



**PIACC**

Povos Indígenas da  
Amazônia Contra a Covid-19



## Relatório do Estudo:

Comportamento, Atitudes e  
Práticas (CAP) em saúde mental  
e enfrentamento à COVID-19  
entre jovens indígenas  
da Amazônia Brasileira



Manaus, março de 2021

Realização:



unicef 



FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD  
INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

Apoio:



## FICHA CATALOGRÁFICA

F981r

Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas & Maria Deane.

Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira. – Manaus: COIAB; UNICEF; Fiocruz/ILMD-LAHPA, 2021.

173 p.: il.

ISBN 978-65-994737-0-8

1. Saúde indígena 2. Indígenas – Saúde mental  
3. COVID-19 I. Título

CDU 613.94:613.86(811)

CDD 980.41

22. ed.

**Elaborado por: Ycaro Verçosa dos Santos CRB-11 N° 287**

## EQUIPE DO PROJETO

---



**Michele Rocha El Kadri**

(Coordenadora Geral do Projeto - LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**Júlio Cesar Schweickardt**

(Coordenador do Projeto CAP - LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima**

(LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**Kátia Lima de Menezes**

(LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**João Paulo Barreto Tukano**

(Centro de Medicina Indígena)

**Bahiyeh Ahmadpour**

(UFAM)

**Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos**

(LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**Marluce Mineiro Pereira**

(LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**Raquel Jarquin Rivas**

(LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**Ana Elizabeth Sousa Reis**

(LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia)

**Juliana Vieira Saraiva**

(UFAM)

**Alcindo Antônio Ferla**

(UFRGS, LAHPSA/ILMD/Fiocruz Amazonia);

**Tatiane da Rosa Vasconcelso**

(UFRGS)

**Juleimar Soares Coelho de Amorim**

(IFRJ)

**Grace Soares Costa**

(Assessora de Comunicação - UFAM)

## APOIADORES INDÍGENAS

---



**Susana Akariuru Apalai Waiana**  
(Parque Tumucumaque e Parú d'Este/PA)

**Lilia Cordeiro França**  
(Alto Rio Negro/AM)

**Valdemar Lins**  
(Yanomami – Alto Rio Negro/AM)

**Claudemir Nogueira Da Silva**  
(Médio Rio Purus/AM)

**Jomar Maia de Sá**  
(Alto Rio Solimões/AM)

**Wauana Sheeva Costa Silva Manchineri**  
(Alto Rio Purus/AC)

**Ademar de Melo Cavalcante Filho**  
(Leste Roraima/RR)

**Luciene Amanayé**  
(Guamá-Tocantins/PA)

## SIGLAS



**AIS** - Agentes Indígenas de Saúde  
**AIKA** - Associação do Povo Indígena Karipuna  
**AIPA** - Associação Indígena Palikur  
**AIPGM** - Articulação Indígena do Povo Galibi Marworno  
**AMIM** - Associação das Mulheres Indígenas em Mutirão  
**AMIMP** - Associação de Mulheres Indígenas do Médio Purus  
**AMINT** - Associação das Mulheres Indígenas do Município de Tapauá  
**AMYK** - Associação das Mulheres Yanomami KUMIRAYOMA  
**APISAMP** - Associação dos Profissionais Indígenas de Saúde do Médio Purus  
**APIB** - Articulação dos Povos Indígenas no Brasil  
**APITIKATXI** - Associação dos Povos Indígenas Tiriyo, katxuyana e Txikuyana  
**APINA** - Conselho das Aldeias Wajãpi  
**APIWATA** - Associação dos Povos Indígenas Wajãpi do Triângulo do Amapari  
**APOIANP** - Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará  
**AWATAC** - Associação Wajãpi Terra Ambiente e Cultura  
**APS** - Atenção Primária à Saúde  
**AYRCA** - Associação Yanomami do Rio Cauburis e Afluentes  
**CAP** - Comportamento, Atitudes e Práticas  
**CAPAI** - Casas de Apoio à Saúde Indígena  
**CASAI** - Casa de Saúde Indígena  
**CCPIO** - Conselho de Caciques dos Povos Indígenas do Oiapoque  
**CIR** - Conselho Indígena de Roraima  
**CFPF** - Centro de Formação dos Povos da Floresta  
**CGTT** - Conselho Geral das Tribos Ticuna  
**CIFRSS** - Centro Indígena de Formação e Cultura Raposa Serra do Sol  
**CIMI** - Conselho Indigenista Missionário  
**CGTT** - Conselho Geral da Tribo Ticuna  
**COICA** - Coordenação das Organizações Indígenas da Bacia Amazônica  
**CNPSI** - Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena  
**COIAB** - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira  
**COIPAM** - Coordenação das Organizações e Povos Indígenas do Amazonas  
**COPIME** - Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno  
**COVID-19** - Corona Virus Disease  
**CR Médio Purus** - Coordenação Regional do Médio Purus  
**DSEI** - Distritos Sanitários Indígenas  
**DSEI ARS** - Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões  
**DSEI GUATOC** - Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá-Tocantins  
**DSEI LRR** - Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima  
**DSEI MRP** - DSEI Médio Rio Purus  
**EMSI** - Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena  
**ESPII** - Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional

## SIGLAS



EU - União Europeia  
FEPIPA - Federação dos Povos Indígenas do Pará  
FOCIMP - Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus  
FOIRN - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro  
FUNAI - Fundação Nacional do Índio  
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICMBio - Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade  
ILMD - Instituto Leônidas e Maria Deane  
ISA - Instituto Socioambiental  
LAHPSA - Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia  
MATPHA - Manxinerune Tsihi Pukte Hajene  
MS - Ministério da Saúde  
OINAK - Articulação Indígena do Rio Oiapoque (AIRO) e Organização Indígena da Aldeia Kumarumã  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPA - Operação Amazônia  
OPIMO - Organização dos Professores Indígenas do Município do Oiapoque  
OPIR - Organização dos Professores Indígenas de Roraima  
PIACC - Povos Indígenas da Amazônia no combate a COVID-19  
PIT - Parque Indígena do Tumucumaque  
PGTA - Plano de Gestão Territorial e Ambiental  
PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PTMC- Programa Tumucumaque  
SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave  
SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena  
SASI-SUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS  
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SEDE - Polo Base Tipo I/ Polo Base Tipo II  
SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena  
SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais  
TI – Terras Indígenas  
UBSI - Unidade Básica de Saúde Indígena  
UC - Unidades de Conservação  
UFRR - Universidade Federal de Roraima  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância  
USAID – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS



### FIGURAS

- Figura 2.1.** Preenchimento do questionário digital na aldeia Bona- Parque Tumucumaque
- Figura 2.2.** Preenchimento do questionário impresso na região Yanomami
- Figura 2.3.** Encontro virtual dos apoiadores com a equipe do projeto
- Figura 3.1.** Aldeia Kurupohpapano - Terra Indígena Parque Tumucumaque - Almeirim/PA
- Figura 3.2.** Aldeia Ananapiare – Parque Tumucumaque -Almeirim/PA
- Figura 3.3.** Escola Estadual Indígena Imakuana Amajarehpo – Aldeia Bona-Terra Indígena Parque Tumucumaque - Almeirim/PA
- Figura 3.5.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Tumucumaque e rio Parú d’Este, PA
- Figura 3.6.** Comunidade Matiri- Terra indígena Raposa Serra do Sol - Região Raposa - Normandia/ RR
- Figura 3.7.** Comunidade Raposa I - Região Raposa – Normandia/RR
- Figura 3.8.** Comunidade Pium - Região Tabão - Alto Alegre/RR
- Figura 3.9.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Leste Roraima, RR
- Figura 3.10.** Comunidade Trovão - Alto rio Negro - Gabriel da Cachoeira/AM
- Figura 3.11.** Distrito de Iauareté- Alto Rio Negro – São Gabriel da Cachoeira -/AM
- Figura 3.12.** Comunidade Acariquara - Região Médio Rio Negro -Santa Isabel do Rio Negro/AM
- Figura 3.13.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Alto Rio Negro, AM
- Figura 3.14.** Comunidade Nazaré – Região Yanomai do Alto Rio Negro – São Gabriel da Cachoeira/AM
- Figura 3.15.** Lideranças Yanomami em Maturacá – São Gabriel da cachoeira/AM
- Figura 3.16.** Reunião entre lideranças Yanomami na sede da AYRCA São Gabriel da Cachoeira/AM
- Figura 3.17.** Comunidade Inambú –Região Yanomami no Alto Rio Negro- São Gabriel da Cachoeira/AM
- Figura 3.18.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região Yanomami, Rios Cauburis e Afluentes, AM
- Figura 3.19.** Aldeia Barreirinha- Reserva Indígena Barreirinha – Paragominas/PA
- Figura 3.20.** Aldeia Mapuera – Oriximiná/PA
- Figura 3.21.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Guamá Tocantins, PA
- Figura 3.21.** Terra Indígena Mamoadate/AC
- Figura 3.22.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Alto Purus/AC
- Figura 3.23.** Comunidade Indígena Belém do Solimões, Tabatinga, ARS
- Figura 3.24.** Unidade Básica de Saúde, Comunidade Betânia, Município de Santo Antônio do Içá, ARS, AM
- Figura 3.25.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Alto Purus, AC
- Figura 3.26.** Aldeia Juma - Médio Purus – AM
- Figura 3.27.** Comunidade Crispim – Região do Médio Purus- AM
- Figura 3.28.** Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Médio Purus, AM
- Figura 5.1.** Nuvem de palavras sobre o conhecimento de saúde mental
- Figura 5.2.** Nuvem de palavras sobre os motivos de procura de ajuda para situações de saúde mental
- Figura 5.3.** Nuvem de palavras sobre o bem viver dos jovens na Comunidade

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

---



### TABELAS:

Tabela 2.1. Monitoramento da coleta de dados por região do estudo CAP

Tabela 4.1. Caracterização da amostra

Tabela 4.1. Distribuição de etnias por região

Tabela 5.1. Tipos de bebida alcoólica consumida nos últimos 12 meses

Tabela 5.2. Comportamento em relação ao consumo de álcool

Tabela 6.1. Referência de cuidado e problemas de saúde selecionados

Tabela 7.1. Situação de Covid-19

### QUADRO:

Quadro 2.1. Tamanho da amostra para a frequência em uma população

### GRÁFICOS:

Gráfico 4.1. Caracterização dos participantes segundo o atributo sexo

Gráfico 4.2. Distribuição etária dos participantes do levantamento

Gráfico 4.3. Distribuição por credo religioso informado dos participantes do levantamento

Gráfico 4.4. Caracterização dos participantes do levantamento segundo a situação conjugal

Gráfico 4.5. Caracterização dos participantes do levantamento segundo o número informado de filhos

Gráfico 4.6. Escolaridade informada pelos participantes do levantamento

Gráfico 4.7. Caracterização dos participantes segundo o principal vínculo atual informado

Gráfico 4.8. Itens disponíveis no domicílio segundo informações dos participantes

Gráfico 4.9. Distribuição dos participantes segundo o território de residência

Gráfico 5.1. Formas de acesso às substâncias psicoativas pelos participantes do levantamento

Gráfico 6.1. Pessoa de referência para o cuidado

Gráfico 6.2. Motivações de discriminação referidos pelos jovens participantes

Gráfico 7.1. Jovens indígenas que responderam sobre o contágio de COVID-19 na pandemia do novo coronavírus

Gráfico 7.2. Jovens indígenas que referiram algum membro da família com COVID-19

Gráfico 7.3. Jovens indígenas que referiram algum membro da família internado pela COVID-19

Gráfico 7.4. Jovens indígenas que precisaram de apoio psicológico ou algum membro da família durante o tratamento da COVID-19

Gráfico 7.5. Conhecimento dos jovens indígenas sobre as estratégias de ação contra COVID-19 na pandemia do novo coronavírus em seu contexto

Gráfico 7.6. Descrição das estratégias contra a Covid-19 realizadas nas comunidades

Gráfico 7.7. Descritivo de fontes de informação sobre a COVID-19 referidas pelos participantes

Gráfico 7.8. Uso de práticas tradicionais para o enfrentamento da COVID-19 em suas comunidades

Gráfico 7.9. Local informado em que foi realizado o uso de práticas tradicionais para enfrentar a COVID-19



# SUMÁRIO





<b>APRESENTAÇÃO</b> . . . . .	<b>12</b>
<b>1   ANOTAÇÕES INICIAIS</b> . . . . .	<b>15</b>
1.1   O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: compreendendo a organização e o funcionamento e suas nuances . . . . .	<b>20</b>
1.2   Práticas tradicionais: o percurso dentro do sistema de saúde indígena . . . . .	<b>22</b>
1.3   A medicina indígena: o caso do Alto Rio Negro, Amazonas . . . . .	<b>23</b>
1.4   Informações sobre a COVID-19 . . . . .	<b>26</b>
1.5   Situação dos povos indígenas na COVID-19 . . . . .	<b>29</b>
1.6   Dados sobre a Covid-19 entre as populações indígenas . . . . .	<b>31</b>
<b>2   ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> . . . . .	<b>34</b>
2.1   Amostragem . . . . .	<b>35</b>
2.2   Instrumento . . . . .	<b>37</b>
2.3   Análise dos dados . . . . .	<b>39</b>
<b>3   BREVE APRESENTAÇÃO DAS ÁREAS E REGIÕES</b> . . . . .	<b>41</b>
3.2   Região Leste de Roraima . . . . .	<b>47</b>
3.3   Região Alto Rio Negro . . . . .	<b>52</b>
3.3   Região Alto Rio Negro . . . . .	<b>52</b>
3.4   Região Yanomami – Alto Rio Negro/AM. . . . .	<b>57</b>
3.4.1   O Povo Yanomami de Maturacá . . . . .	<b>59</b>
3.4.2   Associação Yanomami do Rio Cauaburis e Afluentes – AYRCA . . . . .	<b>61</b>
3.4.3   Associação das Mulheres Yanomami KUMIRAYOMA (AMYK) . . . . .	<b>61</b>
3.5   Região Guamá Tocantins . . . . .	<b>62</b>
3.6   Região Alto Purus . . . . .	<b>65</b>
3.7   Região Alto Rio Solimões . . . . .	<b>67</b>
3.8   Região Médio Rio Purus . . . . .	<b>71</b>



<b>4   CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.</b> . . . . .	<b>76</b>
<b>5   CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL.</b> . . . . .	<b>90</b>
5.1   Ideias sobre a saúde mental . . . . .	<b>93</b>
5.2   Comportamentos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas . . . . .	<b>116</b>
<b>6   PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE</b> . . . . .	<b>123</b>
6.1   Discriminação e Preconceito . . . . .	<b>127</b>
<b>7   O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NAS COMUNIDADES INDÍGENAS.</b> . . . . .	<b>129</b>
<b>8   CONSIDERAÇÕES FINAIS: "INDIGENIZAR" O MUNDO PARA UM BEM VIVER</b> . . . . .	<b>141</b>
Apoiadores Regionais. . . . .	<b>162</b>
Sobre a aplicação do Estudo CAP. . . . .	<b>170</b>
Religião . . . . .	<b>171</b>
Bens. . . . .	<b>171</b>
Referência de cuidado e Problemas de Saúde . . . . .	<b>172</b>
Consumo de Droga Ilícitas. . . . .	<b>172</b>
Covid-19 fonte de informação . . . . .	<b>172</b>
Adoção de Medidas frente a COVID-19 . . . . .	<b>172</b>
Práticas Tradicionais . . . . .	<b>173</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>147</b>
<b>ANEXOS</b> . . . . .	<b>161</b>

# APRESENTAÇÃO





## RELATÓRIO CAP

*Em tempos de pandemia a luta e a solidariedade coletiva que reacendeu no mundo só será completa com os povos indígenas, pois a cura estará não apenas no princípio ativo, mas no ativar de nossos princípios humanos.*

### Carta Final da Assembleia Nacional da Resistência Indígena

---

O presente Relatório se refere ao estudo sobre o Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP), realizado no âmbito do Projeto “Saúde mental de populações indígenas na Amazônia brasileira no contexto da Covid-19”, fruto da parceria entre Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF/Brasil, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia e Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. O estudo e o projeto tiveram apoio financeiro da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional - USAID.

O CAP é um instrumento utilizada para compreender como as pessoas entendem (conhecimento) e sentem (atitudes) sobre determinado tema, ideia ou assunto, assim como as pessoas demonstram os seus conhecimentos e atitudes, por meio de suas ações (práticas) (KALIYAPERUMAL, 2004). O CAP foi utilizado como uma estratégia para o levantamento de informações sobre o conhecimento, atitudes e prática relacionadas relacionados à saúde mental e suas implicações com a COVID-19. O instrumento teve sua origem na década de 1950 e foi desenhado para estimar a resistência entre as diferentes populações em relação à ideia do planejamento familiar (LAUNIALA, 2009; FERREIRA JUNIOR et al., 2013). O instrumento CAP muito foi utilizado por organizações internacionais nos países do Sul para identificar as necessidades de atividades a serem desenvolvidas no âmbito dos cuidados primários em saúde. Os estudos CAP têm sido utilizados para o subsídio de informações sobre os impactos das atividades de advocacia, educação, comunicação e mobilização social (FERREIRA JUNIOR et al., 2013). No caso deste estudo, o instrumento teve como motivação o levantamento de informações para subsidiar o desenvolvimento de um programa educativo, realizado em conjunto com as entidades parceiras.

O instrumento aplicado nesse projeto, contribuiu com a detecção dos problemas, barreiras ou obstáculos para a promoção da saúde dos jovens indígenas no âmbito do projeto colaborativo já nominado. Os dados são descritos tanto quanti como qualitativamente e sistematizados de forma e gerar subsídios para o projeto. Não foi desenhado e aplicado com embasamento de pesquisa. Entretanto, os resultados indicam a relevância e a urgência de uma investigação de maior profundidade, tendo magnitude de indicar situações problemáticas na população e áreas do estudo. Neste levantamento, o instrumento foi constituído por 61 questões, divididas em



três blocos: dados sociodemográficos, conhecimento sobre saúde mental e informações sobre a COVID-19. Portanto, a sistematização que compõe o relatório apresentará informações que possam auxiliar as instituições públicas, organizações indígenas e não-governamentais para planejar as suas ações direcionadas ao público jovem.

Ao todo, responderam ao estudo CAP 533 jovens indígenas de oito regiões do território amazônico. Diferentes estratégias foram utilizadas para atingir esse número: reuniões com lideranças, professores, pajés, pais e com os próprios jovens. Os apoiadores locais buscaram auxílio nos colegas de instituição e, também, criaram uma rede de compartilhamento e de apoio ao estudo. A principal estratégia utilizada foi o envio do *link* do questionário, disponibilizado pelo *google.forms*, para os celulares dos jovens. Entretanto, esperava-se que a conectividade seria um problema (em virtude do fraco sinal de internet) sendo transporto alguns casos, pela impressão ou cópia do questionário para seu envio às comunidades e posterior repasse das respostas para o formulário eletrônico. Outra dificuldade a linguagem, cuja superação deu-se pelo apoio de outros jovens que colaboraram como intérpretes. Por fim, o cenário da pandemia impediu ou dificultou o acesso às comunidades, que foi superado pelas redes de contato das entidades e dos jovens apoiadores. Apesar dessas dificuldades, os apoiadores locais foram os principais responsáveis pelo sucesso da abrangência desse levantamento. Além da aplicação do instrumento propriamente dito, os apoiadores acrescentaram à base empírica do estudo narrativas sobre a realização do mesmo e os efeitos da mobilização produzida nas comunidades, imagens e contextualização aos dados, que foram imprescindíveis para o resultado alcançado, em tão breve espaço de tempo. Nosso profundo agradecimento aos jovens indígenas, lideranças e comunicadores das regiões e que, a partir de agora, têm desenvolvida também a experiência da produção de conhecimentos a partir do cotidiano sobre conhecimentos, atitudes e práticas em saúde mental e sobre estratégias locais de enfrentamento à COVID-19.

# 1 | ANOTAÇÕES INICIAIS





O antropólogo estadunidense Clifford Geertz diz que todos somos nativos, mas Viveiros de Castro (2002) inverte a questão dizendo que todos somos antropólogos, quando interpretamos os discursos dos outros a partir dos próprios “lugares de fala”. As práticas sociais são vividas e interpretadas por cada cultura. Por isso não temos a pretensão de determinar quais os Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) dos jovens de cada etnia que por aqui deixaram as suas respostas são verdadeiros os falsos ou sequer considerar essas respostas capazes de caracterizar terminativamente as questões abordadas. Buscamos, trazer alguns problemas que foram os disparadores iniciais do diálogo, sem necessariamente ter todas as respostas, mas apontar para caminhos possíveis para o enfrentamento dos problemas que se apresentam. Os dados, as respostas, as informações são pistas para que instituições públicas, organizações indígenas e outras possam planejar as suas ações como resposta a alguns problemas apontados no estudo. Como prática de diálogo, o desenvolvimento do estudo produziu efeitos no contexto dos participantes, sobretudo chamando a atenção e convidando à fala sobre os temas identificados na coleta.

Se a “arte” de um determinado conhecimento é trazer os problemas de cada cultura, não se tem a mesma capacidade achar as soluções para os problemas da sociedade não-indígena. Significa dizer que os “nossos” problemas, dos não-indígenas, podem não ser os mesmos problemas dos povos indígenas. No entanto, estamos tomando esse estudo CAP como um dispositivo para pensar algumas temáticas que podem ser externas às sociedades indígenas, mas que aparecem de modo diverso no seu mundo. Outras atravessam todos os povos, sejam indígenas como não indígenas, como a COVID-19, mas as respostas a esse problema não são as mesmas porque somos diferentes. Não pretendemos apresentar o resultado obtido até o momento como um “monumento” fixo às culturas e aos territórios de onde foram buscadas as interlocuções, mas, ao contrário, como disparador de novas aproximações e deslocamentos.

Cada sociedade tem os seus “filtros” culturais ou o seu repertório interpretativo para colocar em ação as suas práticas. Aquilo que chamamos de *práticas tradicionais*, na falta de um nome melhor, são modos diversos de responder aos problemas que estão em diferentes sociedades. Dizemos que são práticas tradicionais porque não são dominantes ou hegemônicas, como o pensamento biomédico na saúde no mundo ocidental contemporâneo, mas que são presentes nos mais diferentes territórios desde um período muito anterior à vigência do paradigma científico atual. Portanto, não temos a pretensão de arrolar uma série de práticas tradicionais ou de estratégias da cultura para responder à pandemia, por exemplo, mas apresentar a diversidade de olhares para os problemas, que não são percebidos como mesmos, mas que exigem ação. Aquilo que chamamos de práticas tradicionais são parte de um cotidiano, não estão fora dele, mas constituem a vida dos povos indígenas. Não está em questão a validação acadêmica de tais práticas, porque elas





possuem o estatuto de verdade do contexto em que se realizam e, no momento que são colocadas em prática, passam a ser universais e, ao mesmo tempo, relativas. Segundo Viveiros de Castro (2002) o pensamento é uma prática de sentido, ou seja, o pensamento não está dissociado das práticas. Por isso, conhecimento, atitudes e práticas não estão dissociados na vida cotidiana e tampouco dos contextos em que se expressam.

Do mesmo modo que os problemas não são percebidos das mesmas formas, esses são vividos de modo diferente. A pandemia que atravessa o mundo desde o ano de 2020 é ilustrativa dessa condição, mesmo parecendo uma questão centralmente associada às práticas de vigilância em saúde e assistência médica. Segundo Boaventura de Sousa Santos (2020), qualquer tipo de quarentena é sempre discriminatória, afetando mais alguns grupos que outros e gerando padrões muito distintos de restrições a pessoas e grupos. Por isso que a COVID-19 não produziu os mesmos efeitos nos diferentes grupos e classes sociais, nas raças, nas questões étnicas, como tem demonstrado os estudos (COIAB, 2020; PAN et al, 2020). Também tem efeitos diversos entre as mulheres, entregadores informais, moradores de rua, migrantes e refugiados. Como vivemos numa sociedade desigual e injusta, que não dá condições igualitárias e equitativas para que todos possam enfrentar a COVID-19 e suas consequências, vêm à tona os racismos existentes na sociedade (LAZO, 2020). A "pandemia da COVID-19 acentua iniquidades geradas por raça/cor, classe, etnia, gênero, idade, deficiências, origem geográfica e orientação sexual" (FRENTE PELA VIDA, 2020, p. 5). A pandemia produziu uma visibilidade muito forte à crise civilizatório que a humanidade atravessa, com um sintoma forte de hierarquização das vidas e banalização das injustiças e vulnerabilidades sociais (FERLA et al, 2020). Por isso, precisamos que haja uma ação, e não negação e omissão, de políticas públicas que sejam equitativas, que possam corrigir as injustiças sociais que historicamente se impõe aos indígenas, negros, mulheres e outros grupos sociais.

A questão colocada por Viveiros de Castro (2002) é que tenhamos como exercício epistêmico não o outro sujeito, mas o sujeito outro, que antes de ser um sujeito ou objeto, é a expressão de um "mundo possível". Talvez esse seja o desafio, de criar uma relação com os sujeitos outros de modo a viabilizar esses mundos possíveis. O que tem acontecido no momento atual, talvez evidenciado pela pandemia, é a invisibilidade do *Outrem*, de suas ideias, do seu pensamento, da sua existência e do seu mundo, ou seja, uma verdadeira aniquilação do diferente. A des-invisibilização é uma tarefa urgente que significa a própria sobrevivência dos povos indígenas, que significa criar espaços, como esse, de trocas e de solidariedade para a visibilidade de todas as diferenças. A necropolítica (MBEMBE, 2018) que está em curso, prefere a ausência dos sujeitos outros e atua fortemente para exterminá-los, pois a ausência do outro significa o desaparecimento do "mundo possível". Em outras palavras, é o empobrecimento do mundo.



A pandemia explicitou em grande escala a desigualdade, o preconceito e uma ação necropolítica de grandes proporções, onde não apenas certos grupos populacionais são expostos à morte evitável, como também essa ação não gera comoção e, ao contrário, há protagonismo na produção da morte, com consequente banalização da vida (FERLA et al, 2020).



A pandemia passará com o uso de medidas sanitárias e com a vacina, mas precisamos ir além disso porque vimos a necessidade de ampliar o cuidado nos territórios, sobre a humanidade e sobre o modelo civilizatório hegemônico (FERLA et al, 2020). Mas também precisamos aprender com outras práticas sociais, outros saberes, outras formas de cuidar e de se relacionar com os humanos e os não humanos. Por isso, a proposta do Bem Viver se constitui numa forma diferenciada de viver e se relacionar no e com o cosmo. É a vida e seus modos de viabilidade o que está em jogo.

A Nota Editorial, que introduz o livro de Boaventura de Sousa Santos (2020, p. 10), alerta que precisamos pensar em diversos temas que afloraram com a pandemia: “as múltiplas formas em que se exerce a violência, o incessante aumento da desigualdade, os danos ao ambiente e aos seres que habitam a Terra, a violação dos direitos humanos, a militarização dos territórios ou o impacto de uma pandemia sobre o tecido social, especialmente em seus setores mais vulneráveis” (tradução livre).

Os conceitos “*suma quamaña*”, dos Aimará, e “*sumak Kawsay*”, dos Quéchuas, “expressam um conjunto de ideias relacionadas com sistemas de conhecimento, práticas e organização dos povos andinos” (SOLÓN, 2019, p. 19). Essas ideias são ancestrais e vividas pelas comunidades indígenas, mas o conceito foi muito recentemente apropriado pela academia, governos e movimentos de esquerda. A tradução incompleta tem “um conjunto complexo de significados, como ‘vida plena’, ‘vida doce’, ‘vida harmoniosa’, ‘vida sublime’, ‘vida inclusiva’ e ‘saber viver’” (IDEM, p. 21). Em todas essas ideias, a palavra vida aparece, mostrando que é uma ideia que se apresenta no cotidiano, mas que precisa ser plena, inclusiva, existindo um aprendizado e um saber.

O *Bem Viver* apresenta uma alternativa para o projeto de morte do neoliberalismo, como o retorno a visão do todo ou da “Pacha”, a convivência com a multipolaridade, a busca do equilíbrio, a complementaridade da diversidade e, por fim, a descolonização. “Na Pacha não existe separação entre seres vivos e corpos inertes: todos têm vida. A vida só se explica pela relação entre as partes do todo” (SOLÓN, 2019, p. 25). A dicotomia entre cultura e natureza, ou entre seres humanos e natureza, não existe na cosmovisão de diversos povos indígenas da América do Sul, como nos traz Viveiros de Castro (2002b) na ideia do perspectivismo e multinaturalismo na América Indígena.



O “Bem Viver reivindica uma visão cosmocêntrica que inclui a vida em todas as formas. O apelo da cosmovisão indígena como um modo de romper com as visões etno e androcêntrica é um ponto de partida no caminho em direção ao bem viver” (SKEWES, 2017, p.187). O autor propõe que possamos *indigenizar* o mundo como uma alternativa às políticas e práticas extrativistas para expor outras universalidades e modos de vida que incluem a cultura, a economia, as medicinas e outras expressões da vida.

As Organizações e lideranças indígenas alertam que precisamos rever os nossos modos de vida, pois o planeta está agonizando, a *mãe-terra* está sofrendo com os modelos de “desenvolvimento” praticados no sistema neoliberal. Aliados a isso temos o desmatamento, o garimpo ilegal em terras indígenas, a poluição por mercúrio e o aquecimento global. As organizações denunciam que há um claro desmonte das instituições públicas que garantem a saúde a proteção social e ambiental das populações indígenas (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil - APIB, 2021). O modelo de desenvolvimento vigente está associado à espoliação dos recursos naturais e das formas de vida que não compartilham das técnicas predatórias que vêm sendo utilizadas para a produção e concentração de riquezas materiais, enfraquecendo a vida.

Ailton Krenak (2020, p. 10), liderança política, alerta que o vírus representa uma “manobra fantástica do organismo da Terra tirar a teta da nossa boca e dizer: ‘Respirem agora, quero ver’”. A situação que vivemos é uma consequência daquilo que fizemos com a natureza, com aquilo que chamamos de projeto de humanidade. A natureza não se vinga, mas se defende para garantir a vida no Planeta (SANTOS, 2020).

A Amazônia, área de abrangência do projeto, abriga 60% do total da população indígena do Brasil, distribuída num território de aproximadamente 110 milhões de hectares, em que vivem mais de 160 povos e uma população estimada em 440 mil pessoas. Os indígenas vivem em terras indígenas, áreas urbanas e outros grupos que vivem sem contato com a sociedade nacional (COIAB, 2020).

Por fim, precisamos fazer um alerta em relação à categoria “povos indígenas”, pois temos uma grande diversidade cultural, histórica, linguística, modos de vida, moradia e cosmologias. Assim, 533 jovens indígenas responderam ao levantamento CAP, que fazem parte de 42 etnias, em 8 regiões etnográficas, em 4 Estados, presentes em 41 municípios da Amazônia Brasileira.



## 1.1 | O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: COMPREENDENDO A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO E SUAS NUANCES

Os povos indígenas passaram por uma série de mudanças desde o início da colonização e cristianização no Brasil. Vidas indígenas foram perdidas neste período, por uma série de conflitos, como também pelas epidemias e doenças infecciosas trazidas pelos europeus, modificando o cenário epidemiológico dos indígenas no país. Além do aspecto da saúde, também ocorreram perdas de cunho cultural, social e econômico decorrentes desta transição desde o período colonial.

A proteção aos indígenas tornou-se oficial através da criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) em 1910, vinculado ao Ministério da Agricultura. Em 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), sendo extinta a SPI, levando ações básicas de saúde de forma esporádica a essas populações.

Tais movimentos neste período não tinham a preocupação em manter o cuidado de saúde que representassem as peculiaridades tradicionais no processo saúde-doença. A pluralidade do saber tradicional é um recurso tão necessário para a atenção à saúde das populações indígenas, sendo pauta de reivindicação nos movimentos das organizações indígenas e não indígenas para o avanço das políticas públicas e das ações na saúde indígena, respeitando as especificidades desses povos. Trata-se de um complexo sistema de saúde, pois estão presentes até os dias atuais diversos setores e órgãos no que tange o cuidado à saúde destes povos originários. Dentre essas organizações, no Amazonas, destacam-se a Coordenação das Organizações e Povos Indígenas do Amazonas (COIPAM), Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME) (COIAB, 2020).

Importantes movimentos na década de 80 foram realizados a fim de proporcionar uma saúde menos desigual para todos os povos ao redor do mundo. No Brasil, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), realizada em 1986, momento em que foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi um marco importante na saúde indígena, trazendo importantes discussões de propostas relacionadas à formulação de diretrizes à saúde desses povos, levando em consideração suas necessidades e tendo como foco a Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES et.al., 2018; MARINHO et.al., 2017).

Na reformulação da Constituição Federal em 1988, foi assegurado o respeito às especificidades e o direito dos povos indígenas, impactando em futuras propostas de políticas



públicas voltadas a esta população. No período que antecedeu estes acontecimentos, a saúde indígena era marcada por uma descontinuidade dos serviços e privados do protagonismo na discussão dessa pauta (MENDES et.al., 2018).

Em 1999 foi implantado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS (SASI-SUS) através da Lei Arouca (Lei Federal nº 9.836/99), com vistas a garantir a saúde para os povos indígenas, respeitando suas especificidades geográficas, culturais e sociais. Através deste subsistema criou-se 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI), garantindo ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para toda população indígena aldeada. Em relação a definição dos DSEI, o Ministério da Saúde (MS), esclarece:

Os DSEI são espaços territoriais, etnoculturais e populacionais, onde vivem povos indígenas e são desenvolvidas ações de atenção básica de saúde indígena e saneamento básico, respeitando os saberes e as práticas de saúde indígena tradicionais, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de determinada área geográfica sob sua responsabilidade, podendo abranger mais de um Município e/ou um Estado (BRASIL, 2017, p. 1).



Três anos depois da implantação do SASI-SUS, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), através da Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, que tem como objetivo de “garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, [...] de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002). A representatividade dos povos indígenas foi essencial para a criação da PNASPI, participando de todas as etapas no desenvolvimento desta política.

Em 2010, foi aprovada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), efetivando um órgão responsável unicamente pela saúde indígena, que até então havia sido gerenciada por setores dentro de outros órgãos ou instituições que tinham atribuições mais amplas. A SESAI tem como missão implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), valendo-se do cuidado integral, valorizando e respeitando as especificidades das práticas de saúde tradicionais, com participação e controle social. A 5ª Conferência, em 2013, trouxe entre as principais reivindicações: a garantia da assistência integral, para além da APS e fortalecimento do respeito aos saberes tradicionais indígenas, dificuldades presentes mesmo após a criação da SESAI (MENDES et.al., 2018).



## 1.2 | PRÁTICAS TRADICIONAIS: O PERCURSO DENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

O itinerário terapêutico do usuário indígena dá-se por um longo e variado percurso no que tange a resolução do problema de saúde. Neste cenário, o que torna a saúde indígena um diferencial e objeto de pautas em espaços de reivindicações é a atenção diferenciada. Isto é, dialogando com os saberes tradicionais com o saber biomédico. Tal olhar sob a ótica da atenção diferenciada está prevista na PNASPI, trazendo o direcionamento para as ações de saúde aos povos indígenas:

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).



Neste percurso encontram-se especialistas indígenas que integram o conhecimento e o cuidado no processo saúde-doença de acordo com cada etnia indígena, estabelecendo um diálogo intercultural entre a equipe multidisciplinar. Entre esses especialistas, destaca-se a presença do pajé, que permanece como um ator importante para doenças e problemas relacionados ao domínio da mitologia e cosmologia indígena (SCHWEICKARDT *et al*, 2020).

No que tange os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena, de acordo com a Portaria nº 1.317, de 03 de agosto de 2017, o SASI-SUS é composto pelos seguintes: I - Casa de Saúde Indígena (CASAI); II - Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI); III - Polo Base Tipo I (SEDE); IV - Polo Base Tipo II (SEDE) e V - Casa de Saúde Indígena (CASAI).

O Polo Base é uma unidade de saúde que deve contar com a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) composto minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2017). Essas unidades promovem ações de APS articuladas ao trabalho do agente de saúde e efetuando visitas periódicas de atendimento aos comunitários (GARNELO, 2012). O funcionamento de uma UBSI é semelhante ao de um Polo Base, totalizando 1.199 unidades em todo país. Já a CASAI, somam-se em 67 no território nacional e é responsável pelo “apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, para realização de ações complementares da atenção básica e de atenção especializada, estendendo essa atenção aos acompanhantes, quando necessário” (BRASIL, 2017).



A articulação entre as práticas tradicionais com a rede de atenção à saúde indígena do SUS faz-se necessária para o alcance do respeito às especificidades culturais desses povos, diminuindo assim, o abismo da prática de uma medicina homogeneizada e focada na medicalização desenfreada.

### 1.3 | A MEDICINA INDÍGENA: O CASO DO ALTO RIO NEGRO, AMAZONAS

A medicina tradicional indígena é um tema que rende muita discussão, tanto no âmbito de luta do movimento indígena organizado, quanto entre a produção de literatura sobre o tema, constantemente revisados e/ou criados em situações dialógicas concretas, o que lhes confere caráter emergente pela própria condição dos povos indígenas no contexto atual (FERREIRA, 2013).

Considerando o caráter dialógico concreto entre o movimento indígena organizado e instituição de pesquisa, neste trabalho optou-se adotar o sentido da medicina tradicional indígena desenvolvida pelo pesquisador “nativo”<sup>1</sup>, com Dissertação defendida em 2013, e Tese de Doutorado defendida em 2021. O trabalho apresenta alguns elementos que oferece suporte para uma reflexão sobre a noção de saúde e doença pelos povos indígenas.

A pesquisa do autor tem como recorte os povos do Alto Rio Negro, mas resultou no trabalho relevante no campo de entendimento de saúde e doença, como também para compreensão das práticas de produção de cuidado de saúde entre as multiplicidades de saberes, práticas e epistemológica dos povos indígenas.

O esforço do autor, de certo modo, mostra um caminho possível de discussão e diálogo entre a medicina indígena e a biomedicina em vista de práticas integrativas diante do crescente desafio de cuidado de saúde às populações indígenas.

Barreto (2021) postula que o complexo sistema de conhecimento e práticas sociais dos povos indígenas do Alto Rio Negro está fundada em: “trindade” conceitual – como pensamento indígena; noção dos elementos constitutivos do *corpo* e os modos de produção de cuidado de saúde.

---

<sup>1</sup> Indígena do povo Yepamahsã (Tukano). Graduado em Filosofia e Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Amazonas. Pesquisador do Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (NEAI). Fundador do Centro de Medicina Indígena Bahserikowi. Membro do SPA - Science Panel for the Amazon (Painel Científico para a Amazônia), da Academia Brasileira de Ciência.



A postulação de “trindade” conceitual – como pensamento indígena, foi resultado de uma pesquisa feita entre o povo Yepamahsã (Tukano), publicado pelo autor (BARRETO, 2018). E a postulação sobre noção dos elementos constitutivos do *corpo* e os modos de produção de cuidado de saúde foi desenvolvida na Tese de Doutorado, defendida em fevereiro de 2021.

Segundo Barreto et al (2018), o complexo sistema de conhecimento do povo *Yepamahsã* (Tukano), um dos 23 povos indígenas que habitam no Alto Rio Negro, está fundada em três grandes conceitos, imbricadas entre si como uma “trindade”, que são: *Kihti ukuse*, *Bahsese* e *Bahsamori*.

***Kihti ukuse*** (*mitologias ou narrativas míticas*) é o conjunto de narrativas míticas que são o resultado das tramas sociais vivenciadas pelos demiurgos, responsáveis pela origem e pela organização do mundo, da humanidade, dos seres, das coisas, das técnicas, das paisagens. No *kihti ukuse* encontramos também as lições, as regras, as obrigações, a origem das doenças e dos *bahsese*, as etiquetas e comportamentos exigidos nas relações entre os humanos e destes com os não-humanos, especialmente com os *waimahsã*.

***Bahsese*** (*benzimentos*) são fórmulas de “benzimentos” usadas pelos especialistas indígenas, mais conhecidos como pajés, curandeiros(as), xamãs para abrandar a dor ou curar as doenças. Ou seja, é o poder e habilidade dos especialistas em evocar as qualidades curativas (amargura, travosas, doçura, acidez, frieza) contidas nos vegetais, minerais e elementos protetivos do corpo. E pôr em ação as qualidades para produzir efeito de abrandamento da dor ou curar a doença. É uma manipulação “metaquímica” de produção de remédio e manipulação “metafísica” de elementos protetivos. Em outros termos, os *bahsese*, isto é, os benzimentos são fórmulas “metaquímicas” e “metafísicas” de produção de medicamentos e de proteção das pessoas ou da pessoa.

***Bahsamori*** (*rituais*) é o conjunto de práticas sociais relacionadas à formação de novos especialistas, as festas tradicionais, as músicas, as danças, a coreografia, a pintura corporal, os instrumentos musicais, a prevenção e mitigação de surtos de doenças, dentre outros. As práticas sociais estão organizadas ao longo do ciclo anual de acordo com um complexo calendário astronômico, inscrito e estruturado pela passagem das constelações, que orienta também as atividades anuais e cotidianas da roça, a construção das armadilhas de pesca, de caça, de coleta e várias outras atividades ligadas as experiências da vida cotidiana.

Expandindo essa visão, observa-se que de uma forma geral, todos os povos indígenas têm esse sistema de conhecimento. Ou seja, é notável que todos os povos indígenas têm explicações sobre origem das coisas (do mundo, dos seres humanos, dos seres que povoam nos outros domínios, dos animais, dos vegetais, das doenças), que doravante são conhecidas como mitologias, fábulas, lendas. Tem suas práticas de produção de cuidado de saúde baseados nos benzimentos e uso de





plantas medicinais. Todos os povos indígenas têm suas práticas sociais que são amparadas nas suas cosmologias e cosmogonias.

