalescença por meio dos saberes indígenas.

As taxas de óbito, dessa forma, caíram drasticamente, pelas estatísticas da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, que considera dados informados pela SESAI e apurados pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena, dos cinquenta e nove óbitos ocorridos no povo Kokama, cinquenta e três ocorreram antes das ações locais ordenadas e apenas seis óbitos ocorreram após o início delas. Rapidamente conseguiram zerar o número de óbitos no seu povo um mês depois de iniciadas as ações, em julho de 2020, mantendo vivos alguns ancestrais de mais de noventa anos, depois de ver a mortalidade afetar majoritariamente as pessoas de sessenta e setenta anos, as anciãs, professores e professoras de uma cultura milenar. Tal série temporal de contaminações e óbitos pode ser consultada por qualquer pessoa nos relatórios e boletins oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), bem como no site Emergência Indígena em que a Articulação Nacional dos Povos Indígenas (APIB) consolida os boletins da SESAI e boletins de outras organizações locais.

“No começo, confiamos nos remédios dos não-indígenas, mas nosso povo ia para o hospital e saía de lá em um caixão”, diz Edney Samias, cacique geral do povo Kokama. “Agora, todos com sintomas de coronavírus são tratados em casa só com ayahuasca e outras medicinas tradicionais. E estamos salvando muitas vidas.” (Ribeiro, 2020).

A história que marca o início da pandemia de Covid-19 no povo tradicional Kuikuro também é de importante destaque nesse cenário de organização social e saberes tradicionais. Antecipando-se e criando um plano de crise amplo, algumas comunidades articularam-se com instituições e coletivos de diversas áreas para construir estratégias com seus próprios recursos. Sem a efetivação de um trabalho que deveria ser feito pelo estado, como direito às condições básicas de saúde no território, essas redes organizaram-se de modo a utilizar serviços de

acompanhamento geográfico por aplicativo de casos sintomáticos e seus contatos, de visita periódicas às habitações, de treinamento de indivíduos para formação e ampliação das equipes de saúde, como também, utilizando os saberes tradicionais como ordenadores da prevenção e combate precoce da convalescença.

Com o pensamento amplo de ações para muito além da saúde, mas com muito mais efeitos positivos sobre ela, estão estratégias de organização de fluxos de aquisição de materiais necessários para cada família, como alimentos, insumos cotidianos e equipamentos, para evitar o deslocamento desordenado e diminuir ao máximo os fluxos de indivíduos no período crítico de contaminação e óbitos.

Teve umas pessoas da comunidade que ficaram com um pouco de raiva de mim porque eu estava falando todo dia de lockdown, falando para não sair para fora (da aldeia), para usar máscara, para higienizar [as mãos e objetos]. Muita gente ficou com raiva de mim, porque pensavam que eu estava mentindo. Aí depois que chegou esse vírus, eles viram realmente e acreditaram. O povo Kalapalo pegou esse vírus primeiro. Foi bem grave, levaram algumas pessoas para fora [do território indígena] para entubar. Eles relataram casos de médico destratando indígenas dentro de hospital. Eles mandavam áudios para nós, dizendo que o hospital não estava cuidando bem, não estava dando alimentação. Então a gente decidiu: quando o vírus chegar aqui na nossa aldeia, se a pessoa for infectada, vamos ter de hospitalizar aqui mesmo na aldeia (Uchoa, 2021)

Neste caso, porém, com a possibilidade de colaboração por campanha de doação e levantamento de fundos, foi possível que essas aldeias contratassem uma equipe de saúde, oxigênio e insumos para atendimentos clínicos de casos moderados e graves. Dessa maneira, parece que foi possível uma atenção à saúde também com os instrumentos biomédicos, porém com equipes contratadas por conta própria e com possibilidade de alinhamento do perfil dos profissionais e da orientação por práticas respeitadas, humanas e de diálogo com os saberes tradicionais. Os relatórios nos informam que na comunidade de 900 pessoas não houve nenhuma morte relacionada à pandemia nessa população que, com os cuidados intensificados e boa organização comunitária, completou a vacinação de toda sua população sem nenhuma morte pela doença.

Por fim, João Paulo Barreto, indígena do povo Yepamahsã (Tukano), antropólogo e pesquisador do Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena da Universidade Federal do Amazonas (NEAI/UFAM), no evento Agora Abrasco:

Colóquio - Educação Popular em Saúde e a Covid-19, nos coloca a reflexão de que se por um lado a pandemia intensificou as violências e desigualdades, negando o direito à saúde formal principalmente às comunidades indígenas, tradicionais, por outro, fez com que muitos povos acionassem os saberes tradicionais, uma medicina própria. João Paulo traz o fato que desde de a invasão, dita colonização, os povos tradicionais foram obrigados a negar suas próprias práticas de curas e cuidados, negar seus pajés, assim como os dialetos e práticas culturais, sendo que para muitos a pandemia foi uma mensagem de que essas práticas existem e intensificou sua retomada, por meio dos benzimentos, troca de chás e informações de plantas. Podemos pensar, então em um resgate de práticas ancestrais que já estavam esquecidas pelos jovens, de proteção espiritual e física que vem por meio de rotinas, rituais, de proteção, com o cultivo dos bons sentimentos, das boas ações, dos treinamentos físicos, das festividades que trabalham a história e a cosmovisão dos povos, de produção de conhecimentos no encontro de diversas gerações, proteções específicas em benefício das próprias comunidades (Mondardo, 2020)

### 6.3.6 Refletir, enfim, para melhor agir

Nossos ancestrais cantavam para suspender o céu. Com esse canto, a cura também chega. Esse é um dos poderes que nossos ancestrais nos passaram: uma prática de comunhão da terra com o céu, por isso a terra é a nossa mãe. [...] Escrever esta carta, neste momento crítico das humanidades ou das pluralidades, como gosto mais de dizer, me fez desejar dançar para o céu, me fez querer a vida nessa plenitude e me fez, também, convidar você que está lendo estas palavras agora para cantar junto, para chamar a primavera, para vivermos juntos e bem. Ailton Krenak (Xucuru-cariri, 2020)

