



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Amanda Silva Rodrigues

**Fazendo a vida junto:** trajetórias e experiências de sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no  
acesso à saúde

Florianópolis

2021

Amanda Silva Rodrigues

**Fazendo a vida junto:** trajetórias e experiências de sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no  
acesso à saúde

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em  
Antropologia Social da Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do título de doutor em  
Antropologia Social

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Sônia W. Maluf, Dr<sup>ª</sup>.

Florianópolis  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva Rodrigues, Amanda  
Fazendo a vida junto : trajetórias e experiências de  
sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no acesso à saúde / Amanda  
Silva Rodrigues ; orientadora, Sônia Weidner Maluf, 2021.  
188 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa  
de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. índios do nordeste. 3.  
itinerários terapêuticos. 4. políticas de saúde. 5. saúde  
indígena. I. Weidner Maluf, Sônia. II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia  
Social. III. Título.

Amanda Silva Rodrigues

**Fazendo a vida junto:** trajetórias e experiências de sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no acesso à saúde

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf (PPGAS/UFSC) – Orientadora

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira (PPGAS/UnB)

Profa. Dra. Rita de Cássia Maria Neves (PPGAS/UFRN)

Profa. Dra. Ana Paula Müller de Andrade (UNICENTRO Irati/PR)

Profa. Dra. Esther Jean Langdon (PPGAS/UFSC)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Antropologia Social.

---

Profa. Dra. Viviane Vedana  
(Coordenadora do PPGAS/UFSC)

---

Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf  
(Orientadora)

Florianópolis, 2021

Para Nolan.

## AGRADECIMENTOS

Essa tese foi escrita por mim. Mas como eu sou muitas e muitos, é preciso mencionar o povo que é em mim e que é comigo. Tenho pra mim que o que uma pessoa pensa, faz e é depende daquelas e daqueles que fizeram da pessoa gente. Por isso começo manifestando minha gratidão às Ayabas, que são em mim desde o início e concedem o tom no qual curso essa vida. São elas que conduzem, junto à Esu, a centelha de tudo que houve, há e haverá para mim, os encontros que me compõem. Esses encontros começam pela família nordestina em que nasci, com um pé no Ceará e outro em Pernambuco, e que me ensinou sobre a necessidade de respeitar e honrar humanos e não humanos para tornar a vida possível. À minhas avós (Rosa Maria da Silva e Francisca Lopes Rodrigues), avôs (Manuel Antônio da Silva e João Rodrigues de Luna), meu pai Rosálio, minha mãe Rosa, aos 18 tias e tios, mais de 40 primas e primos, deixo minha gratidão pela oportunidade de estar no mundo entrelaçada com cada um. Entendi com vocês que as maneiras como interagimos, como nos relacionamos com o mundo e com tudo que há nele, sempre participam (das aprendizagens que vivenciamos) da nossa capacidade de aprender (inclusive no espaço acadêmico). A Minha mãe Rosa devo ainda mais: sem ela, que assumiu os cuidados de minha casa e de meu filho por vários dias, não teria escrito essa tese.

E como os encontros se processam sempre em várias dimensões, minha ancestralidade me brindou com o reencontro com minhas Iyá Luciana T'Oyá e Ajibonan, Ana T'Ayrá, no ventre de nossa família Idile Akara. Família do ventre de Oya, enredada pelo Axé do caçador, e cuja circularidade do Axé é marcada pela companhia do povo cigano. Sou grata por todos os ensinamentos, pela companhia e por me darem sustentação, compasso e não me deixarem esquecer do essencial. Ko tope! Axé!

Ao povo Tupinambá de Olivença, primeiramente agradeço a oportunidade de estar perto para ouvir, ver, sentir e aprender tantas coisas. Também carrego gratidão por terem concordado com a realização da pesquisa que possibilitou a escrita dessa tese e por me deixarem 'estar junto'.

À toda a equipe do polo base de Ilhéus agradeço a receptividade, disposição, generosidade e consentimento da pesquisa. Mas a Rebeca, Lahis, Raquel, Jadna e Eunes, com quem convivi mais de perto, agradeço também pelo carinho (que é recíproco!).

Algo que subjaz à proposta da tese é uma atenção ao cuidado, esse olhar sobre o que possibilita pessoas atentarem a si e umas às outras. E por esse interesse me habitar, agradeço a minhas irmãs, Tamiris e Jéssica, meu cunhado João Victor e a meu filho Bento. A Jéssica agradeço também as conversas em que compartilhamos vivências em nossos doutorados e que me renderam boas ‘sacadas’. A meu pequeno, cabe ainda agradecer as inspirações (inclusive antropológicas) que ele me concede com suas percepções sobre o mundo: coisas de criança que também é pessoa antiga. Sou grata pelo cuidado, companhia e incentivo das(os) amigas (os) de longa data. Lacita Skalinsky, Luciana Rocha, Mandy Lieberwith, Natasha Teixeira, Rita Lobo, Helena Mendonça, Ruben Ledo, Verônica Gonçalves, Julia Maria Oliveira, Rodrigo Dantas, Murilo Alves: vocês foram um alento! Pollyana Costa, além de me cuidar, tem sido há muitos anos companhia-inspiração na luta pela concretização da reforma sanitária e dividiu todas as angústias, dificuldades e alegrias ao longo do doutorado. Gratidão, minha amiga-mãe-irmã!

Os encontros que vivenciei a partir do ingresso no PPGAS da UFSC foram todos potentes. Agradeço às professoras e professores com quem tive o privilégio de cursar disciplina: Jean Langdon, Vânia Cardoso, Viviane Vedana, Evelyn Zeah, Sônia Maluf, Nadia Heusi, José Kelly Luciani, Oscar Calavia, Scott Head, Ari Gigi Jr. Com vocês, aprendi não só sobre antropologia e etnografia, mas também sobre essa tarefa de atuar como professora. Minha gratidão à Sônia é acompanhada também por sorrisos e muito carinho. Ela me apresentou de maneira ímpar: aceitou estar comigo como orientadora ao longo do doutorado me dando a oportunidade de acompanhar de perto seu trabalho e me possibilitou viver o TRANSES - Núcleo de Antropologia do Contemporâneo - intensamente. As leituras, discussões e encontros nesse grupo foram essenciais durante todas as etapas da pesquisa e na elaboração da tese. Por isso deixo às pessoas com quem nesse espaço convivi, ou que encontrei a partir dele, minha gratidão, respeito e admiração: Alana Ávila, Anna Paula Muller, Binah Ire, Camila Firmino, Chiara Albino, Eliana Diehl, Everson Fernandes, Fábio Carvalho, Fernando Moura, Gustavo da Rosa, Helena Monaco, Jainara Oliveira, Javier Paz, Juliana Ben, Luciane Ouriques, Mirela Britto, Rogério Azize, Rosa Maria Giatti, Sílvia Bittencourt, Sulane Almeida, Soraya Fleyscher, Tatiane Barros e Virgínia Rodrigues.

Contei ainda com a ajuda de várias professoras para a construção do trabalho, durante as bancas que envolveram a fabricação da tese. Suas leituras cuidadosas e comentários precisos foram essenciais para a formulação do trabalho. Ana Paula Müller, Carla Teixeira, Eliana Diehl,

Evelyn Zea, Jean Langdon, Rita Neves: agradeço a atenção, o empenho e a disposição para ensinar.

O convívio com os colegas nas disciplinas foi sempre nutritivo e sou grata a todos, todos e todas pela oportunidade de ouvir e ser ouvida. Mas frequentar o PPGAS também me possibilitou ganhar amizades preciosas. Das relações em que não é possível precisar o quanto se aprende sobre amor, sobre antropologia, ou sobre a vida. Foi assim com Nadia Heusi, Valentina Nieto, Dijna Torres, Edilma Nascimento, Mirella Brito, Diógenes Cariaga, Everson Fernandes, Tatiane Cerqueira, Ana Maria de Veintemilla, Mauricio Munera, Ana Paula Rainho, Lorena França, Igor Luiz e Mariela Silveira. Nadia (sobretudo!), Igor, Mirella e Valentina, me agradeceram com sua companhia iluminada de maneira particular durante a pesquisa de campo e a escrita da tese. Obrigada pelas intermináveis conversas por telefone, por ouvirem ideias desconexas, acolherem angústias e por tantas dicas preciosas. Hei de honrar o que recebi de vocês!

Preciso explicitar aqui também que durante todo hiato entre o término de meu mestrado e o início do doutorado, contei com presenças cruciais que não só ajudaram a manter vivo em mim o desejo do doutorado, como me ajudaram a refinar meu pensamento, meu caminho com a antropologia. Martina Ahlert, Adolfo Neves de Oliveira, Júlia Brussi, Tatiane Duarte, agradeço a vocês a amizade e a companhia para pensar junto durante esse período de latência que me imprimi e quando ele cessou. Cada palavra de incentivo, cada empolgação com que receberam minhas ideias foram fundamentais para mim.

A todas e todos as (os) colegas do curso de enfermagem sou grata pela parceria, inspiração e incentivo. Mas àquelas com quem divido a tarefa de ajudar graduandos a vivenciarem o hospital como enfermeiros, agradeço também o empenho para assumir as atividades de docência que cabiam a mim para viabilizar meu afastamento: Emannela Cardoso, Maridalva Penteado, Roseanne Montargil, Paula Soriano.

Por fim agradeço à Universidade Estadual de Santa Cruz e ao Governo do Estado da Bahia por possibilitarem o afastamento de minhas funções para cursar o doutorado sem prejuízo sobre os vencimentos, condição sem a qual a realização dessa tese não teria sido possível. Ao Instituto Brasil Plural também manifesto minha gratidão por terem oferecido fomento em determinado momento da pesquisa de campo.

## RESUMO

Esta tese aborda a relação dos Tupinambá de Olivença com o Subsistema de Saúde Indígena e com os serviços do Sistema Único de Saúde, tomando como fio condutor uma etnografia desenvolvida junto a esse povo no sul da Bahia. Partindo de diferentes situações em que esses indígenas demandam atendimento em saúde, descrevo os itinerários que eles empreendem e os agenciamentos que realizam na medida em que percorrem esse conjunto de serviços. Argumento que essas experiências dos indígenas informam tanto sobre a construção de sujeitos detentores de direito quanto sobre as práticas de resistência frente aos diferentes modos de governo da vida presentes nas políticas públicas de saúde. O protagonismo dos Tupinambá descrito por meio da etnografia que realizei sugere que eles demandam por políticas de saúde que incorporem a ideia de cuidado, uma noção que compõe o entendimento Tupinambá de que a vida se faz junto, a partir do encontro.

**Palavras-chave:** Saúde indígena; políticas de saúde; índios do nordeste; itinerários terapêuticos; cuidado em saúde.

## ABSTRACT

This thesis approaches the relationship between the Tupinambá from Olivença and the Indigenous Health Subsystem and with the services of Unified Health System (SUS), taking as a guideline an ethnography developed with this people in the southern Bahia. Starting from different situations in which these indigenous people demand health care, I describe the itineraries they undertake and the agencies they carry out as they travel through this set of services. I argue that these indigenous experiences inform both the construction of subjects with rights and the practices of resistance to the different ways of governing life present in public health policies. The leading role of the Tupinambá described through the ethnography I carried out suggests that they demand health policies that incorporate the idea of care, a notion that makes up the Tupinambá understanding that life is made together, based on the encounter.

**Keywords:** indigenous health; health policies; northeast indigenous; therapeutic itineraries; health care

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Palácio Paranaguá.....	38
Figura 2 – Vitral do interior da sede da Associação Comercial de Ilhéus.....	39
Figura 3 – Mapa do Território Tupinambá de Olivença.....	67
Figura 4 – Empreendimentos imobiliários comercializados entre Ilhéus e Olivença...	69

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS Agente Indígena de Saúde

AITAC Associação Indígena dos Moradores do Acuípe de Cima

ANAÍ Associação Nacional de Ação Indigenista

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CASAI Casa de Saúde do Índio

Cimi Conselho Indigenista Missionário

CNPI Conselho Nacional de Política Indigenista

CNS Conselho Nacional de Saúde

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

DAF Diretoria de Assuntos Fundiários

DEID Departamento de Identificação e Delimitação

DSEI Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena

EMBRATUR Agência Brasileira de Promoção Internacional do Turismo

EMSI Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

FUNAI Fundação Nacional do Índio

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

NASF Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NASI Núcleo de Apoio à Saúde Indígena

PAISMPI Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas

PNASPI Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNSM Política Nacional de Saúde Mental

PTS Projeto Terapêutico Singular

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SasiSUS Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

STJ Superior Tribunal de Justiça

SUS Sistema Único de Saúde

UESC Universidade Estadual de Santa Cruz

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	15
Do surgimento de uma proposta de estudo junto aos Tupinambá de Olivença	18
Percursos da pesquisa de campo	25
Estrutura da tese	31
<b>CAPÍTULO 1 – ILHÉUS, OLIVENÇA E O POVO TUPINAMBÁ DE OLIVENÇA: EXPLORANDO RELAÇÕES</b>	34
1.1. Conhecendo a cidade de Ilhéus	34
1.2. Sobre a presença indígena em Ilhéus	42
1.3. Passagens na Olivença indígena: de vila à Zona de veraneio dos coronéis de cacau	51
1.4. O povo Tupinambá de Olivença: resistência no sul da Bahia	59
1.5. Algumas informações sobre os Tupinambá de Olivença e seu território atualmente	65
<b>CAPÍTULO 2 – A DEMANDA EM SAÚDE MENTAL: UM CONTEXTO PARTICULAR DA INTERFACE ENTRE O SUBSISTEMA E O SUS</b>	72
2.1. Sobre <i>afetamentos</i> : considerações a partir das visitas a aldeias Tupinambá	72
2.2. As visitas à Águas de Olivença	76
2.3. O acolhimento da demanda Tupinambá: enxergando a estrutura disponível para a atenção à saúde mental indígena	90
2.3.1. Notas sobre uma reunião entre membros do SasiSUS e do SUS	93
2.4. Saúde mental, povos indígenas e políticas de saúde: buscando articulações analíticas	96
<b>CAPÍTULO 3 – DA CASA AO HOSPITAL: NARRATIVAS DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS</b>	106
3.1. A história com (de) Elza	107

3.2. A história com (de) Lúcia	116
3.3. Sobre o encontro com Nena	125
3.4. Hospital, cuidado e os Tupinambá: tecendo sentidos	130
<b>CAPÍTULO 4 – PANDEMIA, DEMOCRACIA E AGENCIAMENTOS INDÍGENAS: APRENDIZAGENS JUNTO AOS TUPINAMBÁ</b>	144
4.1. A chegada da pandemia de Covid-19 a Ilhéus	143
4.2. Ações dos indígenas e do polo base diante da Covid-19	148
4.3. Políticas públicas, agenciamentos e subjetividade: aprendizagens com os Tupinambá	153
4.4. Protagonismo indígena, participação social, democracia: pensando em contribuições do exemplo indígena para a Reforma Sanitária	159
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	167
<b>REFERÊNCIAS</b>	172

## INTRODUÇÃO

Esta tese aborda as experiências e as trajetórias de indígenas Tupinambá de Olivença, na Bahia, no acesso à saúde, sobretudo junto aos serviços de atenção secundária e terciária<sup>1</sup>. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esses serviços envolvem atendimentos em saúde que requerem certa densidade tecnológica, incluindo profissionais especializados e/ou a utilização de recursos tecnológicos de apoio a diagnóstico e tratamento. Compreendem, portanto, os serviços de caráter ambulatorial e os que envolvem internação, tais como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), clínicas, laboratórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, maternidades e serviços que realizam procedimentos de diálise e quimioterapia. O acesso de povos indígenas a esses serviços é previsto no funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) que garante, ao mesmo tempo, a oferta da atenção básica aos povos indígenas nas aldeias e a atenção à saúde das situações que ultrapassam a capacidade resolutiva nesta instância, na rede de serviços do SUS. Assim, a etnografia apresentada nesse trabalho lança luz sobre essa interface entre Sasi-SUS e SUS, ou seja, entre atenção primária e atenção secundária e terciária. Tomando como fio condutor experiências e itinerários indígenas na busca por atendimentos em saúde que ultrapassam a assistência disponibilizada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), analiso as relações que os indígenas estabelecem com os serviços de saúde e os manejos que eles empreendem ao acessá-los. Meu argumento é que essas experiências informam tanto sobre a construção de sujeitos detentores de direito quanto sobre as práticas de resistência que empreendem frente aos diferentes modos de poder presentes nas políticas públicas, em especial as de saúde.

O povo Tupinambá de Olivença constitui a segunda etnia mais numerosa no estado da Bahia, tendo passado por um processo de reafirmação da identidade étnica a partir de 2002, ano em que o Estado brasileiro passou a reconhecer oficialmente sua existência. Embora o último

---

<sup>1</sup> Em diversos documentos institucionais do Ministério da Saúde, os serviços que integram os níveis de atenção secundária e terciária são nomeados de ‘serviços de média e alta complexidade’. Mas há um debate no campo da Saúde Coletiva que alerta para certa mensagem imprecisa que esse emprego pode veicular: a ‘complexidade’ dos procedimentos e do trabalho desenvolvido na atenção primária (pilar do SUS e responsável pela resolução de mais de 85% das situações clínicas apresentadas), seria esvaziada em detrimento da ‘complexidade’ dos procedimentos e ações da atenção secundária e terciária (onde o próprio Sistema ainda conta com parcerias com redes privadas de serviços). Atenta a esse debate e por entender que as soluções para a melhoria do SUS envolvem o fortalecimento da atenção primária e a defesa de um sistema universal e gratuito, ao longo desse trabalho prefiro me referir a níveis de atenção e não a níveis de complexidade.

senso realizado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) tenha apontado a existência de aproximadamente 4 mil indígenas (BRASIL, 2012), dados levantados junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA) indicam que eles somam mais de 7 mil. Habitam o baixo relevo da costa da Bahia, de 15 quilômetros ao sul da cidade de Ilhéus, até uma topografia montanhosa das serras do Padeiro e Trempe, perfazendo cerca de 47 mil hectares do corredor da Mata Atlântica do estado espalhado nos municípios de Ilhéus, Una e Buerarema.

Como tantos outros Indígenas do Leste e do nordeste brasileiros, esse povo já ocupava suas terras no final do século XIX, quando se declarou a extinção dos aldeamentos indígenas na região (PARAÍSO, 1998). A relação dos Tupinambás com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e com outras instâncias relacionadas à identificação de terra indígena foi tardia se comparada com a de outros indígenas na Bahia. Apenas em novembro de 2001 a situação de identificação se consolidou, por meio de um levantamento sobre a demanda fundiária no estado, realizado pela FUNAI. Em 2009, concluiu-se a primeira etapa de identificação e delimitação de seu território e sete anos depois o Superior Tribunal de Justiça derrubou os últimos impedimentos jurídicos para a publicação da Portaria Declaratória. No entanto, o processo foi devolvido ao órgão indigenista em 2019 e a demarcação não aconteceu. A pesquisa realizada junto aos Tupinambá mostrou o quanto a questão do reconhecimento étnico desse povo indígena pelo Estado (e seus serviços e políticas públicas em vigor) ainda carece de resolução, sobretudo nas práticas cotidianas, e, especificamente para esta tese, nas situações que envolvem atendimentos nos serviços de atenção secundária e terciária à saúde, não especificamente ligados aos distritos sanitários indígenas.

Desde que os Tupinambá se lançaram no movimento indígena de maneira mais articulada a partir da década de 1990, seu território tem sido palco de uma série de conflitos fundiários com produtores rurais e corporações turísticas, característicos do cenário indigenista sul baiano. As tentativas de mortificação que têm sido dirigidas a esses indígenas, além de remontarem à chegada dos colonizadores portugueses à costa brasileira, tem se refinado e se multiplicado com os efeitos da empreitada neoliberal. Elas incluem a criminalização das práticas e ações empreendidas pelos indígenas como formas de defesa de seu território ancestral, assassinatos e tentativas de assassinato de lideranças, manobras executadas por corporações para retardar a demarcação de seu território e a vulnerabilização de seu modo de

vida desencadeada pela presença de não indígenas em suas terras. Um dos efeitos mais recentes desse processo tem sido o crescimento de demandas por atendimento em saúde relacionados a quadros como tentativas de suicídio, suicídio e ‘depressão’.

Minha aproximação com os Tupinambá se deu em um contexto particular: enquanto acompanhava graduandos em enfermagem em aulas práticas no maior hospital público de Ilhéus. Ao longo de cinco anos, deparei-me com vários indígenas em tratamento hospitalar e percebi o movimento intenso de profissionais atuantes na ‘Saúde Indígena’ para viabilizar e acompanhar os atendimentos dos indígenas. Durante esse tempo, como moradora de Ilhéus, também pude perceber que na região há uma intensa produção discursiva que contesta a legitimidade dos Tupinambá e de sua luta. Passei a me perguntar de que modo os sujeitos que se encontravam atuando nos serviços de saúde eram interpelados por esses discursos e de que maneira isso podia afetar as vivências dos indígenas que acessavam esses serviços. Essas experiências me instigaram a conhecer o funcionamento dessa interface entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde, bem como as vivências dos Tupinambá, enquanto detentores de ‘direito à saúde’, quando acessam esses serviços de atenção secundária e terciária (CAPS, UPAs, hospitais, maternidades) originalmente pensados para não indígenas.

Com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) em 1999, a assistência à saúde dos povos originários passou a ser praticada como um conjunto de ações permanentes, à semelhança do que era ofertado no Sistema Único de Saúde. A similaridade entre SUS e SasiSUS, no entanto, não se limita apenas ao caráter continuado dos serviços, já que ambos são desdobramentos de como se passou a conceber saúde e direito social a partir da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988. Princípios e diretrizes do SUS que envolvem descentralização, integralidade e universalidade da assistência também habitam o desenho pensado para o SasiSUS.

Foi nesse sentido que a distritalização foi escolhida como a principal estratégia para operacionalizar o Subsistema. Nesse modelo de organização, os DSEI são as instâncias responsáveis pela sistematização da assistência à saúde indígena, e costumeiramente localizam-se em capitais, nem sempre próximo das áreas habitadas por indígenas. Cada DSEI tem unidades menores vinculadas a eles, os polos bases, que funcionam como unidades de apoio para o trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O trabalho dessas equipes é norteado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI),

aprovada em 2002 e que anuncia a implantação de um “modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde.” (BRASIL, 2002). Além das ações programáticas que compõem a atenção básica (primária) em saúde – como consultas, vacinação e atividades de educação em saúde – as equipes são responsáveis pelo encaminhamento das demandas de saúde apresentadas pela população cuja resolutividade escapa à estrutura de atendimento disponível nas localidades, utilizando para isso a rede de serviços que integram o SUS.

A rigor, o processo de distritalização da saúde indígena foi marcado pela irrupção de conflitos entre conceitos norteadores como a territorialização, a lógica de financiamento dos serviços de saúde e as discontinuidades no funcionamento dos serviços de saúde, fenômenos esses consideravelmente mapeados pela antropologia<sup>2</sup>. Outras autoras<sup>3</sup> têm se debruçado sobre a operacionalização da PNASPI, e problematizado a noção de atenção diferenciada a partir de estudos etnográficos. No entanto, ainda são esparsas as etnografias que se ocupam em discutir a relação entre o subsistema de saúde indígena e suas interfaces com o SUS, sobretudo as experiências indígenas no acesso aos serviços de atenção secundária e terciária<sup>4</sup>. Essa tese busca atender parte dessa lacuna.

## **Do surgimento de uma proposta de estudo junto aos Tupinambá de Olivença**

---

<sup>2</sup> Ver Langdon (2007), Cruz (2008), Garnelo; Sampaio (2005), Diehl et al (2012), Ferreira (2013); Langdon; Diehl; Scopel (2014); Garnelo (2014).

<sup>3</sup> As teses de Ana Lúcia Pontes (2003), Cristina Dias da Silva (2010), Raquel Scopel (2014) e Sara Emanuela Mota (2017) são alguns exemplos.

<sup>4</sup> Encontrei poucas produções antropológicas tematizando as experiências de indígenas nos serviços de atenção secundária e terciária e a maioria deles foi construído a partir de percursos etnográficos junto às CASAI. A tese de Juliana Rosalen (2017) junto aos Wajãpi aborda vivências desse povo nessas instituições e problematiza descompassos entre a maneira de sistematizar atenção à saúde dos profissionais que atendem aos indígenas e as vivências dos Wajãpi em seus itinerários terapêuticos. O artigo de Silvia Guimarães (2017) possibilita reflexões potentes a respeito dos manejos empreendidos por mulheres Xavante diante do biopoder que estrutura as CASAI, ao mesmo tempo em que observa a discontinuidade da assistência em saúde entre os serviços de média/alta complexidade e de atenção básica nas aldeias. O trabalho de Valéria Macedo (2021) problematiza o papel das CASAI como mediadora entre os polo base e os hospitais e oferece uma reflexão instigante sobre as redes de produção de cuidado disponibilizadas aos povos indígenas. Já na dissertação de Graziela Turdera (2016) encontrei descrições sobre as vivências do povo Kaiowa e Guarani em hospitais da cidade de Dourados e as diversas estratégias acionadas por esses sujeitos para produzir resistências. Procuro dialogar com essas contribuições ao longo da tese.

Minha aproximação com o povo Tupinambá de Olivença tem sido gradativa. O primeiro contato que estabeleci se deu em contexto hospitalar. Como professora da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), ministrei a disciplina Prática de Enfermagem em Clínica Médica, o que me oportuniza estar com alunos em hospitais da cidade de Ilhéus ao longo do ano inteiro. Entre 2012 e 2016, eu realizava essas atividades no Hospital Regional Luiz Viana Filho com alunos da graduação em enfermagem, quando me deparei com alguns indígenas internados para tratamento. Chamou-me atenção o fato de que esses indígenas não verbalizavam serem indígenas durante a realização da história clínica com os alunos, mas ressaltavam as localidades onde moravam. Era comum que a primeira coisa que diziam sobre si fosse “Sou do Acuípe”, ou “Vim da Sapucaeira”, localidades de aldeias Tupinambá. Ao mesmo tempo percebia visitas periódicas de funcionários do DSEI no hospital, intermediando questões de ordem burocrática das internações e buscando obter detalhamentos sobre a condição de saúde daqueles que estavam em tratamento.

Além disso, era evidente a surpresa dos alunos ao se depararem com o registro da etnia indígena nos prontuários. O motivo da surpresa residia não apenas em estarem diante de algo proporcionalmente menos comum durante suas vivências nos serviços de saúde, mas também nos indígenas que encontravam: “mas ele disse que trabalhava na roça, professora, e quando eu levantei a história clínica e fiz a anamnese não parecia que ele era índio”, ou, “índio?! não dava pra imaginar!”. Situações como esta fomentaram em mim uma série de questionamentos sobre as experiências dos indígenas em serviços de saúde desenhados para não indígenas e sobre os encontros que se dão nas trajetórias que eles empreendem<sup>5</sup>.

A rigor, o atendimento dos indígenas nesses serviços implica em pensarmos nas relações, negociações e manejos empreendidos por diversos sujeitos. Além dos indígenas (os que recebem atendimento em saúde, as lideranças que integram a equipe multidisciplinar de saúde indígena e as que não integram mas que por serem lideranças participam de alguma maneira das situações que envolvem atenção à saúde) encontram-se em torno desses atendimentos outros sujeitos que desempenham funções administrativas e técnicas (como os

---

<sup>5</sup> Instigada por essas questões, estruturei um projeto de pesquisa intitulado "Saúde, doença e itinerários terapêuticos: conhecendo os Tupinambá de Olivença". A investigação se deteve sobre as práticas dos indígenas para cuidar de si, e permitiu conhecer a dinâmica da procura pelos atendimentos prestados pelas equipes de saúde nas aldeias. As situações acompanhadas ao longo dos dois anos desse projeto mobilizaram-me a pensar sobre o funcionamento do Subsistema de Saúde Indígena – SASI e a conhecer as vivências dos indígenas enquanto detentores de ‘direito à saúde’ quando precisam de atendimento fora das aldeias.

profissionais de saúde) obedecendo a lógicas institucionais particulares, (as instituições ‘a serviço dos indígenas’ e as que integram o SUS).

A assistência à saúde indígena passou a ser considerada como um conjunto de ações de caráter continuado apenas em 1999, com a criação do SasiSUS por meio da Lei Nº 9.836. Nesse modelo, a assistência à saúde é viabilizada por Equipes Multidisciplinares em Saúde, que prestam atendimento nas localidades. Para realização de procedimentos, consultas, exames e outras ações que escapem à resolutividade dessas equipes responsáveis pela atenção básica em saúde, os indígenas são encaminhados aos serviços que compõem o SUS.

O modelo de assistência previsto para os indígenas foi concebido para operar dentro do SUS e, portanto, seguindo uma série de princípios, diretrizes, lógicas de funcionamento que encerram certas concepções sobre saúde, doença, direito social. A ideia era oferecer serviços de saúde em uma estrutura separada (e cuja organização e funcionamento particular, pudessem articular práticas tradicionais em comunidades), mas que fosse parte integrante do SUS. Langdon e Diehl (2015) lembram que, no intuito de garantir direito à saúde frente à diversidade cultural indígena, o subsistema foi concebido sobre a insígnia da ‘atenção diferenciada’, elemento esse que passou a compor um princípio do Subsistema.

A composição do SUS já carrega em si tensões que repercutem em descompassos no cotidiano dos serviços entre aquilo a que se propõem (oferecer assistência à saúde consoante o ideal democrático inaugurado pela Constituição Federal de 1988) e as demandas por cuidado à saúde das pessoas que o acessam. A transposição dessa composição para o SasiSUS agrega à ideia de uma saúde indígena, ‘paradoxos’ que já compõem o SUS. No que diz respeito à participação social, por exemplo, a partir da criação do SasiSUS diferentes espaços de participação foram criados para organizações e comunidades indígenas, mas a institucionalização desses espaços, embora pautada em pressupostos democráticos, difere dos modos de organização indígena (GARNELO e SAMPAIO, 2003; CRUZ, 2008). Sobre essa questão, Langdon e Diehl (2015, p.218) consideram que “ainda não está claro qual é a dimensão do exercício pleno e autônomo dos povos indígenas na garantia de seus direitos, particularmente no nível local onde as comunidades devem contribuir ativamente para o planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde.”

Ao nos debruçarmos sobre essa faceta do Subsistema indígena – a busca por assistência em ambulatórios especiais, serviços de diagnósticos e terapia e hospitais – essas

relações entre tensões estruturantes do SUS e seu impacto sobre o SasiSUS e sobre a saúde indígena – ficam mais evidentes. Ainda que o Subsistema partilhe os mesmos elementos doutrinários norteadores do Sistema, há particularidades em seu funcionamento. Quando um indígena demanda atendimento em um serviço de saúde diferentes atores são acionados, ocorre a mobilização de vários funcionários do polo base junto a funcionários dos serviços de saúde da rede que integra o SUS para viabilizar o atendimento. Se o atendimento é de longa duração (como no caso de internações hospitalares por motivos clínicos ou cirúrgicos) essa mobilização é continuada, pois requer um contato prolongado viabilizando os atendimentos, encontrando os lugares onde eles podem ocorrer e visitando/entrando em contato com os indígenas internados, apoiando no que é possível). As experiências dos indígenas que recebem atendimento nos serviços do SUS é, em alguma medida, atravessada pelo encontro desses diferentes agentes sociais e pelos manejos que empreendem.

Antes de ingressar no doutorado eu já havia explicitado a algumas lideranças o tema que desejava abordar na tese. Expliquei que desejava conhecer as experiências que os indígenas viviam quando precisavam acessar serviços de saúde da rede dos municípios (de Ilhéus e outros para os quais os atendimentos eram encaminhados) e interagir com profissionais, que não compunham as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. A ideia foi recebida com interesse, pois oportunizava detalhar e compilar informações sobre “o que precisava melhorar na saúde”. Já cursando o doutorado, estive em Ilhéus duas vezes antes de voltar a residir na cidade para iniciar a pesquisa de campo. Em janeiro de 2018, além de me reunir com o cacique presidente do Conselho<sup>6</sup>, estabeleci contato com o polo base de Ilhéus, com o DSEI-Bahia, e com a Secretaria de Saúde do município<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Refiro-me ao Conselho Local de Saúde Indígena do povo Tupinambá e Pataxó Hã Hã Hãe do polo base de Ilhéus. Esse é o único conselho local de saúde entre os Tupinambá de que tive conhecimento durante a pesquisa de campo. A maioria dos representantes Tupinambá que o integram são atuantes na saúde exercendo funções como agente de saúde indígena e cargos técnico-administrativos no polo-base. Pelo que percebi ao longo de meu contato, entre os Tupinambá as funções de representação entre os conselhos locais de saúde e educação não costumam se sobrepor, ou seja, não é uma prática eleger o mesmo indígena para atuar nos dois espaços de representação. Ainda que isso ocorra, há uma preferência por dividir as atribuições de representação, segundo me apontaram alguns conselheiros.

<sup>7</sup> Como a proposta era acompanhar os indígenas que estivessem em atendimento à saúde na rede do SUS, procurei me aproximar também das instâncias envolvidas nos atendimentos; ao DSEI cabia a coordenação/encaminhamentos das ações de média e alta complexidade juntamente com o polo base, e à secretaria de saúde do município a responsabilidade pelos serviços em que se realizavam a maior parte dos atendimentos dos Tupinambá. O desenlace dessas aproximações foi fundamental para que eu traçasse ajustes na proposta de pesquisa.

Dos indígenas com quem conversei, ouvi que era importante uma investigação dessa natureza, mas o cacique presidente do referido conselho pediu que eu encaminhasse uma carta detalhando meu interesse, para que todos os caciques a apreciassem e tecessem suas considerações sobre a proposta. Ele ressaltou também que seria importante que eu deixasse a FUNAI ciente de minha intenção. Também em Ilhéus, o contato com o polo base foi marcado pela receptividade da equipe, desde os responsáveis pela administração aos integrantes das equipes de saúde. Na conversa com eles consegui perceber que uma parte expressiva dos tratamentos que à época eram realizados pelos indígenas se concentrava em Ilhéus, o que reforçou em mim a necessidade do contato com a equipe da Secretaria de Saúde do Município.

Já a aproximação com o DSEI nesse momento, foi marcada pela evitação. A responsável pelo órgão, sequer me atendeu por telefone, argumentando que eu deveria tratar com o polo base, mesmo depois de eu explicar que pela natureza da pesquisa, eventualmente seria necessário entrar em contato com o setor do Distrito responsável pela ‘coordenação’ dos tratamentos realizados na rede de serviços do SUS. Depois de alguma insistência, consegui contato telefônico com uma enfermeira do Distrito que atuava na ‘gestão’ desses atendimentos e que se dispôs a, depois de ler o projeto de pesquisa, interceder junto a sua superior solicitando que ela autorizasse o estudo<sup>8</sup>.

Na Secretaria de Saúde Municipal, fui recebida pela coordenadora do Setor de Alta e Média e Complexidade. Ela me explicou que mesmo com a autorização dela, ou do Secretário, seria necessário conseguir autorização dos responsáveis técnicos dos serviços que são terceirizados – como é o caso das clínicas que prestam serviços em hemodiálise e oncologia. É válido ponderar que eu conhecia a coordenadora, já que, como professora da Universidade, já realizara visitas técnicas com discentes à Secretaria. Seria lógico cogitar que, por estar em diálogo com uma pesquisadora que também é professora da universidade estadual da cidade, a coordenadora demonstrava uma espécie de ‘excesso de atenção aos procedimentos legais’ que envolvem a autorização para que uma pesquisa aconteça. Mas o argumento dela sugere outro entendimento. Ela apontou que, como existiam contratos de prestação de serviços, o responsável imediato pela administração da instituição deixava de ser a Secretaria de Saúde.

---

<sup>8</sup> Eu ainda não tinha um projeto finalizado e desejava um contato com o DSEI exatamente para conhecer alguns detalhes do funcionamento que seriam necessários para desenhar a proposta de estudo.

O desenlace dessas aproximações me deixou com a impressão de que a saúde indígena tinha ‘muitos donos’, muitas instâncias cujo aval era necessário para praticar a pesquisa<sup>9</sup>. E considerando isso, pareceu-me prudente torcer um pouco o enfoque do estudo, ou melhor, no caminho percorrido para praticar a pesquisa. Escolhi centrar meu olhar na relação com os indígenas, e não nos atendimentos, para abordar os encontros que se dão nas trajetórias dos Tupinambá pelos serviços de saúde. Há assim um primeiro deslocamento em relação à proposta inicial de abordar os serviços para uma abordagem da relação dos indígenas com esses serviços e dos itinerários indígenas nessa busca por atendimento em saúde.

Assim, quando voltei a Ilhéus em janeiro de 2019 para apresentar a versão final do projeto de pesquisa às lideranças, a proposta era conhecer os itinerários terapêuticos empreendidos pelos indígenas em atendimentos nos serviços de atenção secundária e terciária. Expliquei para as lideranças que desejava saber o que os indígenas vivenciavam quando precisavam de atendimento fora da aldeia, as facilidades e dificuldades. Nas conversas que tive com lideranças e outros indígenas, ficou claro o apreço pelo trabalho desempenhado pelo polo base<sup>10</sup>. Ressaltavam que a equipe encaminhava os atendimentos, mas que alguns procedimentos demoravam para acontecer, ou não aconteciam, por falta de vaga.

Nesse retorno, pedi que o polo base me informasse sobre a quantidade de pessoas que estavam em tratamento mais demorado. Pela própria demanda que apresentei, percebi que a equipe registrava dados para o DSEI, mas não para si, ou seja, construíam planilhas que eram periodicamente enviadas ao Distrito e esse envio parecia ser mais importante do que manter esses dados no âmbito do polo, possibilitando que esse fosse consultado em situações como aquela que eu, enquanto pesquisadora, precipitava. A funcionária responsável pela sistematização desses dados me explicou que havia uma planilha que continha todos os números, mas que não era possível acessar porque o computador estava com problema. Expliquei para os coordenadores do polo e para o cacique presidente do Conselho, que seria importante para a pesquisa buscar condensar as informações. Fui então autorizada a, com a ajuda da referida funcionária, contabilizar os atendimentos. Ela manipulava as fichas dos

---

<sup>9</sup> A situação me remeteu à descrição que Alcida Ramos (1990a) faz das pesquisas etnológicas de campo no Brasil, caracterizadas por um ritmo descontínuo, visitas mais ou menos longas durante um longo intervalo de tempo, dinâmica essa, em grande parte, produzida pelas diversas instâncias do Estado que precisam ser acionadas para praticar os estudos.

<sup>10</sup> Os polos bases são subdivisões territoriais dos DSEI, que servem como base para as EMSI organizarem a atenção à saúde oferecida a uma população indígena.

pacientes e eu as registrava em uma planilha, buscando informar o tipo de tratamento (se clínico, cirúrgico, se acompanhado de alguma condição crônica em saúde), a localidade e a idade do indígena, o gênero e a data de início do tratamento.

Terminei de fazer essa estimativa breve um dia antes de apresentar a proposta do projeto para as lideranças indígenas em uma reunião ordinária do Conselho. O encontro ocorreu no prédio da FUNAI e contou também com a participação de membros do órgão indigenista. Ao expor a ideia do projeto, ouvi dos indígenas que era relevante, mas fui lembrada também daquilo que a proposta não alcançava. Um cacique, por exemplo, me apontou que também seria importante fazer um estudo<sup>11</sup> sobre as práticas indígenas em saúde “é importante também um estudo sobre aquilo que é nosso.”, comentou. Argumentei que uma vez que a proposta era conhecer os itinerários terapêuticos, eu poderia tematizar essas práticas na medida em que acompanhasse as histórias dos indígenas que eu conheceria. Várias lideranças perguntaram o que o estudo podia oferecer ao povo Tupinambá. Explicaram que, para além de ser interessante que pesquisadores estivessem tematizando o povo, ‘a luta deles era grande’ e procuravam parceiros que pudessem com seu trabalho ajudá-los: “Muitos vêm para fazer seu estudo, vêm e vão. A gente precisa saber o que fica pra gente e com a gente.”.

As falas corroboraram o que eu já tinha ouvido do presidente do Conselho. Expliquei que o desenvolvimento da pesquisa podia ajudar a entender melhor a demanda dos Tupinambá por atendimentos nos serviços de atenção secundária e terciária, a compreender quais medidas de promoção de saúde eram mais urgentes, a procurar relações entre os tipos de adoecimento, localidades, ocupações e práticas dos indígenas e que isso poderia ajudar as lideranças a se planejar, a tomar decisões sobre as pautas envolvendo a saúde indígena. Para ilustrar meu argumento comentei que me chamou atenção a quantidade de atendimentos por algum problema de ordem neurológica dentro do universo de casos que demandavam tratamento especializado prolongado, dado este que eu conseguira extrair a partir da estimativa que realizara no polo no dia anterior à reunião. Ademais, expus que poderia disponibilizar o que conseguisse alcançar na pesquisa em uma forma que eles desejassem, para que as pessoas que participassem da pesquisa pudessem visualizar o efeito de sua colaboração e citei que um encarte ou livro com as vivências poderia ser confeccionado. Novas intervenções das lideranças voltaram a pontuar

---

<sup>11</sup> O projeto que eu desenvolvi anteriormente em que abordava esse tema se limitou a duas aldeias.

que, embora relevante, contribuições como encartes e livros teriam um alcance limitado. Seguiram-se colocações mencionando que era desejado algo que fosse continuado, como eventos que publicizassem as experiências e conhecimentos indígenas, dentro e fora das aldeias.

É importante destacar que a demanda dos indígenas não foi apenas por uma devolutiva dos resultados da pesquisa, ou por uma contrapartida. Para além disso, eles questionaram sobre o efeito do estudo para a comunidade, para as pautas que as lideranças representavam e, ao mesmo tempo, apontaram para que tipo de relação não estavam dispostos. Quando os caciques sinalizaram que “muitos vêm e vão”, “tem uns que parece que acham que a gente é escada”, não estavam apenas apontando um tipo de relação que não interessava a eles com a pesquisadora, mas também sinalizavam qual modalidade de relação eles procuravam: uma que fosse continuada. Entendo que esse modo de se relacionar que comunicaram não é uma qualidade (atributo, característica) exclusiva das lideranças, tampouco diz respeito a certo ‘tom’ que assumem em contextos de negociação como esse aqui narrado. Penso que se trata de uma das coisas que caracteriza os Tupinambá de Olivença. ‘Estar junto’ não é só importante, caracteriza uma forma de existir, sua forma de existir. É algo que é demandado e oferecido, ainda que entre esses dois feixes, haja variações<sup>12</sup>.

Voltando à reunião, minha fala foi seguida pela do cacique vice-presidente do Conselho e que atua no polo base integrando a equipe administrativa. Ele destacou ser necessário dispor dos dados em síntese já que, pelo próprio desenho do DSEI, as informações eram repassadas periodicamente para Salvador e que as lideranças não tinham acesso a um dado próprio, *in loco*. Ele mencionou que eu já tinha iniciado a ajuda: havia entregado à funcionária do polo e ao coordenador da enfermagem uma planilha com as informações sobre os tratamentos que estavam em curso em janeiro de 2019. As lideranças concordaram com essa ideia, de maneira que não apenas os caciques, mas também outras lideranças que estavam presentes assinaram o termo de consentimento para a realização da pesquisa que eu solicitei. Combinei que estaria de volta a Ilhéus em julho do 2019, para que pudesse de fato iniciar os trabalhos.

## **Percursos da pesquisa de campo**

---

<sup>12</sup> Tratarei desse modo de relação Tupinambá no Capítulo 2.

Mesmo depois dessa pactuação quanto à proposta da pesquisa, quando retornei à Ilhéus para iniciar formalmente a pesquisa de campo, uma nova demanda da parte dos indígenas se apresentou. Dirigi-me primeiramente ao polo base, a fim de encontrar os caciques que estão à frente do Conselho. Tínhamos combinado que quando retornasse entraria em contato antes de entrar nas áreas, pois eles comunicariam aos demais caciques sobre o início de meu trabalho. Embora cada cacique seja responsável por aquilo que diz respeito à localidade (ou localidades<sup>13</sup> que representam), explicaram que como eu iniciara o contato com os representantes do Conselho, deveria completar essa etapa que antecedia as idas às comunidades também junto a eles. Passaram-se duas semanas até que o encontro se realizasse, pois imprevistos e diferentes compromissos das duas lideranças impossibilitaram o encontro imediato. Quando conseguimos conversar, eles sugeriram que eu começasse a pesquisa procurando ajudar a entender melhor os “problemas da parte de saúde mental” que estavam se mostrando mais fortemente em várias aldeias. “É o problema da depressão, tentativa de suicídio, alcoolismo, violência. E a gente tem se preocupado com os jovens. A equipe da SESAI fez umas atividades em algumas aldeias há um tempo, mas precisamos fazer alguma coisa de novo.”. Propuseram que eu começasse pelas aldeias em que esses problemas estavam mais “fortes” e listaram sete localidades que deveriam ser meu foco. Disseram que eu deveria entrar em contato com os AIS das localidades para que eles me recebessem e me mostrassem as áreas, e que eu poderia contar com a ajuda dos carros que conduzem as equipes de saúde para que conseguissem chegar aos locais cujo acesso é mais difícil:

O território é grande. Você começa por essas e vai demorar, porque nem sempre tem carro rodando, nem tem espaço no carro. Mas aí na medida que você for visitando, você já vai também conhecendo as pessoas para tocar sua pesquisa também. Mas primeiro você se concentra nisso. (Sérgio<sup>14</sup>)

Merece destaque nessa instrução a ênfase que fizeram ao apontar a sequência de ações em que deveria me conduzir em campo: primeiro isso, depois aquilo. Ela aponta antes para um caminho, sobre o tempo de cada coisa, do que para uma espécie de condição que eu devia obedecer para realizar a pesquisa. Isso foi se revelando quando os próprios caciques foram me

---

<sup>13</sup>São 13 os caciques Tupinambá que representam indígenas que habitam 41 localidades. Apresentarei mais detalhadamente essas informações no Capítulo 1.

<sup>14</sup> Para fins de respeito à identidade de meus (minhas) interlocutores (interlocutoras) aqui e nas demais passagens da tese em que trago depoimentos adotarei nomes fictícios.

convidando para participar de outros eventos nas aldeias. Não é que eu só poderia buscar conhecer as pessoas em atendimento quando atendesse à demanda que me apresentaram, mas sim que esse era o caminho para que os encontros que eu buscava ocorressem. Foi um tipo de orientação dos próprios indígenas sobre como fazer a pesquisa. Esse entendimento emergiu na medida em que fui suspendendo a urgência que eu carregava por certas interações – urgência essa provocada pela necessidade de atender o cronograma acadêmico da pesquisa – e passei a estar nas relações assumindo as experiências que me eram oferecidas. Essa maneira diferente de ‘estar’, no entanto, não foi acionada por mim como uma tática para praticar a pesquisa, embora tenha sido um caminho. Foi antes uma aprendizagem do deixar fluir o curso que constitui os encontros entre seres em que a vida habita. Uma das aprendizagens com (e sobre) os Tupinambá.

Importa dizer que esse processo de revelação foi algo tortuoso para mim. O que fui vivendo ao longo dos primeiros meses da aproximação com meus interlocutores com vistas ao desenvolvimento da pesquisa foi certa apreensão. Eu me via participando de eventos nas aldeias, de reuniões entre membros das equipes de saúde, realizando visitas em algumas localidades e tinha a impressão de que isso era algo mais intenso em meu campo do que o que eu tinha desenhado como objeto de pesquisa. Sentia que não conseguia construir relações profícuas com as pessoas que tivessem vivências nos serviços de saúde e que quisessem partilhá-las comigo. Contribuía fortemente para essa sensação a temporalidade dos acontecimentos. Por várias vezes, visitas às localidades precisaram ser canceladas por imprevistos envolvendo os carros ou até mesmo a demanda de trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde e dos outros membros da equipe de saúde.

Para o deslocamento até as aldeias, comecei utilizando carro próprio naquelas em que era possível o acesso por meio de veículos comuns. Um problema mecânico no carro só me permitiu me valer dessa estratégia de locomoção por dois meses e, a partir de então, passei a depender inteiramente dos ônibus e de eventuais caronas com os carros utilizados pelo polo base. Isso me permitiu vivenciar a partir de outro sítio, certas nuances que permeiam o cotidiano da relação dos Tupinambá com a cidade: as longas esperas por ônibus lotados, os atrasos de horários combinados, o adiamento de atividades anteriormente agendadas. Essas vivências contribuíram para ajustar minha temporalidade com a dos meus interlocutores, ao mesmo tempo em que permitiram que eu entendesse a menção que ouvi dos indígenas, em diferentes

momentos do campo, em relação à necessidade de ‘melhorias’ quando comentavam sobre a relação do poder público com as comunidades indígenas.

Ademais, vale ponderar que contribuiu para essa dinâmica de encontros minha condição de pessoa que mora na cidade de Ilhéus e que optou por não mudar para Olivença e assim ficar mais próxima das aldeias. Essa escolha foi pautada não apenas porque ela me eximiria de tecer novos arranjos no dia a dia de uma família composta por uma criança de oito anos, um felino e eu. Entendi que era uma escolha honesta, compatível com a relação que eu venho construindo com os Tupinambá e com a equipe que trabalha do polo base há alguns anos: sou uma das pessoas que mora na cidade e que estabelece relações de parceria com os indígenas.

Se me detenho nesses aspectos é porque entendo que eles comunicam sobre as especificidades do fazer pesquisa de campo conforme as circunstâncias do contemporâneo. Nesse contexto, lida-se não apenas com condicionantes diversos, mas também se depara com a necessidade de torcer o significado atribuído ao campo e modificar a relação construída pelas(os) antropólogas(os) com esse elemento do fazer antropológico estabelecido pelos métodos clássicos da antropologia. Gupta e Ferguson (1997) já discorreram sobre a necessidade de se pensar um campo reinventado conforme as circunstâncias do contemporâneo, de descentrar a ideia do campo como algo com limites bem definidos tal como comunicado pelo argumento de Geertz (1989) na década de 1970. Os autores propõem que o campo seja pensando como algo que tem mais a ver com um posicionamento, com assumir lugares de interlocução que não são tácitos. Os processos aqui descritos dizem respeito exatamente à emergência dessa compreensão.

A pesquisa de campo iniciou em julho de 2019 e perdurou com encontros presenciais até março de 2020, quando esses encontros precisaram ser interrompidos devido às medidas de isolamento social necessárias ao enfrentamento da pandemia da Covid-19. Durante esse período de pesquisa de campo presencial, visitei várias localidades tupinambá, em diferentes situações. A convite de lideranças participei de diversos eventos: assembleias, seminário entre jovens e anciões organizados pelos indígenas, jornada que marcou a participação dos Tupinambá na 6ª Jornada Agroecológica da Bahia<sup>15</sup>, lançamento de projetos construídos em parceria com

---

<sup>15</sup> Trata-se de um evento realizado pela Teia dos povos, movimento agroecológico que congrega diferentes movimentos sociais e comunidades como marisqueiros, pescadores, quilombolas, indígenas, pequenos agricultores, pessoas sem-terra e sem-teto entre outras. O movimento atua como “promotor de mudanças para

Organizações não Governamentais (ONGs). Ademais, visitei as aldeias acompanhada por Agentes Indígenas de Saúde ou por outros membros da equipe de saúde, para levantar informações e atender à demanda apresentada pelas lideranças. Com o tempo, minhas idas às localidades passaram a ter um caráter mais sutil: passaram a ser visitas combinadas entre pessoas que se conhecem. A construção dessas relações possibilitou também que eu acompanhasse indígenas que vivenciaram internações hospitalares durante a pesquisa e que circularam entre instâncias como ambulatórios, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), FUNAI e polo base, com vistas a viabilizar alguns atendimentos<sup>16</sup>.

Durante a pandemia, continuei mantendo contato periódico com vários interlocutores (indígenas e membros da equipe de saúde) por meio de telefone (mensagens de texto, áudios e ligações) e assistindo a várias *lives* realizadas pelos indígenas. Quanto ao registro de informações obtidas na pesquisa, recorri às anotações de diário de campo construídas ao longo de todas essas situações, a poucas gravações de algumas falas em eventos e áudios trocados por telefone. A entrevista gravada não se mostrou viável por diversos motivos: alguns encontros que eu tive eram muito demorados, outros encontros se davam em torno da companhia do momento, de uma conversa. Quando tentei inserir a gravação nessas situações, por exemplo, percebi que ela instalava uma tensão que não permitia fluidez para a interação.

Assim como relata Claudia Fonseca (2017) sobre suas experiências etnográficas em um hospital-colônia, o lugar de interlocução que experienciei durante a pesquisa não foi estável, mas sim constantemente redefinido nas interações. A peculiaridade de minha formação possibilitou que esse posicionamento fosse redistribuído em sítios diversos: ora como enfermeira, ora como professora da UESC, ora como antropóloga e pesquisadora<sup>17</sup>. Isso me possibilitou vivenciar situações diferentes ao longo da pesquisa, tanto porque me permitiu participar de momentos que não estariam disponíveis para qualquer pesquisadora, como porque criou outras possibilidades de inserção em diferentes situações.

---

uma nova sociedade a partir da emancipação, autonomia e dignidade do ser humano, da Mãe Terra e das suas sementes.”

<sup>16</sup> Abordarei esses itinerários e atendimentos no Capítulo 3.

<sup>17</sup> Maria Lucia da Silveira (2000), ao descrever sua experiência de pesquisa de campo como médica e antropóloga, também menciona que se movimentou entre diferentes papéis – ora médica, ora pesquisadora, ora amiga – enxergando ambiguidade nessa movimentação. No entanto, minha experiência me leva a pensar em múltiplos papéis que, conjuntamente, contribuíram para o curso da observação participante.

Experiei momentos em que era convidada a mudar minha atuação na interação exatamente porque eu nunca fui ‘apenas’ uma pesquisadora. Fui convidada a falar sobre os cuidados em saúde diante da chegada das manchas de óleo no litoral sul da Bahia<sup>18</sup>, “como professora da UESC”, durante uma reunião das equipes de saúde no polo; realizei procedimento técnico de enfermagem em uma interlocutora indígena acamada; atuei como mediadora em internações hospitalares; fui incitada a opinar como professora sobre o cadastro dos indígenas no SUS na assembleia de uma aldeia; participei “como antropóloga” de ações de uma equipe de saúde que objetivavam subsidiar o desenho de um plano terapêutico singular para uma aldeia em que abundavam casos de depressão e tentativas de suicídio e, ainda, convidada a compor um Grupo de Trabalho<sup>19</sup> temporário instituído pelo DSEI Bahia para o acompanhar o enfrentamento do polo base de Ilhéus à pandemia.

Em algumas dessas situações experimentei hesitações, sobretudo naquelas em que minha opinião como enfermeira (como uma espécie de especialista em procedimentos técnicos) foi solicitada. Refletia sobre os efeitos que minha opinião pudesse ter sobre as relações que os indígenas estabeleciam com os profissionais atuantes na saúde, incluindo profissionais indígenas. Mas, ao invés de engendrarem silêncios meus, essas ponderações me levaram a procurar maneiras de mediar os entendimentos dos diferentes interlocutores sobre as situações.

