

**Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Sociais  
Departamento de Antropologia  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**

**O CUIDADO FOI COM REMÉDIO APURINÃ:  
Políticas de saúde, medicamentos e chás no enfrentamento à covid-19 em  
Pauini/AM**

**Amanda Bartolomeu Santos**

**Brasília**

**2024**

Amanda Bartolomeu Santos

**O CUIDADO FOI COM REMÉDIO APURINÃ:**

**Políticas de saúde, medicamentos e chás no enfrentamento à covid-19 em Pauini/AM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília como um dos requisitos para a obtenção do título de doutora em Antropologia Social.

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup>. Soraya Resende Fleischer

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Soraya Resende Fleischer (DAN/UnB – Presidente)

Profa. Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva (IMS/UERJ - Membro)

Prof. Dr. Francisco de Moura Cândido [Apurinã] (Membro)

Prof. Dr. Henyo Trindade Barreto Filho (DAN/UnB – Membro)

Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães (DAN/UnB - Suplente)

Brasília, 26 de abril de 2024

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bc            Bartolomeu Santos, Amanda  
              O cuidado foi com remédio Apurinã: Políticas de saúde,  
              medicamentos e chás no enfrentamento à covid-19 em Pauini/AM  
              / Amanda Bartolomeu Santos; orientador Soraya Fleischer. --  
              Brasília, 2024.  
              302 p.

              Tese(Doutorado em Antropologia) -- Universidade de  
              Brasília, 2024.

              1. Apurinã. 2. Saúde Indígena. 3. Medicamentos. 4.  
              Remédios. 5. Cuidado. I. Fleischer, Soraya , orient. II.  
              Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social pelo suporte institucional e ao CNPq pela concessão da bolsa durante os primeiros quatro meses do doutorado. Agradeço a professora Rosana Castro, ao professor Henyo Barreto e à professora Silvia Guimarães, pelos diálogos anteriores à construção do projeto de pesquisa, que acompanharam o exame de qualificação e a conclusão do trabalho. Ao professor Francisco Apurinã pelos encontros em atividades com o movimento indígena, que trouxeram direcionamentos para a escrita ao abordar características do povo Apurinã.

À minha orientadora, professora Soraya, pelo incentivo ao engajamento nas diversas frentes de atividades acadêmicas e ao trabalho coletivo. Agradeço também aos colegas de orientação coletiva pelas trocas, leituras e debates.

À equipe da CGGAM, em especial à da CORAM, por me acolher em Brasília, incentivar e viabilizar a licença que foi fundamental para a conclusão deste trabalho.

Agradeço imensamente ao povo Apurinã de Pauini/AM, pela acolhida em todas as aldeias (e na cidade). À OPIAJ pelos aprendizados sobre articulação e incidência política. À equipe da CTL Pauini que fazia uma CTL grande, muito além de apenas um local de trabalho. Ao Chefe, por ser chefe, por orientar em todos os momentos, sem nunca deixar o movimento indígena, por conciliar e pensar grande. À dona Meires por cuidar da gente e ser exemplo mulher que supera os desafios a cada dia. Ao Orlandinho pela disposição de estar com a gente e me levar para todo canto.

À turma de Pauini, agradeço pelos aprendizados diários. Ao Wallace, pela valentia, desconfiança, resistência no movimento. Ao Alex pelo senso crítico e compromisso. Ao Ferreira pelas conversas, viagens, e dívidas de abacaba. Ao Kennedy pelo cuidado, pelo rapé, pelas orientações sobre política, educação e sobre seu povo.

Pauini permitiu experiências e relações muito importantes para este trabalho e para minha vida como um todo, e corro o risco de deixar de citar algum nome importante ao listar agradecimentos. Agradeço às amigas e amigos do Polo, SEMAI, Coordenação de Ensino, ATRAMP, pelas partilhas nos trabalhos e no dia-a-dia. À Toinha, Jana, Gloclines, Eurico, Clícia, Basinho, Luayra, Ciane, Chirle, Michele, Sadico, Mirin, Amilca, Lucifran. Ao Catutinha e sua experiência no Purus. Ao Antônio Olavo pelas histórias. Ao Zé Roberto pelo compromisso com a política de base.

Aos agentes ambientais indígenas e agentes indígenas manejadores de quelônios, pelos muitos momentos de aprendizagem. Ao Marildo por ser exemplo de liderança, AAI, AIS, AISAM.

Em Pauini estava cercada por mulheres incríveis e sou grata pela oportunidade de estar perto, ter seus ensinamentos e exemplos. Agradeço à dona Socorro, dona Lucila e dona Toinha. À dona Duda pelos carões e olhinhos cheios d'água. À Fran pela dedicação ao seu povo e à saúde indígena. À Daia pela amizade, carinho e cuidado.

À Luana por ser tão bom estar junto, ir à casa da Luana e ouvir as melhores risadas.

À dona Raimunda pelas voltinhas, por compartilhar sua experiência.

À Vanessa pelos aprendizados sobre ser mulher no indigenismo e no movimento. Por saber se posicionar, pelo compromisso com as causas do movimento indígena e amor aos parentes.

À Selma por ser amiga, irmã, mãe, mulher, por me ensinar e cuidar de mim em todos os meus desajeitos em Pauini. À Mariza, Annelícia, e Alícia por trazerem alegria para o meu cotidiano.

O Purus trouxe também amizades, que seguem em outros cantos. À Brenda por dividir os desafios de CR. Ao Luiz pelos olhinhos brilhando ao falar do Purus e pensar grandes projetos no indigenismo. À Elaine pela incisividade e compromisso político.

À Bia, Aline e Welitania por serem refúgio ao lidar com Brasília, mesmo quando não estamos na cidade.

Às Azamigas de Congonhas, pelos encontros difíceis de agendar, mas sempre agradáveis, lembrando as adolescentes que fomos e os desafios de mulheres que nos tornamos.

Ao Jardel, Sarah, Marcony e Carlos por estarmos juntos, mesmo quando não tão perto. Ao Ric pelo ódio às desigualdades e pelas intensidades que me fazem rever as formas de ver e viver o mundo.

Ao Tiago por ser a pessoa, companheira nas minhas andanças. Por estar sempre perto, lembrar das coisas, aguentar as inseguranças e chaturas, e fazer com que *agente* fique bem junto.

Ao papai por saber que tá tudo bem por aqui. À dona Adelina pela sensibilidade, força e exemplo.

## **RESUMO**

Dentre a multiplicidade de vivências da pandemia, esta tese descreve cenários de enfrentamento à covid-19 em Pauini/AM, a partir de diálogos com indígenas do povo Apurinã, registrando estratégias das instituições e das comunidades para evitar a chegada da doença e organizar a atenção aos casos que surgiam. A pesquisa etnográfica envolveu entrevistas semiestruturadas, análises de documentos e experiências do meu trabalho na Coordenação Técnica Local da Funai em Pauini. Inicialmente, ao contar como foi a pandemia naquele contexto, descrevo como eram produzidos os números e as categorias que pretendiam medir, apontando para as possibilidades e limites das versões que eles contam. Reflito sobre a construção e gestão de políticas de saúde, investigando os trânsitos entre escalas nacionais, estaduais e o contexto local, ao analisar as presenças e ausências de orientações em torno dos medicamentos recomendados na atenção básica. São descritos os documentos do Ministério da Saúde que abordaram os medicamentos, atentando para a forma como o governo construiu sua postura negacionista nas relações entre estado e ciências. Voltando ao contexto local, descrevo as percepções sobre o uso dos medicamentos, discutindo seu lugar na Saúde Indígena e articulação nas várias práticas de cuidado efetivadas pelas comunidades. Conto sobre o trabalho de proteção e orientação do seu povo feito pelos Pajés Apurinã, bem como sobre os remédios caseiros, muitos tipos de chás, mobilizados naquele momento. Assim, descrevo situações etnográficas que apontam para particularidades relevantes no fazer e na aprendizagem dos chás, como tecnologias entrelaçadas nas práticas de cuidado.

**Palavras-chave:** Apurinã; Saúde Indígena; Medicamentos; Remédios; Cuidado.

## **ABSTRAT**

Among the multiplicity of experiences of the pandemic, this thesis describes scenarios for coping with covid-19 in Pauini/AM, based on dialogues with indigenous people of the Apurinã people, recording strategies of institutions and communities to prevent the arrival of the disease and organize care to the cases that arose. The ethnographic research involved semi-structured interviews, document analysis and experiences from my work at Funai's Coordenação Técnica Local in Pauini. Initially, when telling how the pandemic was in that context, I describe how the numbers and categories they intended to measure were produced, pointing to the possibilities and limits of the versions they tell. I reflect on the construction and management of health policies, investigating movements between national and state scales and the local context, when analyzing the presence and absence of guidelines around medications recommended in primary care. Documents from the Ministry of Health that addressed medicines are described, paying attention to the way in which the government constructed its denialist stance in relations between state and science. Returning to the local context, I describe perceptions about the use of medicines, discussing their place in Indigenous Health policies and articulation in the various care practices carried out by communities. I talk about the work of protection and guidance of their people carried out by the Apurinã Pajés, as well as about the home medicine, many types of teas, mobilized at that time. Thus, I describe ethnographic situations that point to relevant particularities in making and learning teas, such as technologies intertwined in care practices.

**Key-words:** Apurinã; Indigenous Health; Pharmaceuticals; Medicines; Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAI – Agente Ambiental Indígena  
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental  
AIS – Agente Indígena de Saúde  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil  
ATS – Avaliação de Tecnologia em Saúde  
CEPEDISA – Centro de Estudo e Pesquisas de Direito Sanitário  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CGGAM – Coordenação-Geral de Gestão Ambiental  
CGU – Controladoria Geral da União  
CGGTS – Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde  
CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena  
CMTS – Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde  
CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COIAB – Confederação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira  
CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS  
CORAM – Coordenação de Conservação e Recuperação Ambiental  
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito  
CR – Coordenação Regional  
CR-MPur – Coordenação Regional Médio Purus  
CTL – Coordenação Técnica Local  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas



DGITS – Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde

DOU – Diário Oficial da União

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EDS – Expedicionários da Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FOCIMP – Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus

FPE – Frente de Proteção Etnoambiental

FPMDDPI – Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas

Funai – Fundação Nacional dos Povos Indígenas

FVS – Fundação de Vigilância em Saúde

GM – Gabinete do Ministro

GRADE - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

GT – Grupo de Trabalho

IgG – imunoglobulina G

IgM - imunoglobulina M

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

MCTI – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

MDR – Ministério do Desenvolvimento Regional

MMA – Ministério do Meio Ambiente

MPF – Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

OPIAJ – Organização dos Povos Indígenas Apurinã e Jamamadi [de Pauini]

PAHO – Pan American Health Organization

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PICO – População, Intervenção, Comparador e Desfechos [*outcomes*]

PL – Projeto de Lei

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PL – Partido Liberal

PSOL – Partido Socialismo e Liberdade

RAM – Resistência a antimicrobianos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS

RT-PCR - *Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction*

SAES – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SE – Secretaria Executiva

SEI – Sistema Eletrônico da Informação

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGTES – Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TED – Termo de execução descentralizada

TI – Terra Indígena

UAPI – Unidade de Atenção Primária Indígena

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>Contexto metodológico</b> .....	<b>18</b>
<b>Notas sobre o Povo Apurinã</b> .....	<b>27</b>
<b>Localizando as Terras Indígenas no Purus</b> .....	<b>43</b>
<b>A organização dos serviços de atenção à saúde em Pauini</b> .....	<b>48</b>
<b>Organização dos capítulos</b> .....	<b>52</b>
<b>1. PARA “ELA” NÃO CHEGAR OU CHEGAR FRACA: AS DIMENSÕES DA PANDEMIA EM PAUINI</b> .....	<b>54</b>
<b>1.1 Estratégias da Secretaria Municipal de Saúde para evitar a chegada</b> .....	<b>54</b>
<b>1.2 Os números de casos no Município</b> .....	<b>62</b>
<b>1.3 As tecnologias de diagnóstico</b> .....	<b>80</b>
<b>1.4 O <i>timing</i> da COVID nas aldeias</b> .....	<b>86</b>
<b>1.5 A organização das ações da Saúde Indígena em Pauini</b> .....	<b>90</b>
<b>1.6 Emergência indígena</b> .....	<b>98</b>
<b>1.7 O trabalho dos pajés Apurinã</b> .....	<b>105</b>
<b>1.8 Dimensões da Pandemia em Pauini</b> .....	<b>112</b>
<b>2. GESTÃO DA SAÚDE E A PRODUÇÃO DE ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA OU “QUEM DISSE PRA TOMAR IVERMECTINA?”</b> .....	<b>117</b>
<b>2.1 O contexto “local” e os documentos que vão me enviar depois</b> .....	<b>119</b>
2.1.1 Na Secretaria de Saúde Municipal: “tem uma pasta COVID lá” .....	120
2.1.2 No Polo Base: “foram recomendações” .....	128
2.1.3 O DSEI e a autonomia médica .....	135
<b>2.2 A gestão de cima e as recomendações “não feitas”</b> .....	<b>143</b>
2.2.1 A Nota Informativa nº09/2020 e o destaque da cloroquina.....	146
2.2.2. O Parecer do CFM e a autonomia médica.....	152
2.2.3 O processo de produção e não aprovação de Diretrizes para o SUS .....	156
2.2.3.1. <i>A Nota Técnica SCTIE, ciências e gestores pró-cloroquina</i> .....	163
2.2.4 Os “outros” documentos e os medicamentos considerados para análise.....	174
2.2.4.1. <i>Os “outros” medicamentos e sua recomendabilidade</i> .....	180

<b>2.3 De onde vinham as orientações .....</b>	<b>191</b>
<b>3. O CUIDADO FOI USAR NOSSO REMÉDIO TRADICIONAL: OS CHÁS E AS ARTICULAÇÕES DE PRÁTICAS DE CUIDADO .....</b>	<b>197</b>
<b>3.1 Graças a Deus, a hidroxicloroquina não chegou .....</b>	<b>198</b>
<i>3.1.1. A covid mexe com o corpo todo.....</i>	<i>200</i>
<i>3.1.2. Não faltou medicação que estava dentro da RENAME.....</i>	<i>206</i>
<b>3.2. Graças a Deus, o chá e o pajé .....</b>	<b>218</b>
<i>3.2.1. A covid é um vírus e a gente cuidou com nosso remédio tradicional .....</i>	<i>224</i>
<b>3.3. Notas sobre cuidado numa perspectiva feminista .....</b>	<b>232</b>
<b>3.4. Tanto tipo de chá .....</b>	<b>245</b>
<i>3.4.1. Remédios, fitoterápicos, plantas medicina .....</i>	<i>251</i>
<i>3.4.2. A gente conhece quando o remédio é bom .....</i>	<i>259</i>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>263</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>267</b>
<b>APÊNDICE A - Quadro A-1 – Síntese das informações das entrevistas.....</b>	<b>297</b>
<b>APÊNDICE B - Tabela B-1 - Aldeias por Terra Indígena 2023 .....</b>	<b>299</b>
<b>APÊNDICE C - Resumo da história de <i>Tsura</i> .....</b>	<b>300</b>
<b>APÊNDICE D - Figura D-1 - Mapa das Terras Indígenas em Pauini.....</b>	<b>302</b>

## INTRODUÇÃO

Este texto poderia ser iniciado com uma frase sobre o que foi a pandemia da covid-19, escolhendo uma versão entre suas múltiplas vivências, para introduzir a temática. Mas produzir uma definição soaria algo limitado, ou ingênuo, na medida em que o leitor provavelmente teria pontos a acrescentar e questionar a partir das versões que lhe foram mais próximas e intensas. Um leitor em 2024, ou nos primeiros anos “pós-pandemia”, muito provavelmente terá muitas lembranças. Acho possível afirmar que vivemos um “pós”, na medida em que, em muitos contextos, fala-se da doença em narrativas que articulam episódios passados, ou mencionam experiências “daquela época”. Em termos oficiais, desde maio de 2023 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou fim da Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII), redefinindo a covid-19 como um problema de saúde contínuo<sup>1</sup>. E em termos de comportamentos cotidianos, não vemos mais, com tanta frequência, os mesmos medos e cuidados que um período mais intenso da pandemia gerava – ainda que seja difícil precisar qual foi esse período nas diferentes vivências.

As notícias sobre o novo coronavírus começaram a circular após a notificação de um surto na China, em dezembro de 2019. Em 11 de março de 2020 a OMS declarou a pandemia, considerando a rápida disseminação geográfica da covid-19. No entanto, como argumentaram Segata et al. (2021, p.5), a escala global da pandemia não significou universalidade ou homogeneização, a pandemia foi um evento múltiplo e desigual, ou um “tipo abstrato cuja realização precisa ser compreendida a partir de exercícios descritivos do sensível em vez da exaltação de indicadores e métricas internacionais de avaliação”.

Este trabalho conta histórias e constrói reflexões sobre as políticas de saúde e as formas de cuidado em relação pandemia do covid-19, a partir da minha vivência em Pauini/AM, trabalhando com o povo Apurinã. Conforme as notícias cresciam mundo afora, em Pauini surgiam muitas dúvidas e medos sobre se e como “ela” iria chegar no município do interior, com acesso fluvial, pelo Rio Purus, e uma infraestrutura de serviços de saúde que parecia bastante limitada diante das demandas geradas, das quais nem mesmo as capitais estavam dando conta. Da minha perspectiva, partir das minhas relações de amizade e trabalho, a questão era também se e como “ela” subiria ou desceria o Rio Purus e seus igarapés até as aldeias indígenas, e o que “a gente” ia fazer.

---

<sup>1</sup> PAHO. Pan American Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19). Disponível em: <<https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic>>, acesso em 20/02/2024.

A gente aqui era Coordenação Técnica Local (CTL) da Funai em Pauini, onde eu trabalhava, mas não só. Era a Organização dos Povos Indígenas Apurinã e Jamamadi (OPIAJ), com quem também trabalhava de forma muito próxima. Eram lideranças Apurinã que pensavam estratégias e ações para proteção de suas aldeias, cobrando, dialogando, e articulando instituições para defesa de seus direitos. Eram também profissionais de saúde do Polo Base da Saúde Indígena de Pauini, e alguns até do município, que precisaram responder num cenário de incertezas e falta de orientações.

Nesse sentido, a minha escrita tenta articular descrições e análises a partir das oportunidades de diálogos e aprendizados (sobre saúde, medicamentos, remédios, Saúde Indígena) e da participação em processos de cuidado em relação à covid-19, com o povo Apurinã de Pauini. Talvez tenha um caráter de registro, para não deixar esquecer as experiências da pandemia e as resistências diante das omissões e ações negacionistas do governo. Tem também o propósito de refletir sobre a construção de políticas de saúde, suas disputas e limites nos trânsitos entre escalas mais amplas e o contexto local. Além de uma preocupação, a partir da relação com o movimento indígena, em relação à valorização dos saberes e práticas das medicinas indígenas. Preocupações que foram direcionando o olhar para as estratégias para evitar e as formas de dimensionar a pandemia localmente; as orientações de tratamento formal/documentalmente (in)definidas para atenção básica; e as práticas e tecnologias de cuidado que se efetivaram nas aldeias no período pandêmico.

Assim, nessa introdução gostaria de situar um pouco do contexto (“da gente”) a partir do qual foi se construindo a pesquisa. Atuei na Funai, como indigenista especializada, na Coordenação Técnica Local (CTL) de Pauini, durante cinco anos, entre julho de 2018 e junho de 2023<sup>2</sup>. Éramos dois servidores – o Chefe e eu – na CTL que é a estrutura mais “da ponta” da Funai, que atua mais diretamente no atendimento ao público indígena e nas ações nas Terras Indígenas (TIs) de uma região determinada. Formalmente as atribuições incluem planejar e implementar ações, em conjunto com os povos indígenas e em diálogo com orientações técnicas da Funai Sede (Brasília): de promoção e proteção dos direitos sociais e do etnodesenvolvimento; de proteção territorial; de preservação do patrimônio cultural indígena; além da articulação com instituições locais para execução da política indigenista – conforme art.215 do Regimento Interno da Funai, Portaria nº666/PRES, de 17 de julho de 2017.

Na Sede, em Brasília, a Funai se subdivide em Diretorias, Coordenações Gerais e Coordenações internas, normalmente organizadas por temática de atuação em relação aos

---

<sup>2</sup> Em julho de 2023 passei a atuar em Brasília, na Coordenação de Conservação e Recuperação Ambiental (CORAM) da Coordenação-Geral de Gestão Ambiental (CGGAM).

direitos indígenas ou à estrutura administrativa do órgão. Enquanto as 39 Coordenações Regionais (CR) permitem a descentralização das ações, funcionando como unidades gestoras, que recebem os recursos da Sede e articulam condições para execução local das atividades. As CTLs seriam a estrutura abaixo da CR, e a CTL Pauini é vinculada à CR Médio Purus (CR-MPur), com sede em Lábrea/AM – à qual vinculam-se também as CTLs de Lábrea, Canutama e Tapauá

A competência formal da CTL se desdobra em inúmeras formas de atividades no cotidiano, com características que vão se relacionar também às condições que um órgão, com um histórico de precarização, consegue fazer chegar nas pontas. A estrutura idealizada de uma CTL demandaria cerca de cinco a seis servidores – segundo um gestor que acompanhou o processo de reestruturação da Funai<sup>3</sup> -, mas a realidade da maioria das CTLs da Amazônia é ter apenas um servidor, o chefe da CTL atuando sozinho. No caso de Pauini, era assim até a minha chegada. Enquanto a CR Médio Purus, durante praticamente todo período que estive lá, não tinha servidores para ocupar todos os cargos dos serviços nos quais ela é subdividida.

Nesse contexto, a viabilidade das ações indigenistas em grande parte das vezes depende de parcerias. Em Pauini éramos uma CTL que conseguia executar um número significativo de ações especialmente pela parceria com a OPIAJ, com as lideranças indígenas e comunidades. Essa parceria ia desde a concepção e priorização das ações a composição de equipes, compartilhamento de embarcações e despesas. A OPIAJ se organiza a partir de uma Coordenação Executiva, eleita em Assembleia a cada quatro anos, composta por quatro pessoas: Coordenador-Executivo; Coordenador Adjunto; Secretária Geral; e Coordenadora Financeira. Possui também gerências temáticas, como a Gerência de Estudantes Indígenas de Pauini (GEIP) e a Gerência de Mulheres e Articulação Estratégica (GMAE), além dos Conselhos Deliberativo e Fiscal. O Chefe de CTL, que era também uma importante liderança Apurinã, e eu (únicos servidores da Funai) convivíamos e compartilhávamos atividades com essas equipes e outras lideranças ligadas às ações da OPIAJ.