Outro ponto importante que o autor traz como contribuição é a noção dos elementos constitutivos do corpo. Segundo Barreto (2021), os especialistas indígenas do Alto Rio Negro, dentre os 23 povos, consideram que o corpo é constituído de elementos *boreyuse kahtiro* ("luz/vida"), *yuku kahtiro* ("floresta/vida"), *dita kahtiro* ("terra/vida"), *ahko kahtiro* ("água/vida"), *waikurã kahtiro* ("animais/vida"), *ome kahtiro* ("ar/vida") e *mahsã kahtiro* ("humano/vida"). Dessa maneira, o corpo é micro cosmo, na medida em que é síntese de todos os elementos que constituem o cosmo.

Segundo Barreto (2021) a noção dos elementos etéreos ou imaterias que gravitam no corpo é importantíssimo para os especialistas, na medida em que a partir da noção dos elementos que constituem o corpo é que os especialistas indígenas promovem as práticas de cuidado de saúde, evocando as substâncias curativas e elementos protetivos para o cuidado coletivos e das pessoas.

As manifestações de "desequilíbrio" do corpo é entendido como consequência do desequilíbrio dos elementos. Manter a equalização e o equilíbrio dos elementos para evitar o "metabolismo" submetendo aos *bahsese*, ou uso de planta medicinal é garantia de qualidade de vida.

Dentre os elementos constitutivos do corpo, o autor destaca o *mahsã kahtiro* (humano/vida), uma dimensão "metafísica" que está diretamente relacionado ao *nome* da pessoa, equivalente à dimensão psicossomático.

O *nome* conecta a pessoa às outras dimensões, para além dos elementos constitutivos do corpo. Conecta a pessoa à dimensão cosmológica, à organização social, à família, ao território, ao trabalho, aos artefatos de trabalho, de caça e pesca, à casa. Segundo Barreto, a "desconexão" ou desorganização de qualquer uma dessa dimensão pode causar o desequilíbrio psicoespiritual da pessoa.

Os fatos que podem provocar a desconexão e desorganização no estado da pessoa são os seguintes: o estado de abatimento pós doença, a ausência de nome "nativo", o desvinculamento do território, luto pela morte de ente querido, acidente, saudade, entre outros fatores. Nessas condições, somente o especialista será capaz de reorganizar e reconectar a pessoa via utilização de uma fórmula específica de *bahsese*, no qual vai resultar no equilíbrio psicoespiritual da pessoa.

Outros fatores que importunam a pessoa são os ataques dos seres *waimahsã* (humanos que habitam no domínio aéreo, terra/floresta e aquático), dos animais, dos alimentos, dos fenômenos naturais, relações interpessoais. Dessa maneira, as explicações dos povos indígenas sobre saúde e doença, nem sempre se limitam a fenômenos de doença, mas abarcam outros tipos de infortúnios. Desse modo, é mais amplo do que o entendimento restrito ao biológico.



Dado esse breve contexto, vê-se que na concepção dos povos indígenas, o corpo é mais que uma síntese dos elementos, é uma agência que conta com uma dimensão constitutiva e ontológica. A melhor maneira de cuidar da saúde coletiva e das pessoas do ponto de vista dos especialistas indígenas é a prevenção realizada via *bahsese* e uso de plantas medicinais.

As práticas de cuidado de saúde dos povos, fundamentalmente são: *bahsese* (benzimentos) e plantas medicinais. *Bahsese* (benzimentos) como arte de cura, é utilizado há milênios pelos povos indígenas. Segundo Barreto (2021), existem fórmulas de *bahsese* para prevenção (*wetidarese*), fórmulas de *bahsese* para proteção (*bahse kamotase*), fórmula de *bahsese* para abrandamento e tratamentos de doenças (*doatisee duhtise bahsese*).

Os povos indígenas do Alto Rio Negro usam as ervas e plantas medicinais desde sempre. Tem pleno domínio de vários tipos de ervas e plantas curativas para diversos tipos de doenças. Tem-se ervas e plantas para prevenção, ervas e plantas para tratamentos de doenças, ervas e plantas para conquistar pessoa desejada e outras finalidades. A Floresta guarda todos os tipos de remédios.

Ao longo de contato histórico, pela imposição cultural, todas as instituições indígenas (organização social, formação tradicional, práticas de cuidados de saúde) foram desestruturadas, conseqüentemente, causou grandes transtornos psíquicos coletivos e das pessoas indígenas.

Os jovens são a parcela da população indígena que mais sofreu com a desestruturação das instituições indígenas. Essa parcela está "situada" no tempo de transição entre "ser indígena" e "não ser indígena". Isto é, deixar de praticar o cuidado de saúde pelas práticas tradicionais, substituindo pela "cosmologia" ocidental, pelas crenças religiosas, pelas teorias ocidentais de cuidado a saúde. O seu rompimento da condição indígena e o fato de tentar negar suas concepções e convicções afeta diretamente no equilíbrio psíquico dos jovens. Causa a desestabilidade emocional e crise de identidade, que se manifesta em sérios fatores de desequilíbrio da pessoa.

## 1.4 | INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19

Em dezembro de 2019, os primeiros casos de uma síndrome respiratória desconhecida foram detectados em Wuhan, localizada na província de Hubei, na China. Inicialmente, todos os casos se relacionam com o mercado de frutos do mar e animais vivos da cidade e descobriu-se que a doença era causada por uma variação do coronavírus, chamada de novo coronavírus (SARS-CoV-2) (CAVALCANTE et.al, 2020). SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) é uma abreviação para Síndrome Respiratória Aguda Grave, forma grave de muitas doenças respiratórias, cujo principal



sintoma é a dificuldade de respirar. CoV é uma abreviação para coronavírus, a família ao qual o vírus pertence; o número 2 é utilizado para distinguir esta variação de uma outra espécie de coronavírus que quase virou uma pandemia em 2002, o SARS-CoV (SES/MG, 2020).

Nos primeiros 30 dias, a China registrou 11.821 casos e 259 óbitos. Em janeiro de 2020, a doença já estava presente em outros países da Ásia, Europa e América do Norte. Menos de 2 meses após o registro dos primeiros casos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O número de casos e países atingidos cresceram de forma acelerada, fazendo com que em 11 de março a OMS decretasse o novo coronavírus como uma pandemia, reconhecendo a disseminação mundial causada pelo novo vírus. Na época vislumbramos um cenário com mais de 110 mil casos distribuídos em 114 países. A doença causada pelo novo coronavírus recebe o nome de COVID-19. COVID significa Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus) e "19" se refere a 2019, quando os primeiros casos foram divulgados publicamente pelo governo chinês. A denominação é importante para evitar casos de xenofobia e preconceito, além de confusões com outras doenças e linhagens do vírus (CEPEDES, 2020).

A COVID-19 tem como agente etiológico um novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, membro da família Coronaviridae, grupo de vírus de RNA altamente diversificado (FRENTE PELA VIDA, 2020)<sup>2</sup>. Esse vírus tem uma letalidade estimada de cerca de 14 vezes maior que a da influenza. A COVID-19 tem os sintomas parecidos com a gripe, com febre, tosse, dor de garganta e coriza. Um quarto dos pacientes sintomáticos (cerca de 5% do total de infectados) atinge níveis críticos e precisa de terapia intensiva. Devido à alta contagiosidade, as orientações de prevenção são pelo isolamento de casos e dos contatos, uso de máscaras, higienização das mãos, distanciamento físico.

Os parâmetros epidemiológicos (incidência, mortalidade, transmissão e difusão na população) indicam mais um sistema de epidemias, com surtos, ondas e variações diferentes em distintos segmentos da população e setores do território. Assim, essas características de diversidade e variabilidade representam fatores cruciais a serem considerados na implementação de ações de monitoramento, controle e avaliação de propostas e estratégias de superação da pandemia e de seus impactos em nosso país (FRENTE PELA VIDA, 2020, p. 8).



No Brasil, tivemos o primeiro caso confirmado da doença em 26 de fevereiro de 2020. Em 20 de março foi decretado transmissão local de casos e em 22 de março, 25 dias após a confirmação

<sup>2</sup>A Frente pela Vida reuniu diversas Instituições de saúde coletiva, Associações profissionais e outras áreas para a criação de um Plano Nacional de Enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil. O Plano foi amplamente divulgado e entregue para o Ministério da Saúde, em julho de 2020, pois o mesmo não tinha apresentado um Plano Nacional de enfrentamento da pandemia. Mais informações em: <https://frentepelavida.org.br/index.php>



do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, registravam-se casos em todas as unidades federativas do país. Segundo Cavalcante et.al (2020), após “56 dias do milésimo registro, o número de casos aumentou mais de 200 vezes”, totalizando 233.142. Vale destacar que em 18 de janeiro de 2021 foram confirmados 93.611.355 casos de COVID-19 no mundo, e 2.022.045 mortes. Num total de 24.816.035 pessoas que foram infectadas pelo novo coronavírus na região das Américas conseguiram se recuperar da doença (OPAS, 2021). No Brasil, no final de fevereiro de 2021 ultrapassamos as 250 mil mortes por COVID-19 com quase 10 milhões de casos confirmados. Resultado de uma grande tragédia social e humanitária.

No dia 13 de março de 2020 foi confirmado o primeiro caso do novo coronavírus no estado do Amazonas, mais precisamente na capital. Por diversos fatores, em 13 de abril já se enfrentava a progressão exponencial da doença, com 1.275 casos confirmados e 75 óbitos. Ademais, o atraso na implementação de políticas públicas para limitação do principal meio de transporte do estado, o fluvial, por meio das hidrovias, que transporta milhares de pessoas diariamente, foi um dos fatores que causaram, no dia 30 de abril, um mês após o primeiro caso confirmado de covid, a disseminação do vírus em 80% dos 62 municípios amazonenses, representando 94% da população do estado (SCHWADE, SCHWADE E SCHWADE, 2020). O estado passou por um período crítico de aumento de casos nos meses seguintes, seguido por um decréscimo no número de hospitalizados e doentes a partir de junho. No final de outubro, o Hospital Delphina Aziz, referência no tratamento de pacientes com Covid-19 no Amazonas, voltou a ter quase 100% dos leitos de UTI ocupados. Após esse aumento progressivo, a situação no estado piorou drasticamente, causando desabastecimento de oxigênio nos principais hospitais da cidade de Manaus, e consequentemente, no interior do estado.

A epidemia encontra a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica, devido às altas taxas de desemprego e cortes profundos que recentemente atingiram as políticas sociais (CAVALCANTE et al., 2020).

As medidas de prevenção recomendadas internacionalmente estão ancoradas no distanciamento físico, com medidas de fechamento de estabelecimentos comerciais, isolamento social, toque de recolher, restrição de transportes. No entanto, essas medidas não se constituíram numa estratégia e coordenação nacional, deixando que estados e municípios tomassem as suas medidas. As medidas de distanciamento não podem ser descontextualizadas das condições de vida, renda e trabalho da população brasileira, sem contar os problemas de infraestrutura urbana, transporte e acesso aos serviços. Enfrentamos uma verdadeira guerra de informações nas redes sociais com notícias falsas e posições negacionistas em relação às pesquisas e ao conhecimento científico, que acabam prejudicando as ações de saúde pública e as medidas de enfrentamento da pandemia. Por fim, as medidas governamentais de um suposto “tratamento precoce” da doença, que



foram reforçadas nas redes sociais, prejudicaram ainda mais as informações de caráter científico sobre a doença (CEPEDES, 2020, p. 8).

A doença progride ao longo dos meses, desafiando a capacidade de resposta dos sistemas de saúde de diferentes países. Levando em consideração a quantidade insuficiente de vacinas; surgimento de novas variantes, como a P.1 no Brasil; adoção ou não de protocolos de tratamentos ineficazes; utilização de políticas de mitigação, como isolamento social e fechamento de cidades; temos hoje diferentes cenários epidemiológicos ao redor do mundo. Enquanto alguns países obtiveram relativo controle de casos e sofreram impactos menos agressivos em seu sistema de saúde, o Brasil segue sendo um dos países mais atingidos pela pandemia.

Em relação aos grupos étnicos, ainda temos poucas informações sobre os efeitos da pandemia na relação a estes, que destacam os efeitos mais graves sobre os grupos como de indígenas e negros. Pan et al (2020) realizaram uma revisão integrativa dos artigos que relacionam etnia e COVID-19. A conclusão é que dos 34 artigos que relataram etnia, somente 13 descrevem que pessoas negras, asiáticas e de minorias étnicas tiveram um risco aumentado de infecção com SARS-CoV-2, sendo que 12 artigos apresentaram resultados clínicos piores, incluindo internação em UTI e mortalidade, em comparação com pacientes brancos. Sobre a vacinação, os estudos nos EUA mostram que a cobertura de imunização foi menor na população negra, hispânica e asiática em relação aos brancos. "As disparidades na cobertura de vacinação podem ser atribuídas a fatores socioeconômicos, educação em saúde, status de seguro ou direito a cuidados, mobilidade e marginalização social" (PAN et al, 2020, p. 6).

## 1.5 | SITUAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NA COVID-19

*Los indígenas de hoy son los hijos de los sobrevivientes  
de las epidemias que en los últimos siglos  
liquidaron a casi todos sus antepasados.  
Rodrigo Lazo, 2020*

Os povos indígenas compreendem uma categoria de grupos vulneráveis no âmbito da epidemiologia no cenário da saúde devido às especificidades que contemplam essas populações. Historicamente sofrem desde o início de sua história pelos impactos das doenças infecciosas, fruto da colonização europeia no Brasil. Não há como determinar o quantitativo da população indígena que foi eliminada no processo de colonização das Américas, mas sabemos trouxe efeitos devastadores para a população nativa (BAETA, 2020). As doenças infecciosas trazidas pelos invasores



européus foram responsáveis pela mortalidade dramática de muitos povos, se constituindo numa arma biológica sem proporções na história da humanidade. Segundo Warren Dean (1996), das armas presentes trazidas pelos europeus nas embarcações, a mais mortal foram os microparasitas que exterminaram os povos nativos.

Segundo o historiador estadunidense Alfred Crosby (2011), as doenças foram trazidas pelos colonizadores, desencadeando a eliminação de parte da flora, fauna e das populações indígenas de diferentes regiões da América e do mundo. “Os sinais de suscetibilidade dos ameríndios e aborígenes às infecções do Velho Mundo apareceu quase imediatamente após a intrusão dos brancos” (CROSBY, 2011, p. 2017). Dentre as doenças trazidas pelos colonizadores, a varíola foi a mais devastadora, assim como o sarampo, tifo, peste bubônica, febre amarela, rubéola, catapora, malária, pneumonia e gripes. Segundo o historiador Waizbort (2019, p. 925), “as epidemias do século XVI devastaram as populações humanas porque os parasitos encontraram condições ambientais (ecológicas, sociais), nos corpos dos ameríndios, de se reproduzirem e serem transmitidos, até que o estoque de indivíduos sensíveis às doenças estivesse reduzido demais para manter as populações dos parasitos”. Portanto, não é novidade para os indígenas a exposição de mais um vírus que chega as populações mais isoladas, que precisam tanto do isolamento como da imunização.

As doenças parasitárias e respiratórias ainda se encontram como um dos principais problemas de saúde pública entre os povos indígenas, liderando o ranking dos casos de mortalidade infantil entre os povos originários na atualidade (BRASIL, 2019). Com a chegada do novo coronavírus, o cenário não tem sido diferente, e o acompanhamento do alastre do impacto desta doença entre os povos indígenas é de extrema importância para o planejamento das ações de saúde para amenizar os seus efeitos. Ainda se desconhece de forma notória, os desdobramentos implicados pela pandemia entre os povos originários, pois além da COVID-19, estes povos já sofriam grandes ameaças no período que antecedeu a este momento turbulento da humanidade, como o desmatamento e invasões de terras, por exemplo.

Em relação a esses desafios que se somam a esse momento pandêmico, a Amazônia vivencia um alto grau de sofrimento, com uma significativa perda de biodiversidade, exposição a poluentes e fragmentação florestal, extração de minerais e garimpos ilegais. As práticas extrativistas são uma ameaça para todos os territórios da Amazônia, colocando em risco a soberania e autonomia dos povos indígenas. Além disso, o desmatamento e as queimadas levam à perda significativa de biodiversidade, colocando em risco a segurança alimentar dos Povos Indígenas e, conseqüentemente, o seu bem-estar (MONTAG et al, 2021). Essa estratégia de destruição, também estimulada pelo Estado Brasileiro, representa um aumento de risco de futuros eventos epidêmicos de doenças



infecciosas, ao mesmo tempo que reduz a possibilidade dos indígenas acessarem a farmacopéia ancestral (MONTAG et al, 2021). No estudo, observamos que as práticas da medicina indígena se constituem em estratégia importantes de sobrevivência física e espiritual dos povos.

Para os povos indígenas, este cenário é mais um motivo de discriminação que se traduz em resultados de saúde diferenciais quando analisados por meio da etnia e / ou língua materna. A pandemia explicitou as situações de violência que os povos indígenas sofrem por séculos (MONTAG et al., 2021; BAETA, 2020). Apesar desse cenário adverso para as populações indígenas, observamos que os grupos e comunidades se utilizam de estratégias de resistência e de afirmação do seu conhecimento ancestral (CAMACHO et al, 2021).

O “Plano de ação emergencial de combate ao avanço do Coronavírus e de tratamento entre os povos indígenas da Amazônia Brasileira”, elaborado pela COIAB, lembra que os indígenas sempre foram vítimas de epidemias que dizimaram povos inteiros:

Historicamente, nós, povos indígenas, sempre fomos um dos atores da sociedade mais expostos a situações de vulnerabilidade física, política e imunológica, desde os tempos da colonização. Muitas doenças internalizadas pelos colonizadores, tais como a gripe, varíola e o sarampo, resultaram em verdadeira catástrofe e dizimação de povos indígenas, situação essa que nos preocupa até os dias atuais, principalmente em relação aos povos indígenas em isolamento voluntário e de recente contato (COIAB, 2020).



No Brasil, a pandemia da COVID-19 afeta de modo particular os povos originários formados por 817.963 mil pessoas, distribuídos em 305 etnias, falantes de 274 idiomas, representando 0,4% da população nacional (IBGE, 2019). Essa diversidade contribui com a riqueza cultural do país, que infelizmente é negada por pensamentos e práticas racistas e genocidas que também estão expressas nas ações e nas políticas públicas. As instituições e organizações alertam que a pandemia traz um sério risco de genocídio e epistemicídio, o que pode ser sentido com a morte de lideranças, idosos que levam consigo as histórias, as memórias, as línguas e os conhecimentos que são únicos.

## 1.6 | DADOS SOBRE A COVID-19 ENTRE AS POPULAÇÕES INDÍGENAS

O registro dos dados de informação na saúde das populações indígenas sofre pela fragmentação dos registros nos sistemas de saúde. Destaca-se o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) criado em 1999, que, apesar dos avanços, ainda permanece com imprecisões e



déficit de implementação, constituindo desafio para a realização de registros e recuperação de dados confiáveis. O SIASI registra dados apenas de indígenas aldeados distribuídos nos 34 DSEI do país, excluindo os dados daqueles que migraram para a área urbana por não fazerem parte do SASI-SUS. Outros desafios permeiam a este sistema de informação, tais como a deficiência no treinamento para os profissionais no que tange o preenchimento dos dados necessários no instrumento, a falta de articulação entre o SIASI e outros sistemas do Ministério da Saúde e a falta de acesso de forma pública dos dados deste sistema, dificultando a participação comunitária no acompanhamento dessas informações (SOUSA et al, 2007).

Além da SESAI, iniciativas de organizações indígenas tem proposto organizar os dados da COVID-19 entre os povos aldeados, como os não aldeados no Brasil, pela Articulação dos Povos Indígenas no Brasil (APIB). Trata-se de um movimento nacional indígena para tornar visíveis os direitos a estes povos e reivindicar atendimento para essas demandas junto ao Estado. Neste sentido, a Articulação manifesta que o problema enfrentado na pandemia não se trata apenas do vírus, mas sim, de uma série de desafios não concluídos, que se intensificaram em um momento em que o mundo está focado em um único só problema. Dados da APIB afirmam que o primeiro caso de COVID-19 em indígenas ocorreu no município de Santo Antônio do Içá, estado do Amazonas, na etnia Kokama. A contaminação aconteceu inicialmente pela entrada em terra indígena do profissional médico oriundo de São Paulo. Em 15 de janeiro de 2021, a APIB registrou 921 indígenas falecidos no país, 45.543 infectados e 161 povos afetados no país (APIB, 2021).

A taxa de mortalidade pelo coronavírus entre indígenas (o número de óbitos por 100 mil habitantes) é 150% mais alta do que a média brasileira, e 20% mais alta do que a registrada somente na região Norte – a mais elevada entre as cinco regiões do país. Igualmente preocupante é a taxa de letalidade, ou seja, quantas pessoas infectadas pela doença morreram: entre os indígenas, o índice é de 6,8%, enquanto a média para o Brasil é de 5% e, para a região Norte, de 4,5%. (...) a taxa de infecção (por 100 mil habitantes) é 84% mais alta entre indígenas do que a taxa do Brasil (COIAB, 2020, p. 8).



O Amazonas concentra o maior número de mortes (216) entre os indígenas até o mês de janeiro de 2021. O município que teve mais mortes foi Manaus (50), onde concentra uma população indígena estimada de 20 mil pessoas (APIB, 2020). Sabemos que há uma subnotificação desses números, principalmente quando não há identificação das etnias na realização no diagnóstico e na sua internação.





## A Carta da Assembleia Nacional de Resistência Indígena ainda diz que:

São diversas as dificuldades a serem mensuradas no enfrentamento ao covid-19: escassez de água potável nos territórios indígenas para garantir as medidas sanitárias como recomenda a Organização Mundial de Saúde; transporte para os casos mais graves por infecção da Covid-19; o deslocamento até as áreas urbanas para saques do auxílio emergencial; o respeito às recomendações sanitárias pelos órgãos no tratamento com os indígenas; o acolhimento adequado nas Casais e outros... (APIB, 2020).



Os povos indígenas não estão apenas expostos ao novo coronavírus, mas também à adversidade do contato interétnico, que promove acentuada vulnerabilidade social que dificulta o enfrentamento do processo epidêmico. Estima-se que 60% da população indígena do país reside em uma área que corresponde a 98% do total de extensão das TI (sobretudo na Amazônia Legal), enquanto os demais 40% vivem em TI que equivalem a 2% da extensão territorial total. O isolamento voluntário dos povos indígenas tem sido implementado desde o início da pandemia, mas gera diversas preocupações quanto à segurança alimentar e nutricional, principalmente, naqueles contextos em que a produção de alimentos é precária ou insuficiente (APIB, 2020). “Os povos indígenas em isolamento voluntário e aqueles em contato inicial correm o maior risco de saúde nesta pandemia, pois não têm imunidade anterior contra doenças infecciosas comuns e não têm acesso aos serviços públicos de saúde” (MONTAG et al, 2021, p. 2. Tradução livre).

O ofício encaminhado ao Ministério Público do Amazonas, pelas lideranças indígenas, “Pela vida de todos os povos indígenas do Amazonas: vacinação para todos!” (COLETIVO DE INDÍGENAS DO AMAZONAS, 2021), informa que “896,9 mil indígenas recenseados pelo IBGE em 2010, 517.383 mil (57,7%) vivem em terras indígenas (TIs) e 379.535 mil, ou seja, 42,3%, vivem fora das terras indígenas, nas cidades ou na zona rural”. Esse dado é relevante porque a Política Nacional de Saúde Indígena não cobre a população urbana ou fora da TI, mostrando que essa população se encontra duplamente vulnerável, pois está fora da Política de Saúde diferenciada e no sistema local de saúde o atendimento é precarizado com pouca ou nenhuma Unidade de Atenção Básica de referência.

Além das iniciativas da SESAI e da APIB no que tange o acompanhamento dos dados sobre a COVID-19 entre os indígenas, outras iniciativas também foram e estão sendo essenciais para o fortalecimento de ações para a melhoria das condições de saúde destes povos.

## 2 | ABORDAGEM METODOLÓGICA





O estudo apresentado neste relatório foi realizado por meio de um levantamento de dados relativos aos comportamentos, atitudes e práticas em saúde mental e no enfrentamento à COVID-19 entre as populações abrangidas pelas Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, inicialmente com a finalidade de embasar um programa educacional voltado para jovens indígenas nessas temáticas.

## 2.1 | AMOSTRAGEM

O levantamento contou com a participação dos jovens indígenas da faixa etária entre 15 a 22 anos de idade residentes nas oito (8) áreas de atuação das seguintes Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira: 1) Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN); 2) Conselho Geral das Tribos Ticuna (CGTT); 3) Associação Yanomami do Rio Cauburis e Afluentes (AYRCA); 4) Conselho Indígena de Roraima (CIR), 5) Manxinerune Tsihi Pukte Hajene (MATPHA); 6) Federação dos Povos Indígenas do Pará (FEPIPA); 7) Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará (APOIANP) e; 8) Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus (FOCIMP).

A área do estudo abrange quatro estados da região amazônica: Amazonas (região do Alto Rio Solimões e o Alto Rio Negro, Yanomami (município de São Gabriel da Cachoeira) e Médio Purus), Roraima (Leste Roraima), Acre (região do Alto Rio Purus), Pará (Parque Indígena Tumucumaque e Paru D'Este; Guamá-Tocantins).

O cálculo da amostra considerou uma população de jovens que equivale a 29.165 indivíduos, representando 12% da população total de indígenas dispostos nas áreas indígenas de interesse do estudo. Foi feito um cálculo da amostra do tipo probabilística usando a fórmula abaixo.



## QUADRO 2.1 TAMANHO DA AMOSTRA PARA A FREQUÊNCIA EM UMA POPULAÇÃO

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp) (N)	<b>29165</b>
Frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	<b>50%+/-5</b>
Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/-%) (d):	<b>5%</b>
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	<b>1</b>

### TAMANHO DA AMOSTRA(N) PARA VÁRIOS NÍVEIS DE CONFIANÇA

INTERVALO CONFIANÇA (%)	TAMANHO DA AMOSTRA
95%	380
80%	164
90%	269
97%	464
99%	649
99.9%	1045
99.99%	1440

### EQUAÇÃO

$$\text{TAMANHO DA AMOSTRA } N = \frac{[EDFF \cdot NP(1-P)]}{[(D2/Z21-\alpha/2 \cdot (N-1) + P \cdot (1-P))]}$$

Assim, cada região teve a seguinte amostra:

LESTE RORAIMA <b>164</b>	PARQUE TUMUCUMAQUE <b>62</b>	Guamá Tocantins e Paru D'Este <b>54</b>
ALTO RIO NEGRO <b>108</b>	MÉDIO PURUS <b>57</b>	ALTO PURUS <b>31</b>
ALTO RIO SOLIMÕES <b>102</b>	YANOMAMI/AYRCA <b>10</b>	





**TABELA 2.1. MONITORAMENTO DA COLETA DE DADOS POR REGIÃO DO ESTUDO CAP**

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CAMPO				
APOIADOR	REGIÃO	ESTADO	AMOSTRA	REALIZADOS VÁLIDOS
Ademar	Leste Roraima	RR	<b>164</b>	<b>106</b>
Suzana	Parque Tumucumaque	PA	<b>62</b>	<b>62</b>
Lucilene	Guamá Tocantins	PA	<b>54</b>	<b>58</b>
Lília	Alto rio Negro	AM	<b>108</b>	<b>93</b>
Claudemir	Médio rio Purus	AM	<b>57</b>	<b>59</b>
Wauana	Alto rio Purus	AM +AC	<b>31</b>	<b>31</b>
Jomar	Alto rio Solimões	AM	<b>102</b>	<b>111</b>
Valdemar	AYRCA Yanomami	AM	<b>10</b>	<b>13</b>
<b>TOTAL</b>			<b>588</b>	<b>533</b>

## 2.2 | INSTRUMENTO

O levantamento incluiu a coleta de dados, realizada através de um formulário disponibilizado na plataforma *Google Forms*, no qual constavam perguntas abertas e fechadas, divididas em três blocos: Bloco A - Informações sociodemográficas; Bloco B - Conhecimento sobre Saúde Mental, Discriminação e violência, Hábitos e Costumes e Bloco C - Informações sobre COVID-19, totalizando 48 questões.

O período para o preenchimento do formulário ocorreu entre 15 de dezembro de 2020 a 18 de janeiro de 2021. O link gerado na plataforma foi encaminhado aos participantes pelo apoiador local de cada área de abrangência do estudo para o preenchimento de forma online e auto aplicável.

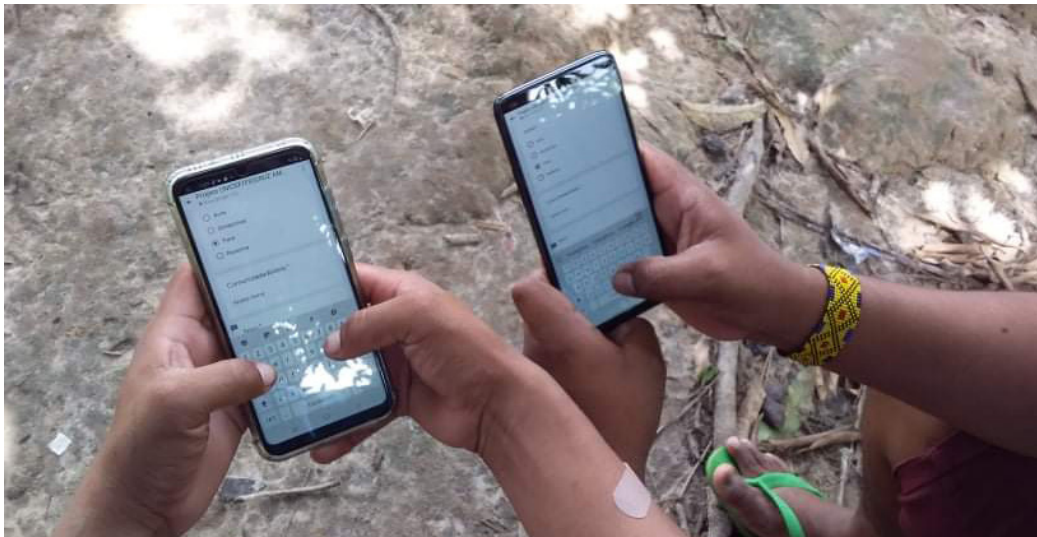
**Para cada região, foi selecionado um apoiador local indicado pela COIAB, sendo o responsável por:**

- 1)** Compartilhar o link do formulário do estudo para os jovens da sua região;
- 2)** Buscar estratégias para o alcance do número de jovens do seu território conforme o número da amostra pré-estabelecida e;



3) Fazer a interlocução dos apoiadores do levantamento e participantes do estudo. Os apoiadores locais receberam um manual chamado de “manual CAP” que foi organizado com o objetivo de direcionar e auxiliar as atividades no território. Depois de encerrado a aplicação do instrumento, os apoiadores ajudaram na divulgação e na coleta de inscrições para o Curso “Bem Viver: Saúde Mental Indígena”, desenvolvido pelas instituições envolvidas no projeto e coordenado pela Fiocruz Amazônia.

**FIGURA 2.1**  
**Preenchimento do questionário digital na aldeia Bona- Parque Tumucumaque**



Fonte: Suzana Waiana, 2021

Ao todo, foram preenchidos 636 formulários, destes, 103 foram excluídos pelos seguintes fatores: duplicidade do formulário preenchido, por estar fora da população do estudo e ainda aqueles que foram respondidos no período de teste da plataforma. Portanto, 533 questionários foram validados no estudo.



**FIGURA 2.2**  
**Preenchimento do questionário impresso na região Yanomami**

Valdemar Lins, 2021



Nas regiões “Leste Roraima”, “Parque Tumucumaque”, “Alto Rio Negro”, “Médio Rio Purus” e “Yanomami” parte dos participantes não tiveram acesso a plataforma online pelos desafios de conexão à internet. Portanto, foi entregue o formulário impresso através do apoiador da região, e após esta etapa foi preenchido de forma online. Em alguns locais o aparelho de celular era compartilhado, porém, cada jovem respondeu ao questionário completo, sem prejuízos das informações.

## 2.3 | ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram transferidos para o software Excel para a organização, codificação e limpeza do banco. A variável “etnia” teve a escrita padronizada conforme a publicação “Povos Indígenas no Brasil 2006/2010” do Instituto Socioambiental (ISA) e a variável “município” também foi padronizada a escrita das respostas conforme consta no IBGE.

Os dados foram agregados por valores absolutos e percentuais, por meio de análise descritiva. Como não se tratou de uma pesquisa, os dados foram apenas agregados em seis eixos, segundo categorias de comportamentos, práticas e atitudes: Caracterização dos sujeitos participantes do levantamento; produção de cuidado em saúde; descrição de atributos socioculturais dos participantes do levantamento; comportamentos em relação ao consumo de álcool; comportamentos em relação ao consumo de outras substâncias psicoativas; contato com a COVID-19 e medidas de enfrentamento.

Após uma primeira análise dos dados foi realizado um encontro virtual com responsáveis pelo levantamento e apoiadores locais para a apresentação dos resultados parciais. O objetivo do encontro com os apoiadores era tirar algumas dúvidas em relação a alguns termos e expressões utilizados e, também, realizar uma discussão dos resultados para um melhor entendimento de situações locais. A construção da compreensão sobre as variáveis que compõem o levantamento para a finalidade do mesmo incluía a participação ativa dos jovens na contextualização.



**FIGURA 2.3**  
**Encontro virtual dos apoiadores com a equipe do projeto**



Fonte: Arquivo da pesquisa CAP/LAHPSA – ILMD. Plataforma Meet, 2021



A sistematização dos dados do instrumento utilizado no levantamento: o questionário permitiu que os jovens respondessem de forma aberta, com texto livre, três questões. Cada pergunta foi respondida por todos os participantes do estudo, gerando entre 5 a 6 mil palavras. As respostas foram desde a uma palavra até frases mais complexas. Na sistematização das ideias registradas utilizamos o software *Pro Word Cloud* para a visualização da “nuvem de palavras”. Antes de aplicar a estratégia de sistematização, realizamos a “limpeza” do banco devido a erros de digitação. A nuvem de palavras apresenta a frequência, mostrando que as palavras ficam centralizadas, em cor forte e em tamanho maior tiveram a maior número de referências. Quando menor a frequência menor é o tamanho. Em seguida, utilizamos o sistema de contagem das palavras para facilitar a análise e a categorização das falas dos jovens. As respostas estão associadas com a variável região, para destacar algumas particularidades étnico regional.

O levantamento foi ampliado com dados demográficos, geográficos e socio-culturais das diferentes etnias obtidos em consulta bibliográfica e documental, bem como com registros fotográficos realizados pelos apoiadores do projeto.





### 3 | BREVE APRESENTAÇÃO DAS ÁREAS E REGIÕES





O estudo envolveu oito regiões que abrangem as áreas de atuação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira<sup>3</sup> já citadas anteriormente em quatro estados da região amazônica: Amazonas, envolvendo as regiões do Alto Rio Solimões e do Alto Rio Negro, de São Gabriel da Cachoeira e do Médio Purus); Roraima, com a região do Leste Roraima; Acre, com a região do Alto Rio Purus; e Pará, com o Parque Indígena Tumucumaque e Paru D’Este e Guamá-Tocantins). Algumas características relevantes dessas regiões para as análises realizadas serão descritas nesse item.

### 3.1 | REGIÃO PARQUE TUMUCUMAQUE E RIO PARÚ D’ESTE



**FIGURA 3.1**  
Aldeia Kurupohpapano - terra indígena Parque Tumucumaque - Almeirim/PA

Fonte: Susana Apalai Waiana (Apoiadora Local, 2021).



O Parque Indígena do Tumucumaque (PIT) foi criado em 1968 pelo Decreto n. 62.998 de 16/07/1968 e a Terra Indígena do Rio Parú D’Este identificada pela Portaria n.1.768 de 24/09/1984. A demarcação e homologação das duas Terras Indígenas (TI) ocorreram de forma concomitante, sendo publicada no Decreto s/n de 04/11/97 (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018).

O Parque Tumucumaque e Rio Parú D’Este são Terras Indígenas que compõem um Mosaico de áreas protegidas pela Lei Federal nº 9.985/00, com outras Terras Indígenas e Unidades de Conservação (UC) do Pará e Amapá (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018). A inclusão destas duas TI no Mosaico se deu a partir da portaria nº4 de 03/01/2013, que após diálogos, articulação e mapeamento das diferenças e similaridades nos contextos regionais e específico, atendeu à solicitação de reconhecimento do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio). Estas TI possuem gestão integrada e participativa estando sob responsabilidade das

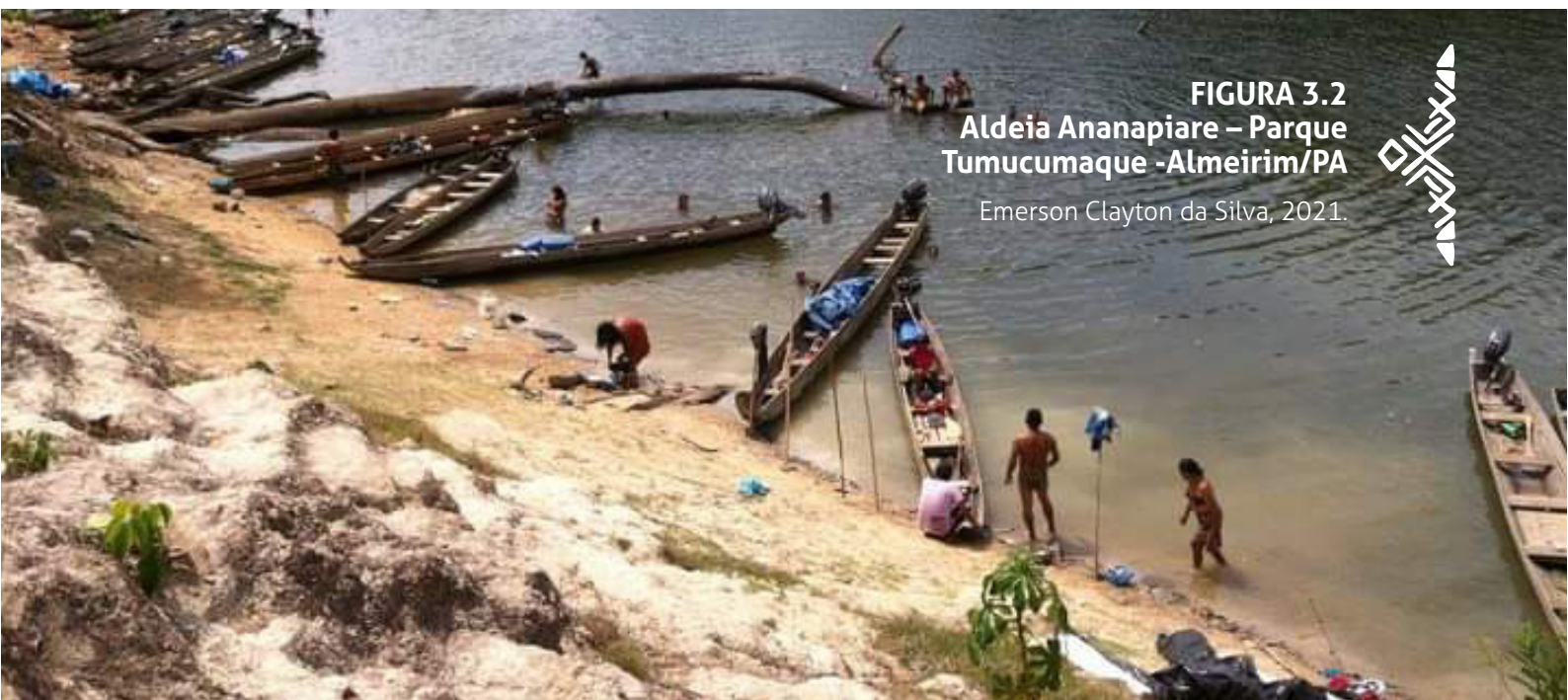
<sup>3</sup> Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN); Conselho Geral das Tribos Ticuna (CGTT); Associação Yanomami do Rio Cauburis e Afluentes (AYRCA); Conselho Indígena de Roraima (CIR); Manxinerune Tsihi Pukte Hajene (MATPHA); Federação dos Povos Indígenas do Pará (FEPIPA); Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará (APOIANP); e Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus (FÓCIMP).





comunidades indígenas e da Fundação Nacional do Índio (Funai) local (BRASIL, 2000; APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018; IEPÉ, 2021). As TI estão localizadas no norte do estado do Pará, estendendo-se a uma pequena faixa no estado do Amapá e na região de fronteira com o Suriname e a Guiana Francesa (OLIVEIRA, 2021; APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018).

As TI Parque Tumucumaque e Rio Parú D’Este também são conhecidas como Complexo Tumucumaque (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018), possuindo uma população estimada em 2.420 pessoas que vivem em 55 aldeias (SIASI/DSEI Amapá e Norte do Pará, 2019), distribuídas por uma área de 4,2 milhões de hectares (OLIVEIRA, 2021). O Complexo Tumucumaque tem abrangência entre os municípios de Almeirim, Oriximiná, Óbidos e Alenquer, no Estado do Pará; Laranjal do Jarí, no Estado do Amapá. O município de Almeirim tem maior concentração dos povos Aparai (autodenominam-se como Apalai) e Waiana. O município de Óbidos tem maior predominância do povo Tiriyó, Katxuyana e Txikyana (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018; BRASIL, 2019). Na região Leste da TI Parque do Tumucumaque e na totalidade da TI Rio Paru d’Este tem maior cobertura da floresta amazônica (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018).



**FIGURA 3.2**  
**Aldeia Ananapiare – Parque Tumucumaque -Almeirim/PA**

Emerson Clayton da Silva, 2021.



Os povos indígenas destas duas TI possuem diferentes línguas e dialetos da família linguística Karib, e com raras exceções tem falantes da família linguística Tupi e Arawak. As denominações etno-linguísticas desta região são: Ahpama, Ahpamano, Aipipa, Akiyó, Akuriyó, Alakapai, Aparai, Apërën, Aramayana, Arimisana, Arahasana, Aramaso, Aturai, Inkarinyana, Kahyana, Kaiku, Kukuyana, Maraso, Mawayana (Arawak), Murumuruyó, Okomoyana, Opakyana, Osenepohnomo, Patakiyana,





Piyanakoto, Pirëuyana, Pirixiyana, Piropi, Sakëta, Tarëpisana, Tunapeky, Tunayana, Txikiyana, Upuruiyana, Wajãpi do Cuc (Tupi), Wajãpi do Molokopote (Tupi), Waripi, Wayana, Werehpai e Wezamohkoto (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018).