Essa dinamicidade de posições que ocupei informa sobre as maneiras múltiplas de participar das interações durante a pesquisa, sobre o que permitiu ampliar minhas condições de ver o que acontecia. Ela também ilustra como a prática da pesquisa etnográfica no contemporâneo é permeada por situações em que a(o) antropóloga(o) tem sido convidada(o) a se reposicionar de maneira a atender a seus interlocutores, ou seja, de maneira a viabilizar a

---

<sup>18</sup> Em 2019 ocorreu a maior tragédia ambiental por derramamento de petróleo no litoral Brasileiro, afetando principalmente a região Nordeste. Em 25 de agosto daquele ano, foram noticiados os primeiros indícios de manchas de óleo em praias do município de Ilhéus. A UESC ofereceu apoio técnico aos municípios afetados e disponibilizou informações para a sociedade sul baiana quanto às medidas de cuidado necessárias diante do óleo que passou a chegar nas praias da região. Embora eu estivesse afastada de minhas funções naquela universidade, durante uma visita ao polo base em 01 de novembro do mesmo ano, a equipe de saúde solicitou que eu participasse de uma reunião entre os membros da equipe naquele mesmo dia e discorresse sobre os cuidados que deveriam ser tomados para evitar danos relacionados ao contato com o óleo. Endossaram que muitos indígenas estavam contribuindo com limpezas em praias afetadas e a importância de ouvir alguém da UESC já que a instituição vinha oferecendo orientação e apoio técnico diante da situação.

<sup>19</sup> Desde o convite, o coordenador do DSEI explicitou que minha participação se daria em caráter consultivo e de fato, fui acessada por ele apenas em uma situação. Embora não me detenha a essa vivência ao longo da tese, desejo explorá-la em artigo posterior. Menciono o convite aqui apenas para ilustrar as relações que consegui estabelecer durante a pesquisa de campo.

observação participante, de promover a argumentação intercultural e a horizontalização do diálogo de quem falou Cardoso de Oliveira (1998).

### **Estrutura da tese**

O trabalho que apresento está dividido em quatro partes. No **primeiro capítulo** abordo a trajetória de resistência dos Tupinambá de Olivença, e sua permanência histórica na região sul da Bahia. O objetivo de um capítulo resgatando essa história é localizar os processos de apagamento e reafirmação identitários que caracterizam a existência Tupinambá a partir das relações com o Estado e sublinhar como eles ainda são questões presentes na vida desse povo. Não apenas pela não demarcação do território Tupinambá, mas também pelo modo como o Estado (e em particular os serviços de saúde) se relaciona com eles. Nesse movimento, resgato trabalhos monográficos e documentos históricos que informam sobre a história de Ilhéus e de Olivença e sobre os diferentes sujeitos presentes nesse curso. Várias descrições comunicam que as práticas de resistência estiveram presentes entre os indígenas do lugar desde o período colonial e foram se modificando de maneira a acompanhar os diferentes modos de governo operantes. Ademais, procuro detalhar sobre a experiência social dos Tupinambá, caracterizando as comunidades que conheci e informando sobre o contexto de intensos conflitos fundiários que esses indígenas passaram a enfrentar desde que se lançaram em uma interlocução com o Estado brasileiro de direito a partir da década de 1980. Escolho iniciar a tese com um apanhado desses fundamentos por entender que ele oferece um repertório importante para que se ouça uma etnografia feita junto aos Tupinambá de Olivença e se considere as discussões que perpassam os demais capítulos da tese.

No **segundo capítulo** me ocupo das visitas que realizei a pedido dos caciques em algumas comunidades, com vistas a formular apontamentos sobre o aumento dos casos de tentativas de suicídio e dos “problemas de depressão” entre os indígenas. Apresento uma descrição desses quadros, das falas de alguns indígenas sobre eles e do contexto em que eles irrompem, marcado pela vulnerabilidade do território e dos modos de vida Tupinambá. Com esse movimento procuro delinear como esse ‘problema’ vivenciado pelos indígenas passa a se constituir como uma demanda da parte deles para a antropóloga em campo, mas também como uma *demanda* em Saúde Mental junto ao Subsistema de Saúde Indígena. Em seguida, analiso

como essa demanda é acolhida pelos profissionais que integram o Subsistema de Saúde Indígena e encaminhada para a Rede de Atenção Psicossocial do Município, observando como a Política de Atenção Integral à Saúde Mental dos Povos Indígenas é praticada pelos diferentes sujeitos (profissionais atuantes na saúde, equipe administrativa e indígenas) que ‘fazem’ essas instâncias (DSEI, polo base e Centro de Atenção Psicossocial).

O **terceiro capítulo** aborda os itinerários e relatos de experiências de indígenas que vivenciaram internações hospitalares, algumas das quais tive a oportunidade de acompanhar. Início narrando as histórias de três indígenas. Histórias de pessoas em busca de ‘cuidado’ e de ‘atendimento’ à saúde e que envolvem diversas vivências com hospitais e diferentes experiências de adoecimento. Entendo que sublinhar ‘cuidado’ e ‘atendimento’ é necessário porque as histórias me permitem perceber que se trata de coisas distintas, muito embora o sistema da biomedicina (que possui muito espaço no desenho do SUS e do Sasi-SUS) as borre, reduzindo-as em alguma medida. Abordarei também as maneiras pelas quais a medicina oficial interpela os indígenas durante suas trajetórias com serviços de saúde observando os manejos que esses sujeitos empreendem a partir disso. A partir desse movimento e tomando essas experiências como fio condutor, argumento que diante do descompasso entre o ‘cuidar de pessoas’ e o ‘funcionamento’ da maquinaria da instituição hospitalar, os Tupinambá se empenham para produzir conjuntamente formas de cuidado mais compatíveis com uma socialidade (a sua) em que lateja o comum.

A ideia que fundamenta a formulação do **quarto capítulo** é pensar como os agenciamentos empreendidos pelos Tupinambá, a partir das diferentes situações descritas e analisadas na tese, podem contribuir para as práticas e as políticas de saúde em vigor. Ainda que esses agenciamentos tenham se apresentando durante todo o percurso da pesquisa de campo e possam ser percebidos nas discussões tecidas nos demais capítulos, considero que a pandemia de Covid-19 os colocou em relevo. Assim, inicio a discussão descrevendo a chegada da pandemia ao sul da Bahia e as ações de enfrentamento a ela empreendidas pelos indígenas e pelo polo base de Ilhéus. O material etnográfico apresentado permite visualizar que a maquinaria que compõe o Estado (polo base, DSEI, SESAI) não responde de maneira uníssona às demandas indígenas em saúde e sublinha o descompasso entre a emergência da necessidade de atenção à saúde dos indígenas e da resposta do poder público. Por outro lado, esses relatos também ajudam a enxergar o protagonismo das ações locais dos indígenas e a potência das

articulações que constroem com diferentes agentes. Ao passo que a implementação das políticas de enfrentamento à pandemia no Brasil tem sido embalada por um princípio de desagenciamento de pessoas e comunidades, as práticas e ações Tupinambá nos comunicam a produção de espaços de resistência. Argumento que essa resistência mimetiza o ideal democrático que subjaz em princípios estruturantes do Sasi-sus e do SUS, tal como a participação social. Para suspender a discussão do capítulo, recupero balanços tecidos por teóricos da saúde coletiva acerca dos caminhos da Reforma Sanitária Brasileira diante da crise democrática que o país têm atravessado nos últimos anos e sugiro que nos agenciamentos indígenas reside um potencial pedagógico importante que pode contribuir com a continuidade desse movimento.

## **CAPÍTULO 1 – ILHÉUS, OLIVENÇA E O POVO TUPINAMBÁ DE OLIVENÇA: EXPLORANDO RELAÇÕES**

A ideia que norteia a construção deste capítulo é oferecer um repertório que auxiliará na compreensão de discussões que permeiam a tese e que se relacionam aos processos de apagamento identitário dos Tupinambá na região de Ilhéus e seu movimento de reafirmação étnica alavancado sobretudo a partir da década de 1980. Assim, procuro resgatar a trajetória desses indígenas na região observando aspectos de sua relação com o governo colonial em um primeiro momento e depois com o Estado brasileiro. Esse resgate coloca em evidência os processos de violência que têm atravessado a existência Tupinambá desde o período colonial e que têm se atualizado e reverberado, mesmo depois da garantia de direitos democráticos por meio da Constituição Federal de 1980 e do surgimento de espaços de interlocução com Estado.

O material etnográfico apresentado e explorado nos demais capítulos da tese permitirá perceber como esses elementos apontados aqui participam das relações que os Tupinambá têm estabelecido com as políticas de saúde destinadas a eles. Resgatar esses fundamentos permitirá também observar as diversas formas de resistência de que esses indígenas têm lançado mão para tornar a vida possível.

### **1.1. Conhecendo a cidade de Ilhéus**

Quando me mudei para Ilhéus no ano de 2012, tive a impressão de que ela estava parada na década de 1990, não apenas pela disposição dos espaços, mas pela dinâmica da cidade. Eram poucos os prédios com mais de dez andares, fossem destinados a atividades comerciais ou a moradia, ao passo que abundavam casas, muitas delas apresentando fachadas e estilos de construção que marcaram minha infância vivida no interior do sul do Ceará. Em vários bairros havia praças pouco convidativas, contendo bancos em estado deplorável de cuidado, canteiros ocupados por arbustos, buracos nas calçadas. O transporte público, muito deficiente e com horários imprecisos, demandava longo tempo de espera nos pontos de ônibus, que nem sempre tinham identificação. Nas ruas, carros dividiam espaço com pedestres, motos e bicicletas, numa dança cujo compasso demorava a ser identificado. Conjuntamente, esses

elementos me comunicavam sobre um tempo que operava na cidade que era diferente do que eu trazia registrado depois de viver por oito anos em Brasília.

Na medida em que passei a ser alguém que vive nessa cidade, que conheci e convivi com ilheenses com diversas trajetórias – desde herdeiros dos outrora barões do cacau, àqueles que cresceram sob o modo de ser desses barões – percebi que minha impressão inicial tinha algum fundamento. Ela captava certo desencanto que passou a colorir a cidade desde que o cacau deixou de abundar a economia da região; momento este imortalizado por poetas baianos como Cyro de Mattos:

Dentro de mim ressoa uma nação.  
O clima que vem dela nas raízes  
Se alimenta em razão de verdes vozes  
Do suor derramado pelo chão.

Houve tempo de dedos corroídos,  
Duro clamor nos dias mais sofridos,  
Cobra no inverno, bala no verão,  
De cacau era a flor no coração.

Homem de saga molhada, sangrada,  
O ouro vegetal vi sustentar toda  
Essa nação enquanto pela estrada

O tempo dava voltas. Tudo agora  
Se desfaz. Cai das folhas, insonora,  
Essa flôr murcha que a agonia gera.

(MATTOS, 2015, p. 262-263)

Ilhéus é a cidade com o litoral mais extenso da Bahia, onde habitam mais de 184 mil pessoas (IBGE, 2010). A economia do lugar é movimentada pela agricultura, turismo e poucas indústrias. Os rios Almada, Cachoeira e Itacanoeira cortam a área urbana da cidade e a dividem em quatro zonas – oeste, norte, centro e sul. O mar acompanha as três últimas. A parte sul, separada do centro pelo rio Cachoeira, abriga mais de 40 % da população da cidade e concentra os prédios mais recentes. É nela que se tem acesso ao litoral do extremo sul do estado. Apesar dessa densidade populacional, a maior parte das atividades comerciais se processam nos demais setores. A parte norte abriga o Distrito Industrial do Iguape, onde funciona o Polo de Informática e as moageiras de cacau, e a central de abastecimentos, comumente chamada de mercado do Malhado. O centro, espaço que mobiliza turistas e onde ocorrem atividades

comerciais diversas, é sempre movimentado. Nele se concentram a maioria dos prédios históricos, os casarões das famílias mais antigas e as construções imortalizadas nas obras do escritor Jorge Amado.

O atual município de Ilhéus integrou originalmente a capitania de *Ilheos*, concedida pela Coroa Portuguesa a Jorge Figueiredo Correia. O donatário não tomou posse do território e delegou tais poderes a Francisco Romero, que fundou a Vila São Jorge em 1535 e, posteriormente, a vendeu para o sesmeiro italiano Lucas Giraldes (FERLINI, 1988). Por delegação da Coroa Portuguesa, o donatário adotou o sistema de repartição das terras ou concessão de sesmarias já em 1530, que consistia na cessão de grandes áreas de terra a colonos. Para exploração econômica das terras, introduziu-se o cultivo da cana-de-açúcar, produzindo o açúcar consumido pelas elites europeias. Assim como em outras capitanias hereditárias, a mão-de-obra indígena constituiu o principal eixo para o trabalho realizado nesse cultivo e perdurou mesmo depois da introdução da escravidão africana e da proibição em termos legais<sup>20</sup> por parte da coroa em 1570 (SCHWARTZ, 1988).

Ao longo do período colonial e dos primeiros dois terços do século XIX, a economia da região se baseava na extração de madeira, produção de aguardente, açúcar e mandioca. A produção supria Salvador e uma parcela era exportada para Europa. São inúmeros os documentos desse período que contêm narrativas onde a regressão na dinâmica da capitania é imputada à agressividade dos índios ‘invasores’ que destruíam engenhos, lavouras, rebanhos e povoações, a despeito da ‘bravura’ e ‘persistência’ daqueles que tentavam fazer a vila prosperar (MAHONY, 2007; VIANNA, 1975; PRADO JÚNIOR, 1987; CAMPOS, 2006).

No século XVIII, os jesuítas, autoridades coloniais e imigrantes europeus introduziram a cultura do cacau, e depois disso deflagrou-se a redenção econômica da capitania de Ilhéus. O desenvolvimento da cacauicultura revelou-se lento até o terceiro quarto do século XIX, mas o contingente expressivo de nordestinos que se deslocou para o sudoeste da Bahia em decorrência da grande seca – ocorrida entre os anos 1778 e 1880 – contribuiu fortemente para que a cacauicultura prosperasse (GARCEZ; FREITAS, 1975).

---

<sup>20</sup> Stuart Schwartz (1988) argumenta também que a própria lei que proibia formalmente a escravização ilegal de povos nativos permitia a aquisição de cativos por meio de escambo com seus captores, inimigos tradicionais também indígenas.

Já no final do século XIX, iniciou-se processo de concentração da propriedade de terra, constituindo-se grandes fazendas de cacau com expropriação de pequenos produtores e o fortalecimento político de cacauicultores que ocupavam os cargos de maior prestígio e hierarquia na Guarda Nacional. O declínio da lavoura cacauífera começou na década de 1980 e diversos autores<sup>21</sup> atribuem essa decadência, de um lado à vassoura-de-bruxa<sup>22</sup> e de outro à queda do valor do cacau no mercado internacional.

A monocultura do cacau predominou no Sul da Bahia por mais de 200 anos e se desenvolveu voltada para o mercado externo, com o intuito de reforçar a balança comercial brasileira<sup>23</sup> (CHIAPETTI, 2009). O território da região cacauífera adquiriu contornos próprios dessa monocultura, com instalações de redes de transportes e comunicação necessárias ao escoamento das amêndoas de cacau para o exterior e formas de exercício de poder locais. Como colocam Rangel e Tonella (2013, p. 70) “...essas redes, além de transportar pessoas e mercadorias, faziam chegar ordens, em um período em que o Estado brasileiro delegou aos representantes de ‘uma boa sociedade’ o poder de agir como coronéis.”.

Esse caráter histórico de Ilhéus e a centralidade da monocultura do cacau na trajetória da cidade também se materializa quando um visitante faz um passeio rápido pelo lugar e se depara com os contrastes dos registros de tempo em seus espaços. A edificação mais antiga, a Igreja Matriz de São Jorge, data do final do século XVII e possui fachada de arquitetura colonial e o altar-mor neoclássico. O Museu de Arte Sacra que funciona em seu interior, contém um acervo com imagens barrocas raras, alfaias e documentos sacros. Também é possível encontrar várias construções do início do século XX como o Palácio Paranaguá, que sedia parte da administração da prefeitura municipal, a Associação Comercial de Ilhéus, a Capela da Piedade, a Catedral de São Sebastião e prédios mais modestos que, preservando a fachada original, abrigam hoje diferentes atividades comerciais.

Os estilos presentes nessas construções são variados, contendo desde elementos neoclássicos e neogóticos, a traços barrocos e coloniais. Eles contrastam com construções

---

<sup>21</sup> Ver CHIAPETTI (2009), ROCHA (2008), FRANK (2009).

<sup>22</sup> A vassoura-de-bruxa é uma doença que acomete os cacauíferos causada pelo fungo *Moniliophthora perniciosa*. Uma vez afetados pelo fungo, os ramos do cacauífero ficam secos como uma vassoura velha e o desenvolvimento do fruto é comprometido.

<sup>23</sup> O cacau é também uma commodity, produto de origem primária comercializado nas bolsas de mercadoria nacionais e internacionais. Ilhéus já foi o maior produtor de cacau do mundo. Ver CHIAPETTI (2009), FRANK (2009), FALCÓN (2010).

contemporâneas, onde abundam alumínio e vidro, o que informa sobre as passagens do tempo na cidade. A opulência das épocas áureas do plantio do cacau na região, a riqueza que ela movimentou e o prestígio dos barões, está registrada nessas edificações, pois além da maioria das obras datarem do período de ascensão da monocultura cacauzeira, algumas representam isso com elementos estéticos (Fotografias 1 e 2).

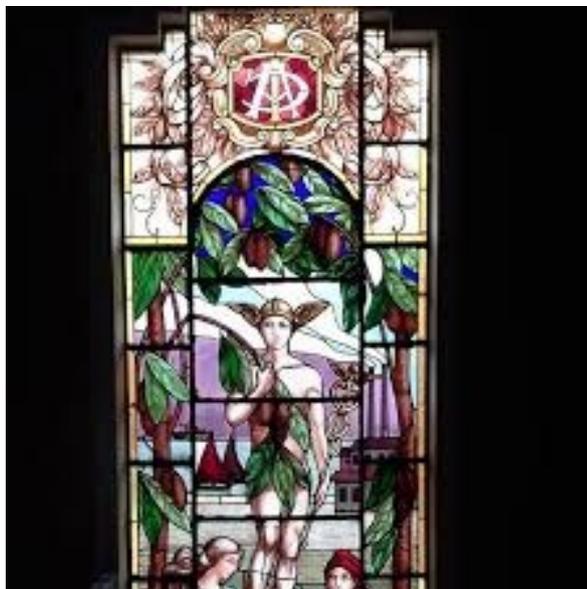
Fotografia 1 – Palácio Paranaguá (Sede atual da Prefeitura de Ilhéus)



Fonte: Arquivo Pessoal

Visitando esses prédios é possível saber que o Palácio Paranaguá foi construído sobre as ruínas da primeira residência jesuítica, que a Igreja Matriz de São Jorge foi erguida no local em que se fincou a primeira capela do lugar na época das capitâneas hereditárias, que o mármore utilizado na construção da casa de Jorge Amado veio da cidade italiana de Carrara. Mas não é possível saber sobre a participação indígena na trajetória da cidade, tampouco saber que indígenas ainda habitam a região. Nessa miscelânea de inspirações arquitetônicas, de passagem de como Ilhéus se fez, mimetizada pela estética da cidade, a presença indígena no lugar não está representada.

Fotografia 2 – Vitral do interior da sede da Associação Comercial de Ilhéus



Fonte: Arquivo Pessoal

Talvez possamos dizer que isso é algo comum a outras regiões do país. Mas vale apontar como ela se atualiza e se perpetua nesse lugar. Os museus da cidade, por exemplo, trazem esparsas informações sobre a presença indígena na região. Escolas particulares da cidade promovem excursões para Porto Seguro para que alunos possam ‘visitar uma aldeia’ e conhecer indígenas pessoalmente. Não escolhem se deslocar até Olivença<sup>24</sup>, distrito da cidade de Ilhéus situado a quinze quilômetros ao sul da sede do município, e encontrar os Tupinambá que habitam localidades no entorno da sede do referido vilarejo. Na Universidade onde atuo, é comum que alunas e alunos demonstrem surpresa e até mesmo desconfiança quando menciono os indígenas de Olivença. Os mais espontâneos, dizem que já ouviram falar de pessoas que dizem ser índios, mas que não parecem ser. E quando se fala sobre os índios de Olivença em conversas informais é comum que haja desconforto entre as partes. Vivenciei situações desse

---

<sup>24</sup> Importa registrar que nem mesmo na sede do distrito de Olivença (lugar que, como veremos ao longo do capítulo, é historicamente associado aos indígenas) há qualquer tipo de monumento ou espaço (como museus, por exemplo) fomentado pelo poder público que registre a presença dos indígenas. O que se encontra nesse lugar é a Igreja Nossa Senhora da Escada que é tombada pelo Instituto do Patrimônio Cultural e Artístico da Bahia. A despeito de que haja na sede do distrito uma praça que carrega o nome de um indígena (Praça Cláudio Magalhães), a um visitante não é oferecido nenhuma possibilidade de identificar que a praça registre e reconheça a participação dos indígenas no lugar.

tipo em diferentes espaços de interação quando informava que minha tese seria fruto de uma pesquisa junto a esse povo indígena.

Observar esses aspectos da cidade e da vida na cidade ajuda a dizer sobre o povo Tupinambá porque informa sobre o contexto em que resistem. Permite que exploremos conexões entre a cidade e os que a habitam e a construir um repertório para ler uma etnografia como essa, construída a partir do encontro com o povo Tupinambá<sup>25</sup>.

Simmel (1973 [1903]) levantou questionamentos sobre as relações entre a cidade e a vida dos sujeitos no célebre texto *A Metrópole e a Vida Mental*. Mas é em um trabalho anterior que ele empreende uma reflexão sobre a estética e suas inter-relações com cultura e sociedade (Simmel 2003 [1898]). Traçando um paralelo entre o que a obra de arte produz e o que a estética da cidade antiga produz, o autor argumenta que as possibilidades de impressão estética da cidade são produzidas por meio do encontro entre a estrutura dos objetos – da arquitetura, da estética, da distribuição dos espaços – e dos sujeitos. A despeito da multiplicidade de estilos, de tempos mimetizados pelas construções, do afastamento das coisas em um curso histórico, comunicado pela estética cidadina, há unidade. Mas essa unidade, pondera Simmel, reside como possibilidade, não como realidade, pois provém de como se contempla e não dos elementos em si (SIMMEL, 2003).

O convite de Simmel para observar a estética da cidade é instigante porque nos deixa atentos para elementos que facilmente podem não ganhar relevo em uma etnografia que tematize povos indígenas. Nos mobiliza a pensar em como certa versão da trajetória de Ilhéus, contada na estética dela, contribui para imaginário que circula sobre a existência dos indígenas e sua participação na história do lugar. Nessa versão, corroborada por muitos documentos históricos, repleto de narrativas de não indígenas, os indígenas pertencem ao passado e a relação com eles foi um entrave ao desenvolvimento do lugar; são descritos como índios invasores, agressivos, cujas investidas ao longo dos séculos impossibilitaram a ascensão da Vila de São Jorge. Certa vez ouvi de um morador da cidade, herdeiro de uma fazenda, que os ‘botocudos’ foram os grandes responsáveis pela condição de atraso do sul da Bahia.

---

<sup>25</sup> O trabalho de Marcos Albuquerque (2017) oferece uma abordagem instigante sobre a vivência de indígenas Pankararu na cidade de São Paulo. O autor demonstra como, por meio da mobilização de conceitos como ‘aculturados’ e ‘assimilados’, o poder público e a sociedade paulistana deslegitimam a existência Pankararu e atualizam o poder tutelar.

Ao passo que os indígenas existem nessa versão como sujeitos que habitaram um passado, as narrativas do presente produzidas sobre os Tupinambá se estruturam colocando em dúvida sua identidade. Como se não existissem hoje sujeitos indígenas na região, mas sim pessoas não indígenas que se afirmam enquanto indígenas para disputar por terra e benefícios junto ao Estado. Em entrevista à Ilhéus FM concedida em fevereiro de 2020, o presidente da Associação dos Pequenos Agricultores de Ilhéus, Una e Buerarema ilustrou esse imaginário ao dizer: “Não reconheço a etnia Tupinambá (...) muitas pessoas encontram brechas para se autodenominar indígenas e ter acesso a diversos benefícios.”.

Esses manejos discursivos, são observados em outros estudos que tematizam as vivências de povos indígenas no Nordeste<sup>26</sup>. Aparecem como algo comum no contexto de disputas por demarcação de território de povos que passaram a se afirmar etnicamente junto ao Estado brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988. Mas o que destaco é que em Ilhéus eles são endossados, pela estética da cidade e por um imaginário da cidade – sua trajetória e os sujeitos que a constituem – que essa mesma estética precipita.

Ao sublinhar isso, não pretendo explicar a partir do imaginário da cidade veiculado por narrativas não indígenas, o contexto de embates que caracteriza a existência Tupinambá na região, mas sim, apontar como ele se capilariza, como ele se dá em um campo dialético, dinâmico. Pois apesar da arquitetura da cidade precipitar determinada memória, lançar à luz a trajetória de certos sujeitos e certos eventos como emblema do percurso da cidade, outros sujeitos e outros eventos não estão inteiramente ausentes. Crapanzano (2005) nos ajuda a enxergar isso quando reflete sobre como a experiencialidade da experiência é constituída, sobre a construção social de cena – a forma de uma situação objetiva – e de realidade. Ele fala que o modo como reagimos à cena está sujeito ao modo como a situação em que nos encontramos está estruturada e não ao caráter da situação. Nas palavras do autor:

A constituição de uma cena, da realidade e suas relações resultam de um complexo jogo indicial entre interlocutores que têm de indexar a si mesmos e a sua relação em um tempo dado (...)esses interlocutores não precisam ser indivíduos com quem alguém se engaje, mas podem ser figuras da imaginação ou da memória. (CRAPANZANO, 2005, p. 373)

---

<sup>26</sup> Os trabalhos de Jamerson Lucena (2016) com indígenas Potiguara que moram em João Pessoa-Paraíba, Ana Tófoli (2010) com o povo Tapeba no Ceará, Carmem Lima (2010) com diferentes etnias na cidade de Crateús-CE, Vanessa de Torres (2018) com jovens Xukurú do Ororubá e Jurema Souza (2019) com os Pataxó Hã-Hã-Hãe na Bahia são alguns exemplos.

Percebo que o argumento do autor é propício para pensarmos as cenas que se processam na cidade, a rua como palco, os momentos de realização das situações, reconhecendo que nessas cenas, há sombras. Sombras não no sentido de apontar a dimensão subjetiva que está posta nas reações das pessoas às situações, mas sim à imbricação das dimensões subjetivas e objetivas das reações. Mas o argumento também nos possibilita pensar que as representações postas na estética dos prédios de Ilhéus operam como índice, apontando, ao mesmo tempo, para os sujeitos presentes e ausentes nelas. Constatar isso é perceber a dimensão pulsante que subjaz à trajetória do povo Tupinambá. Eles existem e são em Ilhéus *apesar de*.

## **1.2. Sobre a presença indígena em Ilhéus**

Para falar sobre a presença dos Tupinambá em Ilhéus escolho buscar alguns fundamentos de certo apagamento étnico dirigido a esse povo e, nesse movimento, colocar em relevo elementos que compuseram seu processo de afirmação identitária após a Constituição Federal de 1980. Insisto nesse resgate historiográfico por entender que esse apagamento ainda reverbera de diferentes maneiras na existência dos Tupinambá e seus efeitos se fazem presentes de diferentes maneiras nas relações que esses indígenas estabelecem o Estado (incluindo os serviços e políticas de saúde), o que será demonstrado ao longo da tese.

Quando se fala de povos indígenas do Nordeste, há que se sublinhar alguns elementos. O primeiro deles é a polaridade que orientaria a apreensão colonial dos índios no Brasil nos dois primeiros séculos da presença europeia e que fica muito mais evidente no caso do Nordeste. A diversidade dos povos do sertão foi generalizada à apreensão deles como tapuias, generalização essa expressa a partir dos interlocutores mais próximos dos colonizadores, os Tupi da costa (DANTAS; SAMPAIO; CARVALHO, 1992). Isso implica em lidar com a carência de informações etnográficas sobre povos do sertão e com a ideia de mistura que passou a estar presente nos registros coloniais já a partir do século XVIII.

Ademais, há que se reconhecer certa marginalidade inscrita no processo constitutivo da região, que passou de centro da colonização lusitana no século XVI para ocupar um lugar periférico a partir do século XVIII, após a descoberta das minas e o deslocamento do centro econômico da colônia para o sudeste (DANTAS; SAMPAIO; CARVALHO, 1992). Há uma imbricação entre falar sobre os povos indígenas que habitam essa região do país e considerar

sua relação adaptativa com a caatinga bem como sua associação histórica às frentes pastoris e ao padrão missionário dos séculos XVII e XVIII. Em Ilhéus, ao longo do século XIX isso se soma às particularidades que a monocultura do cacau trouxe às relações.

À época da chegada dos portugueses à Bahia, a costa era habitada pelos Tupi, precisamente os Tupiniquins e os Tupinambás (MONTEIRO, 1994). Os Tupi da costa tendiam a se organizar em aldeias estáveis, maiores e a homogeneidade cultural e linguística deles estimulou diversas descrições de caráter etnográfico por parte dos colonizadores. Contrastava a tal homogeneidade, a diversidade dos povos indígenas do interior, genericamente nomeados pelos portugueses com o termo tupi *aymoré*. Do ponto de vista linguístico, seriam povos pertencentes ao grupo Macrô-Jê. Esses se organizavam em pequenos bandos contendo apenas algumas famílias. Sua relação com os espaços que ocupavam era diferente daquela dos Tupi: moviam-se bastante, e entre eles as atividades de caça e coleta tinham mais expressão do que a agricultura. Já no final do século XVI praticamente não havia Tupiniquins livres. Uma vez conquistados, eles se tornaram mais vulneráveis aos ataques periódicos dos *aymorés*, como atestam diversos relatos sobre investidas ocorridas ao longo dos séculos XVII e XVIII, reunidos por Campos (2006).

Assim, reconhece-se que os povos indígenas da Bahia estão inseridos em dois contextos regionais e históricos bem definidos. No semiárido, parte norte do estado, as frentes de expansão pecuária ao longo do século XVII foram decisivas para a colonização e a população indígena sobrevivente foi agrupada progressivamente em *aldeamentos* missionários até o século XVIII. Na parte compreendida pela região da mata atlântica, litoral ao sul e extremo sul, a conquista iniciou ainda no século XVI e os aldeamentos foram implantados já na metade daquele século (SAMPAIO, sd).

Como em outros lugares do Nordeste brasileiro, a presença indígena na Bahia é marcada pela resistência. Os povos que não foram massacrados nas primeiras investidas dos colonizadores no território e ao longo dos séculos por empreitadas que objetivavam consolidar a colonização mediante o domínio das terras e o controle das formas de existir toleradas nele, só puderam continuar vivos na medida em que eram considerados ‘integrados’. Marcis (2004), em diálogo com Maria Hilda Paraíso (1994), aponta que o trabalho compulsório de indígena esteve presente desde os primeiros anos da colonização e menciona uma viagem patrocinada

por colonos das capitanias de Ilhéus e São Vicente, ocorrida por volta de 1540, cujo saldo foi a captura de 400 índios Carijós que serviriam de mão de obra para engenhos.

Entre o segundo e o terceiro quarto do século XVI, o crescimento das áreas ocupadas e das plantações propiciou que os colonos demandassem mais ainda dos indígenas (principalmente dos aliados Tupi). Os conflitos com os indígenas também aumentaram, desencadeados por motivos diversos, em um contexto que contava com recursos escassos, epidemias (sarampo, gripe, varíola) e crescentes embates com os indígenas que habitavam o interior.

De 1558 a 1572, no governo de Mem de Sá, foram implementadas ações de caráter militar dirigidas a inimigos e foram criados aldeamentos administrados pelos padres da Companhia de Jesus, o que modificou as relações entre colonos, indígenas e autoridades locais (PARAÍSO, 1998). Substituindo as antigas aldeias de índios, os aldeamentos tornaram-se centrais para garantir à Coroa a ocupação das terras, viabilizando o povoamento em pontos estratégicos: no litoral facilitavam a defesa de invasores externos, no interior impediam o avanço de povos hostis e serviam de apoio às frentes agrícola, pecuária e de mineração.

Além disso, possibilitavam a conversão dos povos indígenas em súditos da coroa, mediante a catequese e sua ‘docilização’ para o trabalho<sup>27</sup>. Maria Hilda Paraíso (2002) enumera 24 desses espaços que operaram entre os séculos XVI e XX nas terras da capitania de Ilhéus, ilustrando a diversidade dos povos indígenas que os habitavam e o avanço da ocupação empreendida pelos colonos. Um desses, era o Aldeamento Nossa Senhora da Escada, localizado em Olivença, hoje distrito do município de Ilhéus. A mesma autora, ponderando sobre a existência desses lugares, aponta:

o grande objetivo dos aldeamentos era de transformar a população que ali residia em trabalhadores rurais capazes de promover a ocupação e exploração correta das áreas interioranas, para que, posteriormente, se transformassem, as terras, em núcleos das futuras vilas sertanejas produtoras e comercializadoras de mercadorias (PARAÍSO, 1982, p. 149-170).

Assim, a principal estratégia utilizada para promover a integração dos nativos sobreviventes envolveu os aldeamentos. Mas além de condensar em um mesmo local povos distintos, o que estava em jogo nesses lugares era condicionar a vida a uma lógica de existência

---

<sup>27</sup> Stuart Schwartz (1988) pondera que com a catequese os indígenas eram educados para viver como cristãos, o que implicava tanto em assumir uma moralidade cristã como em adotar os hábitos de trabalho dos europeus.

que requeria o aniquilamento das formas de ser indígenas. Nesse ponto, os aldeamentos coroavam o projeto de subjugação empreendido no governo Mem de Sá. São célebres as leis promulgadas por ele, após tomar posse em 1558, em que uma série de prescrições são impostas aos indígenas para que “se fizesse paz”, e que incluíam desde a participação em guerras aprovadas pelo então Governador a instruções sobre como deveriam organizar suas casas e comportamentos (VASCONCELOS, 1964; CAMPOS, 2006).

Todos esses esforços empreendidos pela coroa comunicam sobre a busca por formas de controle sobre a colônia, tanto no que diz respeito às terras, ao espaço físico, quanto à vida presente nela. Nesse sentido, podemos conceber que o surgimento dos aldeamentos reflete um momento histórico específico em que a coroa passa a produzir povos indígenas do Brasil como *grupos*. Digo isso porque, se por um lado o modelo do aldeamento implicava no ordenamento do espaço, – fosse por meio da disposição das construções, ou pela instauração de novas lógicas para distribuição e usos da terra – por outro instituiu novas relações dos indígenas com a terra, com as roças, com atividades de trabalho que, conjuntamente, configuravam a produção de um *disciplinamento* dos indígenas. Esse disciplinamento, por sua vez, não estava centrado apenas no poder disciplinar de que fala Foucault (2005), dirigidos a corpos individuais, mas também sob a ideia de *segurança*, regulando certa realidade por meio de instrumentos de proibição e de prescrição e tendo como alvo os grupos de indígenas aldeados.

As reflexões de Foucault (2008b) em *Segurança, Território, População* me instigam a perceber os aldeamentos como dispositivos que possibilitam o governo da vida. Na obra o autor analisa a gênese de um saber político voltado para o controle da população por meio de mecanismos de regulação matizados pelo biopoder. Ao demonstrar a passagem de um governo exercido sobre o território para um governo exercido sobre pessoas, Foucault nos convida a perceber que essa passagem envolve o encadeamento de vários dispositivos de proibição e prescrição que possibilitam o exercício do controle de fluxo, de circulação nos espaços, compondo o que o autor nomeia de dispositivos de segurança. No caso dos aldeamentos, percebo que a busca da Coroa pela garantia do governo do território requeria algum governo dirigido aos nativos e a aposta foi na assimilação dos indígenas. Para tanto iniciou-se naquele momento o uso de diversas estratégias de apagamento étnico. Assim, com os aldeamentos emergiu também a produção do indígena aldeado: o que falava português, o que se vestia como não indígena, o que se ocupava da agricultura e do artesanato para fins comerciais, o que

guerreava junto à Coroa contra os índios do interior, o que por meio da catequese, passava a acionar também outras perspectivas para significar suas interações.

Em 1758, a criação do Diretório dos Índios, conferiu solidez à reforma iniciada cinco anos antes com o decreto que garantia liberdade aos índios do Brasil e com a expulsão dos jesuítas. Estava em jogo transformar os indígenas em súditos livres da Coroa e emancipar os aldeamentos a vilas. Em termos práticos, o Diretório compreendia um conjunto de leis que estabeleciam mecanismos de controle sobre o território e centralização do governo, aniquilando assim as possibilidades de autonomia administrativa que existiam nos aldeamentos (MEDEIROS, 2011). Ademais, esse conjunto de medidas não só facilitava a mão-de-obra disponível para os colonos, o que incentivava a ocupação de capitânicas como Ilhéus, como também recuperavam o retorno financeiro à Coroa com tributos que passavam a ser cobrados de indígenas e colonos.

No rol de medidas que visavam essa centralização política, estava a incorporação das Capitânicas à Coroa portuguesa a partir de 1753, e a de São Jorge dos Ilhéus foi anexada em 1761. Para incentivar a atração de novos colonos, adotaram-se medidas sistemáticas que alavancaram a desocupação das terras indígenas e intensificaram o combate aos índios resistentes à integração. Com essa finalidade, além de autorizar as bandeiras<sup>28</sup>, criou-se um terço de Infantaria da Ordenança, composto por sete companhias instaladas nas vilas mais expressivas da antiga capitania (MARCIS, 2004). Os índios aprisionados e/ou derrotados por meio dessas empreitadas, deveriam ser encaminhados aos novos aldeamentos provisórios ou a quartéis, mantidos sob tutela das autoridades. Todavia, o cumprimento ou não dessas orientações era atravessado por disputas entre os diversos atores que passaram se reunir nesse campo, nesse espaço onde se gerava regulamentos.

Campos (2006), ancorado em relatos produzidos por Pedro Calmon, apresenta uma situação que ilustra essas disputas. Por volta de 1763, o sargento-mor de Ilhéus e o capitão-mor de Olivença, foram autorizados a empreender uma entrada contra índios Pataxó que faziam frequentes ataques à localidade. Os índios aprisionados, foram encaminhados à Olivença, onde deveriam se dedicar à agricultura, para que ‘vivessem livremente de seu trabalho’. No entanto,

---

<sup>28</sup> Expedições de desbravamento territorial organizadas por particulares com objetivo central de descobrir metais ou pedras preciosas e capturar indígenas que eram comercializados como escravos. Embora a maioria das bandeiras fossem organizadas nas capitânicas de São Paulo e São Vicente, o cronista Silva Campos (2006) relata a formação de várias bandeiras na capitania de São Jorge dos Ilhéus.

passaram a ser objeto de disputa entre autoridades e colonos interessados em explorá-los como mão de obra em lavouras e outros serviços. Muitos desses Pataxó fugiram e acabaram mortos de maneira cruel: o sargento-mor espalhou entre eles roupas contaminadas com o vírus da varíola (CALMON, apud CAMPOS, p. 250-251).

Olivença foi promovida à vila em 1758, por meio de uma Carta Régia que criava outras vilas na província da Bahia após extinção dos aldeamentos. A sede do antigo aldeamento Nossa Senhora da Escada permaneceu como o local de funcionamento da nova estrutura administrativa, formada então pela Câmara de Vereadores que, embora fosse formalmente subordinada ao governo da província, era de fato subordinada ao Ouvidor e à Comarca de Ilhéus. Mesmo com essa mudança, a sesmaria do antigo aldeamento continuou como patrimônio dos índios e de seus descendentes (MOTT, 2010) o que contribuiu para que a configuração de uma estrutura administrativa mista, aldeamento e vila, vigorasse por muito tempo.

É interessante perceber que ao mesmo tempo em que o Diretório concebia a emancipação dos indígenas (considerando-os como súditos e passíveis de ocupar cargos e funções), declarava sua incapacidade de instituir governos próprios com membros seus<sup>29</sup>. Mas se por um lado isso parece sugerir uma contradição constitutiva no Diretório, por outro sublinha como a estratégia assimilacionista era praticada: os indígenas eram emancipados como cidadãos nacionais, não como indígenas. Nesse contexto, coexistiam a figura de um Diretor – nomeado pelo governador e cuja função era instruída pelo Diretório – que devia atuar em conjunto com Juizes Ordinários, Vereadores, Oficiais de Justiça, Ouvidores. A algumas dessas figuras, cabia também atuar como mediadores, pois, como lembra Valle (2011), no século XIX era corrente a ideia de que os índios necessitavam de proteção.

Assim, o surgimento da vila acompanhou a instauração de uma série de dispositivos de controle e de poder sobre os índios. Refiro-me a dispositivo nos termos em que Foucault (2000) coloca:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos. (FOUCAULT, 2000, p. 244).

---

<sup>29</sup> Em Cunha (1992) encontramos elementos que permitem esse entendimento sobre a contradição constitutiva do diretório.

Esses dispositivos dizem respeito às práticas, discursivas e não discursivas, atuando de forma a integrar um aparelho, estabelecendo modos de relação, organizando e constituindo sujeitos. Esse modo de poder que emergiu com a vila tem características fortes de uma biopolítica das populações. Nele, o mecanismo de produção do poder acionado é a produção de dados, a regulamentação e envolve a mobilização de um conjunto de indivíduos, ou instituições que realizam práticas dentro de um regime de racionalidade (FOUCAULT, 2008a). Meu argumento é que as normatizações implementadas pelo Diretório Pombalino complexificaram as relações, instituíram novas práticas que passaram a produzir novos regimes de verdade e se somaram ao disciplinamento dos indígenas que a produção dos aldeamentos iniciou. Essa maquinaria, por sua vez, foi se atualizando ao longo do tempo com as medidas que caracterizaram o surgimento da república e mais recentemente<sup>30</sup>, a partir da Constituição Federal de 1988, rebuscaram-se, possibilitando a emergência da população indígena como uma população governável. Poder-se-ia acrescentar ainda o seguinte paralelo: ao passo que nas ordenações pombalinas a ‘população’ equivalia aos indígenas apenas enquanto súditos da Coroa e não enquanto povos indígenas, após a Constituição de 1988 passaram a operar uma série de políticas (biopolíticas) voltadas aos povos indígenas enquanto tal.

Às Câmaras cabiam, essencialmente, atribuições legislativas – como a elaboração do Código de Posturas Municipal – e administrativas, como a fiscalização dos funcionários, a realização das eleições, a vigilância para que as posturas fossem obedecidas com a aplicação e o recolhimento de multas aos infratores das normas. De acordo com o código aprovado, cabia à Câmara autorizar e cobrar pela utilização dos espaços públicos, que, nas vilas indígenas, incluíam o arrendamento das terras dos índios. Marcis (2004) comenta que em 1859, o Código de Olivença, era composto por 15 artigos, que regulamentavam diversos aspectos da vida social urbana, o comércio, a produção e instituíam comportamentos. Incluía, entre outros aspectos: o alinhamento das construções; a imposição de taxas para arredamento e para novas construções,

---

<sup>30</sup> A discussão apresentada por Rita Lewcowitz (2016) em uma dissertação que tematiza as experiências de parto hospitalar de mulheres indígenas mbyá-guarani no Rio Grande do Sul, demonstra como a questão étnica aparece nas práticas de governo, implicando em novos dispositivos de controle e formas de subjetivação a partir da diferença cultural.

estabelecendo diferenças de valores para não índios e ‘naturais’; a proibição da prática do deitar *tingui*<sup>31</sup> nos rios; a obrigatoriedade de vacinar crianças até dois meses depois do nascimento.

Essa configuração permite perceber que no cotidiano da vila estava em jogo a atuação de grupos com interesses por vezes antagônicos e disputantes. A defesa da indianidade da população da vila, era estratégica para diversos atores – diretores, escrivães, juízes ordinários, vereadores, juízes de paz. Isso garantia seus cargos e rendimentos. Mas se a atuação desses sujeitos era marcada pela tentativa de assegurar a propriedade coletiva das terras do antigo aldeamento, preservando a característica de ocupação indígena, também o era pelo exercício do poder e a defesa de seus interesses pessoais.

Quanto aos indígenas, uma vez que fossem considerados como os demais moradores, cessava seu direito às terras dos aldeamentos, passavam a pagar taxas e tributos como não indígenas, e perdiam alguns direitos baseados no princípio da primordialidade (CUNHA, 1992) que oferecida certa proteção contra abusos de autoridades e colonos. Sua existência nesse contexto, também foi marcada pela habilidade em empreender ações políticas, como a participação em disputas de eleições. Essas ações eram construídas não exatamente ‘a despeito de’ serem considerados indígenas ‘descaracterizados’ – categorização essa que autorizava uma oscilação no grau de civilidade que lhes era atribuído, a depender da situação – mas sim a partir disso.

Marcis (2004) apresenta informações extraídas do Arquivo Público do Estado da Bahia e do Arquivo Municipal de Ilhéus que ilustram essa variação. Em um relatório feito em 1803, o então ouvidor da Comarca de Ilhéus, Domingos F. Maciel, descreveu a situação dos índios que habitavam as vilas da província com as seguintes palavras:

eles estão tão civilizados, que se acham inteiramente livres das superstições do paganismo e reduzidos ao grêmio da Igreja: tem em cada uma das suas vilas e aldeias um pároco, que lhes administra o pasto espiritual. (...) Pelo que toca ao temporal, usam, geralmente, os índios das três vilas, Olivença, Barcellos e Santarém, e os das aldeias de Almada e de S. Fidélis desta Comarca do idioma português, tendo-se, entre eles se extinguido o uso da linguagem antiga, vulgarmente chamada de língua geral. São governados por seus juízes e câmaras e pelos Capitães mores. Usam todos de sobrenomes e eles mesmos escolhem os quais mais lhe agradam entre os que usam algumas pessoas desta comarca e desta cidade, e há tais que têm os nomes e sobrenomes de pessoas portuguesas, que conheço<sup>32</sup>. (Anais BN)

<sup>31</sup> Monteiro (1994) explica que o *tingui* consistia numa técnica indígena de pesca em que se utilizava uma substância para entorpecer os peixes.

<sup>32</sup> Anais da BN. Ofício do Ouvidor da Comarca dos Ilhéus Domingos Ferreira Maciel para o Governador da Bahia, sobre os Índios da sua Comarca. Cairú, 16 de outubro de 1803. Anais da BN. Vol. 37, 1915, p. 177. Acesso <http://www.bn.br/fbn/bibsemfronteiras/>.

Nesse e em outros relatos sobre a vila de Olivença no período oitocentista, destaca-se os elementos de civilidade dos índios que habitavam o lugar. O uso do idioma português, de vestimentas típicas de não indígenas, a prática de atividades comerciais e de agricultura, são referidos como signos de uma ‘civilidade em processo’, pois também eram ressaltadas atribuições como ‘pouco desenvolvido’, ‘ingênuo’, ‘cismado’. Diferentes situações implicavam em diferentes aspectos dessa civilidade sendo destacados. Nos relatórios emitidos por ouvidores, destinados à diretoria da província, a civilidade dos índios que habitavam Olivença era salientada em contraste com os dos índios selvagens do interior.

Teresinha Marcis (2004) relata também certo impasse vivido pelos vereadores da vila durante uma eleição para o cargo de Juiz de Paz ocorrida em 1828. No processo, foi eleito um português, que tinha como suplente um indígena. Como o português não aceitou assumir o cargo, os vereadores solicitaram instruções sobre como deveriam proceder às autoridades da Província: “Lembramos que os que podem ser Eleitores podem ser Juizes de Paz, foi servido este Senado com alguns Republicanos votarem em Luiz Antonio de Azevedo português e [...] o Suplente Manoel da Encarnação Índio desta vila” (APEB. Ofício da Câmara. Olivença, 1828 *apud* Marcis (2004)). Na referida solicitação, justificava-se a dúvida com uma questão técnica: como o cargo de Juiz de Paz era novo, instituído em 1828, exigiria mais conhecimentos para o aprendizado e o exercício da função.

O primeiro aspecto que destaco da situação narrada é que, a despeito de serem narrados como civilizados, o patamar de civilidade aparentemente atribuído aos indígenas não lhes investia de competência para certas atribuições emblemáticas da noção civilidade que vigorava no período imperial, ou pelo menos constituía fissuras que embasavam empenhos de outros atores sociais para que pleiteassem a nomeação de parcerias mais benéficas.

Além disso, esse achado nos permite perceber certa falta de clareza, certa imprecisão nas normativas que envolviam a questão indígena. A consulta, ou a dúvida apresentada, parece residir exatamente no fato do suplente ser indígena, pois os próprios vereadores mencionam a existência do suplente ser indígena. Ademais, é válido lembrar que a legislação vigente previa eleição de suplentes para todos os cargos e a condição de analfabeto em si não configurava impedimento para ser eleitor nem eleito. Valle (2011), analisando documentos trocados entre diferentes instâncias administrativas no Ceará oitocentista, também aponta para esse fato

quando demonstra que as ações concretas das autoridades provinciais e municipais eram atravessadas por essa imprecisão das normativas.

É interessante perceber essas nuances porque elas convidam para ver mais do que o apagamento dos indígenas que habitavam os aldeamentos por meio de uma progressiva caboclicização deles. Elas nos convidam a colocar em relevo os movimentos de resistência desses povos indígenas do Nordeste durante o período imperial, comunicado por exemplo pelas ações e alianças políticas empreendidas por eles. No caso em questão, essa habilidade de articulação dos indígenas é comunicada pela eleição de um índio como suplente para um cargo como o de Juiz de Paz. Ainda que pouco atrativos por conta da baixa remuneração que ofereciam em uma vila com a arrecadação tímida como a de Olivença (MARCIS, 2004), os processos eleitorais do período mobilizavam esforços locais e representavam a possibilidade de adquirir prestígio e poder, importantes fatores para a obtenção de benefícios e privilégios resultantes dos cargos.

Também merece destaque a longa duração da estrutura administrativa mista que caracterizava a vila como indígena e perdurou em Olivença até 1877 (MARCIS, 2004). Em outros estados do nordeste brasileiro, como o Ceará, mesmo depois da abolição do Diretório dos índios, sua estrutura normativa perseverou como norteador para decisões político-administrativas sobre os índios até a constituição de 1924 (PORTO ALEGRE, 1994). Mas o que sublinho no caso de Olivença é o manejo que essa descrição da civilidade dos índios permitia. Ao mesmo tempo, a descrição da existência de índios em ‘processo de civilidade’ atestava a necessidade dos cargos para dar seguimento à produção de indígenas plenamente civilizados e certa competência dos agentes imbuídos em conduzir essa tarefa.

### **1.3. Passagens na Olivença indígena: de vila à zona de veraneio dos coronéis de cacau**

As terras de Olivença e de adjacências não eram adequadas para o desenvolvimento da agricultura. Por isso não houve pressão sobre as terras do lugar quando o plantio da cana de açúcar passou a ocupar lugar central nos projetos coloniais de desenvolvimento e ocupação das terras sul baianas, tampouco essa pressão ocorreu para viabilizar o plantio do cacau décadas depois. Nas primeiras décadas da república, já era evidente a estagnação de Olivença em contraste com outras localidades produtoras de cacau no Bahia. Ilhéus, por sua vez, tornou-se

o centro da expansão econômica, política e social, sendo responsável, em 1900, por mais da metade da renda estadual, advinda das taxas de exportação do cacau (PANG, 1979).

Todavia, Olivença e os indígenas foram fortemente afetados com o surgimento dos coronéis do cacau, que trouxe para os limites da vila sucessivas crises políticas decorrentes da instabilidade das alianças políticas entre os setores representativos de Ilhéus (PARAÍSO, 1989). Encontrei documentos<sup>33</sup> publicados nos anos de 1890, 1922 e 1929 que mostram como Olivença foi deixando de ser descrita como um lugar pouco próspero e desinteressante que abrigava índios e passou a ser desenhada como uma espécie de oásis, um lugar belo e salubre, adequado a casas de veraneio e propício ao bem-estar. Com isso a vila passou a ser objeto de interesse dos “homens de boa vontade”, e proliferaram narrativas nos veículos de comunicação locais com projetos para facilitar o acesso até ela. A descrição feita pelo cronista João da Silva Campos em 1947 explicita como Olivença e a presença indígena nela puderam ser ressignificadas, a ponto das terras do lugar se tornarem algo desejável pelas elites da época, um signo de prestígio, tal como funcionaram as casas de veraneio para os senhores de engenho de cana de açúcar em diversas partes do país:

Derramado sobre a lomba verde de suave elevação e distante 16 quilômetros de Ilhéus, a antiga aldeia Nossa Senhora da Escada apresenta-se em atitude contemplativa em face de largo painel do mar azul e infinito. “Olivença é um paraíso”, disse Eusínio Lavigne<sup>34</sup>. É lugar de maravilha para uma estação de repouso pela amenidade do clima, pela placidez de sua vida remansada e silente, pelas águas abundantes salutíferas, que têm produzido curas admiráveis em casos de afecções nefríticas, do estômago, da circulação e hepáticas, bem como beribéri e polinevrites. Uma das fontes denomina-se *dos Padres*. Reminiscência, sem dúvida, do tempo dos jesuítas. Duas únicas ruas formam o povoado. Ainda agora o tipo indígena, quase indene de miscigenação de outros sangues, prepondera na massa da população. Olivença foi lugar onde nunca houve escravos. (...) Os ‘caboclos de Olivença’ emigram com frequência para as margens do rio Pardo e demais paragens vizinhas, onde vão trabalhar como jornaleiros, voltando ao lar mal lhes dá na telha (CAMPOS, 2006, p. 425-426).

---

<sup>33</sup> Em 1890 o Drº Sá e Oliveira publicou um artigo na Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, em que fala da recém-criada vila de Una e a compara com a Vila de Olivença. No texto de 1922, publicado no Diário da Tarde, consistia em um apelo “aos homens de boa vontade” de Ilhéus para que mobilizassem esforços e iniciassem a construção de uma ponte sobre o rio Cururupe que atravessava a estrada que ligava a cidade à vila. Em 1929, matéria publicada no Diário da Tarde especula sobre a possibilidade de Olivença ser sede do Sanatório de Ilhéus. Todos esses documentos foram compilados pelo cronista João da Silva Campos na obra *Crônica da capitania de São Jorge dos Ilhéus* (CAMPOS, [1947] 2006).

<sup>34</sup> Eusínio Gaston Lavigne foi um cacaucultor, jurista e jornalista Ilheense. Escreveu inúmeros livros e artigos para jornais e revistas da região, tematizando a história da cidade de Ilhéus. Participou ativamente de movimentos sociais e democráticos, como a campanha civilista de Ruy Barbosa e foi prefeito da cidade entre 1930 e 1937. Durante seu mandato ocorreu a construção da ponte sobre o rio Cururupe, de que falo a seguir. (Nota da autora)

Paraíso (1989) corrobora com esse entendimento ao apontar que, diferentemente de outros grupos da zona do cacau, os índios de Olivença só passaram a ter sua terra disputada por coronéis de cacau quando prestígio passou a ser a questão central para esses coronéis. Segundo a autora, a partir da lei 198 de 1897, a posse sobre a produção de cacau deixou de ser centrada nos pés de cacau e passou a ser definida em função da propriedade do solo, o que estimulou a legislação das propriedades. Uma vez que essa questão estava definida, ou seja, a posse das propriedades garantida, o enfoque da nova classe de produtores rurais passou a ser sobre o prestígio.