Em Pauini há um grupo de lideranças Apurinã, com trajetórias ligadas ao movimento indígena, que atuam em diferentes cargos e instituições e se reúnem em torno do vínculo com a OPIAJ. Além da Coordenação da OPIAJ, há um vereador indígena, o Coordenador de Educação Escolar Indígena, o Secretário Municipal de Assuntos Indígenas, o Coordenador

---

<sup>3</sup> Pela quantidade e abrangência das demandas, o número de cinco a seis servidores me parece fazer sentido, embora nunca tenha visto essa informação estabelecida oficialmente. Em um dos últimos concursos de remoção em que se condicionava a mudança de lotação do servidor à permanência de um número mínimo de servidores no local de origem, a exigência para CTL era do mínimo de três.

Regional da Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus – FOCIMP, etc. Embora as pessoas que ocupem estes cargos mudem de tempos em tempos (após eleições ou assembleias) há um certo reconhecimento das lideranças que já ocuparam ou podem vir a ocupar, considerando a “experiência no movimento”. São lideranças acionadas para representação dos povos indígenas em diferentes instâncias, atuando de forma significativa nas decisões políticas, e, em Pauini (no período que estive lá), costumavam conversar entre si, dividindo tarefas e responsabilidades.

A partir da CTL, a relação próxima com a OPIAJ, considerada uma das organizações mais atuantes no Purus, desdobrava-se em outros parceiros. A FOCIMP é a Federação do movimento indígena que reúne as organizações de base de seis municípios do Purus (de Boca do Acre/AM a Beruri/AM), entre as quais está a OPIAJ. Ambas as organizações indígenas, OPIAJ e FOCIMP, tem uma série de projetos em parceria com organizações da sociedade civil como o Instituto Internacional de Educação do Brasil – IEB, a Operação Amazônia Nativa – OPAN, e o Conselho de Missão entre Povos Indígenas – COMIN. O IEB tem um escritório em Pauini e é um dos principais parceiros da OPIAJ. Além disso, as atividades indigenistas no município envolviam articulações, parcerias e cobranças em relação às instâncias municipais – secretarias municipais de educação, assistência social, saúde, produção, etc.

Eu cheguei nesse contexto em Pauini, bem antes da pandemia, em 2018, quando fui convocada para o cargo de indigenista (a partir do concurso que tinha feito em 2016), após o primeiro semestre do doutorado em Brasília. Não tinha experiências de trabalho ou pesquisa com povos indígenas, fui sem muitas expectativas, conhecer, testar, como seria aquela oportunidade de trabalho – e acabei ficando na Funai até hoje. Assim como outros aspectos das nossas vidas, a pandemia atravessou a construção da pesquisa. Minha entrada no doutorado tinha a ver com interesses de pesquisa nas áreas de antropologia da saúde e dos medicamentos, e ao chegar em Pauini/AM fui reelaborando formas de construir uma proposta de pesquisa a partir do contexto local e minhas relações com os indígenas.

De certa forma, meu diário de campo se inicia antes da construção do problema desta pesquisa, quando anotava observações de situações no meu contexto de trabalho em que eram tematizadas saúde ou medicamentos. Nesses registros, há falas de lideranças preocupadas com “os parentes não estão usando o remédio tradicional”; “faltam medicamentos no Polo [Base da Saúde Indígena]”; “o subsistema não é só levar medicamento”; “não valorizam, mas medicina tradicional não tem efeitos colaterais como a dos brancos”.

Meu interesse inicial nos medicamentos, vinha de uma intuição de que seriam objetos interessante para “implodir”, no sentido que Joseph Dumit (2014) desenvolve a partir da



inspiração em Donna Haraway, de seguir as múltiplas as conexões nas diversas dimensões de um objeto, desdobrando histórias localizadas e encarando o intolerável do cotidiano<sup>4</sup>. Podiam ser “bons para pensar”, considerando o “encanto de sua concretude” (Van der Geest e Whyte, 2011 [1989]), ao ajudarem a comunicar e organizar experiências de adoecimentos em formas mais tangíveis, além de poderem ser levados e ressignificados entre diferentes contextos – ainda que mantendo uma conexão parcial com o contexto biomédico. Como sugerido por Alex Nading (2014), embora sejam parte significativa da infraestrutura química da Saúde Global<sup>5</sup>, a qual é pensada e planejada num sentido universalizante (pressupondo corpos individuais em diferentes contextos reagindo da mesma maneira a patógenos, podendo ser tratados a partir de intervenções biotecnológicas padronizadas), diversas etnografias têm mostrado como são modelados os usos, significados e eficácia das substâncias terapêuticas a partir das biologies locais (ênfatizando como história inscreve diferenças biológicas).

A partir dessas e outras inspirações na antropologia dos medicamentos (DESCLAUX, 2006; AKRICH, 1995, 1996; PIGNARRE, 1999; CASTRO, 2012, 2017, 2018), parecia interessante olhar para eles no atravessamento da construção da pesquisa pela pandemia. Mas quais medicamentos? Até o momento da escrita do projeto de pesquisa (início de 2021), a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS afirmava, em campanha para esclarecer “mitos” sobre a covid-19<sup>6</sup>, que não existiam medicamentos capazes de prevenir precocemente ou tratar a doença. A necessidade de afirmação desses esclarecimentos surge como resposta à ampla circulação das *fake news*, com promessas de tratamentos que resolveriam a situação da

---

<sup>4</sup> Dumit (2014) detalha a forma como dá aulas sobre o método de implosão de Donna Haraway, citando exemplos de como desdobrar um objeto e se conectar a histórias do mundo, ou pegar uma camisa e se perguntar o que significa marca impressa, de que ela é feita, como a produção do algodão está envolvida em regimes de agrotóxicos e degradação ambiental...O argumento é os objetos não apenas apontam para histórias do mundo, mas eles são feitos de histórias implodidas. Ao mesmo tempo, questiona-se como um mundo desigual (marcado por guerras, pobreza, doenças) é trágico, mas de alguma forma tornado tolerável. As histórias de humanos e culturas científicas seriam encontradas na “natureza”, mas ao abordar a ficção científica (e suas formas de imaginar como o mundo poderia ser), Haraway mostra como produzem uma natureza que parece inocente da história. Olhar para as histórias de um objeto começaria por desempacotar nossas próprias certezas, clichês e afetos, e olhar para as múltiplas dimensões do objeto e suas conexões.

<sup>5</sup> O autor define Saúde Global como o complexo de experimentação biomédica, intervenção humanitária e treinamento em saúde pública construído para lidar com diversas questões de saúde, em especial as doenças infecciosas. O autor distingue a Saúde Global de épocas anteriores em que a saúde internacional era pensada a partir de ações bilaterais entre estados nacionais que direcionavam intervenções com financiamento e implementação de organizações filantrópicas. A Saúde Global se baseia no imaginário da saúde como direito universal, de forma que as pandemias seriam uma ameaça à segurança econômica e à ordem política (NADING, 2014, P.4). A definição do conceito assemelha-se à desenvolvida por Viccane Adams (2016) ao abordar a Saúde Global destacando a crescente centralidade das abordagens quantitativas na administração da saúde. Diferente do contexto pós-guerra em que a “saúde internacional” envolvia a cooperação entre estados-nação, a Saúde Global atualmente envolveria grandes atores internacionais que promovem mecanismos de medir impactos e resultados de investimentos, prometendo transcender contextos políticos.

<sup>6</sup> CAÇADORES de mitos sobre covid-19. OPAS. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/cacadores-mitos-sobre-covid-19>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

pandemia. Entretanto se oficialmente não havia tratamento reconhecido como seguro e eficaz para a doença, as pessoas estavam se tratando.

Era preciso entender primeiro quais as substâncias utilizadas, para então situá-las em relação às políticas de saúde; às percepções sobre seus efeitos, eficácia e efetividade; às relações entre saberes indígenas e biomédicos. Como sugerido por Mol (2008), se as pessoas tomavam decisões sobre seus tratamentos, ao invés de fazer um julgamento das capacidades ou habilidades individuais para escolha, seria mais interessante olhar para as práticas em que emergiam as situações de escolha – quais os coletivos envolvidos, quais as condições de possibilidade. Quando perguntava para as pessoas como elas se trataram, ou o que faziam com quem tinha sintomas, as respostas não se restringiam a indicar um medicamento. Foram mencionados diferentes medicamentos, mas também remédios caseiros, chás e uma série de outras práticas de cuidado. Nessas práticas, a partir da atenção a uma necessidade (diante da doença, sintomas ou da percepção dos riscos), as pessoas se engajavam, se dispunha a agir (FISHER; TRONTO, 1990), articulando diferentes saberes e tecnologias.

Os medicamentos então, se tornaram um primeiro assunto, a partir do qual eu fui construindo perguntas sobre as escolhas terapêuticas (e preventivas), a disponibilidade e acessos aos recursos do sistema de saúde e a organização das comunidades. A partir das questões sobre as substâncias terapêuticas era possível falar de outras coisas, como um bom “atalho etnográfico”, em sentido semelhante ao encontrado por Soraya Fleischer (2012, p. 415). Na pesquisa sobre o uso de medicamentos em um bairro popular do Distrito Federal, a autora sugere que os medicamentos foram esse atalho permitindo ver o cuidado com a saúde no cotidiano das dinâmicas familiares, na relação com vizinhos e com os serviços de saúde oficiais.

As questões foram se conformando também conforme a viabilidade de estratégias metodológicas no período pandêmico. Nesse sentido, descrevo a seguir a construção dos procedimentos metodológicos e reflexões sobre suas implicações ético-políticas. Ainda situando o contexto da pesquisa, após o contexto metodológico, apresento referências da literatura que nos ajudam a descrever características do povo Apurinã e do contexto histórico do Purus. Para situar o leitor nas discussões sobre as políticas de saúde, abordo a organização dos serviços de saúde em Pauini. Por fim, explico como os diversos assuntos foram organizados nos capítulos da tese.

### **Contexto metodológico**

Ao planejar o desenvolvimento de uma pesquisa, uma das primeiras coisas que me veio à mente foi um trabalho de campo idealizado, passando um período em uma aldeia, que permitiria acompanhar o cotidiano de uso de medicamentos e outras práticas de cuidado. Acompanhar o cotidiano de uso me permitiria estar mais próxima das negociações nas decisões sobre quais substâncias, em que momento e de que forma usar, a emergência dos efeitos, sua avaliação e ações subsequentes, e inclusive estar mais atenta para a relação entre as características materiais e as possibilidades de uso (Akrich, 1996). No entanto, o contexto pandêmico exigia “pensar com cuidado” (BELLACASA et al, 2023) as técnicas metodológicas da pesquisa.

A pandemia impunha medidas de isolamento social como forma de prevenção à contaminação pelo vírus. Em relação aos povos indígenas aldeados, a recomendação das autoridades sanitárias e do próprio movimento indígena foi “fica na aldeia, parente”, evitando a ida às cidades, como forma de prevenir o contato com o vírus, além da proibição da entrada de pessoas estranhas (não moradores) nas aldeias. A Funai editou a Portaria PRES nº419/2020, prorrogada pela Portaria nº 183/PRES, de 05 de março de 2021, que restringia autorizações para entrada em TIs apenas a atividades consideradas essenciais, que envolviam questões de saúde e segurança. A partir dessa Portaria foram suspensas todas as autorizações de entradas para pesquisa.

Ainda assim, eu tinha acesso às aldeias em atividades específicas de trabalho (como a entrega de cestas de alimentos, acompanhamento da equipe de saúde, atividades de vigilância territorial), embora não se tratasse de momentos para pesquisa. Tornou-se, para mim, um esforço ético tentar separar essas posições, de forma que a minha posição de trabalho não se tornasse um constrangimento à participação das pessoas na pesquisa. Nesse sentido, parte significativa do trabalho etnográfico envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas, em que me apresentava como pesquisadora para aquelas pessoas que já me conheciam (e com quem eu tinha relações próximas), situando os objetos e interesses da pesquisa. As informações das entrevistas foram combinadas às descrições e contextualizações a partir das situações que eu acompanhava no meu trabalho – com os cuidados descritos a seguir.

Em geral, o roteiro das entrevistas era iniciado com um convite às pessoas para relembrar junto “como foram os primeiros casos”, “como se organizaram”, “como a equipe chegou...”, “como se trataram”, etc.. A ideia de entrevista parecia carregar certa expectativa de que “alguém que não sabe sobre algo” vai fazer perguntas para uma “pessoa que sabe”, e em alguns momentos as pessoas aceitaram o meu pedido com ressalvas de que “talvez eu não saiba responder”. Ao mesmo tempo, tinha também algo de “você sabe como foi”, estava lá, viu,

acompanhou, “você lembra aquela vez...”. Nesse sentido, o roteiro semiestruturado ia se conformando a partir desse convite a relembrar e a trazer as percepções (“o que você achou sobre”) aquilo que era contado. Eu costumava elaborar as questões antes, adaptando a depender de quem eram as pessoas entrevistadas, e, ao longo das conversas, a ordem dos assuntos se alterava, novas questões surgiam ou avaliava a conveniência de abordar ou não as questões iniciais.

Foram realizados dezessete cenários de entrevistas. Dez deles com profissionais da saúde e da gestão dos serviços – do Polo Base de Pauini; do Distrito Sanitário Especial (DSEI) Alto Rio Purus e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Pauini; seis com indígenas de diferentes aldeias; e um com uma representante da Coordenação da OPIAJ. Estou chamando de cenários, porque as conversas partiram do meu convite para entrevista a uma pessoa (sugerindo que tinha interesse em falar com outras também), o que em muitos casos levou a uma roda de conversa mais ampla, conforme as pessoas se sentiam mais confortáveis. Por exemplo, na aldeia Nova Vista, apresentei a pesquisa ao cacique dizendo que gostaria de entrevistar ele e o agente indígena de saúde (AIS), e então o cacique marcou um horário e convidou mais seis lideranças da aldeia (professores e agentes ambientais, além do AIS). Em alguns cenários das entrevistas com os indígenas havia também “ouvintes”, pessoas que se aproximaram das conversas, acompanhando e, ainda que sem fazer intervenções, a presença era considerada, afetava, as falas (dos entrevistados e minha). Assim, nos 17 cenários, um total de 36 pessoas participaram das entrevistas (não contando os “ouvintes”).

A escolha dos entrevistados ocorreu conforme as oportunidades do meu cotidiano de trabalho, ajustes de tempo e disponibilidade das pessoas, todas com quem tinha relações de proximidade – à exceção dos profissionais de gestão selecionados pelos cargos que ocupavam. Cheguei a fazer convites para outras lideranças de aldeias e da OPIAJ, com as quais não foi possível ajustar horários. Todas as entrevistas foram gravadas, realizadas entre novembro de 2020 e fevereiro de 2022, presencialmente, com uso de máscaras<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> A opção por entrevistas presenciais tinha a ver com o fato de serem pessoas com quem eu mantinha certa convivência a partir do meu trabalho, na maioria dos casos, mas também se relacionou à forma específica como o isolamento social era vivido em Pauini. As principais medidas preventivas serão apresentadas no Capítulo 1, no entanto cabe ressaltar que o isolamento não ocorria da mesma forma como víamos em contextos mais urbanizados das grandes cidades. As medidas orientadas pela Prefeitura eram o uso de máscaras em espaços públicos, os “toques de recolher” e em alguns momentos fechamento de comércios. Mas as pessoas costumam morar em casa com famílias extensas, além de circularem muito entre casas de parentes, vizinhos e amigos, e entre cidade e interior. Essa circulação pode ter diminuído em alguns momentos, mas minha impressão é que não parou de acontecer. Ainda que as pessoas se encontrassem usando máscaras, como no caso das entrevistas que realizei, não deixam de se encontrar e não havia o costume de encontros virtuais.

Das entrevistas com os profissionais, três delas foram com duas pessoas juntas: uma técnica de enfermagem e um enfermeiro do Polo Base; a Secretária Municipal de Saúde e o Coordenador de Vigilância Epidemiológica – gestão até 2020; o Secretário Municipal de Saúde e uma servidora que atuava na Vigilância Epidemiológica – gestão a partir de 2021. As entrevistas individuais foram com: duas técnicas em enfermagem do Polo Base; um enfermeiro do Polo Base; uma médica do Polo; um profissional da gestão do Polo; uma profissional da gestão do DSEI; e uma enfermeira da SEMSA.

Quanto aos indígenas foram realizadas rodas de conversa com lideranças (com diferentes cargos ou funções na aldeia) envolvendo: 1) Cacique e AIS na aldeia Boa União, TI Peneri/Tacaquiri; 2) Cacique, AIS e sete moradores da aldeia Karuá, TI Catipari/Mamoriá; 3) Cacique e AIS da aldeia Kakory II, TI Catipari/Mamoriá; 4) Cacique, AIS e cinco moradores da aldeia Nova Vista, TI Peneri/Tacaquiri; 5) Pajé na aldeia Nova Vista; 6) Senhora Apurinã e seu marido, na aldeia São Benedito, TI Kapyra/Kanakury.

Em todas as entrevistas foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), afirmando que o anonimato seria mantido. Mas, ao final da conversa, consultava as pessoas se e como preferiam ser identificadas, se tinham alguma ressalva nesse sentido. Em geral, as pessoas indígenas não viam problemas em ser identificadas, alguns até gostariam de ter seu nome divulgado e o de sua aldeia, com orgulho de suas ações e posicionamentos na pandemia. Enquanto entre os profissionais, como é compreensível devido às posições em contratos e hierarquias de trabalho, a preferência, na maior parte das vezes, foi pelo anonimato. No entanto, durante a escrita, pareceu-me que faria mais sentido, eticamente, anonimizar todos os participantes. Embora alguns indígenas tenham afirmado – e havia uma relação de confiança comigo – que poderiam ser identificados, as formas como partes de suas falas foram articuladas na argumentação deste texto é de minha responsabilidade e eles não poderiam entrever os resultados. Ao longo do texto, as citações das falas terão a referência “Entrevista e data” e os participantes serão identificados no texto a partir de suas profissões, cargos ou funções. O **Apêndice A** traz um quadro sintetizando informações sobre os participantes e contextos das entrevistas e rodas de conversa.

Também “anonimizei” as plantas e outros “recursos da biodiversidade” que foram mencionados nas descrições dos remédios Apurinã. No meu trabalho em Pauini, em diversos contextos discutíamos estratégias e ações relacionadas à salvaguarda dos saberes Apurinã. Fizemos oficinas sobre os direitos em relação ao acesso e a repartição de benefícios do conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, considerando os interesses de atores externos, como ciência e indústria, relacionados à exploração econômica de produtos

oriundos da biodiversidade<sup>8</sup>. Nesse sentido, substitui os nomes das plantas, nas citações, por letras do alfabeto (planta A, B, C...). A legenda identificando as substâncias mencionadas será entregue à OPIAJ.

Para além das entrevistas, a convivência cotidiana com Apurinãs em Pauini e o envolvimento nos processos de atenção e respostas (mais ou menos institucionalizadas) à covid-19, também informam a construção deste texto. Muitas histórias aqui falam sobre aprendizados do meu trabalho, em que a antropóloga e a indigenista se misturavam. O diário de campo tinha certa continuidade, sendo difícil determinar o momento que eu “entrava em campo”, e, às vezes, o caderno tinha trechos de relatoria de eventos, memórias de reunião, entre outros registros recorrentes do trabalho.

Marina Villarinho (2020), em sua tese sobre o extrativismo da castanha com Apurinãs da TI Km 124, em Boca do Acre/AM, lidou com questões semelhantes, por trabalhar no IEB em projetos que atuavam naquela TI, além de ter uma trajetória anterior no indigenismo. Para a autora seu percurso profissional possibilitava a desconstrução de concepções essencialista e estereotipadas sobre os indígenas e de mitos sobre o trabalho de campo antropológico. A observação participante não era praticável em seu contexto de pesquisa, sobre o qual a autora sugere ter mais um caráter de “atuação observante”. Nesse sentido, o contato profissional permitia acessos privilegiados e oportunidades de convívio, sendo importante circunstanciar as relações estabelecidas com as lideranças Apurinã e as instâncias de negociação dos trabalhos.

Trazer algumas das histórias do meu contexto de trabalho para o texto gerava-me preocupações éticas, porque em muitos momentos as pessoas conversavam comigo, discutiam temas que me interessavam em relação à pesquisa e me ensinavam coisas sobre o povo, em contextos em que não estavam me vendo como antropóloga, ou como pesquisadora interessada. Falavam com a Amanda da Funai, com quem compartilhavam muitas outras vivências – atividades de trabalho, de discussão e defesa de direitos, bem como momentos de lazer, compartilhando viagens, comendo junto. A maioria das atividades que eu realizava nas aldeias – que pela logística da região demandavam quase sempre hospedagem na própria aldeia – eram acompanhadas por equipes formadas por Apurinãs – seja pela Funai, OPIAJ, Polo, ou outras instituições – então, eu também chegava nas comunidades para ficar na casa do “tio fulano”,

---

<sup>8</sup> Sobre a legislação ver a cartilha elaborada pelo Ministério do Meio Ambiente (BRASIL, 2017). O Eixo 6 da Política Nacional de Gestão Ambiental e Territorial das Terras Indígenas (PNGATI), publicada no Decreto nº7747/2012 também faz referência aos direitos voltados à proteção do conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, além de propor o incentivo ao desenvolvimento de pesquisa e inovação etnocientífica.

visitar “a tia”, conversar com “o primo”... E sempre fui muito bem recebida, acolhida e cuidada nas aldeias em Pauini.

Não teria uma solução fácil, bem definida, para essas preocupações, que estiveram na minha cabeça ao longo de toda a escrita. Apenas o esforço de, pensando sobre isso, ir avaliando com cuidado o que poderia ser contado – a partir do que foi dito nas entrevistas, do que já tinha visto em eventos públicos ou mesmo na literatura. Além de me manter em diálogo contínuo com os interlocutores e com a OPIAJ<sup>9</sup>.