O acesso ao Complexo Tumucumaque se dá por via aérea através de frete de monomotores, utilizando-se a pista da base da Força Aérea do 1º Pelotão de Fronteira Tiriyo (OLIVEIRA, 2021). Embora estas TI estejam no território do estado do Pará, a cidade de referência é Macapá, capital do estado do Amapá. Deste modo, os serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, são de responsabilidade de órgãos sediados em Macapá.

Em relação à gestão da saúde indígena, as aldeias destas TI recebem assistência prestada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI Amapá e Norte do Pará, com sede em Macapá, que tem por abrangência os municípios de Almeirim e Óbidos no estado do Pará e os municípios de Oiapoque e Pedra Branca do Amapari no estado do Amapá. Para prestar assistência estes municípios contam com a estrutura de seis Polos Base (Polo Base Missão Tiriyo, Polo Base Bona, Polo Base Manga, Polo Base Kumenê, Polo Base Kumarumã e Polo Base Aramirã) além de duas Casas de Saúde do Índio: CASAI Oiapoque, localizada em Oiapoque e outra CASAI, localizada em Macapá (SIASI/DSEI Amapá e Norte do Pará, 2019; MS, 2021).

O Polo Base Missão Tiriyo e Polo Base Bona são os de maior cobertura de assistência entre as comunidades indígenas locais. O Polo Base Bona presta assistência às aldeias Bona, Arawaka Tawaikuru, Murey, Iriwa, Maxiporimo, Xitare/jacaré, Kurieukurutary, Tapauku, Aramapuku, Cachoeirinha, Iararay, Manau, Jakoromã, Ananapiare, Kurupohpano, Kurumuripano, Itapeki, Paraparã e Taunumai; sendo as aldeias Matawaré, Xuixuimene e Pururé atendidas pelo Posto Central, totalizando assim 23 aldeias. O Polo Base Missão Tiriyo presta assistência às aldeias Missão Nova, Amana, Arawatá, Betania, Kumuimo, Kuritaraimö, Tuhaentu, Missão Velha, Maripá, Tiriyo, Waypa, Muneny, Notüpö, Ömetanömpo, Oroi-Entu, Orokofö Nova, Orokofö Velha, Paruaka, Ponoto, Taratarafö, Tartaruga, Mesepe, Pasisento, Aiki, Castanhal, Marihpá/Kuxare; sendo as aldeias P. da Onça, S. Antonio, Boca do Marapi, Kuxaré, Urunai, Yawa e Marithepu atendidas pelo Posto Central, totalizando assim 32 aldeias (BRASIL, 2019; 2021).

Dentre as estratégias de educação voltadas para o Complexo Tumucumaque está o Programa Tumucumaque (PTMC), criado em 2006, cujo foco está centrado em ações de valorização cultural junto aos povos oficialmente reconhecidos como Tiriyo, Katxuyana, Aparai e Wayana (IEPÉ, 2021). Entretanto, por não haver oferta de ensino médio nas escolas indígenas locais, observa-se a ocorrência expressiva de deslocamento de jovens indígenas e seus familiares para Macapá, motivada pela formação profissionalizante ao ingressar nas escolas e universidades do Estado (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018).



**FIGURA 3.3**  
**Escola Estadual Indígena Imakuana Amajarehpo**  
**Aldeia Bona-Terra Indígena Parque Tumucumaque - Almeirim/PA**



Fonte: Mikael Apalai, 2021.



Desde 2005 o Programa Tumucumaque desenvolve um conjunto de ações/oficinas voltadas para a valorização cultural dos Tiriyo e Kaxuyana, por meio do IEPÉ. Com a finalidade de promover a valorização das formas de organização e os patrimônios culturais dos grupos indígenas locais. Em 2007, deu-se início a um programa de formação continuada de professores-pesquisadores, objetivando desenvolver ações que possam repercutir em propostas aos órgãos públicos regionais, para fortalecer as atividades escolares, bem como a elaboração de propostas pedagógicas e elaboração de material didático adequado à realidade sociocultural local (GRUPIONI, KAHN, 2013).

Ainda que transitando entre Macapá e suas aldeias de origem, as relações dos que estão na cidade com os indígenas que permanecem nas TI não fica comprometida, pois utilizam dois meios de comunicação: a radiofonia, ainda existente em praticamente todas as aldeias do Complexo Tumucumaque e o acesso a meio de internet, presente na Missão Tiriyo e na aldeia Bona. Comumente nesse trânsito dos povos indígenas do Complexo Tumucumaque para as cidades ocorrem as trocas da produção de pimenta, farinha, peixe, beiju e mel com produtos industrializados: alimentos, roupas, ferramentas e combustível (APITIKATXI; APIWA; IEPÉ, 2018).

A região tem por representatividade de seus povos a Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará (APOIANP). A organização foi fundada em maio de 2016, tem sua sede em Macapá (AP), atuando na defesa dos povos e terras indígenas (COIAB, 2021). A APOIANP articula e coordena o movimento indígena de 13 organizações de base: Associação dos Povos Indígenas Waiana e Aparay (APIWA); Associação dos Povos Indígenas Tiriyo, kaxuyana e





## 3.2 | REGIÃO LESTE DE RORAIMA

Inicialmente chamado de “Rio Branco”, nome dado pelo colonizador português Pedro Teixeira, em 1639 (GALDINO, 2017), o Estado de Roraima ganhou o nome de Território Federal de Roraima, em 1962, após confusão causada pela denominação da capital do Acre, também denominada Rio Branco. Foi promulgado como estado de Roraima pela Assembleia Legislativa em 31 de dezembro de 1991 (SESAU/RR, 2016).

Situado no extremo norte do Brasil, possui extensão territorial de 223.644,527 km<sup>2</sup> (IBGE, 2020), e limita-se ao norte com a República Bolivariana da Venezuela e a República Cooperativista da Guiana; ao Sul, com o Estado do Amazonas; a Leste, com a República Cooperativista da Guiana e o Estado do Pará e a Oeste com o Estado do Amazonas e a Venezuela (SESAU/RR, 2016).

**FIGURA 3.6**  
**Comunidade Matiri- Terra indígena Raposa Serra do Sol**  
**Região Raposa - Normandia/ RR**



Ademar de Melo Cavalcante Filho, 2021





De acordo com o IBGE (2020) o Estado possui população estimada em 631.181 habitantes, sendo composta por migrantes oriundos de diversas regiões do país (concentrados na capital do Estado), e também indígenas (ALONSO, 2013), pertencentes às etnias Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingaricó, Patamona, Yanomami, WaiWai, Maiongong e os Waimiri/Atroari (SESAU/RR, 2016; FUNASA, 2007), que vivem espalhados nos 15 municípios: Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Boa Vista, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza, São Luiz e Uiramutã (SESAU/RR, 2016).

**FIGURA 3.7**  
**Comunidade Raposa I - Região Raposa – Normandia/RR**



Paulo Ricardo, 2020



Os serviços voltados à população indígena do Estado são realizados através dos dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Distrito do Leste de Roraima e Distrito Yanomami, (SESAU/RR, 2016).

O DSEI-Leste de Roraima abrange a população indígena de onze regiões: Serras, Surumu, Raposa, Baixo Contigo, Ingaricó, São Marcos, Taiano, Serra da Lua, Amajári e WaiWai, e atua entre os povos indígenas pertencentes às etnias Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingaricó, Patamona, Sapará e Wai-Wai (FUNASA, 2007; SESAU/RR, 2016, BRASIL, 2020). Para assistir à essa população o DSEI-Leste de Roraima conta com a estrutura de 34 polos-base: Maturuca, Morro, Pedra Branca, Willimon, Caracanã, Caraparú, Serra do Sol, Pedra Preta, Campo Formoso, Cantagalo Viamao, Barro, Pedreira, Camará, Santa Maria, Constantino, São Francisco, Raposa, Bismarck, Matiri, Santa





Cruz, Ponta da Serra, Araça, Santa Inês, Pium, Boqueirão, Vista Alegre, Serra do Truaru, Milho, Roça, Sorocaima II, Malacacheta, Manoá, Jacamim, Jatapuzinho, Napoleão, Nova Esperança, Tabalascada, Três corações (FUNASA, 2007; BRASIL, 2020), cujo acesso dá-se via terrestre, aérea e fluvial (SESAU/RR, 2016).

A Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), atendem nas próprias comunidades, prestando assistência primária e quando necessário, encaminham para a Casa de Saúde Indígena (CASAI), localizada em Boa Vista (BRASIL, 2020).

Após celebração de um convênio entre Conselho Indígena de Roraima (CIR) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em 2000, a população adstrita ao DSEI-Leste, passou a receber atenção à saúde de instituições governamentais e não-governamentais. Porém, de forma complementar, os municípios atuam por meio das EMSI, via incentivo fundo-a-fundo da SAS/MS, com exceção do município do Uiramutã, onde todos os seus Polo Base e aldeias (e a região Surumu) são assistidos pelo CIR e o município de Pacaraima que assiste as comunidades localizadas na Região São Marcos (FUNASA, 2007).





Concernente à educação indígena, observa-se que a partir da Convenção 169 de 7 de junho de 1989, os povos indígenas passaram a ter o comando sobre o desenvolvimento de seus processos de aprendizagem (GONÇALVES, 2010). Esse processo foi marcado por várias iniciativas voltadas para a construção de saberes científicos somados a saberes tradicionais, valorizados tanto pela sociedade de uma forma geral, quanto pelos indígenas, a fim de consolidar e garantir uma educação escolar específica, intercultural e bilíngue, caracterizando-se como uma educação diferenciada (GONÇALVES, 2010, QUARESMA, FERREIRA, 2013), fundamentada no reconhecimento da diversidade étnica, linguística, histórica e sociocultural e de autodeterminação dos povos indígenas (QUARESMA, FERREIRA, 2013).

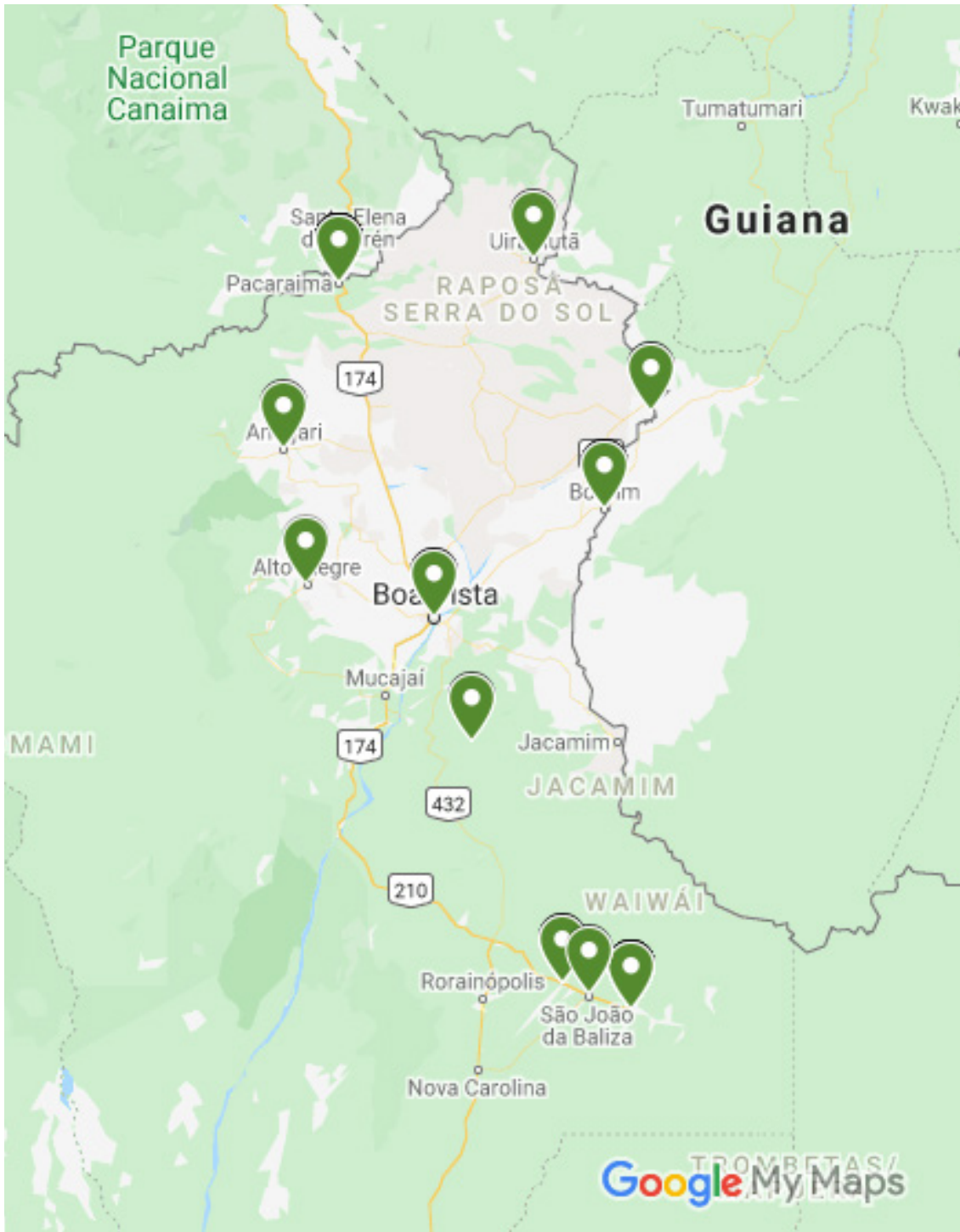
Dentre as iniciativas para formar professores indígenas na região, podemos citar a aprovação da Resolução nº 009/2009 – CUni, da Universidade Federal de Roraima (UFRR), que implantou o Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, unidade administrativa e acadêmica vinculada à UFRR, com a oferta de três cursos de graduação para indígenas: Licenciatura Intercultural, criada em 2001, o Bacharelado em Gestão Territorial Indígena, em 2009, e o curso de Bacharelado de Gestão em Saúde Coletiva Indígena, em 2012 (FREITAS, 2011; UFRR, 2021). O Instituto Insikiran cumpre papel de destaque ao proporcionar o acesso de indígenas da região ao ensino superior, possibilitando a formação de lideranças, o que significa potencializar as lutas através da Universidade (FREITAS, 2011).

Outra importante iniciativa local é a criação Centro Indígena de Formação e Cultura Raposa Serra do Sol (CIFRSS), localizado na terra indígena Raposa Serra do Sol. O CIFRSS oferta formação indígena na área da agropecuária, manejo ambiental e sustentável e possui escola específica e diferenciada (CIMI, 2018).

Com forte atuação também na educação indígena, o CIR vem desde 1993 dialogando junto a Secretaria de Educação para promover a contratação de professores indígenas. Também ofertou cursos de língua indígena no Leste de Roraima e implantou escolas de 2º grau profissionalizante nas regiões de Maturuca, Malacacheta e São Marcos com o apoio da Organização dos Professores Indígenas de Roraima (OPIR), (BURGARDT, 2015). Continuamente incentiva a participação da comunidade em cursos de formação e capacitação, como a participação no curso de formação “Bem Viver: Saúde Mental Indígena” ofertado pela Fiocruz Amazônia, em parceria com a COIAB e UNICEF.



**FIGURA 3.9**  
**Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo**  
**na região do Leste Roraima/RR**



Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas



### 3.3 | REGIÃO ALTO RIO NEGRO

**FIGURA 3.10**  
**Comunidade Trovão - Alto Rio Negro**  
**Gabriel da Cachoeira/AM**





A região do Alto Rio Negro está localizada no estado do Amazonas, no norte do Brasil, e compreende os municípios de Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira (BRASIL, 2020). Os três municípios estão localizados em Terras Indígenas<sup>4</sup>, cuja demarcação foi homologada, em 1988: Terra Indígena Alto Rio Negro I localizada nos municípios de São Gabriel da Cachoeira e Japurá; Terra Indígena do Médio Rio Negro I localizada nos municípios de São Gabriel da Cachoeira e Japurá e Terra Indígena do Médio Rio Negro II localizada nos municípios de Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira (DECRETO, 1988).

O município de Barcelos não está incluso no decreto ora citado porque este município compõe com Santa Isabel do Rio Negro a região do Médio Rio Negro. Entretanto, passa por um processo de ordenamento territorial, perpassando a identificação de Terras Indígenas e a criação ou redefinição de Unidades de Conservação. Em 2000, o poder público federal reconheceu a ocupação indígena na região (ISA, SIRN, 2009), que foi resultado de uma reivindicação do movimento indígena liderado pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) (BARRA, DIAS, 2013). Nesse momento, incorporou várias comunidades de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro à região de saúde de responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI/ARN). Os trabalhos de identificação de Terras Indígenas na região do município de Barcelos, iniciados em 2002, pela FUNAI, ainda não foram concluídos (ISA, SIRN, 2009).

**FIGURA 3.11**  
**Distrito de Iauareté- Alto Rio Negro – São Gabriel da Cachoeira /AM**



Lília Cordeiro França (Apoiadora Local), 2021



<sup>4</sup> Conforme Decreto Presidencial s/n de 14 de abril de 1988.





A atenção primária à saúde indígena no ARN é prestada pelo DSEI/ARN que está organizado em 25 Polos Base, sendo 19 distribuídos em São Gabriel da Cachoeira - AM, três Polos Base em Santa Isabel do Rio Negro – AM e 03 Polos Base em Barcelos – AM. A Casa de Saúde Indígena – CASAI fica localizada no município de São Gabriel da Cachoeira. As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) atendem nas comunidades, prestando assistência e, quando necessário, encaminham para CASAI (BRASIL, 2020).

A sede do DSEI/ARN está localizada em São Gabriel da Cachoeira, atendendo uma população de 29.096, pertencentes a 23 etnias, entre elas as etnias de recente contato Hupd'äh e Yuhupdeh (BRASIL, 2020). Os povos desta região são falantes de línguas das famílias Tukano Oriental, Aruak e Maku. Dentro do tronco Tukano Oriental tem-se as etnias Tukano, Dessana, Tuyuca, Wanana, Bará, Kubeu, Barassana, Piratapuaia, Tariana, Miriti-Tapuya, Arapasso, Karapanã, Makuna e Siriano. O tronco Aruak é composto pelas etnias Baré, Baniwa, Werekena, Kuripaco. Já no tronco Maku encontram-se as etnias Hüp'd'ah, Nädeb, Yuhup'deh e Dow. Também está presente no território a etnia Yanomami, fazendo parte de uma etnorregião (BRASIL, 2020).

O município de Barcelos localiza-se na região do baixo Rio Negro e está situado na Terra Indígena Aracá-Rio Paduari, possuindo uma extensão territorial de 122.476km<sup>2</sup> (IBGE, 2020), com uma população estimada em 27.638 habitantes (IBGE, 2020) e 1.676 indígenas (BRASIL, 2020).

Para assistência à saúde indígena o município conta com 03 Polos Base: Cumaru, Tapera, Cauburis; uma UBS Fluvial: Arnaldo Ferreira e 14 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI): Ajuricaba, Toototobi, Xiroxiropiu, Xuhupi, Pyau, UBSI Demeni, Novo Demeni, Medio Padauri, Marari, Maxapap, Araca, Cachoeira do Araca, Balawau e Alto Padauri (DATASUS/ CNES, 2021).

O município mantém cinco escolas indígenas que estão localizadas na Terra Indígena Yanomami, nos rios Demeni, Aracá e Padauri. Por iniciativa dos moradores da comunidade Canafé, uma nova escola foi construída a partir da utilização de madeira e fibras vegetais retiradas da mata. A escola recebeu o nome de Yandé Putira, que significa "Nossa Flor", em Nheengatu (BARRA, DIAS, 2013).

Santa Isabel do Rio Negro, que possui extensão territorial de 62.846km<sup>2</sup> (IBGE, 2020), e tem uma população estimada de 25.865 pessoas (IBGE, 2019). A população indígena que reside no município é de 2.303 indivíduos, distribuídos em 50 comunidades da área rural (SIASI, 2020).

Para assistência à saúde indígena o município conta com 03 Polos Base: Massarabi, Nazare, Serrinha; 01 UBSF: Igara Pussanga e 17 Unidades Básicas de Saúde Indígena: Balaio, Bicho Acu, Jutaí, Kona Cachoeira, Kona Centro, Ixima, Manacapwey, Missão, Marauia, Tabuleiro, Serrinha, Raita, Xamakorona, Tomoropiwei, Nova Esperança, Pohoroa e Pukima Beira (DATASUS/ CNES, 2021).



**FIGURA 3.12**  
**Comunidade Acariquara - Região Médio Rio Negro - Santa Isabel do Rio Negro/AM**



Lília Cordeiro França, (jovem comunicadora da Rede Wayuri) 2021



O município de São Gabriel da Cachoeira é considerado o maior município brasileiro em número de pessoas autodeclaradas indígenas (IBGE, 2010). Alguns indígenas residem na cidade, conhecida por “sede”, porém a maior parte está distribuída pelas comunidades indígenas rurais e ribeirinhas (MINEIRO, 2013). A população indígena é de cerca de 24.934 pessoas (BRASIL, 2020), o que corresponde a 902 famílias (SIASI, 2019).

Para assistência à saúde indígena o município conta com 19 Polos Base: Camarão, Balaio, Tucumã, Tunui Cachoeira, Canadá, Caruru do Uaupes, São Joaquim, Tapereira, Ilha das Flores, Juruti, São Gabriel do Papuri, Cucui, Taracua, Marabitana do Waupes, Iauaretê, Vila Nova, São José II, Pari Cachoeira, Caruru Tiquié, além da UBSF Comandante Macuri (DATASUS/ CNES, 2021).





Em relação à educação, o município criou escolas indígenas com a proposta de ensino bilíngue e intercultural, tendo por base os projetos-pilotos: “Escola Indígena Baniwa Coripaco Pamáli”, localizada na região do rio Içana. A iniciativa se deu em 2000 e serviu como modelo para o ensino nas comunidades indígenas, atendendo o ciclo de 5ª à 8ª série. Outro projeto foi a Escola Indígena Útapinopona Tuyuka, localizada na região do alto rio Tiquié, que atendeu a 05 comunidades Tuyuka (CRUZ, 2015). Em parceria, FOIRN e ISA implementaram o projeto de “Educação e valorização da língua Tariana” no Distrito de Iauareté. O projeto visava a promoção da cultura dos povos indígenas, e replicou suas ações junto aos povos Kotiria, Dessana e Tukano.

A região possui mais de 750 comunidades indígenas representadas por várias organizações, destacando-se a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), criada em 1987 e com forte atuação nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, onde fica sua sede, Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro (FOIRN, 2021).

A FOIRN mobiliza e articula diversas organizações que fazem parte de sua rede na região do Alto Rio Negro. A FOIRN desenvolve projetos voltados para garantir a defesa, promoção de saúde, direito à informação e segurança alimentar para os 23 povos indígenas da região (ISA, 2016). Suas linhas de atuação são: Economia Sustentável Indígena, Monitoramento Ambiental e Climático da bacia do Rio Negro, Governança territorial e Ambiental e Fortalecimento das Associações (FOIRN, 2021).

Na área da comunicação, destaca-se a Rede Wayuri, criada em novembro de 2017, que tem por finalidade levar informação sobre os territórios indígenas do rio Negro para suas comunidades. A Rede Wayuri é composta por 17 comunicadores indígenas pertencentes as etnias: Baré, Baniwa, Desana, Tariana, Tukano, Tuyuka, Wanano e Yanomamio e trabalha em parceria com a UNICEF, Rádio Yandê e Agência de Jornalismo Amazônia Real (FOIRN, 2021).

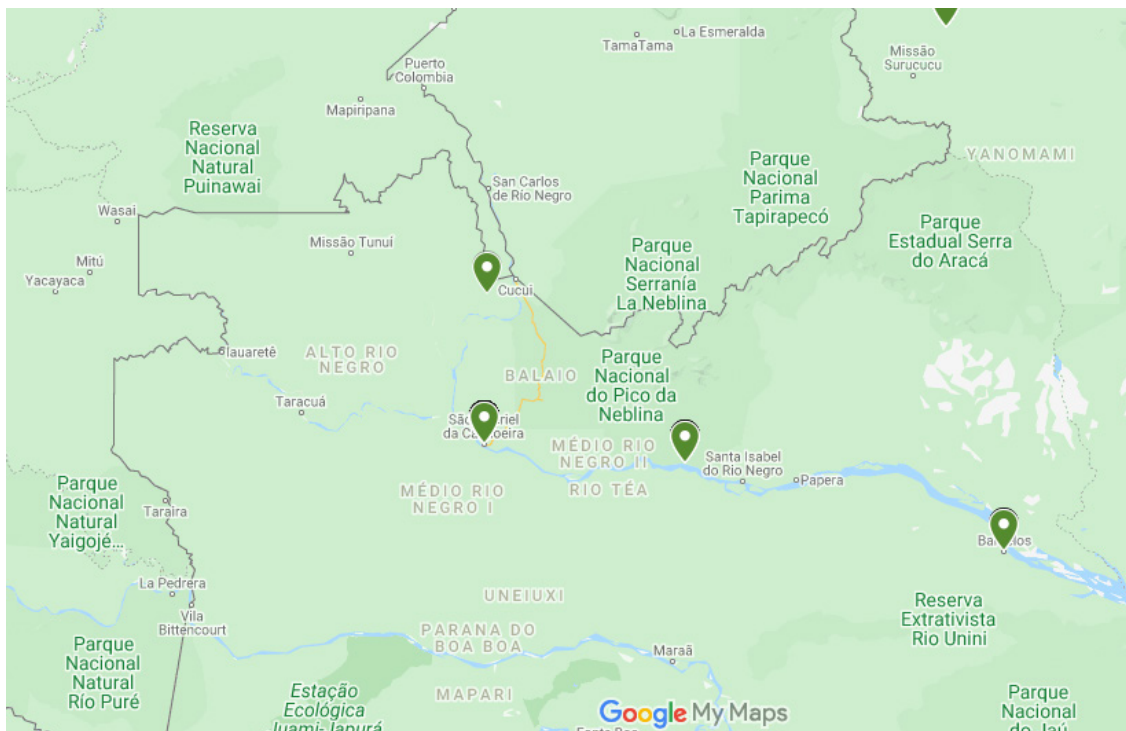
A Rede Wayuri veicula um boletim de áudio mensalmente, produzido pelos próprios comunicadores indígenas que circulam via WhatsApp, radiofonia e transmissão de arquivo por bluetooth ou apps como ShareIT. Além disso, a Rede conta com um canal de áudio Wayuri no Soundcloud: <https://soundcloud.com/wayuri-audio>. Em parceria com o ISA, conta com sua assessoria que acompanha, articula e produz oficinas de formação, além do apoio financeiro da União Europeia (EU) (FOIRN, 2021).

Na promoção da saúde, as ações de enfrentamento da pandemia da COVID-19, deram início em 2020. Dentre elas, destaca-se a cooperação feita entre FOIRN, instituições locais e a sociedade civil, atuando em toda região do Rio Negro. Nesta cooperação foram entregues kits emergenciais de alimentos além de produtos de higiene às famílias indígenas das comunidades em São Gabriel da Cachoeira (ISA, 2020).





**FIGURA 3.13**  
**Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Alto Rio Negro/AM**



Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas



### 3.4 | REGIÃO YANOMAMI – ALTO RIO NEGRO/AM



**FIGURA 3.14**  
**Comunidade Nazaré – Região Yanomai do Alto Rio Negro – São Gabriel da Cachoeira/AM**

Valdemar Lins (Apoiador Local), 2021





Os yanomami se autodenominam yano, “residência temporária”, com fixação posterior mais duradouro (BEKSTA, 1985). Este povo encontra-se tanto em território Venezuelano como em solo Brasileiro. No Brasil sua concentração está nos estados de Roraima e Amazonas, na região de Maturacá, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro, Noroeste do Amazonas (fronteira com a Colômbia e a Venezuela).

O direito das lideranças tradicionais é passado de pai para filho ou para o parente homem mais próximo. Devido à influência religiosa e financeira, a poligamia perdeu força nas comunidades Yanomamis. Segundo Enir & Góis (2010), no passado, o povo Yanomami era nômade, construíam suas casas em determinados locais de terra mais firme ou produtiva. Faziam longas caminhadas em busca de caça e frutas apreciadas em determinadas épocas sazonais até chegar novamente aos lugares mais fixos onde se cultivava: banana, batata, taioba, entre outros.



**FIGURA 3.15**  
**Lideranças Yanomami em Maturacá**  
**São Gabriel da Cachoeira/AM**  
Valdemar Lins (Apoiador Local), 2021





### 3.4.1 | O POVO YANONAMI DE MATURACÁ

Os Yanonamis de Maturacá são imigrantes da região de Masiripiwei (Cordilheira do Imeri) rio Cuiabixi. Atualmente estão localizados ao pé do Pico da Neblina, cujo nome na língua é Yaripo – Serra do Vento. Esse local é sagrado por abrigar os restos mortais e ser a morada dos haprapi – espíritos, dos antepassados do meu povo. O Parque Nacional do Pico da Neblina continua servindo de morada tradicional para esse povo. Por isso todas as serras e rios desta região ganharam nomes também na língua Yanomami como: Kurara (pico 31 de março que é o segundo ponto mais alto do Brasil), Serra Opota – (também conhecido como Serra do Padre), porapiwei (Serra do Baruri), nãmõsi (Serra do Pirapuku) okomãpiwei (Serra do Jordão), mãhexopiwei (Serra do Gavião).

As serras e montanhas são moradas dos Pãrimi (nunca morre) e cada uma delas possui seus haprapi, com os quais os xapori (pajés) se comunicam para proteger a comunidade e garantir o bem viver dos seus moradores (ISA, 2015). Estas terras fazem fronteiras com a Venezuela, onde também vivem os tradicionais parentes. Entretanto para a tradição não existem fronteiras, se consideram um só povo, mantendo o contato e as visitas permanentes. Num aldeamento tradicional existem cerca de cem pessoas, sendo que os maiores possuem entre trezentas e quatrocentas pessoas. A moradia comunal era chamada toxa kesi e hãtõ (ENIR & GÓIS, 2010).

As denominações dos grupos locais indicam o seu lugar de origem. Antigamente os moradores do canal maturacá denominavam se kohoroxitari (dono do lugar onde abunda o minhocão gigante, kohoromi é o nome que foi dado pelos outros Yanonamis da região da Venezuela os toxamoxiteri).

Na década de 1950, os Yanonamis tiveram os primeiros contatos com outros povos, que faziam exploração na região do Paretota. Para facilitar as visitas, evitando cachoeiras, longas distâncias e as pragas de insetos, o povo resolveu fixar residência na região de Maturacá. Na comunidade Yanomami de Maturacá residem 2.157 pessoas, que fica localizada na calha do rio Cauaburis. Há outras comunidades que também são Yanomami: Maturaca Ariabu, Nazare, Inambu, Cachoeirinha e Marfi e Ayari, totalizando uma população total 3.324 pessoas na região.



**FIGURA 3.16**  
**Reunião entre lideranças Yanomami na sede da AYRCA São Gabriel da Cachoeira/AM**



Valdemar Lins (Apoiador Local), 2021



As comunidades Yanomami da região de Maturacá são atendidas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Yekuana, subordinada ao Estado de Roraima, com atenção primária e equipe multidisciplinar.

A região de Maturacá e do Pico da Neblina é rica não somente em belezas naturais, mas também em minerais preciosos, como o ouro. Tal condição faz com que os yanomami convivam com a constante ameaça dos garimpeiros que invadem a área e degradam o patrimônio dessa região pois, diferentemente dos yanomami que fazem um garimpo mais rudimentar e sem o uso de mercúrio, os garimpeiros utilizam não só o mercúrio como técnicas destrutivas que oferecerem real perigo à população local. Pontualmente os garimpeiros são combatidos pelo Exército que, em operações coordenadas, destrói os garimpos clandestinos. Entretanto tal ação é insuficiente para coibir a presença do garimpo ilegal (LINS, 2017).

Hoje com o anseio de comunidades temos o plano de visitação Yaripo ecoturismo Yanomami cujo tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos Yanomami da região do rio Cauaburis e afluentes através da promoção do ecoturismo de base comunitária ao Yaripo, e mostrar ao mundo que o pico da Neblina é um lugar sagrado para os Yanomami.





**FIGURA 3.17**  
**Comunidade Inambú –Região Yanomami no Alto**  
**Rio Negro- São Gabriel da Cachoeira/AM**

Valdemar Lins (Apoiador Local), 2021



### **3.4.2 | ASSOCIAÇÃO YANOMAMI DO RIO CAUABURIS E AFLUENTES – AYRCA**

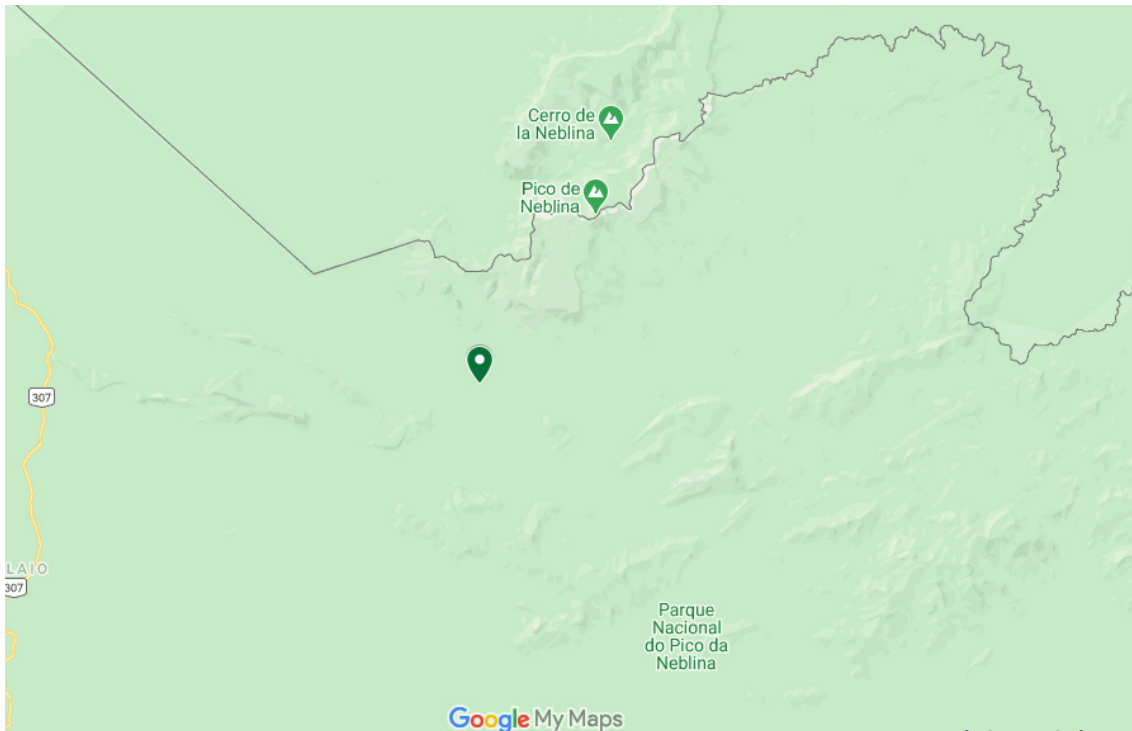
Criada em 1998, a Associação Yanomami foi a primeira a ser criada, com o objetivo de defender os direitos do Povo Yanomami, representar os Yanomami do Rio Cauaburis e Afluentes e promover projetos que visam o bem-estar dos Yanomami que vivem na região (AYRCA, AMYK, 2019). A AYRCA é integrante da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e participou da construção do Plano de Gestão Territorial e Ambiental da Terra Indígena Yanomami, junto com as demais associações da T.I. (AYRCA, AMYK, 2019).

### **3.4.3 | ASSOCIAÇÃO DAS MULHERES YANOMAMI KUMIRAYOMA (AMYK)**

A AMYK foi criada em 2015 e tem o objetivo de defender os direitos das mulheres Yanomami e fortalecer a cadeia produtiva do artesanato Yanomami. Faz parte da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Também participa da construção do Plano de Gestão Territorial e Ambiental da Terra Indígena Yanomami, juntamente com as demais associações da Terra Indígena Yanomami (AYRCA & AMYK, 2019).



**FIGURA 3.18**  
**Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região Yanomami, Rios Cauburis e Afluentes, AM**



Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas



### 3.5 | REGIÃO GUAMÁ TOCANTINS



**FIGURA 3.19**  
**Aldeia Barreirinha- Reserva Indígena Barreirinha – Paragominas/PA**

Luciene Amanayé (apoiadora Local), 2021





Guamá e Tocantins são os nomes de dois rios brasileiros. O primeiro localizado no nordeste do estado do Pará e o segundo nascendo no Estado de Goiás, perpassa os estados de Tocantins, Maranhão e Pará (RODRIGUES, 2008). Ambos nomeiam o Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá-Tocantins – DSEI GUATOC, um dos 04 DSEI existentes no Estado do Pará. O DSEI GUATOC compreende vinte e um municípios, dos quais vinte estão localizados no estado do Pará: Santa Luzia, Tomé Açu, Aurora do Pará, Paragominas, Baião, Mojú, Tucuruí, Goianésia do Pará, Novo Repartimento, Itupiranga, Jacundá, Bom Jesus do Tocantins, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, Parauapebas, Canaã dos Carajás, Belterra, Santarém, Oriximiná e Óbidos; e um no Maranhão: Centro Novo do Maranhão (BRASIL, 2020).

A sede do DSEI GUATOC está localizada no município de Belém, Estado do Pará, e oferta os serviços na atenção básica em saúde. O DSEI tem a estrutura de oito Polos Base: Oriximiná, Tomé Açu, Santa Luzia, Capitão Poço, Paragominas, Marabá, Tucurí e Santarém. Ainda possui cinco CASAI nos seguintes municípios: Oriximiná, Santarém, Marabá, Paragominas e Icoaraci (BRASIL, 2020).

**FIGURA 3.20**  
**Aldeia Mapuera – Oriximiná/PA**



Luciene Amanayé (apoiadora local), 2021

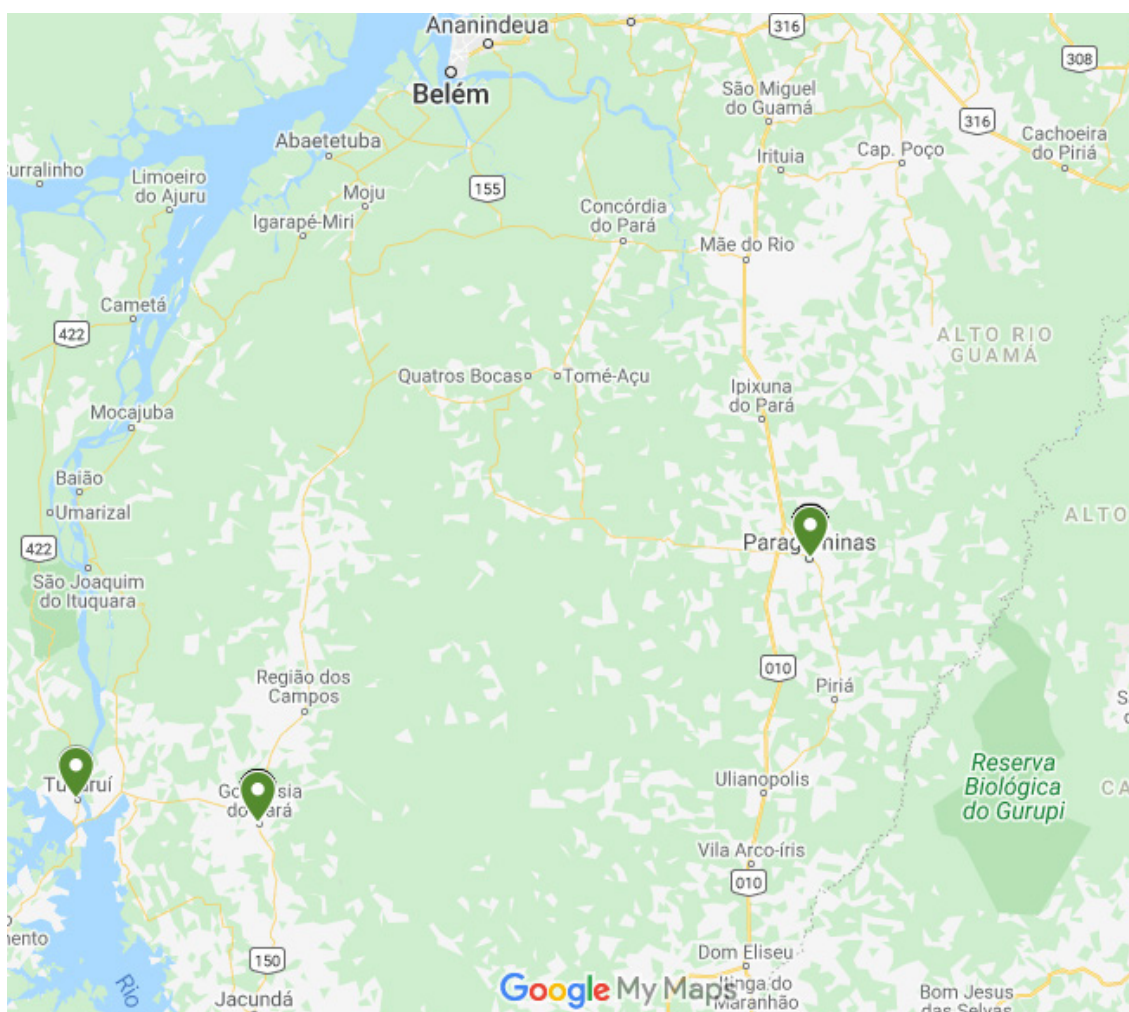




A população atendida pelo DSEI GUATOC é de 17.500 indígenas, pertencentes à 41 etnias: Atikun, Assurini, Anambé, Amanayé, Apiaka, Arapium, Arara Vermelha, Borari, Cumaruara, Chiquitana, Gavião, Guajajara, Guarani, Hixkariana, Jaraqui, Krikati, Kayana, Kuruaia, Katuena, Kaapor, Karajá, Kaingang, Kaxuyana, Kayapó, Munduruku, Parakanã, Suruí, Tapajó, Tembé, Timbira, Tiryó, Tunayana, Tupinambá, Wai Wai, Wapixana, Waiapi, Wayana, Xerente, Xeréw, Xikrin e Zoé. As etnias estão distribuídas em 186 aldeias e o cujo acesso pode ser feito por via aérea, rodoviária e fluvial (BRASIL, 2020).