Até o momento de composição deste texto, contamos com a estimativa de mil e duzentas vidas perdidas dentre os povos originários, atingindo mais de cento e sessenta povos diferentes, sendo que a maioria dos especialistas aponta para o subdimensionamento destes números. São avôs, avós, pais, mães, filhas, filhos, irmãos e amigos; são inumeráveis as perdas humanas, incontáveis vidas que deixaram de contribuir com suas percepções únicas, seus saberes, cosmovisões e força de luta para a construção do mundo em que vivemos. Nas ações de saúde, percebemos que só podem ser realmente efetivas se coordenadas em conjunto com

as organizações comunitárias, em diálogo direto com os indivíduos nos territórios. O foco de ação dos atendimentos clínicos pode ser ampliado para elaboração conjunta de estratégias comunitárias de prevenção, isolamento e divulgação de informações científicas, com a criação de fluxos e barreiras sanitárias. O diálogo com os conhecimentos tradicionais, com as práticas culturais e com os representantes religiosos e comunitários, tende a agir como fator protetor da saúde, auxiliando na identificação de casos novos, na comunicação de medidas de prevenção e na coordenação das ações de proteção social (Pontes, Stauffer & Garnelo, 2012).

Neste contexto de crise civilizatória, o PMM parece demonstrar que permanece capaz de produzir articulações interministeriais e produzir efeitos nas instâncias federais, estaduais e municipais, reforçando sua relevância na ampliação e manutenção do acesso à saúde nas áreas cronicamente desassistidas. A quase totalidade dos médicos e médicas que têm realizado as ações de atenção à saúde indígena na pandemia, está vinculado pelas chamadas e editais do PMM, o que o reafirma como política de saúde eficaz na composição das equipes de saúde em regiões vulnerabilizadas, mas também aponta para a necessidade de ampliação das vagas e editais, assim como de sua retomada como política prioritária. Por óbvio, a garantia de acesso das populações tradicionais aos cursos de graduação e de formação de técnicos em saúde também precisa ser ativada, para que o contexto de atuação não tenha tantos contrastes que impeçam o provimento de médicos em áreas de diversidade territorial e humana.

A rotina médica diretamente nas aldeias e habitações, revelou um ambiente tumultuado e inconstante, cuja maior demanda é a manutenção dos insumos básicos para os programas prioritários de atenção à saúde e a manutenção de profissionais qualificados para implementar tais programas. O caráter descoordenado e tumultuado de muitas das ações institucionais, parece contribuir negativamente para a situação sanitária nas comunidades (Associação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020). Diversos problemas de saúde desassistidos no território puderam ser identificados e manejados pela presença chave de profissionais do PMM. A resistência dos profissionais ao provimento em áreas de floresta amazônica também é reflexo da negligência institucional e da baixa oferta de condições que assegurem o direito à saúde e às condições de trabalho dos profissionais que atuam nesses territórios.

O sistema de atenção à saúde indígena, especialmente às populações que vivem na Amazônia, destaca-se como portador de necessidades de extrema prioridade para investimentos e implementação de políticas públicas, considerando que hoje ainda é umas das áreas com os piores indicadores de saúde e de maior ausência de insumos e profissionais, o que impede a consolidação do direito de acesso à saúde e do direito pleno à vida. Mais do que isso, demonstra de forma muito visível a política de omissão governamental com essas populações.

A movimentação e intercâmbio de profissionais, a centralidade da função formativa, ensino-serviço, pesquisa e aperfeiçoamento, indicam que para além da atenção à saúde, há também um componente importante de produções pedagógicas no PMM, apontando para uma mudança nas relações dos trabalhadores e seu lugar. Mais do que técnicos aplicando protocolos, vemos indivíduos que realizam o trabalho em saúde diretamente no território, de forma criativa, humana, em equipe, e que o compreendem como mais complexo do que apenas a aplicação das teorias e diretrizes existentes (Ferla, 2019). Essa é uma experiência de grande intensidade para os profissionais que se dispõem a ela, demonstrando que, com mais iniciativas governamentais para apoiar a atuação dos mesmos, o cenário pode ser rapidamente alterado.

Provocando-nos aos movimentos de ação e reflexão na tentativa de compreender e desenvolver melhores práticas, Ailton Krenak e Davi Kopenawa contribuem com profundas considerações relativas à grave crise que enfrentamos enquanto sociedade. Krenak disse em sua entrevista no programa Roda Viva, no dia 19 de abril de 2021, que “A pandemia nos desafia a pensar o que estamos fazendo com a experiência na Terra”, e ao jornal Estado de Minas:

Todos precisam despertar. Se, durante um tempo, éramos nós, os povos indígenas, que estávamos ameaçados de ruptura ou da extinção dos sentidos das nossas vidas, hoje estamos todos diante da iminência de a Terra não suportar a nossa demanda. Tomara que, depois de tudo isso, não voltemos à chamada ‘normalidade’, pois se voltarmos é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas no mundo inteiro. Aí, sim, teremos provado que a humanidade é uma mentira”. (Krenak, 2020)

As palavras de Davi Kopenawa, por fim, em entrevista ao Instituto Socioambiental podem apontar um caminho possível de uma humanidade que não seja autodestrutiva.

Eu não queria que isso tivesse acontecido. Esse momento está muito difícil. Não tem ninguém para controlar, não tem remédio para curar. [Como xamã] estou sonhando muito mais. Virão outras doenças mais fortes que vão continuar matando milhares de pessoas no planeta. Essa é a minha mensagem, que falo de novo para o homem não índio, que só pensa nele, mas não pensa no todo, não pensa na Terra Mãe, que não acredita na fala dos povos indígenas, somente quando fica doente. Ele vai lembrar da minha palavra. Eu fiquei muito revoltado porque os povos indígenas foram contaminados com essa xawara, com essa wakixi (fumaça), que é uma doença que entra no pulmão e mata. Povo da cidade: pense e pare. Não mexam mais com a nossa Terra Mãe. (Kopenawa, 2020)