Para iniciar a pesquisa, agendei uma reunião com a Coordenação da OPIAJ e outras lideranças que atuavam na cidade, em setembro de 2020, para apresentar a proposta. Normalmente, a autorização para pesquisa costuma envolver a exigência de apresentação do projeto em uma Assembleia, no entanto o contexto pandêmico dificultava o planejamento de grandes eventos. A minha proximidade pelo trabalho, o fato de não ser uma “pesquisadora de fora”, também facilitavam o diálogo, de forma que essa reunião, ocorrida na sala de reuniões da CTL, teve um certo clima de conversa entre colegas de trabalho – como outras reuniões que fazíamos ali. Apenas o Coordenador Executivo da OPIAJ e o Chefe de CTL puderam comparecer e para outras lideranças contei da pesquisa em momentos mais informais. Nesse contexto, não me foi dada uma autorização formal para início da pesquisa, tentei apenas ter a ciência das lideranças de que estava realizando e a autorização formal apenas nas entrevistas gravadas – através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Nessa conversa com o Chefe e o Coordenador da OPIAJ, para iniciar o assunto, tentei contar um pouco da minha trajetória acadêmica e trazer, em uma linguagem menos acadêmica, características da antropologia da saúde e dos medicamentos. Defini a primeira como uma área em que se esforçava em entender a forma como as pessoas, em diferentes grupos, experienciam os processos de saúde e doença e constroem conhecimentos sobre esses processos e sobre os próprios corpos. Ainda que a biomedicina tivesse construído certa hegemonia, colocando-se como superior ou mais verdadeira, essa superioridade era questionada por uma pluralidade de outras práticas e sistemas médicos através dos quais as pessoas lidavam com sua saúde. Em relação aos medicamentos, reforcei a ideia de entendê-los em relações, olhando para sua materialidade, e para a forma como são acionados nos itinerários terapêuticos. Além de permitirem, olhando para sua circulação em diferentes contextos, pensar nas relações global e

---

<sup>9</sup> Agendei uma viagem a Pauini/AM, após a conclusão deste texto e antes da data de defesa da tese, para uma reunião com a OPIAJ para que possa apresentar o que irei levar para a banca. Mas esse diálogo não é uma forma de minimizar ou diminuir as responsabilidades sobre este texto, que são minhas. Trata-se apenas de uma forma de seguir cuidando das relações de pesquisa, amizade e trabalho, em que este texto está implicado.

local. Destaquei ainda como essas antropologias dialogariam com pautas do movimento indígena e as políticas de saúde, alinhando-se com as diretrizes defendidas na PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, como a interculturalidade.

Após um grande preâmbulo, sugeri que a ideia era partir dessas referências para construir uma proposta para pensar o contexto da pandemia em Pauini. A ideia era pensar a resistência Apurinã na pandemia a partir das substâncias que usavam para cuidar. A proposta era olhar para os medicamentos industriais que chegavam às aldeias, entendendo como essa “chegada” estava implicada nas políticas de saúde, ou como se tornavam protocolos de tratamento, ao mesmo tempo em que estavam envoltos nas conhecidas *fake news*, as vezes mais do que em evidências científicas de eficácia e segurança. Por outro lado, pretendia também olhar para algo que eles próprios vinham me falando, que naquele momento havia uma retomada dos remédios Apurinã, que eram a forma como as comunidades vinham se mantendo, se cuidando, ficando bem.

O Chefe de CTL falou que a proposta poderia ser interessante, no sentido de dialogar com as políticas públicas. Ele entendia que meu trabalho era mais para uma discussão da política de saúde “para fora”, ainda que posteriormente pudesse ter um retorno para dentro. Em relação à discussão sobre políticas públicas, argumentou que uma das questões que costumam ser limitantes era a dificuldade de compreensão sobre a logística<sup>10</sup> da região. Era difícil trabalhar com uma política pensada “geralzona”, para todo mundo. Sugeri que a tese deveria reforçar isso, a necessidade de políticas específicas, não era porque eram “mais bonitos”, mas cada região tinha uma realidade diferente.

“Não dá para pensar uma coisa para todo mundo, no contexto da pandemia. Os dados oficiais mesmo dizem que aqui é uma coisa, aqui é uma outra coisa, porque já sofreu mutação. A gente não sabe nem se o remédio que a gente tomou aqui, as azitromicinas, se de fato elas deram resultado aqui. Pela mutação que o vírus sofreu.” (Fala do Chefe de CTL, Diário de campo 07/09/2020).

Argumentou ainda que os remédios caseiros deixavam as pessoas mais fortes, e a tese também tinha que reforçar isso.

“Como que a gente conseguiu fazer o enfrentamento à covid sem usar tanto o recurso de fora? Porque se a gente for analisar a gente utilizou recurso de fora, mas não foram tantos assim... pensando o tamanho que foi e que está sendo a pandemia. E foi uma coisa que apareceu muito naturalmente de quando a gente

---

<sup>10</sup> Às vezes a minha impressão era de que a categoria “logística”, nas falas do movimento indígena, significava mais do que um processo operacional de organização de atividades. Era uma forma de agrupar uma série de questões que diziam das dificuldades de comunicação com quem pensava políticas e projetos a partir de fora. A categoria falava sobre diferenças, características específicas de organização territorial, distâncias, possibilidades de transporte e mobilidade. Nas seções a seguir, tentarei detalhar melhor essas características, aqui apenas destaco a importância da categoria.



percebeu os parentes já estavam usando os remédios”. (Fala do Chefe de CTL, Diário de campo, 07/07/2020)

Concluiu que a tese não ia “servir”, talvez apenas para uma discussão ampla internamente, mas era uma tese para discutir política pública “mais para fora”. Isso era importante também, ter um “documento científico”, ajudava, criava certo peso para a discussão fora. E sugeriu que, se tivesse como “avançar mais” que fosse no sentido de ter um material para discussão interna, que servisse para o movimento discutir internamente, talvez um “material multiuso”, para ser usado em escolas e fora delas.

O Coordenador da OPIAJ fez primeiro uma ressalva de que talvez não tivesse entendido tudo que eu tinha falado, mas a intenção parecia boa. Eles estavam reconstruindo a história Apurinã e embora uma das maiores riquezas fosse a transmissão de conhecimento pela oralidade, disse que, nesse momento “do século”, haviam percebido que era necessário também algum tipo de registro. Falou da importância de trazer a pauta da saúde para as discussões nas aldeias, que muitas vezes o movimento se envolvia em muitas outras atividades e essa pauta recebia menos atenção. Destacou a importância do trabalho das organizações indígenas, a partir das características de cada povo, com uma “política nossa”, que muitas vezes fechava “alguns buracos que o estado deixava de fazer”.

Para o Coordenador, a pesquisa por esse campo de conhecimento, sobre a saúde, seria interessante, por trazer para a discussão, dar importância, valorizar. Disse ainda que era importante olhar para “a nossa saúde a partir daquilo que a gente conhece”, que era algo que vinha sendo esquecido, e que o movimento estava atento a essa discussão dos medicamentos tradicionais há algum tempo. Então falou que seria bom falar sobre isso com “um pouco mais de técnica” e de “conhecimento de fora”, que talvez ajudasse a dizer que isso era importante.

A conversa girava, principalmente, num esforço de pensar como a pesquisa poderia trazer um “retorno” para o povo indígena. Argumentei que não teria como definir, naquele momento, como isso se daria objetivamente, ou dizer “vou fazer uma cartilha” – não sabíamos se de fato uma “cartilha” seria uma contribuição naquele contexto. O que pude naquele momento foi me dispor a manter diálogos, para construção de possibilidades de retorno em conjunto, trabalhando junto e colocando o trabalho para jogo nas estratégias e ações que eles considerassem que era possível contribuir.

Ao final da conversa, o Chefe de CTL argumentou que talvez não fosse o caso, necessariamente, de uma cartilha específica, mas se o trabalho tivesse dentro dele “um dado” que pudesse ser trazido para discussão internamente já seria um caminho. Por exemplo, se aparece um dado gráfico “nós usamos mais medicamentos de fora do que os tradicionais”, a

partir do que as próprias pessoas dissessem, poderia ser usado para discussão interna “você disseram isso, o que a gente faz com esse dado agora?”. Assim como discutir para fora: “olha, o sistema de saúde diz que vai valorizar a medicina tradicional, mas está empurrando vários medicamentos”. Nesse sentido, concluiu que seria uma questão de como usar os dados produzidos posteriormente (para dentro e para fora).

Essa descrição da reunião para apresentação da proposta de pesquisa teve como objetivo situar o contexto de negociações, atores e interesses em jogo, em relações que perpassam todas as reflexões deste texto. O contexto nos remete à argumentação de Bruce Albert (2022 [1995]) que defende uma dissolução da oposição entre antropologia teórica e antropologia aplicada, abordando o trabalho de antropólogos que, em paralelo a suas pesquisas, são convidados por povos indígenas (às vezes como condição para pesquisa) a desenvolver atividades de pesquisa ou consultoria para os projetos de autodeterminação dos próprios povos.

Olhando de uma perspectiva histórica da disciplina, o autor mostra as mudanças da antropologia aplicada para governos coloniais para a intervenção não governamental nessa aplicação a partir das demandas indígenas. O autor argumenta que a autonomia da pesquisa, sua qualidade, também permitiria sua utilidade e aplicabilidade social:

Envolvido de bom grado pelo pedido de intervenção e pelo dever de implicação, ele não pode, de fato, permitir que aí se reduza o horizonte intelectual de sua problemática, sob pena de alargar o fosso entre investigação e ação que ele procurava precisamente ultrapassar. (Albert, 2022, p.204)

Para o autor, o próprio cenário de demanda pelos grupos e o papel do antropólogo no contexto político faria parte da análise antropológica. O que pode gerar situações difíceis, ou mesmo desencontros, quando a análise crítica é feita, por exemplo, em relação aos clichês da “indianidade ecológica, comunitária e metafísica”, que arrisca atrelar o reconhecimento de direitos a uma reificação exótica. A antropologia implicada, conforme a proposta do autor, quebraria a ficção do quadro monográfico e do presente etnográfico dos trabalhos de campo clássicos, passando a demandar um trabalho “dos dois lados da fronteira interétnica”, de forma que as sociedades indígenas seriam apreendidas tanto em sua inclusão hierárquicas pelas sociedades nacionais como a partir de sua própria lógica social e simbólica.

Nesse sentido, ao invés do quadro do presente da pesquisa monográfica e da definição de estruturas de uma sociedade, seriam construídas imagens animadas na complexidade das relações interétnicas, considerando as dinâmicas políticas dos processos históricos em que aquela sociedade estaria envolvida. Rompendo-se com concepções teleológicas de “cultura”,

como conjunto de regras, crenças, que as sociedades indígenas estariam reproduzindo ou negando. Assim uma antropologia implicada seria:

Menos receptiva à exótica tentação do “grande divisor” (Latour 1991: cap. 4; Lenclud 1992), ela segue o rastro das redes de práticas, dos poderes e discursos onde ocorre, entrelaçando o local com o global, entre “eles” e “nós”, uma dinâmica histórica e simbólica entrecruzada. (Albert, 2022, p.206)

Nesse sentido, a antropologia implicada poderia mobilizar suas capacidades e responsabilidades envolvidas nas pesquisas produzidas a favor da autodeterminação dos povos indígenas. Não tenho ainda uma resposta objetiva sobre qual “o retorno”, mas talvez essa não seja uma resposta que eu possa dar sozinha. Talvez não tenha o “dado” que o Chefe de CTL queria, mas acredito que o trabalho traz um registro do período da pandemia em Pauini, para não esquecer, destacando detalhes das omissões intencionadas do governo e das resistências das comunidades. Traz também elementos para discussão sobre a construção das políticas de saúde, e destaca as diferenças entre os remédios nos contextos de cuidado e as categorias acionadas nas políticas. Mas não me parece interessante seguir pinçando pontos que poderiam gerar diálogos com o movimento indígena neste ponto da Introdução – nem seria justo com o leitor. O objetivo aqui foi indicar o quanto essas relações (e negociações) estão implicadas na construção deste trabalho, que precisa continuar cuidando mesmo após a conclusão do texto.

### **Notas sobre o Povo Apurinã**

Ainda nesse esforço de situar o desenvolvimento da pesquisa, é preciso trazer algumas referências que ajudem a apresentar algumas características do povo Apurinã e o contexto histórico do Rio Purus. No entanto, essa foi uma das partes mais difíceis dessa escrita, pelo receio de criar imagens genéricas, estáticas ou exotizantes<sup>11</sup>. Nesse sentido, cabe um alerta semelhante ao realizado por Villarinho (2020) em sua dissertação sobre relações que compõem o extrativismo da castanha entre Apurinãs das TI Km 124, em Boca do Acre-AM. Ao fazer uma caracterização mais geral dos Apurinã e do Médio Purus, a autora faz uma ressalva: considerando a população numerosa, a multiplicidade de arranjos locais e repertórios

---

<sup>11</sup> Fui para Pauini sem qualquer experiência prévia no norte do país, na Amazônia, ou com povos indígenas. E as leituras sobre o povo Apurinã foram iniciadas após já ter construído relações com as pessoas por lá. Como sudestina, morar numa cidade do interior do Amazonas trazia diversas experiências novas, para quem não estava acostumada com as dimensões e temporalidades da Amazônia – dimensões de extensão territorial diferentes, com deslocamentos fluviais longos e histórico de organização fundiária específico. Ao mesmo tempo, ao conversar com familiares e amigos do sudeste – região que se coloca como o centro, lugar que não precisa se localizar, concentrando elites econômicas, políticas, universitárias e hegemonia midiática – falar de Pauini, muitas vezes, levava a leituras a partir de estereótipos exotizantes, que não conseguiam refletir a cotidianidade.

familiares, qualquer formulação monolítica sobre a cultura, modo de vida ou organização social Apurinã cairia no erro de não levar a sério essa diversidade (VILLARINHO, 2020, p.3).

Antes de entrar na literatura sobre o povo Apurinã, cabe ainda uma ressalva sobre a grafia dos termos da língua Apurinã, presentes ao longo do trabalho. Há pelo menos duas formas de grafia da língua Apurinã, trabalhadas por linguistas (FACUNDES, 2000; FERREIRA, 2013)<sup>12</sup>. Como não tenho formação na área, teria dificuldades para eleger uma dessas formas. Além disso, ao longo do tempo, os sistemas sofreram revisões. Assim, na literatura sobre o povo Apurinã é possível encontrar as mesmas palavras escritas de formas muito diferentes. Para trazer apenas um exemplo (as autoras e histórias serão posteriormente melhor situadas), em um das histórias de origem do povo, os Apurinã realizam uma migração de uma terra sagrada, *Kairiko* (SCHIEL 2004; FERNANDES, 2018; APURINÃ, 2019; VILLARINHO, 2020) ou *Kairiku* (VIRTANEN, 2016; LINK, 2020); guiados pelos *Otsamaneru* (SCHIEL, 2004), ou *Utsameneru* (VIRTANEN, 2016), ou *Otsamanery* (FERNANDES, 2018), ou *Utsamanery* (APURINÃ, 2019; LINK, 2020); em direção a outra terra sagrada, *Ipotoxite* (SCHIEL, 2004; FERNANDES, 2018); *Iputuxity* (LINK, 2020); *Iputuxite* (APURINÃ, 2019)<sup>13</sup>. Situar e explicar essas diferenças que, para além dos aspectos do debate linguístico, relacionam-se aos contextos de produção dos trabalhos – época da pesquisa, regiões e grupos com quem foram feitas, e relações com outros autores – ampliaria o escopo do meu trabalho de uma forma inviável (pelo tempo e recorte da pesquisa). Por isso, optei por utilizar as palavras grafadas da mesma forma que o texto Virtanen, Apurinã e Facundes (2021), por ser uma das referências mais recentes, envolvendo um autor Apurinã e um linguista. Os nomes que não aparecem neste artigo, escrevi da mesma forma como são encontrados na tese de Francisco Apurinã (2019).

---

<sup>12</sup> Em alguns momentos, em Pauini, a situação aparecia como uma disputa, entre o sistema ortográfico desenvolvido por Sidney Facundes (2000) e a proposta de Patrícia Ferreira (2013) que reformula aspectos dessa ortografia. Tive oportunidade de conhecer a autora e o autor, falando sobre suas propostas e revisões realizadas, em diferentes momentos, em oficinas com professores indígenas em Pauini. Entre os professores indígenas, a situação quase sempre gerava debates e insatisfações – acompanhei várias reuniões sobre educação escolar indígena em que o tema surgia. Além de pouca opção de material didático disponível para trabalhar com a língua materna, era difícil trabalhar com grafias diferentes no cotidiano das escolas. Minha impressão era de que, embora os linguistas tenham experiência e argumentos importantes para defender os diferentes formatos, nem sempre esses elementos eram bem traduzidos para os Apurinã (especialmente os professores) para que tivessem ferramentas para escolha e trabalho com a língua. Como sugerido por Villarinho (2020), “espero, sinceramente, que os envolvidos levem os efeitos desse impasse em consideração e cheguem a um consenso”.

<sup>13</sup> Um dos aspectos que chama atenção nas diferentes grafias por autor é que, em geral, cada um deles elege um sistema ortográfico como referência para sua escrita, no entanto, os sistemas sofreram revisões, então, algumas vezes é possível encontrar um mesmo autor escrevendo de formas diferentes em momentos diferentes. Além disso, algumas palavras, com grafias específicas, passam a ser mais utilizadas pelos indígenas em contextos políticos, de forma a consolidar o uso – as vezes, independentemente das revisões linguísticas. O assunto e suas implicações poderiam se estender muito, por isso optei por uma solução “rápida”, elendo referências específicas para copiar a forma de escrita das palavras mencionadas.

Em Pauini, atualmente, a língua predominante na maioria das aldeias é o português. Há falantes do Apurinã em algumas aldeias, geralmente pessoas mais velhas, e há algumas aldeias ou famílias que utilizam a língua materna no cotidiano. Durante o período que trabalhei lá, a OPIAJ tinha alguns projetos relacionados à promoção do uso e ensino da língua, como forma de fortalecimento cultural e identitário do povo.

O povo Apurinã, na classificação linguística, pertenceria à família Aruak (FACUNDES, 2000). Conforme dados do SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, de 2020, divulgados pelo Instituto Socioambiental<sup>14</sup>, a população Apurinã total seria de 10.228 indígenas.

Tradicionalmente, os Apurinã ocupam as margens do médio Purus e de seus afluentes. Contudo, em datas anteriores, habitávamos desde os rios Sepatini até o Hyacu (Iaco), além dos rios Aquiri (Acre) e Ituxi. Nosso lugar de origem está situado no Ituxi, na divisa dos estados do Amazonas e de Rondônia; foi lá que surgimos e é também para lá que voltaremos. (APURINÃ, 2019, p.54)

Para apresentar seu povo, Francisco Cândido Apurinã (2019)<sup>15</sup>, em sua tese de doutorado em antropologia, sugere imersões nos aspectos cosmológicos e epistemológicos das narrativas desde a origem do povo. Para isso, além de seu trabalho de pesquisa e da experiência em diálogo com os mais velhos, Apurinã (2019) recorre a trechos da tese de Juliana Schiel (2004), que registra as histórias Apurinã – após gravar diferentes versões das principais narrativas de origem, contadas por narradores experientes, em Pauini, transcritas em Apurinã e traduzidas para o português. Quase todas as autoras e autores que trabalharam com o povo Apurinã (após 2004) utilizam essa tese como referência para abordar as histórias do povo.

Conforme a própria descrição da autora, seu trabalho se iniciou em 1994, como assessora da UNI – União das Nações Indígenas, acompanhando a equipe de saúde que atendia Pauini. Por interesse da organização indígena de trabalhar com histórias antigas, desde o primeiro campo, a antropóloga realizou gravações. Trabalhou em viagens a Pauini até 1996 e, em 1997, ingressou no mestrado na Unicamp, trabalhando com fontes documentais, arquivos, documentos microfilmados sobre o Posto Marienê, do SPI, em Pauini (SCHIEL, 1999)<sup>16</sup>. Em 2000, junto à bióloga Maira Smith, trabalhou no Levantamento Etno-Ecológico para o PPTAL – Projeto Integrado para Proteção à Amazônia Legal (SCHIEL; SMITH, 2008) e em 2004

---

<sup>14</sup> ISA. 2024. Povos Indígenas no Brasil. Quadro geral dos povos. 01 fev. 2024. Disponível em: <[https://pib.socioambiental.org/pt/Quadro\\_Geral\\_dos\\_Povos](https://pib.socioambiental.org/pt/Quadro_Geral_dos_Povos)>, acesso em 20/02/2024.

<sup>15</sup> Francisco é da Terra Indígena Camicua, localizada em Boca do Acre-AM, município vizinho a Pauini-AM, e tive a oportunidade de conhecê-lo em atividades com o movimento indígena na região.

<sup>16</sup> Na dissertação, Schiel (1999) faz uma reconstrução do histórico do Posto Indígena Marienê, fundado pelo SPI – Serviço de Proteção aos Índios, no Rio Seruini, afluente do Purus. A pesquisa a partir de fontes documentais, situa as “versões oficiais” sobre o posto e o ideário do SPI sobre a política indigenista, na dinâmica social dos seringais do Purus e dos Apurinã.

concluiu sua pesquisa de doutorado. Segundo a autora, a tese seria uma investigação sobre o passado, a memória e a história do povo Apurinã e fora iniciada a pedido da UNI, por interesse de lideranças indígenas de Pauini.

A tese, dividida em duas partes, apresenta primeiro um quadro geral sobre os Apurinã e a sua organização em Pauini, bem como a forma como a autora trabalhou para o registro das histórias e narrativas locais. A segunda parte é composta pelas próprias narrativas transcritas e depois traduzidas e editadas em português. Segundo Fernandes (2018a) a tese teria recebido críticas “nos meios etnológicos”, por falta de uma análise mais teórica sobre seu extenso material etnográfico. No entanto, em Pauini as pessoas que conviveram com a pesquisadora contam boas lembranças do período que esteve nas TIs e seu trabalho é sempre lembrado como um trabalho importante para o povo Apurinã<sup>17</sup>. O trabalho é também elogiado por Francisco Apurinã (2019, p.50), pela dedicação “teórica e empírica” à “subjetividade e essência do conhecimento” Apurinã, e pela “valorização e honestidade com seus interlocutores” (p.50), nas transcrições das falas originais. A tese traz ainda uma boa introdução, com a descrição dos lugares e histórico da região, para quem tem interesse em conhecer o Purus em Pauini, e um levantamento genealógico minucioso que situa bem as parentelas e sua importância.