Os movimentos para conformar Olivença como um espaço de veraneio incluíram a construção da ponte sobre o rio Cururupe. Com isso as terras às margens do rio e a faixa subsequente foram transformadas em chácaras e o núcleo central da vila, que tinha a forma original dos aldeamentos jesuíticos – uma igreja central ladeada por casas enfileiradas – foi apropriado pelos veranistas. A maioria dos indígenas recuou para o interior, para a região da Sapucaeira. Os que ficaram passaram a conviver com um clima de insegurança, pois em Olivença passaram a se refugiar pessoas envolvidas em disputadas pela Intendência de Ilhéus e, eventualmente, batidas policiais tinham como alvo suas habitações (PARAÍSO, 1989). Em 1935, a regularização de uma linha de transporte entre Ilhéus e Olivença intensificou o trânsito de visitantes<sup>35</sup>, alavancando a ocupação de espaços ainda livres, habitados apenas por indígenas.

É nesse contexto que emergiu a figura do indígena Marcellino José Alves, o Caboclo Marcellino, como símbolo da resistência dos índios de Olivença. Liderando um pequeno grupo, ele passou a fazer frente ao conjunto de investidas contra a existência indígena no lugar. Marcellino começou a agir de maneira mais sistemática em 1929, concentrando esforços na região em que fora construída a referida ponte, a fim de dificultar o acesso à vila e protestar pelo direito dos indígenas à terra. Mas, como lembram Carlos Santos e Katu Tupinambá (2012), as ações empreendidas por Marcellino a partir desse evento representam apenas o início de um período que marca a mudança de estratégias de resistência de que ele lançava mão: Marcellino sabia ler e escrever, o que lhe possibilitava fazer reivindicações formais e contribuía para o fortalecimento do movimento nativo de então. Também ouvi de vários indígenas que a “ajuda” e “defesa” que Marcellino oferecia aos seus pares perpassava diversas situações cotidianas

---

<sup>35</sup> Campos (2006) apresenta materiais de jornais locais que relatam esse fluxo.

relacionadas à interação dos ‘índios-caboclos’ com os não índios: “Vinha um ou outro querendo enganar o parente e ele alertava, não deixava”; “Ele dava conselho, apoiava pra não aceitar coisa injusta...ele era valente”; “Porque desde antigamente tinha gente que achava que caboclo não tinha valor e ele mostrava que tinha sim”. A ação na ponte, portanto, marcou um novo modo dos indígenas fazerem frente às investidas contra suas terras e seus modos de vida, diante da desenfreada ocupação de não indígenas na região de Olivença que a ponte anunciava. E esse enfrentamento indígena tinha na figura de Marcellino um articulador fundamental.

A reação policial a esse ato foi imediata e violenta e Marcellino junto com seus apoiadores foram presos, mas logo libertados. A atuação do grupo não cessou depois dessa prisão, e os jornais da época noticiavam sua presença em invasões a propriedades agrícolas, queima da produção em alguma delas, barricadas para limitar o acesso a algumas áreas habitadas por índios nas terras entre Olivença e Una.

A história<sup>36</sup> de Ilhéus e Olivença nos permite conhecer que houve uma intensa produção discursiva em mídias da época desenhando esses indígenas como desertores. Campos (2006) reúne uma série de matérias de jornais, publicadas nos anos de 1927, 1935 e 1936 que além de noticiar atividades desse grupo nas terras da região, produzem uma narrativa em que Marcellino é veiculado como “o terror de Olivença”, “criminoso perigosíssimo e hediondo”, “assaltante e bandido”, responsável por “implantar o cangaço na região”, “reprodutor das façanhas de Lampião”, “envolvido com os vermelhos de Ilhéus”<sup>37</sup>.

Pautada por registros oficiais, Patrícia Couto (2003) demonstra que entre os anos 1929 e 1935 foi intensa a perseguição a Marcellino e seus apoiadores tanto pelos coronéis quanto pelas autoridades policiais. Esta corporação agiu violentamente, perseguiu e torturou possíveis apoiadores do grupo de Marcellino. Conheci um neto de Duca Liberato, um dos índios que integravam o grupo e que, quando foi capturado, teve uma orelha cortada sob tortura, para que delatasse os companheiros. Na conversa em que ele me contou sobre os eventos e me descreveu os perigos de “estar na luta” como liderança Tupinambá. Ao longo da pesquisa de campo ouvi

---

<sup>36</sup> Como mostram as citações presentes ao longo do capítulo, consulte fontes diversas para levantar informações sobre a trajetória de Ilhéus e Olivença. Elas incluíram: i) documentos históricos presentes nos Anais da Biblioteca Nacional disponíveis para acesso *online*, ii) dissertações, teses e artigos acadêmicos construídos em torno da análise de documentos históricos e iii) documentos históricos (matérias de jornais de circulação local, cartas, ofícios e atas de reunião da comarca de Ilhéus) reunidas na obra do cronista Silva Campos (2006).

<sup>37</sup> Marcelo Lins da Silva (2007) aborda sobre a associação que se faz da figura de Marcellino ao comunismo na dissertação intitulada “OS VERMELHOS NAS TERRAS DO CACAU: a presença comunista no sul da Bahia (1935-1936).

diversas menções ao “tempo de Marcellino” onde os indígenas me relataram o que ouviram de seus antepassados. Falaram-me sobre as batidas policiais inesperadas, que frequentemente incluíam espancamentos, sobre conviver com a possibilidade de latente de novas ações violentas:

Não dava pra saber onde era o próximo lugar que eles iam. Dava na cabeça deles e pronto. E entravam, revirava tudo, batia, apontava arma, dava tiro. Então era medo. E nada de Marcellino. Porque ele ia mesmo era pro mato. Ele sabia. Era guerreiro. (MATIAS, 35 anos<sup>38</sup>)

Ele não aceitava como tava a situação dos caboclos, né? Foi todo mundo se espremendo, mais cá pra dentro, porque em Olivença foram tomando. E ele ajudava muitos índios com as coisas, com papéis. Aí não gostaram disso e danaram a caçar ele pra dar fim. (NORA, 48 anos)

E as coisas eram difíceis pra índio, antes e depois dele também. Na época de pai mesmo, era costume chegar um e outro, botar roça, fazer casa. Fazia de amigo. Teve um que veio assim. Veio de amigo, puxava conversa perguntando até onde era a terra dele, de quem era a outra. Aí um dia botou cerca e disse que a terra de pai só ia até tal lugar. Que era dele e podia ir no cartório ver que tava registrada. Ele registrou depois que conversou com pai. E ainda perguntou se pai tinha queixa. Aí ele não caçou confusão. Os filhos tudo pequenos. (FRANCISCO, 65 anos)

Nos trabalhos de Couto (2003, 2008), assim como na obra organizada por Alessandra Mendes e Jaborandy Tupinambá (2014), que compila memórias de anciões e anciãs desse povo, há vários depoimentos que nos permitem perceber que Marcellino é significado como um guerreiro, um dos símbolos da resistência Tupinambá. Nessa última obra, uma anciã compartilha:

Eu lembro que muito dos papéis que chegavam para algumas famílias assinar, era atrás de Marcellino que iam para resolver. Se ele não soubesse, ele conhecia alguém que sabia. Por isso o perseguiram e deram o sumiço nele, por causa de sua inteligência. Acredito que depois dele, nasceram outros Marcellinos. Infelizmente era uma época de muitas covardias contra nós, foi na época que o cacau começou a reinar na região. Esses novos "Marcellinos" não conseguiram aparecer, porque foram mortos. Nessa época muitos parentes eram assassinados e nós ou não ficávamos sabendo ou simplesmente ficávamos calados. Não podia fazer nada, senão era fácil matar todo mundo e ninguém ficar sabendo (MARIA, 2014, p. 30).

Segundo Marcelo da Silva Lins (2007), Marcellino foi acusado de diversos crimes<sup>39</sup> que teriam sido praticados entre os anos de 1919 e 1936, a maioria dos quais não receberam

---

<sup>38</sup> Como dito, optei por atribuir nomes fictícios aos autores dos depoimentos que apresento ao longo dos capítulos para manter a discrição e não identificação dos indígenas.

<sup>39</sup> Marcelo Lins reporta também que entre as acusações dos crimes contra Marcellino estão dois assassinatos. Uma das vítimas seria sua companheira, morta em 1929. Note-se que essa acusação data do mesmo ano dos atos realizados na ponte sob o rio Cururupe.

investigações nem julgamentos<sup>40</sup> adequados. Em 1931, foi levado a júri sob a acusação de assassinato e foi absolvido. Voltou a ser preso em 1936 e chegou a ser transferido para Salvador e Rio de Janeiro onde seria julgado pelo Tribunal de Segurança Nacional como preso político. O último registro em documentos legais aponta que ele foi posto em liberdade em 1937 e nesse mesmo ano apresentou-se às autoridades policiais de Ilhéus. Entre os Tupinambá não há uma versão única quanto ao destino de Marcellino depois disso. Ouvi indígenas afirmando que ele foi morto a mando dos fazendeiros da região, outros que dizem que o guerreiro preferiu se manter nas matas (e longe de outras pessoas) até o fim de sua vida e há aqueles que acreditam na transmutação de Marcellino: teria se ‘encantado’, ou seja, que não teria experienciado a morte como outros seres humanos, mas sim passado a fazer parte do rol dos Encantados<sup>41</sup>. Essa última versão<sup>42</sup> aponta para a relação que o líder teria com esses seres espirituais que compõem o cosmos e que possuem lugar fundamental na cosmologia Tupinambá.

Para a discussão que estabeleço nesta sessão, interessa-me perceber que as diversas falas indígenas sobre as atividades de Marcellino apontam para a defesa dos modos de vida indígena em Olivença, a autonomia sobre seus espaços e seu direito à terra. Esses relatos contam sobre um indígena que enfrentou os coronéis, que protestou e atuou pelos direitos dos índios de Olivença, que possuía uma relação particular com os Encantados, mas também nos informam sobre a experiência de ser Tupinambá, uma existência marcada por incertezas, por conviver com violências praticadas por “quem podia mais”, pela hostilização e indiferença de muitos não indígenas do lugar. Abordarei esses elementos mais detalhadamente em outro momento da tese<sup>43</sup>, mas por hora, aponto que “a época de Marcellino” e sua trajetória, se conectam com (ou participam de) diferentes modos de subjetivação presentes entre os Tupinambá.

Daniela Alarcon (2013) comenta que depois desse enfrentamento comandado por Marcellino e das tentativas de contatar o Serviço de Proteção ao Índio em 1922 e 1936 também

---

<sup>40</sup> Em 2018, a Defensoria Pública da Bahia realizou um júri popular simulado de Marcellino, pelo qual ele foi absolvido de todas as acusações. Ver em <https://www.defensoria.ba.def.br/noticias/ilheus-juri-simulado-da-defensoria-absolve-o-indio-caboclo-marcelino-de-todas-as-acusacoes/>.

<sup>41</sup> Abordarei os Encantados de maneira mais detalhada nos Capítulos 2 e 3.

<sup>42</sup> Corroborando com essa última versão, Couto (2008) também ouviu de indígenas a afirmação de que Marcellino era capaz de “envurtar”, experienciar momentos de transposição da materialidade humana para assumir formas não-humanas (como um vulto). A autora ainda registra que essa é uma propriedade dos Encantados e que Marcellino, ao se refugiar no domínio desses seres (a mata), era capaz de manifestar. Em campo, ouvi de um interlocutor que a mata escondia Marcellino para protegê-lo.

<sup>43</sup> Ver Capítulo 2.

realizadas por ele, os índios de Olivença só conseguiram constituir um movimento para buscar reconhecimento oficial e reivindicar seus direitos na década de 1980. É célebre entre os Tupinambá a viagem empreendida por alguns deles até Brasília, quando procuraram o então deputado Mário Juruna e, anunciando serem de Olivença, disseram que buscavam ajuda para conseguir “terra, alimento, remédio e ferramenta”<sup>44</sup>. A autora também aponta duas transformações ocorridas no final da década de 1980 como fundamentais para compreender o desenvolvimento da mobilização Tupinambá a partir da década de 1990: na Constituição Federal de 1988, que reconheceu os direitos territoriais dos povos indígenas, e a decadência da economia cacaeira, que intensificou a precarização das condições trabalho de muitos indígenas que estavam em situação de trabalho fixo ou cultivavam roças por meio de acordos de meação.

Mas se é importante compreender o contexto que possibilitou essa articulação, reconhecendo certo momento do Estado democrático brasileiro e o contexto político e econômico sul bahiano, também é importante buscar compreender isso no âmbito das transformações das práticas dos sujeitos. Nos trabalhos de vários autores que abordaram a sociogênese<sup>45</sup> dos Tupinambá (COUTO 2003, 2008; VIEGAS, 2007, MAGALHÃES 2010, ALARCON, 2013), encontramos elementos para perceber que a mobilização desses indígenas se deu pelo empreendimento de diversos agenciamentos políticos e sociais, processados em diferentes frentes.

Magalhães (2010), por exemplo, aponta o engajamento de alguns Tupinambá, majoritariamente mulheres, desenvolvendo atividades de educação popular e junto à Pastoral da Criança na década de 1990. Ouvi os Tupinambá lembrarem isso em um Encontro de jovens e Anciões, evento organizado por eles em 2019, assim como ouvi eles lembrarem das indígenas que estabelecerem interlocuções com entidades como o Conselho Indigenista Missionário – Cimi – e a Associação Nacional de Ação Indigenista – ANAÍ – alguns anos depois, parcerias essas que contribuíram para a rearticulação das comunidades. Ademais, Sampaio (sd) lembra

---

<sup>44</sup> Ouvi menções a essa viagem de diferentes indígenas, inclusive de Cacique Alício, um dos viajantes. O episódio também é mencionado nos trabalhos de Couto (2003) e Alarcon (2013).

<sup>45</sup> Importa apontar que o termo sociogênese e não etnogênese indica certa escolha: assim como nos trabalhos com que dialogo, interessa-me considerar a trajetória dos Tupinambá a partir da década de 1980 nos termos de uma ‘reorganização’ desses indígenas e não como o ‘surgimento’ de uma identidade étnica. Oliveira (1998) já alertava para como o uso de termos como etnogênese podem veicular pressupostos equivocados que reduzem a compreensão desses processos de busca por uma cidadania diferenciada. De outro lado, penso que essa escolha é mais coerente com todo o material etnográfico que pude reunir ao longo da pesquisa de campo e durante meu contato com os Tupinambá de Olivença.

que nas duas últimas décadas do século XX, a mobilização indígena na Bahia foi intensa e permeada de conquistas como a homologação da Terra Indígena dos povos Quiriri, Caimbé, Pancararé, Pataxó de Coroa Vermelha e Pataxó de Mata Medonha. Esse cenário também foi marcado por outros processos de emergência étnica como entre os Tupinambá, os Tumbalalá e os Cantaruré.

Na linha de trabalhos que se ocupam desses processos no Nordeste brasileiro, tem sido constante o esforço por sublinhar que as trajetórias desses diferentes povos indígenas não devem ser pensadas em termos de ressurgimento, já que se trata de populações que jamais foram efetivamente extintas, como João Pacheco de Oliveira tem apontado com diferentes reflexões (OLIVEIRA, 2004; 2010; 2011). Há um conjunto<sup>46</sup> importante de artigos, teses e dissertações que, seja tematizando os processos de retomadas de territórios ancestrais ou abordando as práticas de afirmação étnica, têm colocado em relevo os protagonismos indígenas em suas existências, especialmente no que diz respeito às interlocuções com diferentes instâncias do Estado brasileiro de direito.

Entendo que as discussões que teço ao longo desta tese se coadunam com esse esforço e oferecem um contexto particular para perceber esses protagonismos indígenas a partir da etnografia que realizei junto aos Tupinambá de Olivença. Essa particularidade se refere não exatamente ao enfoque no tema ‘saúde indígena’, mas sim a uma questão de perspectiva, aos vários eixos (na formulação de demandas em saúde junto às equipes de saúde indígena, nas interações com profissionais de saúde, nas práticas de auto-atenção) em que esse protagonismo tem se processado.

Adicionalmente, considerando o rol de estudos que tematizam os Tupinambá de Olivença, também percebo a relevância e a pertinência da presente tese. Em meu levantamento bibliográfico não identifiquei nenhum trabalho que tenha se proposto a examinar, detidamente, as experiências desses indígenas com serviços de saúde. O trabalho de Ulla Macêdo (2007), que enfoca temas como reprodução e sexualidade, aborda experiências relacionadas a abortamentos, mas ainda que aponte a participação de serviços de saúde fora da aldeia nessas vivências, não oferece situações etnográficas que ultrapassem a esfera da atenção básica

---

<sup>46</sup> Os trabalhos de Alarcon (2013), Tofoli (2010), Barreto Filho (1994), Souza (2019), Pereira (2018), Pataxó (2018), Casé Angatu & Ayra Tupinambá (2018) são alguns exemplos, sendo esses dois últimos reflexões produzidos por indígenas.

disponibilizada nas comunidades. Além disso, a pesquisa conduzida pela autora enfocou a aldeia Serra do Padeiro, tal como boa parte dos estudos desenvolvidos junto aos Tupinambá, ao passo que o material que apresento aqui condensa percursos etnográficos que envolveram as comunidades Tupinambá que se encontram em maior contato com a cidade de Ilhéus e a rodovia BA-001. Ao destacar isso não estou sugerindo quaisquer distinções relacionadas à aldeia Serra do Padeiro, mas sim sublinhando todo o potencial etnográfico que reside nas demais comunidades Tupinambá, ainda pouco explorado.

#### **1.4. O povo Tupinambá de Olivença: resistência no sul da Bahia**

O primeiro documento formal elaborado pelos Tupinambá de Olivença e por meio do qual requeriam sua identificação chegou à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) no ano de 2000: a Carta da Comunidade Indígena Tupinambá de Olivença<sup>47</sup>. Apenas um ano e meio depois, em novembro de 2001, foi constituído um Grupo de Trabalho para realizar um levantamento da demanda fundiária. O reconhecimento oficial da Fundação quanto à existência desses indígenas, por meio de publicação de nota técnica, só foi emitido em maio de 2002.

Todavia, antes disso órgãos do Estado já haviam sido demandados a respeito desse povo<sup>48</sup>. Em 1996, por exemplo, uma assistente social enviou carta à FUNAI em Brasília solicitando que a instância fizesse um estudo e oferecesse assistência a cerca de 800 indígenas que viviam na região de Olivença. Antes de enviar essa carta, a profissional tinha contatado o Instituto Nacional de Seguridade Social para viabilizar aposentadoria de alguns e ouviu que “índio era com a FUNAI”, sem receber nenhuma orientação concreta sobre como chegar a essa instância (VIEGAS, 2007). Dois anos depois, o então chefe do Serviço de Assistência ao Índio da Administração Regional do órgão indigenista em Eunápolis visitou o distrito da Sapucaeira.

---

<sup>47</sup> A escolha do nome pelo qual se identificariam envolveu debate entre os indígenas e incluiu consultas a antropólogos e historiadores, até ser anunciada publicamente, em uma convocatória para a reunião a partir da qual se elaborou a supracitada Carta Aberta, ocorrida em fevereiro de 2000 no Acuípe. Evidências históricas amplas (registros de história colonial sobre a Vila de Olivença, relatos de Curt Nimuendajú, memória oral de índios e não índios), assim como dados arqueológicos, apontam os Tupiniquins e os Tupinambás como antepassados dos Tupinambá de Olivença (VIEGAS, 2007; PARAÍSO, 1989)

<sup>48</sup> Susana Viegas (2007) e Daniela Alarcon (2013) apontam que a FUNAI tinha conhecimento da existência de índios em Olivença desde a década de 1990. Essa última apresenta documentos do arquivo do referido órgão que atestam essa informação.

Essa visita e o relato produzido dela pelo funcionário, permitiu que o chefe do Departamento de Identificação e Delimitação – DEID – encaminhasse um documento à Diretoria de Assuntos Fundiários – DAF – solicitando a análise da informação relatada, “...dando conta de comunidade possivelmente Pataxó na região de Olivença.” (Carta de Antônio Silva, servidor da Funai, 24 de setembro de 1997, ADR/EUNÁPOLIS). Ocorreu troca de informações sobre a visita nas instâncias da Fundação, mas a demanda terminou ‘esquecida’.

O Grupo de Trabalho (GT) constituído para realizar o levantamento fundiário foi presidido pela antropóloga Susana de Matos Viegas, e em 2005 entregou um relatório preliminar à FUNAI. Foram solicitados esclarecimentos e houve nova morosidade do órgão para se posicionar diante dos detalhamentos oferecidos, de maneira que só em abril 2009 o Relatório Circunstanciado elaborado pelo GT, delimitando a Terra Indígena Tupinambá de Olivença – uma área de aproximadamente 47 mil hectares – foi aprovado. O processo seguiu para o Ministério da Justiça em 2012 e, em 2016, o Superior Tribunal de Justiça derrubou os últimos impedimentos jurídicos para a publicação da Portaria Declaratória pelo Ministro da Justiça. No entanto, isso não ocorreu e, em dezembro de 2019, o então Ministro Sérgio Moro devolveu o processo ao órgão indigenista para readequar o Relatório Consubstanciado à tese do Marco Temporal<sup>49</sup>.

Essa tese consiste em uma interpretação, produzida pela primeira vez durante o julgamento do processo de demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, ocorrido no Superior Tribunal de Justiça (STJ) em março de 2009. Na base do argumento está o entendimento que o STJ sugeriu para o artigo 231 da Constituição Federal: o trecho do texto escrito nos termos “...terra que tradicionalmente ocupam” deveria ser lido como “...terras que tradicionalmente ocupam na data de 5 de outubro de 1988.”. A interpretação acionada nesse caso, passou a operar enquanto texto, como se substituísse as palavras presentes no referido fragmento da Carta Magna, pois desde então, o Marco Temporal passou a influenciar decisões

---

<sup>49</sup> Os Tupinambá emitiram um documento intitulado “CARTA DE DENÚNCIA DO POVO INDÍGENA TUPINAMBÁ DE OLIVENÇA CONTRA O EX-JUIZ MINISTRO DA JUSTIÇA (SERGIO MORO), QUE VIOLOU ATÉ O JUDICIÁRIO” no qual denunciam o caráter abusivo da decisão, que se sobrepunha à segunda maior instância do poder judiciário brasileiro. A carta foi publicada em 28 de janeiro de 2020 no site do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural sediado na UFSC, a pedido de lideranças Tupinambá. Disponível em: [https://brasilplural.paginas.ufsc.br/2020/01/28/carta-de-denuncia-do-povo-tupinamba-de-olivenca-contr-o-ministro-da-justica/?fbclid=IwAR0h5yz\\_efte434tpdap5fejkfWGqgyGKITAPsXX0IOx8zuOdFZIUrFEEds](https://brasilplural.paginas.ufsc.br/2020/01/28/carta-de-denuncia-do-povo-tupinamba-de-olivenca-contr-o-ministro-da-justica/?fbclid=IwAR0h5yz_efte434tpdap5fejkfWGqgyGKITAPsXX0IOx8zuOdFZIUrFEEds)

em diversas instâncias do Poder Judiciário. Mas o que chama a atenção no caso da decisão tomada por Moro quanto a Terra Indígena Tupinambá, é que o processo já havia sido julgado pelo STJ em 2016, sem que o Supremo apontasse qualquer impedimento, relacionado ou não à referida tese.

Durante todo esse período foi intensa a mobilização dos Tupinambá e multiplicaram-se as formas utilizadas por eles para comunicar sua presença e as estratégias pela defesa de seu território, de sua existência. Em 2001, realizaram a primeira Caminhada do Cururupe, pela memória dos mortos no massacre empreendido por Mem de Sá e em homenagem ao índio Caboclo Marcelino. A caminhada passou a ser realizada anualmente desde então, e é um momento em que os indígenas anunciam publicamente suas demandas e sua história de resistência. O grupo inicia o percurso na igreja de Nossa Senhora da Escada e segue até a praia do Cururupe e realiza, além do ritual Poranci<sup>50</sup>, diversas falas em que tematizam a luta Tupinambá pela demarcação de seu território e sua história. Ainda no sentido de comunicar sua resistência, os Tupinambá passaram a enunciar sua presença histórica em Ilhéus na Puxada do Mastro de São Sebastião, festa realizada anualmente em Olivença<sup>51</sup>. Na mesma linha, iniciaram os processos de retomada<sup>52</sup> de suas terras, procurando defender seu território de diferentes ameaças. Essas estratégias ou caminhos de resistência também se comunicam pela participação vigorosa desse povo no movimento indígena nacional, articulando-se com outros povos indígenas em inúmeras manifestações em várias cidades da Bahia e em Brasília.

Similarmente progressiva tem sido a acentuação dos conflitos fundiários que passaram a ser sediados em seu território a partir da década de 1990<sup>53</sup>. Um mês antes de Sérgio Moro devolver o processo à FUNAI como mencionado anteriormente, os Tupinambá estiveram em Brasília, entregando uma Carta Denúncia à Delegação da União Europeia no Brasil e a várias autoridades jurídicas, na qual solicitavam investigação do envolvimento do presidente da

---

<sup>50</sup> O Poranci é um ritual por meio do qual os Tupinambá acionam os Encantados, entidades não humanas que ocupam lugar central na cosmologia Tupinambá. Escolho abordar mais detidamente sobre essa prática no Capítulo 2, quando o material etnográfico apresentado precipita essa discussão. Por hora vale mencionar que os trabalhos de Patrícia Couto (2008) e Erlon Costa (2013) oferecem discussões sobre o ritual, ainda que com enfoques diferentes.

<sup>51</sup> A puxada do mastro é abordada nos trabalhos de Couto (2001) e Costa (2013).

<sup>52</sup> As retomadas na aldeia Tupinambá Serra do Padeiro são abordadas detalhadamente da monografia de Daniela Alarcon (2013).

<sup>53</sup> Além do território Tupinambá de Olivença, o território Pataxó do Monte Pascoal e a reserva Caramuru-Paraguaçu dos Pataxó Hã-hã-hãe também passaram a ser foco dos conflitos fundiários que marcam o cenário do movimento indígena na Bahia desde as últimas décadas do século XX.

Agência Brasileira de Promoção Internacional do Turismo – EMBRATUR –, do prefeito da cidade de Una, do governador e do vice governador da Bahia e de outros parlamentares, em um lobby para favorecer a rede de hotelaria portuguesa Vila Galé e encerrar o processo de demarcação do Território Tupinambá. O que fundamentou a denúncia foi a divulgação de um ofício enviado pelo presidente da autarquia à FUNAI em julho de 2019, em que manifestava “seu interesse no encerramento do processo de demarcação de terras indígenas Tupinambá, mais especificamente localizadas em Una e Ilhéus” e afirmava contar com o apoio do órgão indigenista para viabilizar a construção de um polo turístico planejado pela rede Vila Galé<sup>54</sup>.

Esse acontecimento, de fato, anunciou um novo modo de aviltamento a direitos indígenas no país, pois foi a primeira vez que uma instância do Estado exerceu pressão ostensiva sobre outra para favorecer interesses de iniciativa privada estrangeira e registrou em documento oficial a atividade. Todavia, a existência dos Tupinambá, assim como a de muitos outros povos indígenas, tem sido atravessada por constantes tentativas de mortificação, comunicadas por ameaças e tentativas de assassinato de lideranças, pela demora de demarcação de seu território e pelas repetidas investidas que criminalizam suas práticas de resistência.

Em fevereiro de 2019, o cacique Tupinambá da aldeia serra do padeiro, Rosivaldo Ferreira da Silva (cacique Babau<sup>55</sup>) denunciou ao Ministério Público Federal ameaças de morte<sup>56</sup> a ele e sua família. Entre outros elementos, na denúncia Babau alertou sobre um plano formulado por fazendeiros, policiais civis e militares da região, que arquitetava simular uma blitz de trânsito, simular trocas de tiros e implantar entorpecentes entre os pertences dos indígenas, culminando com o assassinato de Babau, sobrinhas e irmãos. O indígena comunicou a denúncia por meio de uma carta que também foi endereçada a diversas autoridades brasileiras

---

<sup>54</sup> O ofício foi divulgado em matéria do site The Intercept Brasil em matéria publicada em 28 de outubro de 2019. Ver anexo.

<sup>55</sup> Em 2014 foi expedido um mandado de prisão contra Babau porque se negou a depor em um inquérito policial que investigava o assassinato de um produtor rural da região. Ele foi considerado mandante do crime e chegou a ser preso, mas uma liminar do Superior Tribunal de Justiça decretou sua liberação em seguida. Já em 2016 ele foi novamente preso junto com o irmão, durante uma reintegração de posse. A Polícia Federal justificou a prisão informando que eles estariam armados e resistiram à ação. Ambos foram soltos logo após a audiência de custódia.

<sup>56</sup> A ameaça a Babau não é um caso isolado entre os Tupinambá. Em 2019, durante a caminhada do Cururupe, um dos caciques atrasou sua participação no evento porque motoqueiros passaram pela entrada da aldeia que ele lidera disparando tiros para o ar. Trata-se de um cacique que já recebeu ameaças de morte de produtores rurais da região.

e estrangeiras. Na época, o site *De Olho nos Ruralistas* publicou matéria sobre o fato, onde o cacique se pronunciou:

Eu e minha família nunca mexemos com droga, queriam que o Brasil acreditasse que somos traficantes e iam nos assassinar (...) Quem luta pelos direitos do nosso povo nesse país está correndo risco de vida. O que fizeram comigo é uma covardia. Eu seria assassinado duas vezes, acabariam com a minha honra. Na nossa aldeia, ninguém usa droga e nem mexe com isso. (DE OLHO NOS RURALISTAS, 2019)

O caráter contundente da fala de Babau, e o conjunto de acontecimentos que permeiam a luta dos Tupinambá pela defesa de sua existência aqui mencionados, nos convidam a ponderar sobre como o golpe iniciado em 2016 instaurou um cenário genocida para os povos indígenas do Brasil. Desde então temos deparados com o esfacelamento dos pilares do estado democrático de direito comunicado pela inversão no funcionamento das instâncias do Estado, pela produção de um intenso jogo discursivo e por práticas não discursivas que subverte os fundamentos dos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988.

A antropologia brasileira tem estado atenta a essas transformações, produzindo reflexões poderosas pautadas em etnografias, bem como contribuições de caráter mais ensaístico. Sônia Maluf (2018b), por exemplo, pautando um conjunto de pesquisas que se encontravam em torno do interesse teórico de tematizar políticas públicas desde sua formulação até o cotidiano das instituições e serviços, pondera que em 2014 os trabalhos empreendiam discussões sobre os resultados de algumas décadas da construção de políticas públicas voltadas para a população, ao passo que, em 2017, deparava-se com uma série de transformações que no modo de operação das instâncias do Estado e na execução de diversas políticas públicas. A autora é precisa ao apontar que o golpe iniciado em 2016 marcou o surgimento de diversos movimentos de oposição a qualquer política pública de caráter social, tais como a perseguição a docentes protagonizado pelo projeto Escola sem Partido, o retorno a práticas repressivas com moradores em situação de rua e o desmonte de políticas sociais voltadas à saúde, educação, direitos em geral.

Efetivamente, uma das direções em que esse retrocesso tem se desdobrado de maneira pungente é o campo das políticas públicas de saúde. O esvaziamento dos espaços de controle social, o aumento de casos de doenças antes de baixa incidência no país – tais como sarampo, febre amarela e tuberculose –, a Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou gastos e orçamentos em saúde por 20 anos, o retorno de políticas de internação compulsória para certos

segmentos da população (como usuários de crack e outras drogas) são acontecimentos que ilustram o desmonte da estrutura de um Estado de bem estar social construído após a Constituição Federal de 1988. As medidas adotadas no Governo de Jair Bolsonaro, por sua vez, têm alavancado esse processo: doenças como a Tuberculose e a Hanseníase, por exemplo, perderam pastas orçamentárias e administrativas autônomas e foram incluídas no Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais. No campo da saúde mental, a rede substitutiva está sendo progressivamente desmontada forçando o retorno da centralidade do hospital no contexto psiquiátrico (SOUSA; JORGE, 2019). É importante destacar isso para sublinhar que o cenário nefasto que os povos indígenas têm vivenciado se insere em um momento de crise democrática do país e, ao mesmo tempo, chamar atenção para as maneiras pelos quais esse desmonte tem sido praticado no que diz respeito a esse segmento da população brasileira.

As situações descritas até aqui e que envolvem o direito originário à terra e a competência da União em demarcá-las e protegê-las são emblemáticas desse momento do país e ilustram como ele tem afetado os povos indígenas. Entretanto, o que tem estado em jogo, o que tem estado sob contestação é a responsabilidade do Estado para com as vidas da Nação. É importante ponderar que a ameaça a essas vidas têm assumido diferentes frentes, atingido a diferentes segmentos da população brasileira e promovendo a violação de diferentes direitos sociais.

No que diz respeito ao direito indígena à saúde, em março de 2019 o então Ministro da Saúde Luíz Henrique Mandetta declarou sua intenção de dissolver a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. O órgão, ligado diretamente ao Ministério de Saúde, é responsável pela coordenação e execução de políticas de saúde para os povos indígenas e é por meio de suas ações de gestão sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS –, que o Estado se propõe a oferecer atenção diferenciada e integral à saúde para esses povos. Com a medida a SESAI passaria a ser um departamento da Secretaria de Atenção Primária (antes Secretaria de Atenção Básica), assumindo um caráter meramente executor das ações em saúde indígena, e caberia aos municípios o planejamento e execução da atenção à saúde indígena. Além disso, ignorava-se o caráter diferenciado da saúde indígena e as especificidades que caracterizam as necessidades de atenção à saúde a esses povos. Adicionalmente, essa municipalização seria, pois, um movimento totalmente oposto ao que todo o debate nacional sobre a garantia do direito

à saúde indígena apontava desde a década 1980: a manutenção das instâncias decisórias em nível federal e o fortalecimento da participação indígena em todos os processos.

À época do posicionamento de Mandetta, diversas lideranças indígenas já haviam se posicionado contra a medida e depois do anúncio, o país assistiu a uma intensa mobilização de dos povos indígenas – que incluiu ocupação de prédios públicos na capital e em outras cidades, além do fechamento de várias rodovias estaduais e federais – denunciando o caráter antidemocrático e anticonstitucional da mudança planejada pelo governo. Após essa pressão, o Ministro recuou e decidiu manter a SESAI. Essa vitória, entretanto, não amenizou a precarização do funcionamento dos Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS –, precarização essa agudizada pela chegada da pandemia de Covid-19 ao país<sup>57</sup>.

Os acontecimentos aqui recuperados ajudam a desenhar o cenário que tem caracterizado o movimento indígena nacional, mas o que pretendo destacar ao listá-los é a imprevisibilidade com que os povos indígenas passaram a lidar desde o início do governo de Jair Bolsonaro. Os modos de enfrentamento dos Tupinambá de Olivença a essa instabilidade das instâncias de democráticas, serão abordados quando oportuno ao longo dos demais capítulos desta tese.

### **1.5. Algumas informações sobre os Tupinambás de Olivença e seu território atualmente**

Os estudos realizados para a demarcação da Terra Indígena Tupinambá de Olivença em 2004 estimaram a existência de aproximadamente 3.500 indígenas e a de inúmeros parentes fora dela. Em 2012, a SESAI contabilizava mais de 4.500 pessoas, mas se reconhecia a imprecisão do cadastro que possibilitava a estimativa. Em agosto de 2020, de acordo com dados do polo-base de Ilhéus, os Tupinambá de Olivença totalizam mais de 7.155 indígenas, sendo 49,31% desses do sexo feminino e 50,69% do sexo masculino. Essas pessoas se distribuem em 41 localidades<sup>58</sup>, sendo algumas delas, áreas de retomada. São 13 os caciques Tupinambá, e

---

<sup>57</sup> Abordarei o funcionamento do Sasi-SUS entre os Tupinambá nos demais capítulos da tese. No capítulo 4, descreverei a chegada da pandemia às aldeias e os enfrentamentos a ela.

<sup>58</sup> Para fins de organizar seu processo de trabalho e facilitar a comunicação, a equipe de profissionais do Polo-base de Ilhéus passou a adjetivar algumas dessas localidades, em alguns casos seguindo certas descrições já em uso pelos indígenas – como Acuípe de baixo I e II, Acuípe do meio I e II, Acuípe de cima I e II, Sapucaeira I e II, Olivença sede I, II, III, entre outros. O número de 41 aldeias apresentados aqui contabiliza todas essas separações.

alguns deles representam o povo de mais de uma localidade. Enquanto a maioria dos caciques (onze) é composta por homens, há muitas outras lideranças femininas, que desempenham funções na saúde e na educação.

A área habitada por esses indígenas compreende cerca de 57 mil hectares, começando no baixo relevo da costa baiana, a cerca de 10 km da cidade de Ilhéus – um pouco antes do distrito de Olivença, portanto – e se estendendo até um trecho de topografia montanhosa, marcado pelas serras das trempes e do padeiro. A maior parte do território integra o município de Ilhéus, mas também abrange parte dos municípios de Una e Buerarema. É uma região de Mata Atlântica, cortada por vários rios e alguns manguezais. Nessa extensão, a área mais intensamente habitada se situa nos arredores de Olivença, entre os rios Acuípe e Sapucaeira – localidades como Olivença, Santana, Sapucaeira, Itapoã, Acuípe. (Mapa 1)

Em várias comunidades<sup>59</sup> que visitei, os indígenas dividem espaço com não indígenas e essa presença não se restringe apenas às aldeias próximas à rodovia BA 001<sup>60</sup>. Apesar da área estar delimitada, soube de comercialização de terra praticada entre não indígenas em pelo menos duas localidades. Essas presenças afetam fortemente a vida nas aldeias, pois favorecem o fortalecimento de igrejas evangélicas, trazem para o cotidiano da aldeia episódios de violência relacionados a pequenos delitos<sup>61</sup> e acentuam a insegurança causada por conflitos fundiários. Soma-se a isso o fato de que essas presenças constituem um elemento que contrasta com a socialidade Tupinambá, pautada sobretudo por um denso conjunto de experiências compartilhadas e reiteradas, relacionadas a formas de estar no espaço e de vivenciar a vida cotidiana. Ao analisar essa socialidade, Susana Viegas (2007) demonstrou como ela se desdobra em uma série de particularidades socioculturais que perpassam aspectos prosaicos da vida tais como as formas de habitar, a convivência em torno da comida, as relações constituídas e

---

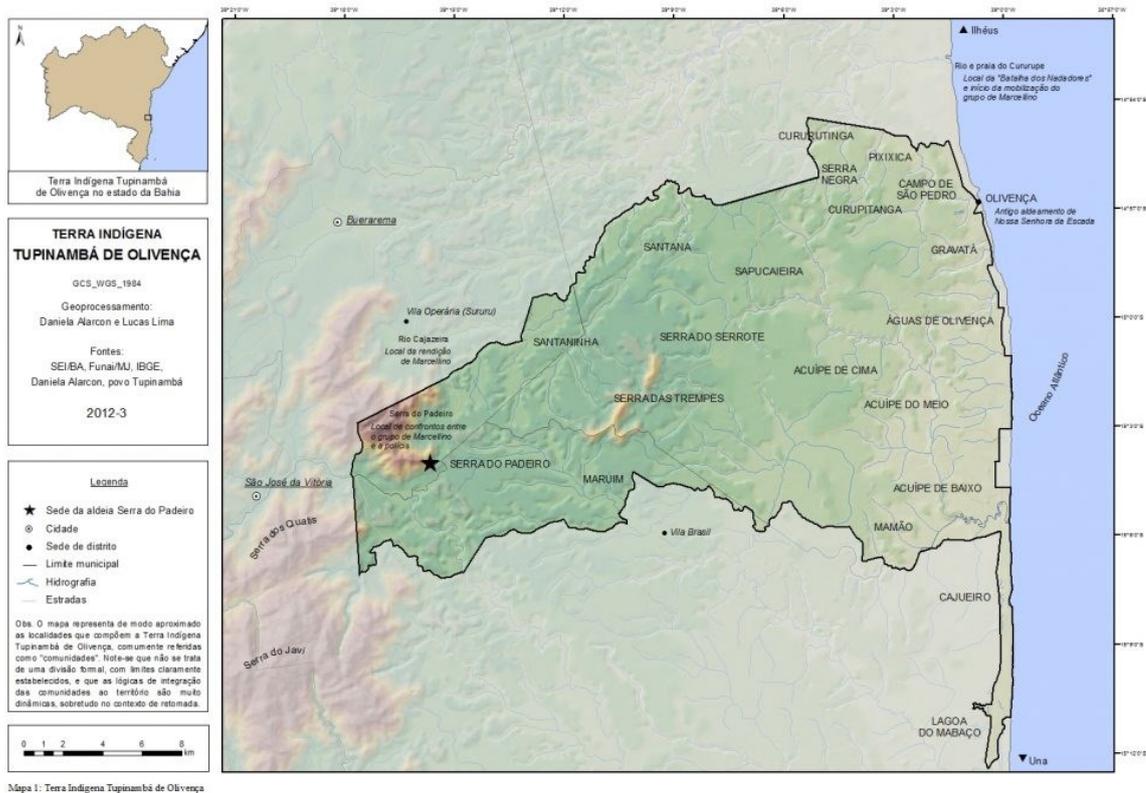
<sup>59</sup> Ao longo do trabalho voltei a usar os termos comunidades, aldeia e localidade como sinônimos, ainda que entre os indígenas tenha constado de maneira mais frequente apenas os dois primeiros.

<sup>60</sup> Importante deixar claro que minha etnografia foi construída com os Tupinambá que habitam aldeias mais próximas da rodovia BA 001 e da cidade de Ilhéus. Ao longo do trabalho de campo visitei as aldeias: Acuípe (em toda sua extensão), Águas de Olivença, Igalha, Olivença sede, Itapuã e Sapucaeira. Ressalto isso por haver uma série de produções bibliográficas na antropologia, produzidas principalmente a partir das pesquisas de Daniela Alarcon, que tem colocado sobre relevo os Tupinambá da Aldeia Serra do Padeiro, aldeia geograficamente mais próxima das cidades de Una e Buerarema do que da cidade de Ilhéus.

<sup>61</sup> Não é incomum que se tinha notícias de motoqueiros em fuga circulando pelo território depois de praticar pequenos delitos nas cidades próximas, ou depois de desavenças com entre facções rivais. No capítulo 3 narrarei a interrupção de uma atividade desenvolvida pela equipe de saúde em uma das áreas devido a episódios dessa natureza.

engendradas a partir disso. O modo ideal de habitar equivale ao que os Tupinambá chamam de “lugar” e engloba um conjunto de relações simultâneas de dependência e independência que se estabelecem um torno de um complexo constituído por casas, áreas verdes que as demarcam, caminhos, roças, córregos e mata.

Mapa 1: Território Tupinambá de Olivença



Fonte: Daniela Alarcon, 2013

A circulação dentro do território é possível por meio de trilhas que atravessam a mata e por estradas sem pavimentação. A travessia por essas últimas não é possível com qualquer tipo de veículo. Por isso, é comum que para ir de uma localidade à outra os indígenas utilizem a rodovia BA 001. Há linhas de ônibus que circulam por uma pequena parte do território, como nas localidades de Itapoã, Acuípe e Sapucaieira. Os indígenas utilizam essas linhas de transporte, mas é importante dizer que utilizá-las não os exime de grandes caminhadas. Além da quantidade

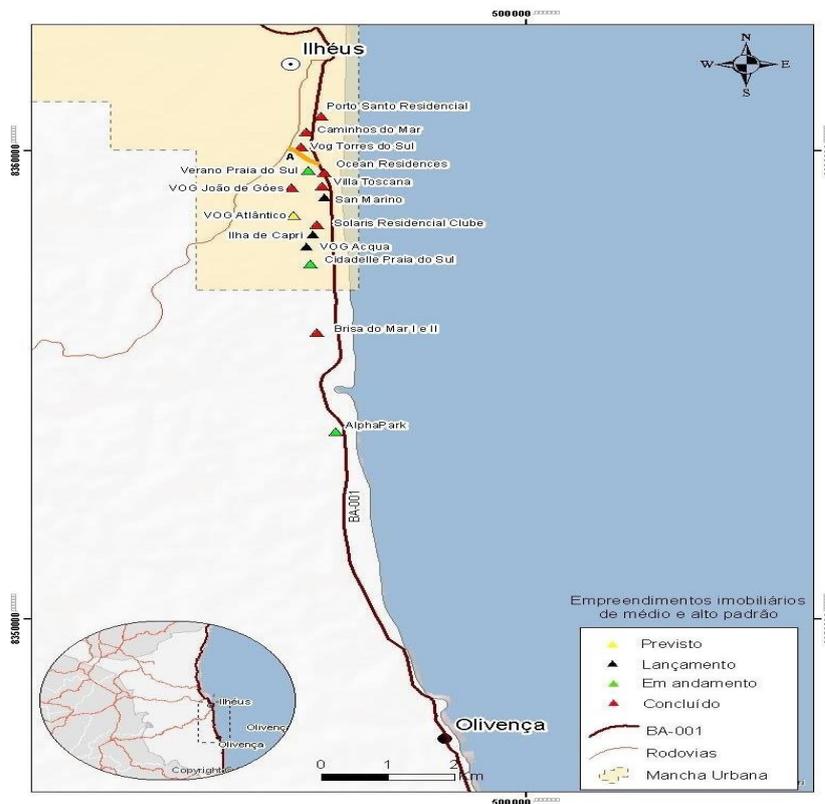
de veículos que fazem essas rotas ser limitada (horários duas vezes ao dia) comumente o fluxo é interrompido em um dos horários devido à inoperância dos ônibus. Não há horário preciso para a passagem desses transportes públicos; utilizá-los implica em esperar durante certo intervalo de tempo provável. Diante da precariedade das condições para locomoção, é comum usarem caronas para o deslocamento, conseguidas com outros indígenas e, eventualmente, com não indígenas.

Quanto às atividades desenvolvidas para seu sustento, são várias e diversas, mas as roças, a pesca costeira e o artesanato (em grande parte desenvolvido a partir da coleta sazonal de piaçava) são comumente praticados até por aqueles que possuem algum emprego formal. Muitos prestam serviço para as redes hoteleiras das proximidades, desempenhando funções diversas – vigilantes, auxiliares de serviço gerais, copeiros – ou atuam informalmente desempenhando atividades como jardinagem, serviços domésticos e de construção civil. Em algumas áreas o cultivo da mandioca e a produção/comercialização de farinha constituem as principais atividades de sustento. É o caso das localidades de Santana, Santaninha, Sapucaeira, Serra do Padeiro e Acuípe, como já apontou Viegas (2007). Nessa última aldeia, há a Associação Indígena dos Moradores do Acuípe de Cima – AITAC – que fortalece as atividades de agricultura e a comercialização de produtos como mel, farinha de mandioca e hortaliças.

Ilhéus e Olivença são conectadas pela BA-001, uma rodovia que se estende por boa parte do sul do litoral baiano e cuja continuação dá acesso às cidades de Una e Canavieiras. A travessia pela rodovia nos permite lembrar de como o mercado imobiliário tem afetado cada vez mais o interior do Brasil. Só entre Ilhéus e Olivença, separadas por 15 quilômetros, encontramos oito empreendimentos imobiliários de médio e alto padrão concluídos, quatro em andamento, três lançamentos e um previsto, todos próximos à rodovia (a Figura 1 ilustra alguns deles). Esses números contabilizam apenas as obras que estão em fase de ampla divulgação no setor imobiliário. Já no trecho entre Olivença e Una, encontramos dois grandes resorts e um grande condomínio de casas, localizados do lado da costa e em frente a estradas sem pavimentação que dão acesso a aldeias Tupinambá. Essa visão faz parte do trajeto dos Tupinambá quando se deslocam até Ilhéus.

Há três escolas<sup>62</sup> indígenas no território: em Serra do Padeiro, Acuípe de Baixo e Sapucaeira. Essa última, oferece ensino fundamental II e possui 18 núcleos em outras localidades responsáveis pela Educação Infantil e pelo Ensino Fundamental I. Com apoio municipal, existem as creches indígenas Amotara, localizada da aldeia Itapoã, e Katuana, em Olivença. O transporte de estudantes é feito com apoio estadual e enfrenta interrupções quando os contratos de licitação expiram. Embora não haja licenciatura indígena que envolva jovens da comunidade, há vários indígenas cursando licenciaturas e universidades públicas em Ilhéus e Porto Seguro<sup>63</sup>.

Figura 1 – Empreendimentos imobiliários comercializados entre Ilhéus e Olivença



Fonte: SPANGHERO (2018)

<sup>62</sup> Para uma discussão sobre as escolas Tupinambá ver a tese de José Valdir Jesus de Santana (2015).

<sup>63</sup> No curso de enfermagem na UESC fui professora de um aluno e alunas Tupinambá e, durante o campo, pude comparecer à colação de um indígena que concluía o curso de Administração.,

Fazem parte do cotidiano das aldeias assembleias periódicas, que sempre começam e terminam com a prática do Poranci e há eventos realizados anualmente que mobilizam habitantes de todas as aldeias e de outros povos indígenas do Nordeste, como o Encontro de Jovens e Anciões e os Jogos Indígenas Estudantis Tupinambá. Participei de alguns desses encontros e o que vi e ouvi me ajudou a aprender sobre os diferentes modos de resistência produzidos pelo povo Tupinambá de Olivença. Merece destaque sua capacidade de articulação com diferentes movimentos sociais da cidade de Ilhéus e de fora dela, assim como sua habilidade para ocupar lugares nos espaços de participação popular da cidade e de estabelecer parceria com não indígenas. Essa habilidade ficou evidente desde quando retornei a Ilhéus para iniciar a pesquisa de campo, mas mostrou contornos particulares diante da pandemia de Covid-19, como demonstrarei adiante.

\*\*\*

Argumentei ao longo desse capítulo que a presença indígena em Ilhéus é marcada pela resistência. Essa resistência que aponto estar presente entre os Tupinambá não é a mera sobrevivência deles. É um modo de vida em que ‘luta’ é o verbo que a mimetiza (ou um modo de vida comunicado pela palavra luta, mimetizado por ela). Ouvi muitas vezes em campo a palavra luta. Usavam se referindo à peleja pela demarcação de seu território ancestral, à persistência necessária de não se abalar com os olhares hostis que recebem quando circulam pela cidade, ou com os discursos que desqualificam (e contestam) sua indianidade, à necessidade de não se abater diante dos manejos empreendidos para criminalizar suas estratégias de reafirmar sua relação com seu território e sua presença, às demandas e dificuldades vivenciadas no cotidiano das aldeias em sua maioria decorrentes da vulnerabilidade de viverem em um território ainda não demarcado e dos efeitos de uma existência marcada por embates.

Ao destacar o uso da palavra luta, não estou afirmando que é por fazer uso dessa palavra que esse povo *faz* resistência. É antes, pelo efeito que esse conjunto de práticas e de enfrentamentos tem, pelo modo como se relacionam (ou como esses elementos se relacionam) com os modos e práticas de poder que interpelam esses sujeitos. Se na trajetória do povo Tupinambá de Olivença que resgatei aqui evidenciam-se a operação de diferentes modos de

poder que acionam variados dispositivos e práticas, também fica claro que elas foram (e são) acompanhadas por estratégias de luta empreendidas pelos indígenas. Refiro-me às articulações dos indígenas com os diferentes atores que surgiram com a elevação do aldeamento à vila, aos protestos empreendidos pelo Caboclo Marcellino, e a movimentos mais contemporâneos como as retomadas, as habilidades construídas para trilhar embates pela defesa do território nos termos lançados pelo Estado, os esforços para significar as disputas cotidianas que vivenciam de maneira que lhes habilite para a vida, para fazer a vida continuar. Trata-se de resistência porque cada um desses elementos atua como uma espécie de limite para relações de poder operantes, constituindo-se como “ponto de inversão possível” (FOUCAULT, 2009, p.18).

Essas diferentes estratégias de confronto empreendidas ao longo do tempo pelos indígenas de Olivença, também compõem a trajetória da cidade de Ilhéus, ainda que, como observei no início do capítulo, diferentes manejos discursivos e não discursivos concorram para sugerir distintas significações a elas. É nesse contexto atravessado por linhas de poder, em que estão implicadas complexas relações de luta e resistência, que os Tupinambá existem.

## **CAPÍTULO 2 – A DEMANDA EM SAÚDE MENTAL: UM CONTEXTO PARTICULAR DA INTERFACE ENTRE O SUBSISTEMA E O SUS**

Neste capítulo tratarei da demanda que recebi de lideranças indígenas quando me apresentei para iniciar a pesquisa de campo. Queriam ouvir minhas considerações sobre o aumento de quadros relacionados à saúde mental em várias comunidades indígenas. A solicitação me levou a percorrer as localidades apontadas pelos caciques e ainda contribuiu para que eu participasse de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde relacionadas a esses quadros. Embora não fosse um tema previsto na proposta inicial do projeto, a questão da demanda relacionada à saúde mental se revelou uma oportunidade singular para compreender as relações que os Tupinambá estabelecem com as políticas de saúde e perceber como se dá a mobilização de serviços da atenção básica e da atenção secundária (no caso os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) no atendimento dos indígenas.

### **2.1. Sobre *afetamentos*: considerações a partir das visitas a aldeias Tupinambá**

As comunidades Tupinambá que conheci diferem consideravelmente entre si, tanto no que diz respeito à quantidade de famílias, quanto às dinâmicas de interação presentes nelas. Como observou Cinthia Rocha (2014), entre as comunidades que integram o Território Tupinambá não há uma homogeneidade quanto aos aspectos territorial, social, econômico e político. Distintas formas de territorialidade (aldeias, retomadas, lugares de herança), bem como de organização sociopolítica, caracterizam essas comunidades e em muitas delas os indígenas se encontram cercados por não indígenas. Isso confere configurações socioespaciais próprias a cada área. No geral as casas são dispostas em fileiras, nem sempre contínuas, ao longo de estradas sem pavimentação. Em algumas localidades, habitações de não indígenas precedem e/ou sucedem o conjunto de casas indígenas que conformam uma espécie de vila, de modo que um visitante desacompanhado encontra dificuldade para saber quais famílias são indígenas e quais não são dentro do espaço. Essa configuração, por sua vez, não é particular a nenhuma forma de territorialidade, pois inclusive em aldeias consolidadas, observei a presença de não indígenas circundando a área.

Para atender ao pedido de apoio dos caciques, percorri seis<sup>64</sup> comunidades com o apoio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que atuavam nelas. Dentre elas, duas eram áreas de retomada<sup>65</sup>. Embora a dinâmica em cada um desses percursos tenha sido particular, em todas ocorreram conversas longas, caminhadas pelas comunidades e visitas a famílias. Inicialmente, expliquei a cada um de meus interlocutores que minha visita atendia a um pedido dos caciques que desejavam ouvir minhas observações sobre “os problemas de depressão, tentativa de suicídio, violência contra mulheres e crianças, uso de álcool, drogas”. A resposta dos Agentes a essa fala era variada: alguns se detinham a mencionar apenas os casos que estavam em tratamento junto à equipe de saúde, ou que tivessem recebido algum tipo de encaminhamento; outros descreviam com minúcia uma série de *afetamentos*<sup>66</sup> ao bem-estar das famílias, incluindo problemas para dormir, tristeza, desânimo, isolamento e conflitos domésticos, apontando inclusive os casos que já tinham recebido algum tipo de manejo da equipe de saúde.