A experiência que relatamos aqui, como se vê, não trata apenas da atuação da supervisão acadêmica no PMMB na região amazônica. Trata do nosso processo civilizatório, da capacidade que temos, como sociedade, ou que não temos, de diálogos interculturais e de respeito aos saberes tradicionais, da ação governamental para garantir às gentes do país o acesso universal e equânime à saúde, que é o cumprimento da lei. Trata da responsabilidade social e sanitária das instituições de ensino na formação de profissionais de saúde. Trata da resistência dos povos tradicionais às diferentes violências que lhe são impostas pela invasão colonizatória “civilizada”. Fala também da potência que a educação e a saúde podem ter para tornar os modos de andar da vida das populações amazônicas mais suaves e a cultura brasileira mais múltipla, mas diversa e mais representativa das diversidades populacionais e epistêmicas do nosso território. Trata de democracia, num território tão marcado por práticas autoritárias e necropolíticas. Mas, quando trata do trabalho dos profissionais de saúde nos territórios amazônicos, em articulação com os saberes e práticas tradicionais, trata da capacidade de aprender cotidianamente e da singular capacidade que o trabalho em saúde tem de proteger a vida, na essencialidade que lhe é atribuída pela legislação brasileira, pelo acúmulo internacional sobre direitos humanos e pela ética da vida. Que o texto tenha a capacidade de convocação para a resistência, para a aprendizagem significativa e para o reconhecimento da vida e da saúde como bens comuns, como valores civilizatórios, mas também como atributos necessários para o trabalho em saúde.

## Referências:

- Araujo Junior, J. J. (2020, July 8). ADPF 709: a voz indígena contra o genocídio. *JOTA*. <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/adpf-709-a-voz-indigena-contra-o-genocidio-08072020>
- Asensi, F. (2015). *Sistema Único de Saúde Lei 8.080/1990 e Legislação Correlata*. Alumnus.
- Basta, P. C., Orellana, J. D. Y., & Arantes, R. (2012). Perfil epidemiológicos dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação* (pp. 60-106).
- Calvo, K., Ferla, A. A., Machado, F. V., Duarte, E. R. M., & Teixeira, L. B. (2018). O Programa Mais Médicos e o impacto na Atenção Básica. In *13º Congresso Internacional Rede Unida*.
- Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, educação e saúde*, 6 (3), 443-456.
- Ceccim, R. B., Ferla, A. A., Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (2009). Dicionário da educação profissional em saúde. *Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*.
- Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2020). *Nossa luta é pela vida: Covid-19 e Povos indígenas o enfrentamento das violências durante a pandemia*. [https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_nossalutaepelavida\\_v7PT.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf)
- Fausto, M. C. R., & Matta, G. C. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In Morosini, M. V. G. C., & Corbo, A. D. (Org.), *Modelos de atenção e a saúde da família* (pp. 46-67) EPSJV/Fiocruz. (p. 58)
- Ferla, Alcindo Antônio. (2019). More Doctors Program and work development: a continuing education effect. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2019, v. 23, n. Supl. 1, e180679. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180679>. Epub 16 Maio 2019. ISSN 1807-5762.
- Fontão, M. A. B., & Pereira, E. L. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface-comunicação, saúde, educação*, 21 (pp. 1169-1180).
- Garnelo, L. (2012). Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In *Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação* (pp. 18-59).
- Garnelo, L., & Pontes, A. L. (organizadoras). (2012). Saúde indígena: Uma introdução ao tema. In Mec-Secadi.
- Krenak, A. (2020). *O modo de funcionamento da humanidade entrou em crise opina Ailton Krenak. Entrevistado por Bertha Maakaroun*. Estado de Minas, 3(4). [https://www.em.com.br/app/noticia/pensar/2020/04/03/interna\\_pensar,1135082/funcionament-o-da-humanidade-entrou-em-crise-opina-ailton-krenak.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/pensar/2020/04/03/interna_pensar,1135082/funcionament-o-da-humanidade-entrou-em-crise-opina-ailton-krenak.shtml)

- Kopenawa, D. (2020). *Davi Kopenawa: “não mexam mais com a nossa Terra Mãe”*. Entrevistado por Evilene Paixão. Instituto Socioambiental. Fonte: Instituto Socioambiental: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticiassocioambientais/davi-kopenawa-nao-mexam-mais-com-a-nossa-terra-mae>
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa. *Health and Welfare Canada*.
- Luna, W. F., Ávila, B. T., Brazão, C. F. F., Freitas, F. P. de P., Cajado, L. C. de S., & Bastos, L. O. de A. (2019). Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23(1) (pp. 1–14).
- Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (pp. 988-989).
- Miranda, A. N. D. M. (1988). [1ª] Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio:[relatório]. In [1ª] Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio:[relatório] (pp. 3-3).
- Mondardo, M. (2020). Povos indígenas e comunidades tradicionais em tempos de pandemia da Covid-19 no Brasil:: estratégias de luta e r-existência. *Finisterra*, 55(115), 81-88.
- Organização Mundial de Saúde, & Fundo das Nações Unidas pela Infância. (1979). Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- Pinto, H. A., Sales, M. J. T., Oliveira, F. P. D., Brizolara, R., Figueiredo, A. M. D., & Santos, J. T. D. (2014). O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg. saúde debate*, (pp. 105-120).
- Pontes, A. L., Stauffer, A., & Garnelo, L. (2012). Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. In Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação* (pp. 265-88).
- Reinholz, F. (2020, May 15). Subnotificação de covid entre indígenas mostra descaso do governo federal, diz comitê. *Brasil de Fato*. <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/15/subnotificacao-de-covid-entre-indigenas-mostra-descaso-do-governo-federal-diz-comite>
- Ribeiro, M. F. (2020). Povo Kokama troca hospitais por rituais com ayahuasca para curar indígenas do coronavírus.
- Ribeiro, M. V. M. S., & Ferla, A. A. (2022). Programa Mais Médicos e o enfrentamento à Covid-19 na Amazônia: quando a complexidade convoca o pensamento e as políticas públicas. In *Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes*.
- Schweickardt, J. C., Lima, R. T. D. S., & Ferla, A. A. (2022). Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. In *Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes* (pp. 248-248).
- Uchoa, P. (2021). Como os indígenas Kuikoro venceram a pandemia enquanto o resto do Brasil tem seu pior momento.