Lendo o trabalho, atualmente, é possível enxergar as pessoas e os lugares. Embora hoje as aldeias não sejam mais as mesmas – ela esteve em vinte “locais de moradia”, hoje são cerca de quarenta e três aldeias –; a organização política tenha se alterado e as lideranças mais representativas sejam outras – a UNI não existe mais, atualmente a OPIAJ atua em Pauini –, pela descrição dos locais e da organização das parentelas consigo visualizar as pontes, ou um pouco do histórico, entre os mais velhos com quem a autora trabalhou e o contexto atual<sup>18</sup>.

Ao iniciar a apresentação da cosmovisão Apurinã, Francisco Apurinã (2019) conta sobre a migração saindo de *Kairiko* rumo a *Iputuxite*. Os Apurinã saíram de *Kairiko*, “casa de pedra”, uma terra sagrada – localizada no Rio Ituxi, entre Rondônia e Amazonas – guiados pelos *Utsamanery* – um povo que guiava, algumas descrições falam de um povo formado por pajés (APURINÃ, 2019, p.53), que conseguiram entrar na terra sagrada, e atualmente são

---

<sup>17</sup> Nas aldeias, ouvi histórias sobre o período que a pesquisadora esteve lá (especialmente na região do Catipari), de pessoas que trabalharam e conviveram com ela. Falavam dela para mim aproximando-nos, associando certas semelhanças nas figuras, mulheres brancas “que vieram de longe”, “que estão aqui com a gente” e “topam tudo”, comem de tudo, “andam em todo canto”.

<sup>18</sup> Todas as vezes que “abria” a tese, passava tempos revendo as fotos, folheando as listas de parentelas e lugares, identificando as pessoas, lembrando como estão atualmente, “ah, o seu fulano, o pai de ciclano...”, “olha, o cacique tal, novinho...”. E talvez eu não fosse a única a fazer isso. Nunca presenciei ninguém folheando a tese (não tive acesso ao texto impresso, apenas em pdf), mas o PPTAL disponibilizou livros do Levantamento Etno-Ecológico (SCHIEL; SMITH, 2008) que circulam na região, e sempre que via alguém abrindo, parava-se nas fotos, identificando as pessoas e lugares.

encontrados voando na forma de jaburus ou podem ser ouvidos nos campos de natureza (SCHIEL, 2004, 251-252). A migração ia em direção a *Iputuxite*, terra sagrada, em que não se morre, nada acaba<sup>19</sup>. No entanto, os Apurinã e os Kaxarari<sup>20</sup>, durante a jornada, encantaram-se com as coisas desse mundo, pararam para comer frutas, açaí, patuá, e foram ficando para trás, separando-se dos outros povos. De forma que permaneceram na terra morredoura, ficaram no *meio do mundo*, na *terra do cupim* (*Kamaraneruxutu*) (SCHIEL, 2004; APURINÃ, 2019).

Essa migração primeira ajudaria a explicar a mobilidade do povo Apurinã, a partir de um grupo que saiu da terra sagrada e se perdeu dos guias – há versões que sugerem que essa saída ocorreu porque havia muita gente lá e outras que apontam o interesse em conhecer novas terras. Além disso, outros fatores que justificam sua dispersão envolvem os conflitos e brigas entre os próprios os grupos/famílias Apurinã – que existem desde a origem do mundo, na história de *Tsura*, descrita a seguir, em que já teríamos a primeira vingança (APURINÃ, 2019) – além das perseguições na relação com os brancos.

As aldeias Apurinã não costumam ser muito numerosas. A minha percepção, a partir do trabalho na Funai em Pauini, é de que o tamanho médio das aldeias lá girava em torno de 15 a 25 famílias<sup>21</sup>. Havia aquelas menores com cerca de seis famílias – as vezes um local de moradia que estava começando a se definir como aldeia independente<sup>22</sup>, ou uma aldeia da qual muitas famílias já saíram. A maior aldeia era o São José do Tacaquiri, com cerca de 50 famílias, as quais se dividiam internamente em pelo menos quatro colocações. Quando comecei a trabalhar em Pauini (2018) eram 36 aldeias, quando saí de lá, em 2023, a OPIAJ, FUNAI e Polo já

---

<sup>19</sup> *Iputuxite* fica depois do mar, ou tão longe quanto o mar, e os *Otsamaneru* conseguiram atravessar. Alguns pajés também já teriam alcançado essa terra. Há traduções de *Potxiwaru Wenute* (ou *Putxiwary Wenyte*) como mar (rio salgado), no entanto a palavra *Potxiwaru* poderia ser traduzida como doce e *Wenute* poderia ser relacionado a *Wene*, que seria o Rio (ou o Rio Purus), de forma que a tradução ficaria “rio doce” (APURINÃ, 2004, p.53; LINK, 2021, p.256).

<sup>20</sup> Em uma oficina de formação de agentes ambientais (que será descrita a seguir), em conversa sobre narrativas Apurinã, Francisco Apurinã e o Chefe de CTL falaram sobre a relação com os Kaxarari, a partir dessa jornada conjunta. Afirmaram que os Kaxarari conseguem identificar as pedras e a forma como elas se posicionam no Ituxi, materializando os acontecimentos das narrativas de origem dos povos. Essa relação com os Kaxarari também é abordada na tese de Francisco Apurinã (2019, p.56 a 58). Embora sejam de famílias linguísticas distintas (os Kaxarari são Pano), o autor afirma que, alguns Apurinã compreenderiam um pouco da língua do povo Kaxarari, devido a essa saída conjunta de *Iputuxite* (APURINÃ, 2019, p.53).

<sup>21</sup> A Funai não tem um banco de dados com registro que identifique aldeias, famílias ou indígenas – embora seja uma expectativa de outras instituições. No entanto, no período da pandemia, realizamos entrega de cestas de alimentos nas aldeias por família, o que demandava levantamentos atualizados desses números.

<sup>22</sup> O processo para constituição de uma aldeia, ou identificação de um conjunto de moradias, de uma colocação, como aldeia, pode envolver diversas dinâmicas e pode levar tempos diferentes conforme os contextos socio-políticos – não há um roteiro pré-definido. Em geral, parte-se da articulação das famílias em uma comunidade, que estabeleceram moradia e roçados em determinado local e resolvem reivindicar o reconhecimento pelas outras aldeias de uma TI, pelo movimento indígena e pelas instituições. Pode ser um processo planejado - escolha do local, diálogo anterior, estabelecimento, construções, etc. – como pode ser um processo em que primeiro ocorre o estabelecimento da colocação em que se vive por um tempo e em determinado momento há a reivindicação política.

trabalhavam com 41. O Apêndice B apresenta uma lista com os nomes das aldeias por TI em 2023. Dentre estas aldeias, há uma Jamamadi-Deni (Aldeia Tocimão, TI Inauini/Teuini) e uma aldeia que tem indígenas Jamamadi ou Camadeni (Aldeia Nova, TI Camadeni), todas as outras são Apurinãs.

Segundo Panorama do Censo 2022, Pauini teria 3973 indígenas, destes 1354 viveriam em terras indígenas<sup>23</sup>. O número me parece um pouco subestimado, considerando a divergência com os números com que trabalhei na CTL. Durante a pandemia, entregando cestas de alimentos atendíamos cerca de 750 famílias, considerando apenas aquelas que residiam em terras indígenas. Calculando um número mínimo de quatro pessoas por família, teríamos cerca de 3000 indígenas. O número de população indígena identificada no sistema da SESAI – Secretária de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde, em Pauini, é de 2273 pessoas, na última atualização de 06 de março de 2024<sup>24</sup>. No entanto, este número também não necessariamente reflete a população total das aldeias – no Capítulo 1 trarei uma discussão sobre a produção de números e os sistemas de informação da SESAI.

Segundo Schiel (2004) a unidade social básica se constituiria a partir de um casal, agregando em volta seus filhos, genros e noras, as vezes pais idosos, irmãos dos pais, viúvos. Muitas vezes identifica-se uma parentela, relacionada a uma região de moradia, a partir de um antepassado de referência, por exemplo, “o pessoal do Pedro Carlos”, “o pessoal do Peneri”, “a família dos Tomaz”... Às vezes, nos atendimentos da CTL, eu fazia um exercício comigo mesma: vendo no documento de uma pessoa o sobrenome ou nome dos pais e avós, tentava adivinhar (mentalmente) de onde a pessoa vinha ou onde morava – conseguia acertar na maioria dos casos. Essa forma de referência por parentela, a partir de uma liderança mais velha, também funciona atualmente identificar aldeias e colocações, “vamos lá no tio Pinheiro” (colocação específica da aldeia Kasiri), “a gente estava lá no tio Tonga” (aldeia São Raimundo).

Acompanhei algumas vezes discussões com o movimento indígena sobre a forma de organização Apurinã, especialmente em relação aos “problemas” gerados pela criação de novas aldeias. As políticas públicas e projetos normalmente são voltadas para contextos delimitados como aldeias e, muitas vezes, demandam um número mínimo de pessoas – um número mínimo para contratação de agente indígena de saúde (AIS), para implantação de escola, etc.. No entanto, mesmo as aldeias maiores, em Pauini, costumam ser fragmentadas, divididas a partir de núcleos familiares, separados espacialmente (colocações), as vezes mais ou menos distantes,

---

<sup>23</sup> IBGE. Panorama Censo 2022. Tema: Indígenas. Local: Pauini. Disponível em: <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>>. Acesso em 10 de mar. de 2024.

<sup>24</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. População indígena – SESAI. 06 de mar. de 2024. Disponível em: <[https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai\\_pop\\_indigena/sesai\\_pop\\_indigena.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html)>, acesso em 10 de mar. de 2024.



os quais muitas vezes mal se conversam. O Chefe de CTL costumava explicar que “a gente se organiza por família, não adianta”. Há o casal “fundador” da aldeia/colocação, quando os filhos crescem, constituem famílias, e passam a ter filhos crescidos, a tendência seria em algum momento ocorrer um rompimento entre irmãos, uma família se mudar para outra colocação – que posteriormente poderá ou não se tornar outra aldeia.

Os Apurinã são um povo guerreiro. Acredito que nenhum Apurinã recusaria ou se ofenderia com esta afirmação. Na verdade, esta característica, da belicosidade, é ressaltada tanto pelas pessoas de fora, quando pelos próprios Apurinã. Muitos Apurinã referem-se aos seus pais e avós que “matavam de brincadeira”, das grandes brigas, que dividem as pessoas, ou, negativamente, que “Apurinã é desunido”. A guerra vem do passado, parte daquilo que se lembra com orgulho e como problema: parte de um *ethos* Apurinã, tão mais forte quando situado em tempos antigos. Esta dubiedade é comum quando se fala do tempo antigo, assim como quando se fala dos conflitos presentes. O passado é sempre o lugar da identidade, da autenticidade, que pode ser vista negativa ou positivamente. Afirma-se que se não houvessem mudado, os Apurinã teriam “se acabado”, em decorrência das brigas. Mas, também, afirmam que *Tsora*, o criador, *Deus*, foi o primeiro a se vingar, matando seus avós (Schiel, 2004, p.79).

Atualmente não haveria mais guerras, mas são mantidos esforços entre as instituições (Funai, OPIAJ, IEB), para contornar situações de conflitos e apoiar o encaminhamento “pela justiça” [sistema judicial], evitando o sistema de vinganças<sup>25</sup>. Acompanhei algumas situações de conflito, em que o Chefe e a OPIAJ tinham certos cuidados para não desencadear desentendimentos maiores ou mais duradouros entre famílias ou aldeias. No entanto, “índio não esquece” e as histórias dos conflitos e as parentelas envolvidas são conhecidas e de certa forma se atualizam em configurações de espaços e relações presentes.

A convivência, na realidade, não apaga a possibilidade da vingança e a consciência dela: ela continua aparecendo como estruturadora de relações. Convive-se, e há um esforço e uma satisfação afirmada em poder frequentar a casa de quem se temia. Mas também há o medo: uma vez, me disseram “agora, o inimigo está no meio de nós”, ou seja, os que eram inimigos frequentam, hoje, as casas um do outro, e por isso, é necessário ficar alerta. Ainda que haja paz, todos sabem quem matou o pai, o avô de quem. (Schiel, 2004, p.80)

---

<sup>25</sup> Certa vez, o Coordenador da OPIAJ me explicou como seria a lógica Apurinã: mataram alguém da minha família, é justo que matemos o responsável da outra família, encerra-se o ciclo e eventualmente as famílias podem até voltar a conversar. No entanto, se minha família matar outros, que não aquele considerado responsável ou equivalente, abre-se para que a outra família também se vingue da minha e o ciclo continua, até que se estabeleça uma equivalência considerada justa de morte dos culpados. Segundo Schiel “A vingança tem força diferencial de acordo com a proximidade do morto: a morte de um filho, um pai, por exemplo, parece demandar, até porque os sentimentos são muito presentes, do que a de um avô distante no tempo. Na maioria das vezes, no entanto, mesmo nas situações em que o conflito foi muito traumático – como na morte de um pai ou um filho - a efetivação entre pessoas que moram próximas pode levar uma vida, muitos anos, ou pode nunca acontecer, mantendo-se como possibilidade e projeto” (Schiel, 2004, p.80).

Virtanen<sup>26</sup> (2015, p.95) ressalta que as histórias de muitas famílias Apurinã estão relacionadas a deslocamentos, as famílias costumam se mudar e relacionam seus relatos aos vários lugares em que viveram. As mudanças podem ser causadas por conflitos internos, mas também por decisões “voluntárias”. A autora relata um exemplo de viagens pelo Rio Tumiã, em que fez pesquisa, na qual os Apurinãs que a acompanhavam iam identificando lugares de florestas antropogênicas em que seus parentes viveram anteriormente. Vivi várias situações semelhantes nos igarapés e no Purus viajando com Apurinãs, que identificam na paisagem capoeiras, referências de igarapés menores, ou árvores antigas, que remetiam a histórias das parentelas que viveram por lá. Virtanen (2015, p.96) sugere que a gestão da floresta parece conectada aos usos anteriores, e a mobilidade Apurinã seria essencialmente ligada às maneiras como entendem seus conhecimentos, ações ecológicas e história. Fernandes (2018) também chama atenção para o quanto a história está inscrita nas paisagens, que não constituem cenários fixos, passivos, mas fenômenos relacionais, que materializam histórias<sup>27</sup>.

Os Apurinã se autodenominam *Pupÿkary*, e segundo Apurinã (2019, p.54) esse termo tem sido mais utilizado nas últimas décadas como reafirmação política da diferença étnica, refletindo o orgulho, autonomia e ligação com os ancestrais. Apurinã seria um etnônimo surgido na relação com outros povos e reapropriado pelos próprios *Pupÿkary*. Nesse sentido, conforme o autor, saberiam utilizar os dois nomes a depender do contexto. Em uma oficina de formação para agentes ambientais indígenas da TI Peneri/Tacaquiri, em setembro de 2023, com a participação de Francisco Apurinã, no contexto de diálogo sobre a identidade do povo, acompanhei a discussão sobre a diferença entre ser Apurinã e *Pupÿkary*. Os participantes

---

<sup>26</sup> Pirjo Kristiina Virtanen é professora na Universidade de Helsinque, na Finlândia, e tem doutorado em Estudos Latinoamericano pela mesma universidade. Possui experiência de pesquisa com povos indígenas Aruak, trabalhou com o povo Manchineri, no Acre e, com o povo Apurinã, trabalhou principalmente na TI Tumiã, localizada em Lábrea/AM, além de ter visitado também as TIs Acimã, Itixi Mitari, KM 124 BR-317 e Camicua (VIRTANEN, 2016).

<sup>27</sup> Dentre os antropólogos que trabalharam com o povo Apurinã, em Pauini foram realizadas pesquisas por Juliana Schiel, conforme já descrito, e Mário Rique Fernandes. Em sua tese, Fernandes (2018a) trabalha com o conceito ingoldiano de paisagem, propondo-se a investigar as noções de paisagem a partir das narrativas míticas e históricas Apurinã. Seu Mário, como o pesquisador era conhecido em Pauini, esteve nas aldeias entre 2014 e 2017, passando cerca de um a dois meses a cada ano, realizando trabalho de campo duas aldeias e oficinas com professores Apurinã. Sua tese traz um estado da arte mais atual, no entanto tem um período menor de trabalho de campo e é mais ousada teoricamente, em comparação ao trabalho de Schiel (2004). Fernandes (2018a) faz interpretações dos mitos Apurinã – algumas histórias e músicas ouvidas em campo, outras a partir da referência de Schiel (2004) – a partir de pressupostos estruturalistas. O autor propõe o enfoque na constituição de paisagens a partir do habitá-las, mas buscando essas paisagens na interpretação estruturalista dos mitos. Conheci Mário Fernandes em 2019, na Assembleia da OPIAJ, em que o pesquisador apresentou uma proposta de pesquisa para o seu pós-doutorado. A pesquisa faria parte de um projeto maior da Fiocruz, com o objetivo de estudar os efeitos para a saúde dos povos indígenas da entrada de recursos de programas sociais nas aldeias. Recentemente o pesquisador me informou que as atividades do projeto foram interrompidas pelo contexto da pandemia, mas a partir do seu primeiro período de campo, escreveu o artigo Fernandes (2023).

reconheceram que Apurinã era o termo “vindo de fora”, e representava o nome do povo, utilizado para questões políticas. Enquanto *Pupÿkary* se referia ao ser indígena (podendo incluir outros povos), reafirmando uma diferença em relação ao branco.

Outra característica, sempre mencionada, ao se falar sobre a identidade Apurinã é a divisão entre as metades<sup>28</sup> *Meetymanety* e *Xywapurynyry*. O pertencimento de uma pessoa é determinado pelo grupo de seu pai e o casamento correto é com alguém da outra metade. Os *Xiwapurynyry* não podem comer certos tipos de inambu (inambu relógio e macucau), enquanto os *Meetymanety* não comem porquinho – essas são as interdições mais citadas, mas há mais detalhes, tipos específicos de peixes e outras caças. O não cumprimento das interdições alimentares, ou o casamento errado, provocam problemas de saúde – na própria pessoa ou nos filhos. O “direito de casamento” é uma temática muito recorrente todas as vezes que se abordam temas sobre identidade do povo. Embora atualmente “muitos jovens” desrespeitem as regras, há sempre aconselhamentos sobre os riscos.

Em termos de rituais, é sempre mencionado o Xingané (palavra traduzida como festa), ou *kyynyry* Apurinã. A festa se inicia com uma representação de guerra, quando os convidados chegam à aldeia que organizou a festa e as lideranças (que chegam e a da casa) iniciam um diálogo, em Apurinã, falando alto, como uma discussão, com as armas apontadas, chamado “cortar *sãkyre*”. Como me foi explicado, nesse diálogo, aquele que chega se apresenta, dizendo seu nome, dos seus pais e avós, situando sua parentela. É um momento tenso, porque pode retomar conflitos passados. Ao final, após se situarem – parentesco, locais de origem/moradia, história entre famílias – os caciques vão tomar *awiri* (rapé) – na mão um do outro, ou do pajé, podendo ser iniciada a festa.

---

<sup>28</sup> Schiel (2004, p.65) menciona referências a outros nomes de grupos (seja em registros etnográficos de outras regiões ou referências históricas), como *Ximakuwakoru* (povo do peixe), *Kaikuruwakoru* (povo do jacaré), *Yôpuruwakoru* (povo do japó). O sufixo *wakoru* poderia ser traduzido como povo. Segundo a autora, essas referências costumavam ser um pouco confusas, alguns identificavam como subgrupos; outros como uma parentela de uma região específica; outros como os próprios Apurinã. Link (2016) fala em subdivisões em grupos familiares designados por nomes de animais – que não seriam muito conhecidas, devido ao intenso contato – como *Iÿpÿryakury* (família do japó), *Upitaakury* (família do tambuatá de cabeça chata), *Hãkytywakury* (família da onça), *Kÿryakury* (família do rato), *Kamÿryakury* (família da arara), entre outras. Francisco Apurinã (2019, p.74) critica essa literatura, destacando que, ao buscar informações sobre esses grupos com os mais velhos, reafirmaram para que não existiria a designação de grupos familiares por nomes de animais. O que poderia ter ocorrido era que, no passado, com as migrações, a partir do estabelecimento de um grupo em determinado local se poderia, ao visitar aquele grupo, apelidá-lo a partir de características ou animais mais presentes no local. O que não indicaria subgrupos em relação aos clãs *meetymanety* e *xywapurynyry*. Na oficina dos agentes ambientais, já mencionada, Francisco afirmou enfaticamente que não existem outras (sub)divisões além dos dois clãs.

Apurinã (2019) explica que o ritual do *kyynyry* comemora a passagem dos espíritos. Em Pauini me explicaram que, após um parente “fazer a passagem”<sup>29</sup>, devem ser realizados três *xinganés* (geralmente a família/aldeia promove) – para acalmar a sombra do morto (SCHIEL, 2004, 69). O ritual tem uma ordem das músicas (de abertura, “diversão”, despedida, encerramento) para se dançar a noite toda, com intervalos apenas nos momentos para que cada aldeia receba seu *paneiro* de alimentos. Há uma série regras de comportamento (cuja não observação pode gerar consequências graves) e todo um processo de preparação anterior (caçar, pescar, preparar o *beiju*, os *vinhos*, etc. para receber os convidados) para até três dias de festa.

Outro elemento superimportante para o povo Apurinã é o *awiri*. O Conselho de Missão entre Povos Indígenas – Comin (que também atua em Pauini), intitulou o livreto de apresentação do povo Apurinã – em uma série da “semana dos povos indígenas” voltada para uso nas escolas – de *Apurinã: povo do Awiri* (COMIN, 2014). Essa expressão é recorrente na região e acredito que Apurinãs concordariam com ela, considerando a importância do rapé para o povo. Francisco Apurinã (2019) definiu o *awiri* como folha do conhecimento, destacando seu papel como elemento de cura no xamanismo Apurinã. O rapé, chamado *awiri*, é feito de uma folha de mesmo nome – após processo de preparação, assada, triturada – “temperada” (misturada) com a cinza de uma casca de uma árvore específica<sup>30</sup>. É tradicionalmente armazenado no *Mekaru* (ou *aruá*), um recipiente tradicional que carrega certa sacralidade e uma relação com seus donos. No uso cotidiano é possível ver o uso/armazenamento em outros utensílios, potes de plástico, de forma que o *mekaru* fique guardado para ocasiões especiais. O *awiri* é inalado através do *mexikana*, ou *katukanu*, que, tradicionalmente, é feito de osso da canela ou da asa de aves específicas.