Explicaram-me que sua atuação sobre essas situações envolvia conversas, aumentar a quantidade de visitas às famílias, relatar o caso a outras lideranças e aos enfermeiros das equipes. São esses profissionais de saúde que iniciam uma avaliação conjunta da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) a fim de identificar as possibilidades de suporte por meio do serviço. Esse suporte consiste, principalmente, na realização de consultas de enfermagem e com a assistente social que desencadeiam encaminhamentos para a rede de serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Assistência Social, mas podem envolver também acionamentos com as lideranças indígenas, tanto caciques, como lideranças indígenas que atuam na saúde e na educação. Embora a ênfase de suas explicações tenha sido

---

<sup>64</sup> A visita a última localidade apontada pelos caciques foi inviabilizada por conta da pandemia.

<sup>65</sup> As retomadas são áreas dentro das fronteiras da Terra Indígena Tupinambá que estavam em posse de não indígenas e que voltaram a ser ocupadas pelos indígenas. Todas são espaços tradicionalmente ocupados pelos Tupinambá. Como destacou Cinthia Rocha (2014), várias aldeias são retomadas que se consolidaram. Nesse sentido a ênfase dos agentes em apontar algumas comunidades visitadas como ‘retomada’ deve ser lida sobretudo sobre a chave da ameaça de reintegração de posse que ainda opera nas áreas assim nomeadas pelos indígenas. O tema das retomadas também é abordado na dissertação de mestrado de Daniela Alarcon (2013).

<sup>66</sup> Uso essa palavra para me referir àquilo que afeta o bem-estar dessas pessoas e diz respeito desde a alteração de funções orgânicas (como o sono e a alimentação), quanto a emoções e práticas (como certo uso de bebidas alcóolicas) que alteram os modos de estar e atuar em seu mundo social. A palavra me parece mais apropriada do que a ideia de ‘problema’, porque não qualifica antecipadamente essa modificação nas pessoas e no grupo e consegue comunicar a ideia de interpelação, de modificação. Outrossim, a escolha foi suscitada pela leitura que Deleuze (2002) faz das noções de *affectio* (afecções) e *affectus* (afeto) apresentadas por Spinoza, da qual depreende-se que a ideia de afeto remete à transição de potências de agir, e não a um estado do corpo afetado como a ideia de afecção. Nesse sentido, ‘afetamento’ me permite fazer menção a essas transições e, ao mesmo tempo, destacar o desfecho do ‘ato de afetar’.

em detalhar uma espécie de ‘fluxo de atendimento’ oferecido pela equipe e seu papel dentro dele, quando me exemplificavam casos de indígenas acometidos pelos *afetamentos*, os agentes demonstravam que suas ações ultrapassam esse desenho, pois envolviam um estado particular de atenção ao outro e a mobilização de outros indígenas para o cuidado<sup>67</sup>: “A gente tem que ir devagar. Com uns não dá nem pra falar direto, sabe. Tem que ir falar com alguém mais próximo, alertando. Aí fala um de um jeito, o outro fica mais perto e todo mundo vai prestando atenção pra ajudar a pessoa.”.

Em todas essas comunidades, havia pessoas em tratamento para depressão, em uso de medicação psicotrópica e em consumo abusivo de álcool. Esses marcadores, são também contabilizados pela equipe do polo base como agravos à saúde indígena, juntamente com tentativa de suicídio e violência não letal, pois são dados mensurados e enviados periodicamente ao DSEI. Além deles, os Agentes mencionaram os termos “tristeza”, “dificuldade para dormir” e “desânimo” para informar sobre os quadros que acometiam as famílias indígenas. Mas a maneira pela qual inseriam esses quadros nas descrições dos *afetamentos* oscilava: ao passo que alguns os listavam apenas como componentes do “problema de depressão”, outros os apontavam como elementos, algo dispersos, que têm estado presentes entre os indígenas e afetando seu “estar bem”, sem restringi-los à relação com depressão. Isso sugere que, pelo menos entre os Agentes, há maneiras diferentes de perceber essas ocorrências, pois alguns reconhecem já na presença de pequenas alterações (como dificuldade para dormir, por exemplo,) elementos que comprometem o ‘bem estar’ e que carecem de algum cuidado de sua parte (seja por meio da mobilização de outros indígenas ou pelo acionamento de outros membros da equipe de saúde). Ademais, destacaram com preocupação que o “problema da depressão”, afeta cada vez mais os jovens, embora não sejam exclusivas desse grupo; vários mencionaram famílias em que a maioria dos membros se encontrava em “tratamento de saúde mental”.

Quando questionados sobre o dia a dia nas aldeias, os Agentes apontaram uma série de elementos que precarizam a existência Tupinambá e que se relacionam com a vulnerabilidade das vidas indígenas frente ao território não demarcado e a presença de não indígenas, inclusive dentro desse território. Informaram sobre como muitos indígenas estabelecem relações de trabalho, em sua maioria informal, o que lhes leva a se ausentar das

---

<sup>67</sup> No Capítulo três, quando abordarei as experiências de indígenas nos serviços de atenção secundária e terciária, apresentarei histórias que também ilustram esse tipo de mobilização que os agentes indígenas realizam.

aldeias a maior parte do dia; e como as roças, ainda que sejam praticadas, não conseguem ocupar papel de centralidade nas atividades dos indígenas. A falta de demarcação do território, entre outras coisas, também implica em uma vulnerabilidade da própria roça à ação de não indígenas e incertezas quanto a sua viabilidade.

Adicionalmente, em algumas comunidades, apontaram-me a existência de relações predatórias entre indígenas e pequenos comerciantes não indígenas: os indígenas compram mantimentos em uma pequena venda e a contabilização dessa dívida nunca é clara, chegando a ser paga com faixas de terra<sup>68</sup>. Muitas dessas ‘vendas’ comercializam também bebidas alcoólicas, o que facilita o acesso a indígenas de várias idades às bebidas. Essa facilidade de circulação também foi apontada no que diz respeito à comercialização de drogas ilícitas, não necessariamente vinculadas aos estabelecimentos comerciais, mas sim à presença de não indígenas dentro do território, seja residindo na área, seja ‘de passagem’, beneficiando-se da dificuldade de acesso geográfico das áreas.

Todo esse detalhamento me foi contado pelos Agentes Indígenas de Saúde, lembrando de uma dimensão da tensão de ser Tupinambá que diz respeito a um imaginário dos indígenas que circula na cidade, a que me referi no capítulo 1. Embora apenas um dos AIS tenha feito menção a esses elementos, percebi os efeitos desse imaginário nas interações face a face entre indígenas e não indígenas quando circulei nos ônibus que os Tupinambá costumam usar. Por mais de uma vez observei certa evitação à presença deles: vi pessoas evitando sentar ao lado de indígenas que portavam indumentárias, e olhares de desaprovação insistentes dirigidos a eles. Também ouvi de indígenas menções ao “preconceito das pessoas” contra eles, um preconceito que está “em qualquer lugar, na rua, no ônibus” e que “dá pra perceber. A gente sente.”

Embora essas informações comuniquem o tom que os “problemas de saúde mental” assumem nas comunidades visitadas, escolho descrever mais detalhadamente algumas vivências que tive em uma delas, a de Águas de Olivença. Nela, além de terem ocorrido vários casos de tentativa de suicídio entre jovens, há famílias em que vários de seus membros apresentavam diferentes diagnósticos relacionados à saúde mental. Foi nessa aldeia que

---

<sup>68</sup> Daniela Alarcon (2013) também ouviu de indígenas esse tipo de relato, e os descreve como algo que foi muito comum ao longo do curso dos Tupinambá na região. Nos relatos que ouvi, o pagamento com terra foi apontado como algo que “já ocorreu”, como algo que ficou no passado, mas a falta de transparência nas relações comerciais foi mencionada como algo que persiste.

acompanhei a equipe de saúde com vistas a apoiar, “como antropóloga”, o desenho de um Projeto Terapêutico para algumas famílias, como detalharei adiante.

## 2.2. As visitas à Águas de Olivença

Partindo da rodovia BA 001, pode-se chegar à aldeia Águas de Olivença a pé percorrendo uns dois quilômetros de uma estrada de terra que se inicia ao lado de um ponto de ônibus. A estrada começa plana e se eleva progressivamente, tornando impossível a um caminhante anteciper a paisagem que o aguarda depois da ladeira que ele visualiza ao iniciar o trajeto. Ao longo desse primeiro trecho da travessia, há várias moradias (algumas com cercas e até mesmo muros) tanto de indígenas como de não indígenas. A partir da ladeira percorre-se um trecho em que as construções são mais escassas e a vegetação nativa é mais densa, até se atingir a parte central da aldeia, onde se concentra a maior quantidade de edificações, dispostas em duas fileiras paralelas e descontinuadas por ‘espaços verdes’<sup>69</sup> cuja composição é diversa. Eles variam tanto quanto a sua dimensão, quanto à combinação das plantas que apresentam: árvores frutíferas e não frutíferas, plantas de folhagem exuberante, canteiros com flores e hortas compoem a paisagem verde que circula e separa as construções.

Todas essas construções são habitadas por indígenas e ainda que muitas delas sejam feitas de taipa (estrutura de troncos de árvore com reboco de barro) e cobertas com telhas de amianto, há algumas confeccionadas em alvenaria. Esse último também é o material usado na construção da igreja evangélica Assembléia de Deus, localizada entre casas nessa parte central da aldeia, e frequentada por muitos moradores. Após esse trecho mais densamente povoado, há ainda outras casas, habitadas por indígenas e por não indígenas. A maior parte das famílias indígenas presentes no lugar tem como antepassado comum Manoel Almeida do Amaral (já falecido): são os descendentes dele e de dois de seus irmãos.

Embora haja várias roças familiares (cujo acesso se dá por meio de trilhas por dentro da mata), não há uma área comunitária na aldeia (como ‘cabanas’ que observei em outras comunidades), nem mesmo uma escola. A cacique da aldeia reside em uma aldeia próxima e as

---

<sup>69</sup> Viegas (2007) nomeou de quintais os espaços que separam e circulam as edificações com as quais as pessoas estabelecem relações pautadas em personalização e responsabilidade. Escolho nomeá-los de maneira distinta para marcar que nem todas essas áreas verdes possuem uma relação direta com as casas que as separam.

lideranças residentes na localidade são indígenas atuantes em escolas indígenas sediadas em outras comunidades. Disseram-me que quando se reúnem, o fazem na “casa” de alguém ou “embaixo do pé de manga”, uma árvore frondosa localizada em um dos espaços verdes de que falei e que divide espaço com outras árvores frutíferas como a jaqueira. A relação dos moradores do lugar com esses espaços, ilustrada aqui pelo uso das sombras das árvores como espaço de congregação, aponta para algo que Viegas (2007) já destacou: se a dispersão entre as áreas de habitação é algo característico entre os Tupinambá, também o é a ligação intrínseca entre plantas, edifícios e pessoas, de maneira que as casas estabelecem simultânea relação de dependência e independência. Mas ao passo que a independência é conferida pelo o fogo (onde cada mulher cozinha em sua casa), a dependência pode ser percebida pelos usos desses espaços verdes que são centrais para a criação de sentidos de habitar compartilhados e estabelecem uma espécie de relação de contiguidade entre as casas.

Durante minha primeira visita à localidade, em setembro de 2009, reuni-me com o agente de saúde indígena, com quem eu já havia conversado diversas vezes sobre a ‘situação’ da aldeia, seu sobrinho e a esposa dele. O casal tinha solicitado à equipe de saúde uma intervenção no crescente “problema com os jovens”. Pedi que me detalhassem de que se tratavam esses ‘problemas’ e falaram sobre uma “preocupação com os mais jovens” quanto à circulação de drogas dentro da aldeia, à facilidade de comercialização e consumo de álcool, e “depressão, tristeza”, que vinham se tornando cada vez mais comuns nesse grupo. Demonstraram certa economia ao abordar o tema, argumentando que era complicado tentar apontar envolvidos, pois afetaria o dia a dia na aldeia: “O cacicado tem mais a ver com o território, coisas mais abrangentes. Aí a gente pediu ajuda à equipe da Sesai”.

Quando perguntei sobre a participação dessa juventude nas atividades promovidas pela escola indígena e sobre as interações entre os jovens e adultos no cotidiano da aldeia, explicaram que as escolas desenvolvem atividades que são importantes para os jovens “entenderem e se orgulharem do que são” e passaram a informar que os “problemas” não eram exclusivos dos jovens. Disseram-me que praticamente em cada casa havia pelo menos um caso envolvendo uma dessas situações – depressão, abuso de álcool ou drogas, ou uso de medicação psicotrópica. Entretanto, continuaram enfocando os jovens como o centro da ‘preocupação’:

Quando a gente sai, eu que ando *assim*<sup>70</sup>... no ônibus, na rua, na estrada, é todo mundo olhando feio. E pra quem não sai assim não é diferente, porque dá pra saber de onde a gente vem, onde mora. Já pensa: ‘Ah, é esses que diz que é índio!’ e pensa que esses índios é coisa errada. Isso vai fazendo mal e em cada um faz um mal. É complicado pro jovem lidar com tudo isso. (Írio)

Lembraram dos conflitos em torno da demarcação do território, da trajetória de hostilização que marca sua existência no lugar, citando as violências praticadas na ‘época de Marcelino’ e de como a insegurança daquele momento da existência de seus antepassados ainda é algo presente. Perguntei então sobre essa dimensão de resistência que marca sua trajetória, sobre o que a comunidade acionava para se fortalecer. Falaram-me que o Poranci era realizado principalmente na escola<sup>71</sup> e disseram que na aldeia é mais difícil conseguir presença de muitos quando ele é realizado: “Tem um pessoal da igreja que entende que não pode fazer as duas coisas. Nem sempre vem todo mundo.”. Soube que praticamente todas as famílias têm pelo menos um membro que a frequenta.

O Poranci é um momento de comunicação com o cosmos, que envolve a participação de uma quantidade variável de pessoas. O condutor do ritual entoava cânticos (em tupi antigo e/ou em português), oferece o compasso de uma dança circular com movimentos corporais ritmados e é seguido pelos participantes. Segundo Erlon Costa (2013) nesse ritual os indígenas fazem referência a Jacy (a lua) e se comunicam com os Encantados. O autor relata também, segundo as lideranças, que esse ritual nunca deixou de ser praticado, mas não da forma como consegue ser praticado hoje, cantando trechos em Tupy. Foi a partir do contato com antropólogas e antropólogos que os Tupinambá conseguiram resgatar traços linguísticos e passaram a introduzir no ritual cantigas na língua antiga. O ritual é realizado em momentos diversos de encontro dos indígenas: antes de reuniões entre eles – como assembléias, aulas nas escolas e creches indígenas, de atividades comunitárias como multirões para construção de casas – e de eventos que envolvem a participação de não indígenas – eventos como os jogos indígenas, a caminhada do Cururupe e seminários.

Pude assistir ao Poranci diversas vezes durante o campo, mas alertaram-me que não estava vendo todo o ritual, já que havia uma parte que o antecedia, da qual participavam apenas indígenas. Em outra aldeia, ouvi indígenas fazerem uma separação entre ‘ritual’ e ‘Poranci’, referindo-se, respectivamente, a essas duas partes do rito: aquela de que participam apenas

---

<sup>70</sup> Ele apontou para colares, e desenhos de grafismos no corpo.

<sup>71</sup> As crianças e adolescentes frequentam escolas e creches indígenas em outras localidades.

indígenas e a que é assistida por não indígenas. No ritual, disseram-me, é mais profundo o contato com os Encantados – várias entidades não humanas que atuam no cosmos e fortalecem a existência dos Tupinambá. Refiro-me à existência para deixar claro o lugar central que esses seres ocupam na cosmologia Tupinambá. Vários trabalhos (COUTO, 2008; ALARCON, 2013; COSTA, 2013; ROCHA, 2014) têm apontado que os Encantados se fazem presentes em sonhos, e no Poranci, oferecendo orientações para superar dificuldades individuais (como enfermidades, por exemplo) e coletivas (como as ações de retomada) vivenciadas pelos indígenas. Mas minha vivência em campo me levou a perceber que a presença desses seres ultrapassa essas situações. Ouvi indígenas se referindo ao vento, a pássaros e a cheiros como formas de apresentação dessas entidades, oferecendo orientação, apoio e até mesmo vigor aos indígenas que são interpelados por elas. Importa recuperar isso para reconhecer que na diferente participação de indígenas evangélicos e não evangélicos no ritual podem residir elementos que auxiliam na compreensão desses diferentes *afetamentos* que afligem sobretudo aos jovens. Essa vivência que tive em outra aldeia me leva a questionar em que medida a moralidade monoteísta evangélica pode ser compatível com a prática do ritual já que ele é um momento em que os indígenas estabelecem contato com várias entidades que regem a vida. Estaria ela orientando o esvaziamento da participação de indígenas evangélicos nos rituais? Que formas de socialidade essa moralidade engendraria? De que maneira ela afetaria a produção de socialidade entre os Tupinambá?

Embora a conversa em Águas de Olivença tenha sido fluida, chamou-me atenção certa ‘economia’ para abordar alguns assuntos, a saber: a percepção sobre o ‘lugar’ do cacicado no que dizia respeito ao enfrentamento do ‘problema’ da aldeia; uma lógica de gestão de conflitos com outros moradores (indígenas e não indígenas) tanto no que dizia respeito à prática do Poranci quanto a possíveis embates relacionados à circulação de drogas<sup>72</sup> e a delimitação da ajuda requisitada à equipe de saúde em torno dos jovens.

Eu ainda lidava com essas inquietações quando, em meados de novembro de 2019, durante uma passagem pelo polo base de Ilhéus, encontrei a enfermeira que atua em Águas de Olivença. Ela me perguntou sobre minhas percepções durante a visita que eu fizera à comunidade. Relatou-me que tinha acontecido recentemente mais uma tentativa de suicídio:

---

<sup>72</sup> Ouvi falar de maconha e cocaína.

uma jovem de 24 anos ingerira medicamentos diversos que encontrara na casa. Ao perceber a tentativa, a família acionou a equipe de saúde, que providenciou um carro para levá-la até um hospital. Era a primeira vez que a jovem tentava o suicídio, mas além dessa situação o AIS informara que ideias de autodestruição, tristeza e apatia continuavam a ser comunicadas por outros indígenas.

O tom da enfermeira era de frustração, pois era a segunda tentativa de suicídio na mesma família. Antes, em janeiro de 2019, um irmão da jovem planejara se enforcar, mas fora impedido minutos antes pela família. Na oportunidade, a equipe multidisciplinar do polo-base desenvolveu ações na aldeia que envolveram um trabalho de escuta com esse e outros jovens afetados e suas famílias, através da realização de rodas de conversa. As ações objetivavam oferecer um espaço para “promover saúde mental” (em parceria com professoras da UESC) e o encaminhamento do garoto e outros jovens que comunicaram ou manifestaram quadros relacionados à saúde mental (ideias suicidas, tristeza, apatia) para tratamento no CAPS. Alguns desses jovens voltavam a apresentar nova ‘agudização’ do ‘problema’, mas não deram continuidade ao tratamento no serviço.

Na conversa comigo, a enfermeira buscava saber se eu percebera os indígenas reservados ou se tinham se aberto comigo, se eu tinha ideias que a auxiliassem a entender a incidência desses problemas e a como atuar diante deles. Explicou-me que ao conversar com a jovem que tentara suicídio, a abordagem não tinha sido ‘eficaz’:

Quando fomos conversar depois dessa tentativa, ela me disse que fez isso porque tinha ficado muito triste e se sentindo culpada depois de discutir com a irmã dela que está grávida. Aí falei pra ela que isso acontece, da gente magoar quem a gente ama, de se arrepender, mas que isso não é motivo para uma coisa tão extrema. É que essa atitude dela tinha abalado muito mais a irmã do que a discussão delas. Aí ela se fechou, não quis mais conversar depois disso. E eu demorei tanto para conseguir uma brecha, uma aproximação, e foi tudo embora por conta de uma coisa que eu disse e que não foi bem recebida. Desde o caso do irmão dela que tenho tentado me aproximar mais dessa família, e parece que é um passo pra frente e dois pra trás.

Ela relatou que, além de não dispor de uma equipe multidisciplinar completa (o único psicólogo que existia disponível para o NASI estava lotado em Euclides da Cunha e seria desligado no mês seguinte), o próprio AIS da localidade se encontrava ‘de atestado’, desmotivado e também em tratamento para depressão. Disse-me que acabara de iniciar visitas semanais em conjunto com uma das assistentes sociais do polo e que solicitara apoio de

professoras da UESC que, anteriormente, tinham ajudado a comunidade, mas não obtivera resposta dessa vez:

A gente tem tentado. É uma questão específica, delicada, e foi importante contar com a ajuda desse pessoal da UESC que tinha experiência em Saúde Mental. Mas o problema persiste. Começamos um trabalho para desenhar um PTS<sup>73</sup>. Você pode ajudar a gente?

Na semana seguinte passei a acompanhar as duas profissionais, o AIS e um técnico de enfermagem (um indígena residente em outra localidade) nas visitas objetivando realizar rodas de conversas. O foco da equipe era o cuidado a duas famílias: a da adolescente que apresentara a tentativa de suicídio e a de sua tia, cujos filhos já tinham sido encaminhados ao CAPS (por manifestar apatia, tristeza e pensamentos suicidas), mas não deram continuidade ao tratamento. Apesar desse enfoque, o convite feito pelo AIS, que é irmão das mães das duas famílias, se estendeu a outras famílias que vivenciavam afetamentos em saúde mental. No primeiro encontro, compareceram as mães das duas famílias, algumas de suas filhas, o AIS, e a anciã matriarca de todas as famílias envolvidas.

Na primeira roda de conversa de que participei, a assistente social iniciou o encontro explicando que a fim de oferecer a ajuda que eles solicitaram, a equipe de saúde estava procurando parcerias fora da equipe do polo, e por isso eu estava lá. O tom da reunião se processou em torno dos ‘problemas de depressão’, seguindo uma linha temporal entre o ‘antigamente’ e o ‘de uns tempos para cá’. Os indígenas iniciaram uma narrativa sobre outras vivências que tiveram com esses infortúnios. Lembraram-se de sua infância e mencionaram três parentes que “tiveram esses problemas”, descrevendo com isso indígenas que viviam longe dos demais, que não participavam de atividades coletivas e que cometeram suicídio: “Mas não era como agora. Esses eram parentes de mais longe. E não era gente nova.” disse uma indígena reforçando a particularidade do que viviam naquele momento. Ao final da reunião, a equipe sugeriu que os encontros seguintes podiam ser divididos entre dois momentos: um reunindo os

---

<sup>73</sup> A sigla se refere ao Projeto Terapêutico Singular. Trata-se de um conjunto de propostas terapêuticas desenhadas para um indivíduo, uma família ou um grupo a partir de uma discussão coletiva entre os membros de uma equipe interdisciplinar. Em se tratando do SUS, é um dos instrumentos que facilita a atuação das Equipes de Saúde da Família em articulação com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Esses núcleos apoiam o atendimento em saúde oferecido pelas equipes de atenção básica por meio de consultas e visitas domiciliares com profissionais especialistas como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos entre outros. No Sasi-SUS, os Núcleos Ampliados de Saúde Indígena – NASI – são uma espécie de equivalente dos NASF e utilizam estratégias como o desenho de PTS.

filhos e filhas da anciã e outro envolvendo os netos, netas e bisnetos e a ideia agradou especialmente aos jovens. Combinou-se que as próximas reuniões ocorreriam com os adultos, para dar continuidade aos relatos que tinham sido iniciados naquele dia, e depois iniciariam os momentos com os jovens.

Nas demais rodas de conversas<sup>74</sup> realizadas com o grupo dos adultos, ocorridas entre novembro e dezembro, os indígenas continuaram o movimento de falar de si, resgatando a trajetória de seus antepassados, especialmente de seu pai, Manoel Almeida do Amaral. Nas narrativas sobre suas infâncias no lugar foi marcante a descrição da violência praticada por não indígenas em torno da disputa pela terra. Alguns falaram de como era comum que não indígenas tentassem se apropriar das terras ocupadas por indígenas e de como contestar isso podia repercutir em agressões ou morte:

Chegava um comprava um pedaço de terra lá mais pra perto da estrada e ia entrando, dizendo que tinha comprado de alguém. Com pai mesmo aconteceu. E por isso dava confusão, até morte se fosse teimar. (Sílvia)

Chamavam nós de caboclo pra se desfazer, achava que a gente era tudo cachaceiro, que não valia nada. (Lívia)

Quando andavam atrás de Marcelino, entrava na casa dos índios e batia, ameaçava. A própria polícia. Era uma vida dura e chegava gente que achava que podia fazer o que queria com nós, tomar terra, matar. (Plínio)

Os eventos de violência foram mencionados como algo que estava prestes a irromper, algo que cimentava uma espécie de terreno existencial repleto de inseguranças. Convivia-se com a possibilidade de que alguém contestasse a terra e que isso gerasse agressões ou morte, com a hostilização de pessoas que os consideram ‘sem valor’, com a presença de um poder de Estado (a polícia) que também compartilhava e endossava esse imaginário e que representava também mais uma fonte de violência.

Ao mesmo tempo relembrou o trabalho incessante no cultivo da terra, a figura do pai como o centro desse cultivo e, como uma figura em torno da qual a agregação se dava:

Pai era índio bravo e de ordem dura. Falava pouco, e eu via pouco ele porque ele tava sempre na terra(...) trabalhando nela. (Plínio)

---

<sup>74</sup> Combinei com a equipe que não participaria dos primeiros encontros com os jovens pois as profissionais desejavam conhecer a receptividade deles à minha presença. Quando me convidaram a integrar os encontros, fui impedida pela restrição de circulação causada pela pandemia de Covid-19.

Ele era um protetor de nós. Chegava com o que faltava da feira, não deixava faltar o que precisava. E não queria saber de confusão e teve gente que caçou com ele. Mas tudo dele era nós e nós era quase tudo pequeno. (Noêmia)

Acho que pai também podia ter depressão e era agressiva. (...) Ele bebia muito e era de ordem dura.(Lívia)

Os depoimentos acima e outras descrições dos indígenas durante os encontros informam sobre certa disposição dos afetos dessa figura paterna, que era ao mesmo tempo ‘rípido’ nas relações com os membros da família (“bravo”) e ‘pouco combativo’ (ou pouco disposto a embates e conflitos com os não indígenas). Nessa disposição, a “ordem dura” indicia, ao mesmo tempo, a rigidez com que esse pai operava nas interações familiares e um estado de atenção constante para evitar conflitos com não indígenas, como uma tática para garantir a sobrevivência. O hábito de falar pouco associado ao pai é constantemente apontado pelos próprios Tupinambá como algo que é característico dos índios de Olivença. Como Susana Viegas (2007) destacou, tanto o estilo de conversação (que envolve desde a entonação, a pausas presentes na fala) quanto os modos de estar (postura corporal, direcionamento de olhares durante uma interação) constituem estéticas de ação, pois eles compõem certa atitude que possui um lugar central no processo de identificação dos Tupinambá.

Ainda que tenham sido poucos os encontros com os membros dessa família, aquilo que compartilharam ajuda a esquadrihar certo fundo em que se desenham os afetamentos em saúde mental nessa comunidade. As lembranças sobre a constante ameaça de conflitos pela terra, o ensinamento direto do pai sobre ‘evitar confusão com não indígenas’ e que se estendia a essas estéticas de ação transmitidas por seu ‘jeito’ informam sobre elementos que compõem sua subjetividade e que são acionados para pensar e agir sobre o agora. Não estou sugerindo que em todas as comunidades Tupinambás a relação entre esse tipo de conflito histórico aqui descrito desemboca em questões de saúde mental, tampouco que esse tipo de conexão que esses indígenas fizeram nas rodas de conversa (entre os infortúnios presentes e a estética de ação de antepassados) represente uma espécie de encadeamento que pode ser observado entre povos que enfrentam conflitos semelhantes. A rigor, estudos como o de López (2013), apresentam narrativas indígenas sobre suicídios colocando-os na grade da desposseção territorial e da desarticulação comunitária, ou seja, na não-resistência dos indígenas. Mas a meu ver esses indígenas com quem conversei conferiam um enquadre para a questão dos suicídios onde o que salta é a habilidade de resistir a situações de violência e desequilíbrio nas comunidades.

Nas falas, a figura do pai (Manoel Almeida do Amaral) é apontada como um sujeito cuja forma de existir é segura, um sujeito que oferece uma maneira menos arriscada de viver frente às ameaças e incertezas de ser indígena em Olivença. Essa forma de cursar a vida que o pai exemplifica é marcada pela economia de conflitos, por uma ética nas interações que orienta o uso comedido da fala, a habilidade de manejar cuidadosamente interações que potencialmente poderiam desencadear maneiras violentas de dissolver disputas ou conflitos. “Falar pouco”, “Ter ordem dura” (sobre si e sobre os de casa), conduzir um cotidiano que orbita entre o cultivo da terra e o cuidado com os seus, são elementos que caracterizam essa ética.

É interessante perceber que essa figura paterna aciona um registro diferente daquele que é comunicado pela figura do Caboclo Marcellino, que foi lembrando por um dos participantes da roda de conversa como “um guerreiro”, como um indígena cuja vida foi um combate repleto de conflitos. Como foi apontado no capítulo 1, o Caboclo Marcellino é um emblema da resistência Tupinambá. Pelos indígenas ele é descrito como um Tupinambá que fez frente às investidas contra a existência de seu povo. Contam como Marcellino auxiliou aqueles que eram explorados em relações de trabalho e como protestou diante da progressiva ocupação de Olivença por não indígenas, o que obrigou os Tupinambá a ocuparem terras mais ao interior da rodovia BA 001 ao mesmo tempo em que os deixou cada vez mais vulneráveis às ações dos novos moradores que procuravam posses e um novo futuro na região. Mas os depoimentos dos indígenas que participaram da roda de conversa, nos levam a considerar que, ao mesmo tempo em que simboliza a resistência Tupinambá, a trajetória de Marcellino também remete a uma existência longe dos seus, a ser alvos de perseguições, à tortura e à criminalização: “Ele vivia escondido na mata, longe. Ninguém sabia dele, caçavam ele nas casas dos outros índios, ameaçavam (...) como se ele fosse bandido.”.

O uso intenso de bebida alcoólica, sobretudo de cachaça, também foi mencionado como um traço marcante da figura paterna (Manoel Almeida do Amaral). Às menções a esse uso o sugerem como algo que provocava ao mesmo tempo uma ‘suspensão’ e um ‘distanciamento’ das relações, especialmente as familiares, mas sem impedir a continuidade da vida: “Ele bebia muito, mas no dia seguinte tava na lida do mesmo jeito.”, “Trabalhava e trabalhava. Aí vinha a hora da cachaça, né?!”, “...e se chegava bebido, aí é que não tinha conversa com ninguém de casa. Mas às vezes ele se desentendia com a mãe também.”. Viegas (2007) descreveu o uso da cachaça entre os Tupinambá como um elemento que permitia a

oscilação do ‘caboclo cismado’ ao ‘caboclo expansivo’, possibilitando a alternância de modos de ser. Ainda que as falas citadas marquem que o uso da cachaça não flexibilizava a rigidez do pai nas interações familiares, o apontamento da autora nos convida a pensar sobre que alterações seu uso possibilitava para as interações do pai fora de casa, que envolviam outros indígenas e não indígenas. A cachaça poderia oferecer momentos de interação mais simétricos junto a não indígenas?

Ademais, os depoimentos nos convidam a perceber que a violência advinda de conflitos fundiários não se limita apenas a violência física, ela se desdobra e se perpetua como indiferença e hostilização de não indígenas, como julgamentos morais à existência Tupinambá e com a vulnerabilidade do território à presença de não indígenas. Essa presença afeta o modo de vida dos indígenas em vários sentidos pois implica: no trânsito de pessoas envolvidas com atividades ilícitas (como roubos, comércio de entorpecentes) dentro da aldeia; no fortalecimento de igrejas evangélicas (que oferecem moralidades incompatíveis com sua elementos que engendram sua socialidade); na ampliação das formas de contestar sua identidade, pois com a proximidade dos não indígenas, também a aldeia deixa de ser um espaço que os insenta de vivenciarem hostilizações. Nesse sentido, a violência que permeia a existência Tupinambá não é algo presente apenas em suas memórias sobre antepassados, nem está limitado apenas aos conflitos fundiários. Trata-se de processos de violência que participaram (e participam) de diferentes maneiras da construção da subjetividade desses indígenas e que, além de nunca terem cessado, têm se atualizado. A frase “Isso vai fazendo mal e em cada um faz um mal”, proferida por um indígena e já apresentada aqui, nos convida exatamente a reconhecer que são múltiplos os significados que são atribuídos a essas vivências.

É sabido o contexto de violência a que os povos indígenas vem sendo submetidos desde o período colonial e que tem ganhado contornos sui generis na medida em que temos assistido ao dismantelo das estruturas do Estado democrático de direito. Tem abundado casos que atestam essa violência como o crescente número de assassinatos a lideranças indígenas em todo o país, assim como se intensificado conflitos com não indígenas na medida em que os povos tem exercitado a defesa de seu território seja por medidas jurídicas demandando a demarcação das terras, ou na defesa da exploração de não indígenas sobre territórios. O relatório Violência Contra Povos Indígenas no Brasil (CIMI, 2018) aponta que entre 2003 e 2005, a média anual de assassinatos de indígenas oscilava em torno de 40, e passou a 60, entre os anos

de 2006 a 2010. As ameaças e a insegurança relacionadas à garantia de direitos constitucionais, principalmente o direito à terra, se relacionam com um contexto cada vez mais comum de precarização das condições de vida de povos indígenas em todo o país<sup>75</sup>.

Na Bahia, embora a quantidade de assassinato de indígenas não revele números alarmantes como entre outros estados do Brasil, informa sobre a persistência dos conflitos fundiários e a irrupção de crimes relacionados a eles. Entre 2016 e 2019 o Cimi contabilizou, respectivamente, 3, 2, 4 e 1 assassinatos por ano<sup>76</sup>. No caso dos Tupinambá, à insegurança diante da iminência de mortes relacionadas aos conflitos fundiários soma-se à vulnerabilidade diante do território não demarcado. Como já foi dito, trata-se de um território vasto, totalizando mais de 50 mil hectares, que também é habitado por não indígenas em várias localidades, exposto à penetração de não indígenas envolvidos em diversas atividades ilícitas. Enquanto estive em campo, soube de um grupo de motoqueiros que realizavam furtos na região e que depois de suas empreitadas, escondiam-se dentro do território, valendo-se exatamente da vastidão do mesmo e de parceiros não indígenas que habitavam a localidade. A morosidade na demarcação do território coloca ainda mais em relevo a insegurança advinda do contexto dos conflitos fundiários, ao mesmo tempo em que posterga a vulnerabilidade das vidas indígenas, a situações como essa última.

Nesse diapasão, é preciso reconhecer a profusão de *afetamentos* no campo da saúde mental também como um desdobramento desses processos de violência, que encontram uma forma de se expressar enquanto demanda a uma das instâncias disponíveis de resposta do Estado: os serviços de saúde. Ao tecer esse apontamento, não estou pretendendo elaborar uma explicação unívoca sobre a questão desse fenômeno entre os Tupinambá. Reconheço que o material etnográfico reunido aqui não permitiria tal empreitada, tampouco ele oferece sustentação para que eu aborde extensamente os temas ‘suicídio’, ‘depressão’ e ‘usos de bebidas alcoólicas’ procurando compreender os significados que esse povo indígena atribui a essas experiências. Esses temas têm sido atentamente discutidos por antropólogas e antropólogos a

---

<sup>75</sup> O Ministério da Saúde reconhece a vulnerabilidade e a alta prevalência de problemas psicossociais entre os indígenas, tais como dependência química, uso abusivo de medicamentos psicotrópicos, suicídio e casos de violência (BRASIL, 2018).

<sup>76</sup> O relatório de 2019 aponta ainda a ocorrência de um homicídio culposo entre os Tupinambá de Olivença, todavia não menciona a denúncia feita pelo Cacique Babau que envolvia um plano para assassinar a ele e outros indígenas. Detalhei sobre essa denúncia no Capítulo 1.

partir de pesquisas etnográficas<sup>77</sup> realizadas junto a diferentes povos indígenas. Suas discussões evidenciam a complexidade e a delicadeza da tarefa de problematizar essas experiências de maneira atenta às diferentes cosmologias dos povos que as vivenciam.

Todavia, entendo que o material etnográfico apresentado até aqui me permite apontar que a construção desse ‘sofrimento’ (os *afetamentos* no campo da saúde mental) entre os Tupinambá envolve pelo menos duas dimensões: uma primeira relacionada às vivências que envolvem a contestação de sua identidade étnica e uma segunda, também indiciando o sentido coletivo desse sofrimento, que se relaciona à fragilização de seu modo de vida. Essa fragilização a que me refiro tem uma relação direta com a vulnerabilização do Território, que implica no esvaziamento de atividades coletivas dentro da comunidade (como a prática do Poranci anteriormente apontada) e de atividades mais individuais (como a centralidade do cultivo das roças) e com isso compromete a produção de formas de relação (entre pessoas, pessoas e plantas, pessoas e a terra) e a alimentação de laços de personalização e responsabilidade, centrais para a socialidade Tupinambá. Como apontou Viegas (2007), entre esses indígenas os *lugares* (que englobam o complexo das casas, pés de fruta, caminhos, roças, córregos, mata) produzem socialidade de muitas maneiras, pois criam sentidos de habitar que são compartilhados e geram laços personalizados entre pessoas e com o espaço físico-geográfico. Na medida em que esses lugares são afetados, afeta-se também a produção de socialidade, as pessoas e sua capacidade de produzir enfrentamentos ao que lhes interpela.

Ao apontar isso não estou adotando uma óptica que diminui o agenciamento dos Tupinambá frente a esse complexo contexto. Ao contrário, estou reconhecendo que, nas tentativas de suicídio, nas tristezas, nas dificuldades para dormir podem estar contidos indícios de enfrentamentos a esse contexto que estão em curso. Enfrentamentos estes que têm não apenas o corpo como arena, pois o transbordam, e por isso afetam a maneira de ser e de estar. Nesse sentido, quando os indígenas solicitam a participação da equipe de saúde para atuar diante dessas questões também estão performando esses enfrentamentos. Dito isso, interessa perceber como esse *problema* se transforma em uma *demand*a em saúde, especificamente em saúde mental, a ser apresentada ao Estado, e também à antropóloga em campo.

---

<sup>77</sup> Langdon (2001), Pimentel (2006), Souza; Garnelo; Deslandes (2010), Souza; Orellana (2012), Vianna et al (2012), López (2013), Ghiggi Junior (2015).

Em uma live realizada em comemoração às atividades do setembro amarelo, campanha nacional que desenvolve ações relacionadas à prevenção do suicídio, dois caciques Tupinambá abordaram a ocorrência de suicídios nas aldeias. A primeira liderança, a cacique da aldeia Águas de Olivença, fez menção à trajetória de resistência dos Tupinambá, sublinhando como conseguiram sobreviver a épocas com excassez de comida, às investidas de não indígenas para expulsá-los de suas terras e às dificuldades enfrentadas para conseguir a demarcação da Terra Indígena. Segundo ela, o que tornou possível resistir a todas essas experiências foi estarem juntos, foi porque compartilham não apenas um passado, mas um modo de vida que passa pela relação com a terra e com os Encantados que os protegem. Quando perguntada sobre qual a saída para enfrentar o problema do suicídio, a cacique sintetizou:

A gente sabe que muita coisa precisa melhorar. Não temos psicólogo aqui no polo para ajudar, e precisa ter, para conseguir ajudar mais. Mesmo que a gente tenha apoio do psicólogo do DSEI e do CRAS. Mas também não é o psicólogo que dá jeito sozinho, e também não é só o mais velho que vai tirar de dentro da pessoa esse sentimento, essa ideia. Eu também não posso chegar para eles e dizer o que fazer. São os Encantos de luz que vão falar pra eles. A cura vem de dentro, quando cada um se perguntar e se lembrar quem é. Temos direito e dever de lutar pelo nosso território que tá doente. E temos que estar junto para fazer isso.

O segundo cacique, explicitou ainda mais a relação entre a ocorrência dos afetamentos referentes à saúde mental e a falta da demarcação do território:

A não demarcação abre porta para a entrada de doenças como essas, depressão, suicídio. Nosso território é de vida e tá sendo devastado, então esse tipo de problema aparece. A gente sabe que não pode ficar recuado, esperando só na medicina do não índio, mas ela importa também. A gente já se fortalece para nossa luta com nossa ancestralidade, bebemos nossa giroba, fumamos nosso cachimbo. Mas isso só já não tem funcionado. Tem que ser tudo junto.

As falas apontam para outro aspecto da relação entre ‘saúde’ e ‘território’. Uma relação que passa pelo entendimento de que é o território adoecido pela relação que não indígenas constroem com ele que precipita *afetamentos* em saúde mental entre os indígenas. Também sinalizam que é ao exercer a função de guardiões da terra e afiar a relação de proteção com os Encantados que certa dimensão da ‘cura’ é possível. A cura, por sua vez, é algo que contém várias facetas, pois nas falas os indígenas também sinalizam que a ação da medicina dos não índios é necessária, que ela também contribui para alguma dimensão da cura, ao mesmo tempo em reconhecerem que não é um único acionamento que promove a cura, mas sim vários: a fala dos mais velhos e do cacicado, a medicina do não índio, o fortalecimento da relação com os Encantados, a luta pela terra e seu retorno concretizado pela demarcação. E, conforme eles

explicam, cada um desses acionamentos é possibilitado a partir da soma de pessoas, eles só são possíveis a partir do encontro, estando juntos.

Há ainda um aspecto central dessas falas que remete a questões que serão trabalhadas no capítulo 3 quando descreverei experiências de internação hospitalar entre os Tupinambá. Essa ideia de co-participação e co-produção da vida é algo que caracteriza e distingue os Tupinambá, pois são características de uma socialidade cimentada por laços de responsabilidade personalizados entre pessoas, e entre pessoas com o ambiente em seu entorno (casas, plantas, terra, córregos) (VIEGAS, 2007). Essa lógica também integra certa cosmologia Tupinambá como observaram outras autoras (COUTO, 2008; ALARCON, 2013) ao abordar a relação desses indígenas com seu território ancestral. Nesse sentido, entendo que quando essas lideranças sublinham que as saídas para esses ‘problemas de saúde’ devem ser produzidas conjuntamente e em vários feixes, sinalizam o entendimento de que esses percalços emergem de vários feixes (assim como a vida se processa em várias dimensões do cosmos) e nessa composição são necessários não apenas diversos atores, mas sobretudo é preciso que eles atuem sinergicamente. É para a centralidade dessa sinergia que a fala das lideranças, que foi dirigida a indígenas e a não indígenas, aponta.

Considerando isso, entendo que a formulação de uma demanda em torno da questão ‘saúde mental’ é não apenas uma forma de objetificar a experiência de luta pela sobrevivência que esse povo tem travado, mas também de realizar acionamentos e mobilizações necessários para essa luta com os parceiros possíveis, no caso, os que integram o SasiSUS, os serviços do SUS (CAPS), e outras instâncias do Estado (CRAS, Universidades). A atenção a saúde é uma das maneiras de promover a cura e não é uma maneira menor. A meu ver os Tupinambá não estabelecem uma hierarquia (ou uma ordem sistemática) em relação a em qual ‘feixe’ a cura deve ser buscada primeiro. Por isso, não se trata de demandar de um serviço de saúde respostas para uma questão cuja raiz (a vulnerabilidade do território) diz respeito a outras esferas do Estado de bem-estar social, mas sim de empreender esforços para obter da instância em questão sua contribuição para o enfrentamento do problema que vivenciam. Assim como observou Tânia Solar López (2013) entre os Mapuche Pewenche, percebi que há entre os Tupinambá o entendimento de que ‘suicídios’ são expressões de um desequilíbrio que se relaciona com questões sociais, com alterações da relação que os indígenas estabelecem com a terra e com outras forças sobrenaturais que integram o cosmos. Contudo, ao passo que os Pewenche não

demonstraram interesse em que agentes da biomedicina atuassem na prevenção dos ‘suicídios’ (sobretudo por entenderem que se tratava de uma questão a ser resolvida entre os próprios indígenas), os Tupinambá convocam diversos agentes (e saberes) para somarem a seus esforços de enfrentamento das questões relacionadas aos ‘problemas de saúde mental’. Essa mesma lógica conjuntiva também poderá ser percebida nas descrições dos itinerários e experiências de internação (capítulo 3) e das ações indígenas desenvolvidas diante da pandemia de covid-19 (capítulo 4).

### **2.3. O acolhimento da demanda Tupinambá: enxergando a estrutura disponível para a atenção à saúde mental indígena**

Quando se começou a tematizar a saúde mental dos povos indígenas do Brasil, o campo da saúde referia-se precisamente a agravos como o uso abusivo de álcool e drogas, o suicídio e casos de violência<sup>78</sup>. O crescente número dessas ocorrências entre povos de diferentes regiões do país mobilizou a promoção da I Conferência de Saúde Mental Indígena em 2007. A partir desse evento, as bases da Portaria nº 2759 do Ministério da Saúde foram elaboradas, estabelecendo as Diretrizes Gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (PAISMPI).

A portaria estabeleceu elementos para discussão das atribuições de diversas instâncias do SASI no que tange à atenção à saúde mental dos povos indígenas e criou um Comitê Gestor para monitorar a implementação dessa atenção. Todavia, há lacunas na sistematização do conteúdo norteador dessa política. Isso implica em dizer que, diferentemente da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que é constituída por um conjunto de ações sistemáticas desenvolvidas pelo DSEI e uma série de programas que devem ser praticados pelas equipes multiprofissionais do polo, não se observa essa densidade, esse detalhamento, quando se avalia as leis, documentos institucionais e normativas referentes à PAISMPI. É precisamente a isso que autoras como Pereira et al (2013) e Whays; Bento e

---

<sup>78</sup> É importante lembrar que entidades não governamentais como o Conselho Indigenista Missionário – Cimi – assim como etnografias realizados por antropólogos, já descreviam situações dessa natureza entre diferentes povos indígenas, conjuntamente a outras violências. Em 2003 o Cimi passou a publicar o relatório *Violência Contra Povos os Povos Indígenas no Brasil*. Já no primeiro número, estavam mapeadas algumas das situações que depois passaram a ser consideradas como de ‘questões de saúde mental’: suicídio, tentativas de suicídio e disseminação de bebida alcoólica.

Quadros (2019) se referem quando sublinham que a referida portaria “não sintetiza uma política”.

Embora o texto da PNASPI, lançada em 1999, já destacasse a importância de uma abordagem biopsicossocial para que sua implementação e desenvolvimento de seus programas fosse exitoso, o tema saúde mental não foi abordado diretamente em seu conteúdo. Só em 2006, a pauta surgiu como objeto de ações sistemáticas das instâncias do Estado responsáveis pela saúde indígena. Naquele ano, o Departamento de Saúde indígena (DESAI), vinculado então à FUNASA, incluiu a formulação de ‘programas de intervenção’ em saúde mental em seu plano de metas, os quais só foram lançados por meio da portaria de 2007 (PEREIRA ET AL, 2013).

Quanto aos desdobramentos possíveis depois da referida portaria, o trabalho de Wayhs, Bento e Quadros (2019) aponta a existência de uma linha de cuidado em saúde mental indígena, desenvolvida a partir de uma parceria entre FUNAI e Ministério da Saúde. Trata-se do Grupo de Trabalho Intersetorial sobre Saúde Mental e Povos Indígenas – GTI que “aborda o sofrimento psíquico e o uso de álcool e outras drogas, promovendo discussões em busca na compreensão de como se dão esses processos dentro das comunidades.” (WAYHS; BENTO; QUADROS, 2009, p.6). As autoras citam ainda, como desdobramento do trabalho desse grupo, a realização em 2016 da I Oficina Sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool: Cuidado, Direitos e Gestão. O encontro reconheceu a necessidade do protagonismo indígena frente ao desenho de projetos terapêuticos para a promoção de saúde mental<sup>79</sup>.

No âmbito da SESAI, como observam Batista e Zanello (2016), a prática da atenção à saúde mental conta com uma área técnica, composta por uma equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais e antropólogos) que planeja ações interdisciplinares em saúde mental, tanto na própria secretaria, quanto nos DSEI. Porém, nem todos os DSEI contam com uma equipe multiprofissional capaz de praticar essas ações, tampouco os polo base.

No que diz respeito à estrutura do DSEI, a política se traduz na assistência em saúde mental oferecida pelas EMSI atuantes nos polo base, com o apoio dos profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde Indígena - NASI. Esse Núcleo é formado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais, em grande parte da saúde, e que atua de maneira complementar às EMSI. Esses profissionais costumam ser os Responsáveis

---

<sup>79</sup> Ver Fiocruz (2018)

Técnicos pelas linhas de cuidado à saúde ou programas da PNASPI de maneira que seu trabalho costuma ser ‘interno’, ou seja, no DSEI. Alguns DSEI contam com uma quantidade maior de profissionais dentro do núcleo e, de acordo com a demanda, podem lotar alguns deles nos polos base. Esse é o caso do polo base de Ilhéus, que conta hoje com uma assistente social e um nutricionista que compõem o NASI e atuam diretamente no polo base, embora também existam profissionais com essa formação atuando internamente no DSEI em Salvador. Como foi explicitado anteriormente, não há psicólogo integrando o grupo do NASI dentro do polo base de Ilhéus, de maneira que são os psicólogos que atuam no DSEI que oferecem suporte às equipes para o planejamento das ações. Essa arquitetura dos serviços, com a presença de membros do NASI no DSEI e não nos polos, é como apontam Batista e Zanello (2016) a ‘regra’, o que foi concretizado após a Portaria 2759.

É importante sublinhar isso porque, no desenho dos DSEI, a instância responsável pela assistência à saúde é justamente o polo base. Ele é um elemento central para a prática da atenção à saúde, seja aquela prevista pela PNASPI ou pela PAISMPI, pois é a unidade responsável pelos atendimentos. O polo funciona como instância de apoio às EMSI e congrega outros profissionais responsáveis por funções de caráter administrativo que envolvem a alimentação do SIASI, a contabilização de dados relacionados às ações realizadas pelas equipes, e realização de procedimentos burocráticos que viabilizam os atendimentos em serviços que integram o SUS quando necessário.

O vínculo entre o SasiSUS e o SUS, remonta ao surgimento do Subsistema. A Lei Arouca (BRASIL, 1999), que estabelece os DSEI como a base do Subsistema, é muito clara no sentido de apontar não apenas que a lógica de funcionamento que a Saúde Indígena partilha com o SUS (descentralização, hierarquização e regionalização) como também que estados, municípios e organizações governamentais e não-governamentais poderão atuar de maneira complementar na execução de ações em saúde. Essa perspectiva de atuação em rede (com encaminhamentos entre as esferas de atendimento em saúde, bem como entre diversos tipos de serviços de saúde) é algo central para o funcionamento do SUS, algo que organiza a atenção em saúde, assim como é para o funcionamento do SasiSUS. Assim, também na prática da atenção à saúde mental prevê-se que os atendimentos sejam encaminhados aos serviços do SUS quando a ‘resolutividade’ não for possível por meio das ações em saúde das EMSI.

Teço essa contextualização a respeito das leis, normativas e instituições relacionadas às políticas de saúde destinadas a povos indígenas por entender que ela também oferece informações necessárias para compreender essas políticas em ação. Ela não apenas detalha sobre os modos de ação do Estado<sup>80</sup> por meio dessas instituições, mas também informa sobre os discursos que interpelam os diferentes agentes que praticam essas políticas no cotidiano das instâncias responsáveis pela atenção à saúde indígena. Políticas públicas, assim como o Estado, são algo a mais do que leis, documentos institucionais e normativas; elas são feitas cotidianamente a partir das práticas, ações e discursos de diferentes atores sociais, como aponta Maluf (2018). É sob essa perspectiva que me ocupo agora em examinar como a demanda de atendimento em saúde mental dos Tupinambá é acolhida pelas diferentes instâncias que compõem o SASI. Para tanto, retomo desdobramentos que aconteceram depois que participei da realização das rodas de conversa na aldeia Águas de Olivença.

### **2.3.1. Notas sobre uma reunião entre membros do SasiSUS e do SUS**

As rodas de conversa de que participei foram interrompidas em meados de dezembro por recomendação do próprio AIS da localidade, que sinalizou insegurança para que a equipe circulasse pela aldeia: pessoas estranhas transitavam em motos pela localidade e havia rumores de que se processava um conflito entre grupos não indígenas envolvidos com o comércio de drogas. Soube que membros de um dos grupos residiam em habitações dentro da localidade. Nos meses de janeiro e fevereiro, as férias de membros da equipe impossibilitaram o desenvolvimento das ações. Em março, a chegada da pandemia de Covid-19 exigiu não apenas a restrição da circulação nas aldeias, como apresentou uma série de ações mais prioritárias a serem praticadas pela equipe naquele momento, com vistas a retardar a ocorrência de casos da doença entre os indígenas. A construção do plano terapêutico em saúde mental só voltou a ser retomada em julho de 2020 quando a mesma adolescente que precipitara o início das ações em saúde em outubro de 2019 conseguiu cometer suicídio. A jovem se enforcou em uma árvore, entre sua casa e a de um tio.

---

<sup>62</sup>A noção de Estado com que trabalho aqui compreende um conjunto de práticas que representam aspectos oficiais que organizam uma forma de vida em sociedade.

Um dia depois do ocorrido, realizou-se uma reunião virtual com membros da equipe do polo base, lideranças indígenas, vários membros da equipe do DSEI-BA e profissionais de outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental no município (psicólogos que atuam no CAPS, e assistente social atuante no CRAS). Também estavam presentes uma psicóloga, professora da UESC, que apoiou a equipe em outro momento, e eu. O tom do encontro era detalhar a situação e avaliar, com os parceiros, equipes do polo e do DSEI, como e de que maneira cada um podia contribuir para apoiar o cuidado à comunidade de Águas de Olivença. Ao receber o convite feito pela enfermeira da equipe, fui informada de que havia urgência em traçar uma ação de apoio considerando que havia muitas pessoas com a “saúde mental afetada”, incluindo jovens que já haviam tentado suicídio anteriormente e, portanto, “em risco”. Como já foi dito, as equipes contabilizam esses casos, pois eles fazem parte dos dados registrados pelo SIASI.

Na ocasião, a equipe de saúde atuante na área recuperou o histórico do ‘caso’ que culminou com suicídio, descrevendo as ações que tinham realizado e ressaltando que não se tratava de um caso isolado. Enfatizaram que vários fatores corroboravam para a situação, destacando a vulnerabilidade do território à presença de não indígenas e a violência por conflitos fundiários vivenciada pelos indígenas. Apontaram a necessidade de medidas permanentes argumentando que em 2019 notificaram oito tentativas de suicídio na aldeia e em 2020, embora não tivessem registro até então de tentativas, um suicídio tinha ocorrido, e que os problemas em saúde mental também envolviam relatos de bullying na escola, uso precoce de álcool e diversos transtornos (desde transtornos do humor a esquizofrenia e síndrome do pânico).