Xucuru-Kariri, R., & Costa, S. L. (2020). *Cartas para o Bem Viver (1st ed.)*. Boto-cor-de-rosa livros arte e café/Paralelo13S.  
[http://www.livrariabotocorderosa.com/blog/wp-content/uploads/2021/04/Cartas\\_Para\\_o\\_Bem\\_Viver\\_WEB.pdf](http://www.livrariabotocorderosa.com/blog/wp-content/uploads/2021/04/Cartas_Para_o_Bem_Viver_WEB.pdf)

Weissmann, Lisette. (2018). Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. *Construção psicopedagógica*, 26(27) (pp. 21-36). Recuperado em 10 de junho de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&tlng=pt).



## **6.4 Tecendo cuidados na saúde indígena: a pesquisa narrativa no Programa Mais Médicos do Amazonas**

Marcus Vinicius M S Ribeiro

Alcindo Antonio Ferla

### 6.4.1 Considerações iniciais

Recém vacinados e aprendendo a reinventar e adaptar-nos a cada dia a um novo contexto epidemiológico da pandemia de COVID-19, foi possível intensificar nossos sentimentos com o início da possibilidade da produção de encontros com proximidade física (com respeito às medidas de prevenção, como uso de máscaras e distanciamento), mas também manter o aprendizado da produção de encontros que tentam contornar a distância física por meio da proximidade virtual, unindo participantes de diferentes países a aprender na prática essa possibilidade dos encontros híbridos. Tal modelo de encontro me parece razoável de ser incorporado pelos eventos de grupos de estudo, pesquisa e nas práticas profissionais, mesmo após as flexibilizações para encontros presenciais, já que aponta para maior possibilidade de participação das pessoas que não têm meios de participação presencial, mas têm a possibilidade de compartilhamento de saberes de forma virtual. Seria então um aprendizado positivo de permanecer caso possamos retomar os eventos com massiva participação presencial, ainda assim, manter a possibilidade de participação virtual, de preferência aliada à intensificação das políticas de inclusão digital.

As redes de atenção à saúde formais são estabelecidas pelas políticas públicas, orientadas institucionalmente em fluxos e dinâmicas entre os serviços e suas relações municipais, estaduais e federais. Falo aqui, porém, sobre a experiência de participação no Seminário de Compartilhamento de Experiências do Brasil, Espanha e Itália, de como essa experiência me desvela outra possibilidade de formação de redes em saúde, remete à essência comum que nos é indicada pelas diversas medicinas ancestrais, mandalas afetivas de relações que, como fractais, desdobram-se em infinitas possibilidades de troca. Por seu critério de

interesses, movidos pela sensibilidade, humanismo e força de ação coletiva, é que coloca sua marca de inovação: contra hegemônica, distante dos interesses que nos jogam na espiral do capitalismo, alinhada ao movimento da reforma sanitária brasileira e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Seminário aqui é quem provocou o texto e as narrativas, o tema central, ou seja, um artigo produzido sobre minha participação no Seminário em que dialoguei sobre a minha pesquisa e as narrativas que nela incidem, sobre o trabalho em saúde, educação e clínica nas áreas indígenas do Amazonas, sobre o próprio campo da pesquisa narrativa. Portanto, a partir da participação no evento e do diálogo sobre as produções que eu estava realizando, foi possível também já inserir tais produções e as tornar públicas neste artigo. Tal Seminário, pôde unir pesquisadores, profissionais e usuários de serviços de saúde dos três países participantes, trilhando caminhos em comum a esses territórios tão diferentes, passando pelo acesso aos serviços de saúde, pela inovação do trabalho em saúde antes e durante a pandemia, a relação dos aspectos culturais como caminho de ampliação dos modelos de práticas profissionais convencionais, bem como a conexão dos diversos indivíduos envolvidos no seminário como troca fortalecedora, em que crescemos com a experiência do outro e também ao nos colocar em organização e reflexão de nossas próprias experiências (Merhy, 2016).

Particularmente, quando sentei virtualmente no Centro Bahserikowi de Medicina Indígena, para participar do Seminário, retornei alguns anos no tempo cronológico e coloquei à reflexão a experiência do encontro que realizamos no Distrito Sanitário Indígena, com médicos da saúde indígena do Programa Mais Médicos dialogando com cuidadores e cuidadoras tradicionais indígenas, com pesquisadores da saúde indígena e com os gestores locais, há três anos atrás, em que muitas das mesmas pessoas estavam sentadas juntas trabalhando e dialogando pela integração dos saberes. Na dinâmica de troca de saberes do atual Seminário, pude também compartilhar algumas experiências da prática profissional e de pesquisa, no que chamamos de roda de conversas: “O enfrentamento à pandemia em comunidades tradicionais: experiências de pesquisa em ato”, conversamos sobre os efeitos da pandemia de covid-19 na interação das práticas tradicionais com as práticas convencionais em saúde, como propõe o centro de medicina indígena, sobre a supervisão acadêmica no componente formativo do Programa Mais Médicos (PMM) no Amazonas, antes e durante a pandemia, bem como sobre formatos de

pesquisa que possam facilitar o processo de produção científica, nesse caso, a pesquisa narrativa, utilizada no projeto que desenvolvo atualmente no mestrado.

#### 6.4.2 A pesquisa narrativa e o enfrentamento à pandemia em comunidades tradicionais

As práticas pedagógicas em que nos envolvemos parecem fazer mais sentido quando conseguimos olhar para uma tríade pesquisador, unidade de análise e caminho metodológico, e visualizar a possibilidade do encontro de um fio condutor metodológico que enlace o pesquisador e a unidade de análise de um modo que o processo de produção científica flua com mais facilidade. Nesse sentido, compartilho a experiência de trabalho com a pesquisa narrativa, que em diversos aspectos emerge como facilitadora para apoiar o caminho de realizar uma pesquisa complexa no campo qualitativo de produção científica.