Como relatado por Schiel (2004, p.66) é comum ao chegar, subir em uma casa, perguntar “Cadê rapé?!”, ou “Cadê *awiri*?!”. É uma forma de marcar o início de um diálogo. Sempre que um mais velho, cacique ou outro (principalmente homem) parente chegava à CTL, o Chefe oferecia seu rapé (às vezes de forma mais direta, às vezes apenas colocando na frente da pessoa sobre a mesa), esperando que o outro respondesse com uma contraoferta. Dependendo da proximidade, da relação com a pessoa, cheira-se na mão um do outro<sup>31</sup>, em alguns casos, mais cotidianamente, apenas troca-se. O uso na “saída” também parece importante, uma forma de

<sup>29</sup> Não sei exatamente qual o critério para a demanda de um *xingané*, aparentemente não aconteceria em todos os falecimentos, parece-me ocorrer nos de caciques, chefes de família, lideranças mais velhas, ou pajés.

<sup>30</sup> Em Pauini essa cinza era chamada de “cutanta”, mas não sei como seria a grafia dessa palavra em Apurinã, não encontrei o termo na literatura.

<sup>31</sup> Há uma certa avaliação sobre a relação com a pessoa, na medida em que a troca pode transmitir elementos entre os corpos, às vezes até *arapani* (pedras)- que serão apresentadas a seguir.

despedir-se, encerrar um diálogo, poder ir embora de determinado contexto. Além disso, utiliza-se ao iniciar uma viagem, ao entrar na mata, e, atualmente, muitas lideranças usam antes de iniciar falas públicas importantes em reuniões.

O *awiri* é também elemento indispensável nas *rodas de katsupari*. Segundo a descrição de Schiel (2004, p.87), o *katsupari* (ou *ipadu*) é uma

planta, aparentada com a coca, [mascada] em momentos de cura, mas também só para conversar, pelo prazer. O *katsoparu* é apreciado pela maioria dos homens, e por algumas raras mulheres e meninas. Em geral, mascar é algo realizado à noite ou no fim da tarde. Às folhas mistura-se o *kuxumataru*, cipó amargo, e o *merori*, cinza de cacau *da mata*, doce e ácida. (Schiel, 2004, p.87)

Eu costumava participar das mascas (quando convidada), na maioria das vezes com amigos do movimento indígena, que me ensinaram que, quando Apurinã tem que conversar um assunto importante, convida aquele com quem quer conversar para o *katsupari*. Muitas vezes, fazíamos atividades, reuniões, em aldeias durante o dia, passávamos o dia discutindo, mas a noite, os diálogos rendiam mais, consolidavam entendimentos, fechavam decisões. Virtanen, Apurinã e Facundes (2021) chamam atenção para o quanto o *awiri* e o *katsupari* são usados para mediar as histórias, transmitir memórias e se conectar com os ancestrais, atuando no nível das emoções, imaginações e aumentando o nível de intimidade com seres não-humanos.

Segundo os autores e a autora, a forma como os Apurinã concebem sua relacionalidade com os seres não-humanos pode ser vislumbrada na história de *Tsura*. Como nos mostra Apurinã (2019), a história de *Tsura* descreve o começo do mundo, o começo de tudo, a origem das coisas e a aquisição e conhecimentos. *Tsura* é muitas vezes traduzido, pelos Apurinã, como nosso deus<sup>32</sup>. A narrativa é longa, as vezes contada em partes, em espaços/momentos apropriados – em Pauini me disseram que pode levar três noites para ser contada inteira. Segundo Francisco Apurinã (2019, p.60), envolve todo o imaginário do povo, “o passado, o presente e até mesmo o futuro”.

---

<sup>32</sup> É comum em reuniões políticas, falas como “graças a Tsura”, “agradecemos a Tsura”, como uma substituição da palavra deus nas expressões em português. Sempre fiquei um pouco em dúvida em relação aos limites dessa tradução, na medida em que me parece existir uma diferença significativa entre o deus da origem do mundo Apurinã, que viveu no mundo e com quem o povo tem uma relação de ancestralidade, e o deus cristão, como entidade abstrata, que concede graças àqueles que cumprem determinadas regras e obrigações. No entanto, a definição de Tsura como deus, em português, parece relacionada ao fato dele ter sido o criador de todas as coisas, de tudo que há no mundo. Nesse sentido, a tradução tem também uma relevância política, marcando a diferença do povo, que tem seu próprio deus. Entender essas relações, os limites e possibilidades de tradução, demandaria uma pesquisa mais aprofundada, que foge do escopo aqui proposto. Ao comentar a questão da vingança a partir da história de Tsura, Schiel (2004, p.229) cita a fala de um interlocutor que questiona “dizem que Deus não tem vingança, mas na língua dos índios tem, sim”. O que leva a autora afirmar que “Tsura é Deus, mas diferente do Deus dos brancos. E a vingança vem do começo do mundo.”

Schiel (2004, p.160) ressalta que dizer que alguém sabe contar a “história de Tsora” pode ser um sinal de conhecimento da língua e cultura Apurinã, os mais velhos seriam respeitados nessa habilidade. Saber contar era contar na sequência certa, sem esquecer ou confundir episódios, não era algo para qualquer um, é uma história sagrada. Nesse sentido, sugere que provavelmente as narrativas registradas em seu trabalho serão lidas e criticadas por outros narradores por “erros”, falta de detalhes ou diferenças da versão que sabem. Ao mesmo tempo, percebia que seu trabalho seria avaliado criticamente pelos Apurinã, de forma que as narrativas escritas não se tornariam “a versão”. Francisco Apurinã (2019, p.60) também afirma que, assim como entre outros povos, há diferentes versões das histórias Apurinã, o que não significa que uma possa desmentir outras, mas geralmente são complementares. Virtanen, Facundes e Apurinã (2021) destacam que há versões com diferenças substanciais, a depender da região, território em que se narra, e pequenas diferenças, conforme as histórias pessoais, os professores e a personalidade do narrador.

Fiz um resumo da história de *Tsura*, no Apêndice C, juntando elementos a partir das referências que a registram (SCHIEL, 2004; FERNANDES, 2018; APURINÃ, 2019; VIRTANEN, APURINÃ, FACUNDES, 2021), e priorizando partes que já havia ouvido em Pauini. O resumo aqui não pode ser considerado como a história – ela não é uma sucessão de acontecimentos factuais apenas, como pode parecer em um resumo. O sentido se perde significativamente sem o espaço e momento correto para se contar, e, sobretudo, sem a performance do narrador, que permite dar sentidos aos acontecimentos, viabilizar a transmissão e aprendizagem. No entanto, apenas registrei os principais acontecimentos que consegui aprender, como forma de destacar a importância da história para identidade Apurinã – não seria possível falar do povo sem ela – além de nos situar para outras discussões ao longo da tese, que podem remeter a fatos dessa história.

Ao apresentar a organização de sua tese, Schiel (2004, p.50) explica que de certa forma o texto é direcionado para apresentação dos dados, sem muitas abstrações, explicando pelo que viu e pelo que lhe contaram. Justifica essa opção também por causa de medos:

medo de não respeitar, de trair, os Apurinã, na vontade de ter as suas histórias, ou de confirmar os medos e desconfianças que têm com relação a mim; medo de não traduzir respeitosamente este universo e a minha vivência dele. (Schiel, 2004, p.50)

Identifiquei-me também com esses medos. Eram semelhantes às questões que passavam pela minha cabeça, ao ter que falar sobre o povo Apurinã e decidir como abordar suas histórias. Um pouco desse receio, referia-se ao fato de que não tive oportunidade de registrá-las

devidamente em campo, seja por não ter feito o “campo tradicional” de estar na aldeia, devido ao contexto da pandemia, seja porque não soube bem como provocar o assunto ou buscar entrevistas que o trouxessem, seja por não ser falante da língua Apurinã – as histórias são contadas também em português, mas em geral entre os melhores narradores estão os mais velhos, falantes do Apurinã, e há aspectos de difícil tradução. Eu ouvia fragmentos dessas histórias em contextos mais cotidianos e em rodas de *katsupari* – contextos em que não necessariamente era identificada como pesquisadora. Muitas vezes os trechos e referências apareciam recortados, ou resumidos, e não eram explicados para mim – minha compreensão era possível após a leitura em trabalhos acadêmicos.

Virtanen, Apurinã e Facundes (2021) olhando para os ensinamentos sobre o mundo nessas histórias de origem, a partir de uma abordagem teórica da materialidade da linguagem, destacam os meios materiais que são requeridos no ato de contar e que mediam histórias. No contexto Apurinã, a prática de contar histórias demanda uma presença de membros da comunidade e ocorre, normalmente, quando as pessoas se reúnem após refeições, na presença dos mais velhos ou com o uso do *katsupari*. Destacam, então, o quanto o contexto específico do uso de substâncias e plantas (*awiri* e *katsupari*), junto ao encontro comunitário, cria um espaço de confiança, que torna a prática comunicativa possível e efetiva<sup>33</sup>.

A avaliação de aspectos do espaço criado, da sensação de confiança, da adequabilidade do momento, sempre me pareceu algo considerado nas narrativas que tive a oportunidade de ouvir, inclusive/principalmente nas rodas de *katsupari*. Convivia com ótimos narradores, mas nem tudo eu precisava saber e definitivamente não em qualquer momento. Ao longo do tempo, participando das rodas de *katsupari*, surgiu-me a impressão de que elas tinham quase que uma certa sequência de assuntos possíveis. Primeiro falava-se de amenidades, anedotas mais cotidianas; que podiam em sequência desembocar em histórias de caça e desventuras na mata (muitas provocando risos, descontração); algumas vezes, as rodas encaminhavam para discussões que envolviam decisões políticas e de organização social, principalmente nas rodas com a participação de pessoas do movimento indígena (que eram a maioria que eu pude acompanhar); mais para o final, em geral, vinham (muitas vezes a partir das histórias da mata) histórias de pajés e relações com seres da mata “difíceis de explicar” para não indígenas.

---

<sup>33</sup> Os autores e a autora destacam ainda como o histórico das economias extrativistas, as mudanças na organização social, a presença de missionários e a educação escolar estatal – muitas vezes, ignorando as histórias indígenas – afetaram os espaços de contar histórias – seja introduzindo novos elementos ao repertório, ou envolvendo novas habilidades, como a escrita, mas também na dispersão de comunidades na relação com a urbanização. Nesse sentido, sugerem os autores e autora, atualmente, os meios materiais para esses processos comunicativos (e para a comunicação com não humanos) podem ter se tornado mais difíceis de atingir do que antigamente, considerando relações de poder, contextos de preconceito e outras influências (VIRTANEN; APURINÃ; FACUNDES, 2021).

Obviamente não se trata de um roteiro estrito, ou sucessão fixa de assuntos, mas uma percepção de que há momentos/espacos certos para falar de certas coisas. Trata-se de um processo de aprendizagem, que requer respeito e um cuidado sobre o que pode ser trazido para um texto, o que se consegue trazer, o que pode ser contado.

Como destacado por Schiel (2004, p.229) várias coisas são originadas na época de *Tsura*, um tempo de geração de tudo que existe, o que torna as conversas a respeito infinitas. Virtanen, Apurinã e Facundes (2021) argumentam que o foco na história de *Tsura* apontaria para aspectos de como os Apurinã concebem sua relacionalidade com seres não humanos, como se tornam Apurinã, assim como a origem de entidades do mundo social. Essas narrativas refletiriam as maneiras corretas de agir em relação aos diferentes seres, seus conhecimentos e poderes.

Para os autores e a autora, essa relacionalidade pode ser entendida considerando-se as teorias perspectivistas e animistas. Entendendo que os não humanos têm atributos como agência, intencionalidade e consciência, sendo seres sociais, que veem a si mesmos como os humanos se veem. Diferente das “cosmologias multiculturalistas modernas”, que se apoiam na ideia de unicidade da natureza e multiplicidade de culturas, o pensamento ameríndio conceberia uma unidade dos espíritos, da cultura, e uma diversidade de corpos, de naturezas (VIVEIROS de CASTRO, 1996). Virtanen, Apurinã e Facundes (2021) ressaltam que, nas histórias Apurinã, a humanidade seria compartilhada entre humanos e não-humanos, os animais tem intencionalidade, atividades como humanos e são referidos com termos de parentesco, mas a relacionalidade não é com todos os não-humanos, mas com seres específicos. Nas histórias, alguns seres têm caracteres ambíguos ou não são confiáveis, o que seria um aspecto importante para moralidade Apurinã. Alguns são identificados como pai, mãe, avós, marcando a ancestralidade comum. Além disso, nas histórias, alguns animais agem como guias, importantes na manutenção da vida humana, e ainda hoje são considerados guias.

Ouvi algumas vezes, em Pauini, referências a sinais que alguns seres da mata deixam/fazem para guiar, orientar, as pessoas. Além disso, outra categoria importante, era a do chefe ou dono “das coisas” – do buriti, do lago, da taboca, do tucumã, etc.. Tudo tem um chefe<sup>34</sup>, “Todas as coisas tem um dono”, como me disse o Chefe de CTL (Diário de campo 16/05/2020).

---

<sup>34</sup> Como já mencionado, Virtanen, Apurinã e Facundes (2021) argumentam que, nas histórias Apurinã, as relações não são com todos os seres, mas com seres específicos – estes têm chefes. Virtanen (2015), mostra que buritizais, buritiranas, murumuru e tabocas são abordados com muito cuidado e respeito. Em Pauini, ouvi algumas histórias de buritizais e tabocais. Segundo a autora, em geral árvores com espinhos deveriam ser evitadas, assim como depressões, buracos ou formações na terra, além de pedras nos rios, como locais que podem ter seres monstruosos ou levar as pessoas para dentro de forma que não consigam mais sair.



Alguns autores se referem como “espíritos mestres” (VIRTANEN, 2015; VIRTANEN, APURINÃ, FACUNDES, 2021; APURINÃ, 2019), em Pauini sempre ouvi como chefe ou dono. Apurinã (2019, p.159) explica que

Além da humanidade, há outros seres neste mundo. Eles habitam não apenas a terra, mas também o mar e suas veias (rios, igarapés, lagos etc.), a terra alta (céu) e o espaço do meio, que fica entre o céu e a terra. Tais seres se organizam em sociedade assim como os humanos, com regras, responsabilidades, direitos e deveres. Como em toda sociedade, lá também há um chefe, líder ou algo similar, que é dono desses lugares e responsável por seus habitantes.

Esses donos são revestidos de conhecimento, poder e autonomia para agir e atuam em formas humanas, não-humanas e em espírito. Além disso, eles podem fazer com que outros seres operem sob seu comando. Isso os torna verdadeiros especialistas na promoção da sociabilidade entre os habitantes dos lugares em que vivem, bem como excelentes diplomatas na condução das relações entre as diferentes espécies. (Apurinã, 2019, p.159)

Segundo Virtanen, Apurinã e Facundes (2021), as narrativas tradicionais descrevem esses “espíritos mestres” como antigos xamãs Apurinã, que após a morte se transformaram em outras entidades, continuando a agir como guias. Xamã é um termo da literatura antropológica e me parece carregar uma série de referências, embora nunca tenha visto o uso em Pauini<sup>35</sup>, onde os Apurinã falam de pajés. Por ser uma categoria importante, optarei pelo uso desta palavra, traduzindo o termo utilizado nas referências que trouxer.

Os donos/chefes das coisas podem ser guias, trazer ensinamentos e apoio aos pajés em seus trabalhos, e permitir que as caçadas e pescarias tenham sucesso. Alguns são também convidados para os xinganés – nesse caso, tanto para garantir abundância, como por respeito/cuidado para não os ofender e gerar consequências graves. O chefe do (planta/animal/local...) também pode flechar aqueles que não respeitam seus lugares. Segundo Apurinã (2019), o papel desses espíritos seria o de cuidar para que outros seres não usem recursos além do necessário. Virtanen e Gil (2021) também abordam essa relação com os “espíritos mestres” que contribuem com os Apurinã fornecendo recursos, proteção e conhecimento ao mesmo tempo que exigem respeito, não pescando, caçando, extraíndo, mais do que o necessário e respeitando seus lugares (não fazendo muito barulho). Segundo as autoras, essas trocas seriam importantes para os humanos manterem suas vidas e sua saúde.

As doenças são causadas por pedras, *arapani*, transmitidas por não-humanos, que podem ser tanto causadoras de doenças como elementos de cura, na medida em que constituem os poderes adquiridos pelos pajés. Durante sua iniciação e ao longo de sua trajetória, o pajé

---

<sup>35</sup> Certa vez, uma liderança do movimento indígena, em uma conversa sobre trabalhos escritos sobre “os Apurinã”, perguntou-me o que era xamã.

recebe o *arapani* de seres da mata – a iniciação se conclui quando ele recebe a pedra da onça ou cobra – e as introduz em seu corpo, permitindo que ele cure doenças, mas também possa causá-las. As pedras podem ser removidas, realocadas, mandadas embora – o pajé pode colocá-las no mexicano e soprar para onde quiser (APURINÃ, 2019; VIRTANEN, 2015).

A flechada por um chefe da mata causa um adoecimento que só pode ser curado por um pajé. Virtanen (2015) descreve essa doença e outras originadas do desrespeito a restrições alimentares, não cumprimento das regras da couvade e puerpério – surgidas na própria pessoa ou nas crianças pequenas por ações dos pais<sup>36</sup>. Segundo a autora, a produção de humanidade estaria relacionada ao medo de se mover em certas áreas de animais, plantas e outros espíritos e à obediência à moralidade entre as metades. Ao desrespeitar as diferenças entre parentes, as regras entre as metades, seria gerada uma transformação perigosa na natureza da pessoa, apresentando comportamento estrangeiro. No mesmo sentido, as doenças geradas por árvores, animais ou outros espíritos se relacionam a um movimento fora da área usual que os leva a ferir as pessoas<sup>37</sup>. Assim, para a autora a doença seria uma substância, injetada no corpo, para reformulação das relações sociais e das pessoas, podendo ser retirada apenas pelo pajé que reintroduziria a humanidade própria. Nesse sentido, a autora propõe também uma interpretação sobre os remédios:

A mesma lógica aplica para o uso dos remédios. Como substâncias, eles mudam a relação entre a pessoa e a essência estrangeira (pequena pedra), e, portanto, os remédios tem poderes transformativos. Para os Apurinã, seus remédios os protegem na sua interação com entidades nocivas. Banhos de ervas e plantas tomadas, digeridas ou consumidas podem evitar relacionamentos perigosos e criar novos que defenderão as pessoas. Cheirar *awiri* é o remédio mais comum, e é utilizado até por crianças. Remédios são semelhantes a comidas que considera-se fazer os corpos das pessoas similares uns aos outros. (Virtanen, 2015, p.89, tradução minha<sup>38</sup>)

---

<sup>36</sup> A autora identifica, entre os Apurinã de Tumiã, a categoria *Mapitixiri* para se referir a todas essas condições. Em Pauini, não ouvi a referência a esse termo reunindo as situações que precisavam de pajés. As pessoas com quem convivi usavam a categoria flechada, ou a descrição das dores sentidas por aqueles que comeram o que não devia, ou os sintomas e características das crianças doentes por causa dos pais imprudentes.

<sup>37</sup> A autora argumenta ainda que esses “eventos fatais” Apurinã estão intimamente relacionados a parentesco e movimento, sugerindo que, se a literatura aponta a importância da convivialidade e co-residência para produção e parentesco na Amazônia, entre os Apurinã, o movimento também seria muito importante. As viagens e o movimento seriam elementos essenciais da cosmologia Apurinã, estando relacionados a sua construção de pessoa, comunidade e parentesco.

<sup>38</sup> “The same logic applies to the use of medicines. As substances they change the relation between a person and a foreign essence (small stone), and thus the medicines have transformative powers. For the Apurina, their medicines protect them in their interactions with harmful entities. Herbal baths and plants taken, digested or consumed can avoid harmful relationships and create new ones that will defend people. *Awiri* snuff is their most common medicine, and is even used by children. Medicines are similar foods that are considered to make people’s bodies similar to each Other” (Virtanen, 2015, p.89).

Virtanen e Gil (2021) reforçam essa argumentação ao discutir como a natureza dos relacionamentos com entidades não-humanas está relacionado à saúde das pessoas, a partir do trabalho etnográfico da primeira autora com os Apurinã, e da segunda com Yaminawa. Ainda que cada sociedade indígena tenha suas particularidades, destacam elementos em comum, primeiro o fato de que a saúde não seria algo dado, mas algo que precisa ser trabalhado constantemente (especialmente na relação com não-humanos). Além disso, a saúde não seria definida pela ausência de doença, mas teria a ver com a capacidade individual em contribuir para socialidade e reprodução social (o bem estar coletivo), bem como manejar e cuidar das relações entre não-humanos e humanos.

### **Localizando as Terras Indígenas no Purus**

Outro aspecto destacado no trabalho de Virtanen (2015; 2016) se refere ao fato de que a mobilidade entre aldeias ocorria, e ainda ocorre, principalmente por caminhos terrestres (VIRTANEN, 2015). Há uma rede de caminhos conectando os lugares importantes entre os igarapés. Certa vez, o Chefe de CTL me falou sobre a importância desses caminhos para o povo, que “mereciam ser estudados”. Nas histórias contadas nas rodas de *Katsupari* também ouvia menções aos trajetos que (principalmente) “os antigos” percorriam. Assim, ouvia algumas histórias sobre “pessoal do [nome da liderança], saia do Mixiri e ia lá pro Tacaquiri...”; “o tio [nome], caminhava do Mamoriá até o Inari...”; entre outros<sup>39</sup>. Essa rede de caminhos relacionava as parentelas e redes de influência e relações políticas (VIRTANEN, 2016). Villarinho (2020) também aborda a noção de *kemapury* (caminho) destacando a importância da mobilidade terrestre para a persistência do modo de vida Apurinã. Em seu trabalho, mostra como o extrativismo da castanha se relacionava a construção dos caminhos, importantes atualmente para a ocupação tradicional do território e manutenção do modo de ser e viver Apurinã.