A equipe frisou que a ‘saúde mental’ nas aldeias Tupinambá era algo que demandava uma ação mais sistemática e com apoio de conhecimento especializado, e que a rotina de atenção em saúde no território não lhes concedia condições de atuar sobre a demanda de maneira adequada. Explicaram que a demanda de atenção à saúde entre os Tupinambá e a rotina de trabalho das equipes já era grande, de maneira que os profissionais de saúde não tinham condições (nem de tempo, nem por formação adequada) de se dedicar à demanda como a situação requeria. A enfermeira informou que retomou a realização das rodas de conversa com os jovens anteriormente prevista e que estava contando com apoio de uma professora da UESC, atuante na Saúde Mental, para concluir o desenho do PTS e ressaltou que a velocidade para

realizar o trabalho não era a ideal, exatamente porque a ‘rotina’ do trabalho demandava muito tempo.

O gestor do DSEI explicou que não se dispunha de um psicólogo para compor o NASI em cada um dos polos bases, embora já estivesse previsto. A ênfase em sua argumentação era apontar que qualquer estratégia devia focar nos recursos disponíveis por meio do acesso à rede de serviços do SUS e, daquilo que existia disponível no polo e, diante disso, reforçou que era necessário pensar em planejamentos para utilizar adequadamente os recursos disponíveis para oferecer cuidado. Ele reafirmou que o objetivo da reunião era consultar os parceiros para que o cuidado não fosse interrompido, especialmente pelo momento extraordinário que a pandemia representava para a dinâmica dos serviços.

O médico da equipe “relembrou” que os profissionais lidavam com a inadequação desses recursos, interrupções nos contratos de motoristas e na funcionalidade dos carros que transportam as equipes para as áreas, ausência de uma estrutura física adequada para atendimento (inclusive os atendimentos em saúde mental, já que muitas vezes não era possível garantir sequer privacidade para o atendimento). Ele também reforçou a necessidade de um atendimento ‘especializado’ em se tratando dos atendimentos em saúde mental, relatando que não se tratava apenas de ter ‘especialistas em saúde mental’ (como psiquiatras e psicólogos), mas de que a equipe conseguisse adotar metodologias e recursos terapêuticos adequados à natureza daqueles atendimentos.

À essa altura da reunião, ponderei que, considerando a descrição da demanda em saúde mental e as condições de trabalho apresentadas pela equipe, parecia-me que a saída apontada pelo gestor era precisamente insuficiente. E insisti sobre as possibilidades de viabilizar o apoio especializado que a equipe afirmava ser necessário para atuar sobre a demanda. O gestor voltou a mencionar que as psicólogas do DSEI podiam oferecer esse suporte, e adicionou que esse apoio podia ser por meio de deslocamentos periódicos até o polo base de Ilhéus. Além desse recurso, segundo ele, o suporte especializado deveria ser buscado junto à rede de saúde mental do município. Ou seja, ele indicou que o caminho para o enfretamento da situação passava por acessar uma instância de atenção secundária da rede de serviços do SUS (os Centros de Atenção Psicossocial) apontamento esse que, de certa forma, reforçava a ideia da insuficiência dos equipamentos de disponíveis na atenção básica ofertada nas aldeias para atender à demanda.

A liderança indígena que participou da reunião, que é também técnica de enfermagem, explicou que outras lideranças não puderam participar da reunião porque já tinham um compromisso agendado para tratar questões relativas ao território. Emocionada, falou da dor que a vivência daquele momento causava aos Tupinambá por saber que “o problema já tava lá”. Afirmou a necessidade de que alguma ação em saúde fosse realizada urgentemente e destacou a necessidade de que “a saúde” (e com isso parecia se referir tanto aos serviços quanto aos profissionais que atuavam neles) devia “estar junto, olho no olho” a despeito da pandemia: “Como você ajuda numa coisa que você não viu? Você tem que estar perto. (...) As pessoas fazem relatório e parece que está tudo bonito, mas para quem está perto muitas vezes é diferente. Nós que estamos em área estamos vulneráveis a tudo.”

Quanto ao objetivo maior da reunião, conseguir ‘ajuda’ de parceiros, o saldo do encontro foi diverso e ‘genérico’. Uma psicóloga professora da UESC disponibilizou vagas para os indígenas adolescentes em um curso de extensão que tematizava a saúde mental durante a pandemia, e seria ofertado em ambiente virtual a partir daquele mês; as psicólogas dos CAPS se disponibilizaram a repassar um material de um curso oferecido pela Fiocruz, que contava com um módulo para povos indígenas, e disponibilizaram 3 vagas para atendimento no CAPS; a responsável pelo CRAS disse que avaliaria junto à equipe como contribuiria para o apoio da realização do trabalhos com os grupos com jovens indígenas que a enfermeira vinha oferecendo.

#### **2.4. Saúde mental, povos indígenas e políticas de saúde: buscando articulações analíticas**

Tanto os relatos dos AIS quanto as descrições dos manejos empreendidos pela EMSI atuante na aldeia Águas de Olivença até aqui apresentados, ilustram que no polo base de Ilhéus essa interface com os serviços do SUS tem sido crucial para as ações em saúde mental empreendidas diante das demandas apresentadas pelos Tupinambá. Ademais, tanto o fluxo dos atendimentos realizados pelo polo base, que envolve a consulta e avaliação com profissionais da equipe multidisciplinar e o encaminhamento dos casos que requerem atendimento especializado, quanto a fala do gestor na reunião aqui descrita, ao insistir que “a saída para a situação deve ser encontrada na rede”, são precisamente fiéis ao que é preconizado pelo DSEI e pelo texto das políticas de saúde destinadas à povos indígenas. Penso que é exatamente por isso que as situações apresentadas nos oferecem oportunidade de discutir essas políticas: são

situações etnográficas que retratam como a PAISMPI tem sido praticada em situações que envolvem a interface com o SUS. Para empreender esse movimento, sugiro três eixos analíticos: um primeiro que diz respeito ao que as políticas contemplam com sua formulação e àquilo que engendra sua operacionalização; um segundo que se relaciona aos atravessamentos e negociações que envolvem o funcionamento dessas políticas; e um terceiro que busca perceber como os Tupinambá se relacionam com essas políticas.

Na primeira linha de argumentação, inicialmente destaco o ‘desenho inacabado’ da PAISMPI que, além de não ter provocado ações de caráter programático, não garantiu um aumento dos recursos de cuidado disponibilizado para o trabalho realizado pelas EMSI. Em se tratando das equipes atuantes entre os Tupinambá, cada uma é responsável em média pelo atendimento em cinco localidades. Em Águas de Olivença, uma aldeia pequena, estão cadastradas 60 famílias, mas essa quantidade varia entre as comunidades. Isso nos faz vislumbrar o volume de atendimentos realizados pelas equipes e nos faz entender a menção que os profissionais fizeram na reunião sobre a dificuldade de implementar ações em saúde de caráter mais sistemático.

Tanto o volume quanto a especificidade das demandas em saúde mental contribuem para que seja necessário acionar constantemente os recursos de cuidado das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Ressalto que essa especificidade não diz respeito apenas à presença de profissionais com formação nos saberes *psi* (psiquiatras e psicólogos). Ela aponta para a particularidade que esse tipo de atendimento envolve e para os recursos que devem estar disponíveis para que a assistência em saúde ocorra. O tipo de estratégia/metodologia usada para realizar as ações em saúde (que envolvem mais do que consultas individuais), os recursos disponíveis para a realização dessas ações (que englobam tanto recursos materiais como transporte até a capacitação dos profissionais envolvidos) são exemplos do que confere essa particularidade. Além disso, há que considerar que acionar as RAPS constantemente, implica em lidar com serviços que têm sido progressivamente precarizados, tais como os CAPS.

Uma matéria publicada no jornal Correio 24 hs em 2019 sobre a demanda em saúde mental na Bahia, releva dados emblemáticos sobre as condições dos recursos de cuidado disponibilizados para assistência psiquiátrica. Dentre eles, aponta-se que, durante o ano de 2018 na cidade de Salvador, havia 73.465 pessoas cadastradas nos 20 CAPS existentes, o que implicava em uma média de 3340 pacientes por cada profissional atuante nos serviços

(GARRIDO, 2019). Embora eu não tenha acessado registros dos Centros de Ilhéus<sup>81</sup>, o dado ilustra a escassa oferta de profissionais disponíveis para atender à demanda de assistência já existente nesses serviços presentes em diferentes lugares da Bahia e que devem assessorar as EMSI no cuidado em saúde mental oferecido aos povos indígenas que acessam o DSEI.

À essa precarização do funcionamento dos serviços de saúde mental, somam-se outros desafios. No que diz respeito ao campo da saúde mental, as reflexões que tematizam a implementação e a consolidação de uma nova lógica de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico desde a Reforma Psiquiátrica brasileira têm se construído sob diferentes vertentes de investigação. Uma delas tem se debruçado sobre a Estratégia de Atenção à Saúde Mental, um modelo em cujo desenvolvimento se ancora uma nova lógica de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). Nesse bojo, as discussões que versam sobre o cuidado em saúde na atenção psicossocial e que enfocam a gestão do cuidado relacionado ao uso de psicofármacos tem destacado o crescente processo da medicamentação. O termo se refere ao uso ‘não médico’ de produtos medicinais para tratar situações da vida que não requereriam tratamento farmacológico (NGOUNDO-MBONGUE EL AL, 2005).

Bezerra et al (2016), em pesquisa realizada em um CAPS na cidade de Fortaleza com usuários, familiares e profissionais de saúde, observaram que a conduta médica e o cuidado ofertado no serviço orbitava em torno da prescrição de medicamentos, de maneira que os grupos terapêuticos, oficinas de trabalho e consultas com profissionais não médicos se apresentavam como coadjuvantes no tratamento. O achado das autoras não é algo isolado<sup>82</sup> e revela que o processo de *medicamentação* perpassa as práticas dos profissionais e transborda para as práticas dos usuários, na medida em que se configura como demanda deles também. Paulo Amarante (2007) sinaliza esse processo como uma espécie de consequência de um fenômeno mais amplo, a *medicalização social*, a incorporação de aspectos sociais, econômicos, existenciais da conduta humana (tal como sono, sexo, alimentação, emoções) sob o domínio do medicalizável.

---

<sup>81</sup> Esse tipo de dado só é possível de ser levantado dentro do serviço, pois não está disponível pelos Sistemas de Informação em Saúde do SUS.

<sup>82</sup> Ver Rosa; Winograd (2011), Santos (2009), Bezerra et al (2014), Maluf (2018)

Juliana Rosalen (2017), dedicando-se a investigar a multiplicação de diagnósticos de doenças mentais junto aos Wajãpi, é precisa ao apontar a medicalização como um processo que ocorre entre não índios e que atravessa o cuidado em saúde oferecido a povos indígenas, inclusive porque passa a ser encarnado nas práticas dos profissionais médicos do DSEI. Além de situações entre esse povo indígena do Oiapoque, a autora comenta que também entre os Xakriabá soube de professoras indígenas sendo diagnosticadas por médico do DSEI com depressão – e medicadas com psicotrópicos – depois de terem relatado ao profissional certo cansaço frente às mudanças no ritmo de vida. Mas na pesquisa junto aos Tupinambá, o que percebi foi um cuidado minucioso dos profissionais da EMSI para buscar todos os recursos disponíveis para possibilitar o atendimento aos indígenas.

Além dos encaminhamentos aos CAPS, buscam desenvolver ações em parceria com profissionais diversos (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos), pois reconhecem a insuficiência da saída possibilitada pela medicalização. No que diz respeito à prescrição de medicamentos, há um esforço para encaminhar os indígenas para avaliação psiquiátrica no CAPS, por se reconhecer essa instância como referência na condução da atenção psicossocial. Percebi inclusive hesitação dos médicos da equipe em prescrever medicamentos psicotrópicos antes de haver uma avaliação por um psiquiatra. Isso se evidenciou na reunião aqui narrada, quando os membros da equipe sinalizaram ressaltaram a insuficiência dos recursos disponíveis para atender a especificidade das situações que envolvem os *afetamentos*. Esse achado me leva a perceber que, no caso dos atendimentos aos Tupinambá, não é o empenho do profissional que atua na saúde indígena que corrobora com a medicalização, mas o próprio funcionamento conjunto das políticas de saúde que fundamentam a atuação das equipes nessas situações (PNSM, PNAISMI e PNASPI).

O crescimento do uso de psicofármacos e psicotrópicos entre as pessoas contempladas pela PNSM também foi apontado por Sônia Maluf (2010, 2018a). A análise da autora demonstra as ambivalências do Estado nas políticas de saúde mental e nos convida a reconhecer essas práticas medicamentais como dispositivos biopolíticos, de gestão e controle da vida. Nesse sentido, enxergo que embora o atendimento demandado pelos indígenas seja viabilizado, o saldo dele é a produção de sujeitos medicalizados, pois esse encaminhamento e as ações em saúde praticadas pelo CAPS com os indígenas não vêm acompanhados de ações não centradas no medicamento. A rigor, o fato de que os recursos disponibilizados para que as EMSI ‘cuidem’

da demanda indígena não terem sido ampliados já comunica o enfoque da política: de um lado ‘encaminhar’ ao invés de ‘cuidar’; de outro lado tratar como problema individual (com diagnósticos e tratamento medicamentoso individual) infortúnios que nos discursos e práticas das comunidades são descritos como questões comuns e coletivas. Tânia Solar López (2013) também observou essa última tendência quando abordou a ação do Estado Chileno diante do crescente número de ‘suicídios’ entre o povo Mapuche Pewenche do Alto Bío Bío. Penso que esse enfoque se relaciona a certo caráter instrumental que autores como Chris Shore (2010) reconhecem nas políticas públicas. Trata-se de reconhecer que elas sempre traduzem certa vontade de poder na medida em que sua formulação envolve objetificar as pessoas a quem se dirigem, muitas vezes submetendo-as ao olhar anônimo de especialistas. Um dos efeitos dessa visibilidade concedida por essa política é a produção de subjetividade. O atendimento é oferecido, o indígena é assistido pelo Estado, ainda que nesse movimento o espaço para a pessoa indígena seja circunscrito.

O segundo aspecto que desejo destacar diz respeito à interface entre o SasiSUS e o SUS. O contato com as equipes me possibilitou perceber que essa interface entre as instâncias que compõe o Subsistema e o SUS é caracterizada por uma série de negociações. Não é porque o texto das políticas prevê essa interface que os encaminhamentos se processam sem que seja necessário um empenho minucioso entre os atores do DSEI e do polo base para concretizar o atendimento. Na reunião narrada, quando as profissionais do CAPS sinalizaram a existência de três vagas para o atendimento, a equipe explicou que os atendimentos iniciais requeriam o deslocamento do profissional até a aldeia, utilizando transporte do polo. Embora o psicólogo que havia sido designado para o atendimento tivesse garantido sua disponibilidade em um primeiro momento, dias depois informou à enfermeira que não poderia se ausentar do Centro, pois aquela “não era uma atribuição prevista”. Antes da reunião, a equipe já tinha contatado a responsável pelos CAPS no município sobre a possibilidade de colaboração desse serviço e ouvido que, como se tratava de uma “demanda extra”, e, considerando a demanda acumulada com que já operavam, não poderia garantir “ajuda” antes de falar com o Secretário de Saúde do Município.

Ao caracterizar os atendimentos aos indígenas como “demanda extra” e a participação do SUS como uma “ajuda”, a profissional sinaliza um entendimento de que a interface entre SasiSUS e SUS é uma espécie de desvio, uma digressão na atribuição dos serviços do SUS.

Nesse sentido, importa pensar que a sequência de interações que se processa entre os profissionais de saúde participa decisivamente do desfecho do encaminhamento do caso, da realização do atendimento e do tipo da “ajuda” e conjuntamente informam sobre o que a política pública é: algo fabricado a partir dos encontros cotidianos. Não estou apontando exatamente para polissemia da noção de Rede, lógica que autoriza essa interface, mas sim destacando que falar de políticas públicas também é falar de como elas são performadas pelas pessoas que as ‘fazem’.

Assim como Estado, políticas públicas devem ser pensadas como algo que não pode ser contido em um conceito. Etnografá-las implica em realizar descrições sobre como os diferentes agentes envolvidos nessas políticas as ‘fazem’, como dão vida a elas por meio de práticas, ações e discursos. Nesse movimento, é central reconhecer a subjetividade dos agentes envolvidos nesse ‘campo’. Antropólogas como Sônia Maluf têm demonstrando em diferentes trabalhos<sup>83</sup> quão profícuo pode ser buscar articulações analíticas entre Estado, políticas públicas e modos de subjetivação ao realizar etnografias em saúde.

A ideia de economia moral de Didier Fassin (2009) oferece arcabouço para essa discussão, pois é um conceito que mobiliza aspectos que não são só de ordem econômica (como conflito e classe) ou institucional; tampouco diz respeito apenas a relações constituídas. Economia moral diz respeito a emoções, valores, normas, regulações no espaço social que podem ser percebidas ao observar as interações dos sujeitos, ao observar o Estado em ação.

Em minha dissertação de mestrado, fruto de um estudo etnográfico realizado na “Ex-colônia” Santa Marta<sup>84</sup>, argumentei que os moradores desse lugar demandam dos profissionais que trabalham na instituição e dos gestores em saúde um tipo diferente de interação que eles experienciam; demandam uma relação onde eles possam ser alguém além de ‘ex-hansenianos moradores da colônia’ (RODRIGUES FARIA, 2009); demandam uma interação que não seja marcada por julgamentos morais que esvaziam suas falas e procuram ausentar as responsabilidades da instituição diante das demandas dos internos. Em outra experiência etnográfica, ao analisar um programa de saúde destinado ao enfrentamento de condições crônicas como o Diabetes e a Hipertensão, percebi que nos serviços de saúde e nas interações

---

<sup>83</sup> Ver Maluf (2011), Maluf (2015).

<sup>84</sup> No Brasil, até 1969, o tratamento para a Hanseníase ou Lepra consistiu no isolamento de doentes em colônias de leprosos. Em 1986, as colônias foram “reestruturadas”. A “Ex-colônia” Santa Marta, também chamada de Hospital de Dermatologia Sanitária de Goiânia é um desses lugares.

entre profissionais de saúde e pacientes emerge um espaço onde operam moralidades e subjetividades diversas e muitas vezes disputantes – legitimadas pela estrutura que edifica a política de saúde – que perpetuam o distanciamento entre quem cuida e quem deveria receber cuidado (RODRIGUES, 2013). Esses exemplos sublinham que, para que políticas públicas de saúde se estabeleçam, uma série de economias morais são acionadas.

Embora essas situações digam respeito às interações entre os sujeitos que se beneficiam da política e os profissionais que as praticam, elas demonstram, assim como na situação descrita entre a profissional do polo base e da Secretaria de Saúde de Ilhéus, que os encontros que se dão no contexto das práticas das políticas públicas são permeados por esses acionamentos. Por meio desse movimento dinâmico, “parcerias” são feitas, negociadas e a assistência acontece, inclusive contando com a participação de sujeitos que não integram as instituições do SUS e do Subsistema. Foi isso o que aconteceu após o psicólogo do CAPS apontar sua indisponibilidade para ir à aldeia. Acionando a parceria com professoras da Universidade Estadual, a enfermeira da equipe conseguiu que uma delas, psiquiatra com formação em medicina comunitária, se dispusesse a atender a alguns indígenas virtualmente, antes de conseguir o atendimento psicológico com o apoio do CRAS.

Outro aspecto que merece destaque sobre a política de saúde mental destinada a povos indígenas diz respeito aos dados produzidos para alimentar o SIASI e que se relacionam a ela. Contabiliza-se hoje números de: tentativas de suicídio, suicídio, uso abusivo de álcool, uso de drogas, e violência não letal (que incluem em uma mesma categoria violência por arma branca, violência física e psicológica). Mas esses dados são registrados de acordo com a quantidade de *indivíduos* acometidos. A forma pela qual o sistema é alimentado não permite que se avalie a vinculação entre a prescrição de psicofármacos a ‘diagnósticos’, tampouco que possibilite sistematizar os tipos de tratamento ofertados a cada atendimento em saúde mental. Essa forma de registro, além de não permitir que se visualize a existência de mais de um *afetamento* nas famílias indígenas e não as reconhecer como centrais para as ações em saúde, não possibilita que se rastreie os manejos (as ações e condutas) empreendidos pelas equipes para atender às demandas, o que também dificulta a avaliação e planejamento do trabalho que realizam.

Se pensarmos inspirados pela noção de biopolítica de Foucault (2008a), vemos que a produção de dados, a regulamentação, a normatização são elementos essenciais para o mecanismo de produção de poder, pois esse modo de biopoder, não se dirige mais a corpos

individuais, mas à produção de uma população. A normatização e a produção de dados possibilitam que um conjunto de indivíduos em uma dada instituição realizem práticas dentro de determinados regimes de racionalidade, ao mesmo tempo em que ‘cria’ uma população demandante de certas ações do Estado.

Nesse sentido, enxergo que a maneira de produzir dados relacionados à saúde mental indígena delimita a demanda indígena sob determinada forma, ao mesmo tempo em que também produz certo registro sobre a ação do Estado frente a essa demanda. Nesse desenho, o que salta é o fato de o dado não conseguir apoiar concretamente o planejamento e a avaliação do trabalho das equipes, tampouco acompanhar o atendimento da necessidade indígena. Essa configuração informa sobre um modo de governo dirigido para povos indígenas, pois, como coloca Farhi Neto (2007), as biopolíticas são formas de ‘fazer viver’ que não são meramente biomédicas, elas se desdobram em formas de governamentalidade num sentido mais amplo.

Urge ainda apontar a centralidade da noção de indivíduo na lógica operante para o registro dos dados. A antropologia brasileira tem apontado como princípios orientados pela ideologia do individualismo desempenham papel crucial na formulação de políticas públicas desdobradas a partir da Constituição Federal de 1988 (DIAS DUARTE, 2004; PONTES, FERREIRA, 2014). Isso implica em considerar quão problemática é a tarefa de transpor categorias e conceitos biomédicos, orientados sob esse emblema, para contextos socioculturais particulares e diversos como os presentes entre os povos indígenas. Sobre isso, Parry Scott (2011) ao abordar o Programa de Saúde de Família em Recife, argumentou que há uma noção idealizada de indivíduo (e de família) que compõe a concepção inicial do programa que individualiza o alvo das ações em saúde.

Apesar da PNASPI ter sido construída em torno do princípio da atenção diferenciada, vários trabalhos construídos a partir de etnografias junto a diferentes povos indígenas têm evidenciado desde imprecisões relacionadas à formulação do princípio e à orientação do sentido sua operacionalização a dificuldades de praticá-lo<sup>85</sup>. Também nesse sentido penso que algumas situações vivenciadas em campo nos instigam a pensar sobre o alcance da noção de interculturalidade no contexto dos atendimentos em saúde mental vivenciados pelos Tupinambá.

---

<sup>85</sup> Ver Garnelo; Macedo; Brandão (2003), Garnelo (2014), Langdon (2004), Silveira (2004), Verdum (2009), Mota; Nunes (2018).

Na reunião narrada, os profissionais reportaram que alguns indígenas ‘descontinuaram’ o atendimento no CAPS. Em conversa com um indígena de outra aldeia, que frequentara o CAPS algumas vezes e que também ‘interrompera’ o tratamento, pedi que me contasse sobre como tinha sido ir até lá, e se ele pensava em voltar. Ele me respondeu que todos tinham sido muito prestativos, desde os profissionais da equipe aos do Centro e que tinha sido bom. Depois de segundos de silêncio, disse-me que era um lugar onde pessoas que nunca tinham se visto iam para falar de problemas seus. E acrescentou que parecia que a pessoa ia com os seus e voltava com vários; os seus e os dos outros que estavam lá.

Até que ponto uma assistência biopsicossocial como a que é fornecida no CAPS, um serviço formulado ‘por’ e ‘pensado para’ não indígenas, consegue ser algo terapêutico para povos indígenas? A fala da liderança na reunião sublinhou esse modo de existir Tupinambá, o estar junto. Penso que com isso, ela também informa que qualquer tipo de relação ‘produtiva’ a ser estabelecida com os Tupinambá precisa conseguir ser capaz de ser qualificada assim, dotada dessa característica, capaz de ser significada nos termos do “estar junto” por eles. Nesse sentido a colocação da liderança também nos convida a pensar em sobre as relações que os Tupinambá constroem com essas políticas de saúde.

\*\*\*

Como destaquei anteriormente a formulação de uma demanda formulada em termos de saúde mental é não apenas uma forma de objetificar a experiência de luta pela sobrevivência que esse povo tem travado, mas é também uma maneira de realizar mobilizações necessárias para essa luta com os parceiros possíveis, no caso os que integram o SasiSUS. A atenção à saúde é uma das maneiras de promover a cura e não é uma maneira menor. A meu ver os Tupinambá não estabelecem uma hierarquia (ou uma ordem sistemática) em relação a em qual ‘feixe’ a cura deve ser buscada primeiro. Por isso, não se trata de demandar de um serviço de saúde respostas para uma questão cuja raiz (a vulnerabilidade do território) diz respeito a outra esfera do Estado de bem-estar social, mas sim de empreender esforços para obter da instância em questão sua contribuição para o enfrentamento do problema que vivenciam.

Nessa lógica o que pulsa é a busca por uma dialogia, comunicada, por exemplo, pelo alerta da liderança sobre a necessidade de que a equipe de saúde ‘esteja junto, olho no olho’. Isso também nos leva a refletir sobre as torções que estão sendo provocadas na estrutura de atenção em saúde disponibilizada nas políticas de saúde destinadas a povos indígenas. Ao passo que a orientação das políticas (e a fluxo de assistência praticado pelas equipes) prevê o encaminhamento dos casos de afetamentos para serviços que integram a RAPS, ou seja, enfocam as ações em saúde nos serviços de saúde de ‘média complexidade’, os indígenas sublinham que é a Atenção Básica (que favorece a construção de relações pautadas no ‘estar junto’) o espaço central para a produção desse tipo de cuidado em saúde.

### **CAPÍTULO 3 – DA CASA AO HOSPITAL: NARRATIVAS DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS**

Este capítulo aborda a parte central da pesquisa etnográfica proposta aos Tupinambá. Ao passo que os demais capítulos da tese foram construídos a partir de acontecimentos que atravessaram a trajetória da pesquisa de campo – a ‘epidemia’ de casos envolvendo suicídios e ‘depressão’ e a pandemia de Covid-19 –, a elaboração do presente capítulo se deteve nas experiências dos indígenas ao acessar serviços de saúde fora das aldeias, aspecto que constituía o cerne do estudo que propus a meus interlocutores. Além disso, trata-se de um capítulo que dá visibilidade às trajetórias e experiências terapêuticas dos Tupinambá, as quais acesso a partir de suas narrativas e acompanhando diretamente alguns casos.

Como já foi dito, no âmbito do SUS, por meio de serviços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), clínicas, hospitais, maternidades e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência oferta-se a atenção secundária e terciária em saúde. Os povos indígenas também acessam esses serviços quando os atendimentos ultrapassam a capacidade resolutive da atenção primária (ou básica) em saúde disponibilizada nas aldeias. Entre os Tupinambá, a maior parte desses atendimentos envolve a rede de serviços de Ilhéus, sediados em diferentes bairros da cidade.

Apresento aqui três<sup>86</sup> histórias de pessoas que acessaram essa rede de serviços por diferentes motivos: internações relacionadas ao tratamento de doença de longa duração, ‘acidente’ que demandou a realização de procedimento cirúrgico e uma série de atendimentos envolvendo gravidez e parto ‘hospitalar’. Os hospitais são, portanto, os serviços de saúde mais presentes nessas situações, ainda que os itinerários apresentados também incluam experiências em outros serviços.

Os relatos que ofereço intercalam observações e acompanhamento direto de alguns casos, e narrativas contadas pelos indígenas. Considero o que ouvi de meus interlocutores como narrativa porque eles me contam acontecimentos de forma estruturada (LANGDON, 1994), muitas vezes estabelecendo conexões entre os fatos narrados. Nesse sentido, ainda que meu

---

<sup>86</sup> Ainda sejam poucos os casos aqui apresentados, considero-os como expressivos, pois os indígenas que vivenciaram essas situações reconheciam similaridade entre suas vivências e as experiências de outros parentes junto a esses serviços.

enfoque teórico no capítulo não se debruce sobre os eventos narrativos, reconheço nos eventos narrados os movimentos dessas pessoas para reorganizar suas experiências, buscando atribuir significado a elas.

### 3.1. A história com (de) Elza

Durante uma visita ao polo base em 2019, eu conversava com uma indígena – que também integrava uma das EMSI – sobre a quantidade e os tipos de situação que demandavam atendimento em ambulatórios e hospitais quando ela me perguntou se eu já conhecia Elza. “É uma de nossas anciãs. Faz tratamento para diabetes e outras complicações. De vez quando ela precisa ser atendida cá fora.”, disse-me. Dias depois fui apresentada a Elza e sua filha Diana que, coincidentemente, eu já havia conhecido em outra ocasião.

A família habitava uma parte da localidade do Acuípe, uma área que faz limite com o município de Una. A localidade do Acuípe é dividida em 3 partes: Acuípe de baixo, do meio e de cima, nomeações essas que apontam para a proximidade com a rodovia BA 001. Há muitas casas construídas às margens da rodovia, outras mais ao interior da faixa de terra, tanto no sentido do litoral como mata a dentro. É desse lado que funciona uma escola indígena. A grande maioria dos moradores da localidade é indígena, mas é uma área de intensa disputa por corporações hoteleiras. A casa de Elza ladeava a rodovia, e nela funcionava uma venda, onde se comercializavam refeições, pequenos produtos e bebidas. Ao lado dessa venda, se localizava um ponto de parada de ônibus intermunicipais e municipais. Além da matriarca, residiam uma filha (Diana), um filho (Sílvio) e uma neta (Ana)<sup>87</sup>. Em casas próximas, moravam outros filhos, netos e netas e durante minhas visitas pude perceber que eram constantes as visitas de parentes.

Aquela mulher era uma das moradoras mais antigas da aldeia, uma anciã respeitada e referenciada por indígenas de diferentes aldeias que conheci depois daquele dia. Falavam sobre ela ser das mais antigas, sobre estar há mais tempo “na luta”, em referência a sua persistência na localidade e ao fato de estar viva. Luta é uma palavra que ouvi sendo utilizada para se referir a viver, à permanência na terra, ao empenho pela demarcação e a diferentes tipos de trabalho.

---

<sup>87</sup> Durante minhas visitas observei que Sílvio se ocupava mais da condução da venda, ao passo que Diana e Ana se revezavam no cuidado cotidiano com a Elza. Todavia, presenciei situações em que ele auxiliava a irmã e a sobrinha a mover Elza de posição.

Elza se encontrava em uso de cadeira de rodas, condição decorrente de amputações sequenciais em uma das pernas: primeiro o hálux<sup>88</sup>, depois parte do pé e por último a coxa. A sequência de internações com longos períodos na cama e limitação de movimentos também renderam uma úlcera por pressão<sup>89</sup> na região sacral, saldo do decúbito prolongado e fonte de muitas dores. Ela falava pouco e foram raras as vezes que a vi olhando diretamente para alguém. Tinha olhos de vida.

No primeiro encontro que tive com Elza, era Diana que estava em casa cuidando dela. Expliquei-lhes que queria saber sobre as experiências de “buscar tratamento na rua” como sintetizou em outra ocasião uma agente indígena de saúde para se referir ao acesso de hospitais e ambulatórios. Disse-lhes que me interessava estar perto por um tempo, fazer visitas, saber delas de vez em quando. Contei-lhes de como nascera a ideia da pesquisa, de minhas experiências anteriores com os Tupinambá e perguntei se interessava a elas o contato comigo. Elza assentiu. Diana comentou que era importante meu interesse e acrescentou que suas andanças em hospitais já se davam havia muitos anos. Fez um apanhado dos tratamentos de saúde que a mãe vivenciara, que incluíam uma série de internações hospitalares. Naquela tarde o que ouvi dizia respeito a itinerários empreendidos durante um período de mais de 20 anos, com muitas idas e vindas a hospitais da região:

Quando tudo começou dava açúcar elevado, mas não era diabetes. Veio foi um emagrecimento, dores nas pernas e no corpo. Ainda não era Sesai naquela época, era município. Depois de um tempo ela internou por causa desses problemas, acho que foi em 1998, e foi aí que descobriu diabetes. Ela não aceitava estar de diabetes. Tinha que era perigosa. Ela fazia dieta rigorosa e enfraquecia. Porque a dieta tirou muito do que ela comia. E nisso a gente sempre fazia muito remédio caseiro, muito chá, tanto antes como depois de descobrir diabetes. Aí depois de um tempo apareceu problema com vesícula. Veio febre, a glicemia e a pressão subiam. Naquela época alternava internação com um tempo em casa. A gente dava mastruz, aroeira, suco de couve para desinflamar. E com isso foi mais de três meses para precisar internar, adiando a cirurgia da vesícula. A gente foi cuidando (...)

Naquela conversa ficou evidente o laço estreito da família com os membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Não apenas as visitas domiciliares e conversas com

---

<sup>88</sup> Maior dedo de um pé.

<sup>89</sup> No vocabulário biomédico, o termo se refere a um dano na pele e/ou em tecidos subjacentes, decorrente da diminuição da circulação sanguínea em uma parte do corpo como calcanhares, quadris e cóccix. Pessoas com condições que lhes impedem de mudar de posição com facilidade (como pessoas acamadas) estão mais suscetíveis a desenvolver esse tipo de dano. A literatura biomédica aponta também que doenças como diabetes mellitus estão associadas a diminuição do fluxo sanguíneo nos tecidos, o que também favoreceria a ocorrência dessas feridas.

a equipe eram constantes, (contatos estes que inclusive pude presenciar ao longo das visitas que fiz posteriormente), como também era estreita a comunicação com integrantes do NASI. A cada modificação no quadro de Elza – episódios que envolviam falta de ar, visão turva, dor e alterações de sensibilidade dos pés – a família acionava a equipe, ainda que, a depender da situação, não esperassem auxílio desses profissionais para se deslocar até os serviços de saúde. Essa dinâmica na condução dos atendimentos contrastava com o período anterior à existência da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), quando a família buscava atendimentos ora no município de Una, ora no município de Ilhéus e, por vezes, recorria a consultas médicas particulares para garantir cuidado à saúde. Após a existência da SESAI e a garantia da atenção básica à saúde nas localidades indígenas, a assistência passou a ser periódica e continuada, envolvendo inclusive o encaminhamento para serviços de atenção secundária e terciária quando necessário. Além disso, o relato de Diana enfatizava certo recorte temporal na trajetória de cuidados com sua mãe, como se buscasse resgatar como chegaram até aquela condição de limitação física, que incluía não apenas as amputações, mas também a necessidade de tratamento hemodialítico<sup>90</sup>.

Após algumas semanas de minha primeira visita, Elza passou por uma internação hospitalar. Eu soube do evento pela enfermeira da EMSI que a atende. Encontramo-nos na festa da Puxada do Mastro de São Sebastião em Olivença e ela me perguntou, pesarosa, se eu já sabia da hospitalização. Dia seguinte entrei em contato com Diana e ela me disse que “a glicemia e a pressão dela estava baixa e ela tava passando muito mal, tava caída. Estamos esperando uma avaliação do cirurgião sobre a perna”. Dois dias depois, eu as visitei.

Quando cheguei ao Hospital Costa do Cacao, marcou-me a diferença entre esse e o Hospital Geral Luiz Viana Filho, que antes era a instituição de referência para esse tipo de encaminhamento na região. A diferença não estava apenas na estrutura física (que era nova, ampla e mais moderna), mas nas rotinas e normas. Na entrada, deparei-me com um saguão amplo, com cadeiras dispostas em filas, onde as pessoas aguardavam sentadas serem convidadas a um balcão para ‘fazer um cadastro’, informando a identidade e o paciente que se

---

<sup>90</sup> A hemodiálise é um procedimento por meio do qual uma máquina filtra e limpa o sangue e é indicado para algumas pessoas com diagnóstico médico de Insuficiência Renal Aguda ou Crônica. O tratamento de Elza incluía a realização desse procedimento pelo menos duas vezes por semana, além de restrições alimentares e o uso de medicamentos em casa. A literatura biomédica aponta essa condição como uma complicação associada ao diabetes mellitus.

desejava visitar. Depois disso, recebi duas etiquetas adesivas: uma para colar na roupa e outra na bolsa, que deixei em uma sala contendo um grande guarda volumes. Não era permitido prosseguir além do saguão com uma bolsa maior do que uma onde caiba uma carteira. Explicaram que eu podia levar apenas a carteira na mão e só depois teria acesso às dependências da instituição e me locomover até as enfermarias. Essa dinâmica contrastava com as lembranças que eu tinha do Hospital Regional, onde as pessoas se amontoavam em filas, carregando sacolas com roupas e até eletrodomésticos na hora da visita. Não reconheci nenhum dos funcionários (atendentes e vigilantes) com quem me deparei na entrada<sup>91</sup>. Dirigi-me então até o posto de enfermagem para localizar o apartamento que me informaram. Para minha surpresa, a enfermeira responsável pelas unidades de internação (onde funcionavam as clínicas vascular e médica) havia sido minha aluna. Ela fez questão de me acompanhar até o leito.

Elza estava acordada e demonstrou surpresa com minha chegada. Esboçou um sorriso. Talvez por ver um rosto conhecido. Perguntei há quanto tempo estava ali e se ela estava se sentindo melhor desde a chegada. “Ah, já faz é meses que tô nessa prisão”. A filha acrescentou que estavam lá havia duas semanas. Considerando as interações que presenciei entre Elza e seus familiares quando estive em sua casa, dei-me conta de que a contagem do tempo em meses não sugeria uma desorientação na contagem dos dias. Antes, apontava para o curso de uma relação, marcando um tempo dela naquela experiência com a doença. Um tempo no curso do adoecimento que era caracterizado pela condição de não ser mais aquela que ela era antes de estar acamada, de se ver dependente de diálise, de passar por internações recorrentes, de não serem suficientes seus cuidados e de sua família para evitar internações que lhe sequestravam de seu cotidiano. Comentei com ela que quando trabalhava como enfermeira em hospital e passava dias em plantões, tinha a sensação de que dois dias eram como duas semanas. Ela acrescentou: “Pois é, num lugar desse aqui, tudo fica virado. Dia, noite, chuva, sol, ninguém vê nada. E nesse aqui, até para abrir as janelas é uma briga.”. A filha comentou que ela tinha sido internada algumas vezes no Hospital Regional, mas que no Costa, o prédio, as rotinas e até a equipe eram diferentes e lhe causavam estranhamento.

---

<sup>91</sup> O Hospital Regional Costa do Cacau foi construído para substituir o Hospital Geral Luiz Viana Filho (comumente conhecido no sul da Bahia como Hospital regional). Em 2017, quando inaugurado, foram poucos os funcionários (desde os profissionais de saúde até os de serviços gerais) que foram transferidos do ‘Regional’ para o ‘Costa’, pois a maioria foi realocada em outros serviços de saúde do município. A escolha por povoar o novo hospital com novas equipes incluiu a equipe administrativa da instituição que foi terceirizada a uma empresa que forneceu profissionais de outras cidades da Bahia.

Elza me falou da saudade dos filhos, dos netos, bisnetos, “de tudo”. Mas evitou prolongar conversas que versavam sobre como era ‘estar em casa’. Quando perguntei quem já tinha ido visitá-la ela disse “Nada...isso aqui é uma prisão! Tudo é difícil”. O horário das visitas é diário das 15h às 16h, mas se locomover da localidade do Acuípe até ao hospital implicava em um percurso longo e tortuoso. Eram necessárias duas conduções para chegar até lá: um ônibus da localidade até o centro da cidade e outro de lá até o hospital. Mas os ônibus da linha urbana que faziam o trajeto até a cidade estavam disponíveis em apenas três horários compatíveis com o horário da visita, o que dificultava realizar o trajeto em um mesmo dia. A outra opção disponível, utilizar ônibus intermunicipais para ir do Acuípe ao hospital, também se mostrava uma opção pouco viável, já que cada passagem custava mais de 10 reais. Naquela internação, apenas a Diana, um filho e uma neta conseguiram visitar Elza.

Mas além da estrutura física, das normas que regiam a circulação e o uso do espaço no hospital, o estranhamento, e mesmo incômodo, de Elza também dizia respeito à assistência à saúde que lhe era oferecida. Isso se evidenciou quando Diana passou a me explicar que Elza estava aguardando a realização de um novo procedimento cirúrgico e que estavam torcendo para que o cirurgião não fosse um dos médicos que a atendera em uma internação anterior. Em seguida, contou um caso de outra paciente com quem dividiram a enfermaria, e que tinha sido atendida pelo referido médico: a paciente precisou voltar ao centro cirúrgico três dias após um procedimento porque faltou retirar parte do osso para que fosse possível realizar uma sutura na ferida cirúrgica que a princípio fora deixada aberta, para drenar um conteúdo purulento. O que Diana ressaltou no relato era o fato de que durante a amputação inicial realizada na paciente já poderia ter sido retirado osso suficiente, de maneira que não fosse necessário um novo procedimento cirúrgico para “consertar” o primeiro. Elza somou ao relato da filha: “Tá vendo? Como pode achar bom estar num lugar como esse? E cortam os pedaços das pessoas e ninguém sabe pra onde vai. E ainda podem cortar errado.”

Dispus-me a conversar com a enfermeira para saber mais sobre como seriam divididos os atendimentos entre os médicos e argumentei com Elza que pelo menos a internação deveria ser breve. Diana completou: “Eu digo isso a ela, que tem que pensar que vai ser rápido e que vai resolver. E que ela não está só, tô aqui, tem gente por ela, vamos enfrentar junto.”. Diana disse isso enquanto ajeitava mais uma vez o travesseiro da mãe, procurando acomodar melhor suas costas. Durante todo o período da visita, ela esteve ao lado da cama, ora sentada em uma

poltrona destinada aos acompanhantes, ora em pé. A cada mudança no semblante da anciã que indicava desconforto, Diana a mobilizava, ajudando-a a ocupar uma posição mais confortável, colocando ou retirando travesseiros, mudando a posição a elevação da cabeceira, oferecendo água para amenizar o calor.

O tempo da visita passou rápido e fui lembrada de que ele terminara pela presença da enfermeira que me recebera. Ela foi até mim para se despedir, explicando que não poderia esperar para conversar comigo, pois precisava resolver um problema em outra unidade. Disponibilizou-se para que conversássemos por telefone. Despedi-me de Elza e Diana nos acompanhou até a porta. Perguntei sobre a previsão da visita do cirurgião e a dinâmica de atendimento: era possível saber qual cirurgião iria atendê-la? Era possível que outro médico da equipe a visitasse? Ela esclareceu que os cirurgiões vinham de Salvador e compunham equipes que se alternavam semanalmente, mas ainda não havia certeza de qual equipe viria naquela semana. Ratifiquei que existia uma expectativa de Elza quanto ao profissional que lhe examinaria. A enfermeira adicionou que se empenharia para acompanhar a visita e, dirigindo-se a Diana, disse que podia lhe procurar se precisasse.

Dias depois, recebi mensagem de Diana me informando que a mãe estava de alta e me convidando para visitá-las. Ela também me passou a receita de uma medicação prescrita para Elza, e me pediu para verificar com meus contatos na rede municipal de serviços se era possível conseguir a medicação. Explicou-me que o polo estava sem farmacêutico e muitas medicações estavam em falta, assim como também estavam escassos materiais para curativos. Respondi que entraria em contato com alguns serviços e com a equipe da UESC que costumava disponibilizar materiais descartáveis para curativos via projetos de extensão<sup>92</sup>. Embora eu não tenha tido sucesso em levantar os materiais, uma semana depois fui visitá-las.

Já da varanda da casa avistei Elza, que me recebeu com um olhar vívido e amistoso. Do sofá, acompanhava o movimento das pessoas que circulavam na calçada e o movimento de carros na estrada. Disse-me que estava melhor, porque pelo menos estava no canto dela.

---

<sup>92</sup> Desde que passei a atuar no Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz soube de vários projetos de extensão voltados à saúde de pessoas diagnosticadas com Diabetes e Hipertensão, coordenados por docentes enfermeiras, algumas delas especialistas no tratamento de feridas. Vários desses projetos, que funcionavam (e funcionam) em caráter intermitente por dependerem de verbas destinadas a ações extensionistas, dispunham de material descartável para curativo e curativos especiais utilizados no desenvolvimento de ações em saúde da população de Ilhéus e Itabuna.

Encontrei a enfermeira da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) na casa<sup>93</sup>. Embora estivesse de saída, ela me ‘atualizou’ do caso entusiasmada: a ferida sacral estava “bonita” e me mostrou algumas fotos. Ela se referia ao fato de a ferida conter mais tecido de granulação, avermelhado, e ter reduzido muito a quantidade de tecido desvitalizado, de maneira que as bordas da ferida estavam se aproximando, deixando-a menor. Disse também que a ferida do pé, que havia sido escarificada<sup>94</sup> desde antes da internação, continuava melhorando e explicou que o uso alternado de sulfadiazina de prata<sup>95</sup>, prescrita pela equipe de saúde, e babosa, adotada pela família de Elza, foram cruciais para essa evolução. Ela me explicou também as medidas que ela e a família vinham adotando para facilitar o uso e manipulação dos materiais para curativos “sem contaminá-los”, adequando-se à limitação de insumos que vinha acometendo o polo-base. A enfermeira confessou que a cada internação de Elza ficava apreensiva com a evolução das feridas, pois no hospital, onde a demanda de cuidado é muito maior, nem sempre a equipe de enfermagem conseguia manter o empenho na recuperação das feridas que estava sendo adotado em casa. Ana, a filha de Diana que nos ouvia, concordou e adicionou que assumiam, ela e/ou a mãe, a realização do curativo, se percebiam que a equipe atrasava o procedimento.

Ana explicou que dividiu a função de acompanhante com a mãe e a irmã nas internações da Elza. Na ocasião de minha visita ela era a responsável pelo cuidado da avó, pois sua mãe precisara viajar com urgência, mas lhe informara de minha visita. Contou-me que tinha trabalhado como técnica de enfermagem, mas que iniciara o curso de graduação em pedagogia na UESC, pouco depois que passara a atuar como professora na escola indígena da aldeia. Decidira trancar o curso havia um semestre, para se dedicar melhor às atividades da escola e aos cuidados com a avó.

Quando lhe perguntei sobre suas experiências em hospitais, Ana começou me dizendo: “Naquele lugar eles não tão nem aí não. A pessoa tem que ficar no pé.”. E passou a narrar

---

<sup>93</sup> A presença da equipe de saúde nessa situação e em outros depoimentos que obtive em campo informa sobre a assistência oferecida pelas EMSI aos indígenas que passaram por internações, comunicando a continuidade do tratamento entre os serviços hospitalares e de atenção básica disponibilizado nas aldeias. Esse achado contrasta com o que Guimarães (2017) descreveu sobre itinerários terapêuticos empreendidos por mulheres Xavante.

<sup>94</sup> Procedimento técnico por meio do qual pequenos cortes são feitos em uma ferida. A ideia é possibilitar que substâncias utilizadas para ativar a regeneração celular acessem as partes mais profundas de uma ferida.

<sup>95</sup> É uma substância bastante utilizada no tratamento de feridas sob a forma de pomadas ou cremes por possuir efeito antimicrobiano, eliminando vários tipos de bactérias e alguns fungos.

pequenos enxertos que compunham a trama de vivências relacionadas às várias internações da avó. No primeiro deles, ela narrou sobre a internação em que uma das amputações foi realizada:

Ele (o médico) demorou para ir ver minha avó e quando foi disse que não ia ter cirurgia porque não tinha sala disponível. Aí fomos (ela e a mãe) no centro cirúrgico, descobrimos que tinha sala livre sim e levamos ele com a gente até lá. Vimos quando ele entrou no refeitório e ficamos no pé, esperando até ele sair. Aí ele foi e reservou a sala. Não tinha mais desculpa e ele fez.

Em seguida, ela relatou que, quando estiveram no hospital para realizar a primeira amputação, um cirurgião tinha sido o primeiro a comunicar a Elza que o procedimento seria necessário, ignorando um pedido anterior dela e de sua mãe para que fossem as primeiras a dar a notícia à anciã:

Quando ele falou pra ela, ela disse logo que não aceitava. Aí ele saiu e disse pra enfermeira que não ia ter procedimento porque a paciente tinha se negado e que podia esperar pra fazer na semana seguinte se ela mudasse de ideia. Mas ele tinha falado pra gente antes que era urgente, que tinha que ser feito naquela semana. A gente só pediu tempo, pra contar as duas juntas.

Mas suas experiências dolorosas nas interações com os profissionais médicos, não se limitava aos cirurgiões:

Quando ela ficou na UTI, teve um médico que disse para mim e minha irmã que a sepse dela estava em 25 mil e que *se* ela estivesse viva até o dia seguinte fariam novo exame para saber como ela ia ficar. E não disse mais nada, e a gente não podia ver ela, nem ficar lá pra olhar ela. Aí no outro dia o médico que estava disse que quando ela entrou a sepse<sup>96</sup> tava em 30 mil, passou a 25 mil e naquele dia estava em 22 mil. Então tava melhorando. Mas a gente só podia acreditar no que diziam (...) depois desse dia, eu e minha irmã não queria mais conversar com médico, não queria saber, não queria perguntar. Eu só me contentava com o que eu via, em como eu via ela e como ela me parecia.

Ana também recordou a primeira internação da avó em que ficou com ela durante a noite e chamou várias vezes a equipe de enfermagem: “Ela tava ruim, respirando com dificuldade, mas ninguém fazia nada, porque já tinham dado o que tava prescrito”. Emocionada, ela falou do medo e da solidão que sentiu, por entender que não havia ali ninguém que lhe transmitisse segurança, que demonstrasse se importar com sua avó: “Nem o plantonista subiu para olhar ela”.

---

<sup>96</sup> A sepse é uma condição clínica em que uma inflamação de espalha por um corpo em decorrência de um processo infeccioso. No contexto hospitalar, o acompanhamento e tratamento do quadro envolve a realização de uma série de procedimentos técnicos que incluem a providência de exames laboratoriais por meio dos quais se mensura a quantidade de leucócitos. É a essa contagem que minha interlocutora, que possui formação técnica em saúde, se refere.

A despeito desses sentimentos, Ana reconhecia diferenças entre os profissionais: “Tenho a impressão de que ali as enfermeiras mesmo não têm autonomia pra muita coisa. Elas não conseguem nem um pote de sulfa<sup>97</sup> dizendo que o médico não prescreveu. Agora os médicos variam a cada semana, porque vêm de fora e entre eles a tendência é um jogar pro outro”. Ela explicou que se referia tanto aos adiamentos dos procedimentos cirúrgicos como à prática de ‘passar’ condutas entre especialidades médicas (como o antibiótico que não foi prescrito nem pelo clínico nem pela equipe de cirurgiões no momento de uma das altas pois um profissional esperou que o outro o fizesse). Quanto à equipe de enfermagem, ela relatou perceber falta de interesse e de condição para ajudar, “porque a rotina, a burocracia em si não permite”.

Perguntei diretamente em que medida ela achava que o fato de serem indígenas influenciou nas vivências que tiveram nos hospitais. Ela me disse que achava que influenciou pouco e acrescentou:

Porque o lugar é assim. E os médicos fazem o que querem. Nem sempre é o que precisa. Por isso que te digo que tem que ter pulso firme para estar ali! Minha avó mesmo disse a um deles um dia. Disse: Olha, eu tenho minha casa, tenho família! Tá achando que sou sem ninguém, que não sou ninguém? Se fosse com sua avó, com sua mãe, você acha que era assim que devia tratar, sem nem olhar direito pra gente? Depois desse dia ele melhorou, até chegava perto dela, passando a mão na cabeça, porque antes mal olhava na cara dela.

Ao ponderar que as dificuldades que ela e seus familiares enfrentaram no hospital não se devem ao fato de serem indígenas, Ana aponta para um elemento crucial. De um lado, ela sublinha que há aspectos das vivências dos Tupinambá junto a esses serviços – tais como a dificuldade de se sentir acolhido, a despersonalização das interações que se processam nesses espaços, o descompasso entre as necessidades de cuidado das pessoas em tratamento e a assistência ofertada – que não são particulares às experiências de indígenas. A rigor, dizem respeito a limites da consolidação do princípio da integralidade da atenção em saúde prevista no SUS, sobretudo nos serviços de atenção terciária a saúde, e que permeia as vivências de sujeitos indígenas e não indígenas que acessam o referido sistema. O documento oficial do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), por exemplo, apresenta um diagnóstico de insatisfação dos usuários do SUS relacionados principalmente às

---

<sup>97</sup> Ela se referia ao creme contendo sulfadiazina de prata, que nos hospitais costumam ser dispensadas em potes para uso individual entre os pacientes.

interações entre estes sujeitos e os profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Resgatar a humanidade do atendimento para ir contra a certa violência que subjaz a práticas e interações com usuários que negam a humanidade do outro e que não reconhecem as necessidades emocionais e culturais dos sujeitos que acessam esses serviços é inclusive um dos objetivos do referido programa (DESLANDES, 2004).

De outro lado, penso que com sua fala, Ana também nos comunica certa particularidade das experiências dos Tupinambá. Se vivências de descompassos entre profissionais/instituições de saúde e os sujeitos que buscam atendimento à saúde não são exclusivas a povos indígenas, sugiro que a maneira dos Tupinambá viverem essas experiências, de atuar nesses lugares, é particular e caracterizada pelo empreendimento de uma série de agenciamentos. Na medida em que relatava suas vivências, Ana comunicava mais do que situações em que se sentiu desamparada, mais do que incerteza, medo, insegurança. Ela comunicava também certo entendimento sobre aquele espaço, sobre as relações que se processavam lá, e me informava seus movimentos diante de cada situação. Ela apontava as implicações de estarem (ela e sua família) naquele lugar para receber assistência à saúde. Estar naquele lugar requeria que elas tivessem pulso firme, que elas estivessem empenhadas a cada interação, a cada situação para mobilizar as pessoas para o cuidado de sua avó. E no movimento de narrar, reafirmava a necessidade de estar junto da avó naquela experiência, embalando-se a continuar. Assim, percebo que frente a situações em que experienciavam tanto a imposição de valores e comportamentos por meio de rotinas e fluxos institucionais quanto práticas de profissionais pouco sensíveis a suas necessidades emocionais e culturais, Ana e sua família insistiram na possibilidade de negociar e modificar as interações.

Minhas visitas à Elza e sua família foram interrompidas pela pandemia de Covid-19. Mantive contato por telefone com Diana algumas vezes. Por eles soube de mais uma internação de Elza por complicações relacionadas à hemodiálise e de sua alta depois de alguns dias. Acompanhei com pesar a notícia de internação de Elza por ter contraído Covid-19. A limitação dos leitos hospitalares na região sul da Bahia demandou uma transferência para Salvador e seu ‘Encantamento’ dias depois. Não que eu tenha ouvido de nenhum Tupinambá a associação entre a morte de Elza e seu estado de Encantado<sup>98</sup> depois disso. Mas os olhos de vida que conheci

---

<sup>98</sup> Os Encantados, como ouvi de alguns interlocutores, são “caboclos como a gente”, “antepassados”, “gente nossa que já morreu mas tá perto e é por a gente”.

naquela mulher me instigam a pensar que sua morte na verdade foi transformação. Era muita vida!