A região tem a Federação dos Povos Indígenas do Pará (FEPIPA) para defender e representar os interesses da coletividade, que atua na promoção, organização social, cultural, econômica e política dos povos indígenas. Foi fundada em abril de 2016 e tem sede localizada Ananindeua, no estado do Pará (COIAB, 2021).

**FIGURA 3.21**  
**Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Guamá Tocantins/PA**



Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas







### 3.6 | REGIÃO ALTO PURUS



**FIGURA 3.22**  
**Terra Indígena Mamoodate/AC**

Yosu da Silva Prishico Manchineri (Jovem Comunicador), 2021



A região do Alto Purus abrange sete municípios, sendo quatro no Estado do Acre: Assis Brasil, Manoel Urbano, Santa Rosa do Purus e Sena Madureira; dois no Estado do Amazonas: Boca do Acre e Pauini; e um no Estado de Rondônia: Porto Velho. Fazem parte desta região os grupos étnicos Apurinã, Jamamadi, Jaminawa, Kaxarari, Kaxinawá, Kulina e Manchineri, predominando os troncos linguísticos Pano, Aruak e Arawá. A população é de 9.763 indígenas, divididas em cerca de 1.886 famílias que residem nas 126 aldeias de sua abrangência (SESAI, 2013).

Esta região é composta por 16 Terras Indígenas – TI: Cabeceira do Rio Acre, Jaminawa do Rio Caeté, Mamoodate, Manchineri do Seringal Guanabara, Apurinã Km 124 BR-317, Boca do Acre, Caiapucá, Camicuã, Igarapé Capana, Inauini/Teuini, Jamamadi do Lourdes, Jaminawá da Colocação São Paulino, Kaxarari, Monte/Primavera/Goiaba e Valparaiso, sendo que as duas últimas comunidades aguardam a sua demarcação (FUNAI, 2021).





A educação escolar indígena do Alto Purus tem o município como responsável pelo ensino fundamental e os anos finais é de responsabilidade do Estado. Entretanto, há um gargalo na educação escolar indígena quando o aluno finaliza o ensino médio, pois ainda faltam programas de incentivo do acesso à universidade. O jovem é forçado a sair de sua comunidade para se deslocar às cidades para competir por uma vaga na universidade, mas a concorrência é injusta e desigual.

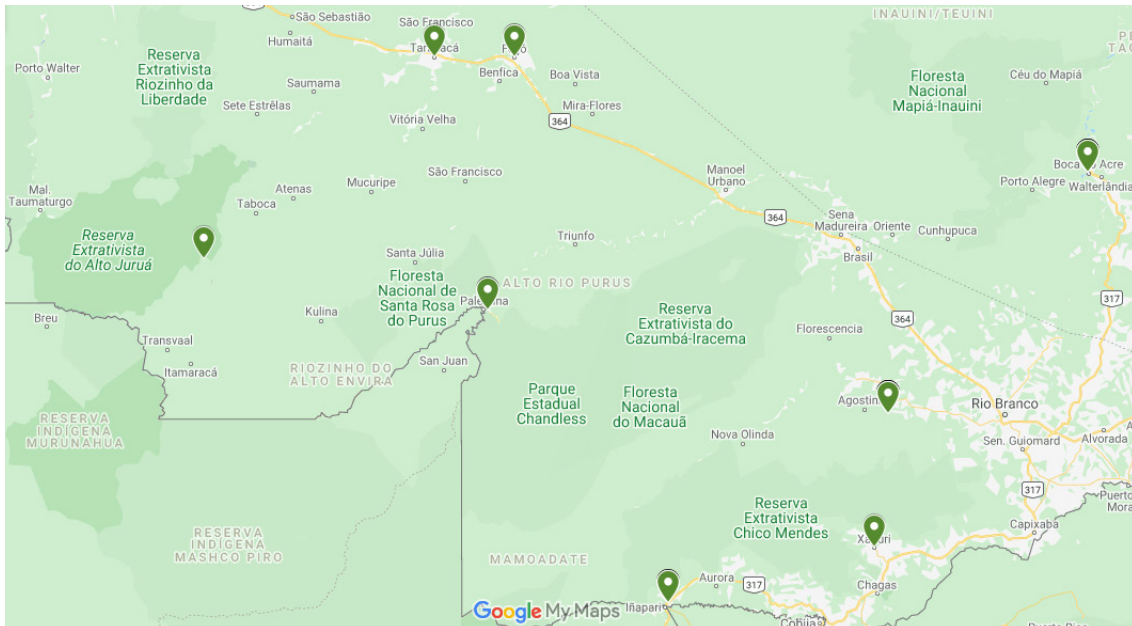
As organizações buscaram atender a demanda por educação dos povos indígenas com a criação do Centro de Formação dos Povos da Floresta (CFPF), que é uma escola de magistério e de ensino médio profissionalizante para indígenas na área da gestão ambiental. Essa é a primeira Escola de Formação de professores indígenas com uma proposta curricular de base intercultural, bilíngue e diferenciada, oficialmente reconhecida no Brasil. Este reconhecimento se deu em 1997 por meio de uma portaria da Secretaria Estadual de Educação que autorizou o seu funcionamento (Portaria Nº 2322/97, posteriormente atualizada pela Portaria Nº 3165/2007).

A região conta com a representatividade da Manxinerune Tsihi Pukte Hajene (MATPHA), com sede em Rio Branco capital do Acre. A MATPHA tem como finalidade apoiar as organizações, comunidades e povos indígenas na defesa e promoção dos direitos humanos, coletivos e difusos relativos ao patrimônio territorial, ambiental, cultural e artístico (MATPHA, 2021), sendo uma das muitas organizações representativas dos povos indígenas do Acre (COIAB, 2021).

A organização tem atuado frente à pandemia em projetos como o Povos Indígenas da Amazônia no combate a COVID-19 (PIACC-vigência 2020-2021). Em setembro de 2020, a MATPHA realizou uma oficina para região da Cabeceira do Rio Acre, como parte das iniciativas do Plano Emergencial de Combate ao Covid-19 da Coordenação das Organizações Indígenas (COIAB), com apoio da Coordenação das Organizações Indígenas da Bacia Amazônica (COICA). A Oficina de Comunicação Online (Podcast e Spot) objetivou preparar pontos focais entre os povos Manchineri e Jaminawacom com a finalidade de produzir materiais de comunicação sobre os cuidados e o combate ao novo Corona vírus, de forma mais acessível (MATPHA, 2021).



**FIGURA 3.23**  
**Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo na região do Alto Purus/AC**



Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas



### 3.7 | REGIÃO ALTO RIO SOLIMÕES

**FIGURA 3.24**  
**Comunidade Indígena Belém do Solimões, Tabatinga, ARS**  
Júlio Cesar Schweickardt, 2018





A região do Alto Rio Solimões está localizada na área da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. A região é banhada pelas águas do rio Solimões que está localizada na planície Amazônica, que se distinguem por duas principais unidades geomorfológicas: “a terra-firme, não inundável, oriunda de formação sedimentária do terciário; e as várzeas, planície aluvial que margeia os rios de águas brancas (barrentas) e sujeitas à inundação sazonal” (MARTINS, 2016, p. 22). O ciclo das águas pode ser caracterizado por quatro períodos fluviais: enchente, cheia, vazante e seca. Esses períodos podem variar no seu início e término ao longo da calha dos rios (alto, médio e baixo), (STERNBERG, 1998 apud, MARTINS, 2016).

A região tem uma área de abrangência territorial, envolvendo sete municípios do Estado do Amazonas: Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do I a, Amaturá, Tonantins e Japurá. Em Tabatinga está a sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS). O DSEI ARS abrange uma popula o de 71.430 pessoas, distribuídas em 233 aldeias (referência de 2016). Possui 13 Polos Base, que são as unidades de saúde, e estão distribuídos nos municípios. A Casa de Saúde Indígena (CASAI) está situada no município de Tabatinga e quatro Casas de Apoio   Saúde Indígena (CAPAI). Tabatinga   referência para os atendimentos de média complexidade na região e Manaus   referência para a alta complexidade. A principal unidade prestadora de serviço hospitalar é o Hospital de Guarni o do Exército Brasileiro e a Unidade de Pronto Atendimento/ Maternidade (BRASIL, 2017).

A região tem as seguintes etnias: Ticuna, Kokama, Kaixana, Witoto, Kambeba, Kanamari. O acesso a essas comunidades é feito por via terrestre, fluvial e  rea. Segundo o censo do IBGE de 2010, foram identificadas 305 etnias no Brasil, sendo os Ticuna com a maior densidade populacional, representando 6,8% da popula o indígena. Esses estão divididos em mais de 100 comunidades no Alto Solimões, distribuídos em oito municípios, em região de fronteira com a Colômbia e o Peru (ERTHAL 2001). A língua Ticuna   falada por uma área extensa com uma estimativa de 30 mil falantes distribuídos nos países: Brasil, Peru e Colômbia.



**FIGURA 3.25**  
**Unidade Básica de Saúde,**  
**Comunidade Betânia,**  
**Município de Santo Antônio**  
**do Içá, ARS/AM**

Júlio Cesar Schweickardt, 2018

Na década de 1970, a Funai criou postos de infraestrutura básica para a atenção da população indígena nas seguintes localidades: Vendaval, Feijoal, Campo Alegre, Nova Itália, Betânia e Belém do Solimões (OLIVEIRA, 2010). Lugares que hoje estão localizados os Polo Base do DSEI.

Na região no ARS, o ritual Ticuna da “moça nova”, também conhecido com o nome de “festa da puberdade”, “festa da Pelação”, “festa da moça nova”, “festa da Worecū” ou “ritual da moça nova”, sendo um momento em que revivem as origens, os mitos e a cultura (COSTA, 2015). A realização do ritual serve para lembrar de cuidar dos jovens, ensinando o que necessitam para desempenharem o papel de mães e esposas.

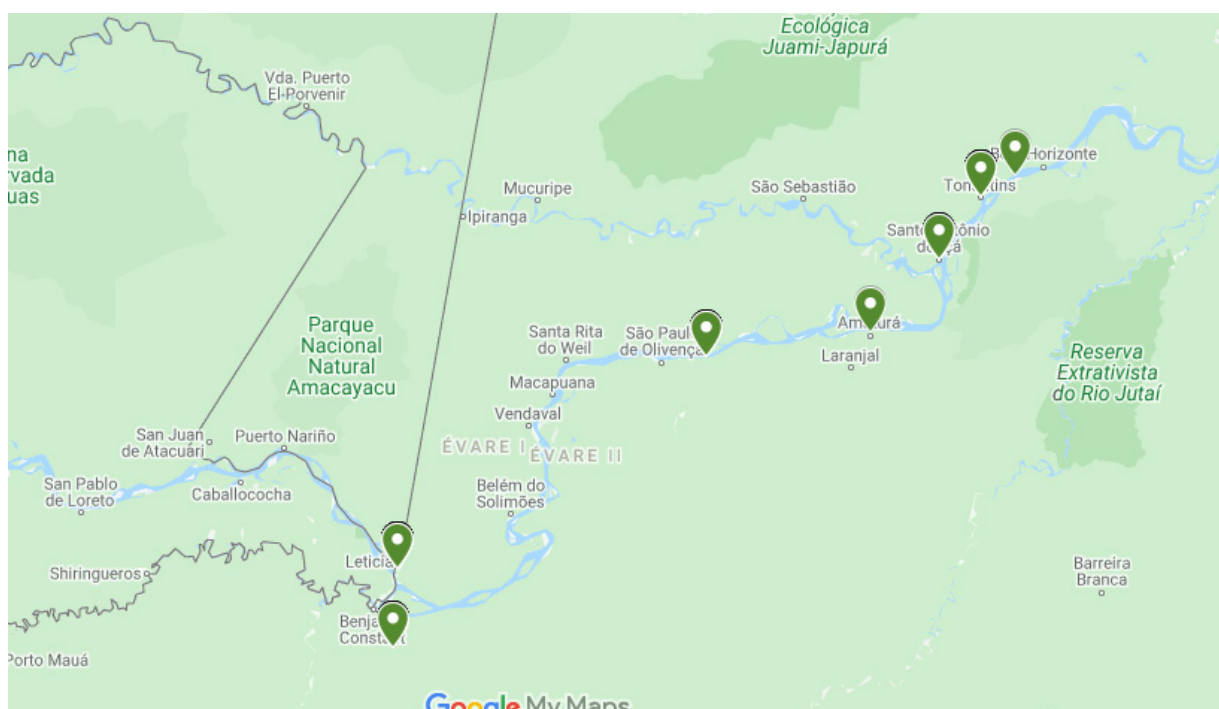
A tradição da festa da moça nova se desenvolve da seguinte forma: a menina fica presa numa casa totalmente fechada por um ano, enquanto os pais preparam a festa com comida e bebida. Nesse período fazem as roças, caçam e pescam para fazer um estoque de comida para a festa de três dias. Quando chega o dia, a menina sai da casa “mais branca” para a claridade, vendo o dia e o tempo. As mulheres mais velhas a preparam arrancando os seus cabelos, que são especialistas nessa arte, e a cada fio arrancado dizem um conselho: ouvir a mãe, o pai. Depois disso, a moça pode se casar, mas na maioria das vezes, o casamento já era combinado pelo pai por questões de aliança e acordos. A dança e o canto são sagrados para encantar a pessoa no ritual (COSTA, 2015). As escolas da região adotaram, em seus currículos, a temática da cultura indígena.





Entre organizações que representam os povos da região destaca-se o Conselho Geral da Tribo Ticuna (CGTT). A organização foi criada em 1982 na comunidade de Campo Alegre no município de São Paulo de Olivença/AM. O CGTT surge a partir da iniciativa de um conjunto de lideranças organizadas por capitães das comunidades Ticuna, juntamente com professores bilíngues e lideranças ligadas a movimentos religiosos. Desempenha forte papel político no diálogo com o Estado e desenvolve ações voltadas para a defesa do território. Em 1997 passou a atuar em parceria em projetos e convênios ligados à saúde, desenvolvimento sustentável, educação e vigilância do território (ALMEIDA, 2015).

**FIGURA 3.26**  
**Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo**  
**na região do Alto Purus/AC**



Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas





## 3.8 | REGIÃO MÉDIO RIO PURUS

FIGURA 3.27  
Aldeia Juma - Médio Purus/AM



John Brendon Muniz (Tesoureiro FOCIMP, 2020)





A reserva do Médio Purus é um lugar de conservação brasileira localizada no estado do Amazonas nos municípios de Lábrea, Tapauá, Canutama e Pauini. O Médio Purus possui um total de 27 terras indígenas e outras que ainda estão em processo de demarcação. Suas terras possuem 146 aldeias e 9 mil indígenas que são atendidos pela coordenação Regional do Médio Purus (CR Médio Purus). A Região do Médio Rio Purus abrange as etnias Apurinã, Paumari, Banawá, Jarawara, Hi-Merimã, Jamamadi, Suruwaha e Deni. A região do Médio Purus possui 13 Unidades Básicas de Saúde, 10 Polos Base e 2 Casas de Saúde Indígena.

As Terras Indígenas do Médio Purus, em sua maioria, encontram -se regularizadas e tradicionalmente ocupadas. A TI Acimã é habitada pela etnia Apurinã, no município de Lábrea/AM, da família linguística Aruak-maipure. A população total do território em 2010 era de 89 indivíduos. A TI Água Preta/Inari é habitada pela etnia Apurinã no município de Pauni/AM, da família linguística Aruak-maipure. A sua população, em 2010, era de 349 pessoas. A TI Alto Sepatini é ocupada pela etnia Apurinã no município de Lábrea/AM, da família linguística Aruak-maipure. A sua população, em 2013, era de 75 pessoas. A TI Apurinã do Igarapé São João é habitada pela etnia Apurinã no município de Tapauá, do estado do Amazonas, da família linguística Aruak-maipure. A sua população, em 2010, era de 142 pessoas. A TI Apurinã Igarapé Tauamirim é habitada pela etnia Apurinã no município de Lábrea/AM, da família linguística Aruak-maipure. A sua população, em 2014, era de 93 pessoas. A TI Banawá é ocupada pela etnia Apurinã nos municípios de Canutama, Lábrea e Tapauá, do estado do Amazonas, da família linguística Arawá. A sua população, em 2014, era de 2017 pessoas. A TI Caititu é habitada por três povos: Apurinã da família linguística Aruak-maipure; Jamamadi no município de Lábrea/AM, da família linguística Arawá; Paumari da família linguística Awará. A população, em 2010, era de 1022 pessoas. A TI Camadeni é habitada pelos Jamamadi no município de Pauni/AM, da família linguística Arawá. A sua população, em 2010 era de 48 pessoas (ISA, 2021).

Na atualidade a região possui uma maior facilidade de acesso desde a construção das rodovias BR-364, BR-319, BR-317 E BR-230 (Transamazônica). A partir de então tem acontecido uma forte expansão da exploração ilegal de madeira e da pecuária, trazendo mudanças no uso e na ocupação do solo.





**FIGURA 3.28**  
**Comunidade Crispim**  
**Região do Médio Purus/AM**



Edilson Paumari (Assessor CONDISI, 2020)





O acesso às comunidades indígenas é realizado por via terrestre, aéreo e fluvial, que terá variações de acordo com as condições geográficas e climáticas na região. As dificuldades de acesso exigem das equipes de saúde longas caminhadas por trilhas na floresta

Os povos da região do DSEI Médio Rio Purus (DSEI MRP) possuem proteção social como o reconhecimento da identidade étnica, as garantias de suas terras e algumas regularidades no cuidado a atenção básica de saúde. Porém, estes povos vivenciam alguns fatores de risco e dificuldades de acesso a políticas públicas como a baixa cobertura de educação; dificuldade de acesso a programas de emprego e renda; problemas de infraestrutura sanitária. O DSEI MRP tem uma compreensão dos aspectos da atenção psicossocial através do levantamento de informações sobre saúde mental a partir dos atendimentos feitos pelas equipes multidisciplinares.

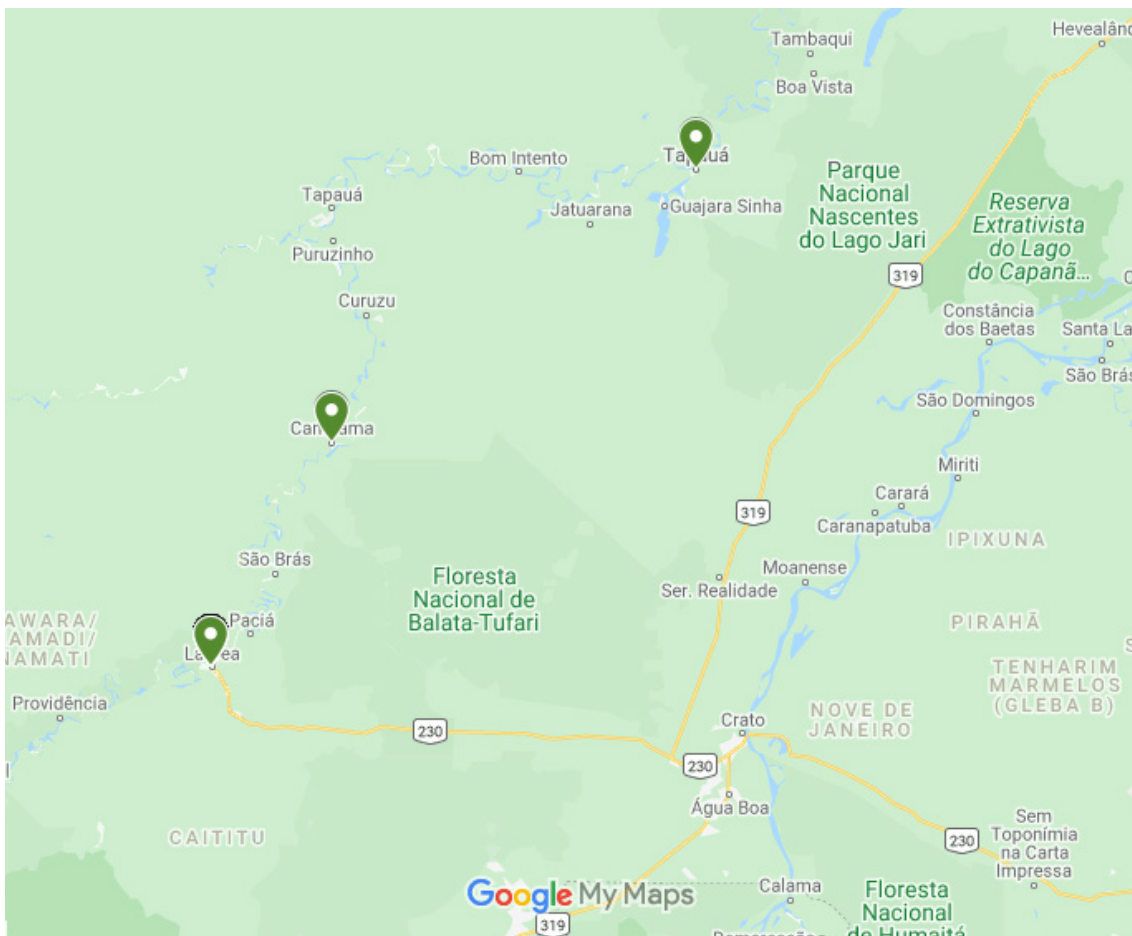
A região do Médio Purus conta a organização de diversas representatividades indígenas, dentre essa temos a Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus (FOCIMP). Criada em 2010, a FOCIMP atua nos municípios de Lábrea, Pauni, Canutama, Tapauá, e o município de Beruri foi incorporado em 2012 (PIB/ISA, 2012).

A FOCIMP articula e coordena o movimento indígena, objetivando a melhoria da qualidade de vida dos povos indígenas do Purus, em conjunto com três organizações: Associação de Mulheres Indígenas do Médio Purus (AMIMP), Associação das Mulheres Indígenas do Município de Tapauá (AMINT) e Associação dos Profissionais Indígenas de Saúde do Médio Purus (APISAMP) (PIB/ISA, 2011; FUNAI, 2018).

A organização tem atuado em vários projetos, dentre eles o Projeto Atha Kama, voltado para a elaboração do Plano de Gestão Territorial e Ambiental (PGTA) da TI Caititu que contou com a parceria da Fundação Nacional do Índio (Funai), IEB, Operação Amazônia Nativa, Movimento indígena do sul do Amazonas (Opa), Conselho Indigenista Missionário (Cimi) (CORREIA, POHL, MENEZES, 2015).



**FIGURA 3.29**  
**Localização dos municípios dos jovens participantes do estudo**  
**na região do Médio Purus/AM**



Google Maps, 2021. Banco de dados do estudo do CAP, Fiocruz Amazonas



## 4 | CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA





Como foi registrado anteriormente, o total de participantes com respostas validadas do levantamento foi de 533. Algumas perguntas permitiram respostas múltiplas e, portanto, os totais apresentados nas tabelas e gráficos de síntese das respostas terá variações em relação ao total, seja com o número de participantes, o número de respostas válidas ou o total de itens que comportou a resposta a cada pergunta. Nesse item do relatório apresentaremos a caracterização sociodemográfica dos participantes. A Tabela 4.1 sumariza os atributos considerados para a análise do perfil, que serão detalhados individualmente.

<b>TABELA 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>TOTAL [% (N=533)]</b>
<b>SEXO %</b>	
Feminino	49,5 (264)
Masculino	50,5 (269)
<b>FAIXA ETÁRIA EM ANOS %</b>	
0 < 18	26,5 (141)
18-21	53,8 (287)
> 21	19,7 (105)
<b>RELIGIÃO %</b>	
Nenhuma	5,3 (28)
Evangélica (Adventista, Cristã, Evangélica e Pentecostal)	47,7 (254)
Católica	38,8 (207)
Outras (indígena, Mahi, Ahuasqueira e Santa Cruz)	1,7 (9)
Em branco	6,5 (35)
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL %</b>	
Vive com cônjuge (casado ou em união estável)	18,6 (99)
Vive sem cônjuge (separado ou solteiro)	81,4 (434)





**TABELA 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>TOTAL [% (N=533)]</b>
<b>FILHOS %</b>	
Nenhum	77,7 (414)
Apenas 1	16,0 (85)
2 ou mais	6,4 (34)
<b>ESCOLARIDADE %</b>	
Ensino Fundamental	33,8 (180)
Ensino Médio	57,0 (304)
Ensino Técnico	3,4 (18)
Ensino Superior	5,8 (31)
<b>OCUPAÇÃO %</b>	
Estudante	61,4 (327)
Trabalho remunerado	5,4 (29)
Trabalho doméstico ou rural	33,2 (177)
<b>BENS (1 OU MAIS) %</b>	
Moto	27,2 (143)
Televisão	37,5 (200)
Rádio	74,5 (397)
Celular	82,5 (440)





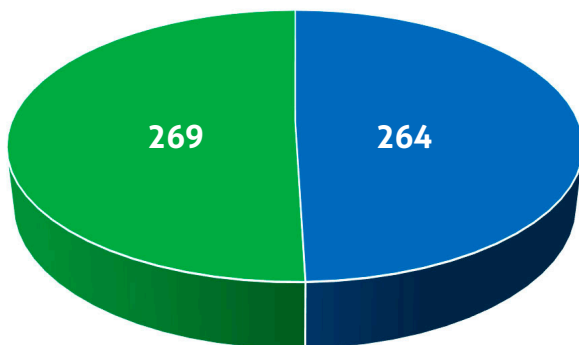
**TABELA 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

CARACTERÍSTICAS	TOTAL [% (N=533)]
<b>REGIÃO %</b>	
Alto Rio Solimões	20,8 (111)
Alto Rio Negro	17,5 (93)
Médio Purus	11,1 (59)
Alto Purus	5,8 (31)
Leste Roraima	19,9 (106)
Guamá Tocantins	10,9 (58)
Ayrca/ Yanomami	2,4 (13)
Parque Tumucumaque	11,6 (62)

**elaboração própria a partir dos dados do levantamento**

Conforme se verifica no Gráfico 4.1, há equilíbrio entre os participantes do sexo masculino (50,5%) e feminino (49,5%) e esse equilíbrio é representativo do universo dos jovens nas comunidades do estudo. O cálculo da amostra, como dito anteriormente, foi feito a partir dos dados populacionais e, portanto, a coincidência representa o adequado desfecho do recrutamento dos jovens.

## DISTRIBUIÇÃO POR SEXO



**GRÁFICO 4.1  
CARACTERIZAÇÃO DOS  
PARTICIPANTES SEGUNDO O  
ATRIBUTO SEXO**

» Masculino  
» Feminino

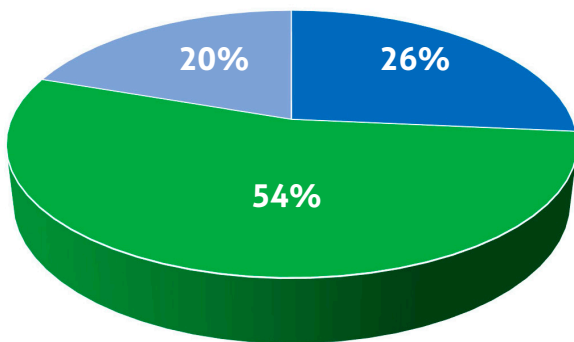
elaboração própria a partir dos dados do levantamento





Em relação à composição etária dos participantes da pesquisa, o Gráfico 4.2 apresenta os dados agrupados, considerando a idade (em anos completos) aferida em 31 de janeiro de 2021. Verifica-se que o grupo com maior frequência é entre 18 e 21 anos, com 287 participantes, seguido pelo grupo de até 18 anos, com 141 participantes, e de maiores de 21 anos, com 105 participantes. Essa composição responde aos critérios de inclusão definidos para o estudo, assim como a composição etária dos povos indígenas nessa etapa da vida.

## DISTRIBUIÇÃO DE PARTICIPANTES POR FAIXA ETÁRIA



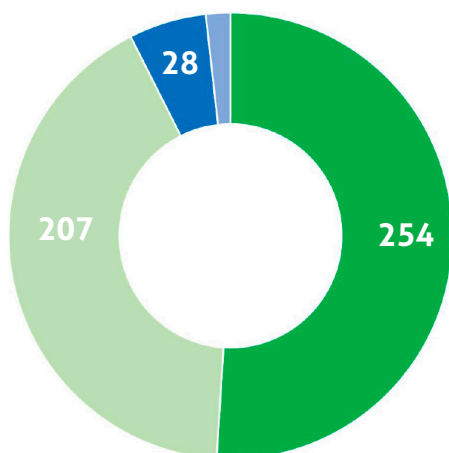
**GRÁFICO 4.2**  
**DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS PARTICIPANTES DO LEVANTAMENTO**

- » 18/21
- » 0<18
- » >21

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

O instrumento de registro de dados do perfil dos participantes do levantamento também caracterizou a religião referida. O Gráfico 4.3 sintetiza as respostas, demonstrando um predomínio de religiões evangélicas (51%), seguida de católica (41,6%) e de outras religiões (1,8%). No estudo, 28 participantes declararam não seguir nenhuma religião.

## DISTRIBUIÇÃO DE AMOSTRA POR RELIGIÃO REFERIDA



**GRÁFICO 4.3**  
**DISTRIBUIÇÃO POR CREDO RELIGIOSO INFORMADO DOS PARTICIPANTES DO LEVANTAMENTO**

- » Nenhum
- » **Evangélica** (Adventista, Cristã, Evangélica e Pentecostal)
- » **Católica**
- » **Outras** (indígena, Mahi, Ahwasqueira e Santa Cruz)

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

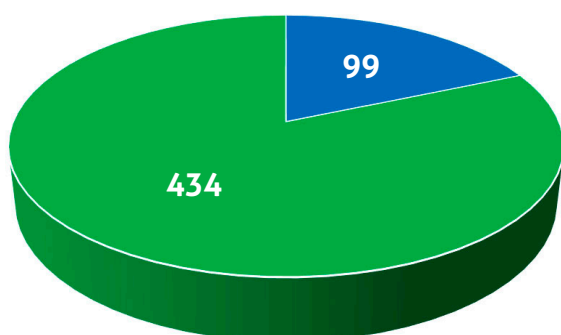






A situação conjugal dos participantes foi categorizada como casamento ou união estável (vive com cônjuge) e separado(a) ou solteiro(a) e a totalização permitiu identificar aproximadamente 19% na primeira e 81% na segunda categoria. Essa informação caracteriza que a maior parte dos jovens indígenas do levantamento não vivia uma relação conjugal no momento do levantamento, que é um dado significativo para políticas sociais e para a oferta de atividades educacionais.

## SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PARTICIPANTES



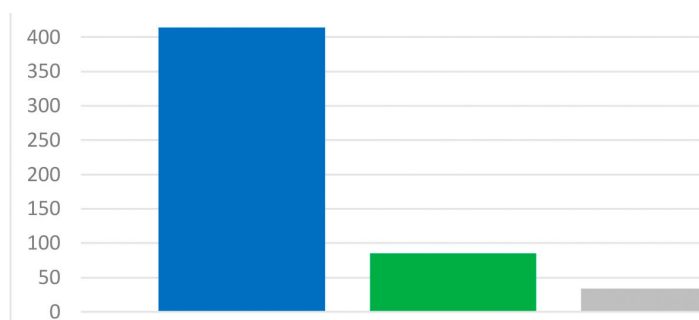
**Gráfico 4.4**  
**Caracterização dos participantes do levantamento segundo a situação conjugal**

- » Vive sem cônjuge (separado ou solteiro)
- » Vive com cônjuge (casado ou em união estável))

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

Os participantes do levantamento também informaram o número de filhos que têm e a síntese das respostas confirma que a maior parte dos jovens indígenas não possui nenhum filho (78%), conforme ilustra o Gráfico 4.5. Entre os que responderam positivamente à pergunta, 16% informam um filho e apenas 6,4% dos participantes informou que tem mais de um filho. A caracterização da situação conjugal e do número de filhos é relevante para a análise da condição de oferta de atividades educacionais e de mobilização dos jovens para atividades fora dos seus territórios, assim como para a natureza das informações que são oportunas para cada jovem.

## NÚMERO INFORMADO DE FILHOS



**Gráfico 4.5**  
**Caracterização dos participantes do levantamento segundo o número informado de filhos**

- » nenhum
- » apenas 1
- » 2 ou mais

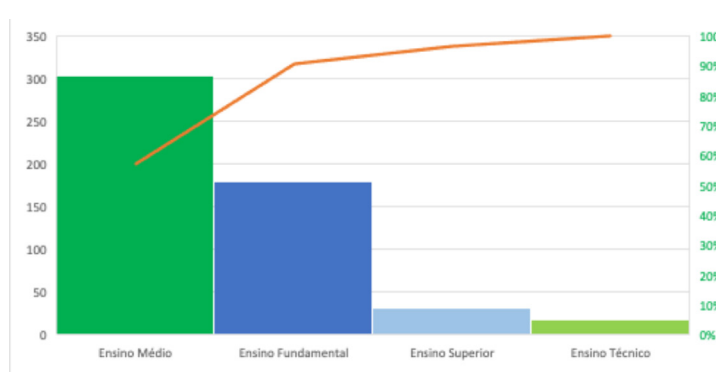
elaboração própria a partir dos dados do levantamento





Em relação à escolaridade, o levantamento constatou que a maior parte dos jovens cursou ou está cursando o ensino médio (57%) e aproximadamente 34% o ensino fundamental, conforme ilustra o Gráfico 4.6. O ensino superior está sendo cursado por quase 6% dos participantes e 18 jovens responderam estar cursando o ensino técnico. Os dados demonstram um perfil de escolarização próximo da população em geral e uma resposta relevante às políticas de inclusão desenvolvidas nas duas últimas décadas. Além disso, caracterizam uma população com escolarização ativa para a participação em atividades de ensino adicionais, com temas e situações de relevância para a saúde mental e para o enfrentamento à pandemia.

## ESCOLARIDADE INFORMADA PELOS JOVENS INDÍGENAS

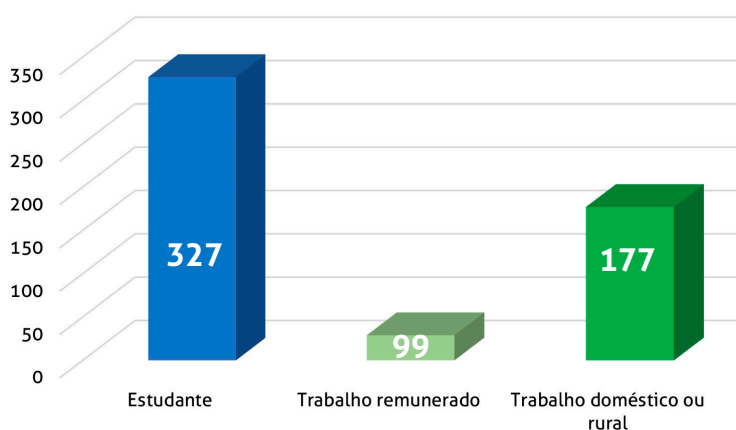


**Gráfico 4.6**  
**Escolaridade informada pelos participantes do levantamento**

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

Essa condição também se verifica na caracterização das atividades informadas como o principal vínculo atual dos jovens participantes, conforme descreve o Gráfico 4.7. A maior proporção de jovens informou a condição de estudante como o principal vínculo (61,4%), seguindo-se dos trabalhos domésticos e rurais nas aldeias (33,2%) e, por último, vínculos formais de trabalho remunerado (5,4%).

## VÍNCULO PRINCIPAL DOS JOVENS



**Gráfico 4.7**  
**Caracterização dos participantes segundo o principal vínculo atual informado**

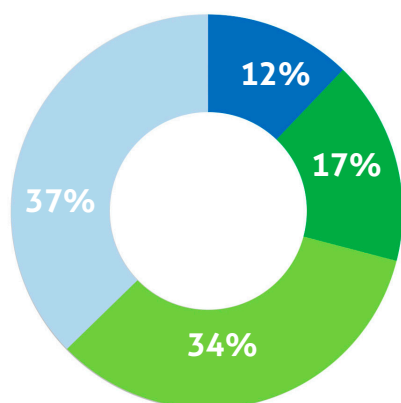
elaboração própria a partir dos dados do levantamento





Entre os bens de consumo mais frequentes disponíveis no domicílio, conforme declarado pelos jovens participantes, está o celular (82,5% das respostas), o rádio (74,5% das respostas), a televisão (37,5% das respostas) e a motocicleta (27,2% das respostas). O Gráfico 4.8 sumariza as respostas dos participantes a essa questão.

## BENS DOMÉSTICOS DISPONÍVEIS



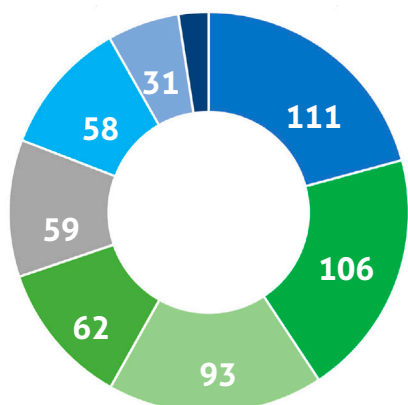
**Gráfico 4.8**  
Itens disponíveis no domicílio segundo informações dos participantes

- » Televisão
- » Moto
- » Rádio
- » Celular

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

Por fim, os participantes do levantamento foram caracterizados segundo a sua região de pertencimento, considerando as oito regiões já descritas anteriormente. O Gráfico 4.9 apresenta que as frequências são decrescentes na seguinte ordem: Alto Rio Solimões (20,8%), Leste Roraima (19,9%), Alto Rio Negro (17,5%), Parque Tumucumaque (11,6%), Médio Purus (11,1%), Guamá Tocantins (10,9%), Alto Purus (5,8%) e Ayrca/Yanomami (2,4%). Como se registrou anteriormente, essa distribuição segue a proporção da população indígena residente, que foi a base do cálculo da amostragem e do esforço de recrutamento realizado pelos monitores. Trata-se, portanto, também de uma amostra representativa da população de jovens indígenas da região amazônica.

## REGIÕES DE RESIDÊNCIA DOS JOVENS PARTICIPANTES



**Gráfico 4.9**  
Distribuição dos participantes segundo o território de residência

- » Alto Rio Solimões
- » Alto Rio Negro
- » Médio Purus
- » Alto Purus
- » Leste Roraima
- » Guamá Tocantins
- » Ayrca/Yanomami
- » Parque Tumucumaque

elaboração própria a partir dos dados do levantamento





A Tabela 4.1, apresentada após o gráfico, faz uma associação entre as regiões e as diferentes etnias que ocupam cada um dos territórios, apresentando uma visão mais complexa do cenário em análise.

<b>TABELA 4.1. DISTRIBUIÇÃO DE ETNIAS POR REGIÃO</b>			
<b>REGIÃO</b>	<b>ETNIA</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>TOTAL</b>
ALTO RIO SOLIMÕES	Bará	1	111
	Boi	1	
	Kaixana	22	
	Kokama	22	
	Ticuna	64	
	Witoto	1	
ALTO RIO NEGRO	Arapaso	2	93
	Baniwa	7	
	Bará	2	
	Baré	35	
	Desano	3	
	Korripako	2	
	Piratapuia	1	
	Tariana	3	
	Ticuna	1	
	Tukano	25	
	Tuyuca	5	
	Warekena	1	
Yanomami	6		
MÉDIO RIO PURUS	Apurinã	42	111
	Juma	2	
	Paumari	15	





**TABELA 4.1. DISTRIBUIÇÃO DE ETNIAS POR REGIÃO**

REGIÃO	ETNIA	QUANTIDADE	TOTAL
LESTE RORAIMA	Macuxi	40	106
	Patamona	1	
	Taurepang	11	
	Waiwai	24	
	Wapixana	30	
GUAMÁ TOCANTINS	Amanayé	35	58
	Assurini	1	
	Kaapor	5	
	Tembé	15	
	Timbira	1	
	Waiwai	1	
AYRCA	Yanomami	13	13
PARQUE TUMUCUMAQUE	Apalai	47	62
	Tiriyo	3	
	Waiana Apalai	4	
	Apalai; Waiana	3	
	Kaxuyana; Apalai	1	
	Kaxuyana; Tiriyo	1	
	Tiriyo; Apalai	2	
	Wayapi; Waiana	1	





**TABELA 4.1. DISTRIBUIÇÃO DE ETNIAS POR REGIÃO**

REGIÃO	ETNIA	QUANTIDADE	TOTAL
ALTO RIO PURUS	Apurinã	14	31
	Kainawá	5	
	Manchineri	9	
	Shanenawa	2	
	Ashaninka; Yawanawá	1	
<b>TOTAL</b>			<b>533</b>

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

Na região do Alto Rio Solimões, 6 etnias fizeram parte do estudo. A etnia Ticuna foi a com maior participação, esta também é a etnia que apresenta a maior densidade populacional no Brasil, segundo o censo de 2010 do IBGE, totalizando 6,8% da população indígena. Grande parte da população Ticuna não fala português fluente, mantiveram o costume de falar entre si o seu dialeto.