O **Apêndice D** apresenta um mapa das Terras Indígenas em Pauini, no qual marquei pontos nas regiões aproximadas em que se localizam as terras em estudo – que não tem o perímetro delimitado administrativamente ainda. Os nomes das T.I.s, na maioria dos casos, são compostos por nomes de igarapés importantes que situam seus limites. Em Pauini, a

---

<sup>39</sup> Virtanen (2016, p.43) descreve redes de caminhos, distantes das bocas dos igarapés, conectando os rios Sepatini, Acimã, Tumiã, Mapuã, Seruini, Tacaquiri e Peneri, e sugere que no Médio Purus, os Apurinã podem ser circulado do rio Seruini até a aldeia Kamikuã. Em Pauini, ouvi histórias também de caminhos ligando aldeias e colocações Apurinã na outra margem do Purus, entre o Mamoriá e a TI Água Preta/Inari.

demarcação de boa parte dos territórios foi conquistada no final dos anos 1990 e início dos 2000, embora uma parte significativa esteja em reivindicação. São demarcadas as TIs: Peneri/Tacaquiri, Guajahaã, Seruini/Mariênê; Água Preta/Inari; Catipari/Mamoriá; Camadeni; e Inauini/Teuini. Ainda em processo para demarcação as terras: do Baixo Seruini, Sãkoã/Santa Vitória, e Kapyra/Kanakury.

Segundo Aparício e Mendes dos Santos (2011), a maior parte das TIs da bacia do Purus foram demarcadas na década de 1990 e início dos 2000. Os autores também destacam que a formação das cidades do Purus está associada a economia seringalista. Desde meados do século XIX, o Purus, assim com outras áreas da Amazônia, foi alvo da exploração das áreas de seringais, incentivada pelo governo brasileiro, com um processo de migração em massa de trabalhadores nordestinos. Segundo Villarinho (2020), nas últimas décadas do século XIX, o Purus era considerado uma das regiões mais produtivas da Amazônia, uma das principais rotas de escoamento da borracha, o que levou a um povoamento abrupto de suas margens<sup>40</sup>.

O sistema do seringal era baseado no avivamento, como padrão de relação social (MENEZES, 2011), em que o seringueiro recebe mercadorias do barracão do patrão, saldando suas dívidas com borracha ou outros produtos da floresta. Um sistema pouco monetarizado, baseado no endividamento constante a partir de preços extorsivos das mercadorias dos barracões, contando com o uso da violência e ameaças de expulsão, caso não fossem seguidas as regras, sendo o seringueiro constrangido a vender apenas para seu patrão. Além disso, o sistema, segundo Menezes (2011), também se legitimava na dominação manifesta na pessoalidade das relações, em relações de compadrio e ajuda emergencial aos “clientes”. O patrão era a figura mediadora entre o isolamento dos seringais e o acesso a serviços dos núcleos urbanos.

Nesse contexto, os grupos Apurinã foram vítimas de genocídios, das “correrias”, expulsão de suas terras, e uma série de violências das relações de avivamento (Villarinho, 2020; Schiel, 1999; Link, 2016). Ao mesmo tempo, entenderam e se relacionaram com os costumes dos seringueiros, trabalharam, resistiram, e souberam estabelecer relações de aliança e parentesco. Nas histórias das famílias Apurinã é comum ouvir a menção a patrões, tanto aqueles que permitiam acesso a serviços da cidade, os que se tornaram padrinhos, como aqueles que castigavam e até matavam quem pudesse fazer saldo. A violência dos seringais é constantemente lembrada, com referências aos lugares e parentelas. “Mas os Apurinã não só morreram com o advento dos seringais; eles também trabalharam neles”, como argumenta Schiel (2004):

A história da borracha é parte da história e da realidade dos Apurinã. Isto é verdadeiro para a suas relações comerciais e de produção, assim como é

---

<sup>40</sup> Segundo Schiel (2004), uma entrada maciça de trabalhadores nordestinos ocorreu quando a borracha se tornou bem exportável para nova indústria de pneus, por volta de 1870. Para se ter a proporção desse movimento, a autora traz o exemplo da vinda de 54 mil migrantes nordestinos para Amazônia em 1878 (SCHIEL, 2004, p.58).

verdadeiro para suas relações sociais e com a forma como se pensam no mundo hoje. Quando contam sua trajetória, os Apurinã falam dos locais onde trabalharam, dos seringais ou *colocações* de seringais em que trabalharam (Schiell, 2004, p.99)

Villarinho (2020) também mostra que seus interlocutores Apurinã, na TI Km 124, não atribuíam um sentido trágico aos contatos no contexto dos seringais. Embora a autora tenha insistido, em alguns momentos do campo, em perguntar sobre as possíveis violências, as respostas muitas vezes falavam sobre convívio e compadrio. Nesse sentido, a partir de referências etnográficas, a autora destaca a complexidade das redes de relações dos seringais, em convivências ora cordiais, ora conflituosas. Destaca ainda a importância dos trabalhos que fazem um contraponto à visão reducionista da migração nordestina (atribuindo-a apenas a ações estatais ou estiagem da região de origem), ressaltando que os Apurinã estabeleceram relações com esses migrantes, “dividiram habitação e caminhos, aprenderam e ensinaram técnicas e saberes” (Villarinho, 2020, p. 269).

A produção da borracha, iniciada no século XIX, teve uma queda por volta de 1910 e depois e voltou a crescer com a demanda gerada na Segunda Guerra, mobilizando a vinda dos “soldados da borracha” para o Amazonas. A atividade dos seringais seguiu subsidiada pelo Governo, até a queda da atividade por volta de 1985, quando os subsídios foram reduzidos. Embora o sistema dos seringais tenha terminado, sua forma de organização das relações ainda é referência nas relações cotidianas de Pauini. O vocabulário do seringal está no cotidiano.

É comum ouvir na cidade “vou para o seringal”, em referência a comunidades ribeirinhas, extrativistas e até a aldeias. As pessoas com quem se estabelece relações comerciais, são normalmente chamadas de patrões. Uma pessoa de fora, branca, como eu, chegando na cidade, vai receber ofertas de produtos e serviços (transporte de malas, mototáxi, venda de produtos) sendo chamada de patroa. Também é comum que indígenas (que vão a cidade uma vez ao mês, ou a cada dois, três meses) estabeleçam relações com comerciantes a partir de dívidas, seja pelo adiantamento em mercadorias de produtos de valor que trarão das aldeias (como a castanha, por exemplo), seja com os recursos de Bolsa Família, salário de professores, agentes de saúde, ou aposentadorias – muitas vezes deixando o cartão, que dá acesso a esse dinheiro, com o patrão.

Em relação ao extrativismo da castanha, trata-se de uma atividade central ao modo de vida Apurinã, presente em suas histórias (desde Tsurá), mobilizando as experiências de caminhos, vivências do território e relações com seres da mata (FERNANDES, 2018; VILLARINHO, 2020). Ao mesmo tempo, o extrativismo da castanha também esteve como

alternativa comercial em paralelo aos sistemas dos seringais, ganhando mais ou menos espaço conforme as oscilações do mercado da borracha. Atualmente, a castanha continua configurando uma alternativa econômica importante para as aldeias Apurinã, mobilizando o calendário produtivo e a organização das famílias para os períodos na mata. Mas as relações comerciais da castanha, conforme descrito por Villarinho (2020), ainda hoje reproduzem certa lógica semelhante ao sistema de avivamento, com padrões, atravessadores, adiantamento de recursos.

Com o abandono dos seringais pelos padrões, conforme Menezes (2011), a região do Sul do Amazonas passou também a ser alvo da exploração madeireira, da expansão da soja, e da pecuária extensiva de baixa produtividade, como principal forma de desmatamento – implantação de pastos e ocupação de terras para posterior articulação de titulação e venda. Ao mesmo tempo, tem-se a difusão de novos estatutos territoriais (como Unidades de Conservação e Terras Indígenas), a partir do surgimento de novos atores políticos, da “atuação prévia de mediadores empenhados na defesa dos direitos indígenas ou das comunidades extrativistas e agricultores ou na proteção aos ecossistemas” (Menezes, 2011, p.140). Villarinho (2020) e Fernandes (2018) argumentam que o processo de luta pela demarcação dos territórios permitiu que os Apurinã voltassem a se reunir, lutando por direitos ao mesmo tempo em que retomavam rituais, costumes e práticas tradicionais. Se os Apurinã em alguns momentos buscaram se identificar com os costumes dos seringueiros, assim como outros povos indígenas, conforme Villarinho (2020), mais tarde reforçariam suas diferenças étnicas nos contextos de lutas pelos direitos indígenas.

Esse histórico de relações sociopolíticas e econômicas também tem implicações sobre a organização espacial das aldeias. Segundo Schiel (2004), fontes históricas indicam que os Apurinã costumavam fazer suas casas mais distantes do Rio, em terrenos elevados (terra firme), dentro dos igarapés – embora a atividade de pesca e deslocamentos fluviais fossem importantes. Atualmente, esse padrão teria mudado um pouco, há muitas moradias na beira do Rio. As mudanças podem ter sido relacionadas ao sistema dos seringais, tanto no sentido de vir para a beira, como de entrar mais para o centro. A beira do rio facilita acesso à cidade, barcos de marreteiros, comerciantes. Mas quem mora na beira, costuma passar tempos (invernos) nos centros, para o extrativismo da castanha, copaíba, entre outros produtos da mata, além das plantações de terra firme. Quem mora em um igarapé, se tem alguma proximidade com a beira do Rio, costuma também ter plantações nas áreas de várzea, ter sua praia, pois a área de várzea é boa para certos tipos de plantio, como feijão, melancia, jerimum e alguns tipos de roça (mandioca). A diferença entre terra firme e vargem, entre as partes que alagam e as que não alagam, é muito importante, definindo o tipo de alimentos, acesso a recursos, e as atividades ao longo do ano.

A paisagem e as atividades mudam muito se estamos no inverno (amazônico), período de muitas chuvas e cheia dos rios (mais ou menos entre novembro e maio), ou se estamos no verão, período mais seco. Assim como muda a forma de chegar aos lugares, com o Rio e os igarapés cheios é possível fazer vários “furos” – passagens alagadas entre curvas do rio/igarapé – encurtando muito as distâncias e tempos de viagem. A divisão entre o Purus de Cima e o Purus de Baixo – com referência a partir de Pauini – também é significativa na região. Considerando as relações entre famílias e parentelas de aldeias mais próximas, Fernandes (2018a, p.53) sugere que essa divisão não seria apenas geográfica, mas social e política também.

Para uma noção das distâncias (e das dificuldades logísticas, como mencionado na seção sobre metodologia), acrescentei uma coluna na Tabela do Apêndice B (Tabela B-1), com o tempo aproximado de deslocamento indo da cidade até a aldeia, em uma voadeira 40HP. As informações foram copiadas de uma tabela, produzida pelo Chefe de CTL em 2012, a qual costumávamos usar na CTL, com frequência, para argumentar com outras instâncias da Funai e outros parceiros, em relação a expectativas de tempo de viagem, que refletiam nos custos das atividades<sup>41</sup>. Quando eu cheguei, a CTL tinha uma voadeira motor 40HP. Posteriormente foi adquirido “um 90” (voadeira motor 90HP) – é comum a referência a voadeiras pela potência do motor – e o “quarentinha” parou de funcionar. Além disso, a OPIAJ tinha “um 40” e “um 90”, enquanto em 2023 a CR-FOCIMP adquiriu “um 100”.

Essas eram as principais embarcações que utilizávamos nas atividades – algumas vezes também as embarcações do Polo Base ou alguma outra fretada por parceiros – o que envolvia o planejamento conjunto, conforme destaquei no início desta introdução. Não é incomum ter problemas com motores e incidentes nas viagens (devido a mudanças no volume de águas, trechos que ficam rasos, árvores, tocos de madeira ou pedras submersas, etc., além da falta de manutenção mesmo), então as parcerias eram a forma de manter as atividades acontecendo, mesmo que as instituições tivessem dificuldades com a manutenção das embarcações. Outro aspecto relevante nessa forma de transporte é que envolve um volume alto de combustíveis. Por exemplo, com uma voadeira com motor 90HP já trabalhei com expectativas de gasto de cerca de 0,65 litros de gasolina por quilometro (a depender da marca do motor e do peso da embarcação), assim, uma viagem de Pauini/AM a Boca do Acre/AM (265km) gastaria cerca de 170 litros de gasolina.

Descrever os tipos de embarcações não é um exercício fácil, mas pareceu-me importante para situar leitores que não tenham o costume com o transporte fluvial, embora para quem

---

<sup>41</sup> A tabela original tinha também a quantidade de moradores da aldeia (em 2012), e um cálculo médio das distâncias, considerando que um motor 40HP faria 40km por hora.

conheça possa soar estranha esse esforço de caracterização<sup>42</sup>. De todo modo, explicar distâncias, tempos de viagem, condições de transporte e gastos de combustíveis, eram uma demanda recorrente nas atividades indigenistas, ao ter que dialogar com outros órgãos e instituições parceiras – ou explicar a “logística diferente”, como o Chefe argumentou.

Além das voadeiras, viagens maiores, pela distância, pelo volume de materiais a serem transportados ou pelo tamanho da equipe, precisavam ser realizadas em barcos. Os barcos têm a vantagem do tamanho, possibilidade de mais espaço e algum conforto, mas tornam as viagens mais lentas<sup>43</sup> e não conseguem acessar os pontos mais altos nos igarapés – geralmente os igarapés vão ficando mais estreitos quanto mais próximo às cabeceiras.<sup>44</sup>

Nos igarapés de Pauini, no inverno chegávamos às aldeias de voadeira, mas no verão apenas até certos pontos, não alcançando todas as aldeias. Só era possível transitar de canoa, com motor rabeta longa, que precisávamos emprestar dos indígenas ou pedir que os moradores das aldeias nos buscassem. Essas Canoas são a principal forma de transporte entre os indígenas, circulando entre aldeias e até cidade. “Não se rema mais como antigamente”, reclamavam às vezes, principalmente nas conversas sobre o uso de combustíveis. Mas havia atividades específicas que só eram realizadas remando, seja ao circular em locais próximos à aldeia ou em determinadas partes dos rios e lagos, além de certas técnicas de pesca e caça.

Ter uma visão do contexto geopolítico descrito e das distâncias e relações com as cidades, ou das possibilidades de “logística”, pode ajudar a entender um pouco da organização dos serviços de saúde e começar a pensar sobre as questões de acesso.

### **A organização dos serviços de atenção à saúde em Pauini**

---

<sup>42</sup> Para mim, esta era uma parte difícil de escrever, ninguém nunca me explicou o que era uma voadeira, ou um barco, ou mesmo um “motorzinho” (rabeta longa para canoas), “a gente” usava e com isso eu ia aprendendo como calcular recursos necessários, possibilidades de problemas (situações de insegurança), tempos de viagem, etc.. As equipes das lideranças indígenas já mencionadas, com quem eu fazia viagens, quase sempre tinham noções sobre funcionamento e manutenção dos motores. Sabiam os equipamentos e como fazer ou demandar certas manutenções, além de sempre ser possível alguma “gambiarra”.

<sup>43</sup> Como exemplo dos tempos de barco, para uma atividade de entrega de cestas nas aldeias, em setembro de 2022, em um barco “motor 52”, apresentamos à Funai Sede a estimativa de 18h de viagem de Pauini até o Jagunço II, última aldeia subindo o Purus; e 24h até a Boca do Rio Mamoriá, último igarapé de Pauini no sentido descendo o Purus. O barco também tinha um custo menor em combustíveis, de forma que para essa mesma viagem, calculamos a média de 8,5 litros de diesel por hora de viagem.

<sup>44</sup> A categoria igarapé abrange uma diversidade de cursos d’água, diferenciados do Rio principal. Alguns igarapés são bem estreitos, outros são grandes rios (como o Rio Mamoriá, o Rio Seruini), mas tem em comum o fato de desaguardarem no Purus, diferenciando-se também nos tipos de água, o Purus tem água barrosa, conhecida como água branca e os igarapés têm a água preta.



O foco da minha pesquisa foram as intervenções não hospitalares sobre a covid-19. Nesta seção, gostaria de introduzir noções sobre a organização do SUS e seus diferentes níveis de atenção e apresentar a forma como se conformavam em Pauini. A atenção básica, principal nível de interesse nesta pesquisa, seria a porta de entrada do sistema de saúde, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012). Idealmente, esse nível de atenção seria ordenador, coordenando o cuidado dos usuários em relação a serviços de outras “densidades tecnológicas” (BRASIL, 2012), através de um serviço que deveria ser acolhedor e resolutivo, com atenção sobre a pessoa (e não sobre doenças).

A atenção básica funciona a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que organizam suas atividades, principalmente, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), com uma equipe multiprofissional<sup>45</sup> que atuaria a partir de um território de referência. A equipe atuaria acompanhando um número determinado de famílias, em um território específico (em teoria conhecendo a realidade das famílias, as características demográficas, sociais e epidemiológicas), em ações principalmente de promoção da saúde e prevenção, além de organizar os encaminhamentos para outros níveis de atenção quando necessário.

A atenção básica no SUS é administrada pelos municípios, e em Pauini há três UBSs que, no contexto da pandemia, atuaram também na atenção à covid-19. A SEMSA reorganizou os serviços para responder às demandas surgidas na pandemia, de forma que as equipes se reconfiguravam e, em alguns momentos, uma das UBSs era transformada em centro de atenção à covid-19, com atendimentos específicos e testagem.

Pauini tem também um hospital, cuja gestão é do estado do Amazonas, mas em parceria com o Município, que é o responsável pela contratação dos profissionais que atuam na unidade. O hospital não conta com serviços de especialidades médicas, normalmente há um médico clínico geral e um cirurgião – que fazia pequenas cirurgias emergenciais, sem muitos recursos ou infraestrutura tecnológica – além das equipes de enfermagem. Os casos mais graves e/ou específicos demandam o encaminhamento para Rio Branco/AC. A capital do Acre é a referência mais próxima para o transporte de pacientes. Sendo necessária a transferência, a Prefeitura de Pauini é responsável pelo transporte, seja através de pequenos voos fretados (aviões de quatro lugares), ou, quando possível, com deslocamento fluvial até Boca do Acre/AM (cerca de 270km de Rio) e terrestre até Rio Branco (aproximadamente 250km de estrada). Durante a pandemia, o hospital manteve uma ala de isolamento para atendimento específico aos casos de covid-19.

---

<sup>45</sup> As equipes teriam no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, podendo envolver mais profissionais conformes os contextos específicos.

Em relação à Saúde Indígena, tenho usado o termo com letra maiúscula para referência específica à forma como o próprio governo se refere ao subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, de responsabilidade da Secretaria de Saúde Indígena – SESAI. A partir dos princípios da atenção básica, o Distrito organiza uma rede de serviços dentro das áreas indígenas e a referência para outros níveis de complexidade. Para as aldeias, os Polos Base corresponderiam a estrutura das UBSs do contexto urbano (BRASIL, 2002). Nos Polos atuam as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que, no caso de Pauini, se deslocam até as aldeias para os atendimentos<sup>46</sup>. Assim como as equipes da cidade contam com os ACS, na Saúde Indígena os agentes indígenas de saúde (AIS) fariam o papel de mediação entre a comunidade e o sistema de saúde, com um papel importante para efetivação da atenção diferenciada (GARNELO; PONTES, 2017).

Em termos históricos, a partir da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993), foi proposta a estruturação de um modelo de atenção baseado na estratégia dos DSEIs, com a proposta atenção diferenciada e de participação indígena no planejamento e avaliação das ações. A Lei nº 9836/99 estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), organizando os serviços na forma dos DSEIs e Polos Base para atenção primária. No mesmo ano ocorreu a transferência de recursos e bens destinados à assistência à saúde da Funai para a Funasa.

Segundo o histórico descrito na publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI (BRASIL, 2002), desde 1991 o Ministério da Saúde (MS) tinha a responsabilidade de coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, já com a proposta dos DSEI, implementando o modelo através de uma Coordenação dentro da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). No entanto, em 1994 foi constituída uma Comissão Intersetorial de Saúde, com a participação de vários Ministérios e coordenação da Funai, que também voltava a coordenar as ações de saúde para povos indígena. A Funai era responsável pelas ações de recuperação a saúde e prevenção e o MS pelas ações de imunização, saneamento, formação e controle de endemias, de forma que as responsabilidades da atenção ficavam divididas entre Funasa e Funai – o que gerava ações fragmentadas e, às vezes, conflituosas. A execução das ações dependia de uma série de convênios e parcerias (nem sempre bem-sucedidas) com municípios, organizações indígenas e não governamentais, universidades, missões religiosas

---

<sup>46</sup> Essa não é a configuração mais comum, em muitos contextos os Polos estão localizados nas terras indígenas. Entretanto, em Pauini, configurou-se que o Polo tem uma sede administrativa na cidade e as equipes se deslocam para os atendimentos. A PNASPI prevê que os polos estejam localizados nas aldeias ou em um município de referência, mas neste último caso corresponderiam a uma UBS já existente na rede (BRASIL, 2002, p.14).

(BRASIL, 2002). As dificuldades de gestão e insatisfação com os serviços levaram à criação do SASI-SUS, em 1999 (com a Funasa assumindo a gestão), e posteriormente, em 2010, à criação da SESAI (FERREIRA et al, 2013).

A portaria ministerial que instituiu a PNASPI foi publicada em 2002, de forma que a Política deveria garantir o acesso integral à saúde, considerando a diversidade cultural, geográfica, política e histórica e reconhecendo a eficácia da medicina indígena (BRASIL, 2002). Seguindo suas diretrizes, os Distritos são responsáveis por organizar a rede de serviços da atenção básica nas aldeias, atuando na prevenção, promoção da saúde e acompanhamento continuados dos pacientes. Essa rede (de forma semelhante às CRs da Funai) não se delimita necessariamente por limites municipais ou estaduais, podendo agregar municípios de estados diferentes, levando em consideração a organização territorial, política e cultural dos povos indígenas.

Ainda assim, a promoção da saúde e acompanhamento continuado dos pacientes, bem como a efetivação da atenção diferenciada, demanda que os DSEIs dialoguem e construam articulações com as Secretarias Municipais e Estaduais. O que pode ser um desafio, em casos como o do DSEI Alto Rio Purus que, com sede em Rio Branco/AC, atua nas terras indígenas localizadas em municípios de três estados diferentes: Assis Brasil/AC, Sena Madureira/AC, Manoel Urbano/AC, Santa Rosa do Purus/AC, Extrema/RO, Boca do Acre/AM e Pauini/AM. Além disso, o DSEI administra a CASAI – Casa de Saúde Indígena, que acolhe pacientes que precisam de atendimentos de média e alta complexidade na capital.