### 3.2. A história com (de) Lúcia

Quando conheci Lúcia eu estava hospedada na casa de seu pai, Hélio. Eu iniciara uma série de visitas a aldeias a pedido de lideranças Tupinambá<sup>99</sup>. Desejava visitar uma parte do Acuípe e Hélio me ofereceu abrigo já que não era viável cumprir o trajeto em um mesmo dia. A família habitava um trecho cujo acesso pela rodovia BA 001 não era muito fácil, pois distava cerca de uns 3 km da rodovia por meio de um percurso com trechos sinuosos. Era uma área repleta de faixas de mata, córregos, rios, roças e casas, onde residiam diversas famílias, algumas delas não estavam ligadas por relações de parentesco. Nesse sentido, o lugar assumia uma configuração semelhante ao que Susana Viegas (2007) nomeou de Unidade Compósita de Residência, ao descrever as habitações que conheceu entre os Tupinambá que viviam na localidade de Sapucaeira. Trata-se da forma de habitação preferida entre esse povo e que consiste em um conjunto de casas, quintais, roças, córrego, mata, caminhos e pés de fruta em determinado espaço, costumeiramente chamado de *lugar* pelos indígenas. As casas de um lugar mantêm relações simultâneas de dependência e independência e é comum que as pessoas que o habitem constituam uma família extensa.

A parte habitada por Lúcia e seu pai poderia ser descrita como uma clareira, já que era semi circundada pela mata. Além da casa de Hélio, ela abrigava a casa de Lúcia e seu companheiro Mário, uma escola indígena, uma casa de farinha e a sede de uma Associação indígena. Essas construções dividiam espaço com uma horta – com diferentes hortaliças e ervas –, muitas árvores frutíferas e algumas (como barbatimão, eucalipto, babosa, aroeira, manjerição) que apesar de não oferecerem frutos eram utilizadas para diferentes práticas de autoatenção<sup>100</sup>, como chás, banhos de aspersão em uma parte do corpo ou sobre o corpo inteiro, emplastos a serem aplicados em feridas ou machucados, conforme me descreveram meus anfitriões. As roças cultivadas pelas pessoas das duas casas, distavam alguns metros dessa clareira e continham produtos diversos como milho, feijão, mandioca, batata doce e até abacaxi.

---

<sup>99</sup> Refiro-me às visitas que abordei detidamente no Capítulo 2.

<sup>100</sup> Uso essa palavra fazendo referência ao conceito de Menéndez (2005), sobre qual me deterei adiante.

O trabalho desempenhado na Associação envolvia a reunião de produtos das roças das famílias da localidade e a comercialização dos itens em Olivença e Ilhéus. O grupo iniciara a sistematização da produção de mel e se preparava para se qualificar como Cooperativa, o que lhe possibilitaria angariar mais recursos e fortalecer a comercialização dos produtos agrícolas. Também havia planos para recuperar a casa de farinha e retomar a produção da farinha de mandioca com fins comerciais. Lúcia era uma das pessoas à frente da Associação e uma das produtoras.

Meses depois de minha estada no lugar, entrei em contato com um dos seus irmãos, agente indígena de saúde, para que me acompanhasse em uma visita a outra indígena. Ele me informou que Lúcia caíra de motocicleta dois dias antes, já dentro da aldeia, enquanto voltava da rodovia para a casa. Fraturara uma perna. Disse-me que estava internada e aguardava uma cirurgia. No mesmo dia entrei em contato por telefone para ter notícias suas e outro irmão me respondeu, informando-me que a cirurgia estava prevista para o dia seguinte. Combinamos que manteríamos contato para que eu soubesse quando poderia visitá-la.

Na manhã seguinte ele me mandou uma mensagem dizendo que a cirurgia havia sido suspensa por falta de material e que não havia uma previsão clara de quando poderia ser realizada. Contou-me que a família estava se mobilizando para conseguir uma transferência (ou até mesmo pedir alta e buscar uma nova admissão) até outro hospital na cidade de Itabuna, onde fosse possível realizar o procedimento. Perguntei se era viável que eu fosse visitá-la e certifiquei-me do horário de visitas. Ele me disse que eu poderia ir a qualquer hora, pois imaginava que, como eu era uma profissional de saúde, bastaria “apresentar meu Coren<sup>101</sup>”. No mesmo dia, Hélio me mandou um áudio, reforçando o empenho da família na causa, e afirmando a esperança de que a solução (um caminho para realizar a cirurgia o mais rápido possível) seria encontrada ‘junto’, “com o esforço dos amigos”. Argumentei que seria importante avaliar melhor o motivo da remarcação da cirurgia e me comprometi a ir até o hospital no dia seguinte.

A mensagem de Hélio me reportou a uma das conversas que tivemos quando fui sua hóspede. Ele me falava sobre os esforços empreendidos pelos Tupinambá para conseguir a

---

<sup>101</sup> Ele se referia à carteira de registro profissional emitida pelo Conselho Regional de Enfermagem – Coren. O registro é demandado a todos os profissionais de enfermagem, inclusive àqueles atuantes na educação, como eu.

demarcação de seu território. Ressaltava que quando era jovem não reconheciam direito nenhum dos ‘caboclos de Olivença’, mas que a insistência na luta para defender a terra rendera efeitos: passaram a ser reconhecidos como indígenas ‘na lei’, e cabia persistir na luta. E explicou: “E tem que ser um pisando no rastro do outro, pra ninguém saber quantos pisaram. Porque na vida é assim: o amigo bom é irmão do outro, quando um corta o pau, o outro arranca o toco. Nós tudim desse mundo precisa de amigo.”. Ocorreu-me que eu estava sendo considerada como um desses elos necessários na vida.

No hospital, depois de passar por toda a sequência de procedimentos que envolvem a entrada das visitas, encaminhei-me até o posto de enfermagem. Em contato com a enfermeira responsável pela unidade, contei-lhe que estava em visita à Lúcia e que gostaria de saber mais sobre o adiamento da cirurgia. Depois de examinar o prontuário e fazer algumas ligações ela me explicou o motivo das remarcações: tratava-se de uma cirurgia que requeria o uso de uma caixa de materiais cirúrgicos com materiais de síntese<sup>102</sup> e como só havia uma no hospital, quando surgia algum caso de urgência, a cirurgia eletiva agendada era remarcada. Coincidentemente, tinha ocorrido um caso de urgência no dia em que a cirurgia de Lúcia fora suspensa e no dia seguinte não foi possível esterilizar a caixa de materiais a tempo. E como a equipe de cirurgiões ortopédicos é terceirizada, não realizavam atendimentos no final de semana, daí o procedimento ter sido remarcado para a semana seguinte.

De posse dessas informações, fui até a enfermaria encontrar Lúcia e Mário. Demonstraram alegria em me ver e trataram de enviar aos familiares uma fotografia registrando minha presença. Antes que eu perguntasse, Lúcia me narrou o que vivera:

Era domingo e fui de moto com Mário até ponto da estrada porque ele ia descer pra Ilhéus. Pretinha<sup>103</sup> não me larga né? Foi comigo até o final. Na volta, ainda pensei em vir pela estrada do banco de areia, mas pensei que como era domingo e não devia ter gente passando. Se a moto desse problema era pior. Aí vim pela estrada do rio, a que tem a ladeira. O que? Quando tava descendo, a cadela atravessou na frente, fui desviar e perdi o controle. Caí de cara no chão. A moto deu um giro quase completo, e eu ralando a cara toda. Ficou tudo sangrando, mas agora pelo menos o coró já saiu e tá melhorando. Lavei com aroeira, né? A gente trouxe. E a sorte foi que eu não cai no buraco, viu! Tinha um buraco assim pro lado da estrada na altura de onde cai. Minha perna ficou presa embaixo da moto e tava mole, já vi que quebrou. Aí me arrastei para uma sombra e danei a buzinar e gritar por socorro. E Pretinha acompanhava os gritos uivando. Uns primos tavam pescando no rio que passava perto e ouviram. Mas minha mãe tava comigo. Eu vi ela. Veio a imagem dela, colocando a mão em mim, pra eu

---

<sup>102</sup> Pinos, parafusos, materiais usados para aproximar as extremidades de ossos durante uma cirurgia como a de Lúcia, que se destinava a reparar uma fratura óssea.

<sup>103</sup> Uma das cadelas de Lúcia.

não cair no buraco, pra não ser pior. E ela veio com vento. Aí ouviram os gritos. E até quando meu irmão chegou, ela ainda tava de junto. Ele também viu.

Um dos primos foi de moto até a casa de seu pai buscar documentos e contactar seu irmão que conseguiu um carro para levá-la até o hospital. Explicaram que como tudo ocorrera no domingo, não informaram a nenhum membro da EMSI o ocorrido.

Repeti ao casal todos os detalhes que levantara junto à enfermeira, esclarecendo que o material necessário para o procedimento não precisaria vir de fora, mas apenas ser preparado para uso. Ficaram animados com a informação e decididos a aguardar: “Disseram que não tinha um parafuso que precisava. Não falaram desse jeito aí. Sendo assim tá mais fácil”, concluiu Mário.

Quatro dias depois Lúcia recebeu alta para se recuperar do procedimento na casa da sogra, na cidade de Ilhéus. Mário me enviou uma mensagem me dando a notícia e pedindo para que eu o telefonasse. Em conversa, ele me explicou que decidiram ficar na cidade porque seria necessário realizar consultas no ambulatório do hospital para acompanhar a recuperação de Lúcia, além de realizar diariamente curativos e medicações. Disse-me que tinha comprado materiais descartáveis e uma injeção que ela deveria usar por alguns dias, pois esses itens não estavam disponíveis no polo base. Durante a semana, contariam com a ajuda dos profissionais do polo para a realização desses procedimentos, pois o próprio Mário faria o deslocamento do técnico de enfermagem da equipe até Lúcia, superando assim a limitação de transporte da EMSI. E esclareceu que precisava de minha ajuda:

O técnico disse que era melhor tirar o gesso que estava apoiando o pé e deixar só o curativo de dentro. Falou pra gente que como o tempo tá muito quente, a tala ia abafar e podia piorar a cicatrização da ferida. Ele é parente, de outra aldeia. Foi muito cuidadoso com Lúcia. Mas a gente queria saber o que você acha porque você anda mais em hospital, já viu mais coisa assim, né?

Voltaram a pedir minha opinião no dia seguinte, dessa vez em relação à injeção que estava sendo administrada: “Essa injeção pode ser feita na barriga? O rapaz aplicou na barriga e Lúcia até achou menos dolorido do que no braço. Mas lá no hospital, as enfermeiras só botavam no braço e a gente queria saber de você.”. Sobre as orientações que receberam no momento da alta, disseram-me que ouviram apenas que o curativo deveria ser feito diariamente até a primeira consulta médica de retorno sete dias após o procedimento. Nenhuma instrução sobre a medicação fora oferecida. Pedi para ver fotos do curativo e dos papéis que haviam

recebido no momento da alta. E alertei que em um deles havia uma menção à manutenção da tela, ainda que não aparecesse no texto da prescrição, nem que tivesse sido orientado verbalmente a eles. Lúcia, então, me disse que pediria para recolocar a tela no dia seguinte e acrescentou:

Eu tô me sentindo muito chique porque uma professora, enfermeira de hospital, tá junto comigo, foi me visitar e tudo. Porque nem o povo do polo foi. É porque tem esses problemas: gente de férias, falta de carro, e aí ninguém de lá foi me ver, mas você foi. Olha, fiquei assim... esperava que fossem, sabe?! porque a gente fica lá, fica perdido, não conhece ninguém. E você chegou junto.

Mário endossou a fala de Lúcia, reforçando que estava sendo importante contar com minha ajuda:

No dia em que chegamos no hospital mesmo tivemos problema por falta de informação. Problema com o acompanhante, porque lá no hospital só pode ficar com acompanhante se for idoso ou criança. Aí disseram que não podia e ela ficou só assim que chegou, ficou 24 horas ainda. Aí ninguém do polo alertou a gente. No dia seguinte falei com o assistente social que a gente era indígena, quando ele perguntou lá se era negro, esqueci a palavra. Eu disse que a gente era indígena. Aí ele disse 'Ah, não preciso que você me diga mais nada. Você tem direito. Só preciso que você me prove que é indígena, dar algum documento.'. Eu respondi 'Provar não, é só você ligar na SESAI que você confirma.'. No mesmo instante ele falou lá com a assistente social da SESAI e viu que sim e ela passou a ter direito a acompanhante. Então essa informação mesmo nós não tinha. Os parentes mesmo disseram que não ia poder ficar acompanhante no Costa, pra você ver que tem o direito e nem sabe. Aí eu fico feliz que agora eu mesmo vou dizer pra todo mundo, deus livre de precisar, mas se precisar já sabe que pode.

Por meio dessa sequência de falas, meus interlocutores sublinhavam um aspecto importante sobre a experiência dos Tupinambá com a internação. O hospital era um 'outro' lugar, diferente. As pessoas e a linguagem praticada nas interações que se processavam naquele lugar também eram incomuns. Da mesma maneira também o eram os profissionais que atuavam naquele espaço. Aquele lugar e aquelas interações contrastavam inclusive com o que vivenciavam nos atendimentos junto à equipe de saúde do polo-base. Ele requeria habilidades de comunicação e de negociações próprias. E nesse sentido fui reconhecida como uma espécie de especialista, como uma pessoa que detinha uma série de habilidades para estar e transitar naquele espaço e que podia participar da experiência de estar internado como mediadora. Não apenas avaliar/informar se o jeito de fazer um curativo fora do hospital (pelo técnico da SESAI) era o mesmo do hospital. Se era o mais indicado segundo os códigos biomédicos. Mas também para instruir como negociar naquele espaço. Quanto a essa mediação, é válido ponderar que na internação de Lúcia, o encadeamento de informações entre ela e a equipe do polo base foi

prejudicado pelo fato de que tanto a enfermeira quanto o Agente Indígena de Saúde da localidade (seu irmão) estavam de férias. Mas a fala de Ana, que apresentei na história anterior, ao alertar que ‘não pode ser qualquer um pra ficar no hospital para estar como acompanhante’, reforça que o que estava em questão na internação de Lúcia era antes a especificidade do lugar e não a ausência temporária da equipe de polo como mediadores. No hospital, a mediação possível de ser oferecida pela equipe também era limitada.

Dias depois dessa conversa, recebi uma mensagem de voz do irmão de Lúcia, que atua como AIS. Ele pedia minha ajuda para conseguir um relatório médico explicando a situação de irmã, de pessoa que ficaria com uma limitação temporária de atividades em decorrência da cirurgia. Disse que não podiam pagar por um relatório médico e pedia meu auxílio para conseguir o relatório. Eu o respondi por áudio que o relatório podia ser conseguido durante a consulta de retorno da cirurgia. Minutos depois Mário me ligou. Explicou-me que o cunhado lhes alertara que era possível tentar um benefício para Lúcia, já que ela precisaria se manter afastada de suas funções junto à cooperativa indígena. Para tanto, precisavam de um relatório médico detalhado, explicando o motivo da limitação física de Lúcia, anexar seus documentos pessoais e uma declaração do cacique da localidade e levar até a FUNAI.

Mário disse que estava preocupado porque ele mesmo já tinha precisado de relatório de ortopedista para essa finalidade e na época só conseguiu depois de pagar: “Esses relatórios pra tentar benefício não pode ser como esse de alta. Tem que ter coisa escrita, tem que explicar. De graça eles dão só o papel da alta.”. Ele me enviou uma fotografia do referido papel. No documento, intitulado ‘Relatório de Alta’, havia palavras que descreviam o momento clínico de Lúcia (POI de fratura de pilão tibial<sup>104</sup>; RAFI<sup>105</sup>), mas nenhuma explicação adicional: não havia descrição da situação de admissão, tampouco do procedimento médico realizado. No final do documento, lia-se um campo com título ‘Condição da Alta’ onde constavam recomendações específicas: (curativo diário/não molhar ferida; manter tala/ carga zero<sup>106</sup>/ retorno dia 14/02). Estavam ausentes informações sobre o estado de Lúcia, que devia se locomover com ajuda de cadeira de rodas a princípio para depois passar a moletas. Mário compartilhou que se

---

<sup>104</sup> Pós-operatório imediato de fratura de pilão tibial. O termo indica o momento no curso da causa da internação e a parte do corpo lesionada. Essas abreviaturas são comuns em prontuários.

<sup>105</sup> RAFI – Redução Aberta e Fixação Interna. A sigla informa a estratégia cirúrgica adotada. Esse é um termo inteligível apenas para profissionais de saúde com experiência em determinados setores hospitalares.

<sup>106</sup> O termo instrui não submeter certa parte de um corpo sobre qualquer esforço, nem aplicar qualquer força sobre ela.

preocupava por não saber se outro médico diferente do que havia realizado a cirurgia, ia querer dar o laudo. Insisti que o relatório poderia ser fornecido durante a consulta e que o ideal era que fosse fornecido pela equipe médica que a atendeu, já que foi na mesma instituição onde foi feito todo o atendimento dela até então. Esse atendimento ainda estava em curso, posto que ela ainda precisaria voltar à instituição para a revisão.

Combinamos que eu me informaria com a enfermeira do hospital sobre o procedimento para conseguir informações do prontuário (exames e o relatório de operação) e que ele iria até o hospital para saber em que parte do hospital seria a consulta de retorno. Com a enfermeira, descobri a sinuosa ‘rotina’ para pedir cópias de documentos do prontuário. Explicou-me que por esse meio, era possível também solicitar um relatório mais detalhado do que fora oferecido durante a alta. A instrução envolvia preenchimento de uma solicitação formal no setor de serviço social da instituição e costumava demorar meses até que a demanda fosse atendida. O outro caminho possível seria conseguir o relatório durante a consulta de retorno. Em sua ida ao hospital, Mário, por sua vez, descobriu que o retorno para a revisão não era tácito: ele precisava ser confirmado na recepção do ambulatório, o que ele fez presencialmente.

Ficaram receosos com a possibilidade de que o médico se negasse a conceder o relatório durante a consulta, pois a demora da rotina de solicitação formal poderia inviabilizar que protocolassem o pedido do benefício na FUNAI. Pediram minha companhia para ir junto na consulta, mas eu tinha um compromisso em outra aldeia. Passamos então a ‘ensaiar’ como eles pediriam o relatório pois, argumentavam eles, “o papel” precisava “explicar porque agora ela não pode trabalhar na cooperativa.”. Combinamos que eles iriam dizer ao médico que o relatório precisava informar: o local da fratura, que tipo de limitação de movimentos ela trazia e as restrições de atividades necessárias para a recuperação. Eles anotaram “os nomes”, as palavras que usei para descrever o que o relatório deveria conter. No dia seguinte, trocamos várias mensagens, por meio das quais eles me informaram o passo a passo da estada no hospital. O médico não se opôs a fazer o relatório já durante a consulta e, adicionalmente, eles solicitaram formalmente outro relatório, junto com cópias do prontuário. À noite, pediram que eu fosse até a casa deles “aplicar a injeção e fazer o curativo” no final de semana, pois eram dias em que o atendimento no polo não estava disponível.

Assim o fiz. Quando visualizei o relatório que receberam, percebi que as informações continuavam muito sintéticas. Além disso, eles estavam hesitantes quanto ao ‘prazo de

limitação física' que o médico estabelecia para a recuperação: 3 meses. Temiam que a solicitação junto à FUNAI demorasse muito tempo para ser atendida e, considerando o período da limitação previsto no relatório, o benefício não se aplicasse mais. Meses depois o benefício foi concedido, mas Lúcia recebeu apenas uma parcela, pois por uma falha de comunicação no banco foi informada de que somente uma mensalidade tinha sido concedida. Entretanto, a sequência de intercorrências que marcou sua recuperação lhe rendeu subsídios para solicitar novamente o benefício no início do ano de 2021.

Na primeira internação Lúcia permaneceu no hospital por nove dias, mas ao longo do ano de 2020<sup>107</sup> ela precisou fazer mais dois procedimentos cirúrgicos que não demandaram internação. Neles, foram removidos materiais utilizados na fixação da fratura, parafusos e placa. Durante todo esse período, ela manteve trânsito intenso no ambulatório do hospital, para realizar consultas médicas e sessões de fisioterapia. Em algumas das consultas, procedimentos técnicos foram realizados para remoção de secreções da ferida cirúrgica.

Mantivemos contato telefônico período desde então. Em nossas conversas, ao mesmo tempo em que me relatava o que ouviu do médico com frases como “ele disse que infeccionou” ou “disse que meu corpo tá rejeitando e tem que tirar os ferros”, Lúcia também me deixava conhecer suas elaborações sobre o tempo da cicatrização, o tempo da cura:

É que fica saindo coisa de dentro. Vai curando de dentro e tem hora que bota pra fora essa secreção. É que meu corpo não aceita esses ferros. Eu já sabia. Até pra eu usar brinco, essas coisas, já não aceita. Vai inflamando porque não aceita. Mas é assim que sara. (...) Tem hora que sinto pinicando dentro, tá sarando. É assim.

Além da realização dos curativos na perna conforme indicação médica, durante toda a recuperação ela foi acionando outras práticas de cuidado que já faziam parte de seu repertório: lavava a perna afetada com banhos de aroeira, ingeria chás de ervas como manjerição e suculentas e rezava. “Essas plantas tudo ajuda a desinflamar, acalma. Lembra que você viu lá em casa elas? A gente tem tudo.”, explicava. A reza, acrescentava, também era essencial para manter “meus orixás, os encantados de junto de mim. Me deixa forte, com saúde. E tudo tem dono. Você pede licença primeiro.”. Na medida em que o tempo seguia seu curso, foi ficando mais comum em nossas conversas que ela comunicasse sentir “falta de casa”. Quando ela descrevia essa falta, falava da roça, da horta, da pesca, e da necessidade de praticar essas

---

<sup>107</sup> Mantive contato intenso com Lúcia e Mário ao longo da primeira internação e mais periodicamente até o momento em que escrevo essas linhas.

atividades: “Tem hora que a agonia é grande. Uma vontade de ir embora, de estar lá, na natureza com os orixás, os encantados, de estar perto. Perto é outra coisa, porque a gente fica forte”.

Lúcia compartilhava comigo quando conseguia ir até a aldeia. E nesses momentos me deixava perceber que a falta também dizia respeito a certa convivialidade possível naquele lugar:

Esses dias tive lá. Fiquei lá na casa de meu véio. Minhas cunhadas foram também e me cuidaram. Aí cozinhamos, ficamos todo mundo junto, dormimos tarde. Vi meu lugarzinho, ainda me sentei numa cadeira e ajudei a tirar os matos que tavam crescendo lá perto e os outros capinaram. Mas não sei ficar parada, ainda mais lá. Voltei mais forte, viu. É um lugar pra gente se acolher. (...) Tu precisa ver como tá bonita a horta e o milho que plantaram, vou te mandar foto. E o pepino que eu peguei semente a plantei cá num terreno aqui perto? É porque ainda não consigo capinar, senão já tava melhor.

Lúcia me mostrava que casa era mais do que o espaço físico. Era uma palavra que descrevia uma composição de práticas e relações que conferiam vigor, que constituíam sua vida e que eram indispensáveis para sua recuperação. Manter retornos periódicos à casa era mais um feixe necessário para que a cura, até que o retorno definitivo, fosse possível. Um ano depois do acidente, Lúcia me contou que precisaria de uma nova cirurgia, para remover a placa implantada. As feridas cirúrgicas teimavam em não cicatrizar completamente. Explicava que era o que tinha que ser, pois era sua pele que rejeitava tudo que era diferente. “Fazer o quê? Vou fazendo minha parte até eu conseguir resolver. Mas boa mesmo, eu fico é quando eu voltar.”. Ela se referia a voltar para sua casa, seu lugar. Pois, como o empenho para sua recuperação continuava a envolver retornos periódicos ao ambulatório do hospital, desde o acidente ela passou a morar na cidade de Ilhéus.

A história de Lúcia permite colocar em relevo diversos aspectos, alguns dos quais já delineados pela história de Elza. O primeiro deles diz respeito a articulação entre os cuidados biomédicos e práticas de autoatenção tecida pelas duas mulheres. Não há uma hierarquia entre os cuidados dessas duas esferas, tampouco há um momento nas trajetórias das experiências de adoecimento delas que tenha tornado algum desses conjuntos de cuidados mais necessário do que o outro. Eles se somaram em todos os momentos. Mas a experiência de estar internada dificultou a realização das práticas de atenção nas duas trajetórias, sobretudo porque imprimiu às indígenas restrições na maneira de ‘estar’, de ‘habitar’ o espaço hospitalar. Lúcia contou-me que tentou negociar uma autorização para receber uma garrafa contendo um banho de ervas enquanto estava internada, sem sucesso. Similarmente, a utilização de babosa alternada ou uso

da pomada prescrita pela equipe de saúde só foi possibilitada a Elza enquanto ela estava em casa, sob os cuidados da equipe de saúde indígena.

Isso nos remete a outro elemento comum nessas histórias, a dificuldade de que a atenção diferenciada à saúde seja garantida nos espaços hospitalares. Seja por meio da inflexibilidade do horário de visitas, das restrições impostas sobre os pertences que os indígenas podem levar à instituição, da falta de recursos/dispositivos que promovam a comunicação entre indígenas e os profissionais que atuam nesses serviços de saúde, esses casos sugerem que a atenção diferenciada à saúde é esvaziada nesses espaços. Falo esvaziada e não ausente porque nas situações narradas, foi apenas mediante movimentos dos próprios indígenas que alguma dimensão dessa atenção diferenciada foi garantida: os embates com os médicos travados por Ana e Diana possibilitaram novas condutas médicas; o tensionamento feito por Mário ao identificar Lúcia como indígena permitiu a garantia de acompanhante na internação; os movimentos de Lúcia e Mário de me eleger como mediadora possibilitou a obtenção dos relatórios médicos a serem apresentados à FUNAI.

Como já foi dito, durante a internação de Lúcia, o AIS que atua em sua localidade estava em férias, o que pode ter contribuído para a fragilidade no apoio ofertado pela equipe do polo base no sentido de ‘fazer valer’ a atenção diferenciada. Todavia, durante o campo, soube de vários embates travados pelas assistentes sociais do polo base com profissionais atuantes em serviços de atenção secundária e terciária (hospital, maternidade e clínica de diálise) exatamente por essas instituições não formularem rotinas que permitam o exercício da atenção diferenciada à saúde indígena. Sublinho isso por entender que se de um lado pode haver uma fragilidade no apoio ofertado pelo polo base aos indígenas que transitam nesses serviços de saúde do SUS, de outro não há nesses serviços dispositivos que possibilitem a oferta a uma atenção diferenciada à saúde indígena.

### **3.3. Sobre o encontro com Nena**

Meu encontro com Nena foi possibilitado por Luís, um agente indígena de saúde. Em 2019, quando visitava sua aldeia a pedido de lideranças Tupinambá, Luís falou com preocupação sobre Nena. Dizia-me que ela passara por uma situação difícil, envolvendo um

atendimento na maternidade<sup>108</sup> de Ilhéus. Desde então, mostrava-se muito triste, chorosa e distante do convívio com aqueles com os quais costumava interagir.

Alguns metros de um trajeto íngreme adentrando a mata separam a aldeia em que mora Nena da rodovia BA 001. A parte mais habitada contém uma cancela que delimitava o início de duas fileiras longas de casas divididas por um caminho central. Entre as casas eram são comuns árvores e flores e nos quintais de algumas casas era possível ver pequenas hortas. Enquanto o fundo de uma das fileiras era guardado pela mata, o da outra era composto por uma faixa de terra mais estreita, onde uma vegetação menos extensa possibilitava uma visão da rodovia, das casas de um condomínio residencial e do mar. Próximo à cancela, funcionava uma escola indígena e o final de uma das fileiras era marcado por um amplo espaço circular coberto por piaçava, onde se reuniam em assembleias e rituais. Mais adiante desse espaço, a mata dividia espaço com algumas casas, construídas com uma distância maior entre elas. De lá, trilhas permitiam acesso a outras partes da aldeia: roças, mata e mais casas.

Fiz diversas visitas a essa aldeia em diferentes ocasiões. E no dia em que conheci formalmente e conversei com Nena, fui sozinha. A porta da casa estava fechada, mas decidi olhar pelo lado e a vi nos fundos, numa lavanderia improvisada conversando com outra mulher. Apresentei-me e Nena me apresentou sua comadre, que em seguida se despediu. Nena comentou que já tinha me visto por lá. Convidou-me a entrar e disse que Luís falara sobre minha visita e sobre minha vontade de saber sobre o que ela vivera na maternidade. Sentamo-nos na sala e ela abriu a porta e a janela. Algumas crianças que brincavam ao redor da casa aproximaram-se, mostrando o rosto sorridente na porta e se escondendo em seguida. Perguntei se alguma delas era sua. Ela chamou uma delas, maior que as demais, e me apresentou sua filha mais velha. “Nesse monte aí, tem afilhado e afilhada também. Eles ficam sempre por aqui. Minha mais nova tá passando uns dias com minha irmã, em Una.”. Perguntou-me se eu tinha filhos, sua idade e com quem estava.

Nena me pareceu abatida, mas seu rosto tinha ternura enquanto falávamos sobre crianças. Depois de nossa conversa inicial a expressão mudou, e ela passou a me contar fluidamente sobre o primeiro aborto que viveu:

Nena: Estava com 3 meses quando perdi. Eu já tinha minha menina mais velha, aí foi e engravidei. Senti dor fui na maternidade. Lá examinaram e disseram que o colo tava

---

<sup>108</sup> A maternidade em questão é também um hospital geral que vem concentrando sua expertise de atendimentos a especialidades cardiológicas.

fechado. Mas ali acharam que eu tinha tomado remédio pra perder. E eu não tomei nada.”

Amanda: mas quem você acha que pensou isso? Porquê você acha?

Nena: “As enfermeiras, os médicos, eles tudo. Por causa do tratamento. Me mandaram voltar. Ou não olharam direito ou não quiseram olhar direito, ver o que era mesmo. Quando fui voltando pra casa a dor ainda estava e foi aumentado. Aí quando voltei eu sangrei mais e mais, aí perdeu. E eu não quis voltar no que a dor aumentou. Não voltei...voltar pra mandar eu vir embora de novo? Não fui.”

Ela continuou lembrando que três anos depois desse episódio, engravidou e pariu a segunda filha e novamente em uma maternidade, de parto cesáreo. Explicou-me que durante essa gestação, a bolsa estourou antes de completar 8 meses e mesmo assim a equipe da maternidade em Ilhéus deu alta ao invés de encaminhá-la para outro hospital: “Disseram que não tinha vaga. E me liberaram, eu morando longe, cá na aldeia. E não me mandaram logo pra outro hospital se eles não podiam atender lá.” Foi a equipe da SESAI em Ilhéus que a levou até outra maternidade em Itabuna, onde lá ela conseguiu receber atendimento.

Um tempo depois, engravidou novamente e teve um aborto espontâneo, em casa mesmo, logo no início da gravidez, e que não quis procurar um serviço de saúde por ainda não acreditar que lá pudesse ser feito algo de bom naquela situação. Lembrava do outro episódio de aborto em que fora encaminhada para casa sem assistência. Comunicou ao AIS e à enfermeira da EMSI que lhe orientou a sinalizar se o sangramento ficasse intenso ou se ela “passasse mal”. Dias depois a equipe a visitou: “pra saber como eu tava”.

Nena então começou a me contar sobre a última gestação e na medida em que a descrevia, falava mais rapidamente:

Eu tava com a pressão alta desde o começo e foi subindo mais, até que passei a fazer o pré-natal na maternidade. Eu cansava mais. Era de risco. Quando eu tava com 6 meses comecei a sentir dor e aí a enfermeira daqui me orientou logo pra ir na consulta. Quando chegou lá, foi uma enfermeira que me examinou. O médico nem foi olhar, só prescreveu uma injeção, dipirona. Disseram que o sangramento era muito pouco, que estava tudo bem com o bebê e mandaram voltar para casa. Aí no começo da madrugada as dores aumentaram muito, e veio sangramento também. Ainda consegui botar a cabeça dele pra fora, mas ficou preso muito tempo. Ele ainda saiu respirando, mas não guentou. Eu não tinha mais força, não guentava. Pra que me liberaram? Se eu tivesse ficado lá eles tinham feito alguma coisa.

Em meio ao trabalho de parto, uma técnica de enfermagem que atuava no polo base e residia na aldeia a apoiou. Foi essa profissional que entrou em contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e conseguiu que Nena e seu bebê fossem encaminhados para a maternidade em Ilhéus.

Quando chegou lá o médico ficou retado dizendo por que tinham levado o bebê para lá se ele já tava morto e não tinha morrido lá. Para mim, o pior foi passar por tudo aquilo. Eles lá conversando, médico, enfermeiro, dizendo que ele não devia ter ido pra lá, que não era pra levar. Não queriam dar atestado de óbito. Sendo que se eu tivesse ficado lá, se tivessem me deixado ficar, tinham podido fazer alguma coisa. Outra enfermeira lá falou que a enfermeira que me olhou mais cedo não podia deixar eu lá porque ainda não tinha sangramento. E o médico também disse que ela não errou não. Mas se eu tivesse ficado, pelo menos estava lá. E quando me mandaram voltar eu confiei, confiei que a injeção ia passar. Tem muita gente que não aceita que não sai de lá, que bate o pé e não sai. Eu confiei.

A essa altura de nossa conversa Nena chorava muito. Não eram lágrimas que lhe demandavam momentos de silêncio, mas que enlaçavam mais palavras. Continuei a ouvir, com olhos, gesto e lágrimas. Ela passou a revisitar trechos do que acabara de me contar: “Porque me mandaram voltar. E quando eu fui na consulta não tinha sangramento ainda. Mas eu confiei que podia voltar.”, “Eu fui nas consultas de pré-natal lá, direitinho, eu queria muito. Porque era de risco, eu sabia, eles sabia também.”, “Eles não queria *ele*<sup>109</sup> ali, eu ouvi. E eu tinham mandado embora antes”. Eram trechos que não diziam respeito apenas às decisões que ela tomara ao longo do que vivenciara. A repetição parecia integrar um movimento de busca por um encadeamento que a permitisse seguir contando. Depois dela e de um momento de silêncio, Nena retomou:

Penso muito besteira. Já pensei mais. Quando fico só é pior, aí penso besteira. Penso em tudo de novo. Já pensei que muita gente não gosta de indígena. E fui no carro da SESAI, e diz na ficha, nos papéis. Então eles sabiam o tempo todo que era indígena. O atendimento já pode ser ruim assim, tratando mal a pessoa, mas quando é indígena, como tem gente que não gosta, pode piorar. Porque em Itabuna, quando internei lá da outra vez, o atendimento foi até melhor.

Ela me disse que a besteira que pensava frequentemente era em tirar a própria vida. Mas também pensava nas outras filhas e não desejava se afastar delas. Sabia que elas precisavam da mãe: “A mais velha mesmo saiu de casa chorando no dia que eu tava na peleja e entrou na casa de minha comadre dizendo que o irmão ia morrer. Elas já sofreram tanto..., mas ainda assim o pensamento vem. Vem essas coisas tudo.”

Depois do último parto, Nena passou alguns dias na casa de uma irmã, em Una, para “tentar melhorar” e ficar longe da casa que dava as recordações de tudo o que aconteceu. Não conseguia dormir, comer, chorava diariamente e não conseguia parar de reviver o fatídico dia:

---

<sup>109</sup> Nena se referia ao filho nascido morto, Igor.

Eu ficava lembrando de tudo o tempo todo. Aí fui com minha irmã no médico lá. Ele disse que era ansiedade e me passou um remédio. Me dava uma agonia, uma tristeza por dentro. Aí a besteira vinha na mente. Agora melhorou um pouco, mas se fico muito tempo sozinha o pensamento vem. Eu quero minha saúde de volta, sabe? Quero ficar bem, comer bem. Porque não fico alegre, não penso em outra coisa, fico só com o negócio na cabeça. Tinha gente que tava com medo de eu entrar em depressão. Luís mesmo veio aqui, fica perguntando como eu tô. As pessoas mais próximas também, meu marido mesmo. Fica tudo com cuidado comigo.

Na semana em que a pandemia de Covid-19 atingiu Ilhéus, planejávamos nos encontrar. Mantivemos alguns contatos por telefone depois disso, mas neles Nena se mostrou mais econômica com as palavras. Costumeiramente nas conversas ela me deixa saber sobre a continuidade do tratamento oferecido pela equipe de saúde e trocamos notícias sobre filhos. Com a enfermeira da EMSI que a atendia, eu soube que logo depois da morte de seu bebê, ela não procurou nenhum membro da equipe demandando cuidado à saúde.

Mas a técnica de enfermagem e o AIS que também residiam na aldeia mantiveram-se próximos, atentos a algumas mudanças. Em conversa com uma amiga próxima dela, souberam que ela havia confessado ouvir vozes que lhe diziam para se matar. Depois disso, a assistente social do polo passou a acompanhá-la e viabilizou uma consulta com um psiquiatra e um acompanhamento mais demorado com uma psicóloga, ambos profissionais do CAPS. A medicação psicotrópica foi mantida e Nena continuava em 2021 em uso dela, conjuntamente com atendimentos periódicos da equipe do polo base.

O caso de Nena nos coloca diante de uma experiência limítrofe junto a serviços de saúde fora da aldeia, marcada pelo desacolhimento. Junto às equipes de saúde atuantes na maternidade e no SAMU, o que Nena relata são vivências de rejeição, insegurança e ‘descuidado’. Ao mesmo tempo em que suas narrativas reforçam a inexistência de dispositivos destinados à garantia da atenção diferenciada à saúde indígena nesses serviços (tal como a apontada nas outras histórias), elas sublinham a potência que a atenção básica ofertada pelas EMSI possui. Pois se de um lado as vivências de Nena nos serviços de saúde fora das aldeias levaram-na a rejeitar encaminhamentos para esses serviços, as experiências de atendimento junto à equipe do polo conduziram-na a reconhecer essa instância como um caminho para obter cuidado à saúde.

#### **3.4. Hospital, cuidado e os Tupinambá: tecendo sentidos**

As histórias aqui reunidas nos informam tanto sobre o funcionamento dos serviços de saúde apresentados como sobre os manejos empreendidos pelos indígenas ao acessá-los. Na tentativa de alinhar as questões suscitadas por essas experiências, assumo um duplo movimento. De um lado debruço-me sobre o funcionamento do hospital, procurando também perceber as políticas de cuidado praticadas nesse lugar. Faço essa escolha por entender que além desse tipo de serviço de saúde ter sido comum a todas as histórias, ele condensa elementos emblemáticos da atenção secundária e terciária à saúde disponibilizada no âmbito do SUS. Ademais, esse exercício permite sublinhar em que medida a garantia da atenção diferenciada à saúde indígena prevista desde a elaboração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tem sido possível quando os atendimentos envolvem a articulação com a rede de serviços do SUS. De outro lado, reflito sobre os manejos empreendidos pelos indígenas nessas experiências, percebendo-os tanto como práticas de resistências ao biopoder que estrutura a formulação desses serviços de saúde como quanto um convite à co-produção de outras formas de cuidado.

Para iniciar esse movimento, considero importante recuperar um aspecto mencionado nas narrativas que apresentei ao contar a história de Elza. Tanto Elza como Diana falaram do estranhamento que experienciaram durante a internação no Hospital Costa do Cacao, referindo-se às restrições de circulação, ao espaço físico, e à rigidez de normas e rotinas. Se de um lado importa considerar que faziam menção à particularidade de estar ‘internado’, ou seja, de vivenciarem uma disrupção no seu cotidiano e passar a habitar um espaço dotado de regras, de outro, cabe considerar que também sinalizavam para a particularidade da experiência naquele hospital, pois Elza já vivenciara inúmeras internações anteriores em outros hospitais da cidade de Ilhéus.

Também a mim, que já conhecia outros hospitais da cidade onde ministrei aulas práticas (e outros hospitais de maior porte, em cidades diferentes, onde atuei como enfermeira assistencial), as rotinas e fluxos de atendimento daquela instituição causaram surpresa. Vale elencar os elementos que chamaram minha atenção: i) a existência de equipes de cirurgias vindos de fora da cidade e executando vários procedimentos em poucos dias para serem substituídos por outros profissionais na semana seguinte; ii) a impessoalidade da relação entre cirurgias e ‘pacientes’ engendrada por essa dinâmica, dificultando que um paciente possa conversar com o médico responsável por seu procedimento (tal como apresentado na história

de Elza); iii) os registros ínfimos em prontuários praticamente limitados a códigos e siglas de procedimentos cirúrgicos (como mencionei ao apresentar a história de Lúcia), que minha formação como auditora em serviços de saúde me permite dizer que constituem as informações mínimas necessárias para preencher formulários que viabilizam o faturamento dos procedimentos.

Conjuntamente esses elementos me instigam a tecer uma associação entre hospital e máquina, sobretudo inspirada pela leitura de Foucault (2006). A imagem (que também é cena) de cirurgiões terceirizados atuando em equipes que se revezam ciclicamente e com atuações marcadas por um ritmo frenético de procedimentos em série, ocupados em intervir e liberar espaço para mais um atendimento remete ao funcionamento de uma fábrica. O produto, são atendimentos, internações que envolvem a realização de procedimentos diversos e altas hospitalares. E o cliente me parece ser o governo da Bahia e não o sujeito/usuário.

Em *O nascimento da clínica*, Foucault (2006) se debruçou sobre o surgimento do ‘hospital médico’, interessado em analisar a passagem da medicina clássica à medicina moderna (biomedicina). O surgimento desse ‘novo’ hospital foi possibilitado a partir de uma configuração que congregava técnicas de poder disciplinar e técnicas de intervenção sobre meio. O autor descreveu uma série de “viagens inquérito” de visitas e observação sistemática e comparada de hospitais realizadas na Europa especialmente entre os anos de 1775 e 1780<sup>110</sup>. Esses inquéritos estabeleceram um novo olhar sobre os hospitais, concebendo-os como “máquinas de curar”, deixando de ser vistos como um desenho arquitetônico e passando a ser estudados a serem terreno para a análise das relações entre fenômenos patológicos e espaciais. Foi surgindo uma nova tecnologia de definição da estrutura interna desses lugares: posições dos cômodos, ventilação, iluminação e comunicação entre eles, repartição dos doentes e desenho de rotinas e condutas. Essa nova cartografia no interior dos hospitais se estendia também ao tratamento médico que passou a se dirigir ao que circunda a doença (o ar, a água, o alimento, o corpo doente). Caracterizava o funcionamento desses lugares o exercício de uma anátomo-política individualizante, onde a regulação de corpos e comportamentos tinha como dinâmica a produção de “corpos dóceis” (FOUCAULT, 2007).

---

<sup>110</sup> A discussão também está presente em *O nascimento do Hospital* (FOUCAULT, 2007).

Com as histórias aqui reunidas vemos várias dessas características apontadas por Foucault. Situações descritas nas histórias – como a rigidez do controle de fluxos de pessoas e coisas, a regulação da forma de pessoas internadas estarem/se portarem no espaço do hospital (a regra de não abrir a janela do quarto), o controle da quantidade e do horário das visitas, a dificuldade dos acompanhantes conseguirem insumos para realizarem atos de cuidado com os doentes por escaparem do que é previsto em protocolos – nos informam que as rotinas e normas do hospital tem como foco disciplinar suas ações e comportamentos. Mas poderíamos acrescentar também que se o hospital moderno foi descrito como uma máquina de curar, o hospital *neo-moderno*<sup>111</sup> se assemelha a uma máquina de liberar, ocupada em produzir ‘altas’ que possibilitam novas internações. Se naquele importava a descrição ostensiva da doença e os doentes ganhavam o estatuto de fonte de dados (dados que interessavam inclusive à construção de um saber), nesse os registros em prontuários são ínfimos e compactos, o doente equivale sobretudo à mais um atendimento contabilizado e a instrução de cuidado a uma pessoa que recebe alta fica a cabo da dedução, tal como demonstrado na história de Lúcia.

Outro aspecto do funcionamento do hospital que as histórias colocam em relevo é a centralidade do ‘ato médico’ no desenho de fluxos, na formulação de rotinas e de protocolos praticados nessas instituições. Um dos desdobramentos dessa centralidade é a restrição da autonomia de outros profissionais de saúde que atuam nessas instituições e que, no cotidiano dos serviços, são responsáveis pela maior parte dos cuidados oferecidos às pessoas internadas. Vimos que até mesmo itens utilizados para o cuidado de ferimentos, que costumam ser utilizados já em domicílio pelas pessoas internadas (como o creme de sulfadiazina que Elza usava) só pode ser dispensada no hospital mediante a prescrição médica. É emblemático perceber essa normatização considerando que na hierarquia interna do trabalho hospitalar, o cuidado com feridas é uma atribuição (no sentido de indicação, condução e execução dos procedimentos) da equipe de enfermagem.

Esse movimento englobante e hierarquizante da centralidade do profissional médico, subjugando demais profissões e saberes, afeta o cuidado dispensado aos ‘pacientes’, pois impede de conferir mais agilidade na realização de alguns procedimentos. Ele também informa sobre as políticas de cuidado praticadas nessas instituições, pois os protocolos e as rotinas

---

<sup>111</sup> Uso esse neologismo para marcar as particularidades que se somam ao hospital em decorrências do neoliberalismo.

disciplinares elaborados sob essa lógica conferem pouca margem para incorporar as práticas dos sujeitos-usuários. A rigor, os atos de cuidado praticados por acompanhantes passam a ser tomados como ordem médica, são encapsulados e transformados em técnica, reduzidos do sentido concebido pelos familiares que os realizam. Para ilustrar isso, importa lembrar que tive a oportunidade de ver a prescrição de Elza e de Lúcia, durante minhas visitas. ‘Cuidados gerais’ (que incluem auxiliar na ingestão de alimentos e água, higiene do corpo) é um item que constava nas duas prescrições ‘médicas’, ainda que no caso das internações dessas mulheres, tenham sido executados pelos próprios acompanhantes.

Conjuntamente esses elementos sugerem um descompasso entre o cuidar de pessoas e o funcionamento da maquinaria do hospital, representando nesse sentido um desafio para a garantia do princípio da integralidade<sup>112</sup> da atenção à saúde, um dos pilares do SUS. Esse descompasso de que falo não é alheio ao campo da Saúde Coletiva. São vastas as produções bibliográficas<sup>113</sup> que tematizam o cuidado em saúde reconhecendo as limitações do modelo assistencial biomédico bem como os efeitos dela – que incluem a destituição dos direitos dos usuários a serem sujeitos e não pacientes – e salientando a importância de se lançar para uma práxis em saúde que seja capaz de apoiar a construção do ideário do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se inserem a humanização e a integralidade.

Autores como Carvalho et al (2008) e Carvalho et al (2009), que discutem a implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental, têm trazido esse debate pela vertente da interface entre cuidado e ética, ancorados na noção de *ética radical* de Lévinas (1988). O que apontam é a necessidade de uma revisão dos modos de diferentes profissionais da saúde estarem a serviço das pessoas que recebem atendimento, criando práticas mais condizentes com acolhimento, ultrapassando a dimensão do cuidado enquanto técnica. O cuidado a que referem, distancia-se das acepções mais pragmáticas delineadas pelos conceitos de ‘atenção’ e ‘tratamento’ e volta-se a uma dimensão ontológica, onde cuidar requer certa atitude durante o encontro com o outro.

---

<sup>112</sup> Enquanto princípio do Sistema Único de Saúde, a integralidade busca garantir às pessoas uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural. No contexto hospitalar, por exemplo, o princípio diz respeito a uma assistência que não reduza o sujeito à sua patologia ou queixa da condição clínica.

<sup>113</sup> Os trabalhos de Giovanella et al (2020), Freire et al (2020) e Ayres (2009) são alguns exemplos. Mas uma busca bibliográfica rápida na plataforma Scielo me permite dizer que a interface entre cuidado em saúde e Sistema Único de Saúde possui uma produção significativa e crescente, sobretudo desde o ano de 2017.

A antropologia também tem mapeado esse descompasso trazendo à tona a experiência de pessoas junto a diferentes serviços de saúde por meio de etnografias<sup>114</sup> que ilustram e problematizam o encontro entre quem oferece tratamento à saúde nos serviços oficiais e quem o busca. Outros estudos (MENEZES, 2004, 2006; DESLANDES, 2001; BONET, 2004), concedendo mais espaço às experiências dos profissionais de saúde que atuam em serviços de saúde, oferecem descrições e análises que nos permitem perceber os limites das políticas de cuidado praticados nessas instituições, sobretudo nos hospitais.

Quando os sujeitos que experienciam esses serviços de saúde são indígenas, a limitação dessas formas de cuidado ganha novos matizes. Não se trata apenas de não disponibilizar um acesso integral à saúde (como preconizado no âmbito do SUS), mas de realizar atendimentos e tratamentos que objetivam a recuperação/restabelecimento da saúde sem ofertar dispositivos que possibilitem o respeito aos saberes, práticas, formas de cuidado de povos que possuem cosmologias particulares (como previsto nos princípios da Política de Saúde Indígena brasileira). Como observou Langdon (2004) mesmo depois da formulação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) o êxito dos atendimentos em saúde destinados aos povos indígenas continuou a depender da capacidade de articulação e colaboração de várias instâncias governamentais, tais como a rede de serviços do SUS. Nesse sentido, as histórias aqui descritas colocam em relevo a insuficiência de ofertar esse fluxo de atendimento de indígenas nesses serviços sem que se criem dispositivos institucionais que permitam a prática de uma atenção diferenciada em saúde (seja no sentido de possibilitar a articulação entre práticas de autoatenção e as práticas dos serviços, ou de reconhecer especificidades culturais desses sujeitos/usuários flexibilizando rotinas e protocolos).

Ademais, vale ponderar que reconhecer as especificidades culturais das comunidades indígenas requer inclusive que se problematize as noções de cuidado presentes entre esses diferentes povos, como sublinhou Lisa Stevenson (2014) ao tematizar as experiências dos Inuit junto às políticas de saúde disponibilizadas pelo Estado Canadense. Referindo-se a cuidado como as maneiras e as éticas correspondentes pelos quais alguém passa a ter importância para outrem, a autora descreve o descompasso entre as diversas formas cotidianas de cuidado

---

<sup>114</sup> A coletânea *Etnografias em Serviços de Saúde*, organizada por Soraya Fleischer e Jaqueline Ferreira (2014) reúne alguns desses estudos.

presentes entre os indígenas e as formas cuidado burocrático, disponibilizadas por meio de políticas públicas de saúde.

Ao nos debruçarmos sobre outros aspectos que envolvem os itinerários Tupinambá na busca por tratamento em saúde e cura, também percebemos que a todas as interpelações até aqui elencadas, que dizem respeito à dureza<sup>115</sup> do espaço hospitalar, somam-se mais algumas. Para esses indígenas, estar no hospital implica ao mesmo tempo em estar “na rua” (fora da roça) e em não estar com a ‘equipe da SESAI’, em lidar com um ‘novo’ e ‘outro’ conjunto de pessoas que prestam atendimento em saúde e ter que lançar mão de outras mediações. Eu fui uma medidora que combinava habilidades técnica, de relações e de linguagem próprias ao hospital e inclusive, preferida em relação a outros mediadores, como os profissionais da equipe do polo base. No entanto, entendo que a preferência não se deu por um status, por um reflexo de uma hierarquização de saberes, mas sim à minha familiaridade com o universo hospitalar, a minha expertise. Ademais, a sensação de estar solto, esquecido, abandonado, mencionada nas falas, nos provoca a concebê-la para além da disrupção causada pela alteração no cotidiano que a internação traz quando consideramos alguns aspectos acerca da socialidade<sup>116</sup> tupinambá.

Como demonstrou Susana Viegas (2007), o espaço tem papel central na constituição das socialidades entre os índios de Olivença. A síntese feita por um AIS ao explicar a outro indígena que meu interesse de pesquisa era saber como era “ser atendido na rua” indicia essa centralidade do lugar. Mas o que está em jogo nessa síntese não é apenas apontar uma oposição entre o espaço rural e o espaço urbano, pois o termo ‘roça’ remete também à circunscrição de sentimentos de identificação com um determinado espaço de socialidade. Habitar a roça diz respeito à ligação entre pessoas e o cultivo de plantas e entre pessoas e o consumo de comida, afastando-se de uma configuração de espaços domésticos/interiores por oposição a espaços públicos/exteriores (VIEGAS, 2007).

Viegas (2007) apresenta, para fins analíticos como ressalta, uma tipologia das habitações entre os Tupinambá que vivem na região da Sapucaieira, onde concentrou sua pesquisa de campo. Ela menciona as: i) fazendas – referindo-se a espaços com conglomerados

---

<sup>115</sup> Uso a palavra dureza para fazer menção a uma terminologia proposta por Emerson Merhy (1997) ao discorrer sobre as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. As tecnologias duras se referem ao uso de equipamentos do tipo máquinas, a normas e estruturas organizacionais centradas no desenho de padrões.

<sup>116</sup> Importa apontar que as contribuições que Susana Viegas (2007) traz são construídas a partir de uma abordagem teórica enfocada na socialidade Tupinambá. Ela busca uma compreensão da vida social Tupinambá a partir da experiência vivida, estabelecendo diálogo comparativo com o debate americanista.

de casas onde não constam muitas estruturas urbanas; ii) casas separadas – que embora ela não explicita, minha experiência de campo me leva a identificá-las com as situações em que é mais intensa a proximidade de moradias de não indígenas; unidades compósitas de residência – também referida pelos indígenas como de ‘lugar’ de alguém (o nome de quem o fundou), onde congregam, mais comumente, uma família extensa. Essas habitações são apontadas pela autora como o tipo de habitação mais comum entre os indígenas com quem conviveu.

Recupero essa contribuição da autora apenas para sublinhar que as habitações entre os Tupinambá assumem configurações diversas. Apesar disso, minha pesquisa de campo me permite reconhecer que entre esse povo a identificação entre pessoas com os lugares habitados, em especial com a casa, é algo comum. Casa, por seu turno, diz respeito a mais do que uma edificação, remete a um complexo que envolve relações e práticas que se processam em torno do preparo de alimentos, ao quintal, terreiro ou área verde que circunda e separa as construções e, por fim, ao edifício em si. Os pés de fruta, por exemplo, que costuma integrar esses espaços das plantas, possuem um papel importante na constituição da noção de casa, fazendo uma ligação entre habitar e consumir alimentos. Na mesma linha, diferentes plantas e ervas utilizadas para preparar banhos e chás, conferem à casa condição de espaço propício para fortalecer, recuperar e habilitar, como aponta Lúcia ao informar a necessidade de retornar periodicamente a seu “lugar”. Assim, habitar compreende significados múltiplos, incluindo abrigar, nutrir e curar. Uma identificação que é mediada por laços de responsabilidade, de personalização, de cuidado.