No Alto rio Negro, os jovens são de 13 etnias diferentes, sendo as etnias Baré e Tukano as predominantes. A etnia Baré fala a língua nheengatu que foi difundida pelos Carmelitas, estão presentes principalmente em região de fronteira. Os indígenas da etnia Baré tiveram sua história marcada pela violência e a exploração do trabalho extrativista, responsável pela dispersão dessa etnia ao longo do Rio Xié e alto curso do Rio Negro. Segundo dados da SIASI/SESAI, (2014) a população total de Baré no Brasil é de aproximadamente 11 mil pessoas. Utilizam da agricultura de subsistência, plantando alimentos como mandioca, batata, banana e caju. Apesar do extensivo contato com não-indígenas e a influência em seus hábitos culturais, ainda mantêm vivas tradições, como o Kariamã, rito responsável pela passagem para a vida adulta dos jovens meninos (SESC TV, 2015, p.4).

Os Tukano possuem um total populacional de 11.130 no Brasil (em 2001) e 18.705 na Colômbia (em 2000), distribuídos em 17 etnias, os índios que vivem às margens do Rio Uaupé e seus afluentes representam um grupo indígena diverso e falante das línguas da família Tukano Oriental tem como sua principal atividade a caça e a coleta, predominando a pesca e a agricultura. No artesanato são conhecidos pelas cerâmicas com pinturas abstratas ou ilustrando animais.

No Médio rio Purus, a etnia Apurinã e a etnia Paumari foram as que tiveram mais participações. Os Apurinã estão dispersos em locais próximos às margens do Purus, no sudoeste do estado do



Amazonas. Esse povo fala a língua de mesmo nome, cuja família linguística é a Aruák e compartilham um rico complexo cosmológico e ritual.

É difícil estimar o número de índios dessa etnia, e mesmo tratar deles de maneira genérica, já que se encontram espalhados em uma área territorial extensa, mas segundo dados do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população Apurinã é de aproximadamente 8 mil pessoas. Dentre as principais atividades dos Apurinã estão “a pesca, a caça, a agricultura, a coleta e, dependendo da localização em que residem, a criação de bois acaba se tornando alternativa” (COSTA & FACUNDES, 2019). Esse povo possui uma intensa sinergia com a natureza, manifestada através do respeito aos animais e a alguns seres das florestas.

A etnia Paumari é autodenominada de Pamoari, mas segundo Bonilla (2003) durante os encontros com os brancos e com outras etnias utilizavam a denominação Paumari. A palavra Pamoari tem vários significados, como “homem”, “pessoa”, “povo”, mas também “freguês”, podendo estar relacionado com as relações que esse povo possui com os comerciantes da região em que vivem. Outras denominações encontradas na literatura são Kurukurú, Palmari, Pamarí, Pammari, Purupuru, Wayai, Yja’ari (Schröder, 2002).

Os Paumari intitulam sua língua de Pamoari, sendo esta pertencente à pequena família Arawá da Amazônia Ocidental. A região habitada pelos Paumari é exclusivamente a bacia do médio rio Purus, no estado do Amazonas, com seus afluentes, como os rios Ituxi, Sepatini e Tapauá. De acordo com dados da Funasa (2010) essa população é estimada em 1.559 pessoas, incluindo os que se encontram nas cidades no entorno das terras e em áreas Apurinã. Os Paumari são conhecidos por sua orientação aquática, manifestando sua preferência por várzeas, rios e lagos. O ciclo econômico anual é marcado pela grande mobilidade dos grupos locais e seus deslocamentos sazonais entre diversas zonas de exploração (terra firme e várzea, praias e castanhais). A pesca nos rios, igarapés, igapós, lagos e lagoas é a base do auto-sustento (BONILLA, 2003). A agricultura praticada, sendo a mandioca a principal planta.

Na região do Leste Roraima 5 etnias estiveram presentes no estudo, destas, as etnias Macuxi e Wapixana tiveram os maiores números de jovens participantes. A etnia Macuxi Juntamente com os Wapichana, são os mais populosos e os que se destacam marcando presença nas universidades e organizações indígenas supra étnicas (SILVA, 2019).

Estima-se a população Macuxi em cerca de 30.000 habitantes no Brasil, sendo a etnia mais populosa, distribuída em 22 terras indígenas (LISBOA, 2017). Com relação aos modos de vida praticam a agricultura de coivara, cultivando basicamente mandioca, milho, cará, batata-doce, banana, melancia, entre outros. A derrubada da mata, a queima da área e o plantio são tarefas



encarregadas aos homens, bem como trazer a caça, pesca, frutos silvestres e realizar expedição além dos limites da aldeia. Manter a roça limpa e proceder à colheita, bem como preparar os alimentos são funções delegadas às mulheres (SANTILLI, 1994).

A etnia Wapixana ocupa o vale do rio Uraricoera e vale do rio Tacutu, ao lado dos Macuxi, os quais habitam também a região de serras mais a leste de Roraima. Atualmente, a população total de Wapichana é de aproximadamente 13 mil habitantes, dispersos ao longo dos rios Branco e Rupununi, na fronteira entre o Brasil e a Guiana. Os Wapixana são a maior população de falantes de Aruak no norteamazônico.

Como atividades de subsistência, os Wapixana, tem essencialmente a agricultura. Geralmente, as famílias possuem suas próprias roças. Dentre os produtos cultivados destacam-se o feijão, o milho e, em especial, a mandioca. Também exercem atividades de pesca, caça e pecuária. Dentre os costumes relacionados à sabedoria e conhecimento, destaca-se o conhecimento associado ao tempo, à idade: os mais velhos são os que necessariamente acumularam o conhecimento pela experiência (Instituto Socioambiental, 2008).

A etnia Amanayé presente na região de Guamá-Tocantins, tem o significado do nome como "associação de pessoas" e aparece nas fontes sob as variantes Manajo e Amanajo. A língua Amanayé pertence à família Tupi-Guarani. Hoje em dia os Amanayé não usam mais a língua materna devido ao intenso contato com não indígenas, que ocorre desde a década de 1940. As principais atividades laborativas estão ligadas aos igarapés e matas, sendo importantes fontes de alimentos, remédios e caça (Povos Indígenas do Brasil).

Outra etnia na região Guamá-Tocantins é a Tembé que constitui o ramo ocidental dos Tenetehara, enquanto o oriental é conhecido por Guajajara. Tembé, ou sua variante Timbé, constitui um nome atribuído pelos regionais. Os Tembé e Guajajara, falam a mesma língua, o Tenetehara, da família linguística Tupi-Guarani. Concentram-se, principalmente, no estado do Pará. As atividades de subsistência se realizam de acordo com o ciclo das águas e incluem a extração de cipós e resinas (breu), caça de animais como jabutis, onça vermelha, preta, gato maracajá e jacaré, criação de animais, como porcos e galinhas para a venda. A unidade básica da estrutura social Tembé é uma família extensa, voltada para as atividades de subsistência e liderada por um chefe (VALADÃO, 2001).

Os Yanomami constituem um conjunto cultural e linguístico composto de, ao menos, quatro subgrupos adjacentes que falam línguas da mesma família: Yanomae, Yanõmami, Sanima e Ninam. A população total, no Brasil e na Venezuela, era estimada em cerca de 35.000 pessoas no ano de 2011. Apesar de manterem um ideal autárquico, todos os grupos locais se organizam por meio de





uma rede de relações (ALBERT, 2018). Estes conjuntos formam uma malha sócio-política complexa, que liga a totalidade das casas coletivas e aldeias Yanomami de um lado ao outro do território indígena.

No Parque Tumucumaque, a etnia Apalai e Waiana estão presentes junto a outras 6 etnias. As aldeias Aparai e Wayana encontram-se interligadas por meio de laços cosanguíneos ou de afinidade, além das redes de cooperação e rituais. Entre eles, o período de festas é entre os ciclos da mandioca, na qual conta com muita dança, fato esse que diferencia os festejos de reuniões. Entre eles não há uma forma de liderança que transcenda a aldeia. As duas etnias praticam uma economia de subsistência, baseada na caça, coleta, pesca e o cultivo. Essas atividades mudam conforme o ciclo das águas (MORGADO; BARBOSA, 2003).

Na região Alto rio Purus a etnia Apurinã e Manchineri prevaleceram. A etnia Manchineri no Brasil, habita na Terra Indígena Mamoadate, mas muitas famílias vivem em seringais no Acre, principalmente, no interior da Reserva Extrativista Chico Mendes. Realizam atividades laborativas como a caça, pesca e agricultura e possuem relações sociais pautadas em um núcleo familiar formado por pais, filhos e avós. Preservam também algumas festas tradicionais e ritos, como a cerimônia de passagem da menina, aos quinze anos, à condição de mulher (MERCANTE; FRANCHETTO, 2018).

**5** | CONHECIMENTO  
SOBRE SAÚDE MENTAL





O instrumento utilizado neste levantamento de dados permitiu que jovens respondessem três perguntas abertas, colocando suas opiniões, conhecimentos e práticas sobre o tema. As perguntas são as seguintes: Quando fala de saúde mental o que lhe vem à mente? Caso tenha procurado ajuda relacionado a sua saúde mental, você se importa em me dizer o motivo? Sob seu ponto de vista, o que é necessário para melhorar o bem viver dos jovens da comunidade? O levantamento de ideias sobre a saúde mental e o cuidado em saúde mental entre os jovens consistia em questão de grande relevância para o planejamento da atividade educativa e o registro aberto buscava identificar construções discursivas cotidianas.

Cada questão foi respondida por todos os participantes do estudo, gerando entre 5 a 6 mil palavras. As respostas foram desde uma palavra até frases mais complexas. Na primeira parte da análise utilizamos o software Pro Word Cloud para a visualização da “nuvem de palavras”. Antes de aplicar a análise, realizamos a “limpeza” do banco devido a erros de digitação. A nuvem de palavras apresenta a frequência, mostrando as palavras que ficam centralizadas, em cor forte e em tamanho maior, tiveram a maior número de referências. Quando menor a frequência menor é o tamanho. Na segunda parte da análise, utilizamos o sistema de contagem das palavras para facilitar a categorização das falas dos jovens. Quando necessário, buscamos associar as respostas com a variável região, para destacar algumas particularidades étnico regional.

### “QUANDO FALA DE SAÚDE MENTAL O QUE LHE VEM À MENTE?”

#### (A) PRIMEIRA QUESTÃO

Foi elaborada para que os jovens pudessem expressar o seu conhecimento sobre o termo saúde mental, pois como destacamos anteriormente, essa é uma categoria cunhada na cultura acadêmica ocidental. Abaixo (figura 1) apresentamos a nuvem de palavras geradas com as respostas à primeira pergunta:





## 5.1 | IDEIAS SOBRE A SAÚDE MENTAL

**(1)** As palavras e a frequência daqueles que deram alguma resposta sobre o seu conhecimento sobre saúde mental apontam para os seguintes significados: “doença” (48) e “doente” (7), “problema” (47), problema “da cabeça” (35) e do “cérebro” (6), “doido da cabeça” (7). Alguns apontaram como consequência a “depressão” (27), a “tristeza” (5), “ansiedade” (11). Nos surpreende que somente uma pessoa falou em “loucura” e duas em “deficiência mental”. A doença e os problemas estão associados principalmente quando a questão é buscar apoio. Veremos que na segunda questão a depressão, tristeza e ansiedade serão bem destacadas como motivos para o cuidado em saúde mental. Então não é de estranhar que o “problema” faz parte do imaginário dos jovens.

Em seguida, destacaremos algumas frases que ilustram a categoria de saúde mental como doença, tendo uma relação com a depressão, ansiedade, mas também relacionadas à mente e à cabeça.

- » Quando a gente tem alguma coisa tipo uma doença na mente.
- » Saúde mental e doenças, crises, depressão, ansiedade.
- » Doenças de depressão.
- » Doenças psicológicas, coisas relacionadas a emoções.
- » Doença que afeta a mente de uma pessoa.
- » Que tem uma doença na cabeça.
- » Doenças psicológicas.

Algumas noções se relacionam com problemas ou tratamento da cabeça ou situações neurológicas, mas que pode também constituir lugar de saúde.

- » Saúde do cérebro.
- » Já ouvir falar de saúde mental e entendo que é o tratamento da saúde do cérebro nas pessoas da nossa comunidade.
- » A relação de saúde mental vem quando a tem problema relacionado a saúde mental com problema de cérebro ou no organismo humano, podendo cuidar da saúde.
- » Para mim quando se fala de saúde mental trata do tratamento do cérebro.
- » Relativo ao funcionamento do cérebro, normalmente sem ter doenças mentais.
- » Tratamento de tumor ou alguma doença cerebral.



Algumas vezes as doenças mentais estão relacionadas com as emoções, os sentimentos e ao psicológico. O interessante que a categoria psicologia foi utilizada, mostrando que há um certo conhecimento sobre a categoria e a disciplina. O psicológico pode estar relacionado a uma área de estudo, um “transtorno”, uma condição (bom ou mal), um estado que garante a saúde, assim como uma situação da consciência. Lembrando que tivemos 34 respostas mencionaram a palavra psicológico:

- » Doenças psicológicas, coisas relacionadas a emoções.
- » Uma doença psicológica.
- » Transtorno psicológico.
- » Boa saúde psicológica.
- » Psicológico e consciência.
- » Pessoa sem problemas psicológicos.
- » Ausência de problemas psicológicos.
- » Bem estar psicológico.
- » Psicológico do ser humano.
- » O estudo do desenvolvimento psicológico de determinadas pessoas em relação aos humores metais.
- » Estudo psicológico.
- » Saber o psicológico das pessoas.
- » Que é de suma importância falar sobre isso pois o psicológico devemos manter sobre equilíbrio.
- » Uma pessoa com o psicológico totalmente saudável.
- » Psicológico normal
- » Um psicológico muito fortalecido em relação a vida como pessoa juvenil.
- » É de como está o nosso psicológico durante determinadas situações.
- » Algo relacionado ao nosso psicológico, algo referente ao que pensamos e como agimos.

O psicológico também está associado ao cuidado e acompanhamento profissional:

- » Um tratamento psicológico.
- » Já ouvir falar de saúde mental e entendo que é o tratamento da saúde do cérebro nas pessoas da nossa comunidade.
- » Vem um tratamento para jovens que e viciados a drogas bebidas alcoólicas.
- » Eu entendo que saúde da mente como ser uma pessoa fosse viciado em drogas, e ai ser ela não tivesse drogas essas pessoas ficaria com raiva ai ela ai querê bater nas pessoas então, ele tinha que passar com especialista da psicologia.



Uma frase pode resumir esse bloco de significados:

**“SÃO TODAS AS DOENÇAS DA MENTE”.**

No entanto, observamos que o conhecimento da saúde mental não fica restrita às ideias de doença, mas também está associada a uma visão mais ampla de saúde, que não ausência de doenças, como ficará destacada no próximo bloco.

**(2)** A saúde também foi uma temática forte nas respostas, procurando ver que a saúde mental está relacionada à uma condição de “bem estar” (27), associada com as dimensões psicológicas, sociais, mentais e físicas. O comportamento, o bom entendimento e bom estado mental contribuem para o bem estar. A questão emocional foi muito citada, sendo que a palavra “emoções” (31), “emocional” (10) e “sentimental” (6) aparecem como uma condição positiva, algo que precisa ser “controlado” e saber “lidar”. A palavra “mente” (71) aparece com força para designar a questão da “saúde”, “tratamento”, “sadia”, “boa”, mas mente também pode ser “problema” e “confusa”.

Iniciamos com o destacamos para as respostas que falam da saúde mental como algo que não se refere somente à “ausência de doenças”, coincidindo com a noção ampla de saúde divulgada no SUS e na OMS.

- » Saúde mental é implica muito mais que a ausência de doença mental.
  - » Um termo usado para descreve nível cognitivo ou emocional ou ausência de uma doença mental.
  - » Não é apenas a ausência de doença.
  - » Implica muito mais que a ausência de doenças mentais
  - » Doença mental implica muito mais que a ausência de saúde mental. Pessoas mentalmente saudáveis compreendem que ninguém é perfeito, que todos possuem limites, que todos vivenciam diariamente uma série de emoções.
  - » Completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.
  - » Completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.
  - » Não é somente a ausência da doença, mas também uma pessoa que está bem com ela mesmo.
- No entanto, a saúde mental pode ser entendida também com ausência de qualquer tipo de doença:

- » É não ter nenhum tipo de doença.



Uma das respostas sintetiza o pensamento de saúde mental, além de ser mais do que doença, tem um conjunto maior de implicações e explicações:

- » A maior parte das pessoas, quando ouve falar saúde mental, pensa em doença mental, mas a saúde mental implica muito mais.

**(3)** .A categorias do cuidado, pessoa e comunidade estão relacionadas com a vida social, mas também tem consequências sociais quando há um desequilíbrio como o “suicídio” (6) e a “violência”. A noção de “pessoa” (197) e “ser humano” (8) estão próximas da ideia de “cuidado” (18), quando a “convivência” (3) em “comunidade” (6) são importantes para um bem estar amplo. O cuidado “psicológico” (34) aparece para dimensionar o cuidado, mas também é identificado como um problema ou um estado. Por fim, a “qualidade de vida” (6) e a própria “vida” (28) são importantes para o convívio “saudável” (8) com o lugar.

O suicídio e a violência são experiências vividas pelos jovens, podendo ser uma causa e consequência de outra. Portanto, a saúde mental é um problema que pode levar os jovens a cometer suicídio:

- » Quando a gente sente uma ira na nossa cabeça, podendo se enforcar ou envenenar ou pode matar outra pessoa, isso acontece quando tem problema de saúde mental.
- » Dor cabeça, dor na garganta leva os jovens ao suicídio.
- » Quando a gente sente uma ira na nossa cabeça, podendo se enforcar ou envenenar ou pode matar outra pessoa, isso acontece quando tem problema de saúde mental.
- » Eliminar pensamentos negativos que encorajam para praticar violências na comunidade.

A doença mental, segundo uma das respostas, também pode levar à morte:

- » Doença da saúde mental é grave que leva a morte.

A condição de saúde foi mencionada na relação com as emoções e a questão sentimental, mas também relacionada às lembranças e o viver o momento:

- » Emoções antigas, boas lembranças, viver o momento agora.
- » Que está relacionada à forma como a pessoa reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções.
- » Saber lidar com as boas emoções e também com aquelas desagradáveis, mas que fazem parte da vida.





- » Que são pessoas que vivenciam diariamente uma série de emoções.
- » A saúde mental de uma pessoa relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmonizar seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções.
- » Vem as emoções e saberes de como estar vivendo e com vivendo e, também, como estar a mentalidade estar funcionando de acordo com os processos do pensamento.
- » Saúde da mente, psicológico, a forma como harmonizamos nossas ideias e emoções.
- » Como uma pessoa reage às exigências, desafios e mudanças da vida e ao modo como harmoniza suas ideias e emoções.
- » Saúde mental é o pensamento que lhe vem bem funcionamento sem conter as doenças mentais.

A saúde mental está relacionada às questões mais amplas da vida e envolve a qualidade de vida das pessoas em comunidade. No entanto, a vida em comunidade tem regras e limites:

- » Pessoas mentalmente saudáveis compreendem que ninguém é perfeito, que todos possuem limites, que todos vivenciam diariamente uma série de emoções.
- » Não quer dizer que a pessoa não tem nenhuma doença e sim saber se ela está bem mentalmente.

Alguns jovens destacam que a saúde mental está relacionada à uma questão da alma e da religião. Como vimos na questão sobre o pertencimento religioso, os jovens fazem parte de denominações evangélicas como católicas, portanto não é de estranhar as concepções de alma e de Deus nas suas respostas:

- » Doenças da alma de quem não acredita em Deus.

Por fim, a questão da saúde está vinculada ao bem estar e ao bem viver para além da vivência e experiência individual, envolvendo também a pessoa em comunidade. Esse bem estar tem uma perspectiva de colaboração com o grupo social, com a família, com a escola e comunidade:

- » O termo é utilizado para descrever um estado de completo bem-estar físico, mental e social.
- » Bem estar social e mental.
- » Em algumas palavras simples, quer dizer, conseguir lidar tanto com sentimento positivos, como alegria, amor e coragem como com os negativo, como tristeza ciúmes e frustrações entre outros também e um estado de bem estar em que o indivíduo percebe sua própria labilidade.



- » Que é um estado de bem estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.
- » Estado de bem estar, (...) e é capaz de contribuir socialmente.
- » Viver sem problemas na vida na família, na comunidade, na escola, sem medo de nada.

Segundo um dos jovens, o bem estar também está relacionada com uma postura diante da vida:

- » Estado de bem estar no qual uma pessoa é capaz de apreciar vida.

Alguns relatam que a saúde mental está associada aos tipos de atitudes e comportamentos na comunidade:

- » Alguns jovens da comunidade têm problema de saúde mental por causa do uso de drogas e alcoolismo.
- » Eliminar pensamentos negativos que encorajam para praticar violências na comunidade.
- » Muitas pessoas por ter a sua saúde mental destruída se afogam em bebidas alcoólicas, drogas, vícios em geral.

Enfim a saúde mental envolve a vida do povo e a qualidade de vida em comunidade. Os pensamentos fazem parte da dinâmica da saúde mental porque vimos que os “maus pensamentos” podem produzir a doença e até a morte. Assim, o pensamento não parece ser somente algo abstrato, mas que se relaciona com as suas atitudes e práticas na sociedade:

- » E a qualidade de vida do povo nos seus pensamentos e isso tem acontecido na minha comunidade.

## (B) SEGUNDA QUESTÃO

### “CASO TENHA PROCURADO AJUDA RELACIONADO A SUA SAÚDE MENTAL, VOCÊ SE IMPORTA EM ME DIZER O MOTIVO?”

buscou entender algumas atitudes dos jovens ao se sentirem numa condição de saúde. Alguns optaram em não falar, pois “importava” para o outro que poderia ter acesso à resposta, lembrando que algumas entrevistas foram feitas em papel e depois passada no aplicativo. Apesar de ser uma estratégia local para alcançar a meta de entrevistas, trouxe prejuízos para esse tipo de pergunta.







**(1)** Um grupo significativo não quis responder (28), sendo que alguns disseram não querer responder, mas responderam mesmo assim (7). O grupo de respostas negativas pode ser atribuído ao momento da abordagem, pois não sentiram segurança e garantia de sigilo da resposta. Outro grupo respondeu que “nunca” (66) precisou de um atendimento ou apoio, sendo que 25 “nunca procurou”, 16 “nunca precisou”, 5 “nunca teve problema”, 6 “nunca conversou” e 1 “nunca ouviu” falar.

**(2)** O segundo grupo está aqueles que alegaram algum motivo para procurar ajuda: Os primeiros estão associados a questões de sentimentos internos como a “tristeza” (11), solidão (1), depressão (12), ansiedade (7), crise de ansiedade e de depressão (5), “ódio” (1), “raiva” (1) “dor de cabeça” (5). Outro grupo está associada às causas externas como “violência” (4), “briga” (1), “gravidez” (2), “assédio” (2), “abuso na infância” (2), “bullying” (1), “drogas” (3), “bebidas” (5), “preconceito” (2), “agressividade em casa” (1). Outro motivo é a “separação dos pais” (2) e “desobediência dos pais” (1). Enfim, outro grupo associado à “pandemia” (2), “mortes” (6) de familiares, tentativa ou pensamento de “suicídio” (2). Ainda temos algumas respostas que se referem às doenças (10), “problemas de saúde” (13) e “malária” (1).

Um conjunto de respostas trouxe questão associadas com situações que associadas com a depressão e ansiedade. A tristeza, segundo os apoiadores, é uma forma como os jovens expressam a sua condição ou situação de depressão:

- » Tristeza e um grande vazio.
- » Tristeza, frustrações, angústia, decepção e culpa.
- » minha sensação de tristeza.
- » procurei por causa da tristeza.
- » tristeza e falta de incentivo.
- » Sempre, depressão.
- » Depressão e ansiedade.
- » Por ter crises de ansiedade.
- » Em casos de autoestima baixo ou quando passo por momentos de ansiedade.
- » Quando alguém me ofende, e me sinto rebaixado.

Uma resposta elabora uma explicação para a depressão, associando com questões do passado e que estava “mexendo com o psicológico”.

- » O motivo foi a depressão, coisas que tinha acontecido comigo no passado tavam mexendo com meu psicológico, então esse foi o motivo de eu ter procurado esse atendimento.



Alguns jovens responderam que buscaram ajuda devido à dores de cabeça, que pode estar associada com outra situação. A palavra “dor de cabeça” veio, na maioria das respostas, sozinha:

- » Dor de cabeça.
- » Tristeza e dor de cabeça.

Denominamos um grupo de respostas como causas externas, isto é, que a busca por apoio foi motivada por questões relacionais, conflitos, violência, uso de bebidas e drogas, assédio, e questões familiares.

- » Envolvimento com drogas e violência na comunidade.
- » Violência na família.
- » Brigas por exemplo que trouxe muita preocupação.
- » As vezes eu sofro buling.
- » Discriminação.

As bebidas alcoólicas também se destacam entre os motivos. No entanto as bebidas vão aparecer em outros contextos como os conflitos familiares e na ajuda do pajé para a superação da dependência:

- » Problemas sobre parar de beber.
- » Falta de vontade de estudar e uso de bebidas alcoólicas.
- » Problemas na família sobre alcoolismo, drogas e desobediência aos pais que meus irmãos fazem.

Um das questões preocupantes foi a questão do assédio e abuso sexual na infância e na juventude, demonstrando que é uma questão que pode não ser abordada no âmbito familiar e profissional, mas está entre as experiências das meninas, principalmente:

- » Motivo de abusos na infância ...
- » Sofri abuso quando criança.
- » Eu já sofri vários assedio sexuais e isso perturba a minha mente.
- » Na verdade eu nunca procurei...mais eu necessito, é que alguns tempos passei por um momento muito difícil é que tentaram abusar de mim e logo depois fui atacada na rua eu e minha colega.
- » Problemas com a minha mãe e por quê eu sofri assédio muito nova e me recordei já com uma certa idade fui me lembrando das coisas que aconteceu comigo quando eu era criança.



As questões relacionadas à morte de familiares também estão entre os motivos. Uma das respostas relatou que procurou ajuda, mas não encontrou, demonstrando que os serviços de saúde indígena ainda necessitam avançar nesse tipo de cuidado.

- » Quando perdi umas pessoas da família.
- » A morte recente de uma Pessoa muito querida na família.
- » Devido a morte de vários familiares próximos que abalou a família toda.
- » Procurei, mas não encontrei o atendimento. Estava abalada com muitas mortes.
- » Morte do meu irmão.
- » A morte da minha mãe.

O suicídio também aparece como motivos de busca de cuidado, tanto nas tentativas como no “pensamento”. Apesar de ser um problema de saúde mental identificado pelos jovens, não houve muita frequência nas respostas, sendo que somente dois mencionaram o suicídio dentre outros motivos, mas ter os “pensamentos ruins” pode significar um caminho para o suicídio:

- » Mau pensamento suicídio, depressão, e outros problemas.
- » Motivos foram várias, mas o principal foi querer cometer o suicídio.
- » Tenho pensamentos ruins.
- » Pensamentos negativos.
- » Mal pensamento.

Relacionada à doença sua ou de alguém, mas também o medo de pegar alguma doença (não especificou que doença, podendo ser a própria COVID-19):

- » Uma vez nós levamos um paciente que tava muito doente.
- » Quando estive doente.
- » Medo de pegar doença.

A gravidez foi outro motivo para buscar apoio profissional ou de algum outro cuidador:

- » Por conta da gravidez.
- » Sobre minha gravidez.



As questões associadas aos relacionamentos também fazem parte dos motivos:

» Vida amorosa.

As causas associadas à pandemia de COVID-19, apesar de serem somente três respostas, tem um significado importante para o estudo. Uma das respostas aponta para o trabalho na equipe de saúde no momento da pandemia.

» Pressão escolar, relação a Família em questão da Pandemia.

» Nunca Precisei, porém Já Tive Visita Por Causa Da COVID 19.

» Não procurei ajuda, mas me senti muito triste quando perdi minha avó que morreu por culpa de coronavírus.

**(3)** Em relação aos tipos de profissional e local do acontecido e do cuidado: alguns citam o Polo Base (1), "escola" (5), "família" (15), "comunidade" (7), na "rua" (1), na igreja" (1). Os cuidadores podem ser o "pajé" (9), os "pais" (10), "familiares" (10), "profissionais de saúde" (10), "psicólogo" (4) e "amigos" (3), "agente de saúde" (1). Somente duas respostas se referem ao uso de "medicamentos".

A escola é um dos lugares que motivam a procura por um profissional, desde a dificuldade de aprendizagem e questões relacionais até o bullying e preconceito:

» O motivo foi que era a procura de algo para entender minha própria perspectiva em relação aos meu estudo minhas notas estavam péssimas, tava indo muito mal na escola mesmo. Então meus pais procuraram para eu ir até um psicólogo e tentar fazer uma melhoria para mim mesmo, eu também era uma pessoa muito calada até hoje sou um pouco mais lá tive que falar o que eu sentia o que estava acontecendo para esta daquela forma o que fez eu chegar aquele estado foi esses um dos motivos que me levou a procurar um psicólogo isso foi aos meus doze ou treze anos.

» Pressão escolar (...).

» Problema com o professor da escola onde eu estudava.

» Precisei por causa de preconceito na escola e também fiquei muito triste.

» Problema com o professor da escola onde eu estudava.



Os profissionais de saúde são procurados em situações de doença, não esclarecendo se é uma questão de saúde mental:

- » Quando estou muito doente vou no médico.
- » Só procuro médico quando me sinto doente.
- » Não, eu só procuro quando eu me sinto mal ou doente que eu preciso falar com um médico, ou um parente.
- » Procurei agente de saúde pra informar o problema.

O psicólogo aparece tanto no sentido de não ter necessidade como ter sido o profissional que foi procurado. No entanto, a negativa revela o conhecimento do profissional psicólogo.

- » Psicóloga.
- » Não tive necessidade de procurar um psicólogo.
- » Nunca precisei de um psicólogo.

O profissional de saúde aparece de modo genérico, sem especificar quem foi procurado:

- » O profissional de saúde
- » Pós estar muito preocupado e fonte por causa do estudo. Por querer saber da orientação de um profissional.
- » Se a pessoa tiver o problema relacionado a saúde mental pode falar e tem atendimento urgente e procurar o profissional na saúde.

A igreja também foi um dos lugares de apoio aos jovens ou à sua crença:

- » Somente procurei pessoas da igreja.
- » Quando não estou bem converso com Deus que ele é o médico dos médicos.
- » Na verdade, só as pastorais oferecem ajuda psicológica, mais eu não conversei com ninguém ainda.

A família também foi citada como lugar de apoio, o que pode se dar pela confiança, mas também por não haver disponibilidade de serviços mais especializados. Por outro lado, a família está entre os motivos da procura de ajuda desde conflitos como a separação dos pais:

- » Não tive ajuda profissional apenas conselhos de família.
- » Procurei por causa de problemas familiares.
- » Motivo familiar.





- » Problemas familiares.
- » O motivo foi uma discussão que teve entre eu e meu pai dentro de uma atividade familiar que estávamos realizando no momento ele estava com sintomas de embriaguez.
- » Não tive mas tenho um problema por conta da separação dos meus pais quando pequeno.
- » Separação dos meus pais me abalou muito é até hoje não superei ainda.

O “parente<sup>5</sup> mais velho” também foi procurado. Na cultura indígena parente pode ser tanto alguém do grupo familiar, clã ou de alguma outra etnia indígena. Nesse caso, o motivo foi o uso de bebidas alcoólicas e o comportamento dentro da aldeia. Com essa frase podemos observar a importância que os velhos têm na comunidade, como orientador e conselheiro dos mais jovens. Não podemos dimensionar o quanto isso está presente nas comunidades indígenas, principalmente na valorização dos mais velhos, mas a resposta no indica que a tradição e o saber dos mais velhos são significativos nas orientações nas atitudes e práticas dos jovens.

- » Procurei parente mais velho pra ele me aconselha sobre como posso me comportar na aldeia sobre bebidas e outros.

O pajé foi mencionado como apoio para situações difíceis, demonstrando a força da cultura e a necessidade de incluir os pajés e rezadores no cuidado integral da saúde dos jovens. O pajé não só cura, mas também traz a proteção contra o mal e cuida das questões como da dependência de bebida alcoólica:

- » Os motivos que quando sofro vou diretamente com pajé porque na minha cultura os pajés são os médicos que existiam na comunidade.
- » Quando eu estou me sentindo abatido, me sinto mal e quando isso tornar grave procura o pajé.
- » Procurei o Pajé pra minha proteção dos males. Porque uma pessoa necessita para que haja prevenção e não chegar a situação grave.
- » Bom. Procurei o pajé pra me proteger de todos os males que afetariam minha vida pessoal e emocional.

---

<sup>5</sup>O termo começou a ser usada entre as lideranças indígenas no fim da década de oitenta durante as assembleias, reuniões e encontros nacionais e regionais. O termo “parente” servia para o tom de abertura e de discursos das lideranças durante os eventos para enfatizar a noção de unidade. A expressão tem um sentido de convocação para uma luta política comum pelos povos que estão na mesma posição social de discriminação, de invisibilização, de luta pela terra, luta pela educação e saúde diferenciada para além das diferenças de cada povo.



- » Motivo: Brigas por exemplo que trouxe muita preocupação. Por saber que o pajé pode orientar as pessoas para o bem dos povos e da comunidade.
- » Na minha opinião, os pajés que curam esse tipo de doença. Nenhum de nossos parentes foi a última, mas alguns como dependente que vem aqui no município, ou seja, ele bebe de outras bebidas não caxiri. Por isso ajuda como boa esperança já qui cuida dos alcoólatras.
- » Não procuro o médico, somente pajé para rezar e descobrir a doença. Bom, até agora não precisei de pajé relacionado à saúde mental.

Por fim, aparece um grupo de jovens que relatou não ter encontrado ajuda nos serviços de saúde, mas que pode encontrar apoio na cultura ou em outras iniciativas como das pastorais ligadas à igreja católica:

- » Polo base não tem esse profissional.
- » Não tenho esse acesso a profissionais da área.
- » Não procurei porque não tem esse profissional no Polo base pra conversar.
- » Muitos motivos; relacionado a tudo que já vivi em meios a tanto isso hoje estou bem, acho que precisava desabafar com alguém, enfim o que importa e o hoje, e graças a DEUS estou bem.
- » Na verdade, só as pastorais oferecem ajuda psicológica, mas eu não conversei com ninguém ainda.

Uma pessoa entende que é necessária uma explicação do sofrimento dos jovens indígenas, sem mencionar quais:

- » Explicar de fato o que que tá acontecendo com mentalidades das juventudes indígenas o por que elas sofrem.

Ainda as questões do trabalho aparecem como motivos:

- » Quando não havia opção de emprego na minha comunidade pra ajudar a manter a família e tive que sair pra morar na cidade.

Inclusive um dos jovens faz uma crítica aos profissionais de saúde que fazem a busca ativa e o monitoramento dos casos, colocando as pessoas em situações de abandono.



- » Não tive necessidade, porque no meu ponto de vista, os profissionais dessa área não ampliam suas atuações e ficam presos sem poder fazer busca ativa na comunidade, por isso não existe monitoramento que dizem fazer porque esperam o doente procurar eles e dificilmente isso acontece, porque justamente a pessoa se mantém solitária.

Alguns revelam nunca conversaram com um profissional, mas gostariam de ter esse tipo de apoio, pois entendem a necessidade de “colocar tudo para fora”:

- » Nunca conversei com profissional.
- » Nunca conversei com um profissional, porém tenho muita vontade.
- » Ainda não conversei com nenhum profissional.
- » Porque as vezes não dá pra esconder o que sente e é sempre importante colocar tudo pra fora.

Ao final, um jovem pergunta: **“O que está acontecendo comigo?”**

Talvez seja a pergunta fundamental para compreendermos as dinâmicas socioculturais em relação às mudanças que ocorreram nas comunidades e sociedade mais geral. Ainda algumas respostas refletem uma relação com o seu corpo:

- » “Não gosto do meu corpo”,
- » “Me acho muito feia”.

A preocupação com a saúde mental dos jovens pode ser refletida na seguinte frase:

- » “As vezes a vida perde a cor” ou
- » “É difícil explicar porque não entendo o que sinto, sei lá um vazio”.

Por fim, podemos entender que várias questões geraram motivos para a procura de um cuidado em saúde mental ou de um cuidado mais geral. Os motivos foram diversos desde as “incertezas” até “pensamentos maus” que poderiam conduzir ao suicídio. Os atores identificados pelos jovens foram diversos, desde os profissionais de saúde, psicólogo, agente de saúde, amigos, familiares, pajé, idosos. Mostrando que com ou sem serviços os jovens encontram apoio, no entanto alguns gostariam de ter uma atenção dos serviços, mas não havia na sua comunidade ou aldeia.





A visualização gráfica pela nuvem de palavras já nos aponta para algumas palavras que se destacam, sendo que a palavra “jovens” e “comunidade” que mais se destacam, reproduzindo as palavras da pergunta. Em seguida, as palavras “viver” e “vida” aparecem em destaque, depois podemos ver as palavras com cores mais claras como “esportes”, “palestras”, “projetos”, demonstrando que são sugestões fortes para a vida em comunidade. Já as palavras bebidas e drogas também aparecem destacadas como questões que foram identificadas como uma sugestão do que precisa ser combatido, controlado e evitado para o bem viver em comunidade.

Realizamos a contagem das palavras para demonstrar a relevância e a frequência das mesmas nas respostas. Queremos deixar evidente que estamos apontando para a frequência o que não significa dizer que essa é uma representação social dos jovens sobre o bem viver em comunidade, mas uma forma de destacar as principais questões que estão presentes nas suas preocupações com a vida do jovem em comunidade.

Desse modo, agrupamos as palavras em 4 categorias: sugestões de caráter social e comunitário, serviços e políticas públicas, inclusão por projetos e bem viver. Apresentaremos inicialmente a frequência das palavras e depois apresentaremos algumas frases para aprofundar o discurso dos jovens sobre essas categorias.

**(1) Sugestões de caráter social e comunitário:** a questão dos esportes e atividades de lazer são tratados com bastante destaque, sendo assim a palavra “esporte” aparece 62 vezes, “lazer” (25), “diversão” (6), “brincadeira” (7), “dança” (4), “música” (2). As palavras estão associadas como alternativas para dar opções de atividades na comunidade, evitando a ociosidade. Algumas dessas questões estão associadas à projetos específicos.

Selecionamos algumas frases que nos ajudam a compreender essas frases no discurso dos jovens. A temática dos esportes e atividades de lazer são bem relevantes:

- » É necessário ter esportes para eles possam se distrair, ter uma boa educação ter conhecimento.
  - » Para o bem viver dos jovens é necessário eles terem acesso à internet para fazer pesquisa sobre esportes, pesquisa sobre doença.
  - » Mais esportes nas aldeias
- Fortalece a Cultura, festas tradicionais, ter esportes lazer envolver aos jovens.
- » É praticar mais esportes, a comunidade precisa mais projetos que interajam os jovens



- » Acredito que um incentivo dos jovens mais experientes, dos pais e da comunidade, através de projetos esportes ou eventos que chamem a atenção ou interesse ficar em comunhão uns com os outros
- » Pra melhorar precisa mais aulas, e brincadeira, esportes...

A questão da ocupação do tempo dos jovens é bem recorrente nas falas, por isso é necessário atividades relacionadas ao esporte e lazer, assim como outras atividades.

- » Ocupação de tempo nas coisas boas como cursinhos, esportes e outros.
- » Incentivo e projetos para poder distrair os jovens.
- » É preciso ter e fazer projetos que ocupam os espaços desses jovens. Como brincadeiras, dinâmicas, danças entre outros.
- » É necessário realizar várias oficinas, encontros, seminários e eventos sobre os temas citados acima, e poder chamar a juventude de hoje para conviver uma vida mais saudável.
- » Ter algo de diversão como esportes, brincadeiras, pra deixar pro lado as bebidas e manter bem à saúde.
- » Aula música, dança, pintura, informática, escola futebol, cursos doces e salgados, culinária, cortes cabelo.
- » Para a melhoria dos Jovens para o bem viver falta de lazer, atividades nas comunidades, educação de jovens com vários tipos de cursos e minicursos como: danças, práticas instrumentais de música e outros.

Há falas que expressam a preocupação com o uso de drogas e bebidas alcoólicas pelos jovens:

- » Não beber caxiri<sup>6</sup> e não consumir bebida alcoólica exagerado.
- » Que jovem parem de beber
- » Diminuir alcoolismo na comunidade e criar projetos pra apoiar os jovens e ficarem ocupados.

---

<sup>6</sup>Caxiri (na língua Nhegatu) é uma bebida fermentada a base de massa e beiju de mandioca, ou outro tipo de tuberculos. Os povos indígenas tradicionalmente consomem a bebida durante as festas de comemoração de ciclos anuais, em atividades coletivas e momentos especiais como formação de novos especialistas (pajés), inserção dos “adolescentes” à vida adulta (ritual de iniciação), no caso dos povos indígenas do noroeste amazônico.



**(2) Serviços e políticas públicas:** as questões vinculadas à saúde e à educação aparecem em destaque. Assim, a palavra “saúde” aparece 48 vezes, “posto de saúde” (2), “orientação de profissional” de saúde e educação (3), “professores” (3) e “contratação de psicólogo” pela (1). O “estudo” (20) aparece como uma alternativa para o bem viver. Apesar disso, há um destaque para a saúde dos jovens, questões que envolvem desde a questão da Covid-19, saúde mental, prevenção de “drogas” (54) e “bebidas alcoólicas” (53). Na maior parte das vezes drogas e bebidas alcoólicas aparecem juntas para expressar o mesmo problema que é o de acesso e uso nas comunidades. Alertamos que não estamos qualificando o que é saúde para os jovens, pois teríamos que aprofundar esse debate pelos significados culturais de cada etnia e povo. Por fim, a palavra “direitos” (11) aparece na fala dos jovens.

As frases expressam que as públicas devem estar voltadas para as questões relacionadas aos esportes e lazer:

- » Políticas públicas voltadas aos jovens, nas áreas de lazer, esportes, músicas.

Há indicação na responsabilidade do poder público na oferta de projetos que possam incluir os jovens.

- » Os jovens precisam desse apoio através dos projetos oferecidos do governo para que assim os jovens englobam e ocupem seu tempo.
- » As autoridades do governo deveriam fazer projetos para trazer melhoria para comunidades envolver os jovens.