O movimento indígena de Pauini foi por muito tempo vinculado ao Acre, no contexto de atuação da UNI – como descrito acima a partir do trabalho de Schiel (2004). No entanto, após queda da UNI, articulações locais deram origem à OPIAJ, que se tornou organização de base da FOCIMP, deslocando a proximidade do movimento para Lábrea/AM. Nesse contexto, na reestruturação da Funai (em 2012) pautou-se a mudança da CTL de Pauini para jurisdição da CR Médio Purus, recém-criada em Lábrea. Entretanto, o movimento preferiu manter os serviços de saúde relacionados ao DSEI de Rio Branco-AC, dentre outros motivos, considerando a logística de transporte de pacientes para acesso a serviços disponíveis em capitais – o deslocamento para Manaus/AM leva em média sete dias de barco e o trajeto de voo seria maior do que para Rio Branco/AC, não sendo realizado por aviões de pequeno porte.

O Polo Base de Pauini também está entre os parceiros da OPIAJ e da CTL, no sentido de compartilhar agendas, embarcações. Uma das grandes dificuldades da Saúde Indígena em Pauini era manter a estrutura de embarcações e condições logísticas para permitir que as equipes estivessem “em área” – como costumam se referir a atuação das equipes nas aldeias. A parceria

com o movimento indígena não exime a possibilidade de críticas diante da não efetivação de atendimentos de qualidade. Se a parceria pode viabilizar recursos, soluções, também exige planejamento conjunto, escuta e compromissos.

### **Organização dos Capítulos**

A esta altura já deve estar claro o quanto esta pesquisa esteve implicada nas minhas relações de trabalho. O que teve também efeitos em termos da temporalidade da escrita, realizada paralelamente à jornada de 40 horas semanais da Funai. Nesse sentido, a escrita foi estendida de forma que, em síntese: o Capítulo 1 foi escrito no primeiro semestre de 2022; o Capítulo 2 foi concluído em abril de 2023; e o terceiro em dezembro de 2023; enquanto esta Introdução e as Considerações Finais no começo de 2024. Embora todos tenham sido revisados no começo de 2024, essa ressalva me parece importante na medida em que, em se tratando do contexto pandêmico, com mudanças constantes, acredito que a temporalidade da escrita é relevante na construção dos argumentos, suas possibilidades e limitações. Escrevendo no começo de 2022, ainda estávamos na emergência em saúde pública e me via mais próxima aos contextos com maiores números casos, ao mesmo tempo, depois disso, várias interpretações e tecnologias mudaram, além da importante mudança de governo. Em relação ao Capítulo 2, especialmente, que trabalha com algumas referências de notícias, alguns pontos poderiam ser estendidos com desdobramentos dos períodos posteriores, mas preferi manter o recorte temporal, como forma de cortar as redes, em abril de 2023.

O primeiro Capítulo descreve as estratégias iniciais para evitar a chegada, e a organização para enfrentamento após chegada da covid-19 em Pauini/AM e nas aldeias Apurinã. O Capítulo aborda as estratégias a partir da Secretaria Municipal de Saúde, as ações pensadas pelo Polo Base e DSEI Alto Rio Purus e do trabalho dos pajés diante da nova doença. Os pajés já sabiam como ela ia chegar, e fizeram o um trabalho anterior a essa chegada para proteção de seu povo, além de orientar as comunidades sobre como agir. Enquanto a partir das instituições de saúde, as estratégias foram se adaptando conforme as suspeitas e casos iam sendo identificados. Assim, abordo as redes envolvidas nessas identificações, considerando as formas de produção de diagnósticos, as “logísticas” a serem levadas em conta, bem como as categorias elaboradas para medir o que se ia *contar*. De forma que o capítulo se inicia com a proposta de descrever como foi a pandemia em Pauini, situando as estratégias de enfrentamento e tentando dimensionar os períodos de maior ou menor intensidade, para chegar a uma reflexão sobre como uma pandemia pode ser dimensionada, como medir e contar suas histórias.

O segundo Capítulo parte das perguntas que eu fazia, especialmente aos profissionais de saúde e gestão, sobre de “onde” – quem enviava, a partir de que órgão ou instituição, por que meios – recebiam orientações sobre tratamentos para a covid-19, num esforço de entender como eram fundamentadas as decisões sobre quais medicamentos prescrever, indicar, dispensar aos indígenas. As questões partiam também do interesse em pensar sobre a gestão das políticas de saúde, pressupondo que parte dessa gestão envolve o registro das decisões e argumentos que a legitimam. Nesse sentido, vou atrás dos documentos que abordavam as possibilidades de medicamentos para tratamento da covid-19, discutindo os efeitos de suas presenças e ausências na articulação entre o contexto local e nacional. No nível nacional, descrevo as estratégias, ações e omissões do governo, em um negacionismo que promovia “kit covid” e “autonomia médica”. E tento mapear redes que atuaram na produção ou tensionamento da recomendabilidade de determinados medicamentos, que podem ter ajudado a legitimar a consideração e o uso no contexto local.

Enquanto o Capítulo 2 enfatiza recomendações, orientações e documentos, o Capítulo 3 se volta para o contexto local, olhando para os medicamentos, remédios e outras estratégias de cuidado que foram de fato utilizadas nas aldeias Apurinã. Aqui, descrevo as percepções e avaliações sobre os usos de azitromicina, ivermectina e “sintomáticos” – categoria que emerge no contexto político da pandemia. Na medida em que noto que os usos se relacionavam à familiaridade com esses fármacos e às possibilidades de acesso, o Capítulo traz algumas reflexões sobre o lugar dos medicamentos na Saúde Indígena de maneira mais geral. Para além dos medicamentos que chegaram, o cuidado nas aldeias “foi tá usando nosso remédio tradicional”. Por isso, partindo da hipótese que o diálogo com os recursos biomédicos não precisa ser abordado como relações de oposição ou integração entre sistemas pré-definidos, descrevo a articulação entre várias práticas de cuidado. Apresento uma discussão teórico-política sobre o conceito de cuidado, que inspira a compreensão de algumas características do fazer dos remédios Apurinã. Por fim, o Capítulo tentará apreender um pouco da categoria “chás”, suas especificidades e possibilidades de diálogo com contextos de discussões de políticas de públicas. Além de descrever algumas situações etnográficas que contam sobre particularidades relevantes no fazer e na aprendizagem desses chás.

## **1. PARA “ELA” NÃO CHEGAR OU CHEGAR FRACA: AS DIMENSÕES DA PANDEMIA EM PAUINI**

Ao logo da pandemia, diante da nova doença, foram surgindo diferentes estratégias locais para prevenção, ou para evitar os contágios, para além das orientações de cientistas, mídia e órgãos de Governo. Este capítulo apresenta parte das estratégias desenvolvidas em Pauini/AM. As estratégias de prevenção e as formas de cuidado vão sendo influenciadas pelas formas como são avaliados os resultados das ações, seja através da produção de números, seja pelas avaliações das dimensões da pandemia, ou da força do vírus, na vivência cotidiana.

Neste capítulo, apresento as estratégias da Secretaria Municipal de Saúde de Pauini (SEMSA), a forma de organização do Polo Base de Pauini para assistência a covid-19 nas aldeias, bem como o trabalho realizado pelos pajés Apurinã para evitar que a doença chegasse. Além disso, discuto como as tecnologias de diagnóstico usadas pela SEMSA e pelo DSEI, e a produção e divulgação de números a partir delas, afetou as estratégias de prevenção e atenção. Nesse sentido, podemos situar o contexto de Pauini nas denúncias que o movimento indígena apresentou em relação à falta de transparência dos números e a consequente dificuldade de dimensionar os efeitos sobre a população indígena, em um contexto de omissão do governo no combate ao vírus.

### **1.1 Estratégias da Secretaria Municipal de Saúde para evitar a chegada**

Dia 19 de março de 2020, a banda Barões da Pisadinha iria tocar em Pauini, na festa do aniversário de 64 anos da cidade. A cidade estava agitada, todos na expectativa da chegada da banda – talvez a mais tocada na região. O “pessoal do interior” (incluindo indígenas) na cidade, barcos trazendo gente de Boca do Acre, até de Lábrea... Ao mesmo tempo, naquela semana começaram as dúvidas se o show ia mesmo acontecer. Organizada pela Prefeitura (e 2020 era ano de eleição), a festa de aniversário da cidade costuma durar uma semana, com várias atividades (torneios de futebol, vôlei, etc.) além do show principal. As atividades estavam organizadas, algumas foram iniciadas, mas, no fim, não puderam ocorrer. A Promotora de Justiça do Ministério Público Federal (MPF) que atua no Município “embargou a festa” – nos termos que circulavam os comentários na cidade – por causa da situação da pandemia do novo coronavírus. Dia 19 de março de 2020, foi então publicado o Decreto 014/2020, que suspendia as festividades, a partir do considerando:

**CONSIDERANDO** a decisão proferida pelo Juízo da Comarca de Pauini, nos autos do processo nº 0000078-14.2020.8.04.6401, determinado a suspensão das festividades em comemoração do 64º aniversário do Município de Pauini como medida de impedir a proliferação da atual Pandemia por “Coronavírus” (COVID-19). (Pauini, 2020a)

Este era o primeiro de uma sucessão de decretos que organizaram boa parte da gestão da pandemia. Alguns deles circulavam em grupos de Whatsapp da cidade, principalmente os que faziam maiores alterações em relação a restrições de circulação e funcionamento de serviços, e eram comentados nas ruas. Outros tive acesso ao buscar – já sabendo que havia uma sucessão deles – no site Transparência Municipal, mantido pela Associação Amazonense de Municípios<sup>47</sup>.

Em Pauini, todos víamos notícias do país afora sobre a chegada do vírus e as primeiras medidas de contenção, especialmente nas capitais. Mas ficava a dúvida: será que vai chegar em Pauini? Pauini é um Município que, segundo o censo do IBGE em 2022, teria 19.373 pessoas<sup>48</sup>, e uma densidade demográfica de 0,47 habitantes por km<sup>2</sup><sup>49</sup>. A principal via de acesso é fluvial, pelo Rio Purus – não há acesso por via terrestre e a opção aérea nem sempre é acessível<sup>50</sup>. Pauini tem como vizinhos os município de Boca do Acre-AM, a cerca de 270km, e Lábrea-AM, a mais ou menos 600km de rio<sup>51</sup>.

Foi também na semana do aniversário da cidade que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) iniciou atividades voltadas à prevenção a covid-19. Nessa primeira semana, foram apenas “panfletar no porto”, como me lembraram, em entrevista, a Secretária de Saúde e o Coordenador da Vigilância Sanitária. Não havia ainda orientações para o uso de máscaras na cidade e a equipe de saúde não tinha outros equipamentos de proteção individual. Após o

---

<sup>47</sup> ASSOCIAÇÃO AMAZONENSE DE MUNICÍPIOS. Portal de Acesso à Informação e Transparência dos Municípios do Estado do Amazonas. Prefeitura de Pauini: documentos oficiais. Disponível em: <<https://transparenciamunicipalaam.org.br/p/pauini/t/documentos-oficiais>>, acesso em 20/02/2024.

<sup>48</sup> IBGE. Brasil/Amazonas/Pauini. Panorama. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/pauini/panorama>>, acesso em 20/02/2024.

<sup>49</sup> Para uma referência comparativa, Brasília teria uma população estimada de 3,094 milhões e uma densidade de 444,66hab/km<sup>2</sup>, em uma área territorial de 5.760,784 km<sup>2</sup>. A área territorial de Pauini é de 41.624,644 km<sup>2</sup>.

<sup>50</sup> Pauini tem uma pista de pouso para pequenos aviões praticamente no meio da cidade, com condições de funcionamento e localização que visivelmente (a um leigo) não oferecem parâmetros mínimos de segurança – houve casos de acidentes de “atropelamento” por avião nessa pista. Na cidade é comum as pessoas afirmarem que a pista é irregular, o que condiz com as condições observadas e a forma de funcionamento de voos. Há uma empresa que faz voos com certa regularidade, mas em teoria não há venda de passagens individuais, apenas contratos de fretes. Quase todos os voos ocorrem por fretamento da Prefeitura, principalmente para a situações de referência a saúde.

<sup>51</sup> Essas estimativas de distâncias vêm do meu cotidiano de trabalho, em que preciso prever o uso de combustíveis nas embarcações da Funai para os deslocamentos nesses trechos, a partir do número de horas que gastamos e a velocidade média das embarcações. Por exemplo, em uma voadeira motor 90HP, com velocidade média de 50km/h, de Pauini a Lábrea gastamos de 12 a 13 horas. O cálculo também pode ser feito através de medidas em mapas, mas também não é fácil calcular medidas nas inúmeras curvas do Purus.

cancelamento da festa, comecei a ver algumas pessoas com máscaras nas ruas e nas semanas seguintes foi montada uma Comissão para enfrentamento ao covid-19 – coordenada pela SEMSA, com a participação de outras instituições locais, como a representação da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas<sup>52</sup> (FVS), Polícia Militar e, em alguns momentos, a Funai. A CTL Pauini/Funai foi convidada a participar da Comissão principalmente para acompanhar as abordagens e orientações aos indígenas quanto às novas regras de circulação pela cidade e o uso de máscaras. Assim, participamos (o Chefe de CTL e eu) de algumas reuniões e das “rondas”, principalmente nesse começo da gestão da pandemia. Posteriormente nosso foco foi para acompanhamento das ações do Polo Base e entrega de cestas de alimentos nas aldeias.

Na entrevista com a Secretária Municipal de Saúde, da gestão que se encerrou no final de 2020, e o Coordenador da Vigilância Epidemiológica, eles me contaram sobre a construção das estratégias iniciais diante das orientações que recebiam:

Secretária: No início. Esse foi o nosso primeiro mês, em março.

Amanda: Isso foi uma estratégia que vocês criaram?

Secretária: Foi. Foi a estratégia que a gente criou.

Amanda: Teve alguma orientação de cima?

Secretária: Aí começaram a chegar as portarias. Não foi?

Coordenador: Foi.

Secretária: A gente começou a receber portarias...

Amanda: Vocês já tinham começado o trabalho...

Coordenador: ... portaria do Ministério da Saúde, portaria da FVS.

Secretária: De como proceder, de que forma proceder. Foi aí que o [nome do Coordenador] que é mais inteirado de portaria, porque ele não tem preguiça de ler, foi que a gente começou: "olha, o procedimento é esse". E a gente começou a ser paramentado a partir do dia primeiro de abril.

[...]

Coordenador: O Ministério mandava uma portaria, e o estado fazia um decreto. Só que o estado deixava o decreto aberto para o município se adequar segundo a realidade dele. Porque, assim, a realidade de Manaus é uma; Manaus não tem a logística diferenciada que nós temos no interior. O município de Pauini se adequava segundo a realidade. A gente fazia reunião... a gente fazia reunião com a Comissão - a Comissão do covid-, e a gente, nessas reuniões da comissão, adequava o decreto. E esse decreto era realizado em parceria com o jurídico da prefeitura, com a prefeita e com vereadores, com representante da igreja, com representante dos comércios. Você tem que fazer reuniões grandes e discutir os méritos, o que era melhor para a comunidade. E a gente adequava esse decreto segundo a nossa realidade, e aí tem que obedecer ao decreto. (Entrevista, 06/11/2020)

---

<sup>52</sup> A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dr. Rosemary Costa Pinto (FVS/AM) é a estrutura vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM) responsável pela vigilância em saúde, vigilância sanitária, controle de endemias e o LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública) em Manaus. A Fundação possui unidades descentralizadas nos Municípios. Informações disponíveis no site: <<https://www.fvs.am.gov.br>>, acesso em 12/07/2022.



O Decreto nº015/2020 de 20 de março de 2020 foi o primeiro, após a suspensão da festa, a estabelecer a “situação de emergência na saúde pública no Município” e criar o “Comitê Intersetorial para Combate e Prevenção”. Esta seria a Comissão mencionada no trecho de entrevista acima que, embora na legislação tenha previsto a participação do Gabinete do Prefeito, Secretarias de Saúde, Educação, Administração, Assistência Social e Guarda Municipal, na prática funcionou a partir da coordenação da SEMSA e aliados que ela articulava – teve participação da FVS, Polícia Civil e Militar, vereadores, mas não me lembro de ver atuação a Secretaria de Educação, por exemplo. Em alguns momentos, principalmente no início, essa Comissão se reunia e discutia os termos dos próximos decretos, as restrições, as formas de fiscalização e multas. Em outros, as decisões eram da própria SEMSA. O primeiro decreto suspendia eventos e atividades coletivas que promoveriam aglomerações, suspendia as aulas da rede pública de educação, e previa a dispensa de licitação para contratações relacionadas ao enfrentamento da covid. Além de iniciar as estratégias de atuação no porto:

Art. 15. Os operadores portuários e aeroportuários deverão impedir o desembarque e dispersão de passageiros vindos de outros municípios ou Estados, até que se faça presente ao local a autoridade epidemiológica do Município, para que sejam procedidas as vistorias e entrevistas pessoais com os mesmos, inclusive tripulantes, objetivando identificar possíveis casos suspeitos do COVID-19. (Pauini, 2020b)

Mas neste momento não havia casos da doença na cidade e o decreto menciona como “considerando” os números de Rio Branco/AC, de 07 casos confirmados e 89 suspeitos (PAUINI, 2020b). Como mencionado na Introdução, Rio Branco é a capital mais próxima, para onde são encaminhados os casos de saúde que necessitem de atenção secundária e terciária – embora Pauini pertença ao Amazonas, o que implica seguir a legislação e determinadas organizações da gestão desse estado.

Também através de Decretos, o Estado do Amazonas organizava a suspensão ou limitava algumas atividades “não essenciais”, em determinados períodos da pandemia – com mais ou menos restrições – de forma a evitar a circulação de pessoas. Dentre os primeiros Decretos estaduais, o de nº 42.087 de 19 de março de 2020 suspendia o transporte fluvial de passageiros, com exceção de casos de emergência, além de suspender as aulas da rede pública estadual (AMAZONAS, 2020d). Como já sugerido, de forma geral, boa parte da gestão do período pandêmico foi organizada por uma sucessão de decretos que suspendiam ou autorizavam a retomada de determinadas atividades.

De forma semelhante, o Município produzia seus próprios Decretos, adequando a legislação estadual à realidade local. Assim, em duas reuniões da Comissão acima mencionada nas quais participei como representante da Funai (em maio e junho de 2020), uma das pautas da discussão era o que entraria no próximo Decreto: quando deveria ser publicado, quais atividades poderiam ser restringidas, e principalmente o transporte de passageiros e a entrada na cidade, assim como as multas a serem aplicadas aos “infratores”. Acompanhando as reuniões, minha impressão foi de que não se tratava apenas de uma “gestão participativa”, mas uma forma de dar segurança e criar uma certa rede de apoiadores para as decisões da SEMSA diante da nova doença – já que algumas medidas geravam polêmicas e críticas pela cidade.

Dentre as primeiras medidas para evitar a disseminação do vírus, esteve a restrição da entrada de pessoas que não moravam em Pauini. As embarcações (de maior porte, como os barcos) e voos (que são poucos) que chegavam à cidade eram fiscalizados. Durante um período inicial foi proibida qualquer entrada, mas aos poucos percebeu-se que era necessário permitir o “retorno” daqueles que eram moradores da cidade. Como me contou a servidora da SEMSA, que trabalhou nas duas gestões:

Servidora SEMSA: Colocava em um hotel. Mas aí a despesa começou a ficar muito alta, porque vinham muitas gentes e a gente não deixava ninguém de fora, era muito difícil. Quando fechou mesmo, lá em Boca do Acre, as meninas se comunicavam com a coordenadora de lá, aí só liberavam mesmo quem era do município. Acho que passou uns três meses assim, só entrava se fosse do município. Se fosse de outro, não entrava. Chegava no porto, tinha que voltar. Ela [Secretária Municipal de Saúde] não deixava nem subir. Os coordenadores eram bem rígidos mesmo. Foi assim que a gente conseguiu estabilizar os casos, até as transferências diminuíram. Teve que fechar mesmo, não deixar ninguém entrar. (Entrevista, 16/12/2021)

Assim, as primeiras estratégias para prevenção elaboradas pela Comissão eram focadas no porto. Todos que chegavam à cidade eram orientados a ficar em casa isolados por período de sete a quinze dias para observar se surgiriam sintomas – ficavam de “quarentena”, nos termos de Pauini. Como as pessoas nem sempre cumpriam as orientações e era difícil manter o controle, e, a partir de abril, a SEMSA passou a isolar as pessoas que chegavam à cidade em escolas e hotéis, permitindo a saída apenas após a testagem negativa com sete ou quinze dias. Foi também a partir de abril que as equipes de saúde começaram a andar “paramentadas” – usar além das máscaras, aventais, toucas, luvas. Nesse momento inicial, todos que chegavam a Pauini – vindos de outros municípios – eram testados, “quarentenados” e testados novamente para poder circular pela cidade. O foco das ações era evitar que o vírus chegasse ao município. Conforme o Decreto de 23 de abril de 2020:

### I - Às embarcações:

Ficam impedidas de transportar passageiros que não sejam residentes e domiciliados no Município;

Antes de viajar com destino à Pauini, deverão encaminhar à Secretaria de Saúde a relação dos passageiros que serão transportados para que Comitê de Combate ao Coronavírus (COVID-19) realize os estudos e adoções das medidas preventivas necessárias a serem tomadas nas abordagens de chegada da embarcação;

Deverão atentar para o horário de chegada no Município, compreendido entre às 06:00 (seis horas) até às 18:00 (dezoito horas) para facilitar a realização dos procedimentos preventivos pela equipe de saúde;

Durante todo itinerário da viagem, deverão garantir as orientações higiênicas e sanitárias emanadas pela Vigilância Sanitária Municipal, bem como disponibilizar os equipamentos de proteção individual e os produtos de higiene a todos os passageiros;

Na chegada, não poderão ancorar de imediato no Porto Municipal, devendo permanecer na outra margem do Rio para que seja realizada uma avaliação prévia na tripulação e nos passageiros pela equipe de saúde. Nas abordagens de chegada, os passageiros ou tripulantes assintomáticos para a Covid-19, serão submetidos a isolamento social nos pontos de acomodação, sob assistência médica e alimentícia da Secretaria Municipal de Saúde, para que sejam devidamente monitorados pelas equipes de saúde no prazo mínimo de 7 (sete) dias. Após esse prazo, serão liberados do isolamento para suas residências, devendo atentar para as recomendações de isolamento social e restrições de circulação nos espaços públicos.