No Seminário, o Prof. Dr. Márcio Belloc da Universidade Federal do Pará nos recordou a importância da pesquisa das narrativas em proporcionar grande possibilidade de aproximação com os indivíduos e com a forma de produção dessas narrativas, sua relação com o contexto social e histórico em que estão inseridas, com a história pessoal e comunitária, permitindo o aprofundamento na experiência singular e seus desdobramentos no campo simbólico e cultural, de universalização e de pertencimento ao coletivo. Recordo também o conceito trazido pela Prof. Dra. Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália) do êxodo da cidadania e da amputação dos saberes tradicionais (principalmente indígenas e quilombolas) pelas práticas biomédicas, bem como da possibilidade de contornar essa amputação hegemônica, a partir de metodologias que facilitem a aproximação com a produção comunitária, como pode ser o caso da pesquisa narrativa. Em outro aspecto, auxiliar também na superação do sanitarismo campanhista ao possibilitar a escuta e expressão de diversas vozes das comunidades e dos saberes tradicionais, tecendo redes de aproximação entre o campo biomédico e a medicina originária, Gadmer (1999) traduz bem esse pensamento ao escrever que “O que satisfaz nossa consciência histórica é sempre uma pluralidade de vozes nas quais ressoa o passado. Isso somente aparece na diversidade das ditas vozes: tal é a essência da tradição da qual participamos e queremos participar.”

Nas investigações que se propõem a uma pesquisa atrelada à prática, a desvelar, compreender e transformar a realidade, o caminho que aponta a pesquisa narrativa enquanto campo qualitativo de base nas ciências humanas, parece que tem se firmado como facilitador dos processos de produção científica deste pesquisador. Primeiramente, por proporcionar a possibilidade de olhar para as experiências a partir das diversas vozes que conectam-se nas narrativas do pesquisador (Onocko-Campos & Furtado, 2008) em sua própria prática, nesse caso, a supervisão acadêmica no componente formativo do PMM no Amazonas, antes e durante a pandemia de Covid-19, na sua relação com profissionais das Equipes Multiprofissionais em Saúde, com os usuários do sistema de saúde, com as lideranças comunitárias, cuidadores tradicionais, parteiras, pajés e também com os gestores e apoiadores dos serviços de saúde. Dessa forma, pode facilitar que informações recentes e importantes se tornem disponíveis, tomados os cuidados necessários que protejam os preceitos da ética em pesquisa, porém tornando possível análises de acontecimentos relevantes para as práticas e pesquisas em saúde, seja como produção de bibliografia complexa, com produção à partir de textos, memórias, reflexões, vivências e problematizações que denunciem os pontos críticos e que anunciem alguns caminhos possíveis de transformação social, para fortalecimento de outras pesquisas na área da saúde indígena e Covid-19, seja para desenvolvimento de melhores práticas de gestão e educação permanente. Neste sentido, podemos retomar Ricoeur e suas considerações da narrativa enquanto tentativa de eternizar os acontecimentos e para que a reflexão sobre eles permaneça disponível e possível para a sociedade (Onocko-Campos & Furtado, 2007; Ricoeur, 1997)

O professor Mário Testa também nos indica algo nesse sentido, de que a tensão existente entre as práticas biologicistas e as práticas sociais não deve resultar em uma competição, mas sim em uma construção de práticas em saúde que cumpram uma função social diferente da que hoje cumpre a biomedicina, destaca também, a importância da consciência da função de transformação social que cumprem os diferentes agentes de práticas comunitárias em saúde, quando atentos para a consciência de classe (Testa, 1989).

A inserção da pesquisa qualitativa no campo da saúde nos leva pelo caminho da transição da saúde pública em saúde coletiva, como nos indica Onocko Campos (2008), em que foi central a consideração das ciências sociais e seus métodos como

contribuição imprescindível para a consolidação do campo da saúde coletiva. Os estudos antropológicos e etnográficos foram incorporações importantes para avançar na consideração da subjetividade e das abordagens narrativas, ao passo que as abordagens metodológicas convencionais não se demonstram suficientes para a compreensão dos dilemas das práticas de saúde. Neste campo de pesquisa é notável que os critérios de inclusão e exclusão se delimitam no percurso da pesquisa e relacionam-se diretamente ao suficiente desenvolvimento satisfatório da pergunta de pesquisa (Onocko-Campos & Furtado, 2008). Outra característica desse percurso é despir a falsa neutralidade do pesquisador, inserindo-o como implicado no processo de pesquisa em que naturalmente o pesquisador se revela e se declara nas próprias narrativas, bem como, pode apresentar os mesmos acontecimentos de pontos de vista de múltiplos indivíduos. Temos, então, que a utilização das narrativas na pesquisa em saúde é campo privilegiado, pois nos permite olhar para a inter-relação das forças sociais e dos temas investigados, com o fluxo histórico, o que pode ampliar a análise e permitir a percepção dos aspectos simbólicos, universais e políticos aí presentes (Pacheco & Onocko-Campos 2018).

O tensionamento de interesses neoliberais sobre as conquistas dos direitos civis tem resultado em recrudescimento do bem estar social, fatos que emergem também das narrativas dos usuários e profissionais de saúde das equipes multidisciplinares indígenas (EMSI) na pandemia de COVID-19. As barreiras sanitárias representaram no âmbito da saúde indígena, nas comunidades originárias, muitas vezes o isolamento em condições desumanas, longe de centros comerciais, com dificuldade de insumos básicos, em territórios em que a proteção social e a presença necessária do estado são mínimas. Vendo-se, de repente, isolados em suas habitações, com famílias numerosas e sem possibilidade de renda, vulnerabilizados à redução da proteção social a um auxílio social governamental que demorou meses para ser efetivado e, quando o foi, deu-se apenas em forma de um auxílio financeiro, inicialmente no valor de seiscentos reais e depois em quantias progressivamente menores, ao mesmo tempo, tivemos que lidar com um rápido e descontrolado deslocamento das populações aos municípios, para retirar a quantia em dinheiro nas agências de bancos, gerando mais exposição dos indivíduos à contaminação pelo coronavírus e piorando a situação sanitária. Tais medidas mostraram-se insuficientes para evitar as situações de falta de alimentos e

fome, principalmente nos momentos de bloqueio fluvial e de bloqueio de vias automotivas (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, 2020).