As políticas públicas na área da saúde são apontadas como formas de dar respostas às questões como o suicídio e saúde mental:

- » Trabalhar mais na área psicológico dos jovens para não perder para o suicídio.
- » Incentivo da Saúde indígena, procurar a ter mais palestras ou ter um profissional (psicológico) para tratar desses jovens.
- » A Sesai tem que colocar em pratica o trabalho da psicóloga.

As sugestões são também no sentido de ter uma estrutura de saúde e acompanhamento da equipe para o cuidado da população, inclusive com a perspectiva da participação:

- » Bom posto de saúde.
- » Ter saúde de qualidade na comunidade com a participação de todos.
- » Mais acompanhamento da equipe de saúde, com palestra para os jovens (...).



- » Conselho e orientação dos profissionais da saúde.
- » Mais qualidade na saúde.

As políticas públicas na área do ensino também são apontadas como importantes estratégias, especialmente no ensino superior. Os cursos são apontados como uma estratégia de melhorar a vida dos jovens, ocupar o seu tempo, mas também devem ser aplicados na comunidade:

- » Trazer novos cursos de medicina, psicologia, dentista, advocacia para universidades locais do Alto Solimões pra não termos que sair pra longe da comunidade.
- » Para melhorar o bem viver dos jovens na comunidade é que os jovens precisam ocupar seu tempo estudando e participando dos cursos na área de Saúde e educação.
- » Precisam ter cursos na área de saúde e educação para serem usados na comunidade.

**(3) Inclusão por projetos:** A palavra “projetos” apareceu 56 vezes, sendo que que foi identificado o projeto “Terefi” (9) como sendo um exemplo de projeto voltado aos jovens. Os projetos estão associados às questões sociais, atividades desportivas e lazer, trabalho, geração de renda, sustentabilidade, estudo, participação e valorização dos jovens.

As frases apresentam os projetos como uma alternativa para a vida dos jovens: Em alguns momentos, os projetos aparecem como algo que dever “ocupar os espaços desses jovens”, com uma oferta de diversas atividades.

- » É preciso ter e fazer projetos que ocupam os espaços desses jovens. Como brincadeiras, dinâmicas, danças entre outros.

Em outros momentos os projetos são amplos para promover a educação “física e mental” dos jovens:

- » Implantar projetos sociais para incentivar os jovens, na educação física e mental.
- » implementar projetos de bem estar físico e mental voltados aos jovens.

Em outros momentos os projetos devem ajudar na orientação dos jovens, para não seguir “o caminho errado”:

- » Para a melhoria do viver dos jovens é necessário a criação de projetos para que os jovens não sigam no caminho errado.
- » Projetos para que os jovens não continuem fazendo isso (álcool e drogas).





Os projetos também são sugeridos para a questão do trabalho e sustentabilidade:

- » Mais projetos para incentivar os jovens no mercado de trabalho.
- » Projetos de auto sustentabilidade.
- » Projetos para terem experiência.
- » Projetos sociais e trabalhos voluntários.

Há uma relação entre os projetos e os estudos, mostrando que é necessário o “incentivo ao estudo”:

- » Para melhorar com o bem viver dos jovens é preciso criar alguns projetos ou incentivar a estudar.
- » Bom para melhorar o bem viver dos jovens é preciso criar alguns projetos ou incentivar a estudar muito para eles serem algo na vida deles.

Os projetos estão vinculados à uma condição de futuro, inclusão e acolhimento dos jovens:

- » Criar projetos para melhorar o futuro dos jovens.
- » Mais projetos para motivá-los a pensar no futuro.
- » Projetos sociais, de inclusão de jovens...
- » Dá melhores condições de vida como faculdades, emprego, projetos que envolvam os jovens pra largarem o alcoolismo e violência com ajuda dos pais e autoridades da comunidade.
- » Deveriam criar projetos onde os jovens se sintam acolhidos e que pratiquem esportes.
- » Projetos que instiga o jovem a ocupar a mente e desenvolver algumas habilidades.

Os projetos também estão associados ao incentivo das habilidades e conhecimentos dos jovens:

- » Criar projetos de valorização dos talentos dos jovens indígenas para darem orgulho para seu povo.

O projeto Tecendo Redes Formando Jovens Indígenas (Tereji)<sup>7</sup> apareceu na fala dos jovens da região do Guamá Tocantins como um bom exemplo. Entendem que as atividades do projeto poderiam ser retomadas para ajudar na valorização dos jovens:

---

<sup>7</sup>projeto Tereji foi proposto, a partir de 2014, pelo Unicef em parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), Sespa e a Semec no Estado do Pará. O projeto realizou a formação de jovens lideranças indígenas. “O objetivo da qualificação é formar adolescentes e jovens indígenas proporcionando o aprofundamento das questões referentes à saúde sexual e reprodutiva, prevenção das DST, Aids e hepatites, prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas e promoção da cultura de paz.” (<https://agenciapara.com.br/noticia/7476>).



- » Mais projetos como o tereji.
- » Fazer mais projeto pra os jovens se distraírem igual o tereji.
- » Eu gostava muito do tereji queria que voltasse.
- » Projetos tipo tereji é legal.
- » Gostaria que o tereji voltasse porque os jovens ficavam entretido e não pensavam em drogas e álcool.
- » Seria muito bom se o tereji voltasse a minha aldeia não participou mas nós gostaríamos muito de participar.

**(4) Bem viver:** relacionamos as questões do bem viver com aquilo que está relacionado à cultura e aos modos de vida em comunidade. A palavra "comunidade" foi citada 106 vezes e "aldeia" (15), enquanto que "bem viver" (17), "bem estar" (4), "respeito aos pais" (11), "Mãe Terra" (2), "cultura" (17), "etnia" (5), "lideranças" indígenas (4). O "bem estar" aparece ao lado do "físico e mental" (9), entendendo a integralidade da pessoa, não necessariamente uma dicotomia. A palavra espiritual não aparece, mas a palavra "Deus" (2) e "igreja" (6) são apresentados como alternativas para o bem viver. Não há frequência das palavras pajé e pajelança como elementos dos processos da medicina tradicional para o bem viver.

Uma comunidade melhor passa pela solução de algumas questões como uso e comercialização de drogas e bebidas alcólicas, e a violência que podem ser relacionadas ao suicídio, como mostra o depoimento de um jovem:

- » Transformar a comunidade para melhor, sem violência, sem alcoolismo, drogas, assassinato e suicídio. Se os jovens tiverem projetos específicos para todos, certamente eles seriam melhores. Ultimamente perdi meu irmão que suicidou e toda família ficou muito triste. Isso nenhuma autoridade resolver nada. Alcoolismo e droga são livres na comunidade.
- » Organizar a comunidade, maior interesse dos caciques, professores, agentes de saúde, pais, filhos pra resolver problemas de alcoolismo e drogas e violência. E os jovens terem opção pra se ocupar e não pensar bobagens.
- » Diminuir a violência da comunidade e que todos sejam bem viver.
- » Quando não usamos o cigarro os jovens viver bem.

A questão da harmonia e a convivência na Comunidade, aldeia e etnia foi enfatizada como uma forma do bem viver. Além disso há um reconhecimento que as lideranças e regras sociais são importantes da a vida em comunidade:



- » Manter a boa convivência e fazer a sua parte na construção de um ambiente harmonioso é essencial para manter a saúde física e mental de todos.
- » Todos os jovens sendo de etnias ou culturas diferentes se respeitarem.
- » Se cada jovem de cada aldeia valorizar a sua cultura e etnia.
- » Que pessoa, sendo de qualquer raça ou etnia seja respeitada.
- » Que a nossa etnia seja respeitada por todos os povos e culturas.
- » Meu ponto de vista para melhorar o bem viver dos jovens é ter muito respeito, com as lideranças da comunidade e seguir as regras.

O bem viver está relacionado com a questão que envolvem a comunidade na sustentabilidade e com as questões ambientais e da natureza.

- » Para a melhoria do bem viver dos jovens na comunidade para ajudar os jovens, e da liderança também, primeiro exemplo; desenvolvimento sustentável, fortalecer o desenvolvimento comunitário, preservação da natureza entre outros.
- » Bem - estar consigo mesmo e com a natureza.
- » Saber conviver com a Mãe Terra, dedicando-lhe respeito, amor e profundo zelo.
- » Cultivar relações de reciprocidade, respeito e valorização de todas as formas de vida.
- » Saber viver em harmonia e equilíbrio.

As questões do bem viver também estão relacionadas ao processo de oferta de atividades diversas e lúdicas, assim como o fortalecimento da cultura e das festas tradicionais.

- » Para a melhoria dos Jovens para o bem viver falta de lazer, atividades nas comunidades, educação de jovens com vários tipos de cursos e minicursos como: danças, práticas instrumentais de música e outros.
- » Fortalece a Cultura, festas tradicionais (...).
- » Valorização da cultura indígena.
- » Manter a cultura viva
- » A comunidade ter opções de esporte, música, ensinamentos bons sobre a cultura.
- » Incentivar a valorização e o conhecimento de culturas e tradições.
- » Meu ponto de vista é recuperar a nossa cultura que está morrendo, nós jovens não tem deixa morrer a nossa cultura.
- » Projeto de revitalização da cultura.





Há uma preocupação em valorizar e fortalecer a cultura, assim a questão da “recuperação” e “revitalização”, com uma preocupação de que os jovens precisam se atentar para a “morte” da cultura e das tradições indígenas.

## 5.2 | COMPORTAMENTOS EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Os 533 jovens indígenas, da faixa etária de 15 a 22 anos, que responderam ao Instrumento CAP deram as seguintes respostas sobre as atitudes e práticas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Ao referirem ter feito uso de algum tipo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses, os jovens responderam ter consumido as seguintes bebidas: tradicional indígena, cachaça, cerveja, ayahuasca e álcool de limpeza.

TABELA 5.1. TIPOS DE BEBIDA ALCOÓLICA CONSUMIDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES		
TIPO DE BEBIDA	N	%
Tradicional Indígena	274	38,6%
Cachaça	96	13,5%
Cerveja	201	28,3%
Ayahuasca	1	0,14%
Álcool de Limpeza	2	0,28%
Não consumo bebidas alcoólicas	71	10,0%
Em branco	65	9,2%
<b>TOTAL</b>	<b>710</b>	<b>100%</b>

Total n= total de citações para todos os itens.

\*essa questão estava autorizada marcar mais de uma opção.

No contexto indígena, o consumo de bebidas tradicionais continua sendo uma prática comum, mas com o comércio nas aldeias e com as viagens dos indígenas para as cidades, o consumo de bebidas alcoólicas passou a fazer parte da vida dos indígenas, tornando-se um problema de saúde pública. O estudo apontou que nos últimos 12 meses 42,4%, dos jovens



fizeram o uso da bebida tradicional. Na região do Alto Rio Negro as bebidas tradicionais costumam ser produzidas para o consumo em épocas de festas comemorativas e seu preparo pode levar semanas, e ainda, envolver a participação de outras comunidades (LANGDON, 2013). O consumo da bebida tradicional em várias regiões também se dá nas cerimônias e rituais de iniciação masculina e feminina (REZENDE, 2013), assim como em festas religiosas e em atividades coletivas da comunidade. Quanto maior for a oferta de caxirí pelos membros de uma aldeia, mais evidente torna-se o prestígio da liderança local (BUCHILLET, 1991).

As bebidas conhecidas como “tradicionais” são o chibé, o caribé, vinhos de pupunha e buriti umari. No entanto, o consumo destas bebidas não traz prejuízo algum, pois não são fermentadas. Entretanto, o caxirí que é comumente consumido nos dabucuris (SOUZA; DESLANDES, GARNELO, 2010), produz efeitos alcoólicos, pois é fermentada a partir da mandioca (REZENDE, 2013).

No preparo do caxirí, nos modos atuais, o açúcar é utilizado para a indução da fermentação, juntamente com o aquecimento ao fogo, modificando o modo ancestral de produção, comumente a partir da saliva das mulheres. Esta nova forma fermentação produz uma bebida com maior teor alcoólico (SOUZA; GARNELO, 2013). Embora a Lei Federal 6.001 de 1973 proíba o consumo e a comercialização de bebidas alcoólicas em terras indígenas, esta restrição não afeta sua fabricação e consumo das bebidas tradicionais que é a mais consumida das aldeias e comunidades (LANGDON, 2005).

O consumo de bebidas fermentadas faz parte das atividades sociais dos povos indígenas, pois são caracterizadas como manifestações de sociabilidade inter e intragrupal (LANGDON, 2005), possuindo um papel construtivo e constitutivo do grupo (DOUGLAS, 1987). Geralmente o caxiri é consumido até o seu término, sendo esse o principal mecanismo que “regula” a quantidade de bebida ingerida (SOUZA; GARNELO, 2013). Logo, “a maneira de beber, como beber e quanto beber” é culturalmente definida pelos indígenas (LANGDON, 2005). Segundo uma das apoiadoras, o caxiri é muito consumido no Alto Rio Negro e seus afluentes, enquanto no médio e baixo Rio Negro é maior o consumo de cerveja e cachaça. Segundo o apoiador da área Yanomami, na comunidade não há consumo e acesso de bebida alcoólica devido à fiscalização e controle, somente o consumo de bebida tradicional caxiri.

O estudo apontou que 17,3% dos jovens referiram ter feito o consumo de cerveja nos últimos 12 meses, evidenciado que esta é segunda bebida alcoólica mais consumida entre eles. Um fator que pode ser considerado determinante para o consumo da cerveja na faixa etária jovem, sobretudo indígena, é a facilidade de acesso nas ou próxima às aldeias. Uma



das apoiadoras observou que a questão sobre o acesso facilitado à bebida alcoólica está relacionada às “comunidades em que não há fiscalização, portanto, as bebidas como cachaça e cerveja tem o consumo livre”. Ainda observa que “essas comunidades sem fiscalização não costumam realizar as festas tradicionais Indígenas e que raramente preparam a bebida tradicional”. As palavras da apoiadora alertam para uma fragmentação dos elementos tradicionais da cultura.

Por outro lado, temos maior trânsito entre as aldeias e as cidades. Em Altamira no Pará, por exemplo, os povos Arara, Parakanã, Arara da Volta Grande, Juruna e demais comunidades da região, começaram a deslocar-se com maior frequência para a cidade partir do início da construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte, aumentando conseqüentemente o consumo de bebidas alcoólicas comercializadas.

Em quase todas as regiões, o deslocamento dos indígenas para a cidade é motivado pela necessidade de visitar parentes ou filhos que estudam na cidade, comprar mantimentos, receber os benefícios sociais como aposentadoria e bolsa família (SOUZA; GARNELO, 2013). Esse deslocamento, facilita o acesso à bebida alcoólica e embora Fundação Nacional do Índio (Funai), tenha adotado a fiscalização para o controle nas embarcações, tal medida não obteve êxito. As lideranças indígenas perceberam que o consumo de álcool traz como efeito uma reestruturação de suas próprias relações familiares, além de refletirem sobre os rumos que desejam para o futuro de suas gerações mais jovens (SOUZA; GARNELO, 2013). Segundo o apoiador da região do Médio Rio Purus, os motivos de vir à cidade são as seguintes: “tirar dinheiro e retirar o salário maternidade”.

O deslocamento para as cidades no período da pandemia também pode representar uma situação de risco, algo que foi alertado pelos movimentos indígenas em relação ao auxílio emergencial oferecido pelo governo federal em 2020 (BARBOSA, 2021). O auxílio emergencial está sendo denominado de “R\$ 600,00 da morte” porque exige que a população se desloque das suas áreas para a cidade, onde precisam enfrentar imensas filas e aglomerações com pessoas de vários locais de origem.



Conforme descreve a Tabela 5.2, os jovens que responderam sobre o acesso à bebida alcoólica, 16,7%, ou seja, 87 jovens, responderam que conseguem ter acesso à bebida alcoólica nas festas e nas comemorações. Enquanto 13,1%, ou seja, 68 jovens, afirmaram obter bebida alcoólica no comércio local.

**TABELA 5.2. COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL**

<b>CARACTERÍSTICA, %</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>ACESSO POR</b>	
Amigos	10,2 (53)
Comerciantes locais	13,1 (68)
Fabricação própria	1,5 (8)
Sede do município	16,7 (87)
Família	2,3 (12)
Festas	5,6 (29)
Recurso financeiro próprio	1,5 (8)
Estrangeiros peruanos	0,2 (1)
Comunidade	2,3 (12)
<b>USO DE DROGA POR TIPO</b>	
Excanque	0,4 (2)
Brilho	0,6 (3)
Lança perfume	0,9 (5)
Maconha	11,6 (62)
Drogas medicinais	0,2 (1)
Pó	0,8 (4)
Rapé	0,8 (4)
Combinação de duas ou mais	1,3 (7)

produção própria a partir dos dados do levantamento.





Nas regiões é comum o deslocamento dos jovens das comunidades e aldeias, para a cidade para estudar, especialmente para cursar o ensino médio ou algum curso superior. Assim, o jovem passa a morar com seus parentes na sede do município, facilitando o acesso à bebida alcoólica no comércio local. O jovem já não tem mais o hábito de acompanhar os pais nas atividades de roça, caça e pesca, mas ocupa seu tempo nas atividades escolares numa parte do dia, ficando uma boa parte do tempo livre (MINEIRO, 2013).

O estudo mostrou que 42,4%, ou seja, 199 jovens respondentes, associaram o consumo da Bebida Tradicional a comportamentos agressivos e/ou violentos. O consumo elevado de álcool é comumente associado à violência e a fragilização de laços familiares e comunitários (SOUZA, 2009). Entre os povos indígenas o consumo elevado de bebida alcoólica desencadeia uma série de problemas relacionados conflitos familiares, à violência e sobretudo, à auto violência como o suicídio (MINEIRO, 2013). Provavelmente o indígena que consumir bebida alcoólica de produção tradicional, no seu contexto de festas e comemorações, não tenha a preocupação ou até mesmo a noção do “consumo abusivo” ou “consumo elevado”. Entretanto, compreende que há a existência de problemas desencadeados a partir do consumo da bebida alcoólica.

Segundo uma das apoiadoras do estudo, “alguns indígenas exageram no consumo desta bebida e começam se tornar violentos, onde eles acabam agredindo a sua companheira”. Ainda relata que as bebidas tradicionais “são produzidas para o consumo em épocas de festas comemorativas, como dia das mães, natal, ano novo, etc e também em mutirões onde os indígenas se reúnem para fazer alguma tarefa, como por exemplo a limpeza da aldeia e da pista de pouso”.

Na Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), o alcoolismo e sua relação com a violência são apresentados como prioridade no enfrentamento em virtude da complexidade e relevância sanitária (CHAVES, 2006). Entretanto, a tônica sobre o consumo de bebida alcoólica, especialmente por ser considerada lícita para o consumo, merece mais atenção, considerando que há ações de apreensão de bebidas alcoólicas comercializadas irregularmente dentro de terras indígenas (CIMI, 2017).

No estudo 11,52 % dos jovens referiram já ter feito o uso da maconha. Em seguida outras drogas como cocaína e lança perfume. A maioria dos jovens responderam que não usam (55,02 %) ou deixaram em branco a pergunta (29%). Esse é o tipo de questão que exige uma situação em que precisa ser preservada a identidade do respondente, o que pode não ter acontecido na coleta devido às estratégias utilizadas pelos apoiadores.





O uso de substâncias psicoativas como as drogas ilícitas, também fazem parte da vida de jovens indígenas do Alto Rio Negro (MINEIRO, 2013), e de outras regiões de fronteira porque estão na rota do tráfico de drogas para o país, vinda da Colômbia e Alto Solimões, considerada rota do tráfico internacional de drogas. No Amapá e Norte do Pará, problemas sociais começaram a surgir após o consumo de drogas entre jovens indígenas (GRUPIONI, KAHN, 2013).

Em relação ao uso de drogas, a mesma apoiadora informou que “é mais comum o jovem ao chegar na cidade se deslumbrar exageradamente com a vida urbana e as companhias nem sempre as ajudam a andar por um bom caminho, essas companhias que lhes apresentam as festas e as drogas daí começa o consumo e o jovem acaba se perdendo. A apoiadora suspeita que os que marcaram que consumiam drogas é porque “moraram um período na cidade”. Segundo a apoiadora, “o mais comum aqui é a maconha e a cocaína/pó”. Alerta que “o rapé não é droga, ele tem como utilidade uso medicinal”.

Outra apoiadora ainda diz que a falta de informação e cuidado em saúde mental, os jovens tentam “amenizar ou fugir de tais sentimentos com o uso de drogas, bebidas alcoólicas e chás alucinógenos”. Ainda diz que “é alarmante os dados do uso de drogas pesadas como skank (maconha adulterada), Brilho (cocaína), Lança Perfume (mais conhecido como Loló que é uma droga em forma de solvente inalante com cheiro adocicado), Ecstasy (ou MD, balinha ou pílula do amor que seu efeito causa euforia e prazer). Apesar de não ter aparecido de modo relevante o uso de drogas, os jovens têm noção do problema em suas comunidades, pois nas outras questões as bebidas alcoólicas e as drogas aparecem como causas dos problemas de saúde mental e, também, dos problemas comunitários.

Diferentes povos indígenas buscam desenvolver ações fundamentadas no saber tradicional e em projetos, visando a redução dos danos causados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas. Vimos nas respostas qualitativas que o “bem viver” está associado a projetos que possam dar alternativas de lazer, trabalho e estudo aos jovens, diminuindo o “tempo” disponível para o uso de bebidas e drogas.

Problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas e drogas foi tema debatido nas etapas locais da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena realizadas em 2019, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima (DSEI/LRR). Foram aprovadas e consolidadas no Eixo temático VI – “determinantes sociais de saúde”, quatro propostas voltadas ao enfrentamento do uso problemático de álcool e outras drogas (BRASIL, 2021).

É necessário alertar que não podemos utilizar somente o conhecimento da biomedicina para abordar a temática de uso de bebidas alcoólicas e drogas porque a questão é mais

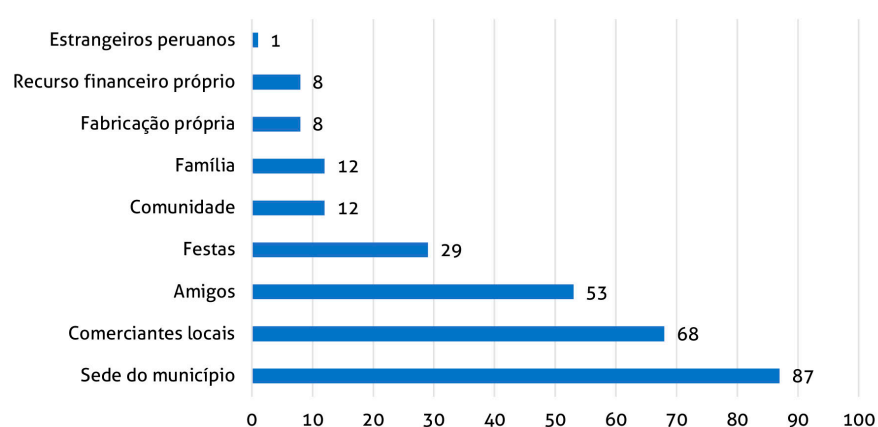


complexa, pois envolve elementos culturais, rituais, tradições e relações interétnicas. Importante compreender as diferentes situações que envolvem o consumo de bebidas alcoólicas como o contexto, como se aprende a beber, quanto e quando se consome e os significados e os estilos de beber.

Assim, entendemos que os achados do estudo mostram evidências de que há um fenômeno de utilização de substâncias psicoativas de origem externa, que não pertencem às culturas tradicionais indígenas, circulando entre os jovens indígenas participantes do levantamento. A compreensão mais densa requer novos estudos, com diferentes abordagens metodológicas, para compreender a relação entre o consumo do álcool e situações relacionados às atitudes e práticas dos jovens. Do mesmo modo, é importante pensar em estratégias e projetos que possam apresentar alternativas tanto no âmbito das práticas culturais e institucionais como em políticas públicas para o enfrentamento dessa problemática.

Entretanto, o levantamento dá evidências de que o acesso às substâncias se faz, predominantemente, fora das comunidades e aldeias. O Gráfico NN descreve as respostas das diferentes formas de acesso entre os jovens que referiram ter consumido drogas. É possível constatar que aproximadamente 56% das respostas indicam pontos de acesso fora das comunidades e da cultura indígena, como no comércio local e em estabelecimentos nos municípios. Esse indicador coloca um alerta sobre as formas de contato dos jovens indígenas com substâncias psicoativas que podem gerar dependência e problemas de saúde mental.

## FORMAS DE ACESSO ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS



**Gráfico 5.1**  
**Formas de acesso às substâncias psicoativas pelos participantes do levantamento**

elaboração própria a partir dos dados do levantamento



## 6 | PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE





Algumas questões do instrumento utilizado no levantamento de comportamentos, atitudes e práticas sobre saúde mental e enfrentamento à COVID-19 ampliam a compreensão sobre as variáveis apresentadas no item anterior. A Tabela 6.1 sintetiza as principais respostas coletadas no levantamento.

<b>TABELA 6.1. REFERÊNCIA DE CUIDADO E PROBLEMAS DE SAÚDE SELECIONADOS</b>	
<b>CARACTERÍSTICA, %</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>A QUEM PROCURA</b>	
Nunca precisou	6,4 (34)
Familiares	33,8 (180)
Amigos	4,3 (23)
Awryry	0,2 (1)
Curandeiro/pajé	9,0 (48)
Deus	0,6 (3)
Enfermeiro	0,6 (3)
Médico	14,5 (77)
Psicólogo	0,4 (2)
Pastor	30,4 (162)
<b>PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL</b>	
Nenhum	6,6 (35)
Depressão	0,2 (1)
Distúrbio psiquiátrico	0,2 (1)
Suicídio	11,8 (63)
Uso de bebida alcoólica	21,6 (115)
Drogas	1,9 (10)
Violência	4,3 (23)
Problemas familiares	0,2 (1)





**TABELA 6.1. REFERÊNCIA DE CUIDADO E PROBLEMAS DE SAÚDE SELECIONADOS**

<b>CARACTERÍSTICA, %</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>CONDIÇÃO CRÔNICA</b>	
Nenhuma	6,6 (35)
Pelo menos um distúrbio humor (depressão, distúrbio psiquiátrico e/ou suicídio)	12,2 (65)
Distúrbio de comportamento (álcool, drogas, violência e/ou problemas familiares)	81,2 (433)
<b>CONHECIMENTOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
Saúde mental (sim)	55,5 (296)
Serviço de saúde mental	50,5 (269)
Especialista em saúde mental	40,2 (214)
Necessidade de especialista em saúde mental	26,1 (139)
<b>INDICADORES REFERIDOS:</b>	
Prevalência de distúrbio de humor:	12,2% (IC95% 9,7 – 15,3)
Prevalência de distúrbio do comportamento:	81,2% (IC95%: 77,7 – 84,3)
Prevalência do consumo de álcool nos últimos 2 meses:	31,1% (IC95% 27,3 – 35,2)
Prevalência de acesso ao álcool na comunidade:	36,4% (IC95% 32,4 – 40,6)

produção própria a partir dos dados do levantamento.

Como se verifica na tabela acima e no gráfico a seguir, a questão sobre quem é procurado pelo jovem quando tem algum problema relacionado a sua saúde mental apresenta 6,4% (n=34) respostas que nunca precisou procurar nenhuma das figuras listadas; 38,1% (n=203) participantes informaram que procuram familiares e amigos na situação descrita; 40,2% (n=214) procuram autoridades religiosas (sendo que 30,4% / n=162 informaram que procuram pastores das igrejas que ocupam seu território) e 15,4% (n=82) informaram que procuram profissionais de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo) dos serviços do DSEI. Sobre o conhecimento dos jovens acerca do termo saúde mental, 55,5% (n=296) responderam positivamente, enquanto 50,5% (n=269) informaram saber onde podem encontrar serviços específicos de saúde mental e 40,2% (n=214) conhecem profissionais especialistas em saúde mental e 26,1% (n=139) informaram que já



sentiram a necessidade de especialistas em saúde mental. A prevalência informada pelos jovens de consumo de álcool nos últimos 2 meses foi de 31,1% (IC95% 27,3 – 35,2) e a prevalência de acesso ao álcool na comunidade foi de 36,4% (IC95% 32,4 – 40,6). Essas respostas indicam que as temáticas relacionadas à saúde mental, com destaque para o consumo abusivo de álcool, são relevantes nas comunidades, segundo a opinião dos jovens, representa uma condição de pouca procura e, provavelmente, pouca resposta dos serviços oficiais aos problemas de saúde mental dos jovens indígenas e uma ênfase religiosa na compreensão dos mesmos sobre o sofrimento psíquico.

**FIGURA 6.1**  
**Pessoa de referência para o cuidado**



produção própria a partir dos dados do levantamento

Entre os problemas de saúde mental que os jovens reconhecem nas suas comunidades, chama a atenção a frequência do consumo de bebidas alcoólicas, suicídio e violências. Metade dos jovens informa que reconhece esses problemas na comunidade onde vivem. Uma síntese das respostas permite aferir que 6,6% (n=35) dos jovens não reconhece nenhuma das condições de agravos em saúde mental como presentes na sua comunidade, enquanto 12,2% (n=65) afirma identificar manifestações relacionadas aos distúrbios do humor (depressão, oscilações anormais de alegria e tristeza, suicídio) e 81,2% (n=433) reconhecem manifestações comunitárias de distúrbios relacionados ao comportamento (uso abusivo de álcool, drogas, violência, problemas familiares). A temática proposta para a formação dos jovens é muito relevante, como se verifica nos dados acima, sobretudo no que se refere às manifestações relativas à saúde mental dos jovens e aquelas que reconhecem nas comunidades e os recursos utilizados pelos mesmos na busca de cuidado.

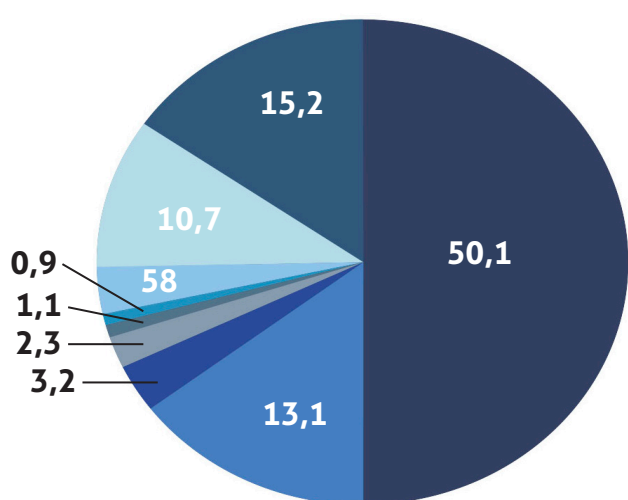


## 6.1 | DISCRIMINAÇÃO E PRECONCEITO

O levantamento buscou identificar questões sobre discriminação e violência, perguntando se os jovens já haviam se sentido discriminados (tratado pior do que os seus colegas) por alguma pessoa ou serviço, por alguma das razões listadas no instrumento. O Gráfico 6.2 apresenta a síntese das respostas.

Como se verifica, a sensação de discriminação por pertencer a uma etnia foi a alternativa mais frequente, seguida pela aparência física, pela origem familiar e por pertencer a um clã ou nação. Os preconceitos de idade, gênero e de opção sexual também são referidos pelos jovens indígenas. Em conversas com os jovens apoiadores, os dados coletados no levantamento foram obtendo novas texturas, seja na descrição das violências externas associadas à condição indígena e aos atributos físicos e culturais associados a ela, seja em situações entre as populações indígenas, com a desvalia de algumas etnias e preconceitos nas aldeias.

### DISCRIMINAÇÃO AUTORREFERIDA



**Gráfico 6.2**  
**Motivações de discriminação referidas pelos jovens participantes**

- »» Nenhuma
- »» Etnia
- »» Nação
- »» Gênero
- »» Orientação sexual
- »» Doença
- »» Idadismo
- »» Aparência
- »» Outros

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

Jovens da etnia Amanayé relatam preconceito e violência com a invasão das terras indígenas pelos fazendeiros e madeireiros. Há relatos, inclusive, da fuga das pessoas daquela etnia das áreas originalmente ocupadas, com êxodo para outras terras e para as cidades, sendo que são narradas perseguições e mortes mesmo em locais distantes das terras originais, provocados por acusações de denúncias feitas a organizações nacionais e internacionais de defesa dos povos indígenas. O relato inclui a estratégia de sobrevivência, orientada pelos anciãos, de mudança de hábitos e de disfarces como população ribeirinha, com a perda de práticas culturais e de rituais de transmissão.





As formas de resistência adotadas geraram também preconceitos entre diferentes etnias, que os acusavam de negar a cultura indígena e abrir mão dos hábitos tradicionais.

Os jovens também relatam preconceitos de não indígenas pelos atributos físicos, cabelo longo e liso, pele morena, baixa estatura ... Esses relatos são particularmente intensos entre os jovens que acedem a políticas de inclusão educacional nas últimas décadas e, ao se deslocarem às cidades para a realização de atividades próprias da formação, ficam mais expostos à violência e ao preconceito, dificultando a permanência nas instituições de ensino. Expressões como “só de olhar, já me classificavam” e “o preconceito me acompanha desde o berço” estão registradas nas narrativas dos jovens apoiadores.

Essa categoria de síntese das informações coletadas no levantamento chama a atenção para o sofrimento psíquico singular das populações indígenas, associado à violência e ao preconceito, sendo que ele adquire uma expressão própria entre os jovens. De um lado, os jovens têm a incumbência da escolarização e da profissionalização, tendo reconhecimento e investimento das etnias e comunidades para a mediação com a cultura e a tecnologia da vida na cidade; por outro lado, sofrem o preconceito associado à cultura fechada e aos padrões de normalização da vida institucionalizados seja nos centros de ensino e pesquisa, seja nas demais instituições da vida urbana, que são diversos e refratários às culturas e tradições indígenas. O sofrimento mental assim representado precisa de visibilidade nos projetos pedagógicos e nas práticas educativas que são acessadas pelos jovens indígenas.



# 7 | O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NAS COMUNIDADES INDÍGENAS





O terceiro bloco de perguntas da pesquisa CAP foi referente a questões relacionadas à Covid-19, que foram respondidas por 533 jovens indígenas, distribuídos em oito áreas de abrangência, conforme já se descreveu anteriormente. A Tabela 7.1 sumariza as respostas em relação às diferentes categorias de perguntas formuladas.

<b>TABELA 7.1. SITUAÇÃO DE COVID-19</b>		
<b>VARIÁVEL</b>	<b>TOTAL (%)</b>	
<b>ADOÇÃO DE MEDIDAS FRENTE A COVID19</b>		
Não sei	0,6 (3)	
Álcool em gel	46,3 (247)	
Máscara facial	46,3 (247)	
Isolamento	74,9 (399)	
Restrição de viagem	50,1 (267)	
Remédio caseiro	0,9 (5)	
Combinação de 2 ou mais	89,3 (496)	
<b>Diagnóstico de Covid19 (sim)</b>		<b>37,0 (197)</b>
<b>Diagnóstico em familiar (sim)</b>		<b>68,1 (363)</b>
<b>Internação na família (sim)</b>		<b>21,2 (113)</b>
<b>Cuidados psicológicos (sim)</b>		<b>17,3 (92)</b>
<b>Ação de enfrentamento na comunidade (sim)</b>		<b>86,7 (462)</b>
<b>PRÁTICAS TRADICIONAIS</b>		
Nenhuma	46,3 (247)	





**TABELA 7.1. SITUAÇÃO DE COVID-19**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>PRÁTICAS TRADICIONAIS</b>	
<b>Uma ou mais:</b>	<b>53,2 (286)</b>
Remédios caseiros	38,0 (106)
Benzimento e reza	16,5 (46)
Canto, dança e ritual	3,9 (11)
Chá	23,7 (66)
Banho	0,7 (2)
Casca de quina	0,7 (2)
Defumação e incenso	2,2 (6)
Plantas medicinais	5,7 (16)
Desconhece	6,8 (19)
Anywaska	0,7 (2)
Auxílio dos pajés	1,1 (3)
<b>MOMENTO DA ADOÇÃO DAS PRÁTICAS TRADICIONAIS</b>	
Não houve	21,8 (116)
CASAI	0,2 (1)
Casa	28,0 (149)
Hospital	0,6 (3)
Comunidade	12,4 (66)
Unidade de saúde	0,6 (3)
Combinação de 2 ou mais lugares	36,6 (195)

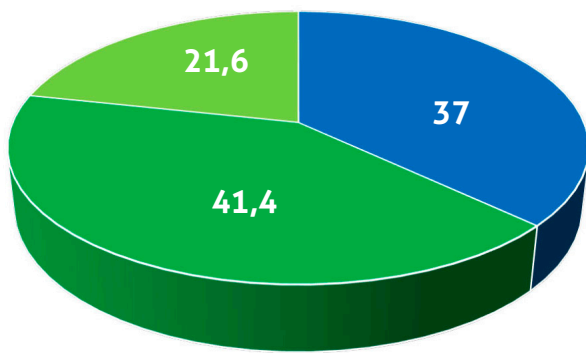
produção própria a partir dos dados do levantamento.





Os dados agrupados na tabela anterior serão analisados separadamente, de tal forma que possam ser evidenciadas condições próprias de cada variável que compõem o levantamento. Inicialmente, será destacada a informação referida sobre o contágio pela COVID-19 entre os participantes da pesquisa.

## CONTÁGIO COVID-19



**Gráfico 7.1**  
**Jovens indígenas que responderam sobre o contágio de COVID-19 na pandemia do novo coronavírus**

» SIM  
» NÃO  
» NÃO SABEM

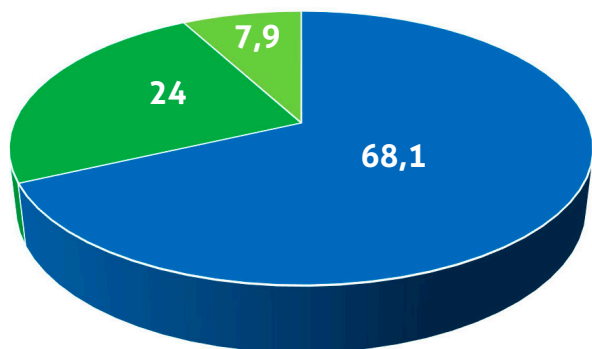
elaboração própria a partir dos dados do levantamento

Como objetivo de analisar o grau de disseminação da COVID-19 entre o público-alvo da pesquisa foram realizadas perguntas acerca do contágio próprio e de outros entes da comunidade, necessidade de internação, apoio recebido e estratégias de prevenção adotadas. O Gráfico representa as respostas para a pergunta “Contraiu COVID-19?”, onde 36,96% dos entrevistados relataram terem contraído a doença, enquanto 41,46% afirmaram não terem sido infectados pelo novo coronavírus. Destaca-se o número de participantes que não souberam informar se foram contaminados, correspondendo ao total de 21,57%. Os que não sabem pode ser explicado pela falta na realização de exames para esse público, especialmente para o registro dos casos assintomáticos.

Os resultados alcançados são semelhantes ao “Relatório das Ações Realizadas pela SESAI para Enfrentamento da Pandemia da COVID-19” divulgado pela SESAI, em 18 de fevereiro de 2021, o SASI-SUS desde a primeira notificação ocorrida no dia 25 de março de 2020 até o dia 13 de fevereiro de 2021 (Semana Epidemiológica 6), os 34 DSEI registraram 42.750 casos positivos, representando 44,2% das notificações durante este período. Importante destacar que esses valores apresentaram variação entre os DSEI, tratando-se, portanto, de uma estatística geral de casos confirmados.



## CONTÁGIO FAMILIAR COVID-19



**Gráfico 7.2**

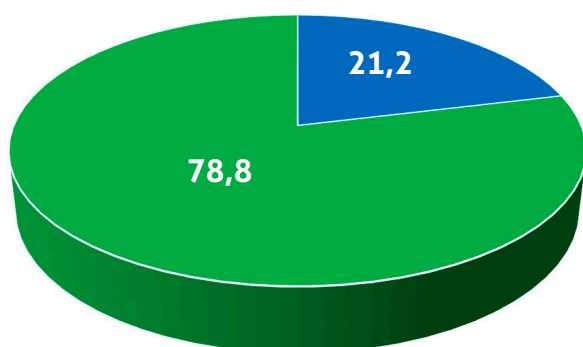
**Jovens indígenas que referiram algum membro da família com COVID-19**

» SIM  
» NÃO  
» NÃO SABEM

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

O Gráfico 7.2 representa a resposta dos jovens quando perguntados a respeito da disseminação da COVID-19 entre parentes. Do total de 533 respostas válidas, observou-se uma porcentagem significativa de familiares afetados: 68,1% afirmaram ter pelo menos um familiar que contraiu o vírus, ao passo que 24% não tiveram parentes acometidos e apenas 7,87% não sabem se houve casos da doença na família. Esse dado é preocupante quando sabemos do colapso das estruturas de saúde nos municípios.

## FAMILIARES INTERNADOS COVID-19



**Gráfico 7.3**

**Jovens indígenas que referiram algum membro da família internado pela COVID-19**

» SIM  
» NÃO

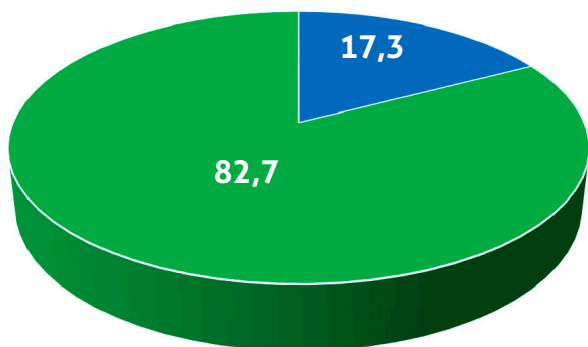
elaboração própria a partir dos dados do levantamento

O Gráfico 7.3 representa as respostas para a pergunta "alguém da família precisou ser internado?". Ao verificar as alternativas assinaladas, constata-se que 78,79% dos entrevistados não tiveram familiares internados em decorrência de infecção causada pela COVID-19, em contrapartida, 21,2% dos familiares necessitaram de internação.