Adicionalmente, diversos aspectos dessa identificação dos Tupinambá com os lugares e que compõem aspectos que os diferenciam dos vizinhos não indígenas se desencadeiam em torno do corpo. Um corpo como um locus de afecções, como apontou Viegas (2007) em diálogo com a noção de Viveiros de Castro (1996), capacidades que singularizam determinada espécie de corpo – as disposições alimentares (consumir beiju e giroba), o jeito de falar, o ato de comer e de alimentar. A esses, podemos acrescentar outras afecções, como a relação entre trabalhar na terra e gerar no corpo a necessidade da comida (trabalhar na terra e sentir fome) e partilhar laços que se engendram em torno da casa e da noção de habitar, aproximar-se da ‘casa’ para ficar forte e se curar, como descrito na fala de Lúcia. Nesse sentido, vejo que quando as mulheres dessas histórias comunicavam a necessidade de voltar para casa, apontavam a

necessidade de elementos presentes nesse espaço para se reestabelecerem, para atingirem a cura, algo que ultrapassa o sentimento da saudade.

Meu argumento é que as relações de cuidado fazem parte do que compõe, caracteriza e distingue os Tupinambá. Por meio de relações continuadas entre pessoas, pessoas e elementos materiais (as casas), pessoas e vegetais (plantas, roças), e que são marcadas por atos que as reiteram, os Tupinambá se distinguem dos vizinhos não indígenas e se reconhecem. A disposição para ativar e reiterar essas relações implica em cuidado, constitui cuidado. Com isso não estou dizendo que os Tupinambá não reconheçam diferentes tipos de pessoas nem que só considerem pessoas seus comuns. Mas estou argumentando que cuidado não é algo que pode vir de qualquer pessoa porque nem todos denotam habilidade de cuidar. O jeito de olhar, de escolher “estar junto olho no olho”, de reconhecer que uma pessoa é um enredo, uma história e um conjunto de relações (entre pessoas e lugares) denota habilidade e é condição para fazer cuidado. São esses elementos que não foram percebidos por Ana e foi essa ausência que sua avó Elza apontou ao cirurgião.

Os embates com profissionais de saúde performados pelos Tupinambá são contestações, mas também são co-produções, dirigidas para interpelar o outro a se recolocar na interação. São mais do que clamor ou denúncia, como apontei anteriormente. São atos pedagógicos. Pois não há uma desistência do outro ou do atendimento possibilitado por aquele saber. Mas há um movimento para reconduzir o outro em sua prática para que o cuidado seja possível. Quando Ana e Diana “ficaram no pé do cirurgião” estavam, ao mesmo tempo, investindo no outro, apontando seu papel na trama em que se produz cuidado e, sobretudo, demonstrando que cuidado é uma produção conjunta. A necessidade de “ter pulso firme” para estar no hospital, afirmada por elas, aponta para esse estado de atenção à produção. Quando alguém desencarilha, é preciso esforço para re-enredá-lo. Ademais, vivenciar uma internação (própria ou de um parente) é considerado como algo dispendioso porque requer tanto esse esforço para garantir a co-produção do cuidado no ambiente hospitalar, como também atitudes para viabilizar essa geração conjunta em outros feixes, igualmente necessários à cura.

Por sua vez, a cura, o ‘estar bem’, é produto de uma série de cuidados. Atos e disposições próprios e de outros, incluindo os não comuns, mas acima de tudo de caráter coletivo. Curar é “comer bem”, é “não pensar na mesma coisa”, é “voltar para seu canto e fazer minhas coisas” é estar apto a várias afecções. A cura se processa em diferentes feixes e em cada

um deles, como resultado de empenhos de diferentes atores. Um dos feixes envolve o cuidado da biomedicina, mas nem toda assistência oferecida a partir desse saber é cuidado. Não há uma rejeição, dúvida ou hierarquização quanto ao que pode ser oferecido pela medicina do sistema oficial (biomedicina). Os itinerários apresentados nas histórias que integram esse capítulo mostram isso: Elza e sua família somaram às práticas de auto-atenção (que incluíam chás e o consumo de alimentos obtidos no ‘lugar’) as consultas periódicas e uso de medicações depois do diagnóstico médico; Lúcia incluiu chás, banhos de ervas e o retorno periódico ao lugar onde os Encantados são (inclusive sob a forma de vento) enquanto cursava o tratamento médico no hospital.

Ademais, a escolha de Nena, de permanecer em casa durante o aborto depois de ter estado na maternidade, comunica mais um aspecto: não é produtivo procurar assistência quando o que se precisa é de cuidado, sobretudo quando o esforço para ativar o papel do interlocutor na co-produção será requerido e o desenlace da empreitada será incerto. Penso que isso dialoga com certo aspecto que Johanna Martin (2015) captou quando discorreu sobre a experiência dos Yanomami em internações hospitalares na Venezuela. A autora demonstra que as paisagens sensorial, sonora, de alimentos e das relações características dos espaços hospitalares desenham, conjuntamente, uma paisagem de cuidado que oferece muitas dificuldades para propiciar a cura. Pois, para os Yanomami, a cura envolve recomposições e composições de um corpo que está sendo constantemente fabricado e que requer cuidados que gerem transformações, muitas vezes impedidas de serem atingidas em sua plenitude no ambiente hospitalar. Com essa contribuição, Johanna aponta para certa impropriedade que subjaz ao hospital enquanto um lugar. E nos leva a reconhecer que a escolha de Nena sublinha essa impropriedade. Pois diante da inevitabilidade da interrupção da vida que gerava, sua escolha foi por permanecer em casa, onde o cuidado se faz presente. Onde alguma vida poderia reverberar.

\*\*\*

É sabido que há uma considerável produção na antropologia que se debruça sobre os itinerários terapêuticos, os percursos que as pessoas percorrem em busca de cuidado à saúde (LANGDON, 2005), como formas de conhecer os significados desse cuidado incluindo os percalços imbrincados nessa procura. Eduardo Menéndez é um dos autores cuja produção se sobressai nessa seara. Em diferentes trabalhos (MENÉNDEZ, 2003, 2005, 2009), o autor desenvolve a ideia de modelos de atenção, referindo-se a todas as ações, atividades relacionadas ao adoecimento destinadas à prevenção, manutenção, tratamento e/ou cura, englobando assim atividades não biomédicas. Sua obra nos instiga a pensarmos itinerários terapêuticos como espaços de confluência entre diversas modalidades de atenção, pois ele demonstra que pelo acionamento muitas vezes concomitante desses modelos, diferentes formas de cuidado são congregadas e participam conjuntamente das experiências de adoecimento e de busca pela cura de vários sujeitos e grupos sociais.

Menéndez (2003) argumenta que nesses espaços, por meio do acionamento de diferentes modelos de atenção, as pessoas acionam diferentes formas de cuidado, engendradas tanto por representações quanto por práticas. A congregação dessas formas – as quais constituem alternativas disponíveis no fluxo da experiência relacionadas a saúde e adoecimento – não tem como central a interferência de curadores profissionais, de especialistas e é nomeada de *autoatenção* pelo autor. Mas ao falar sobre *autoatenção*, Menéndez está se referindo a dois níveis ou escalas. O primeiro deles, mais restrito, diz respeito a representações da doença e a práticas de cura e de cuidado à saúde, tal como apontei ao descrever as histórias de Elza e Lúcia. Todavia, penso que o material etnográfico reunido aqui dialoga melhor com o segundo nível pontuado pelo autor, que se refere a processos de reprodução biossocial de um grupo. Ou seja, as práticas de um grupo que contribuem para sua reprodução biológica e social, que incluem lógicas que subjazem à alimentação, a ritos, ao parentesco, àquilo que engendra sua socialidade. Como bem pontuaram os percursores das discussões de uma antropologia da saúde<sup>117</sup>, a visão de mundo, os valores, as práticas de sociabilidade, também detêm relação direta com representações de saúde, com a manutenção do estar bem tanto dos indivíduos quanto dos grupos.

---

<sup>117</sup> Refiro-me a Rivers (2001) e a Ackerknecht (1946).

Meu esforço na sessão anterior se deu exatamente no sentido de perceber que as formas de cuidado à saúde de que os Tupinambá lançam mão em seus itinerários (e que buscam co-produzir com os diferentes sujeitos com quem interagem nos serviços de saúde) relacionam-se a certa lógica que é urdume de seu modo de vida. Há certa acepção de cuidado que ultrapassa as situações que envolvem saúde e adoecimento e que se relacionam a uma forma de viver em que a atenção/disposição a outrem é um elemento central *na e para* a socialidade.

Em paralelo, importa dizer que se as rotinas hospitalares – permeadas pela biomedicina e por hierarquias de responsabilidade e decisão – instituem políticas de cuidado que não consideram os saberes, práticas e formas de cuidado indígenas, são múltiplos os manejos empreendidos por esses sujeitos para fazer pulsar seu modo de existir. Quando se deparam com uma assistência à saúde sustentada por um cuidado alicerçado sob o biopoder, os indígenas por vezes a sentem como indiferença, abandono. Mas diante disso também se empenham para produzir conjuntamente formas de cuidado, mais compatíveis com uma socialidade onde lateja o comum.

Esses manejos têm sido observados por outras antropólogas ao abordar experiências de outros povos indígenas em serviços de saúde. Silvia Guimarães (2017), tematizando vivências de mulheres Xavante na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) na cidade de Brasília, demonstra que as indígenas criam micro-resistências ao biopoder operante na instituição. De um lado, a autora descreve essas mulheres reafirmando seu ethos guerreiro ao encenarem enfrentamentos com profissionais de saúde, de outro, ela argumenta que os sonhos, possibilitavam às indígenas mediar sua presença no espaço da CASAI com o espaço-tempo da aldeia e assim passarem a atuar como mulheres xavante, escapando da posição de pacientes.

Outros estudos sobre a experiência de indígenas em hospitais apontam empenhos similares. Graziela Turdera (2016) por exemplo, atenta às formas de ocupar e de estar em diferentes hospitais da cidade de Dourados, observou indígenas Kaiowá e Guarani caminhando em grupos nos corredores das instituições, reunindo-se nos espaços abertos disponíveis nesses lugares, e preferindo dirigir-se a profissionais de saúde acompanhados por seus pares. A autora ainda menciona que a fuga do hospital é algo comum entre os indígenas:

Não há um motivo específico que dê conta de explicar a razão pela qual o fazem, pode haver discordância na terapêutica sendo aplicada, no tempo de internação ou ainda um motivo externo, familiar, mas o fato é que se o paciente tem um motivo ele vai embora sem pedir ou avisar ninguém como ato de e em resistir. (TURDERA, 2016, p.67)

Na mesma linha das observações tecidas por essas autoras, argumento que por meio de diferentes movimentos – i) embates travados com os profissionais de saúde; ii) novas parcerias elaboradas ao elegerem mediadores; iii) escolhas relacionadas a quais atendimentos em saúde continuar (como ilustrado por Nena ao rejeitar ir à maternidade e ao aceitar o atendimento oferecido pelo CAPS e pela equipe da SESAI); iv) a manutenção de práticas de autoatenção de maneira articulada às práticas biomédicas – os Tupinambá não só exercitam micro-resistências nesses espaços, como também convidam os sujeitos não indígenas a compor uma nova forma de cuidado. Nesse sentido, percebo que se, de um lado, essas experiências indígenas nos colocam diante das dificuldades de praticar a atenção diferenciada à saúde nas instâncias que devem colaborar junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), de outro, elas nos informam sobre os esforços cotidianos dos indígenas para consolidar esse princípio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Nancy Fraser (2020), tece uma discussão que nos convida a compreender as dificuldades de praticar cuidado no contexto dos serviços de saúde (onde diferentes concepções de cuidado operam) a partir de uma escolha analítica que não se centra a apontar o limite do saber biomédico ou a perspectiva das pessoas que buscam atendimento, de um saber local. A autora fala de uma crise do cuidado. Mas o cuidado a que se refere diz respeito a “um conjunto-chave de capacidades sociais: as capacidades sociais disponíveis para dar à luz e criar crianças, cuidar de amigos e familiares, manter lares e comunidades mais amplas e, de modo mais geral, sustentar conexões.” (FRASER, 2020, p. 261). Argumentando que a interpretação da crise do cuidado é mais precisa quanto considerada como uma expressão de contradições socio-reprodutivas do capitalismo financeirizado, ela aponta várias lutas/reivindicações sociais como índices de que o que está em jogo na crise do cuidado é uma crise da reprodução social num sentido amplo:

(...)movimentos comunitários por moradia, assistência à saúde, segurança alimentar e uma renda básica incondicional; lutas pelos direitos de migrantes, trabalhadores domésticos e funcionários públicos; campanhas para sindicalizar os trabalhadores do setor de serviços em clínicas geriátricas, hospitais e creches que perseguem fins lucrativos; lutas por serviços públicos como creches e cuidado de idosos, por uma semana de trabalho mais curta, por generosas licenças maternidade e parental pagas. Tomadas em conjunto, essas reivindicações são equivalentes à demanda por uma imensa reorganização da relação entre produção e reprodução: à demanda por arranjos sociais que possibilitem às pessoas de todas as classes, todos os gêneros, todas as sexualidades e todas as cores combinar as atividades socio-reprodutivas com um trabalho seguro, interessante e bem remunerado. As lutas fronteiriças a respeito da

reprodução social são tão centrais para a presente conjuntura quanto as lutas de classes a respeito da produção econômica. Elas respondem, acima de tudo, a uma “crise do cuidado” que está enraizada na dinâmica estrutural do capitalismo financeirizado. Globalizador e propelido pela dívida, esse capitalismo está expropriando, de modo sistemático, as capacidades disponíveis para sustentar conexões sociais. (FRASER, 2020, p. 282)

A reflexão nos impele a ampliar a escala de nossas considerações acerca da dificuldade de que políticas públicas sejam, de fato, desenhadas e praticadas para pessoas e não apenas para ‘pacientes’, objetos de um encontro entre profissionais de saúde e quem busca atendimento, caracterizando o que Goffman (2003) chamou de despersonalização. Outrossim, penso que o argumento de Fraser suscita nos voltarmos para as experiências dos Tupinambá de Olivença nos hospitais, reconhecendo nelas caminhos para a construção de novas formas de cuidado no âmbito dos serviços de saúde do SUS.

Mas as reflexões do capítulo também me impelem a considerar ações, práticas e manejos indígenas como gatilhos que provocam torções nas maneiras de formular e praticar políticas públicas de saúde. E é com essa motivação que me lanço ao capítulo seguinte, onde me dedico a examinar o protagonismo indígena, tomando como fio condutor a experiência da pandemia de Covid-19.

## **CAPÍTULO 4 – PANDEMIA, DEMOCRACIA E AGENCIAMENTOS INDÍGENAS: APRENDIZAGENS JUNTO AOS TUPINAMBÁ**

Neste capítulo abordarei a chegada da Covid -19 no município de Ilhéus e alguns enfrentamentos dos Tupinambá frente à pandemia. As experiências dos indígenas nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e as mobilizações que envolveram a formulação de uma demanda indígena em torno da saúde mental, apresentadas nos capítulos anteriores, já possibilitavam perceber o protagonismo Tupinambá e sua maneira particular de ‘fazer’ políticas de saúde. Todavia, a experiência pandêmica colocou em relevo uma série de agenciamentos sociais que esses indígenas tecem no exercício de seu direito à saúde e em defesa da vida. A discussão que segue envolve as políticas públicas disponibilizadas para o enfrentamento da pandemia, as ações e articulações dos indígenas e reflexões sobre como o protagonismo indígena nos ajuda a pensar sobre democracia.

### **4.1. Sobre a chegada da pandemia de Covid-19 a Ilhéus**

A pandemia de Covid -19 atingiu terras sul baianas no início de março de 2020. Entre os dias seis e oito daquele mês estiveram hospedados em um resort do Grupo Txai, no município de Itacaré, cerca de 500 pessoas (empresários, artistas, influenciadores digitais – a maioria da região sudeste do país) convidadas a comparecer ao casamento da irmã de uma influenciadora digital paulistana<sup>118</sup>. No dia onze de março foram noticiadas as primeiras informações sobre a presença de pessoas contaminadas pelo vírus entre os convidados da celebração e a própria corporação do resort emitiu uma nota prestando esclarecimentos sobre a situação. Na comunicação, a administração do resort informava que nenhum dos colaboradores apresentara até então sintomas da doença, que a equipe que atuara no local nos dias do evento passara por avaliação de profissionais de saúde e estava mantida sob isolamento e observação.

---

<sup>118</sup> Importa lembrar que esse evento juntamente com o noivado de um dos membros da família imperial realizado no Rio de Janeiro em 7 de março de 2020 e encontros no Country Club no Rio de Janeiro, promoveram a disseminação no vírus da Covid-19 no Brasil, sobretudo por condensar membros de uma elite que mantinha circulação intensa fora do país. Ver em: <https://www1.folha.uol.com.br/columnas/redesocial/2020/03/o-circuito-dos-ricos-e-famosos-que-disseminaram-coronavirus-no-brasil.shtml?origin=folha>

Mas a realização do evento envolveu prestadores de serviços diversos além dos funcionários vinculados ao estabelecimento: motoristas realizaram o traslado entre o aeroporto de Ilhéus e o resort, cabelereiros, maquiadores e até recreadoras infantis também tiveram contato com os convidados. Dentre essas pessoas estava uma professora da escola em que meu filho estudava em Ilhéus, o que levou à suspensão das aulas na instituição no dia doze de março. A decisão da escola, avaliada como ‘cautelosa’ pelo secretário de saúde da cidade que explicitou durante uma entrevista concedida a um jornal local não ter recomendado a suspensão das aulas, imprimiu em mim a prudência de desmarcar os compromissos que eu tinha nas aldeias já naquela semana e de manter, junto a meu filho, o distanciamento social<sup>119</sup>.

Ainda em doze de março a prefeitura de Ilhéus informou ter procedido à busca dos residentes em Ilhéus<sup>120</sup> que estiveram envolvidos com o evento do resort e à realização de testagem naqueles que apresentavam sintomas sugestivos. Apesar desses movimentos, em uma semana a prefeitura noticiou o primeiro caso de Covid-19 na cidade. A matéria de um jornal local<sup>121</sup> informava tratar-se de um médico, atuante em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e trazia ainda falas do próprio médico e do secretário de saúde da cidade, em que lamentavam a ocorrência da contaminação a despeito da obediência do profissional às restrições de circulação e de isolamento desde que apresentara sintomas da doença.

Essa avalanche de acontecimentos iniciada em oito de março de 2020 inaugurou uma mudança crucial na maneira de conduzir minha pesquisa de campo. Não apenas pela restrição da circulação às aldeias e pelo distanciamento social, mas porque passei a ser alguém que observava (e que realizava pesquisa de campo) ao mesmo tempo em que vivia a experiência da pandemia. Restava-me explorar outras formas de observar e de estar atenta ao que meus interlocutores viviam, ao mesmo tempo em que procurava elaborar a vivência da pandemia e as torções que ela requeria em meu cotidiano. Com essa intenção passei a empreender um duplo

---

<sup>119</sup> A FUNAI emitiu em 17 de março de 2020 a portaria nº 419 que suspendeu a autorização de entrada em Territórios Indígenas, o que levou pesquisadores a interromperem atividades relacionadas a pesquisas em andamento, decisão também tomada pelos programas de pós-graduação em antropologia em relação aos mestrandos e doutorandos em pesquisa de campo ou em preparação para ida a campo.

<sup>120</sup> Ver em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/coronavirus-escola-de-ilheus-suspende-aulas-apos-professora-ir-a-casamento-em-itacare/>

<sup>121</sup> Ver em: <http://www.blogdogusmao.com.br/2020/03/25/confirmado-primeiro-caso-de-coronavirus-em-ilheus/> e <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/03/26/medico-e-primeiro-infectado-com-coronavirus-em-ilheus-no-sul-da-bahia.ghtml>

movimento, que ultrapassava o acompanhamento sistemático das notícias em jornais e redes sociais.

Por um lado, intensifiquei contatos com as colegas do departamento de ciências da saúde da UESC e com vários profissionais de enfermagem, atuantes nos serviços públicos de saúde da região, que os anos de trabalho como docente me permitiram conhecer. Desejava sobretudo companhia para processar informações sobre o caminho da pandemia na cidade, trocar impressões a respeito da pouco conhecida doença, encontrar indícios de que o robusto desenho do Sistema Único de Saúde enfrentava o tal vírus. De outro lado, passei a trocar periodicamente, ligações, mensagens de texto e de áudio em aplicativos telefônicos com meus interlocutores de pesquisa – os indígenas com quem já tinha estabelecido uma relação de proximidade, incluindo aqueles que atuavam na saúde, e profissionais de enfermagem da EMSI.

Essa nova forma de observar permitiu que eu conhecesse aspectos da pandemia (a partir do prisma de quem atuava na saúde), como aqueles que atravessam o cotidiano dos profissionais de saúde naqueles dias e que não eram veiculado nas notícias de jornais e em comunicados oficiais da prefeitura e da secretaria municipal de saúde. Descreviam-me jornadas exaustivas de trabalho<sup>122</sup> que envolviam o remodelamento de rotinas e fluxos de atendimento nos serviços e a intensificação do uso de equipamentos de proteção individual<sup>123</sup>; a escassez de materiais descartáveis (como máscaras, gorros, capotes, luvas) e de álcool a 70% em gel; a angústia advinda da imprecisão das informações sobre o vírus e sobre o manejo clínico daqueles acometidos pela doença. Contaram-me ainda sobre a realização de uma série de reuniões coordenadas pela secretaria de saúde do município com representantes de diferentes instâncias dos serviços de saúde (hospitais públicos e privados, clínicas, coordenadores de serviços de média e alta complexidade e inclusive com representantes do polo base de Ilhéus e das EMSI)

---

<sup>122</sup> Um ponto que gerava bastante angústia nos profissionais, sobretudo na equipe de enfermagem, era a possibilidade de atuarem como disseminadores da doença, pois, diante da baixa remuneração, a maioria deles possuía vínculos trabalhistas em mais de um serviço de saúde, inclusive em municípios diferentes. Embora não objetive aqui explorar esse elemento, penso ser importante apontá-lo pois isso fala de uma configuração particular dos processos de trabalho em saúde no Brasil que foi pouco considerada no desenho de estratégias municipais de enfrentamento à pandemia.

<sup>123</sup> Refiro-me ao uso de luvas de procedimento, gorros, óculos/protetores faciais, aventais impermeáveis de mangas longas, máscaras faciais diversas. A pandemia impôs a obrigatoriedade de usar itens para a realização de procedimentos técnicos de enfermagem e atendimentos em saúde (como consultas médicas e de enfermagem) que antes não eram necessários. Para a administração de vacinas, por exemplo, não havia indicação técnica (calcada em noções de biossegurança) sequer para o uso de luvas de procedimento.

nas quais se pretendia desenhar fluxos de atendimento dos casos suspeitos da nova doença e rotinas que envolviam a conduta técnica com esses casos.

Além disso, esse contato me fez perceber as diferentes nuances presentes nos discursos produzidos sobre a presença da pandemia e sobre os enfrentamentos a ela. Soube, por exemplo, que o médico apontado como o primeiro caso positivo para Covid-19 na cidade de Ilhéus também ocupava um cargo de coordenação em um serviço público de saúde e participou dos primeiros atendimentos às pessoas expostas no resort e de outras ações posteriores (incluindo reuniões com diferentes setores dos serviços de saúde) mesmo depois de ter apresentado sintomas leves da doença. Ouvi relatos de embates travados por profissionais de saúde pressionando superiores para realizar testagem e afastar os profissionais de saúde, expostos no trabalho, ao contato com o referido médico.

É válido lembrar que não havia naquele momento uma orientação nacional unívoca quanto à conduta diante da pandemia. Mas o que estou destacando aqui é precisamente como a ausência de uma determinação nacional abriu espaço para diferentes manejos e condutas na gestão dos serviços de saúde agravadas ainda pelos esparsos recursos para realizar testes para a doença. Esses modos de utilização do sistema de saúde durante a pandemia, tem revelado maneiras de intensificar e atualizar desigualdades, traduzidas, por exemplo, nas diferentes maneiras de estar exposto à contaminação e nas condições de acesso a medidas preventivas (MALUF, 2021).

Importa mencionar essas questões para informar sobre o contexto que os profissionais de saúde, atuantes em diferentes serviços no município, vivenciavam quando emergiu o primeiro caso de Covid-19 entre os profissionais da EMSI, ainda no final do mês de março. Como já foi dito, representantes do polo base de Ilhéus não estavam à revelia dessa dinâmica, desse momento da situação de saúde do município. Em minhas conversas com os profissionais de enfermagem do polo base, fui sabendo que ao mesmo tempo em que passaram a redesenhar uma série de rotinas técnicas a fim de limitar as possibilidades de contágio, por outro acompanhavam as medidas adotadas pela secretaria de saúde do município e inclusive recebendo desse órgão, apoio para a realização das primeiras testagens realizadas em indígenas e em profissionais da EMSI. Todavia, foi essa rede de relações que possivelmente levou ao primeiro caso da doença entre os membros do polo base, evidenciado no final do mês de março, pois representantes do órgão – coordenação técnica, lideranças indígenas e profissionais de

saúde não indígenas atuantes na EMSI – estiveram presentes dias antes em uma reunião convocada pela secretaria de saúde para articular ações e rotinas para o enfrentamento da pandemia.

Sublinho essa interligação entre os membros do polo base e as instâncias de saúde do município de Ilhéus reconhecendo nela alguns elementos que considero pertinentes. O primeiro deles, em alguma medida já delineado quando descrevi os manejos relacionados ao suicídio de uma jovem indígena<sup>124</sup>, é a conexão entre o polo e os serviços do município. O segundo deles diz respeito à capacidade de articulação do polo base de Ilhéus – e aqui me refiro aos diversos sujeitos que o compõem a saber lideranças indígenas que ocupam cargos no polo, coordenação técnica e membros das EMSI – com as instâncias municipais de saúde.

Vale ainda apontar a agilidade dos profissionais de saúde das EMSI, não apenas em contatar e participar das ações municipais, mas sobretudo em redesenhar rotinas técnicas, reorganizando rapidamente elementos do processo de trabalho a fim de limitar as possibilidades de contágio entre os membros da equipe de saúde e os moradores das aldeias. Todo esse movimento também contou com a mobilização de parcerias – por exemplo, por intermédio da UESC, as equipes conseguiram alguns protetores faciais para profissionais de saúde. O que salta nessa situação é o fato de todos esses movimentos terem sido empreendidos antes que houvesse uma normativa do DSEI Bahia quanto ao enfrentamento da pandemia, uma orientação técnica que padronizasse as ações das EMSI.

Digo isso para apontar, ao mesmo tempo, o descompasso entre a urgência com que as situações em saúde se colocam ‘na ponta’ do Sasi-SUS (o polo-base) e a orientação da ‘instância maior’ do Sasi-SUS (o DSEI), e o ‘protagonismo’ do polo-base no desenho do Sasi-SUS. A rigor, ele revela certo ‘tom’ da atuação da SESAI durante a pandemia que, como observaram Raquel Dias-Scopel e colaboradores, “tem mantido uma postura administrativa centralizadora em um momento que exige capacidade de respostas rápidas e respeito às especificidades socioculturais dos povos indígenas, muitas vezes desconhecidas ou ignoradas”. (DIAS-SCOPEL et al, 2021, p. 145).

Ao salientar esse ‘protagonismo’ não estou negando que existam embates e/ou tensões entre os sujeitos (e suas práticas) que compõem o polo, mas sim reconhecendo que a

---

<sup>124</sup> Como descrito no capítulo 2.

composição com i) indígenas com funções administrativas e técnicas da saúde e ii) não indígenas com a mesma variedade de funções, não impede que o polo consiga atuar enquanto ‘unidade’ na interface entre o Sasi-Sus e o SUS. As ações desse ‘um’ foram decisivas para apoiar o enfrentamento inicial à pandemia e para conter fontes de contágio, pois quando a primeira profissional da EMSI a contrair Covid apresentou sintomas, a equipe do polo decidiu mantê-la afastada, negociou e providenciou, junto à secretaria municipal de saúde, a testagem para essa profissional e os demais que estiveram presentes na reunião já mencionada. Todas essas condutas foram adotadas a despeito de não haver uma estratégia do DSEI-BA para enfrentamento da pandemia como já mencionado, e inclusive foram decisões que destoavam da orientação comum naquele momento de afastar apenas os profissionais que obtivessem testagem positiva para o vírus.

Esse protagonismo indígena observado junto aos Tupinambá não tem sido um caso particular no Brasil pandêmico. Vários registros etnográficos tematizando vivências de diferentes povos indígenas (ALMEIDA; ACEVEDO MARIN; ALEIXO, 2020; DIAS-SCOPEL et al, 2021) tem demonstrado a iniciativa desses povos para construir estratégias de enfrentamento à pandemia mediante a articulação com diferentes atores sociais e comunicando a centralidade delas para a defesa da vida<sup>125</sup>.

De outro lado, importa considerar que a rapidez de ação dos povos indígenas se deu em um contexto de insuficientes avanços relacionados à garantia do direito à saúde, marcado, por exemplo, pela precarização do funcionamento dos DSEI, pela insuficiência (e inadequação) dos recursos humanos, pela consolidação incompleta de algumas diretrizes previstas na PNASPI (como otimização da estrutura disponível para amparar o trabalho das EMSI). A essa precarização, somou-se a demora em oferecer um plano adequado para enfrentamento da pandemia (ABRASCO; FIOCRUZ, 2020)

#### **4.2. Ações dos indígenas e do polo base diante da Covid-19**

Na semana em que foram noticiados os primeiros casos de Covid-19 entre os presentes no casamento ocorrido em Itacaré, entrei em contato com interlocutores de duas aldeias, para

---

<sup>125</sup> O Instituto SocioAmbiental (ISA) também tem disponibilizado muitas informações sobre o impacto da pandemia em terras indígenas, incluindo relatórios como o organizado por Machado et al (2020).

cancelar encontros. Naquele momento ainda não havia nenhuma instrução por parte do governo sobre a restrição de circulação, então embora algumas das pessoas com que falei já tivessem conhecimento do evento, continuavam suas atividades que envolviam trânsito com a cidade.

Ampliei o contato nas semanas seguintes para moradores de diferentes aldeias, alguns deles membros das EMSI. Assim, soube quando as equipes redesenharam uma série de rotinas técnicas que envolviam os atendimentos nas aldeias: passaram a usar capotes, gorros, luvas e máscaras durante a realização dos procedimentos técnicos como a administração de vacinas, emitiram cartões de vacina adicionais para limitar o manuseio de papéis, alteraram a dinâmica de atendimentos para evitar aglomeração de indígenas que esperavam atendimento, passando a fazer agendamentos por horário.

Tive conhecimento também das orientações prestadas pelas equipes e por diferentes lideranças indígenas sobre a restrição das circulações (evitar visitas e deslocamentos à cidade) e do retorno de indígenas que estavam em cidades próximas (como os que estavam viajando ou estudando em outros lugares). A essas pessoas que retornavam foi recomendado ficar em casa por quinze dias, como me disseram ter acontecido com alguns indígenas que retornaram de uma mobilização em Brasília na segunda semana de março. Aqueles com quem conversava demonstravam estar informados sobre os sintomas sugestivos da doença e inclusive sobre a possibilidade de que a doença ocorresse sem sintomas aparentes. Ao mesmo tempo reportavam que muitos “parentes” continuavam “caminhando, fazendo suas coisas, visitando os outros”, com isso referindo-se à manutenção das atividades de trabalho fora da aldeia e ao trânsito entre as casas nas localidades.

No mês de abril tomei conhecimento da realização de barreiras sanitárias em várias aldeias. Acompanhei várias mensagens circuladas em grupos de aplicativos telefônicos administrados por lideranças indígenas que divulgavam a realização das barreiras e solicitavam doações para continuar a realizá-las. Além das doações de produtos de limpeza, passaram a circular também pedidos de doações de materiais de limpeza, higiene e alimentos para famílias cujo sustento passava a ser prejudicado pela impossibilidade de comercializar artesanato, produtos agrícolas e obter sustento por meio de prestação de serviços. Outra frente de mensagens envolvia a mobilização para levantar insumos de máscaras de tecido e materiais para confeccioná-las nas aldeias.

O empenho nesses meses retardou a chegada do primeiro caso de Covid-19 entre os Tupinambá até o final do mês de maio, quando um ancião foi contaminado depois de passar por uma internação hospitalar em decorrência de doenças pré-existentes. Interessante foi perceber que, depois dessa confirmação, nas conversas com meus interlocutores o assunto ‘pandemia’ aparecia de maneira menos espontânea, quase sempre provocado por mim. Quando eu perguntava sobre a situação das aldeias, se estavam bem, ouvia respostas sintéticas, ou relatos que se assemelhavam a rumores pela imprecisão que os acompanhava: “Ouvi dizer que tem gente dizendo que não pega isso porque é protegido.”, “Parece que já tem mais gente com a doença, viu?! Tão dizendo que não é só esse caso aí.”, “Disse que tem gente que continua indo até pra culto, vê que tá acontecendo e não evita ir na casa alheia.”. Eram falas em que não ficava clara a origem da informação e que comunicavam especulações sobre o comportamento de outros indígenas diante da pandemia, sobre a precisão das informações divulgadas pela equipe de saúde quanto ao número de casos, ao mesmo tempo em que o conteúdo dos comentários deixou de focar/reportar a presença das mudanças no cotidiano das aldeias e das ações da equipe em prol de medidas de prevenir a contaminação de mais pessoas. Pareceu-me que essa particularidade na comunicação apontava para a presença e o uso de uma “linguagem alegórica” (RAMOS, 1990b), pois constituía uma representação de como determinada realidade estava sendo percebida e significada.

Esse fato, além de me comunicar que havia informações a respeito da pandemia e da doença circulando em canais não convencionais de comunicação, como rumores, me levou a formular uma série de questionamentos sobre o impacto que dos primeiros casos da doença nas aldeias teriam sobre a convivialidade entre os Tupinambá. Epstein (1969), ao analisar o boato como gênero expressivo, argumenta que uma de suas funções é reafirmar, para aqueles que participam dele, as normas que regulam o comportamento dentro de uma dada comunidade. Mas considerando que parte do conteúdo dos boatos se referia a atitudes de parentes que estariam expondo outros ao risco da doença, que efeitos os boatos (e a presença da pandemia) teriam sobre as relações nas aldeias? Se na socialidade tupinambá, a circulação entre as casas e valores como a personalização e a responsabilidade (com o espaço e com as pessoas) são centrais para a manutenção dos laços sociais, como a pandemia a afetaria?

Esses questionamentos começaram a encontrar algum alento em junho. No início daquele mês, a Associação Nacional de Ação Indigenista<sup>126</sup> (ANAÍ) publicou um vídeo com o depoimento de uma mulher tupinambá sobre sua experiência com a doença. Ela explicava sobre como contraiu Covid-19 depois de acompanhar um parente que se encontrava em tratamento hospitalar e que além de também ter contraído a doença, falecera em decorrência do adoecimento. Além de reforçar a importância de procurar manter o distanciamento social e evitar sair de casa, a mulher destacava a importância que o apoio da comunidade (com mensagens e ligações manifestando apoio) teve para sua recuperação. A conclusão do relato era acompanhada por uma mensagem de texto, adicionada pelos editores do vídeo: “Não deixe se contaminar pelo preconceito”.

Também naquele mês passei a assistir a uma série de lives<sup>127</sup> promovidas por lideranças Tupinambá e em várias delas, o tema do ‘preconceito’ também apareceu. Reforçavam que o momento demandava união e a adoção de medidas que evitassem a disseminação da doença. Mas nesses eventos online havia muito mais do que um empenho em diluir medo ou tensões relacionadas aos indígenas contaminados pela doença.

O tema central dos encontros era a situação da pandemia e as medidas de enfrentamento a ela, ainda que fossem versáteis quanto a composição dos comunicadores (alguns eventos eram realizados em parceria com outros povos indígenas da Bahia e eventualmente contavam com convidados como antropólogos, profissionais de saúde não indígenas, professores, pesquisadores, representantes de ONGS e de movimentos sociais atuantes na Bahia). Mas uma modalidade dos encontros se tornou periódica, semanal por praticamente todo o ano de 2020. Nela, lideranças Tupinambá publicizavam a quantidade de casos suspeitos e confirmados da doença, divulgavam as medidas adotadas para enfrentamento da pandemia, explicavam em que consistiam as barreiras sanitárias, reforçavam a necessidade de limitar o contato com a cidade e a adoção mais rigorosa de práticas sanitárias (como a lavagem de mãos, o uso de máscaras quando fossem necessárias visitas a parentes e o

---

<sup>126</sup> A ANAÍ é uma Organização Não Governamental formalizada em 1983 por pesquisadores relacionados ao Programa de Pesquisa sobre Populações Indígenas do Nordeste Brasileiro da Universidade Federal da Bahia. Dedicar-se ao estudo de povos indígenas (sobretudo os povos da região Nordeste e Leste do Brasil) e à promoção de seus interesses.

<sup>127</sup> As lives eram realizadas em aplicativos como Instagram e Youtube. Embora várias delas fossem realizadas em espaços midiáticos organizados por povos indígenas, como a Tv Pataxó por exemplo, também assisti a lives em perfis particulares de indígenas, de Organizações Não-Governamentais (como a Anai) e de movimentos populares (como o Programa Raízes da Terra).

deslocamento para fora da aldeia, a desinfecção de itens adquiridos na cidade e ou provenientes de outras casas). Além disso, compartilhavam as estratégias adotadas e as dificuldades vivenciadas no combate à doença com lideranças de outros povos indígenas.

No rol das dificuldades que listavam, apontavam a falta de insumos, e a precarização que subjazia à efetivação do direito à saúde indígena, como a falta de estrutura de unidades de apoio ao trabalho das EMSI nas aldeias, a dificuldade de prover sustento para as famílias cuja renda era dependente da comercialização de produtos agrícolas e de artesanato. Denunciavam ainda a persistência das ameaças ao território, como investidas contra as barreiras instaladas em algumas aldeias e manobras jurídicas de contestação a partes do território por parte de corporações hoteleiras. Constatavam os efeitos das lacunas da implementação de políticas de saúde para povos indígenas. A maioria do público dos encontros era indígena e movimentavam o encontro com comentários, perguntas sobre as estratégias de enfrentamento que estavam em vigor e sobre o número de indígenas contaminados, em tratamento e já recuperados.

Não estou mencionando essas lives com o intuito de me deter a uma análise mais detalhada sobre as performances presentes nelas, tampouco de tecer considerações sobre a atuação das lideranças indígenas. Mas penso ser importante destacá-las por reconhecer que elas tiveram um papel importante para instrumentalizar a vivência dos indígenas na pandemia. Acredito que as lives, somada à presença cotidiana de parentes mobilizados para praticar as barreiras sanitárias ajudou a ressignificar a presença da pandemia nas aldeias, exatamente porque afirmava os laços de responsabilidade personalizados e de ajuda mútua, tão centrais ao modo de vida Tupinambá. Na medida em que esses eventos se tornaram periódicos, as conversas com meus interlocutores também mudaram de tom. As especulações sobre os possíveis contaminados e a precisão das informações divulgadas pela equipe de saúde, a presença de um gênero expressivo onde não ficava claro o emissor da informação, cederam lugar a relatos sobre o cotidiano da vida pós pandemia e a necessidade de fazer frente a ela em nossos diálogos.

Passaram a compartilhavam comigo mudanças no dia a dia que envolviam “deixar as coisas que vinham da rua no sol”, esforços para confeccionar máscaras de pano, insistência e até embates com parentes próximos quanto a torção de hábitos e práticas, como as visitas e o trânsito intenso com a cidade. Mas falavam também de acreditar na mudança do cenário, na ideia de a pandemia ser mais um momento difícil que requeria empenho, como comunicado na

mensagem de áudio que recebi de uma interlocutora: “Agora é essa luta também, né?! Não é o quê?! E viver não é lutar?! A gente continua. A gente só não pode inculir que não vai vencer, viu. Tem que desincluir disso!”.

Essa fala ressoou em mim por alguns meses e me remeteu a várias outras situações em que ouvi menções à ideia de luta com diferentes indígenas: em conversas que tive com os indígenas que vivenciavam internações, em falas de lideranças sobre o empenho pela defesa e demarcação do Território, no dia a dia que envolve trabalho nas roças, deslocamentos até a cidade, afazeres domésticos. Dei-me conta de que na fala havia mais do que ‘otimismo’ e nada de ‘superficialidade’. Penso que com ela minha interlocutora apontava para a natureza inacabada, imanente da luta, para a necessidade de torcer formas de habitar momentos e de atuar no mundo. Vitória não é um estágio tácito, mas sim torções efetivas que tornam a vida possível. Torções como as que foram possibilitadas pelas ações engendradas pelos Tupinambá diante da pandemia.

#### **4.3. Políticas públicas, agenciamentos e subjetividade: aprendizagens com os Tupinambá**

As notas etnográficas reunidas aqui oferecem elementos importantes para problematizar as práticas do Estado diante da pandemia materializadas, por exemplo, nas políticas públicas de saúde destinadas ao enfrentamento da mesma. A primeira observação importante a se fazer nesse sentido é mencionar a ausência, no âmbito federal, de uma política de enfrentamento à emergência da Covid-19, como tem sido apontado por diferentes autores (MALUF, 2021; PEREIRA, 2021; BUENO et al, 2021). Apesar de terem sido lançadas algumas medidas como a liberação de auxílio para pessoas com baixa renda, no que diz respeito às ações do Ministério da Saúde foram marcadas por um discurso negacionista e sem medidas coerentes quanto ao momento do curso da pandemia.

A incoerência a que me refiro, diz respeito ao fato de que o enfrentamento à pandemia não apostou na capacidade de resposta dos serviços de atenção básica à saúde, como já apontado por Maluf (2021). Pereira (2021) tematizando a resposta do governo municipal de Porto Alegre à pandemia, analisa como a produção de taxas de ocupação de leitos de UTI passa a constituir um fundamento ‘técnico’ para justificar decisões e escolhas políticas relacionadas às estratégias de enfrentamento; decisões essas que intensificam vulnerabilidades e expõem desigualmente as

peessoas ao risco de contaminação. O que chama atenção ao registro do autor é o fato de ele se referir a um momento no curso epidemiológico da pandemia (os primeiros seis meses do início dos casos) em que toda orientação técnica (de profissionais de saúde e de acadêmicos) apontava a centralidade de ações e respostas no nível da atenção básica em saúde, tal como salientava Medina et al (2020). Essa inação, ou presença equivocada de uma autoridade do Estado em nível federal, resvalou aos governos estaduais a responsabilidade de traçar estratégias e ações. Isso prejudicou a disponibilização de testes (em quantidade e velocidade adequados) e a articulação de medidas que apostassem de maneira uníssona na adoção do uso de máscaras de proteção facial, no isolamento de casos suspeitos, e na testagem desses casos.

Mas os elementos etnográficos que apresento aqui também nos convidam a perceber as escolhas que se processaram nesse interim, no âmbito da gestão dos serviços de saúde. O que é interessante é perceber que havia uma orientação disputante em curso quanto à escolha do distanciamento social, ou melhor, parecia haver ênfases diferentes a quem dirigir essa orientação e priorizar com essa medida. Ao passo em que a orientação para a população versava sobre o uso de máscaras faciais para proteção<sup>128</sup> e sobre a restrição da circulação, não havia uma aposta no isolamento sistemático dos profissionais de saúde que apresentassem sintomas da doença, por exemplo, como ilustrado pelos embates que as enfermeiras atuantes no SUS travaram para afastar colegas com suspeita de contaminação e pela ausência de uma instrução do DSEI para afastar a profissional da EMSI que estava sob a mesma suspeita.

Manejos como esse configuram aquilo que políticas públicas de saúde são: expressões de modos de gestão da vida que se materializam por meio das ações, práticas e discursos dos diferentes agentes envolvidos nelas. Eles também nos instigam a pensar nos efeitos que a presença social do Estado tem sobre os sujeitos, considerando, em diálogo com Bourdieu (2012), que o Estado é sobretudo um espaço onde se geram regulamentos e embates, um espaço onde as construções do próprio Estado e dos sujeitos estão imbrincadas.

Nesse sentido, as ações e práticas dos Tupinambá para fazer frente à presença da Covid-19 são emblemáticas, pois informam sobre os agenciamentos e posicionamentos que os sujeitos atravessados pelo Estado podem assumir, inclusive em situações disruptivas, como a

---

<sup>128</sup> Na Bahia, já em oito de março entrevistas apresentavam o secretário estadual de saúde Fábio Vilas Boas orientando a necessidade de uso de máscaras de proteção facial. A instrução ressoou ao longo do mês, incluindo a divulgação de um vídeo com instrução para fabricação caseira de máscaras de tecido. O uso de máscaras também foi objeto da lei estadual n 14261 de 29 de abril de 2021, que o tornou obrigatório.

pandemia. Diante de práticas de gestão de vida que não priorizaram a preservação da vida, seus agenciamentos apostaram precisamente na vida, no estar junto, na co-produção de enfrentamentos e ações que potencializassem o cuidado mútuo. Todas as ações Tupinambá aqui narradas – a implementação das barreiras sanitárias, o desenho coletivo de estratégias de cuidado (como as doações de alimentos, de itens de higiene, de materiais para confecção de máscaras de tecido para proteção), a articulação com diferentes atores sociais para fazer valer o direito à saúde, e a realização das lives – possibilitaram a torção de aspectos do cotidiano partindo precisamente de elementos que compõem sua socialidade, reavivando-os. Percebo que ao invés de apostarem no uso de uma retórica imperativa pautada no emblema da máxima “Fique em casa” – aposta essa que embalou a estratégia adotada pelo governo bahiano para traçar uma política de enfrentamento estadual – os Tupinambá investiram na produção/construção de um sentido comum para a experiência pandêmica, estreitando laços sociais – com a realização das barreiras, de frentes de mobilização para doações e com as lives – mesmo cientes da necessidade de diminuição do contato físico e da aglomeração.

Lanço mão da noção de agenciamento aqui inspirada pelas discussões tecidas por Sônia Maluf (2013, 2018a) e Sônia Maluf e Erica Quinaglia (2018). Nesses trabalhos as autoras se valem do termo para compreender as práticas dos sujeitos colocando em relevo os diversos atravessamentos que as constituem, as relações de poder que também permeiam o campo em que elas emergem, sem com isso pretender substituir a ideia de agência, mas sim abrir espaço para se pensar também nas produções de subjetividade e de poder. Fátima Tavares (2017) também explora essa noção, ao propor o conceito de agenciamento terapêutico como uma abordagem alternativa às discussões sobre itinerário e experiência terapêuticos, precisamente para colocar em relevo os processos de subjetivação que permeiam o ‘adoecer’ e ‘a busca pela cura’.

Se a implantação das políticas de enfrentamento à pandemia no Brasil tem sido embalada em um princípio de desagenciamento das pessoas e das comunidades, como observou Sônia Maluf (2021), o que essas práticas Tupinambá nos comunicam é a produção de espaços de resistência. Mas percebo que essas não são práticas isoladas. Elas integram um grande repertório de manejos múltiplos e diversos que os Tupinambá elaboram para tornar a vida possível. Penso que quando meus interlocutores insistem no uso da palavra luta – para se referir a uma maneira de atuar frente a várias negociações necessárias no cotidiano e também a pautas

específicas que emergem na relação com o Estado e com a sociedade (várias questões que compõem sua existência) – estão me apontando que lutar é agenciar, que não é possível existir sem que se lance mão desses agenciamentos, com diferentes atores, humanos e não-humanos.

Para desenvolver esse argumento, volto-me para vivências antes da pandemia. Em outubro de 2019, durante uma caminhada contra a intolerância religiosa realizada em Ilhéus que reuniu comunidades de diferentes religiões de matriz africana e representantes do povo Tupinambá de Olivença, ouvi algo precioso de um casal de interlocutores. Naquele dia, levei meu filho para acompanhar o evento, pois além de ser um domingo ensolarado, algumas crianças de quem me aproximei na aldeia Igalha haviam me dito que também participariam da caminhada. Pensei ser um bom momento para que elas e meu filho se conhecessem. Os participantes da caminhada se reuniram na praia do malhado que oferece uma extensa faixa coberta com coqueiros e arbustos antes da linha do mar. Meu filho e eu reunimo-nos com os Tupinambá assim que chegamos e logo as crianças se afastaram dos adultos para brincar. Gil e Lica, pai e mãe de algumas das crianças, comentaram sobre a desinibição de meu filho e retruquei que ele era desinibido até demais, referindo-me a seu movimento insistente para negociar pequenos limites. Falei do mau humor dele diante de regras da escola, e de minha dificuldade em lidar com os constantes ajustes que ele propunha nos acordos que fazíamos para conduzir nosso cotidiano doméstico. Ao final de minha fala, Lica sorriu e disse: “Mas que coisa boa, ele é guerreiro!!!”. Observando minha expressão de confusão (ou frustração?) ao ouvir Lica, Gil adicionou: “Se ele for desses que aceita tudo fácil e calado, com o que vai se importar? Como é que vai viver? Ele é um menino, isso sim!!!”.

Além de revelar a ingenuidade da mãe que escreve, penso que a passagem ajuda a compor uma paisagem etnográfica que ilustra o lugar que ‘agenciar’ possui para os Tupinambá, pois ela nos faz perceber que meus interlocutores enxergaram na disposição para modificar relações e seus termos demonstrada por meu filho, um elemento precioso para ser capaz de agenciar, para viver. Mas a paisagem a que me refiro encontra mais elementos em outras situações narradas por mim nos capítulos anteriores dessa tese. Os embates travados com médicos durante internações hospitalares<sup>129</sup>, precipitados pela atitude que meus interlocutores nomearam de “ficar no pé”, seja para possibilitar a marcação da cirurgia ou para conseguir a

---

<sup>129</sup> Como descrito no Capítulo 3.

confeção de um relatório médico, também são expressões de agenciamentos diante dos saberes e poderes que estruturam o hospital. Na mesma linha, ao convocar várias instâncias e parceiros (inclusive eu) para apresentar o que consideraram ‘demanda’ prioritária relacionada à ‘saúde mental’ num determinado momento<sup>130</sup>, os Tupinambá mobilizam uma série de instâncias, saberes, sujeitos, para co-produzir respostas, ou melhor, co-produzir cuidado e saúde. Sugiro que esses esforços também ilustram como os Tupinambá colocam questões relacionadas à saúde na mesma dinâmica de outras pautas, como a luta pela demarcação do território e pelo reconhecimento de sua existência indígena. Não há uma pauta superior a outras, mas dimensões da mesma luta pela vida, ainda que os empreendimentos em cada uma dessas dimensões possam requerer manejos particulares por parte dos indígenas. Nesse sentido esse conjunto de embates também descortina aspectos de tensões históricas entre apagamento e reconhecimento étnico que o Tupinambá têm vivenciado e informa sobre a relação que eles têm construído com o Estado brasileiro.

A noção de governamentalidade de Foucault (2008b) também ajuda a pensarmos sobre esses agenciamentos e seus efeitos. Ela diz respeito ao conjunto de práticas, instituições, táticas e dispositivos que acompanham o surgimento da gestão da vida e outras transformações no ‘governar’. Trata-se de um conceito que ocupa um lugar de destaque na obra desse autor porque, a partir dele, Foucault se movimenta para entender poder em uma acepção ampliada, designando ao mesmo tempo estruturas políticas e de gestão do Estado e os modos de dirigir conduta de indivíduos ou grupos. É a partir dessa discussão que o autor nos instrumentaliza para pensarmos a produção de sujeitos. Quando apresenta essa nova matriz de análise para as relações de poder, nas aulas compiladas na obra *Segurança, Território, População*, ele menciona dois sentidos de subjetivação: um primeiro relacionado ao sujeito que é subjetivado para a extração da verdade que lhe é imposta (ação do poder pastoral) e um segundo, decorrente da própria ação individualizante do poder pastoral, que é um ‘apelo’ por uma contra conduta a esse poder, uma busca por “como se tornar sujeito sem ser sujeitoado” (FOUCAULT, 2008b, p 310). Em outra conferência datada do mesmo ano (FOUCAULT, 1978), o autor desenvolve mais a ideia desse segundo sentido da produção de subjetividade (nomeada por ele então como *crítica*) e argumenta que a crítica estabelece sobretudo uma *autonomia* frente ao ‘obedeça’, uma

---

<sup>130</sup> Como descrito no Capítulo 2.

vontade de não ser governado a certo preço, em certos termos, não uma indocilidade essencializada. É a essa segunda dimensão da produção de subjetividade que a agencialidade tupinambá se refere: às maneiras que os sujeitos encontram de se reinventarem, acionando para isso, elementos da socialidade que compartilham.

Sônia Maluf (2013) já discorreu sobre a urgência de tomar a questão do sujeito e da subjetividade como objetos próprios da antropologia, reivindicando sua impureza epistemológica. Descrever os agenciamentos sociais que os sujeitos empreendem é uma maneira de responder a essa provocação, reconhecendo que diante de práticas de gestão de vida há também espaço para a produção de subjetividades não totalmente capturadas pelos regimes biopolíticas e suas racionalidades<sup>131</sup>. Pois, se políticas públicas de saúde são modos de conduzir grupos e indivíduos, e se por meio delas são produzidos ‘sujeitos de direito à saúde’, os agenciamentos sinalizam que pode haver diferentes manejos dos jogos de verdade que elas veiculam, lançando modos de contra conduta a esse poder, ampliando os significados de ser um sujeito detentor de direitos, sobretudo quando esses sujeitos de direito são povos indígenas.

É significativa a produção<sup>132</sup> antropológica brasileira que descreve sobre como os diferentes agentes envolvidos nas políticas públicas dão vida a elas por meio de ações, práticas e discursos. Nesse escopo, produções que tematizam vivências de povos indígenas têm alertado sobre o efeito nefasto do interesse neoliberal sobre os modos de vida indígena (SILVEIRA, 2016), e os desafios que permeiam o planejamento e implementação de políticas públicas de saúde destinadas a esses povos nesse contexto (ÁVILA, 2014). Mas ao mesmo tempo, estudos têm apontado elementos que nos permitem vislumbrar a agência desses povos nesse processo (FERREIRA, 2013; NEVES, 2017).

Nesse sentido, enxergo que, com seus agenciamentos, os Tupinambá estão mostrando alternativas ao modo como são apreendidos e reconhecidos (ou não) pelo Estado. Essa mensagem não é exatamente nova<sup>133</sup>, tampouco tem nos Tupinambá seus únicos emissores.

---

<sup>131</sup> Carol Gilligan (2003), por exemplo, fala sobre a ética do cuidado, uma ética pautada no entendimento de que a condição humana é de interdependência, direcionando a atenção para a necessidade de elaborar respostas nos relacionamentos e no estar junto.

<sup>132</sup> Coletâneas como as organizadas por Castilho; Lima; Teixeira (2014), Teixeira; Garnelo (2014), Langdon; Grisotti (2016) e Maluf; Silva (2018) são alguns exemplos.

<sup>133</sup> A ideia do bem viver tem estado cada vez mais presente nos debates conduzidos por diferentes povos indígenas na América Latina, sendo incorporada em alguma medida, em constituições federais (como é o caso da Bolívia, em 2009, e do Equador, em 2008). No Brasil a noção também está presente entre o povo Kaiowá e Guarani (VON HELD et al, 2011) e Baniwa (BANIWA, 2020), por exemplo.