O que surge de novidade nesse cenário intenso é a presença do profissional médico por meio do Programa Mais Médicos diretamente nas aldeias e habitações, a identificação por estes profissionais, de diversas situações de saúde, seu tratamento e acompanhamento, bem como a interação com as tradições culturais locais e o trabalho em conjunto com os demais profissionais das equipes de saúde. Diversos problemas estruturais, clínicos e interculturais puderam ser identificados pela pesquisa das narrativas, existindo um potencial inovador de mediação, rompimento do isolamento formativo, acompanhamento e articulação dessas demandas através da existência de uma estratégia de supervisão acadêmica, expresso principalmente na articulação do diálogo entre médicos e gestores, também no acompanhamento de atividades clínicas e execução de estratégias de educação permanente. São de destaque, os momentos de extrema confusão na pandemia de Covid-19 em que diante da disseminação de desinformação entre os profissionais de saúde e da utilização de medicamentos sem comprovação científica e potencialmente danosos - fato que revela abismos na formação profissional e ética no Brasil e em outros países - fizemos o uso dos materiais disponibilizados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pela Sociedade Brasileira de Infectologia e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia, divulgando consensos científicos de medidas eficazes para o cuidado dos casos clínicos de infecção pelo coronavírus, desta forma, também foram essenciais os cursos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, pela Fiocruz, pela Universidade de São Paulo, disponibilizados pela Universidade Aberta do SUS e pela AVASUS (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), além de diversas outras instituições que construíram ferramentas pedagógicas para nos auxiliar enquanto profissionais de saúde neste momento crítico.

Reforço mais uma vez a compreensão de que vários foram os efeitos pedagógicos relacionados ao processo de criação e implementação do Programa Mais Médicos que podem ser identificados também nas narrativas aqui apresentadas. A movimentação e intercâmbio de profissionais pode, por si só, mobilizar a construção de práticas que necessitam partir de processos educativos e pedagógicos (como as políticas do SUS já nos indicavam ser importante). Tal fato é ainda ampliado, pois é assumido deliberadamente em seus artigos legais a



centralidade desta função formativa, ensino-serviço, pesquisa e aperfeiçoamento. Os eixos do Programa, de formação para o SUS, ampliação da graduação e residência médica, mudança dos locais de formação e reorientação da formação, favorecem a produção de grandes efeitos pedagógicos. A política de saúde representada pelo PMMB, portanto, indica movimentos de consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais aos cursos de saúde e de medicina (Brasil, 2014), propõem a mudança nas relações dos trabalhadores e o seu lugar, para mais que um técnico aplicador de protocolos, um indivíduo que realiza o trabalho de saúde diretamente no território, criativo, humano, em equipe e o compreende como mais complexo que as teorias e diretrizes existentes. Ao provocar essa percepção nos indivíduos e configurar os espaços de prática a partir dela, há o provável efeito de ampliação permanente de conhecimentos, percebendo o trabalho, o SUS e a atenção básica também como escola (Ferla, 2019).

As narrativas que emergem deste contexto complexo em que confluem a pandemia de Covid-19, o Programa Mais Médicos e as populações originárias indígenas, podem ser consideradas sob a perspectiva da incidência das experiências narrativas como ação de resistência, de contra hegemonia da produção biomédica cartesiana e dos interesses de organização social capitalista. Como nos desvela Benjamin (2012, p123-124) em sua análise de que os soldados dos campos de batalha da primeira guerra voltavam mais pobres em experiências comunicáveis, mais silenciosos, sob a imposição criminosa de uma experiência inenarrável, Benjamin relaciona esta observação à morte da tradição narrativa na sociedade capitalista moderna, que se demonstra avessa às formas de narrativa tradicional e é propícia ao esquecimento histórico em larga escala, de forma explícita no seu formato prototípico de informação jornalística, asséptica, breve e fugaz, consumida e descartada, com conseqüente esquecimento. Tais reflexões, apontam para a expulsão não só da experiência narrativa complexa do formato de comunicação capitalista, mas também de seus representantes ancestrais, deslegitimados neste corpo social (Pacheco & Onocko Campos, 2018).

6.4.3 No tecer das redes: enlace dos cuidadores tradicionais, pajés, parteiras, equipes de saúde e os médicos do Programa Mais Médicos

Logo de início, os grupos de trabalho que se propuseram a refletir sobre os componentes formativos no Programa Mais Médicos em áreas indígenas, puderam apontar como central a sensibilização dos profissionais do Programa para a interação das práticas biomédicas com os saberes tradicionais das cuidadoras, raizeiras, parteiras e pajés. Luna e colaboradores (2019) já bem traduziram essa relação, “de vínculo e confiança, ampliando a construção de novos saberes nesses cenários interculturais, que se reflete em práticas contra hegemônicas e convida ao diálogo com a medicina tradicional”.

É notável no decorrer da pesquisa que a brutal devastação causada pela violência da invasão e “colonização” afetou diretamente as práticas tradicionais de curas e cuidados, exterminando, perseguindo e demonizando tais práticas (Basta, Orellana & Arantes, 2012). A intensa resistência dos indivíduos em preservar o saber ancestral e o movimento de isolar-se geograficamente para sobreviver, porém, permitiram a recuperação, retomada e troca de saberes entre as comunidades originárias. Observamos hoje, novas formas de invasão e “colonização” mais uma vez violentando os saberes originários, por meio de missões religiosas cristãs, em sua maioria neopentecostais, que declaradamente não consideram a cosmovisão originária indígena como válida, repetindo novamente as práticas coloniais, aproveitam-se da vulnerabilização social de tais comunidades para desenvolver vias de troca desiguais, em que insumos básicos de necessidade cotidiana como alimentos, medicamentos e dinheiro são trocados pela demonização e desestruturação da cultura tradicional em detrimento da aceitação de um conjunto de ritos cristãos monoteístas, em maioria neopentecostais. Tais missões interferiram inclusive em momentos chave da pandemia de Covid-19 na disseminação de informações que minimizavam o impacto e as mortes causadas pelo coronavírus, estimulando a adesão a tratamentos sem indicação científica e principalmente informações falsas contra as vacinas (Graghani, 2021; César, 2021). Mesmo nas comunidades em que esse tipo de novo colonialismo incide, as práticas tradicionais tendem a resistir, sendo incorporadas ou mesmo camufladas entre os rituais cristãos. Tão importante é refletir sobre a postura, construção de saberes e cuidados das equipes de saúde, construindo as soluções complexas, com criatividade e trabalho amplo e em conjunto aos diversos indivíduos envolvidos no processo de produção de saúde, sem realizar uma reprodução de práticas em saúde preconceituosas e violentas aos indivíduos e aos saberes tradicionais.