## NECESSIDADE DE APOIO PSICOLÓGICO



**Gráfico 7.4**

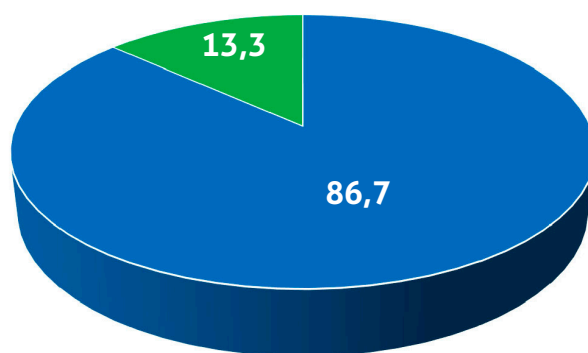
**Jovens indígenas que precisaram de apoio psicológico ou algum membro da família durante o tratamento da COVID-19**

» SIM  
» NÃO

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

O Gráfico 7.4 representa o grau de utilização de redes de apoio psicológico por parte dos jovens e seus familiares durante o tratamento da COVID-19. Nesse caso, 82,73% das pessoas relataram que não recorreram a nenhum tipo de cuidado psicológico, ou seja, a grande maioria não recorreu ao apoio no campo da saúde mental como forma de enfrentamento da doença. Não coube à esta pergunta analisar os motivos da não utilização deste tipo de suporte. Por fim, 17,26% dos 533 entrevistados necessitaram de algum tipo de assistência psicológica.

## CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS COMUNITÁRIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19



**Gráfico 7.5**

**Conhecimento dos jovens indígenas sobre as estratégias de ação contra COVID-19 na pandemia do novo coronavírus em seu contexto**

» SIM  
» NÃO

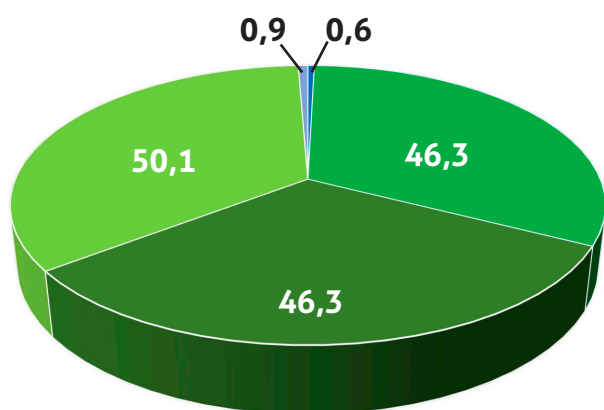
elaboração própria a partir dos dados do levantamento

Outro ponto de análise da pesquisa foi a adoção das estratégias de enfrentamento à pandemia adotadas pelas comunidades. Notou-se que a maioria dos participantes disseram que houve estratégias para o enfrentamento de ação contra a COVID-19 em suas comunidades (86,7%).





## ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS



**Gráfico 7.6**

**Descrição das estratégias contra a Covid-19 realizadas nas comunidades**

» Não sei	0,6%
» Álcool em gel	46,3%
» Isolamento	46,3%
» Restrição de viagem	50,1%
» Remédio caseiro	0,9%

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

O Gráfico 7.6 representa uma análise detalhada das estratégias utilizadas pelas comunidades. Foram elencadas como alternativas formas de proteção contra o contágio, abordando as metodologias preconizadas pela OMS e organizações nacionais e internacionais no campo da saúde. Nessa questão buscou-se analisar como tais alternativas vêm sendo inseridas dentro das comunidades, objetivando traçar um perfil dessas comunidades no que tange às tentativas de diminuição da disseminação do coronavírus em seus territórios. O primeiro registro é que a maior parte dos participantes (89,3%) respondeu mais de uma das alternativas listadas, demonstrando uma capacidade complexa de respostas nas comunidades.

A utilização de álcool em gel, máscara facial e redução de circulação de pessoas por meio de restrição de viagens foram citadas como alternativas, respectivamente, em 46,3%, 46,3% e 50,1% das respostas, sendo que a medida mais citada foi o isolamento social, por aproximadamente 75% dos jovens.

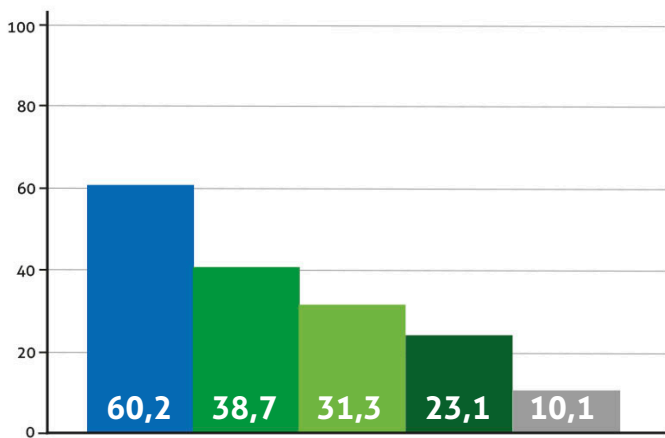
Esses resultados demonstram que as comunidades em questão têm adotado em sua grande maioria a combinação de duas ou mais medidas de proteção no combate ao coronavírus, ressaltando que se trata de ações recomendadas pelos principais órgãos de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia, tendo em vista que a vacinação à nível nacional é escassa e não há medicamentos com eficácia comprovada cientificamente que possam prevenir ou mudar a história natural da doença causada pelo Sars-CoV-2.

Por outro lado, é necessário considerar que a estratégia é de isolamento social e restrição de viagens foi a primeira medida utilizada para as comunidades indígenas, evitando a circulação de pessoas e do vírus. Assim, com as aldeias isoladas através de barreiras sanitárias organizadas pelos DSEI e órgãos governamentais, ou pelos próprios indígenas, houve um controle na movimentação dos indígenas. Explica-se que o baixo número de respostas em relação ao uso de álcool em gel,





lavagem de mãos e uso de máscara devido ao próprio isolamento da comunidade. Por outro lado, esse dado pode ser questionado quando tivemos um grande número de jovens que responderam que já contraiu o vírus ou alguém da família já contraiu ou foi hospitalizado. De fato, há necessidade de aprofundar essas questões das medidas preventivas.



**Gráfico 7.7**  
**Descritivo de fontes de informação sobre a COVID-19 referidas pelos participantes**

»» Televisão	60,2%
»» Comunidade	38,7%
»» DSEI	31,3%
»» Mídia Social	23,1%
»» Outras fontes	10,1%

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

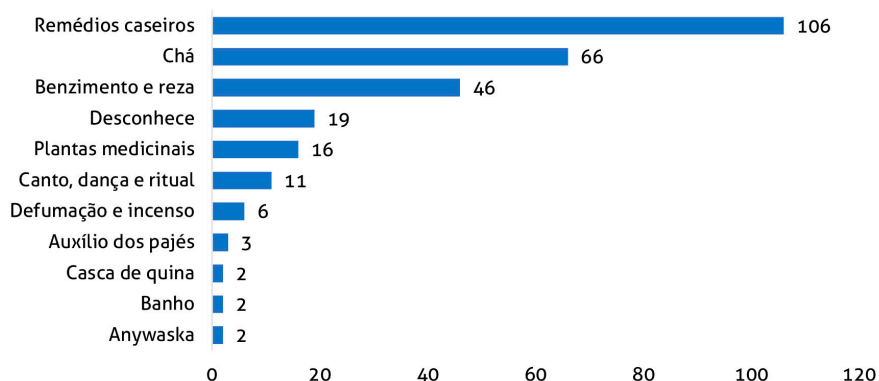
O Gráfico 7.7 representa as respostas para a pergunta "Como a informação do COVID-19 chegou na Comunidade/aldeia?". Nessa pergunta buscou-se analisar as principais formas pelas quais informações acerca do novo coronavírus chegaram às comunidades indígenas. Destaca-se o meio televisivo como um dos principais, correspondendo a 60,2% das respostas; a comunicação com outras pessoas por meio de conversas na comunidade representou 38,7% e 31,3% se utilizaram das informações propagadas pelo DSEI. As mídias sociais foram a fonte de informações em 23,1% das respostas e outras fontes em 10,1%. Assim, a utilização da informação independentes da internet constitui importante e significativo meio para essas localidades, devendo ser levadas em consideração quando se pensa em estratégias de enfrentamento da COVID-19 em áreas indígenas e remotas. Sobretudo, a qualidade das informações recebidas e que embasam decisões e comportamentos individuais e coletivos, em tempos em que a infodemia se constitui como um problema, seja pelos déficits de atualização, seja pela propagação de notícias falsas.







## PRÁTICAS TRADICIONAIS PARA A COVID-19



**Gráfico 7.8**  
**Uso de práticas tradicionais para o enfrentamento da COVID-19 em suas comunidades**

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

No Gráfico 7.8 estão sistematizadas as respostas dos jovens que afirmaram ter utilizado práticas tradicionais para o enfrentamento da Covid-19 em seus contextos. Da Tabela 7.1, lembramos que um total de 286 (53,2%) haviam respondido terem utilizado alguma prática tradicional. Em relação às práticas tradicionais realizadas, a liderança foi dos remédios caseiros (38,0%), Chás (23,7%), Benzimento e reza (16,5%), e a utilização de plantas medicinais (5,7%) e cantos, danças e rituais (3,9%) como medidas tradicionais de enfrentamento da Covid-19.

As práticas de cuidados de saúde tradicionais dos povos indígenas estão cada vez mais sendo substituídas pelo modelo da biomedicina. Nas últimas décadas há uma atuação sistemática dos profissionais de saúde através do programa da SESAI, através dos DSEI nas comunidades indígenas. O acesso a remédios e ao atendimento dos profissionais de saúde acontecem sistematicamente entre os povos indígenas. Para cuidar da saúde, a população recorre às casas de saúde e aos polos bases das comunidades, onde encontram remédios e a EMSI. Além disso, recebem receitas e remédios, seguidos de visitas e acompanhamento de profissionais nas suas casas.

O cuidado da saúde dos povos indígenas passou para o modelo da biomedicina, em detrimento das práticas tradicionais de cuidado. A lógica de cuidado da saúde passou para as mãos dos profissionais de saúde que antes eram cuidados pelos especialistas indígenas. Outro fato que afeta diretamente no distanciamento do uso de tratamento tradicional é o acesso dos jovens às universidades e sua profissionalização. Os jovens cada vez mais estão formando profissionais como Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Advogados, Antropólogos, Engenheiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, entre tantas outras áreas de profissionalização. O modo de ver a própria cultura e sua valorização perpassa pelo julgamento a partir das referências teóricas ocidentais, onde muitas vezes desestruturam os conhecimentos tradicionais.





Os jovens são a parcela da população que mais sofrem com a desestruturação dos conhecimentos tradicionais. Deixam de praticar o cuidado de saúde pelas práticas tradicionais, substituindo pela “cosmologia” ocidental, pelas crenças religiosas, pelas teorias ocidentais de cuidado à saúde. O seu rompimento da condição indígena e o fato de tentar negar suas concepções e convicções afeta diretamente no equilíbrio psicoespiritual dos jovens, causando a desestabilidade emocional e crise de identidade, que se manifesta em sérios fatores de desequilíbrio da pessoa.

Para o enfrentamento das epidemias que, em sua maioria, chegaram com os colonizadores, os povos indígenas criaram sempre suas próprias estratégias de cuidado à saúde, seja para prevenir ou curar. Dessa maneira, mais uma vez, para enfrentar a Covid-19, os indígenas lançaram mão de suas próprias estratégias de prevenção e cura da doença, assim como a construção dos planos de proteção de suas comunidades.

Pelas condições sociais, econômicas, quanto pelas condições geográficas que dificultam ao acesso a serviços de saúde especializados que atendem às comunidades/aldeias, os povos indígenas que vivem nas comunidades acionaram seus próprios modelos de cuidado recorrendo aos “benzimentos” e uso de chás medicinais. As práticas de cuidado de saúde dos povos estão ancoradas fundamentalmente em: *bahsese* (benzimentos) e uso de plantas medicinais, na forma de chás.

**Bahsese (benzimentos)** – é a habilidade dos especialistas (pajés) em evocar, invocar as substâncias curativas dos vegetais, minerais e animais. E por em ação as qualidades sensíveis (amargura, doçura, acidez, frieza, etc) que produzem efeito de abrandamento e cura da doença. São fórmulas de manipulação metaquímica das substâncias curativas e manipulação metafísica de elementos protetivos que são acionadas pelos especialistas indígenas, mais conhecidos como pajés, para curar as doenças e proteger a pessoa. É uma manipulação metaquímica e metafísica para a produção de remédio e proteção das palavras.

**Plantas medicinais** – os povos indígenas usam plantas medicinais desde sempre. Tem pleno domínio de vários tipos de plantas curativas para diversos tipos de doenças. Conhecem bem as plantas para prevenção de doenças e plantas para tratamentos de doenças. A manipulação das plantas na forma de chá é feito, sobretudo, pelas mulheres. O chá medicinal sempre foi utilizado pelos povos indígenas para tratamento de sintomas internos e como para problemas externos.



## LOCAL DA APLICAÇÃO DE PRÁTICAS TRADICIONAIS

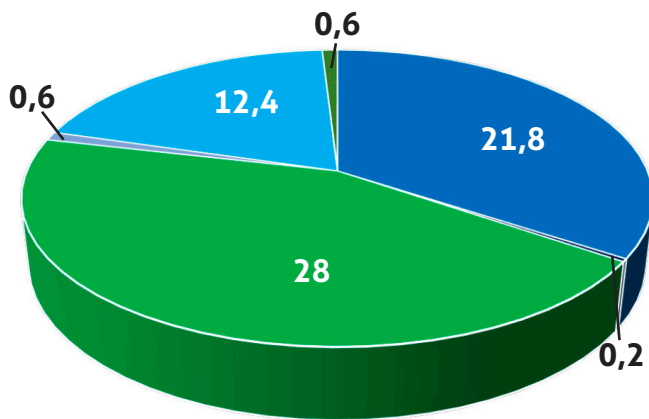


Gráfico 7.9

Local informado em que foi realizado o uso de práticas tradicionais para enfrentar a COVID-19

- » Não houve
- » CASAI
- » Casa
- » Hospital
- » Comunidade
- » Unidade de Saúde

elaboração própria a partir dos dados do levantamento

O Gráfico 7.9 apresenta os locais onde ocorreram as práticas tradicionais entre os jovens indígenas que buscaram esse método para o enfrentamento da COVID-19 entre os participantes do estudo ou entre outros usuários da comunidade. Destaca-se a casa como o principal local em que são realizadas essas práticas (28,0%). Porém a combinação de dois lugares ou mais foi o que liderou a pesquisa realizada (36,6%). Outro contraponto, foi o expressivo total de participantes que selecionaram a opção “não houve” (21,8%) em relação a realização das práticas tradicionais no enfrentamento à Covid-19.

Os povos indígenas que moram nas comunidades, distantes dos centros urbanos, nos lugares de carências de centros especializados de atendimento e de tratamento, acionaram seus próprios modelos de enfrentamento a Covid-19. A partir do dado é possível inferir que os indígenas consumiram os remédios caseiros e “benzimentos” para prevenir e tratar a Covid-19. O desconhecimento da cura da Covid-19 fez com que o conhecimento tradicional de tratamento dessa doença fossem acionadas com muita intensidade, seja pela via de “benzimentos” ou remédios caseiros. Nas comunidades a casa é um lugar de produção de cuidados à saúde para os povos indígenas. O cuidado da figura do pai e da mãe à pessoa doente é parte fundamental no contexto desses povos. Sendo a mãe, a pessoa que mais busca o cuidado à saúde da família, produzindo remédios caseiros, do qual muitas vezes é reforçado com os benzimentos do “pajé”.

A representação da mulher na(s) comunidade(s) indígena(a) no processo de cuidado, dá-se principalmente através das receitas de remédios. Já entre os homens circulam as fórmulas de “benzimentos” para prevenção e cura de doenças. Os benzimentos e remédios caseiros são complementares. Dessa maneira, cada família produz seus remédios na sua casa e busca os “benzimentos” com os especialistas.





Existem comunidades que contam com estruturas básicas como escola de ensino fundamental, escolas de ensino médio (com internet), casa de saúde, ou polo base e as igrejas. É uma rede que possibilita aos moradores o usufruto de todas as possibilidades de cuidado à saúde, além do uso de chá e benzimentos dos especialistas.

Em cada comunidade há presença do agente indígena de saúde, que acompanha a saúde da comunidade, realizando visitas periódicas às casas. Essa rede de conexão da comunidade possibilita ao usuário a combinação das possibilidades de cuidado à saúde, mais especificamente entre a biomedicina e a medicina tradicional.



**8** | CONSIDERAÇÕES FINAIS:  
"INDIGENIZAR" O MUNDO  
PARA UM BEM VIVER





O relatório apresentado está embasado no levantamento sobre o Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) de jovens indígenas da Amazônia brasileira sobre saúde mental e COVID-19, realizado em parceria entre UNICEF/Brasil, Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMDFiocruz Amazônia e Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. O estudo teve como objetivo principal embasar o planejamento de ofertas educacionais para os jovens nas temáticas desenvolvidas, mas permitiu também compreender o contexto que envolve essas temáticas na vida cotidiana dos jovens e de suas comunidades. A relação entre saúde mental e o enfrentamento à COVID-19 se expressa em agudização do sofrimento mental e profundas alterações nos modos de viver em todo o planeta. Entretanto, diversas abordagens sobre esse fenômeno apontam uma crise de civilidade (FERLA et al., 2020), anterior à pandemia, que se agudizou fortemente no período desde o início de 2020. Há que se refletir sobre o que considerávamos “normal” no período anterior à pandemia para compreendê-la, aos efeitos que produziu e para pensarmos em medidas de superação da condição atual. Conectarmos a cosmovisão da saúde dos povos tradicionais indígenas e a percepção dos jovens sobre as condições que constituem saúde mental e medidas de enfrentamento à COVID-19 nas comunidades também nos dá pistas sobre esse movimento. Ou seja, mais e além de um diagnóstico da situação vivida pelas comunidades indígenas, que é uma contribuição importante na reflexão sobre os dados levantados no estudo, temos aqui também uma contribuição forte para pensar a vida e a saúde no processo de transição da pandemia.

Juan Carlos Skenes (2017) sugere que precisamos “indigenizar o mundo” para ampliarmos as nossas visões de mundo e para criarmos alternativas nos modos de viver, pois estamos esgotando as possibilidades de vida no planeta. Por isso, Ailton Krenak nos desafia para que possamos buscar um “equilíbrio ente o nosso mover-se na Terra e a constante criação do mundo” (2020, p. 69). Segundo o pensador indígena, a pandemia nos deu uma oportunidade para re-pensarmos as nossas práticas e nos re-invertarmos para a vida. A criação é um movimento permanente que depende da relação com o mundo, com as pessoas e com os outros seres, sendo que a “recriação do mundo é um evento possível o tempo inteiro” (KRENAK, 2020, p. 71).

A triste realidade é que pandemia não vai nos deixar tão cedo, pois ainda convivemos com as variações e mutações do vírus, pois persistem os discursos e práticas negacionistas sobre os procedimentos de prevenção para o melhor enfrentamento da COVID-19. Assim, é e, também, já sabemos que, superada a fase aguda da doença, enfrentaremos por um longo período as sequelas decorrentes da mesma nas pessoas adoecidas, nas suas vidas e das pessoas próximas e no sistema de saúde, sequelas que, como a doença, traduzem e reforçam as iniquidades que vivíamos no “normal” anterior a ela. Portanto, é difícil falarmos de um “novo normal” ou retornar para um estado de normalidade anterior à pandemia, pois não desejamos retornar ao “normal” que excluía



as pessoas pelas condições econômicas, pelo racismo, pela homofobia e xenofobia. Além disso, voltar a uma condição de “normalidade” significa “manter as mesmas condições de riscos e de vulnerabilidades que propiciaram o desastre global por COVID-19” (CEPEDES, 2020, p. 6).

O estudo CAP mostrou que precisamos de políticas públicas voltadas aos jovens indígenas, que são tímidas e reduzidas, e agudamente insuficientes no momento atual, que é marcado pela descontinuação de políticas de inclusão e proteção aos povos indígenas e à vida dos brasileiros e brasileiras de forma geral. Os jovens declaram que os problemas que afetam o seu Bem Viver estão relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, outras substâncias psicoativas e outras práticas que, predominantemente introduzidas no seu cotidiano desde fora de suas comunidades, podem conduzir ao suicídio e outras situações que comprometem a sua saúde mental. Os jovens sugerem a necessidade de projetos na área cultural, na questão da renda e da educação para criar alternativas tanto de lazer como de trabalho. Os jovens reconhecem que a valorização da tradição é um caminho necessário para uma vida em comunidade que promova o Bem Viver. Há uma cosmovisão claramente diversa do modelo de pensamento da medicina ocidental moderna, que especializa e constrói abstrações para definir a saúde e as condições de vida das pessoas e coletividades nas respostas dos jovens, que aponta a necessidade de preservação nas ações educacionais e informacionais propostas para a saúde mental e o enfrentamento à COVID-19 nas comunidades indígenas.

O conhecimento dos jovens indígenas sobre saúde mental está associado às “doenças da cabeça” que causam tristeza e ansiedade, podendo levar ao suicídio e outros problemas relacionais com os pais e comunidade, de alguma forma similar àquela que a cultura ocidental moderna vem construindo por meio das ciências da saúde. No entanto, há também, e fortemente, uma percepção que a saúde mental está relacionada com a condição de bem estar individual e coletivo. A vida em comunidade é importante para os jovens e entendem que é preciso valorizar o componente da cultura e da tradição indígena, os modos de vida e de pertencimento ao ambiente. O que preocupa é a precariedade do apoio dos serviços de saúde, ou seja, há poucos profissionais na área da saúde para atender as demandas de cuidado mental identificadas pelos jovens e o apoio desses profissionais não compõem as principais fontes buscadas pelos mesmos diante do sofrimento mental. Na falta desse tipo de profissional, a pessoa mais procurada foi o líder religioso como pastores, que possuem uma grande influência nos territórios indígenas, mas que colocam um vetor de compreensão e enfrentamento às doenças e ao sofrimento que é, como a cultura biomédica, estrangeiro à cosmovisão que embasa os saberes tradicionais. O cenário descrito reivindica reforço urgente na oferta de serviços de saúde nas comunidades indígenas e um maior diálogo entre as práticas ofertadas nos serviços de saúde e os saberes tradicionais, como, aliás, já prevê a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.



Outra questão que preocupa é relativa magnitude informada da necessidade de apoio psicossocial aos jovens. No levantamento, foi identificada uma frequência elevada de jovens que tiveram de procurar o auxílio por motivos de abuso na infância, preconceitos, *bullying*, violência, uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias, tentativas de suicídio. Não avaliamos a qualidade e eficácia dessa procura, mas observamos que é uma área que precisa de mais investimento público e de ações estratégicas das organizações indígenas e das instituições que apoiam a saúde indígena. A característica de transformações rápidas na construção de si e da relação com o mundo no período da juventude, torna a experiência do sofrimento mental mais aguda e com possíveis consequências para a vida futura, reivindicando maior apoio nessa transição, sobretudo se as necessidades se referirem, como é o caso, a produtos culturais das formas de vida e relação da cultura ocidental moderna.

A experiência da pandemia de COVID-19 dos jovens indígenas mostrou que as medidas de enfrentamento passaram a fazer parte da sua experiência existencial, tanto no aspecto do adoecimento e da mortalidade ampliada, quanto com as principais estratégias de prevenção do contágio, como o isolamento comunitário. A magnitude do adoecimento informado por COVID-19 é muito alta, demonstrando a gravidade da doença nas comunidades indígenas e pontos de fragilização do isolamento. Nos impressionou que 37% dos jovens contraíram o vírus e 68,1% tiveram algum familiar com COVID-19. Esses dados impressionam porque percebemos que as barreiras sanitárias feitas no início da pandemia não foram suficientes para deter o vírus que se disseminou nas comunidades indígenas. O estudo não teve desenho metodológico de uma pesquisa em profundidade sobre esse fenômeno, não oferecendo evidências do que foram as insuficiências provocadas pelas necessidades das populações indígenas, daquelas produzidas pelo contato das populações não indígenas e das iniciativas de ocupação de terras protegidas e destruição do ambiente natural nas reservas, que é fenômeno visível e fartamente noticiado nos últimos anos. O fato é que o levantamento mostrou que as medidas sanitárias não foram suficientes para o enfrentamento da pandemia, tendo que ser associada com outras estratégias. Montag et al. (2021) recomendam que:

(...) as políticas públicas devem ser desenvolvidas de e com os grupos indígenas, incluindo conhecimentos e iniciativas femininas e masculinas. Deve respeitar a estrutura biogeográfica, com enfoque intercultural, de gênero, intergeracional e multissetorial, levando em consideração não só o impacto socioeconômico, sociocultural e ambiental da pandemia, mas também o risco decorrente do isolamento socioeconômico durante o estado de emergência que desafia os meios de subsistência segurança alimentar, saúde individual e desenvolvimento infantil de famílias amazônicas (MONTAG et al, 2021, p. 1. Tradução livre).







Destacamos que mais da metade dos jovens responderam que utilizam de práticas tradicionais no enfrentamento da COVID-19, com diferentes estratégias, como chás e benzimentos que foram realizadas no ambiente da casa e comunitário. Entendemos que é extremamente importante que a cultura se constitua numa resposta e numa estratégia de aprendizado das práticas tradicionais, como uma forma de recuperar alguns dos conhecimentos que estão na memória e tradição oral dos mais velhos. Por isso, é necessário fomentar “o diálogo entre gerações à medida que os jovens recuperam o conhecimento de cura da avó” (MONTAG et al, 2021, p. 1. Tradução livre). Entretanto, o contágio viral e o desenvolvimento de formas de adoecimento nas formas agudas como é a COVID-19, reivindicam também medidas sanitárias de bloqueio e acesso à vacina e recursos tecnológicos com maior densidade tecnológica para suporte à vida nas formas agudas. E, por isso, é preocupante a infrequência com que as ofertas dos serviços oficiais do sistema de saúde indígena estiveram disponíveis na percepção dos jovens.

Segundo Souza (2021, p. 79), “a pandemia e a quarentena revelam que há alternativas possíveis, que as sociedades se adaptam a novas formas de vida quando é necessário e se trata do bem comum” (tradução livre). Assim, entendemos que pandemia explicitou as desigualdades e injustiças sociais, mas, por outro lado, reforçou também as estratégias comunitárias e tradicionais para fazer frente à uma ameaça que coloca o próprio grupo em situação de perigo. Não há que se naturalizar a capacidade de adaptação, entretanto, que deve apontar de forma muito clara para a insuficiência de políticas de proteção, conforme determina a institucionalidade da temática da vida dos povos tradicionais indígenas.

Com base nessas informações levantadas pelo estudo CAP, apontamos para as seguintes recomendações:

- » Políticas públicas direcionadas para os jovens indígenas, com investimentos que possa apoiar práticas culturais que valorizem o esporte e lazer, assim como valorizar as práticas tradicionais de aprendizado coletivo e oral;
- » Construção de projetos de gestão compartilhada que promovam o desenvolvimento de práticas que promovam o Bem Viver no enfrentamento de situações como o uso de bebidas alcoólicas, preconceito e violência;
- » Realização de oficinas e cursos da medicina tradicional indígena para jovens e pessoas interessadas no conhecimento das plantas medicinais e outras terapêuticas;
- » Oferta de cursos de atualização para os jovens indígenas nas áreas das artes, fotografia, vídeo, comunicação, abordagens participativas em projetos;



- » Realização de novos estudos para aprofundar as questões relacionadas à saúde mental dos jovens indígenas, aprofundando nas temáticas específicas como uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias, suicídio, explorando as particularidades de cada etnia;
- » Realização de novos estudos para aprofundar a compreensão sobre os efeitos da pandemia de COVID-19 nas diferentes comunidades indígenas, com desenhos metodológicos capazes de tornar visíveis efeitos da doença aguda e das sequelas, da magnitude dos adoecimentos e mortes, das respostas oficiais e dos processos territoriais que estavam previstos nos planos de enfrentamento para mitigar os efeitos nos povos indígenas;
- » Promoção de eventos presenciais e virtuais para debate sobre a situação da saúde dos jovens, trocas de experiências e propostas a serem desenvolvidas;
- » Em relação ao enfrentamento à pandemia de COVID-19, sugerimos que se elabore materiais com uma linguagem específica para os jovens, considerando que os mesmos tendem a ignorar as recomendações e orientações de prevenção e promoção;
- » Considerando a importante contribuição dos apoiadores locais no levantamento CAP, mobilização, articulação, relatos e informações, sugerimos a inclusão e/ou ampliação de jovens indígenas nos espaços de produção de conhecimento, valorizando os saberes tradicionais na constituição do conhecimento.

Por fim, é importante retomarmos a ideia da importância de ampliar o conhecimento sobre os saberes e práticas tradicionais indígenas, suas cosmovisões e os mecanismos pragmáticos de conexão entre a vida e a saúde no cotidiano, uma vez que, como se disse, o “normal” da saúde e da vida no planeta demonstrou-se frágil e insuficiente para o enfrentamento das adversidades de uma doença infectocontagiosa, mesmo tendo mecanismos já desvendados pela racionalidade vigente. O cenário parece indicar, como na opinião de Ailton Krenak já registrada, a oportunidade de um aprendizado com as formas tradicionais de vida e saber sobre a existência no planeta, não apenas como dispositivo para configurar respostas mais adequadas aos direitos e necessidades desses povos nas políticas públicas, senão como dispositivo de aprendizagem para “adiar o fim do mundo” como nós aprendemos a reconhecê-lo e a nos relacionar com a vida e a saúde de cada pessoa e das coletividades.

## | REFERÊNCIAS





ALBERT, B. Povos Indígenas do Brasil. Yanomami. 2001. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Yanomami>. Acesso em: 25, fev, 2021.

ALMEIDA, A. R. **Da unicidade virtual a polifonia real: micropolíticas Ticuna no Alto Solimões- AM/ BRASIL** (Dissertação Mestrado em Antropologia Social) Programa de pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2015.

ALONSO, V. F. **RORAIMA: Movimento Indígena, Demarcação de terra e Conflito Social.** (Dissertação-Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, São Paulo, 2013.

APIB. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. Carta da Assembleia Nacional de Resistência Indígena, 2020. Disponível em: <https://arribacao.com.br/2020/05/19/a-ma%CC%83e-terra-enfrenta-dias-sombrios-confira-na-integra-a-carta-final-da-assembleia-nacional-de-resistencia-indigena/>. Acesso em: 20 de março de 2021.

APIB. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. Carta Manifesto Vacinação dos Povos Indígenas do Amazonas, 2021. Disponível em: <https://apiboficial.org/files/2021/01/Oficio-MPF-e-Carta-Manifesto-Vacinac%CC%A7a%CC%83o-dos-Povos-Indi%CC%81genas-do-AM.pdf>. Acesso em 20 mar. 2021.

APITIKATXI; APIWA; IEPÉ. **Plano de Gestão Territorial e Ambiental das Terras Indígenas Parque do Tumucumaque e Rio Paru d’Este.** São Paulo: Instituto de Pesquisa e Formação Indígena (Iepé), 2018.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL (APIB). **Relatório Nossa Luta é Pela Vida. Covid-19 e Povos indígenas O enfrentamento das violências durante a pandemia.** Janeiro, 2021. Disponível em: [https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_nossalutaepelavida\\_v7PT.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf). Acesso em: 17 de março de 2021.

AYRCA. Associação Yanomami do Rio Cauaburis e Afluentes e AMYK. **Associação das Mulheres Yanomami Kumirayoma.** Plano de Visitação: Yaripo Ecoturismo Yanomami, 2019. Disponível em <https://www.icmbio.gov.br/>. Acesso em 19 de fevereiro de 2021.

BAETA, A. **Contaminação e Guerra de Extermínio contra os Povos Indígenas – pestes, armas biológicas e COVID-19.** Disponível em: [https://www.ecodebate.com.br/2020/04/20/contaminacao-e-guerra-de-exterminio-contra-os-povos-indigenas-pestes-armas-biologicas-e-covid-19-artigo-de-alenice-baeta/#:~:text=Segundo%20Warren%20Dean%20\(1996\)%2C,do%20imperialismo%20no%20Novo%20Mundo](https://www.ecodebate.com.br/2020/04/20/contaminacao-e-guerra-de-exterminio-contra-os-povos-indigenas-pestes-armas-biologicas-e-covid-19-artigo-de-alenice-baeta/#:~:text=Segundo%20Warren%20Dean%20(1996)%2C,do%20imperialismo%20no%20Novo%20Mundo). Acesso em 19 de fevereiro de 2021.



BARBOSA, C. **"R\$ 600,00 da morte": deslocamento para receber o auxílio expõe indígenas à Covid-19, 2021.** Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/21/r-600-da-morte-deslocamento-para-receber-auxilio-expoe-indigenas-a-covid-19>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

BARRA, C. S., DIAS, C. (Org.). **Barcelos indígena e ribeirinha: um perfil socioambiental.** São Paulo: ASIBA/FOIRN/ISA, Instituto Socioambiental, 2013.

BARRETO, F; I. A saúde mental no Distrito Sanitário Indígena Médio Purus. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Natal/RN, v.2, n.1, p.49, janeiro/março2019. Disponível em: [http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2019/09/Barreto\\_Saude\\_Mental\\_Indigenas\\_Rio\\_Purus\\_Santa\\_Cruz\\_Sul\\_2019.pdf](http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2019/09/Barreto_Saude_Mental_Indigenas_Rio_Purus_Santa_Cruz_Sul_2019.pdf). Acesso em 17 fevereiro.

BARRETO, J.P.L. et al. **OMERÕ: constituição e circulação de conhecimentos Yepamahsã (Tukano).** Universidade Federal do Amazonas. Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (NEAI), Manaus: EDUA, 2018.

BARRETO, J.P.L. Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígena. Amazôn., **Rev. Antropol. (Online)** 9 (2): 594 - 612, 2017.

BARRETO, J.P.L. **Waimahsã – peixes e humanos.** (Dissertação de Mestrado em Antropologia Social) Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM, 2013.

BEKSTA, Pe. C. **"Primeiras Letras para o povo Kohoroxitári – Yanomami"**. SEDUC – Núcleo de recursos tecnológicos. Manaus/AM – 1985.

BONILLA, O. Topographies cosmiques et démarcations des terres indiennes: le cas des Paumari (Rio Purus, Amazonas). In: I. Muzart-Fonseca dos Santos & D. Rolland (orgs.) **La Terre au Brésil. De l'abolition de l'esclavage à la mondialisation.** L'Harmattan, 2003, pp. 137-149.

BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. 1973.

BRASIL. Lei nº 9.985/00. Institui o Sistema Nacional de Unidade de Conservação da Natureza. 2000.

BRASIL. Decreto de 3 de novembro de 1997. Homologa a demarcação administrativa da Terra Indígena Rio Paru D'Este. 1997

BRASIL. Decreto nº 4.340, de 22 de agosto de 2002. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza - SNUC, e dá outras providências. 2002

BRASIL. Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Alto Rio Solimões. Cartografia do DSEI ARS. Tabatinga, 2017.



BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. FUNASA, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: relatórios das conferências de saúde indígena. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. Acesso em janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consolidado das propostas da etapa distrital do DSEI/LRR.. Disponível em <https://www.gov.br/>. Acesso em: 21. fev. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência – CORONAVÍRUS DSEI LRR. Atualizado em 15/04/2020. Disponível em <<http://www.saudeindigena.net.br/>> Acesso em 18, fev, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência do DSEI Guamá-Tocantins Distrital para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em populações Povos Indígenas. Disponível em <<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/doc.php>> Acesso em 20, fev, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas – DSEI Alto Rio Negro. Disponível em <<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/doc.php>> Acesso em 23, nov, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.317, de 03 de agosto de 2017. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317\\_08\\_08\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html). Acesso em janeiro de 2021.

BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria Conjunta n. 4.049/2018. Define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção 43 à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato. Disponível em [http://www.in.gov.br/materia//asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/5722\\_0459](http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/5722_0459). Acesso em janeiro de 2021.



BRASIL. Secretaria Especial Saúde Indígena. Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da Pandemia do CORONAVÍRUS (COVID-19). Disponível: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. acesso em 24 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Secretaria Especial de Saúde Indígena. DSEI Amapá e Norte do Pará. **Relatório Técnico**. Amapá, AP: mar. 2019.

BUCHILLET, D. **Os índios da região do Alto Rio Negro: História, etnografia e situação das terras**. UnB/URSTOM, 1991.

BURGARDT, V.H.V. Raposa Serra do Sol: atas que contam histórias (1977-1998). **XXVIII Simpósio Nacional de História: Lugares dos Historiadores: Velhos e Novos Desafios**. Florianópolis/SC, 2015. Disponível em <https://www.anpuh.org.br/>. Acesso em 19, fev. 2021

CAMACHO, V.; GARCIA, H.; BIAGGI, G. Iniciativas desde y para los grupos étnicos (Salud comunidades indígenas, afrodescendientes y grupos étnicos en COVID-19). Disponível em: <https://mtci.bv-salud.org/medicina-tradicional-en-las-americas/iniciativas-de-grupos-etnicos-en-el-contexto-de-la-pandemia/>. Acesso em 19 de janeiro de 2021.

CAVALCANTE, J. R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 4 [Acessado 16 Fevereiro 2021], e2020376. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>.

CEPEDES, ENSP, FIOCRUZ. **A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

CHAVES, M.B.G. **A Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis: um estudo de caso** (Dissertação Mestrado), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 2006.

CIMI, Conselho Indigenista Missionário. Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil: DADOS DE 2017. Disponível em [https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas\\_2017-Cimi.pdf](https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf)> Acesso em: 21. fev. 2021.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. Raposa Serra do Sol é um direito originário e constitucional dos Povos Indígenas de Roraima e do Brasil. IN: Demarcação de Raposa Serra do Sol é direito originário e constitucional, afirma Conselho Indígena de Roraima, 2018. Disponível em <https://cimi.org.br/2018/12/demarcacao-de-raposa-serra-do-sol-e-direito-originario-e-constitucional-afirma-conselho-indigena-de-roraima/> Acesso em 19, fev. 2021.



CIR. Conselho Indígena de Roraima. Campanha emergencial. Rede Wakywai (Comunicadores Eliane Tomas e Janderson Henrique). Disponível em <https://www.facebook.com/conselhoindigena.cir>. Acesso em 19/02/21.

COLETIVO DE INDÍGENAS DO AMAZONAS. ofício encaminhado ao Ministério Público do Amazonas, "Pela vida de todos os povos indígenas do Amazonas: vacinação para todos!". (2021). Disponível em? <https://apiboficial.org/2021/01/20/pela-vida-de-todos-os-povos-indigenas-do-amazonas-vacinac%CC%A7a%CC%83o-para-todos/>. Acesso em: 21 de março de 2021.

COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA - COIAB. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia. Comunidades indígenas do Acre recebem apoio do Fundo de Emergência da Amazônia, 2020. Disponível: <<https://coiab.org.br/conteudo/comunidades-ind%C3%ADgenas-do-acre-recebem-apoio-do-fundo-de-emerg%C3%AAncia-da1604706186872x201234953736290300>>. Acesso em: 19 de Fev. de 2021.

COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA - COIAB. Organizações da rede. Disponível em <https://coiab.org.br/documentos>. Acesso em 20 fev.2021.

COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA - COIAB. Plano de Ação Emergencial de Combate ao Avanço do Coronavírus e de Tratamento Entre os Povos Indígenas da Amazônia Brasileira. JULHO, 2020. Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/appforest\\_uf/f1594744110554x944892668484964400/plano%20de%20acao3.pdf](https://s3.amazonaws.com/appforest_uf/f1594744110554x944892668484964400/plano%20de%20acao3.pdf). Acesso em 20 fev.2021

BCORREIA, C; POHL, L; MENEZES, M (Orgs). **Propostas de Implementação da PNGATI na Amazônia**. Programa de formação continuada em Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental - PNGATI, 2015

COSTA, M.A.M. **"Nós, Ticuna, temos que cuidar da nossa cultura": um estudo sobre o ritual de iniciação feminina entre os Ticuna de Umariacú I, Tabatinga, Alto Solimões (AM)**. (Dissertação de Mestrado). Manaus: UFAM, 2015.

CPI-SP. Comissão Pró-Índio de São Paulo. **Manifestação dos povos indígenas do amapá e norte do Pará contra o retrocesso aos direitos dos povos originários**. Nota APOIANP. Disponível em <https://cpisp.org.br>. Acesso em 23 fev, 2021.

CROSBY, A. **Imperialismo Ecológico: expansão biológica da Europa 900 a 1900**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.





CRUZ, J.G. **Organização político-cultural e interculturalidade na gestão dos territórios indígenas para o Bem viver no Rio Negro-AM.** (Tese de Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, 2015.

DA COSTA, P.N; FACUNDES, S. S. Língua e Identidade: a relação entre os usos da Língua Apurinã (Aruák) e a cultura do povo. **Revista Brasileira de Línguas Indígenas**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 78-91, jun. 2020. ISSN 2595-685X. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/linguasindigenas/article/view/2530>; Acesso em: 25 fev.2021.

DATASUS/CNES. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta estabelecimento-Identificação.** Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> <Acesso em 16 fev. 11

DEAN, W. **A ferro e fogo. A história e a devastação da mata atlântica brasileira.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

ERTHAL, R.M.C. **O suicídio Ticuna no Alto Solimões/AM.** (Tese de doutorado). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ERTHAL, R.M.C. O suicídio Ticuna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cad Saúde Pública** 2001; 17: 299-311.

FERLA, A; MARTINO, A; MERHY, E.L; BAPTISTA, G.C; SCHWEICKARDT, J.C; NICOLI, M.A; PEREIRA M.G.A; FERREIRA, M.R; OROZCO-VALADARES, M.A; CECCIM, R.B, FRANCO, T.B. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, 6(Supl.2):1-6, 2020.