André Fernando Baniwa (2020), por exemplo, nos fala sobre o ‘bem viver’ ou ‘viver bem’ entre o povo Baniwa. Uma noção tradicional que esse povo compartilha e que informa sobre uma ética, sobre o entendimento de que a vida sempre dependeu (e vai continuar dependendo) de relações continuadas de cuidado e atenção; tanto relações interculturais como relações com vários outros (não humanos e potências). Ao descrever sobre essa noção, André fala sobre a noção de amor, *ipedzokhetti*, entre os Baniwa, demonstrando como ela é tecido para costurar um modo de relação entre pessoas e comunidades; e como ela também está presente na maneira desse povo estabelecer relações com as políticas públicas disponibilizadas pelo Estado.

Ademais, ainda que esse protagonismo não seja particular aos Tupinambá, tampouco dos povos originários no Brasil pandêmico, considero urgente destacá-lo especialmente diante das disrupções desencadeadas pela crise que o país tem atravessado e que diz respeito às dificuldades de consolidar o projeto de Estado democrático de direito anunciado pela Constituição Federal de 1988. Em se tratando do direito social à saúde, como bem apontaram Rosana Castro e colaboradoras (2018), as sucessivas ‘crises’ a que assistimos com o congelamento dos gastos em saúde, aprovado em 2016, representaram apenas mais uma etapa de uma ‘crise’ que a pauta da Saúde enfrentava há um bom tempo e que tinha vários matizes. De lá para cá, essas etapas têm se multiplicado, junto com os matizes: por um lado temos lidado com os efeitos da restrição de recursos e de outras mudanças implementadas pelo atual desgoverno, que inviabilizam ainda mais o funcionamento das Políticas Públicas de Saúde; por outro, temos sido interpelados pela experiência pandêmica que requer a reinvenção de modos de agir, fazer, conhecer (...) e viver. Talvez seja precisamente a crise uma oportunidade para perceber o protagonismo indígena para além da resistência e nos propormos a ser terreno para sua potência pedagógica.

#### **4.4. Protagonismo indígena, participação social, democracia: pensando em contribuições do exemplo indígena para a Reforma Sanitária**

Se antes da chegada da pandemia os agenciamentos entre os Tupinambá já era uma questão que saltava em minha pesquisa de campo, a experiência pandêmica os colocou em evidência. De um lado porque a ação indígena contrastou com a presença descoordenada e letárgica do Estado, comunicada pela falta de uma política federal de enfrentamento em nível

federal e pelo descompasso entre a orientação do DSEI e a necessidade de saúde nas localidades como descrito anteriormente. De outro lado porque enquanto os modos de gestão da pandemia adotados pelo Estado acentuavam desigualdades em saúde já existentes e aviltavam os pilares democráticos do Sistema Único de Saúde (MALUF, 2021), os agenciamentos indígenas comunicavam exatamente a potência desses pilares quando postos em ação.

Refiro-me ao fato de que os modos de gestão da pandemia não acionaram os componentes democráticos do SUS mimetizados por princípios doutrinários (como universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (como a participação social). Isso se evidencia, por exemplo, quando percebemos que a Atenção Básica – com programas de saúde<sup>134</sup> que a compõem e sua estrutura para planejamento e realização das ações em saúde que possibilita a adequação às particularidades de cada comunidade e o envolvimento da população – não foi o caminho inicial de escolha para nortear as ações de enfrentamento. Além disso, como também observou Maluf (2021), o princípio da participação social – que já vinha sendo vilipendiado por meio do desmonte de vários conselhos sociais<sup>135</sup> – passou a ser esvaziado na pandemia (como demonstrou o silêncio do Ministro da Saúde diante da recomendação do CNS para utilizar leitos ociosos da rede de serviços privados em abril de 2020). Todavia, diante desse contexto, a resposta dos povos indígenas do Brasil foi apostar exatamente na mobilização, tanto em nível local por meio do desenho de ações para contenção ao vírus, quando em nível nacional, por meio da articulação entre povos de diferentes estados, movimentos sociais, ONGs e entidades acadêmicas, elaborando estratégias pela defesa da vida<sup>136</sup> nas Terras Indígenas em meio à pandemia.

A rigor, o protagonismo indígena tem caracterizado o contexto da relação entre os povos originários e o estado brasileiro sobretudo depois da Constituição Federal de 1988 que

---

<sup>134</sup> A Estratégia de Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, as Equipes de Consultório de Rua, o Programa Melhor em Casa, são exemplos desses programas.

<sup>135</sup> Refiro-me a medidas como o Decreto 9759/2019, que extingue e limita a criação de órgãos colegiados no Governo Federal. Por meio dessa medida, 35 conselhos foram extintos, afetando diretamente políticas com pautas relacionadas a direitos humanos, igualdade racial, povos indígenas, meio ambiente entre outros. No caso dos povos indígenas, o decreto atingiu o Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI).

<sup>136</sup> Além do risco de contágio e de adoecimento, a pandemia também representou novas vulnerabilidades para vários povos indígenas como o impacto na renda dos indígenas que comercializavam produtos agrícolas e de artesanato. Ademais, povos que já vivenciavam a ameaça a seus territórios como os Tupinambá de Olivença e os Pataxó, continuaram a lidar com manobras judiciais como ações de reintegração de posse e a presença de não indígenas desrespeitando barreiras sanitárias. Ver em: <https://covid19.socioambiental.org/node/408> e <https://deolhonosruralistas.com.br/2021/04/30/stf-suspende-despejo-na-bahia-mas-ameacas-a-tupinamba-e-pataxo-continuam/>

representou um marco na democratização do país e anunciou uma série de elementos paradigmáticos que possibilitavam a participação da sociedade civil na esfera pública. No que diz respeito à saúde, a Constituição Federal a estabelece como direito de todos e dever do Estado, fundamentando assim a formulação do Sistema Único de Saúde pautado em princípios como universalidade, equidade, descentralização e participação social.

Importa lembrar que o movimento social da Reforma Sanitária contribuiu fortemente para os debates que se desdobraram na promulgação da referida carta magna e para a operacionalização do direito social à saúde. O Movimento surgiu na década de 1970, agregando intelectuais, profissionais de saúde e movimento popular e se propondo a uma luta que era tanto setorial (condições de saúde da população, modelo do sistema de saúde e de política pública) quanto de maior espectro, integrando um projeto de sociedade que continha demandas da grande política<sup>137</sup> de que falou Gramsci (2007).

Alan Osório e Lília Schraiber (2015) lembram que a chamada Reforma Sanitária Brasileira envolve posições e perspectivas bastante distintas a respeito da organização setorial da saúde, como também das relações desse setor com a sociedade e da própria sociedade como um empreendimento e um dado objetivo. A principal bandeira do movimento era a luta pela democratização da saúde. Mas essa democracia era particular: para se realizar, demandava passar pelo Estado e por essa via, criar canais de abertura para a sociedade civil na medida em que representantes dessa sociedade controlassem o Estado. O projeto de reforma social que o movimento anunciou transitava em torno de três dimensões: democratização da saúde; democratização do Estado e de seus aparelhos; democratização da sociedade (PAIM, 2008).

Menciono a Reforma Sanitária para sublinhar aquilo que Teixeira et al (2013) apontaram anteriormente: a articulação entre esse movimento pela democratização da saúde e o movimento indígena possibilitou a tradução de uma bandeira mais abrangente da interface 'saúde e democracia' para uma agenda voltada para as singularidades dos povos indígenas, culminando com a formulação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, dentro do SUS, e seguindo suas diretrizes e princípios, dentre os quais a participação social. Esse princípio foi estabelecido e regulado pela Lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e

---

<sup>137</sup> De maneira simplificada, pode-se dizer que Gramsci (2007) usa o termo para se referir aos esforços e estratégias relacionados à manutenção (ou à destruição) de elementos econômicos sociais estruturantes do Estado.

Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, assim como de colegiados de gestão nos serviços de saúde. A criação do Subsistema de acordo com a estrutura sanitária dos DSEI conduziu a uma organização singular do controle social indígena, de caráter permanente, em Conselhos Locais, Distritais e posteriormente com representação no Conselho Nacional de Saúde.

Vários trabalhos têm tematizado a participação social indígena problematizando a polissemia que esse termo carrega para os diferentes sujeitos (indígenas e não indígenas) que se encontram nos espaços destinados ao exercício do chamado ‘controle social’ e debatendo sobre os limites e possibilidades desse caminho para a garantia de uma assistência à saúde adequada às especificidades indígenas. De um lado, aponta-se as dificuldades de praticar uma participação social que não seja meramente burocrática (NEVES, 2017, ABRUNHOSA; MACHADO, PONTES, 2020, SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020). De outro lado, registra-se que embora as próprias lideranças indígenas reconheçam a baixa efetividade das decisões tomadas nesses espaços e apontem a necessidade de aprimorá-los, elas destacam a relevância deles como um espaço de diálogo com o Estado (TEIXEIRA, 2017, SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020).

Penso que esse entendimento indígena aponta para a importância que a participação social teve (e tem) como um caminho institucional por meio dos quais os povos indígenas puderam investir na construção de uma dialogia com as agências de Estado, ou seja, oportunizando a criação de formas de ação que possibilitaram uma relação mais simétrica com o estado nacional. A rigor, caminhos como esse caracterizam o novo contexto da relação entre povos indígenas e o estado brasileiro possibilitado após a fragmentação do indigenismo de Estado (NEVES DE OLIVEIRA, 2002a). Desde a década de 1990, são várias as produções de cunho etnográfico (METZ, 1997; NEVES DE OLIVEIRA, 2002a, 2002b; OLIVEIRA, 2019) que demonstram diferentes povos indígenas reafirmando na prática seu direito de serem tratados pelos agentes de Estado nos termos de uma ética discursiva (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998).

O que me parece crucial é o fato de que a mobilização e o protagonismo indígena não foram contidos nesses espaços, nem limitados por eles. A luta indígena continuou sendo orquestrada por fora do Estado, valendo-se às vezes das conexões possibilitadas por esses caminhos instituições para engendrar significados próprios. Carla Teixeira (2017, p. 729) já

apontou isso ao abordar as Conferências Nacionais de Saúde Indígena e percebê-las como espaços que possibilitam a “defesa do direito ao exercício do poder pelos indígenas, e para os indígenas, na construção de sua cidadania diferenciada”. Já as intensas mobilizações<sup>138</sup> indígenas ocorridas na capital federal e em mais 22 estados brasileiros em março de 2019, para fazer frente à proposta de municipalização da saúde indígena e ao desmonte da SESAI comunicam que a luta pelo direito à saúde tem sido feita também por meio de associações e articulações orquestradas pelos indígenas que não passam por instâncias estatais.

É nesse sentido que enxergo os agenciamentos empreendidos pelos Tupinambá: expressões de uma participação social indígena que comunicam sua maneira de ‘fazer’ políticas públicas de saúde, de fazer ‘saúde’. Percebo nesse modo, algumas características marcantes: i) a ideia de que ‘diferença’ não é um problema, mas sim caminho essencial para que a vida siga seu curso e que a saúde aconteça; ii) a noção de que a política de saúde não é algo acabado, pronto para ser implementado, passível de ser ofertado a um conjunto de usuários estanques. Antes disso, as políticas são algo a ser feito a partir de empenhos e modificações conjuntos da qual participam diversos agentes; iii) o entendimento de que ‘saúde’ também é algo que emerge de várias co-produções que se processam em feixes diversos, incluindo o feixe das relações com os sujeitos que compõem o Sasi-SUS e os conhecimentos e protocolos médicos que norteiam as ações desse sistema. Nesse desenho, o que salta é a posição que os Tupinambá assumem: aparecem tanto como coreógrafos de uma dança que se dá nesse campo, quanto como dançarinos.

As situações etnografadas por mim, em que detalhei esses agenciamentos, não passaram por espaços de controle social e os sujeitos envolvidos neles não se limitam às lideranças que ocupam tais espaços. Não estou dizendo que os conselheiros indígenas não contribuíram na articulação e desenvolvimento das ações desenvolvidas pelos Tupinambá durante a pandemia, mas estou apontando como o empreendimento dos agenciamentos não se limitam a esses sujeitos nem a esses espaços. Ademais, considero que esses agenciamentos exemplificam uma espécie de radicalização da ideia-valor que o princípio de participação social passou a mimetizar a partir do SUS. Como já argumentei, estava em jogo nas propostas da

---

<sup>138</sup> Ver em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/povos-indigenas-realizam-grande-mobilizacao-nacional-contra-municipalizacao-da-saude> e <https://cimi.org.br/2019/12/saude-indigena-descontinuidade-da-politica-de-atencao-coloca-povos-indigenas-em-mobilizacao/>

Reforma Sanitária transformar o direito individual à saúde em um interesse coletivo, tal como afirmado no trecho do relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde que destaca a centralidade da mobilização popular como um dos encaminhamentos do evento. A inserção da população brasileira na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde ganhou uma forma de ser atingida por meio de caminhos para possibilitar que instâncias populares se fizessem presente na fiscalização e no controle das ações do Estado, condensado no princípio organizativo da participação social, mas o ideal que a estimulava era maior, e envolvia exatamente a autonomia e o protagonismo da população brasileira. As ações Tupinambá refletem essa autonomia, precisamente porque extrapolam a esfera de representação institucional e os sujeitos indígenas que os compõem e passam a ser comunicadas por diferentes vivências indígenas com políticas públicas de saúde.

Teóricas da Saúde Coletiva como Sônia Fleury (2018), Lenir Santos (2018) e Amélia Cohn (2018) têm elaborado balanços sobre as conquistas possibilitadas ao longo dos trinta anos do SUS e discorrido sobre os caminhos a serem percorridos pela Reforma a partir de então, considerando também o cenário de desmonte conferido pelas sucessivas ameaças democráticas a que temos assistido desde o golpe parlamentar de 2016. Além da inegável contribuição do sistema à melhoria das condições de acesso à saúde do povo brasileiro, as análises tecem reflexões importantes sobre as estratégias do movimento.

Amélia Cohn, por exemplo, aponta que a “excessiva ênfase dada à organização institucional da saúde e sua introdução no interior do aparelho do Estado em detrimento da mobilização da sociedade em torno da questão da saúde” (COHN, 2018, p. 230) impôs limitações diversas à consolidação da Reforma, inclusive porque permitiu que o discurso sobre saúde como direito social ficasse concentrado nos círculos acadêmicos e de profissionais atuantes na saúde coletiva, ao mesmo tempo em que não fortaleceu os espaços de representação social. Talvez seja profícuo ao campo da Saúde Coletiva empreender um movimento analítico que dialogue também com a experiência indígena com o Sasi-SUS e com o SUS, reconhecendo nessa seara um potencial pedagógico à própria Reforma. Não falo apenas de observar e mencionar as vivências e os protagonismos indígenas, mas pensar sobre elas exercitando impropriedade (LLOYD, 2014), o abandono de premissas relacionadas ao ‘fazer saúde’.

Casé Angatu e Ayra Tupinambá (2019), ao tematizarem protagonismos indígenas ao longo da trajetória do projeto colonial, provocam nossa imaginação ao vislumbrarem a

possibilidade de ‘re-escrever’ várias páginas da história do país, caso a história do Brasil fosse pensada a partir da perspectiva da história indígena, pois o exercício nos mostraria “Um processo de interatividades, em grande parte, impositivas, mas que não tornaram as trajetórias dos Povos indígenas resultantes passivas de injunções.” (ANGATU; TUPINAMBÁ, 2019, p. 38). A provocação me convida a imaginar como os agenciamentos indígenas podem contribuir para nossa reinvenção e de questionar como esse protagonismo indígena (mimetizado aqui pelo exemplo Tupinambá) pode desestabilizar as maneiras não indígenas de pensar saúde, de fazer saúde e de lutar por sua defesa. E me faz desejar que a continuidade da Reforma Sanitária Brasileira, seja embalada por torções como essa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para alinhar as ideias que fecham esse trabalho retomo um aspecto particular que caracterizou a formulação de minha proposta de pesquisa e que reverberou durante toda as etapas do desenvolvimento do estudo. Refiro-me ao lugar que os Tupinambá ocuparam nesse trajeto. Pois, se a concepção da proposta de pesquisa apresentada no ingresso no doutoramento já foi pactuada com os indígenas, nas etapas posteriores (a formulação do projeto de tese e a realização da pesquisa de campo nele prevista) meus interlocutores mostraram-se progressivamente mais propositivos, ampliando as maneiras de atuar como ‘participantes de pesquisa’, construindo uma relação que borrava os limites entre pesquisador e interlocutor de pesquisa.

Recupero esse fato por entender que ele tanto comunica sobre o protagonismo do povo Tupinambá na defesa de sua existência como também expressa sua forma de existir. Comunica a centralidade que a ideia de co-participação possui na cosmologia Tupinambá, como ela engendra diversos aspectos de sua socialidade e como isso tem efeitos diversos nas relações que os indígenas constroem com políticas públicas de saúde.

Como illustrei, ‘estar junto’ e ‘fazer junto’ é algo que perpassa diversas situações etnográficas apresentadas aqui e são expressões de uma forma de existir, interagir, significar e tornar a vida possível. Na descrição que ofereci sobre a formulação de uma demanda indígena em torno da série de “problemas de saúde mental” vivenciados em diferentes aldeias, essa lógica se apresentou em diferentes dimensões. Ao demandarem ajuda das equipes de saúde, os Tupinambá convocam parcerias para co-produzir enfrentamentos a um sofrimento que se origina em vários feixes. O percurso nas comunidades e os depoimentos de indígenas me levaram a perceber esses *afetamentos* em saúde mental como expressões de um processo de vulnerabilização de seus modos de vida e a sugerir que a presença de não indígenas (favorecida pelo território não demarcado) fragiliza a reprodução social nessas comunidades uma vez que insere dinâmicas e moralidades contrastes (disputantes) com a cosmologia e a socialidade Tupinambá. De um lado, a situação dos *afetamentos* reafirmou a centralidade da atenção básica como o espaço central para a co-produção do cuidado, centralidade essa que irá também aparecer nas experiências de internação. De outro, reafirmou a insistência indígena em ‘fazer’, praticar políticas públicas de saúde de maneira conjunta. Digo isso por entender que na medida

em que convocam a equipe de saúde e parceiros diversos (inclusive eu) para pensar e oferecer soluções, os Tupinambá estão contestando a ideia de que política pública de saúde se resume à execução de programas de saúde pré-fabricados com ações em saúde igualmente indiferenciadas (e até indiferentes). Ao contrário, concebem-na como algo dinâmico, em permanente estado inacabado e que requer o empenho conjunto dos sujeitos que a praticam em torno da necessidade daqueles que se beneficiam dela.

Essa lógica imprime certo ‘tom’ às experiências indígenas junto aos serviços de saúde. Os itinerários terapêuticos aqui apresentados desvelam a multiplicidade de manejos que os Tupinambá empreendem ao acessar serviços hospitalares os quais, como sugeri, devem ser lidos como mais do que uma resistência ao biopoder que estrutura essas instituições e fundamenta as práticas dos profissionais que nela atuam. Trata-se de agenciamentos por meio dos quais os indígenas tensionam os diferentes sujeitos que se encontram nesse campo, mobilizando-os a co-produzirem outras formas de cuidado, que levem em consideração suas demandas e seus modos de vivenciar determinadas experiências e de fazer valer seus direitos.

As ações empreendidas pelos Tupinambá na pandemia acentuaram seu protagonismo e sua maneira particular de ‘fazer’ políticas públicas pois, diante de práticas de gestão de vida que não priorizaram a preservação da vida, os indígenas investiram na produção/construção de um sentido comum para a experiência pandêmica, estreitando laços sociais quando o tom que pairava nas orientações das políticas de saúde não problematizava a diferença entre distanciamento social e esfacelamento de laços sociais. É nesse sentido que enxerguei os agenciamentos empreendidos pelos Tupinambá: expressões de uma participação social indígena que comunicam sua maneira de ‘fazer’ políticas públicas de saúde, de fazer ‘saúde’.

As situações etnográficas que revelam os agenciamentos indígenas realizados diante da pandemia permitiram ainda colocar em relevo a intensa capacidade de articulação e de ação dos Tupinambá, convidando-nos a perceber esses agenciamentos enquanto expressões de uma noção de participação social no âmbito das políticas públicas de saúde que não se detém aos espaços institucionais pensados para mimetizá-los. Nesse sentido, enxerguei-a como índice de uma ideia-valor anunciada pelo imaginário democrático proposto pela reforma sanitária brasileira.

Recuperar esses elementos que perpassam os capítulos dessa tese me instiga a formular um último apontamento, no sentido de somar com as reflexões que, pesquisadores de diferentes

áreas de conhecimento e atuantes no campo da saúde coletiva tem elaborado para contribuir com a defesa do direito social à saúde. Trata-se das contribuições que a luta pela defesa do direito à saúde indígena oferece à luta pelo direito social à saúde (em um sentido mais amplo, traduzido sobretudo em torno da defesa do SUS).

Partindo de diferentes contextos etnográficos, antropólogas e antropólogos têm reforçado que um aspecto fundamental na garantia do direito à saúde indígena é a consolidação da atenção diferenciada, ou seja, a garantia de que ocorra a articulação de práticas de autoatenção existentes nas comunidades com as práticas dos serviços de atenção básica (LANGDON, 2004; LANGDON, GARNELO, 2004). Mas essas mesmas pesquisas têm apontado uma série de fatores que retardam essa consolidação e que envolvem desde a complexidade do trabalho em saúde (atravessado pela precarização das condições de trabalho) até as dificuldades de interlocução entre profissionais de saúde ancorados no saber biomédico e povos indígenas onde pulsam cosmologias diversas.

O material etnográfico apresentado nesta tese<sup>139</sup> também ilustram esse desafio remetendo, simultaneamente, aos entraves para produzir a atenção diferenciada no âmbito dos serviços de média e alta complexidade e aos atravessamentos que ameaçam a consolidação desse princípio nos serviços de atenção básica. Quanto a essa última instância, o que se observou sobretudo foi o esgarçamento da capacidade produtiva da equipe de saúde, que, diferentemente do observado em outras situações etnográficas<sup>140</sup>, não se mostrou pouco disponível a receber colaboração de outros saberes, incluindo a antropologia.

Poderia se argumentar que minha formação na saúde foi o que possibilitou essa abertura. Embora considere que esse fator tenha facilitado o diálogo, o movimento da equipe durante a reunião com o DSEI (quando apontaram exatamente a necessidade de que outras formas de conhecimento se somassem às suas) me permite insistir que as dinâmicas vivenciadas pelas equipes têm contribuído para o desenho de um novo quadro. Nele, os integrantes da equipe têm sido interpelados por toda a complexidade que envolve a produção da saúde, pois o planejamento e execução de ações em saúde no contexto da saúde indígena tem adquirido contornos particulares diante do aviltamento da democracia que o país vem atravessando. A

---

<sup>139</sup> Sobretudo nos Capítulos 2 e 3

<sup>140</sup> Referindo-se a vários estudos, Langdon (2004) apontou a pouca receptividade de profissionais atuantes nas equipes de saúde quanto à colaboração de antropólogos.

necessidade de atuar diante dos *afetamentos* a que me referi aqui ilustram como as equipes têm sido convocadas a atuar frente a situações complexas que lhes colocam a experimentar o limite das estratégias e metodologias que adotam.

Penso que esse cenário nos leva a retomar uma das considerações presentes no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 2001. Refiro-me à proposta 94, que, ao detalhar a composição das equipes integrantes dos DSEI, prevê a presença de antropólogos. Talvez seja chegado o momento de construir novas experiências envolvendo a participação de antropólogos nas equipes multidisciplinares de saúde indígena e avaliar os efeitos dessa participação na consolidação da atenção diferenciada. Reforça a exequibilidade de tal proposta o fortalecimento da antropologia da saúde como uma área de produção antropológica ao longo dos últimos anos. Balanços bibliográficos como os realizados por Teixeira e Silva (2013) e Maluf et al (2020) me permitem perceber que se na década de 2000 (quando se imaginou a participação de antropólogos compondo equipes do DSEI) havia uma carência de antropólogos com expertise para atuar nesses espaços (LANGDON, 2004), na década de 2020 essa limitação foi superada.

Ademais, cumpre esclarecer que ao sugerir isso não estou apontando a presença de antropólogos como uma solução única. Obviamente há entraves relacionados à inadequação e insuficiência de recursos (materiais e humanos) disponibilizados à atenção básica indígena (como os aqui exemplificados) carecem de outras soluções. Mas penso que essa participação pode diluir certa sensação de despreparo experimentada pelas equipes, de não disporem de instrumentos analíticos, ferramentas de trabalho e metodologias que somem aos recursos que sua formação lhes concedeu.

Por outro lado, a presença antropológica pode contribuir para o fortalecimento das próprias comunidades por possibilitar que seus modos de vida, saberes e práticas engendrem a elaboração de soluções conjuntas, tecidas a várias mãos. Mas uma experiência desse porte implica também em que antropólogas e antropólogos exercitem sua imaginação e construam novas formas de conceber diálogos com profissionais de saúde. Pois penso que o sentido dessa participação não passa exatamente por se ocupar da capacitação de profissionais atuantes na saúde (incluindo os AIS) ou por atuarem como uma espécie de tradutores. Mas de se portarem como mais um dos sujeitos que compõem as equipes, como integrantes que objetivam a comunicação. Nessa configuração, profissionais de saúde passariam a ser colegas de trabalho,

e não sujeitos desencarnados que reverberam os limites do saber biomédico. Como antropóloga que também é herdeira da reforma sanitária preciso dizer que é em experiências como essa que imagino aqui que acredito. O SUS é produto de uma série de ousadias como essa. E o sentimento que me habita ao terminar este trabalho é a esperança de ter instigado novas ousadias como aquelas de outrora.

## REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, M.A. MACHADO, F. R.S. PONTES, A.L.M. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 3, 2020.

ACKERKNECHT E. Natural diseases and rational treatment in primitive medicine. *Bull Hist Med* 1946; 19(5), 1946, p 467-497.

ALARCON, D.F. *O retorno da terra: as retomadas na aldeia Tupinambá da Serra do Padeiro, sul da Bahia*. 343 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade de Brasília, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas, Brasília, 2013.

ALMEIDA, A. W. B.; ACEVEDO MARIN, R. E. & ALEIXO, E. (Orgs.). *Pandemia e Território*. São Luís: Uema Edições, PNCSA, 2020. Disponível em: <[www.aba.abant.org.br/files/20200901\\_5f4e9a9024e0f.pdf](http://www.aba.abant.org.br/files/20200901_5f4e9a9024e0f.pdf)>. Acesso em: 7 abr. 2021.

AMARANTE, P. C. D. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANGATU, C.; TUPINAMBÁ, A. Protagonismos indígenas: (re) existências indígenas e indianidades. In: CARNEIRO, M. L T.; ROSSI, M. S. (org). *Índios no Brasil: vida, cultura e morte*. São Paulo, IHF; LEER/USP: Intermeiros, 2018. P 23-40.

ÁVILA, T. Cultura sexualidade e saúde indígena: etnografia da prevenção das DST/Aids nos povos Timbira do Maranhão e Tocantis. In: TEIXEIRA, C. C. GARNELO, L. (Org.) *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 241-261.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e sociedade*, v. 18, supl. 2, P 11-23. 2009.

BAHIA, Gabinete do Governador. *Ofício do Ouvidor da Comarca dos Ilhéus Domingos Ferreira Maciel para o Governador da Bahia, sobre os Índios da sua Comarca*. Cairú, 16 de outubro de 1803. Anais da BN. Vol. 37, 1915, p. 177. Disponível em: <<http://www.bn.br/fbn/bibsemfronteiras/>>. Acesso em 05 de abril de 2020

BAHIA. Lei nº 14261 de 29 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso obrigatório de máscaras pelas pessoas em circulação externa, bem como no trânsito, nos municípios em que estão em vigor os Decretos Legislativos de Reconhecimento de Estado de Calamidade Pública aprovados pela Assembleia Legislativa do Estado da Bahia e que tenham confirmado caso de COVID-19, como medida de enfretamento à propagação e infecção do Coronavírus, causador da COVID-19, na forma que indica, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia, de 30 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=394181>>.

BANIWA, A. F. *Bem viver e viver bem segundo o povo Baniwa no noroeste amazônico brasileiro*. Curitiba: Ed UfPR, 2019.

BATISTA, M. Q.; ZANELLO, V. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. *Estudos de Psicologia* (Natal), 21(4), 403-414, 2016.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2014, v. 18, n. 48 [Acessado 1 Dezembro 2020], pp. 61-74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>.

BEZERRA, I. C.; MORAIS, J. B. de; PAULA, M. L. de; SILVA, T.M.R.; JORGE, M.S.B. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, jul-set, 2016.

BITTENCOURT, M. Coronavírus: escola de Ilhéus suspende aulas após professora ir a casamento em Itacaré. *Correio 24 horas*, Salvador, 12 de março de 2020. Bahia. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/coronavirus-escola-de-ilheus-suspende-aulas-apos-professora-ir-a-casamento-em-itacare/>>. Acesso em 14 de março de 2020.

BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2004.

BRASIL. Decreto nº 9759 de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Diário Oficial da União de 11 de abril de 2019, edição extra. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm)> .

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 set. 1999. Disponível em: <<http://bit.ly/2FGu2m7>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. 2001. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 27 ag. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2018. Análise descritiva das notificações de violência contra indígenas no Brasil: 2006 a 2017. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/16/Apresenta----o-Notifica----o-de-Viol--ncias-contra-Ind--genas---Semin--rio-Sa--de-Ind--gena-em-Debate.pdf>

CAMPOS, J. da S. *Crônica da Capitania de São Jorge de Ilhéus*. 3 ed. Ilhéus: Editus, 2006.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 1998. *O Trabalho do Antropólogo*. São Paulo: UNESP/Paralelo 15.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, J.C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): p. 700-6.

---

A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza(CE), Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Distrito Federal, v. 29, n.1, p. 60-73, 2009.

CASTILHO, S. R. R.; LIMA, A. C. de S.; TEIXEIRA, C. C. (orgs.) *Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocracias, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Faperj, 2014.

CASTRO, Rosana; ENGEL, Cíntia e MARTINS, Raysa. (Orgs). *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita, 2018. Ebook: <http://www.dan.unb.br>

CIMI — CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Violência contra os povos indígenas no Brasil — dados de 2018. Disponível em: <<https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2019/09/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2020.

CHIAPETTI, J. *O uso corporativo do território brasileiro e o processo de formação de um espaço derivado: transformações e permanências na região cacauzeira da Bahia*. 2009. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2009.

COELHO, E.M.B. A saúde e a educação indigenistas no Maranhão. In: COELHO, E.M.B.(org.) *Estado Multicultural e Políticas Indigenistas*. São Luís: EDUFMA, 2008.

COHN, A. “Caminhos da reforma sanitária” revistado. *Estudos avançados* 32 (93), p 225-241, 2018.

CONFIRMADO primeiro caso de coronavírus em Ilhéus. *Blog do Gusmão*, Ilhéus, 25 de março de 2020. Disponível em: <<http://www.blogdogusmao.com.br/2020/03/25/confirmado-primeiro-caso-de-coronavirus-em-ilheus/>>. Acesso em 30 de março de 2020.

COSTA, E. F. de J. *Da Corrida de Tora ao Poranci: a permanência histórica dos Tupinambá de Olivença no sul da Bahia, BA*. 200 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável) – Universidade de Brasília, Centro de Desenvolvimento Sustentável, Brasília, 2013.

COUTO, P. N. *Os Filhos de Jaci: ressurgimento étnico entre os Tupinambá de Olivença – Ilhéus – BA*. Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso. UFBA, Salvador, 2003.

COUTO, P. N. de A. *Morada dos encantados: identidade e religiosidade entre os Tupinambá da Serra do Padeiro – Buerarema-BA*. 169 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2008.

CRAPANZANO, V. A cena: lançando sombra sobre o real. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 357-383, Oct. 2005.

CRUZ, K.R. da. Distrito Sanitário Especial Indígena: o específico e o diferenciado como desafios. In: COELHO, E.M.B.(org.) *Estado Multicultural e Políticas Indigenistas*. São Luís: EDUFMA, 2008.

CUNHA, M. C. da (org). Legislação indigenista no século XIX: uma compilação (1808-1889). São Paulo: EDUSP. Comissão Pró-índio de São Paulo, 1992. p. 15-16

DANTAS, B. G.; SAMPAIO, J. A. L.; CARVALHO, M.R.G. de. Os povos indígenas no Nordeste Brasileiro: um esboço histórico. In.: CUNHA, M.C. da (org). História dos índios no Brasil. São Paulo: Companhia das letras/FAPESC/Sec. Mun. De Cultura, 1992. P. 431-456.

DELEUZE, Gilles. *Espinosa: filosofia prática*. Trad. Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

DEOLHONOSRURALISTAS. *Ameaçado por fazendeiros, cacique Babau diz que discurso de Bolsonaro será responsável por muitas mortes no Brasil*. Disponível em: <<https://deolhonosruralistas.com.br/2019/02/13/ameacado-por-fazendeiros-cacique-babau-diz-que-discurso-de-bolsonaro-sera-responsavel-por-muitas-mortes-no-brasil/>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1): 7-14, 2004.

DIAS-SCOPEL, R.; SCOPEL, D. DIEHL, E.E. Participação Indígena e Obstáculos ao Enfrentamento da Pandemia de covid-19 no Mato Grosso do Sul. P.137-148. IN: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.; DIAS-SCOPEL, R.P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.5, 2012.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Universitas Humanística*, Bogotá, n. 80, p. 213-236, dez. 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2pbxspY>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

DOLCE, J. STF suspende despejo na Bahia, mas ameaças a Tupinambá e Pataxó continuam. *De olho nos ruralistas*, 30 de abril de 2021. De olho nos conflitos. Disponível em: <

<https://deolhonosruralistas.com.br/2021/04/30/stf-suspende-despejo-na-bahia-mas-ameacas-a-tupinamba-e-pataxo-continuam/>>. Acesso em 10 de maio de 2021.

DUARTE, L. F. D. Ética de pesquisa e “correção política” em antropologia. In: Victora, C.; Oliven, R.; Maciel, M. E. & Oro, A. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF-ABA, 2004, pp. 25-130.

EPSTEIN, A. L. 1969. (a) *Gossip, norms and social network*. In MITCHELL, J. C. (org.) *Social networks in urban situations: analyses of personal relationships in central African situations*. Manchester: Manchester University Press.

FALCÓN, G. *Coronéis do Cacau*. 2 ed. Salvador:SolislunaDesign,2010.

FARHI NETO, Leon. *Biopolítica em Foucault*. 2007. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FASSIN, Didier. Tradução de Mauro Guilherme Pinheiro Koury. As economias morais revisitadas. *RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 18, n. 53, p. 27-54, agosto, 2019.

FERLINI, V. L. *A Terra, Trabalho e Poder*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

FERNANDES, L. ILHÉUS – Júri Simulado da Defensoria absolve o índio Caboclo Marcelino de todas as acusações. Defensoria Pública Bahia, Salvador, 20 de abril de 2018. Comunicação. Disponível em:<<https://www.defensoria.ba.def.br/noticias/ilheus-juri-simulado-da-defensoria-absolve-o-indio-caboclo-marcelino-de-todas-as-acusacoes/>>. Acesso em 18 de janeiro de 2021.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2013, p 203-219.

FIOCRUZ. 2018. *I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Alcool: Cuidado, direitos e gestão - Relatório Final*. Brasília: Funai; MS; Sesai; SAS; Fiocruz.

FLEURY, S. Revisitar a Teoria e a Utopia da Reforma Sanitária. In: Fleury, S. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p.31-84.

FONSECA, Cláudia. Lá onde cara pálida? Pensando as glórias e os limites do campo etnográfico. *Revista Mundaú*, n.2, p. 96-118, 2017.

FOUCAULT, M. O que é a crítica? Crítica e Aufklärung. (G. Borges, Trad.) Recuperado a partir de <http://portalgens.com.br/portal/images/stories/pdf/critica.pdf>. 1978

\_\_\_\_\_. Sobre a História da sexualidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243 – 27.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

- \_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 6 ed. Forense Universitária, 2006.
- \_\_\_\_\_. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 24ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. p. 99-111.
- \_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2 ed. 2009. p. 231-249.
- \_\_\_\_\_. *Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France, (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- \_\_\_\_\_. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FRASER, N. Contradições entre capital e cuidado. *Princípios: Revista de Filosofia*, Natal, v. 27, n. 53, maio - ago. 2020. P 262-288.
- FREIRE, M.P. LOUVISON, M. FEUERWERKER, L. C. M. CHIORO, A. BERTUSSI, D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Sociedade*, v 29, n. 3, 2020.
- GARCEZ, A.; FREITAS, A. F. G. de. História Econômica e Social da Região Cacaueira. Ilhéus, BA: CEPLAC/IICA, 1975 (Diagnóstico Socioeconômico da Região Cacaueira, v. 8).
- GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil*. Brasília, DF: Opas, 2003.
- GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 311-317, 2003.
- \_\_\_\_\_. Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária: Os Riscos de 'fazer ver' e 'fazer crer' nas Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1217-1223, Rio de Janeiro, Julho/Agosto de 2005.
- GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: TEIXERA, C. C.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 107-142.
- GARRIDO, Yasmin. 15 pessoas são internadas por dia pelo SUS com transtornos mentais na Bahia. *Correio*, Salvador, 24 de fev. de 2019. Saúde. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/15-pessoas-sao-internadas-por-dia-pelo-sus-com-transtornos-mentais-na-bahia/#:~:text=S%C3%B3%20na%20Bahia%2C%20no%20ano,2%25%20no%20n%C3%BAmero%20de%20pacientes>. Acesso em: 30 de out. de 2020.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In In: GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008 [1973]. p. 3-21.

GILLIGAN, C. “Concepts of self and morality”. *In a different voice: psychological theory and women’s development*. Cambridge: Harvard University Press, 2003. p.64-105.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M. ALMEIDA, P. F. Política nacional de atenção básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde coletiva*, 25 (4), p 1575-1481, 2020.

GOFFMAN, E. 2003 [1961]. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7 ed. São Paulo: Perspectiva.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. COUTINHO, C.N.; NOGUEIRA, M. A.; HENRIQUES, L. S. (Eds.). Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2007.

GUIMARÃES, S. Escritos de uma desigualdade em saúde. Saúde Indígena no Nordeste: compreensões e perspectivas sobre mediação e dilemas da interculturalidade. In: TEIXEIRA, C.C.; VALLE, C.C.; NEVES, R. de C. (org). *Saúde, mediações e mediadores* – Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRN, 2017. p 139-171.

GUPTA, Akhil; FERGUSON, James. The field’ as site, method, and location in anthropology. In: GUPTA, A.; FERGUSON, J. (Org.). *Anthropological locations: Boundaries and grounds of a field science*. Berkley: University of California Press, 1997.p. 1-46.

LANGDON, E. Jean. *Breve histórico da antropologia de saúde*. In: \_\_\_\_\_. A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os siona no contexto pluri-étnico. Trabalho apresentado para o concurso de Professor Titular, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

\_\_\_\_\_. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: *Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001. p. 83-97.

\_\_\_\_\_. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 213-239.

LANGDON, E.J; GRISOTTI, M. (Org.). *Políticas Públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Edufsc, 2016, p. 211-227.

LÉVINAS, E. *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70, 1988.

LINS, M. da S. *Os vermelhos nas terras do cacau: a presença comunista no sul da Bahia (1935-1936)*. 255 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2007.

LLOYD, G. (2014). “On the very possibility of mutual intelligibility” (p. 221-135). *Hau: Journal of Ethnographic Theory*, Vol 4, No 4.

LÓPEZ, T. L. S. *Morte pela própria mão: Estudo etnográfico de narrativas dos Mapuche Pewenche do Alto Bío Bío, no Chile, sobre suicídios acontecidos nas comunidades*. 128 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina Bahia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2013.

MACEDO, U. *A “Dona do Corpo”*: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MACEDO, V. O cuidado e suas redes: doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.36, n.106, 2021.

MAGALHÃES, A. M. *A luta pela terra como oração: sociogênese, trajetórias e narrativas do movimento Tupinambá*. 154 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, Rio de Janeiro, 2010.

MAHONY, M. A. Um passado para justificar o presente: memória coletiva, representação histórica e dominação política na região cacauzeira da Bahia. *Cadernos de Ciências Humanas – Especiaria*, Ilhéus, 2007, v. 10, n.18, p. 737-793, jul.-dez.

MALUF, Sônia W. Por uma antropologia do sujeito: da pessoa aos modos de subjetivação. entre práticas, saberes e políticas. *Campos*, 14 (1-2), 2013, p 131-158.

\_\_\_\_\_. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras contemporâneas, 2010. p. 21-68.

\_\_\_\_\_. Antropologia do sujeito e políticas da vida: uma reflexão sobre biopolítica, experiências sociais e modos de subjetivação no contexto das políticas de saúde mental no Brasil. *Paper preparado para apresentação no Seminário dos Professores Depto de Antropologia da UFSC*, 13 de abril de 2011. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 2011.

\_\_\_\_\_. Biogitimacy, rights and social policies: New biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. *Vibrant, Virtual Braz. Anthr.*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 321-350, Jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, Sônia W.; QUINAGLIA, Érica S. (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018a. p.15-44.

\_\_\_\_\_. Antropologias e políticas em contexto de crise: saudades do futuro. In: CASTRO, R.; ENGEL, C. MARTINS, R. (org.) *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita, 2018b. p. 24-35.

\_\_\_\_\_; SILVA, E. Q. Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde. In: MALUF, Sônia W.; QUINAGLIA, Érica S. *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. p.7-12.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. SILVA, M. A. da. Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. *BIB*, n. 91, pp. 1-38, 2020.

\_\_\_\_\_. *Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências*. TOMO, n 38. Jan/jun, 251-285, 2021.

MARCIS, T. *A “hecatombe de Olivença”*: Construção e reconstrução da identidade étnica – 1904. 163 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2004.

MARTIN, J. G. Healing in the Hospital: the Caring Sensorium and the Containment of Yanomami Bodies. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*: Vol. 13: Iss. 2, P. 120-136, 2005. Available at: <http://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/vol13/iss2/9>.

MATTOS, C. de. Sonetos sem rumo. In: MATTOS, C. de. *Cancioneiro do cacau*. Ilhéus: Editus, 2015. p. 258-263.

MÉDICO é primeiro infectado com coronavírus em Ilhéus, no sul da Bahia: 'Me resguardei em casa'. *GI*, 26 de março de 2020. Bahia. Disponível em:<<https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/03/26/medico-e-primeiro-infectado-com-coronavirus-em-ilheus-no-sul-da-bahia.ghtml>>. Acesso em 30 de março de 2020.

MEDEIROS, R. P. Política indigenista no período pombalino e seus reflexos nas capitânicas do norte da América portuguesa. In: OLIVEIRA, J. P. *A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 115-144.

MENDES, A.; TUPINAMBÁ, J. (Orgs.). *Anciões em Contos e Encontros*. Ilhéus, 2014.

MENÉNDEZ E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):185-207.

\_\_\_\_\_ Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Desacatos* 2005; 14:33-69.

\_\_\_\_\_ Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. In: Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. p. 25-72.

MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. *Difíceis decisões: Etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCK o, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

METZ, C. 1997. Auto-demarcação Madijá: um exemplo de iniciativa e competência dos povos indígenas da Amazônia. Rio Branco: UNI-Acre.

MOTA, S. E. C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 11-25, 2018.

MOTT, L. Os Índios do Sul da Bahia: População, Economia e Sociedade (1740-1854) IN: MOTT, L. *Bahia: inquisição e sociedade* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010, 293 p. ISBN 978-85- 2320-890-5. Available from SciELO Books. p. 195-293.

MONTEIRO, J. M. *Negros da terra: índios e bandeirantes nas origens de São Paulo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

NEVES DE OLIVEIRA, A. Fragmentos da etnografia de uma rebelião do objeto: indigenismo e antropologia em tempos de autonomia indígena. *Anuário Antropológico*, v.98: p.109-130, 2002 a.

\_\_\_\_\_ Antropólogos, estado e povos indígenas em fins do segundo milênio: o fazer antropológico frente à identificação de terras. *Revista Antropológicas*, a. 6, v. 13(2): p.83-106, 2002b.

NEVES, R. de C. Saúde Indígena no Nordeste: compreensões e perspectivas sobre mediação e dilemas da interculturalidade. In: TEIXEIRA, C.C.; VALLE, C.C.; NEVES, R. de C. (org). *Saúde, mediações e mediadores* – Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRN, 2017. p 309-340.

NGUUNDO-MBONGUE, T.B.; SOMMET, A.; PATHAK, A. MONTASTRUC, J.L. “Medicamentation” of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. *Eur J Clin Pharmacol.* v.61, n.4, p.309-13, 2005.

OLIVEIRA, A. R. Conhecimentos para a política. Processo, produto e seus efeitos na materialização de saberes indígenas na Serra da Lua/Roraima. *Revista De Antropologia*, 62(3), 679 – 709, 2019. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2019.165229>

OLIVEIRA, J. P. de. Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *Mana*, 4(1), 47-77, 1998.

\_\_\_\_\_. O nascimento do Brasil: revisão de um paradigma historiográfico. *Anuário antropológico 2009/I*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p.11-40, 2010.

\_\_\_\_\_. Tramas históricas e mobilizações indígenas atuais: uma antropologia dos registros numéricos no Nordeste. In: OLIVEIRA, J. P. de (org). *A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p.653-687.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, June 2015.

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

PANG, EUL-SOO. *Coronelismo e Oligarquias, 1889-1934: A Bahia na Primeira República Brasileira*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

PARAÍSO, M.H.B. *Caminhos de ir e vir e caminho sem volta; índios, estradas e rios no sul da Bahia*. Salvador: Dissertação de mestrado em Ciências Sociais, UFBA, 1982.

\_\_\_\_\_. Os índios de Olivença e a zona de veraneio dos coronéis de cacau. *Revista de Antropologia*. v 30,31,32. P 79-109,1989.

\_\_\_\_\_. De como obter mão-de-obra indígena na Bahia entre os séculos XVI e XVIII. *Revista de História*, São Paulo, n. 129-131, p. 179-208, ago.-dez./1994.

\_\_\_\_\_. *O tempo da dor e do trabalho: a conquista dos territórios indígenas nos sertões do leste*. São Paulo: Tese de doutorado em História Social, USP, 1998.

\_\_\_\_\_. *Índios, aldeias e aldeamentos em Ilhéus (1532-1880)*. Comunicação apresentada Simpósio Regional da ANPUH.BA. Ilhéus: UESC/UFBA/FFS/ANPUH, 2002.

PEDRANA L.; TRAD L. A. B.; PEREIRA M. L. G., TORRENTÉ M. O. N.; MOTA S. E. C. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(178), 2018.

PEREIRA, E. F. A pandemia de Covid-19 na UTI. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, ano 27, n. 59, p. 49-70, jan./abr. 2021.

PEREIRA, P. P. S., CEMIN, A. B., CEDARO, J. J.; OTT, A. M. T. Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas de Porto Velho/RO: a voz das lideranças. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.7, n.4, 2013.

PIMENTEL, S. K. *Sansões e Guaxos: suicídio Guarani e Kaiowá: uma proposta de síntese*. 2006. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) -Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PORTO ALEGRE, M. S. Repertório de documentos de Arquivo Público. In: PORTO ALEGRE, M. S.; MARIZ, M.; DANTAS, B. G. (org.). *Documentos para a história indígena no Nordeste – Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe*. São Paulo: NHII-USP/Fapesp, 1994.

POVO Tupinambá de Olivença (BA) lança apelo por doações. *Instituto Socioambiental*, Brasília. Covid 19 e povos indígenas. Disponível em: <<https://covid19.socioambiental.org/node/408>>. Acesso em 30 de junho de 2020.

POVOS indígenas realizam grande mobilização nacional contra municipalização da saúde. *Instituto Socioambiental*, Brasília, 27 de março de 2019. Notícias socioambientais. Disponível em: <<https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/povos-indigenas-realizam-grande-mobilizacao-nacional-contramunicipalizacao-da-saude>>. Acesso em 28 de março de 2019.

PRADO JUNIOR, C. *Formação do Brasil Contemporâneo*. 20. ed., São Paulo: Brasiliense, 1987.

RAMOS, A. R. *Ethnology Brazilian Style*. Universidade de Brasília: trabalhos em Ciências Sociais, *Série Antropologia*, 89, p. 1-38, 1990.

RAMOS, A. R. Um Boato no Palco Interétnico. In: RAMOS, A. R. *Memórias Sanumá: espaço e tempo numa sociedade Yanomami*. Brasília: Marco-zero. 1990 b.

RANGEL, M. C.; TONELLA, C. A crise da região cacauieira do sul da Bahia/Brasil e a reconstrução da identidade dos cacauicultores em contexto de adversidades. *Geoingá: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia*. v. 5, n. 1, p. 77-101, 2013.

RIVERS, W.H.R. *Medicine, magic and religion*. London: Routledge Classics; 2001.

ROCHA, C.C. da. *BORA VÊ QUEM PODE MAIS: uma etnografia sobre o fazer política entre os Tupinambá de Olivença (Ilhéus, Bahia)*.2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ROCHA, L. B. *A região cacauieira da Bahia – dos coronéis à vassoura-de-bruxa: saga, percepção, representação*. Ilhéus: Editus, 2008.

RODRIGUES FARIA, A. *Hanseníase, experiências de sofrimento e vida cotidiana num 'ex' leprosário*. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

RODRIGUES, A.S. Adesão terapêutica no tratamento do Diabetes: notas etnográficas. In: *X Reunião de Antropologia do Mercosul - RAM, 2013*, Córdoba, Argentina. Anais X RAM, 2013.

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 23, n. especial, p. 37-44, 2011.

ROSALEN, Juliana. *Tarja preta: um estudo antropológico sobre 'estados alterados' diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari*. 2017. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ROTOLI, Adriana et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180303, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Nov. 2020. Epub Mar 18, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>

SAMPAIO, J. A. L. História e presença dos povos indígenas na Bahia. ACESSO EM 10/08/1029. Disponível em: <https://docplayer.com.br/38964515-Historia-e-presenca-dos-povos-indigenas-na-bahia-jose-augusto-laranjeiras-sampaio.html>

SANTOS, C.; TUPINAMBÁ, K. Marcelino vive em nós. In: \_\_\_\_\_, GERLIC, S. (Org.). *Índios na visão dos índios: memória*. Salvador: Thydêwá, 2012.

SANTOS, L. SUS – 30 anos: um balanço incômodo? *Ciência e Saúde Coletiva*, 26 (3) jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>.

SAÚDE indígena: descontinuidade da política de atenção coloca os povos indígenas em mobilização. *Cimi*, 19 de dezembro de 2019. Leia Mais. Disponível em <<https://cimi.org.br/2019/12/saude-indigena-descontinuidade-da-politica-de-atencao-coloca-povos-indigenas-em-mobilizacao/>>. Acesso em 21 de dez. de 2019.

SCALCO, N.; NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 3, 2020.

SCHWARTZ, S. B. *Segredos internos: engenhos e escravos na sociedade colonial, 1555-1835*. São Paulo: Companhia das letras, 1988.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol., Ciênc. Prof.* (Impr.), Brasília, DF, v. 31, n.3, p. 640-655, 2011.

SILVEIRA, Maria Lucia da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SILVEIRA, N. H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 111-127.

SILVEIRA, N. H. Discriminação, impasses sociais em Mato Grosso do Sul e o bem-viver kaiowá e guarani. In: LANGDON, E.J; GRISOTTI, M. (Org.). *Políticas Públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Edufsc, 2016, p. 211-227.

SOUSA, F. S. P. de; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos na política de saúde mental. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, e0017201, 2019 .

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L.; DESLANDES, S. F. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 709-716, 2010.

SOUZA M.L.P.; ORELLANA J.D.Y. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Rev Bras Psiquiatr.*, v.34, p. 489-492, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-4462012000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4462012000400017). Acesso em 10 de outubro de 2020.

SOUZA, M.L.P. de; FERREIRA, L. O. Jurupari se suicidou?: notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.3, p.1064-1076, 2014.

SHORE, C. La antropologia y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda*, n 10, enero-junho, p.21-49, 2010.

SIMMEL, G. Roma. *Revista Crítica de Ciências Sociais, Coimbra*, v. 67, p. 109-116, Dez. 2003.

SIMMEL, G. 1973 [1903]. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio Guilherme (org.). *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

STEVENSON, L. *Life beside itself: imagining care in the Canadian Arctic*. California: University of California Press, 2014.

TAVARES, F. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. *Mana*, 23 (1), p. 201-228, 2017.

THEINTERCEPT. *Documento revela pressão da Embratur sobre a Funai para transformar terra indígena em hotel de luxo na Bahia*. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/10/27/documento-revela-pressao-da-embratur-sobre-a-funai-para-transformar-terra-indigena-em-hotel-de-luxo-na-bahia/>. Acesso em 29 out. 2019.

TEIXEIRA, C. C. SILVA, C. D. da. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico* [Online], 2013, posto online no dia 01 Outubro 2013, consultado no dia 30 Setembro 2016. URL: <http://aa.revues.org/374> ; DOI : 10.4000/aa.374 p 35-57.

TEIXEIRA, C., SIMAS, D., COSTA, N. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, pp. 97-115, 2013.

TEIXEIRA, C. C. GARNELO, L. (Org.) *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

TEIXEIRA, C.C. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? *Amazôn., Rev. Antropol.* (Online) 9 (2): 716 - 733, 2017.

TRINDADE, E. Os circuitos dos ricos e famosos que disseminaram coronavírus no Brasil. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29 de março de 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/redesocial/2020/03/o-circuito-dos-ricos-e-famosos-que-disseminaram-coronavirus-no-brasil.shtml?origin=folha>>. Acesso em 05 de abril de 2020.

TURDERA, G. B. *No meio do caminho saúde indígena havia o cuidado do Estado. Havia o cuidado do Estado no meio do caminho? Reflexões genealógicas etnográficas sobre produções de saúde na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul*. 2016. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2016.

VALLE, C. G. O. do. Terras, índios e caboclos em foco: o destino dos aldeamentos indígenas no Ceará (século XIX). In: OLIVEIRA, J. P. de (org). *A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. P. 447-482.

VERDUM, R. Povos indígenas no Brasil: o desafio da autonomia. In: VERDUM, R. (Org.). *Povos indígenas: constituições e reformas políticas na América Latina*. Brasília, DF: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2009. p. 91-112.

VIANNA, J. J. B, CEDARO, J. J. e OTT, A. M. T. Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. *Psicologia & Sociedade*; 24 (1), p. 94-103, 2012.

VIANNA, H. *História do Brasil: período colonial, monarquia e república*. 12. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1975.

VIEGAS, S. de M. *Terra Calada: Os Tupinambá na Mata Atlântica do Sul da Bahia*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2007.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, v.2, n.2, p 115-144, 1996.

VON HELD, A. de A.; LOPES, M. S. C.; SÁ, S. M. N. de; PORTO, D. O. S. Percepções de saúde na etnia Guarani Mbyá e a atenção à saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 16 (supl. 1). P 923-933, 2011.

WAYHS, Ana Clara D.; BENTO, Beatriz do Amaral R.; QUADROS, Fatima Alice de A. Políticas públicas em saúde mental indígena no Brasil. *TraHs Números especiais: Políticas públicas: desafios nos contextos atuais*, n 4, p. 68-78, 2019.