Nesse sentido, de avanço da sensibilização e desenvolvimento dos profissionais na mediação das práticas biomédicas com os cuidados tradicionais das comunidades, pouco antes da pandemia, em junho de dois mil e dezenove, pudemos realizar um grande encontro que considero um momento central em nosso grupo de supervisão no Programa Mais Médicos. Enquanto profissionais do eixo formativo do Programa, produzimos o encontro entre uma cuidadora tradicional, massoterapeuta, pajé e líder comunitária, o Prof. Dr. João Paulo Barreto Tukano, o Prof. Dr. da Fiocruz Amazonas, Júlio Cesar Schweickardt, os gestores da saúde indígena local, equipes de saúde e os médicos. Vimos então a potencialidade de tal encontro, ao colocar as cuidadoras e cuidadores tradicionais no protagonismo das conversas, fortalecendo sua relação e vínculo com a gestão e com as equipes de saúde. Ficou nítida a capacidade de transformação provocada por encontros neste formato, pudemos olhar para os desdobramentos deste evento e considerar um ponto de inflexão, em que os profissionais passaram a ter interesse ativo pelo tema de interação com as práticas tradicionais, muitas vezes buscando as cuidadoras e pajés participantes para ampliar seus conhecimentos e articulações, de forma que nos pareceu que as propostas que até então tinham muitos entraves quando presentes em nossos debates, ficaram menos duras e mais fluídas a partir deste encontro.

A pandemia, porém, nos isolou e tais encontros ficaram praticamente impossibilitados, as práticas tradicionais voltaram a ser mais veladas, internas e sem muito diálogo com as equipes de saúde, porém imprescindíveis para resistir às inúmeras desassistências que se agravaram nos períodos mais críticos da pandemia de Covid-19.

#### 6.4.4 Transformação: estratégias possíveis para o desenvolvimento humano inter-aldeias

Entendendo que delimitamos dois caminhos, distintos porém complementares, em que de um lado aparecem as práticas biomédicas, de base cartesiana e convencionalmente quantitativas. De outro lado, figuram os caminhos de desenvolvimento das práticas tradicionais e populares, os saberes comunitários, a teia histórica e as relações de classe que se desenvolvem nesta teia, que se aproximam mais das concepções das ciências humanas, das metodologias

qualitativas, que consideram o subjetivo, o simbólico e sua universalização, bem como seu caráter político.

Percebe-se então que, de forma imprescindível, emerge a necessidade de abertura ao protagonismo dos indivíduos, usuários do sistema de atenção à saúde, traduzindo-se como um fundamental apoio das lideranças comunitárias, cuidadores tradicionais e agentes de saúde e saneamento indígenas, nos processos de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu texto sobre a estratégia para a medicina tradicional (2013) aponta a necessidade de integração destes indivíduos, os cuidadores tradicionais, as lideranças e os agentes de saúde, como estratégia para a identificação de demandas ocultas, para o auxílio com acompanhamento de tratamentos convencionais e como figuras chave na realização de pontes para a formação de amplas redes de cuidado nos territórios. O mesmo documento também pontua que esta integração não ocorrerá espontaneamente, que depende de esforços deliberados e decisões normativas de instituições governamentais e não governamentais. Tais esforços devem ser construídos em conjunto com as comunidades envolvidas e não tem a função de substituir a falta de implementação dos serviços convencionais de atenção à saúde, mas sim complementá-los, estes ainda são insuficientes e necessitam de investimentos em mais estruturas físicas e humanas para garantia do direito à saúde e do direito à vida. Estas ações complementares, porém, são imprescindíveis, representam estratégias fundamentais para suprir um abismo construído pelo processo histórico de dominação e violência contra populações específicas, no caso, os povos originários ou povos indígenas, processo que gerou o atual cenário de vulnerabilidade, caracterizando as áreas de piores índices de saúde e sociais do país, apontando para uma reformulação das crenças fundamentais e das estratégias de atendimento à população (Pordeus, 2013).

Pensando na prática cotidiana no território vivo do Amazonas, um importante desdobramento de tais encontros é buscar projetos que possam promover o intercâmbio de cuidadores e cuidadoras tradicionais entre as comunidades, dessa forma talvez seja possível estreitar as fronteiras entre as diversas comunidades, possibilitar a formação de novas cuidadoras tradicionais, a troca de saberes, bem como estabelecer também um intercâmbio com comunidades em que as práticas tradicionais de cuidado parecem ser menos pronunciadas ou ainda não identificadas. Como exemplo, tivemos a apresentação da experiência de uma líder

indígena e massoterapeuta em nosso encontro no ano de dois mil e dezenove que narrou como a oportunidade de um curso de massoterapia proporcionou seu desenvolvimento humano e profissional, em que a partir de então passou a ocupar espaços de cuidado, realizar atendimento a diversas pessoas da comunidade, muitas vezes realizando parcerias com as equipes de saúde oferecendo atendimentos nas unidades do SUS. Os próximos passos dessa experiência podem seguir o caminho de ampliação dessas práticas para outras comunidades, troca de experiências dos indivíduos entre as aldeias e formação de novas cuidadoras/es a partir do conhecimento das cuidadoras já experientes e com apoio das instituições de pesquisa.

A pandemia de Covid-19 desafiou ainda mais o povo brasileiro, que já estava sob os efeitos de uma crise econômica e política. Privados do direito à equipes de saúde potencialmente contaminantes e defasadas pela contaminação, beneficiaram-se da potência do reencontro com seus próprios cuidadores tradicionais, porém no território das aldeias pouco se viu de integração entre o campo de saúde biomédico e as medicinas tradicionais, mesmo porque as equipes de saúde não conseguiram ampliação necessária para atendimento adequado da população indígena, além de ter que lidar com o afastamento de muitos profissionais, a flutuação de insumos, as estruturas físicas precárias e a falta de medicamentos e oxigênio. O fortalecimento quase que compulsório das práticas tradicionais, porém, aponta para uma necessidade ainda mais pungente de investimentos em intercâmbios, troca de saberes, fortalecimento de tais práticas, bem como sua aproximação e integração com as equipes de saúde biomédicas e dos grupos de pesquisa, para a criação de encontros que possam aproximar-se da potência que representam os conhecimentos tradicionais, as práticas comunitárias, a medicina indígena.