FERREIRA JÚNIOR, S.; OLIVEIRA, H. B.; MARIN-LÉON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Rev. Bras. Epidemiologia**. 16 (1), março 2013.

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, p. 203-219, jan./mar. 2013.

FOIRN/ ISA. **Mapa-livro: Povos Indígenas do Alto e Médio Rio Negro, uma introdução à diversidade cultural e ambiental do noroeste da Amazônia brasileira.** Brasília - DF: MEC/ SEF/ DPEF, 2000.

FUNASA. Coordenação Regional de Roraima. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2007-CORE/RR.** Boa Vista: 2007. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/RELATORIO-DE-GESTAO-RR-2007.pdf>. Acesso em 20 fev. 2021.



FREITAS, M.A.B. O Instituto Insikiran da Universidade Federal de Roraima: trajetória das políticas para a educação superior indígena. **Revista bras. Est. pedag.**, Brasília, v. 92, n. 232, p. 599-615, set./dez. 2011.

FRENTE PELA VIDA. Plano Nacional de enfrentamento da pandemia de COVID-19, 2020. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/index.php>. Acesso em 26 de dezembro de 2020.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/apresentacao-medio-purus>. Acesso em: 15 fevereiro. 2021.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/composicao/coordenacoes-regionais/cr-medio-purus>. Acesso em 15 fevereiro. 2021.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. Mulheres Indígenas reúnem comunidades do Rio Purus no Amazonas. Publicado em 13 de abril de 2018. Disponível em <https://funai.gov.br>. Acesso em 23 fev, 2021.

GALDINO, L.K.A. **Sociedade, política, cultura e meio ambiente: subsídios ao planejamento socioambiental à comunidade indígena Boca da Mata, na Terra Indígena São Marcos - Roraima** / (Tese doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Fortaleza, 2017.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. in: Garnelo L, Pontes AL, (Org). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI; 2012. Pp. 18–59. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf). Acesso em setembro de 2018.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI; 2012. Pp. 18–59. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf). Acessado em janeiro de 2021.

GONÇALVES, R. F. **Autonomia e sustentabilidade indígena: entraves e desafios das políticas públicas indigenistas no estado do Pará entre 1988 e 2008**. 2010. 277 f. (Tese Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Universidade Federal do Pará, 2010.

GRUPIONI, L.D.B; Kahn, M. (Orgs.). **Gestão territorial e ambiental em terras indígenas na Amazônia brasileira: os percursos da Rede de Cooperação Alternativa**. São Paulo: Iepé, 2013.



IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados -Roraima: Panorama.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em 23 fev. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades -Barcelos: Panorama.** Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/barcelos/panorama>. Acesso em 23 fev. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades –Santa Isabel do Rio Negro: Panorama.** Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/santa-isabel-do-rio-negro/panorama>>. Acesso em 21 fev. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tendências Demográficas: Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005. [citado 31 agosto 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em 21 fev. 2021.

IBGE. Cadastro de Municípios localizados na Amazônia Legal. Disponível em: [geofpt.ibge.gov.br/cartas\\_e\\_mapas/mapas\\_regionais/sociedade\\_e\\_economia/amazonia\\_legal/amazonia\\_legal\\_2014.pdf](http://geofpt.ibge.gov.br/cartas_e_mapas/mapas_regionais/sociedade_e_economia/amazonia_legal/amazonia_legal_2014.pdf). Acesso em 07 de fevereiro de 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente, 2019.

IEPÉ – Instituto de Pesquisa e Formação em Educação Indígena. Governo reconhece primeiro Mosaico que inclui Terras Indígenas. Disponível em <https://institutoiepe.org.br/2013/01/governo-reconhece-primeiro-mosaico-que-inclui-terras-indigenas/>. Acesso em 17, fev, 2021.

IEPÉ – Instituto de Pesquisa e Formação em Educação Indígena. Programa Tumucumaque. Disponível em <https://institutoiepe.org.br/programas/programa-tumucumaque/>. Acesso em 17, fev, 2021.

ISA. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Parceria entre ISA, Foirn e Funai fortalece a gestão indígena sobre territórios do Rio Negro. São Gabriel da Cachoeira, 12 de maio de 2016. Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/parceria-entre-isa-foirn-e-funai-fortalece-a-gestao-indigena-sobre-territorios-do-rio-negro>. Acesso em Acesso em 22. fev.2021.

ISA. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Rio Negro combate Covid-19 com cooperação entre autoridades e sociedade civil São Gabriel da Cachoeira, 12 de junho de 2020. Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/rio-negro-combate-covid-19-com-cooperacao-entre-autoridades-e-sociedade-civil>. Acesso em Acesso em 22. fev.2021.



ISA. INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. Plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil, 2020b. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org>. Acesso em 16, fev, 2021.

ISA. INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. Cataclismo Biológico - Epidemias na História Indígena, 2020a. Disponível em: [https://covid19.socioambiental.org/?gclid=EALalQobChMIm7HnmPaC7gl-VhoeRCh00JwvzEAAYAiAAEgK9K\\_D\\_BwE](https://covid19.socioambiental.org/?gclid=EALalQobChMIm7HnmPaC7gl-VhoeRCh00JwvzEAAYAiAAEgK9K_D_BwE). Acesso em 16, fev, 2021.

ISA. INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. Terras Indígenas no Brasil, 2021. Disponível em: <https://terra-sindigenas.org.br/>. Acesso em 17 fevereiro de 2021.

ISA. INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. Etnias do rio Xié. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Bar%C3%A9>. Acesso em 26 de fevereiro de 2021.

ISA. INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. Etnias do rio Uaupés. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Tukano>. Acesso em 26 de fevereiro de 2021.

ISA. INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. Povo Manchineri. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Manchineri>. Acesso em 26 de fevereiro de 2021.

ISA/SIRN. Plano de etnodesenvolvimento do Território Rio Negro da Cidadania Indígena. 2009. Disponível em: [http://sit.mda.gov.br/biblioteca\\_virtual/ptdrs/ptdrs\\_qua\\_territorio136.pdf](http://sit.mda.gov.br/biblioteca_virtual/ptdrs/ptdrs_qua_territorio136.pdf). Acesso em 19. Fev. 2021.

KALIYAPERUMAL, IEC. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Commun Ophthalmol**, 2004; 4(1):7-9.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LANGDON, E.J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. **Revista Tellus**, ano 5, n. 8/9, p.103-1024. 2005.

LANGDON, E.J. **O Abuso de Álcool entre os Povos Indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa**. in: Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

LAUNIALA, A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. **Anthropology Matters** 2009; 11(1): 1-13.

LAZO, R. El principal vector de la Covid-19 en la Amazonía rural es el Estado peruano, 2020b. Disponível em: <https://ojo-publico.com/1808/el-principal-vector-de-la-covid-19-en-la-amazonia-es-el-estado>. Acesso em 20. Jan. 2021.



LAZO, R. Subregistro y etnocidio en los pueblos indígenas, 2020. Disponível em: <https://ojo-publico.com/1945/subregistro-y-etnocidio-en-los-pueblos-indigenas>. Acesso em 20.Jan.2021.

LIMA; BARROSO-HOFFMANN. **Além da tutela: Bases para uma nova Política Indigenista III**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.p.4961

LINS, V. P. **A Física no Contexto Yanonami na Comunidade Maturacá** – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas – Campus São Gabriel da Cachoeira – 2017.

LISBOA, J. F. **Acadêmicos Indígenas em Roraima e a Construção Da Interculturalidade Indígena Na Universidade: entre a formação e a transformação**. (Tese de Doutorado em Antropologia social). Universidade de Brasília (DAN/UnB). Brasília, 2017. 316 p.

MARINHO, G.; PONTES, A.L.M. SAÚDE INDÍGENA: POLÍTICAS COMPARADAS NA AMÉRICA LATINA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, e00024117, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000308001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000308001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em janeiro de 2021.

MARTINS, A.L.U. **Conservação da agrobiodiversidade: saberes e estratégias da agricultura familiar na Amazônia**. Doutorado acadêmico. (Programa de pós-graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) Universidade Federal do Amazonas. Manaus : UFAM, 2016.

MATPHA. Manxinerune Tsihi Pukte Hajene. Rio Branco, 04 de setembro de 2020. Facebook Matpha -Manxinerune Tsihi Pukte Hajene. Disponível em [https://www.facebook.com/MATPHAACRE/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/MATPHAACRE/?ref=page_internal) Acesso em 24 de fev 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte**. São Paulo: n-edições, 2018.

MENDES, A.M et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**. 2018, v. 42, e184. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>>. Acessado em janeiro de 2021.

MERCANTE, M.S; FRANCHETTO, B. Povos Indígenas no Brasil. Instituto Socioambiental (ISA). MANCHINERI Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Wapichana>. Acesso em: 25.fev.2021.

MINEIRO, M. **Representações sociais de suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira-AM Dissertação** (Mestrado em Saúde e Endemias na Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas. Manaus:UFAM/UFPA, 2013.



MONTAG, D; BARBOZA, M; CAUPER, L. et al. Healthcare of Indigenous Amazonian Peoples in response to COVID-19: marginality, discrimination and revaluation of ancestral knowledge in Ucayali, Peru, 2021. **BMJ Global Health** 2021;6:e004479. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/1/e004479>

MORGADO, P; BARBOSA, G.C. Povos Indígenas do Brasil. Aparai. 2001. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Aparai>. Acesso em: 25, fev, 2021.

OLIVEIRA, C.S.A. Miçangas tchecas como arte na Amazônia? Produção de corpos e beleza na Guiana Indígena. **Revista Poiésis**, Niterói, v. 22, n. 37, p. 189-208, jan./jun. 2021.

OLIVEIRA, J.P. Os caminhos para o Evare: a demarcação Ticuna. In: **ALMEIDA, A. W. B. Caderno de Debates Nova Cartografia Social: Conhecimentos tradicionais e territórios na Pan-Amazônia**. Manaus: UEA, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 19 de janeiro de 2021.

PAN, D. et al. The impact of ethnicity on clinical outcomes in **COVID-19: A systematic review**. *EclinicalMedicine* 23 (2020).

PIB/ISA. Povos Indígenas no Brasil. Instituto Socioambiental (ISA). Amanayé. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Wapichana>. Acesso em: 20.fev.2021.

PIB/ISA. Povos Indígenas no Brasil. Instituto Socioambiental (ISA). Seind socializa plano de atuação integrada em assembleia da Focimp. Publicado em 29 de agosto de 2011. Disponível em <https://pib.socioambiental.org/>. Acesso em 23 fev, 2021.

PIB/ISA. Povos Indígenas no Brasil. Instituto Socioambiental (ISA). Wapichana. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Wapichana>. Acesso em: 20.fev.2021.

PICANÇO, M.N.B. Caribé: bebida que dá sustança ao corpo e a alma cabocla. **Ver Visual AntHropo-lógicas**: Volume 6, Coleção 1 (n.1) – 2020.

QEDU. Portal Brasileiro de Dados Abertos. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira –INEP. Disponível em <<https://dados.gov.br/aplicativo/qedu>>. Acesso em 19. Fev. 2021.

QUARESMA, F de J. P., FERREIRA, M.N. de O. Os povos indígenas e a Educação. **Revista Práticas de Linguagem**, v. 3, n, 2, jul./dez de 2013.



REZENDE, J.S. **Educação Escolar Indígena e a Bebida Alcoólica**: reflexões sobre o contexto do Triângulo Tukano, Alto Rio Negro, 2013.

RODRIGUES, C.I. O bairro do Jurunas, à beira do rio Guamá. **Revista Mosaico**, v.1, n.2, p.143-156, jul./dez., 2008.

SANTILLI, P.J.B. **Fronteiras da República : história e política entre os Macuxi no vale do rio Branco**. São Paulo : USP-NHII ; Fapesp, 1994. 119 p.

SANTOS, B. S. **La cruel pedagogía del vírus**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2020.

SCHRÖDER, P. Levantamento etnoecológico: experiências na região do Médio Purus. In: GRAMKOW, Márcia Maria (Org.). **Demarcando terras indígenas II: experiências e desafios de um projeto de parceria**. Brasília : Funai/PPTAL/GTZ, 2002.

SCHWEICKARDT, J.C.; SILVA, J.M.B.; AHMADPOUR, B. A Saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho. **In: Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.9). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-10-6.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG). Você sabe como surgiu o coronavírus SARS-CoV-2?. Disponível em: [https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/profissionais-e-gestores/27-08\\_Manual\\_Diagnostico\\_Covid-19](https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/profissionais-e-gestores/27-08_Manual_Diagnostico_Covid-19).

SESAI. Mapa Provisório DSEI Alto Rio Purus dos Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil nos DSEI e dos Itinerários de Produção de Saúde nas Áreas Indígenas. Ano 2013. Disponível em: <[https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/mapa\\_provisorio\\_dsei\\_alto\\_rio\\_purus\\_-\\_mario\\_lucio\\_f\\_da\\_silva\\_junior.pdf](https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/mapa_provisorio_dsei_alto_rio_purus_-_mario_lucio_f_da_silva_junior.pdf)>. Acesso em 17 de Fev. de 2021.

SESC TV. Resenha sobre o documentário A CULTURA AMAZÔNICA DOS BARÉ, O POVO DO RIO. **Revista SESC TV**- Abril, 2015. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.secsp.org.br/files/edicao\\_revista/e7cf2451-d4ca-46f1-a3e3-7491ea6c32b79rbv0lojvAhUOIrkGHVBbCaQQFjAAegQIARAC&usg=AOvVaw1FwS-wbr9a6VtOt6aQmI9Pn](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.secsp.org.br/files/edicao_revista/e7cf2451-d4ca-46f1-a3e3-7491ea6c32b79rbv0lojvAhUOIrkGHVBbCaQQFjAAegQIARAC&usg=AOvVaw1FwS-wbr9a6VtOt6aQmI9Pn). Acesso em 26 de fevereiro de 2021.

SESAU, Secretaria de Estado de Saúde de Roraima/SESAU/RR. Plano Estadual de Saúde 2016/2019. Porto Alegre, RS, 2016. 228 p. Disponível em <<https://www.conass.org.br/>>. Acesso: 14.fev.2021

SILVA, N.C.S. Conhecer a história e o modo de vida dos povos indígenas de Roraima: etnias Macuxi e Wapichana. **Revista Casa de Makunaima**, Edição 3 / Vol. 2 - Nº 3 / Jan./Jun. (2019).



SKEWES, J.C. A indigenizar o mundo. In: **El buen vivir: interculturalidade Y mundialización, uma mirada desde América Latina**. SKEWES, J.C.; HALISKI, A.M (Org). Curitiba: UFPR, 2017.

SOLÓN, P. Bem viver. In: **Alternativas sistêmicas: Bem viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização**. São Paulo: Elefante, 2019.

SOUSA, MCS; SCATENA, JHG; SANTOS, RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007.

SOUZA, M.L.P.; DESLANDES, S.F. ; GARNELLO, L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):709-716, 2010.

SOUZA, M.L.P; GARNELO, L. Quando, como e o que se Bebe: o processo de alcoolização entre povos indígenas do Alto Rio Negro, Brasil. In: **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SOUZA, M.L.P. **Juventude, Uso de Álcool e Violência em um Contexto Indígena em Transformação**. (Tese de Doutorado) Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

SCHWADE, T. M. M.; SCHWADE, M. C. D. L. e SCHWADE, L. A.. A chegada do SARS-COV-2 no Amazonas. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Edição Especial: Covid-19, Jun./2020 p.202 – 210. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54418>. Acesso em: 24 fev. 2021.

UFRR. Universidade Federal de Roraima. Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena. Disponível em < <https://ufr.br/>>. Acesso em: 19, fev, 2021.

VALADÃO, V. Povos Indígenas do Brasil. Tembé. 2001. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Temb%C3%A9>. Acesso em:25, fev, 2021.

VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. **Mana**, v.8, n.1, 2002. p.113-148. ISSN 0104-9313

VIVEIROS DE CASTRO, E. Perspectivismo e multinaturalismo na América Indígena. In: **Inconstância da Alma Selvagem**. São Paulo: Cosac & Naif, 2002b

WAIZBORT, R. **O debate inesgotável: causas sociais e biológicas do colapso demográfico de populações ameríndias no século XVI**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 14, n. 3, p. 921-941, set.-dez., 2019.



| ANEXOS





## APOIADORES REGIONAIS

**Susana Akariuru Apalai Waiana** – foi a apoiadora do estudo responsável pela região do Parque Tumucumaque e Parú d’Este, Pará. Estudante do curso Técnico em Enfermagem na São Camilo, colaboradora da Associação dos Povos Indígenas – APIWA, integrante da Articulação das Mulheres Indígenas – AMIWA e pesquisadora de campo do projeto PIACC, na equipe Fiocruz Amazônia, indicada pela Pará - APOIANP. Filha de Cecília Awaeko Apalai e Maruanari Apalai Waiana, nascida no dia 27 de março de 1994, em uma aldeia chamada Bona, que fica localizada no Parque do Tumucumaque, no estado do Pará, região Norte do Brasil. Começou a aprender os costumes e tradições indígenas cedo e desde muito nova começou a trabalhar na roça, carregando mandioca a lugares distantes de sua aldeia. Com 12 anos aprendeu a fazer alguns tipos de artesanatos indígenas, atividade com a qual se ocupa atualmente na APIWA.

O estudo foi feito através de um questionário – disponível na plataforma google.docs e enviado através das redes sociais, como o facebook, whatsapp, que são as redes sociais mais comuns na região. Ao entrar em contato com estes jovens através das redes sociais, principalmente pelo facebook, enviava o link do questionário a eles e muitos tinham o interesse de responder. Conversava com o público-alvo que eram os jovens indígenas de 15 a 22 anos, e explicava como funcionava o questionário para ser respondida a pesquisa. A grande dificuldade de alguns jovens era a linguagem na qual o questionário estava, que é a língua portuguesa, pois alguns não entendem muito bem esse idioma. Fui orientando os jovens através de mensagens, áudios e chamadas telefônicas, e assim tirando todas as suas dúvidas.

**Lilia Cordeiro França** - foi a apoiadora do estudo responsável pela região do Alto Rio Negro, Amazonas. Lilia tem 19 anos de idade, estudante da Escola Estadual Sagrada Família, mora em São Gabriel da Cachoeira Amazonas, é solteira e não tem filhos. Ela é comunicadora da Rede de Comunicadores Indígenas do Rio Negro Wayuri. Foi jovem aprendiz no Instituto Socioambiental (ISA), fez a produção, locução, edição e narração do boletim de áudio Wayuri. É comunicadora voluntária nas ações da Campanha Rio Negro “Nós Cuidamos”. Como cinegrafista e repórter participou na realização das assembleias regionais eletivas e assembleia geral eletiva da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), assim como das assembleias do Departamento de adolescentes e jovens indígenas do Rio Negro e departamento de mulheres indígenas do Rio Negro, ambos departamentos da FOIRN. Segundo Lilia, “a minha participação tinha o objetivo de obter a matéria para a produção do boletim de áudio Wayuri”.



**Sobre a aplicação do formulário:** “Eu percebi que eu não iria conseguir aplicar o formulário de forma virtual online, pois isso estava muito lento, então eu e a Vera Lúcia comunicadora da COIAB tivemos a ideia de aplicar o formulário impresso. A ideia era imprimir e enviar através das pessoas que estivessem indo para suas comunidades e voltando antes do dia 15 de janeiro, o fim do prazo de aplicação, através dos nossos amigos conhecidos como a Elisângela antiga coordenadora do departamento de mulheres indígenas do Rio Negro/FOIRN. Ela levou 30 formulários para sua área do Alto Rio Negro, a Laura Martins da coordenadoria NADZOEIRE, dos Baniwas também ajudou muito levando os questionários. Bom foi assim que eu fui recebendo as respostas e lançando online, então praticamente eu acompanhei de perto os resultados desse estudo aqui no Rio Negro. Eu também contei com a ajuda das minhas amigas que foram compartilhando o link com seus outros amigos. Assim nós conseguimos não todos os formulários respondido, mas chegamos perto disso, foi bem legal e eu não tive ajuda dos grêmios estudantis, tentei isso mas obtive resposta deles.

**Valdemar Pereira Lins** - foi o apoiador do estudo responsável pela região de Maturacá, São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. Nasceu na comunidade de Maturacá, do Povo Yanonami. “Eu tive o privilégio de fazer parte da primeira turma de Licenciatura Intercultural em Física pelo Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas – Campus São Gabriel da Cachoeira IFAM. Confesso que cresci muito, neste curso que me proporcionou a ter uma visão crítica e ampla a compreender o mundo de forma intercultural, valorizando a nossa cultura e os costumes e que a Física está relacionada com os Yanonami, na cultura, costumes, nas construções, na agricultura, suas histórias, seus rituais, artesanatos e na música”.

“Hoje em dia nós professores Yanonami falamos e discutimos a educação tradicional de nosso povo de forma a fazer com que a mesma seja feita com qualidade. Em todas as reuniões internas da comunidade discutimos ideias de como a escola anda, como vamos melhorar, para compartilhar ideias porque somos exemplos para os parentes. Por isso nas nossas escolas temos a responsabilidade e compromisso de integrar e interagir com a comunidade para que os professores com formação na escola não se sintam excluídos e nem se omitam quando solicitados, pois isso vai torná-los pouco queridos na comunidade. A comunidade espera do professor Yanonami bons resultados e preparo para que seja líder político e pesquisador na comunidade”.

“Hoje faço parte da Associação Yanomami do Rio Cauburis – AYRCA como Coordenador do projeto de Turismo Yaripo ‘Pico da Neblina’, e Conselheiro Diretor da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN”.



A aplicação do questionário nas comunidades Yanomami na região de Maturacá foi realizado do seguinte modo: primeiramente realizamos uma reunião com as lideranças tradicionais e com os pais dos Jovens. Em seguida foi feita a reunião com os jovens e foi entregue para cada um o questionário. As dificuldades encontradas foram sobre os termos como saúde mental e o que causa problemas mentais, mas quando conseguiram entender os termos, “entraram em sintonia com os assuntos”, e vi o interesse dos jovens Yanomami”.

**O apoiador finaliza:** “o trabalho realizado está me proporcionando o aprendizado, em relação ao tema que é voltado para conscientizar as pessoas e contribuir para o bem viver das comunidades Yanomami, despertar o interesse da juventude e multiplicar essas ideias e contribuir para visão dos profissionais de saúde, e assim nós indígenas ter tratamento diferenciado”.

**FIGURA 01**  
**Reunião com lideranças e pais dos jovens da Comunidade Yanomami de Maturacá**



Valdemar Lins, 2021



**FIGURA 02**  
**Reunião com lideranças e pais dos jovens da Comunidade Yanomami de Maturacá**

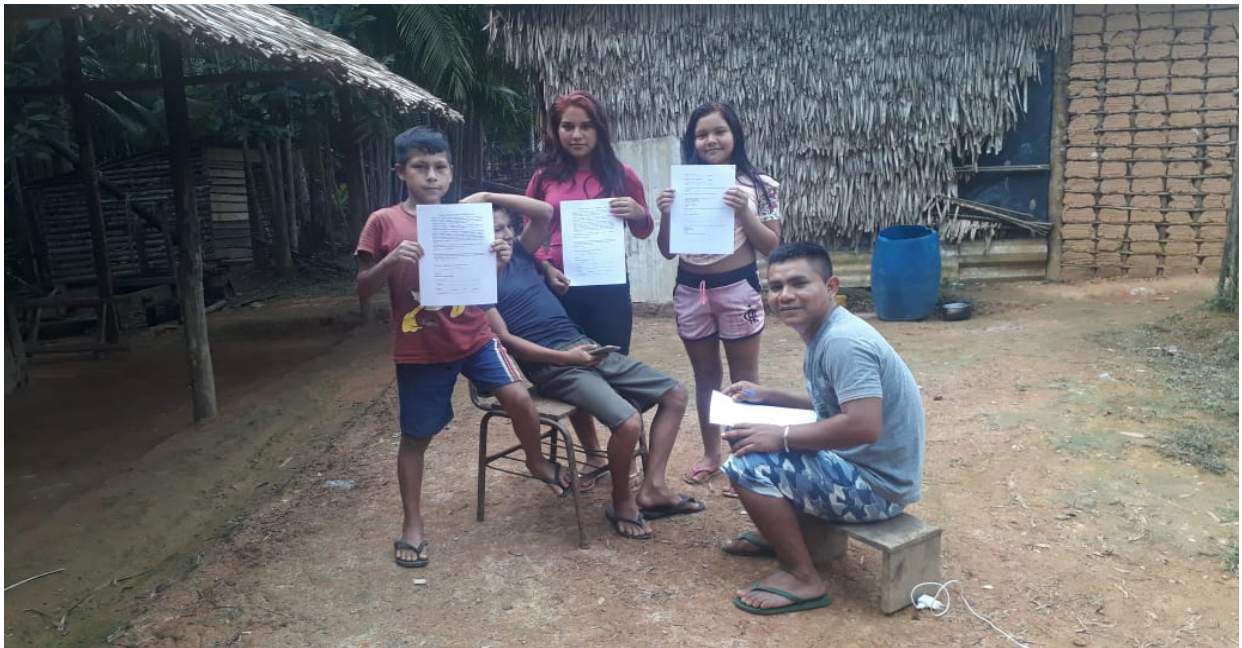


Valdemar Lins, 2021





**FIGURA 03**  
**Jovens Yanomami nas entrevistas de questionário CAP**



Valdemar Lins, 2021



**FIGURA 04**  
**Jovens Yanomami nas entrevistas de questionário CAP**



Valdemar Lins, 2021





**FIGURA 05**  
**Jovens Yanomami nas entrevistas de questionário CAP**



Valdemar Lins, 2021 

**Claudemir Nogueira da Silva** - foi o apoiador do estudo responsável pela região do Médio Rio Purus, Amazonas. "Sou do povo Apurinã, aldeia Tucumã, terra indígena Caititu, médio Rio Purus, município de Lábrea Amazonas. Tenho 25 anos de idade, minha escolaridade é ensino médio completo, sou liderança. Atualmente faço parte de uma federação indígena da sigla FOCIMP- Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus, sendo que a mesma representa 06 (seis) municípios, Boca do acre, Pauini, Lábrea, Canutama, Tapauá e Beruri; alto, médio e baixo Purus. Faço parte desta Federação há 4 anos como vice secretário, e no momento secretário executivo em exercício".

O estudo CAP, no começo, foi realizado pelo link via internet, mas devido ter poucos jovens indígenas nessa faixa etária na cidade, não andou muito. Assim, foi adotado a aplicação de forma presencial, imprimindo o questionário e levado até as casas dos jovens indígenas que viam até a cidade acompanhando seus familiares. Os motivos de vir à cidade são as seguintes: tirar dinheiro, fazer salário maternidade e outro. Apesar de muitos ter ensino médio completo ou fundamental não sabiam escrever direito, então foi preciso o apoiador fazer as perguntas e colocar no papel.

O maior desafio foi por conta da maioria dos indígenas estarem nas aldeias, sendo o acesso as comunidades indígenas e deslocamento intermunicipais são realizados exclusivamente via fluvial, exigindo recursos financeiros para pagar passagens fluviais em embarcações comerciais da região, ou mesmo dispor de embarcação própria. O alto custo com combustível dificulta o trânsito entre os municípios e aldeias.





“Na região do Médio Purus não existem apenas dificuldades logísticas para acessar as comunidades, como também, problemas constantes com a interrupção de rede de celular, falta de energia elétrica e ausência de conectividade de internet, inviabilizando um contato”.

**Jomar Maia de Sá** - foi o apoiador do estudo responsável pela região do Alto Rio Solimões, Amazonas. “Tenho 36 anos de idade, ensino médio completo. Atualmente faço parte da equipe de assessoria do Conselho Geral da Tribo Ticuna-CGTT na parte de articulação e apoio administrativo. Além disso, sempre trabalhei na área de assistência social no âmbito do município de Benjamin Constant, envolvendo população indígena tanto os que vivem em Terras Indígenas como os que vivem em contexto urbano. Minha esposa é da etnia Ticuna, filha de uma liderança indígena bastante atuante no movimento indígena Ticuna do Alto Solimões. Desde que passei a fazer parte da família passei a compreender as questões indígenas e acompanhar seus desdobramentos, inclusive os desafios e dificuldades para o pleno acesso as políticas públicas”.

“A aplicação do questionário referente ao estudo CAP foi um tanto desafiadora por conta do contexto de pandemia em que é arriscado aproximar-se fisicamente uns dos outros, sobretudo, por conta da proibição de entrada de pessoas estranhas às comunidades indígenas, visando à segurança sanitária de inibir contaminação de COVID-19, bem como, proteção social dos indígenas”.

“Com isto, o acesso para comunicação presencial com as comunidades ficou impossibilitado, além de não contar com condições logísticas para chegar até as comunidades que por sua vez são realizadas 99% via fluvial a longas distâncias, necessitando de um alto custo financeiro de combustível, inexistente no momento de aplicação do CAP”.

Apesar das constantes divulgações do link entre os jovens indígenas da região do Alto Solimões há que ser levado em consideração a escassez de acesso à internet, de baixa qualidade em toda região do interior do estado do Amazonas, principalmente nesta época do ano de chuvas e tempestades cotidianas. Em 99% das comunidades indígenas não existe sequer a orelhões para ligações básicas de telefone, muito menos rede de celular com internet.

Assim sendo, optamos pela estratégia de mobilizar lideranças indígenas, os quais denominamos como pontos focais, de cada uma das etnias existentes no Alto Solimões: Ticuna, Kokama, Kambeba, Kaixana, Witota e Kanamari dos seis municípios que constituem esta região: Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá e Tonantins, os quais ficaram responsáveis de divulgar o link e auxiliar os jovens indígenas a responderem os questionários. Entretanto, como se sabe, por conta da pandemia a maioria dos indígenas permaneceu em suas



comunidades em isolamento social, conforme orientações sanitárias e como estratégia adotada por eles mesmos para diminuir riscos de contaminação de COVID-19, com isso, houve dificuldades até mesmo para os pontos focais que em sua maioria moram na sede dos municípios em mobilizar um maior número de jovens.

Devido ao curto prazo que tivemos para apresentar os resultados do CAP, tivemos a ideia de copiar todas as questões em word e encaminhar para os pontos focais imprimirem e distribuírem entre os jovens indígenas de seus municípios responderem e em seguida encaminhar via WhatsApp para inserção de resposta através do link, fator importantíssimo que nos garantiu apresentar um panorama sobre a situação de saúde mental dos jovens impactados pelo COVID-19.

Para aplicação dos questionários houve um esforço significativo de conseguir juntar os jovens, alguns preferiram responder seus questionários em forma de oficinas contando com apoio de professores e lideranças indígenas. Para tanto, foi necessário adequar a metodologia para uma linguagem melhorada e menos técnica para que os jovens indígenas pudessem compreender e se auto identificar com as perguntas que exigiram respostas pessoais que muitas das vezes são bastante subjetivas no interior das comunidades, quando não, acabam sendo naturalizadas quando os jovens passam a ser vistos como problemáticos por suas famílias ou pelos mais velhos, desviando o olhar para a real causa-problema.

Outra dificuldade foi o fator linguístico por parte dos jovens Ticuna que em sua grande maioria são falantes apenas da língua Ticuna, de tronco linguístico isolado, onde foi necessária a interlocução de outros jovens bilíngues.

**Wauana Sheeva Costa Silva Manchineri** - foi a apoiadora do estudo responsável pela região do Alto Rio Purus, Acre. "Sou indígena do povo Manchineri no Acre, tenho 26 anos, sou Gestora de Agronegócios formada pela Universidade de Brasília. Atualmente sou consultora e membro fundadora da Manxinerune Tsihi Pukte Hajene (MATPHA). A MATPHA é uma associação civil, de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Rio Branco/AC e tem por finalidade apoiar as organizações, os povos e comunidades indígenas na defesa e promoção dos direitos humanos, coletivos e difusos relativos ao patrimônio territorial, ambiental, artístico e cultural dos povos indígenas".

"Eu nasci no município de Rio Branco no Acre, sou a segunda de cinco irmãos com idade entre 30 a 20 anos. Meus pais se conheceram no ano de 1988, no dia do velório do Chico Mendes, minha mãe é branca e meu pai indígena. Entretanto ambas as famílias não aceitaram esse relacionamento





com entusiasmo. No entanto, meus pais tentaram levar da melhor forma, pois dessa não aceitação começaram os preconceitos por parte das duas famílias, por não sermos totalmente indígenas e por sermos metade indígenas. Isso trouxe uma crise de identidade que eu e todos os meus irmãos passamos, até nos aceitarmos por completo.

Somos os típicos indígenas, estereotipados por nossa aparência: morenos, baixos e cabelos pretos lisos, esse é a aparência da maioria da população do Acre. Então, o restante da população nos tinha como ameaça aos seus direitos, pois dizem que iríamos tomar o Estado, esse medo fazia com que eles nos atacassem com palavras e exclusão por onde passávamos.

Então, falar sobre preconceito é muito difícil e até certos momentos é doloroso, pois tenho uma filha e já sei por tudo que ela irá passar, por isso luto todos os dias pelo reconhecimento dos nossos direitos e para informar as pessoas sobre o verdadeiro significado de ser indígena. Obrigada!

Sobre a aplicação do questionário ocorreu por meio do aplicativo WhatsApp e/ou mensagem de texto e ligações telefônicas. Estas medidas de contato foram adotadas para manter a segurança do apoiador local, bem como das pessoas residentes das aldeias para que não houvesse disseminação da Covid-19 entre os povos indígenas. O questionário foi respondido pelos jovens dos povos Apurinã, Kaxinawá, Manchineri, dos municípios de Boca do Acre e Pauini no Amazonas, Santa Rosa do Purus e Rio Branco no Acre. No caso de Rio Branco apesar de não ser uns dos municípios integrantes da região do Alto Purus, nela se encontra uma grande maioria de jovens indígenas que vem para a cidade para estudar, trabalhar, dentre outros motivos.

As principais dificuldades encontradas foram em relação ao acesso a internet dos jovens indígenas, pois o acesso à internet é limitado nas comunidades e em sua grande maioria não tem. Então, foram necessários utilizar outras medidas como ligações telefônicas para ter uma maior distribuição de etnias, aldeias e faixa etária nas respostas.

A segunda dificuldade está relacionada a comunicação e distâncias entre as comunidades. A região do Alto Purus possui sete povos distribuído em várias comunidades, que em sua maioria são distantes, onde não há acesso à sinal de telefonia é muito menos de internet, a exemplo, são os integrantes dos povos Jamamadi e Kulina que possuem pouquíssimas pessoas falantes do português. Então, levando em consideração as dificuldades descritas acima, ao final da aplicação do questionário não houve representantes dos povos Jamamadi, Jaminawa, Kaxarari, Kulina”.



**Ademar de Melo Cavalcante Filho** - foi o apoiador do estudo responsável pela região do Leste Roraima, estado de Roraima. "Sou cidadão que me importo com a saúde em todas as áreas que abrangem não só a região do qual pertencço, mas também em todas que posso contribuir com meus conhecimentos e qualificações já obtidas, quanto Conselheiro tutelar no Município de Alto Alegre, da região norte do estado de Roraima, nascido e pertencente da Comunidade Indígena Barata da região do Tabaió, tenho 26 anos, Wapichana, filho de Ademar de Melo Cavalcante e de Elânia da Silva Maximiano".

O apoiador trabalho como Assistente Técnico Operacional – CAER, aluno do Curso de Gestão Saneamento Ambiental pela Faculdade UNIASSELVI e do Curso em Bacharel em Administração Pública pela Faculdade Estácio, Assessor Regional das Lideranças Indígenas da Região Tabaió, Coordenador Regional da Juventude Indígena, Coordenador Regional dos Comunicadores Indígena e Pesquisador do Projeto PIACC, na equipe Fiocruz Amazônia, indicado pelo Conselho Indígena de Roraima – CIR.

"Atualmente o mundo vem passando por transformações das quais muitas foram inevitáveis, como perda de familiares, amigos e conhecidos devido a pandemia causada pelo novo coronavírus COVID-19, iniciada no final do ano de 2019, mas com dados elevados no início de 2020. O isolamento social causado pelo COVID-19, trouxe a população uma forma de vivência e diferenciada nem um pouco convencional e moderna; tendo que nós quanto seres humanos nos reorganizar e nos refazer para que o caos não tomasse conta da situação. Desta maneira, fez-se necessário tomadas de decisões e novos planos para interação, mantendo o desenvolvimento em todas as classes existentes".

"Portanto, empresas públicas, privadas e outras se refizeram para continuarem com suas atividades por meio das tecnologias, assim como as entidades não governamentais como a COIAB, UNICEF e outros que se prontificam com a preocupação de manter a ordem e a saúde de todos como a qualidade de vida e orientar quanto aos perigos do COVID-19".

## **SOBRE A APLICAÇÃO DO ESTUDO CAP**

Seguindo as normas de segurança e proteção para que não haja e houvesse também contaminação e nem risco ao contágio do CORONAVÍRUS nos locais visitados, tomamos todas as medidas de proteção para realizar a pesquisa e levantamento do Conhecimento, Atitudes e Práticas – CAP da seguinte forma.



Visitamos as comunidades da região leste de Roraima, como a Raposa, Baixo Contigo, Serras, Serra da Lua, Murupu, Alto Cauamé, Tabaio, Amajari, Wai Wai e São Marcos. No primeiro momento da aplicação do CAP, compartilhamos um link do projeto aos jovens de 15 a 22 anos. Em seguida observamos que o número de participantes e de preenchimento do formulário estava muito baixo, pois a maior dificuldade para acessar o conteúdo, é a internet e a falta de orientação do projeto acerca de seu preenchimento correto dos formulários de inscrição.

Com essa dificuldade criamos uma alternativa de contato com esses jovens, em parceria com o Controle Social - CONDISI do DSEI Leste Roraima, conseguimos aplicar o estudo CAP com formulários impressos aos jovens indígenas *in loco*, obtendo resultados significativos alcançando metas e um quantitativo muito bom, pois com os formulários impressos facilitou o preenchimento, assim como também a orientação dada pelo apoiador do projeto.

## RELIGIÃO

A religião evangélica e católica são as mais aceitas dentro das terras indígenas de Roraima, as quais há anos já se possui uma história de parceria com o movimento indígena, em destaque estar a religião católica que tem uma forte presença na maior terra indígena do leste de Roraima que a terra indígena Raposa Serra do Sol.

Também se destaca a religião cristã do povo Wai Wai que é uma religião que abrange toda terra indígena Trombeta Mapuera pertencente aos Wai Wai e que os mesmos não aceitam mais nenhuma outra religião dentro de sua terra indígena. Entre as etnias, os Wai Wai são umas das poucas comunidades que mantém a cultura dos ancestrais desde os primórdios, segundo observado e relatado por eles dentro da própria região.

## BENS

Algo muito bem simbolizado na atualidade e o acesso à internet, a qual atualmente a juventude tem buscado de todas as formas adquirir um celular a qual demonstra o número bem alto dos bens que a juventude possui, pois com o acesso à internet facilita a comunicação através das redes sociais.



## REFERÊNCIA DE CUIDADO E PROBLEMAS DE SAÚDE

Os maiores problemas que envolve os problemas psicológicos em comunidade Indígenas do leste de Roraima se destaca com princípio a família, pois dentro das terras indígenas acontece pelas separações entre casais, uso de bebida alcoólica na família, drogas e violência contra mulheres e criança e também a vulnerabilidade social das famílias.

## CONSUMO DE DROGA ILÍCITAS

O tráfico de drogas no estado tem a cada entrado nas comunidades a qual fazem de jovens indígenas reféns de um sistema que tem trazido prejuízo para o convívio das comunidades, em ocasiões a justiça tem se manifestado através de julgamento de processos e que colocam boa parte de nossas jovens no sistema prisional.

## COVID-19 FONTE DE INFORMAÇÃO

As comunidades indígenas do leste de Roraima obtiveram boa parte de informações do avanço da COVID-19 e seus impactos através da internet em especial as redes sociais como o aplicativo *WattsApp* e *Facebook*, não podemos deixar de mencionar o as emissoras de televisão que também contribuíram na informação, fazendo com que os lugares longínquos pudessem obter as informações.

## ADOÇÃO DE MEDIDAS FRENTE A COVID-19

Logo no início da pandemia no momento em que os números de mortes por complicações da COVID aumentaram no estado, região do leste de Roraima adotou algumas normas sanitárias dentro de suas terras indígenas, como a mais que foi utilizado foi a montagem de barreiras sanitárias. O isolamento social da comunidade evita a aglomeração de pessoas na comunidade como: futebol, reuniões comunitárias, aniversários e festas dançantes.



## PRÁTICAS TRADICIONAIS

Outras práticas adotadas pelas comunidades dentro de suas terras indígenas foi a confecção de máscaras, medicamentos tradicionais e construção de hortas com plantio de plantas para a confecções de medicamentos, a qual foi comprovadamente que o uso desses medicamentos contribuiu muito para recuperação e prevenção do COVID-19.

**Luciene Amanayé** – foi a apoiadora do estudo responsável pela região do Guamá-Tocantins, estado do Pará. Acadêmica de Psicologia pela universidade federal do Pará (UFPA), liderança jovem do povo Amanayé da aldeia Barreirinha. “Fui selecionada pela Federação dos povos indígenas do Pará FEPIPA como apoiadora do projeto da UNICEF junto com a FIOCRUZ para ajudar nesse estudo”.

As aplicações do estudo CAP foram realizadas via internet, pois com a pandemia da COVID-19 a maioria das aldeias estavam fechadas para a maior proteção. A maior dificuldade foi a internet pois nem todas as aldeias possuem acesso e as que tem, não tem boa qualidade. Outra dificuldade foi a falta de aparelho celular que nem todo jovem possui. Então dei a ideia para que os jovens se reunissem em um horário que a internet estivesse estável ao acesso e que compartilhasse o celular com outros jovens para que pudesse responder os questionários. Assim deu tudo certo.





Realização:



FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD  
INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

Apoio:



USAID  
DO POVO DOS ESTADOS UNIDOS