Dentro do campo das pesquisas que propõem coerência entre a teoria e a prática, que praticam a reflexão teórica e a colocam à serviço do desenvolvimento da prática cotidiana, a pesquisa narrativa se apresenta como método contra-hegemônico de pesquisa e de organização de dados, bem como um campo capaz de abrir possibilidades de produções científicas autênticas e que compreendam que a pesquisa sirva também como instrumento de denúncia e transformação social.

## Referências:

Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. (2020). Nossa luta é pela vida: Covid-19 e Povos indígenas o enfrentamento das violências durante a pandemia. [https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_nossalutaepela vida\\_v7PT.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepela vida_v7PT.pdf)

Basta, P. C., Orellana, J. D. Y., & Arantes, R. (2012). Perfil epidemiológicos dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação (pp. 60-106).

Benjamin, W. (1994). *Experiência e pobreza* (1933). Obras escolhidas, ensaios sobre literatura e história da cultura, 1. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Editora Brasiliense, 2012, p123-129.

Brasil. (2014). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, 8-11.

César, E. M. L. (2021). *História da evangelização do Brasil: dos jesuítas aos neopentecostais*. Editora Ultimato.

Ferla, A. A. (2019). Programa Mais Médicos e desenvolvimento do trabalho: um efeito de educação permanente em saúde?. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180679.

Gadamer, H. G. V. (1999). *método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Paulo Meurer, 3.

Gragnani, J. (2021). Epidemia de fake news ameaça vacinação em terras indígenas.

Luna, W. F., Ávila, B. T., Brazão, C. F. F., Freitas, F. P. de P., Cajado, L. C. de S., & Bastos, L. O. de A. (2019). Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23(1) (pp. 1–14).

Merhy, E. E., Feuerwerker, L. M. C., & Gomes, P. C. (2016). Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, et al., organizadores. *Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 25-34.

Onocko Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1090-1096.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.

Pacheco, R. A., & Onocko-Campos, R. (2018). “Experiência-narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28.

Pordeus, V. (2013). *Immunology, Science and Public Health: the lost link*. Israel Medical Association Journal.

Testa, M. (1989). *Pensar en salud*. Representación OPS/OMS Argentina;(21), 1989.



## 7 CONCLUSÕES

As produções da pesquisa das narrativas parecem apontar um caminho metodológico em construção, inacabado, que segue se completando com o tempo e no olhar das outras pessoas. As produções aqui apresentadas são alguns desdobramentos dos objetivos primariamente traçados, alterados e reconstituídos inúmeras vezes no processo da pesquisa, enquanto produção de conexões e reflexões de narrativas sobre um cenário complexo de prática em saúde, em que muitas vezes o consultório é atravessado pela dificuldade de deslocamento, de falta de estrutura e de excessos no poder.

As produções que desdobraram-se dos objetivos e da pergunta da pesquisa, são apresentados na forma de três artigos e desenvolvem temas que trazem vivências e conexões teóricas de temas que incidem no trabalho como supervisor do Programa Mais Médicos no campo da saúde indígena no estado do Amazonas.

O primeiro artigo se desenvolve por meio de uma introdução sobre alguns aspectos da origem e organização de programas de saúde no território, como a Estratégia Saúde da Família e os Agentes Comunitários, trazendo como uma das estratégias mais recentes o Programa Mais Médicos e seu eixo de provimento, principalmente relacionado aos vazios de atenção à saúde. Incide também o tema de políticas de saúde e os povos originários, por uma introdução aos diversos serviços governamentais que na história já compuseram e que hoje compõem os sistemas institucionais que visam ações de saúde aos povos originários. Tal artigo segue por uma produção que procura relacionar a sistematização do pensamento estratégico, as relações de poder e a consciência de classe no processo de construção de políticas de saúde e do olhar dos indivíduos que as constroem na base. Tais temas são relacionados com algumas considerações sobre vivências da prática profissional e as diversas narrativas que a atravessam, como dos profissionais das equipes de saúde, das comunidades de populações originárias, da situação governamental e das atividades de educação em saúde que desenvolvemos e os recursos teóricos e práticos que utilizamos ao longo dos anos de trabalho.

Tal produção caminha sobre o campo da atenção e educação em saúde que olha para as práticas pedagógicas mas também para os sujeitos que produzem a



implementação de uma política pública, as diversas condições em que ela ocorre e as linhas de tensão que a atravessam.

No segundo artigo busco em uma introdução fazer conexões entre o Programa Mais Médicos e o tríplice encontro que nele se dá, equipes de saúde brasileiras, profissionais estrangeiros e comunidades originárias, seguindo por relações entre produções teóricas sobre os efeitos da pandemia de Covid-19 aos povos indígenas e as informações, sentimentos, inquietações, problemas e resistências que surgiram à partir das diversas narrativas que incidem sobre o trabalho de educação em saúde do pesquisador no Programa. Busquei resgatar também experiências de resistência, luta e construção de esperança por alguns povos, que escancaram o descaso e o desmonte das políticas públicas de saúde e segurança social.

No terceiro artigo procuro trazer uma experiência em ato de produção narrativa complexa. À partir das minhas e de outras narrativas que incidem sobre um seminário internacional faço tentativas de conexões entre referenciais teóricos da pesquisa narrativa e sua importância para mim como pesquisador, no sentido de me proporcionar possibilidade de reflexão e de revelar informações, sentimentos, inquietações e denúncias que emergem das situações cotidianas da prática profissional, mas principalmente, apontar caminhos de construção de esperanças e transformação social.

Creio que tais produções sigam as direções apontadas no início da pesquisa. Não no exato formato ou ordenamento pensado, mas, muito mais científico, investigativo, de natural posicionamento e denúncia, pois em consciência da constante construção no percurso da pesquisa. Dessa maneira, convido a quem lê tais produções, completá-las em seu caráter inacabado, em sua necessidade de complementação. Reescrevam-na, citem, reproduzam, complementem, opinem e dêem suas contribuições a essas produções textuais resultantes das pesquisas, vivências e estudos de um indivíduo coletivo.