Nas abordagens de chegada, na hipótese de ser encontrado alguns passageiros sintomático [sic] para Covid-19 na embarcação, os mesmos serão imediatamente encaminhados ao isolamento da área Covid-19, atualmente instalada na Unidade Hospitalar do Município. (Pauini, 2020d)

Na estratégia focada no porto, em evitar a “entrada do vírus”, eram testadas as pessoas que vinham de outras cidades em embarcações maiores (barco, voadeiras, “expresso”<sup>53</sup>), no entanto, quem chegava de canoa, vindo do interior, não passava por esse procedimento. O interior, ou zona rural, compreende todas as comunidades indígenas, ribeirinhas e extrativistas – todos os “seringais”. Sabendo do procedimento de testagem e quarentena na chegada a Pauini, algumas pessoas paravam em comunidades do interior para entrarem na cidade posteriormente de canoa. Além disso, muitas pessoas das comunidades situadas nos limites do município

---

<sup>53</sup> As embarcações conhecidas como “expresso” são lachas particulares com cerca de 30 lugares (cadeiras organizadas de forma semelhante a um ônibus) que fazem o trajeto entre Pauini e Boca do Acre/AM. Permitem que o trajeto seja realizado em um tempo menor do que em um barco, mas são mais pesadas e lentas que uma voadeira. Embora sejam bastante desconfortáveis, para um trajeto que costuma levar entre 9 e 12 horas, as empresas costumam manter uma certa regularidade, agendando os dias da semana que o fazem. Por isso eram uma opção que sempre utilizava para meus deslocamentos particulares indo ou voltando para Pauini/AM, porque os barcos não têm dia certo para as viagens (dependem da organização de cargas, do tempo que gastaram na viagem anterior, etc.) e as voadeiras eram opção apenas para atividades institucionais. Morando em Pauini, surpreendia-me com o fato de não existir nenhuma forma (ou ideia) de transporte público fluvial, e, além disso, as opções de transporte intermunicipal não pareciam passar por uma regulamentação que garantisse segurança e conforto mínimo a quem precisava se deslocar.

circulavam também nos municípios vizinhos, Boca do Acre e Lábrea, os quais não faziam esse tipo de controle de entrada.

Os Decretos limitavam também o funcionamento de estabelecimentos comerciais a “serviços essenciais”, entre os quais estavam inclusos aqueles de alimentação, medicamentos, combustíveis, bancos e lotérica. No entanto, notei pouca mudança em relação ao comércio da cidade, na medida em que a maioria dos estabelecimentos vende produtos diversos, muitas vezes junto a alimentação – em lojas maiores, uma parte da loja é material de construção, a outra alimentos; outras, as vezes menores, tem roupas, artigos de perfumaria, e alimentos. Talvez a principal mudança tenha sido nos bares (distribuidoras de bebidas) e restaurantes que, em alguns momentos, funcionaram apenas através de entregas ou retirada na loja para consumo em casa.

Outra mudança significativa na rotina da cidade foram os “toques de recolher”, proibindo a circulação e permanência em espaços públicos em horários determinados a noite. Era muito comum ouvir nas ruas, “o Decreto agora é que horas mesmo?”. Os horários variavam conforme o período de mais ou menos casos de covid, entre 21h e 6h, 22h e 6h, 00h e 6h, mas eu sempre ficava em dúvida sobre os critérios para determinação dos horários. Na entrevista com a Secretária Municipal de Saúde cheguei a perguntar:

Amanda: Por que meia-noite?

Secretária: Porque eles viram bicho, não é? Eles viram bicho, ficam muito aglomerados. Aglomeração maior é a questão dos bares. A maior aglomeração que a gente tem hoje é a questão dos bares. (Entrevista, 06/11/2020)

Um dos primeiros decretos que abordou esse toque de recolher, descreveu também a aplicação de multas e a forma de recolhimento/apreensão dos veículos (principalmente motos) daqueles que descumprissem:

1º. A condução coercitiva de que trata o presente decreto, consiste na retirada imediata do conduzido do local público onde se encontre e seu transporte até sua residência, ou local onde esteja estabelecido em caráter provisório ou definitivo, com lavratura de boletim de ocorrência, para fins de aplicação da multa de que trata o art. 3º.

§ 2º. A apreensão de veículos, automotores ou não, deverá vigorar, também, até que seja concluída a condução do infrator à sua residência, momento em que o bem lhe será restituído, no estado em que for apreendido, devendo todas as despesas eventualmente verificadas serem suportadas pelo infrator. (Pauini, 2020c)

Assim, além do controle de entrada na cidade, havia as “rondas”, em que uma equipe formada a partir daquela Comissão, com a coordenação da SEMSA e Vigilância<sup>54</sup>, percorria estabelecimentos fiscalizando o uso de máscaras e o cumprimento dos horários de funcionamento das atividades. Durante o dia, as rondas fiscalizavam principalmente o uso de máscaras nesses locais, enquanto a noite, vigiavam os “toques de recolher”, o funcionamento de bares e a realização de festas. As “conduções coercitivas” e “apreensão de veículos” mencionadas acima podiam gerar também a aplicação de multas, cujos valores, que variaram ao longo dos períodos de gestão, eram uma preocupação significativa na cidade, pois podiam gerar impactos significativos na renda das famílias.

As equipes das rondas eram compostas por servidores da SEMSA, FVS, voluntários de outras Secretarias, vereadores, guardas municipais e policiais militares, que circulavam em duas caminhonetes da SEMSA ou da Polícia. A participação da CTL ocorreu nos primeiros meses, com Chefe acompanhando algumas dessa rondas, enquanto eu participei da organização da fila da Lotérica<sup>55</sup>. Comentando essas atividades, a servidora da SEMSA me disse, na entrevista:

Servidora SEMSA: Não, mas foi bem difícil. Principalmente a gente, principalmente nas rondas que a gente fazia. Rondas diárias, eu participei. Desde o início, final, ainda vinha até agora. A gente só faltava apanhar. Inclusive a gente tem que ouvir, às vezes, calada, porque tem o estresse de não poder sair. Aí a gente ia com a polícia, ter que colocar cidadão de bem... "Eu não sou bandido", mas a gente estava fazendo um trabalho. Infelizmente, muitas das vezes, a gente... as pessoas ficam até chateadas, não é? Mas a gente tinha que fazer. Eu acho que o covid, no início mesmo, ele foi bem mapeado, bem trabalhado. A gente seguia bem a critério mesmo.

(...)

Porque lá você não entra em nenhum estabelecimento se não tiver de máscara. Aqui o pessoal resiste muito. Nós, na nossa época, a gente não multou tanto. Mas na época da [ex-Secretaria], ela multou muito. Tem gente que até hoje está pagando. Agora que está saindo. Um dia desses um menino estava dizendo "Ah, tive que pagar não sei quanto ali". Mas tipo assim, já vem antigo. A gente pedia e a gente só multava quando a pessoa era ignorante ou então a gente passava avisando, retornava e o cara ainda estava lá. (Entrevista, 16/12/2021)

O primeiro caso foi identificado foi dia 09 de maio de 2020, mas se tratou de um “caso isolado”, de uma senhora que estava em uma capital fazendo tratamento de saúde e quando

<sup>54</sup> “Vigilância” é a forma como é chamada a equipe municipal da FVS.

<sup>55</sup> Em relação a serviços bancários, Pauini possui apenas uma agência do Bradesco e uma Casa Lotérica – em que é possível acessar alguns serviços da Caixa e Banco do Brasil. Era na Lotérica que as pessoas recebiam o Bolsa Família/Auxílio Brasil, o que gerava muitas filas em determinados dias do mês. Os benefícios da Previdência Social, como aposentadorias rurais e salários maternidade rurais, geravam filas no Bradesco. Dentre as tarefas que a Comissão de instituições que atuavam nas ações de prevenção à covid-19 tinha estava essa organização da fila da Lotérica, evitando que as pessoas ficassem muito próximas umas das outras, e foi sugerido que era importante a presença de alguém da Funai, porque poderiam ter muitos indígenas.

retornou já estava infectada. Ao chegar em Pauini, o caso foi identificado e a pessoa isolada de forma que não teria transmitido para outras pessoas.

Secretária: Acho que foi em maio, não foi? O primeiro caso? Que foi quando a... é, foi em maio. Porque eu queria, eu orava a Deus todos os dias para que a gente conseguisse chegar na segunda quinzena de maio, mas não teve jeito.

Amanda: Mas por que a segunda quinzena especificamente?

Simone: Porque eu queria... nenhum secretário queria ter covid. Ninguém. ... então quando um tinha, já falavam... tinha outro assim... E, assim, a gente não queria que a doença chegasse, porque, até então, era um super elogio.

[...]

Coordenador: ... eram uns três, não era?

Secretária: Era.

Coordenador: Ficamos entre os três [municípios que não tinham casos].

Secretária: Ficamos entre os... dos 60 municípios, só três - que foi Envira, Pauini, e Ipixuna... É. Só que assim, Envira escondeu os casos. Diferente da gente, que quando deu o primeiro caso, disse "não é covid". Eu não queria acreditar que era covid. E esse aqui olhava para mim assim, tipo "te manca que é covid"; "vamos fazer outro teste"; mas a gente nunca...

Coordenador: A gente não escondeu nada...

Secretária: Não escondeu. Todos os casos que deram positivo, nós sempre mantivemos a transparência de ser positivo. Em tudo o que... a primeira conversa que surgiu foi que eu trouxe a mulher com covid para receber um milhão [de reais], não é? É, foi. Tu lembra, não é?

Amanda: Foi você que veio, não é...

Secretária: ...foi importado justamente que era para receber o recurso. Então tinha que morrer, mas... a gente ficou super arrasado. A gente quase entrou em depressão por causa do primeiro caso, não foi?

Coordenador: Verdade.

Secretária: Mas foi um caso isolado porque, por ela mesma não chegou, covid. Não foi ela que fez a transmissão do covid. (Entrevista, 06/11/2020)

No trecho acima, a Secretária conta que fora acusada de trazer casos para o Município para receber recursos ("um milhão"). A Secretaria sofria muitas críticas em relação a imposição de medidas que restringiam a circulação, o funcionamento dos comércios, além das dificuldades de gerir as formas de permitir entrada de pessoas (que podiam trazer o vírus) no porto da cidade. Nesse contexto, as formas como eram identificados, notificados e contabilizados os casos de covid-19 afetavam significativamente as possibilidades de recursos, a viabilidade e avaliação das ações.

## 1.2 Os números de casos no Município

Como a Secretária mencionou, boatos na cidade lançaram dúvidas sobre os primeiros casos, sugerindo que as notificações visavam o aumento de recursos recebidos pela Secretaria

de Saúde. O primeiro caso registrado teria sido esse “isolado”, mas na segunda quinzena de maio começaram mais casos e a transmissão no Município. Os números eram divulgados nos Boletins (figuras abaixo), que eram postados na página do Facebook da SEMSA e nos status de Whatsapp de servidores da Secretaria, além de compartilhados por outras pessoas do Município. No início a divulgação era diária, ao longo do tempo, conforme diminuía os números de novos casos, a divulgação era por vezes interrompida.

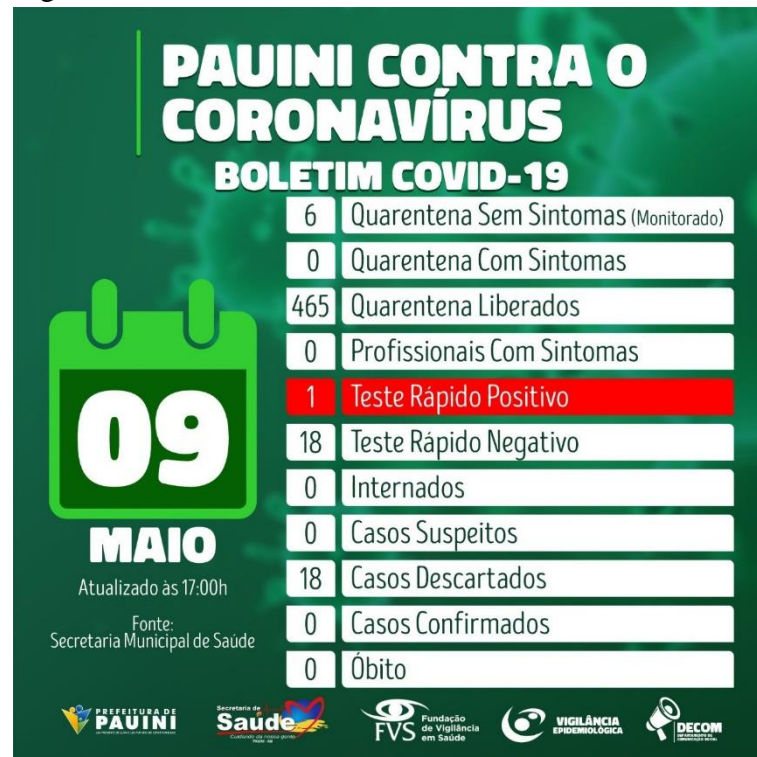
Certo dia, enquanto estava na Secretaria esperando para conversar com a Secretária, presenciei parte do processo de confecção de um Boletim. A Secretária pediu a um servidor as fichas de notificação dos testes (oficiais) de três servidores – que eram as pessoas de referência para reunir as fichas de diferentes espaços de testagem - “cadê as do fulano?”. Reunidas as fichas, contava-se os positivos, negativos e faziam as contas somando em um papel os números daquele dia com os anteriores (alguns ela já sabia de cabeça). Em seguida, entregava o papelzinho para a responsável pela parte gráfica. Os dados divulgados eram cumulativos, sempre somando as informações daquele dia às do dia anterior.

As fichas de notificação, com modelo padrão do Ministério da Saúde<sup>56</sup>, deveriam ser preenchidas pelos profissionais no momento de realização dos testes e enviadas ao e-SUS Notifica em até 24h após identificação do caso.

---

<sup>56</sup> O modelo da ficha de notificação pode ser acessado na página do DataSUS: <[https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Ficha-COVID-19-05\\_10\\_20\\_rev.pdf](https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/Ficha-COVID-19-05_10_20_rev.pdf)>, acesso em 20 de fev. de 2024.

Figura 1 - Boletim COVID-19 SEMSA Pauini 09/05/2020.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook

Figura 2 - Boletim COVID-19 SEMSA Pauini 31/05/2020.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook



Figura 3- Boletim COVID 19 SEMSA Pauini 20/06/2020.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook

Além do aumento do número de casos, nesses três boletins é possível perceber como as categorias de divulgação também foram mudando ao longo do tempo. No primeiro (Figura 01) – o mais antigo que eu tinha arquivado, possivelmente do dia do primeiro caso positivo – era importante mostrar o número de pessoas em “quarentena”, ou seja, aquelas que chegavam na cidade e ficavam em isolamento (seja em hotéis, escolas ou em suas próprias casas) e após um

período eram “liberadas” – quando havia disponibilidade de testes a partir do teste negativo no 7º dia, caso não houvesse, após cerca de quinze dias.

Nota-se que a categoria “casos descartados”, nesse Boletim, coincide com os testes rápidos negativos. Mas a categoria “casos suspeitos” não coincide com o número de “quarentena sem sintomas”. Ou seja, o critério para a quarentena não era ser um “caso suspeito”, mas vir de fora – chegar em Pauini vindo de outra cidade. As três categorias de casos descartados, suspeitos e confirmados, poderiam parecer redundantes em relação aos números de resultados de testes e de quarentenas indicadas. No entanto, sua presença no boletim me parece significativa de um momento em que os processos de diagnóstico e gestão de casos estavam em construção. Um momento em que ainda havia dúvidas se o teste rápido seria suficiente para confirmação de casos e para descartar suspeitos, e até que ponto pessoas sem sintomas podiam ser “suspeitas”.

Na segunda Figura, do dia 31/05/2020, em que ocorre uma mudança no formato de apresentação dos números, os testes rápidos positivos se tornam a primeira categoria em destaque e surge a categoria “curado”, que indica os casos de pessoas que haviam testado positivo e, após um período de tratamento e/ou isolamento, testaram negativo. Neste boletim também aparece o primeiro número de “caso internado”, indicando o primeiro caso que precisou de atendimento hospitalar.

Surge aqui também a categoria “caso confirmado por laboratório”, que posteriormente deixou de aparecer, provavelmente por não ser possível esse tipo de confirmação no Município – não havia laboratórios com a tecnologia para esse tipo de testagem e a logística para encaminhar para Manaus não era viável. Possivelmente essa seria uma explicação do termo “caso confirmado” que aparecia anteriormente nos boletins divergindo de teste rápido positivo. A partir deste boletim, some também a categoria casos descartados, possivelmente reconhecendo a coincidência com teste rápido negativo.

Nota-se também o aumento das observações em relação aos casos positivos, com as indicações do número de profissionais infectados e os casos da “zona rural” e indígenas, sugerindo o começo da preocupação em localizar onde estariam os casos. Os números de indígenas normalmente eram indicados pelo Polo Base, que realizava testes nas aldeias e informava a SEMSA para que fossem lançados no e-SUS e no Boletim. Como detalhado a seguir, as vezes havia conflitos nessa comunicação. Em alguns momentos, o Polo enviou os casos para o DSEI lançar no sistema ao invés do Município, em outros, decidiu-se o repasse para a SEMSA. A observação no fim da Figura 3 nos indica esses conflitos.

A preocupação em localizar os casos aparece mais explícita no terceiro exemplo, Figura 03, de 20/06/20, data em que os boletins começam a mostrar o número de casos entre Zona Urbana e Rural, com os nomes dos bairros e comunidades, além das categorias profissionais.

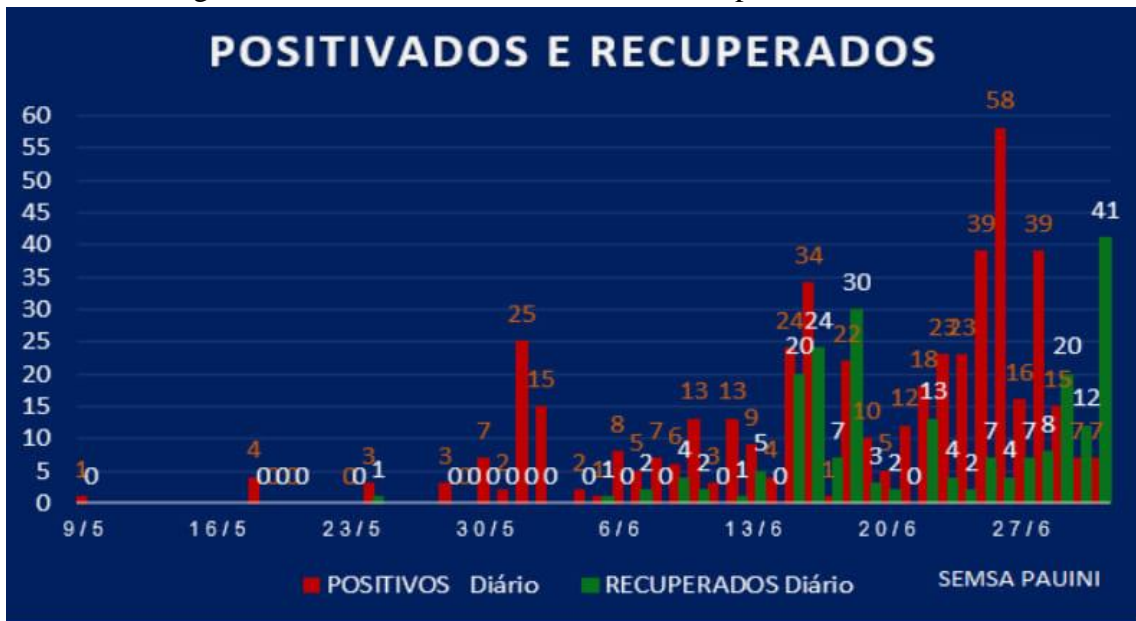
As categorias “quarentena sem sintomas” e “com sintomas” deixam de aparecer e surgem “quarentena (monitorado)” e “isolamento (monitorado)”, uma distinção que não consegui ler com precisão. Suspeito que “quarentena” sejam as pessoas com sintomas e “isolamento” aquelas que ficavam isoladas por chegar de outras cidades. Além disso, os “casos suspeitos”, tornam-se “casos suspeitos monitorados”, o que também é difícil de interpretar, minha hipótese é que seriam casos que, embora o teste fosse negativo, apresentavam sintomas que poderiam indicar que com o tempo seriam positivos. Não consegui conversar, na época, com os responsáveis, para entender as categorias, e elas mudavam logo.

Nessa terceira Figura, aparece também o primeiro registro de óbitos. Em relação a esses números, é importante ressaltar que o número de óbitos no Boletim nem sempre representava precisamente o número e a data de falecimento de pauinienses. Muitas vezes, os óbitos ocorriam após a transferência para Rio Branco/AC, o que tornava um pouco confusa a forma de notificação. O hospital em Rio Branco precisava notificar o óbito no sistema, ao mesmo tempo, por se tratar de uma pessoa de Pauini, a SEMSA precisava reconhecer/informar como óbito do Município – situação semelhante ao que ocorreu na relação com a Saúde Indígena, como veremos a seguir. Como exemplo, na divulgação do boletim de 25/11/2020, na postagem do Facebook, em que o número de óbitos sobe de 04 para 06, aparece na descrição da foto a explicação “02 óbitos adicionados após averiguação para notificação. Ocorridos em Rio Branco/AC nos dias 01/06/2020 e 15/10/2020”<sup>57</sup>. Não tenho certeza se todos os óbitos que ocorreram em Rio Branco passaram por essa “averiguação” e entraram nos Boletins de Pauini.

---

<sup>57</sup> SEMSA Pauini. Atualização de Dados em 25/11/2020. Pauini, 25 de nov. de 2020. Facebook: SEMSA Pauini. Disponível em: <<https://www.facebook.com/semsapauini/photos/pb.100069297756009.-2207520000..187634882996962/?type=3>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

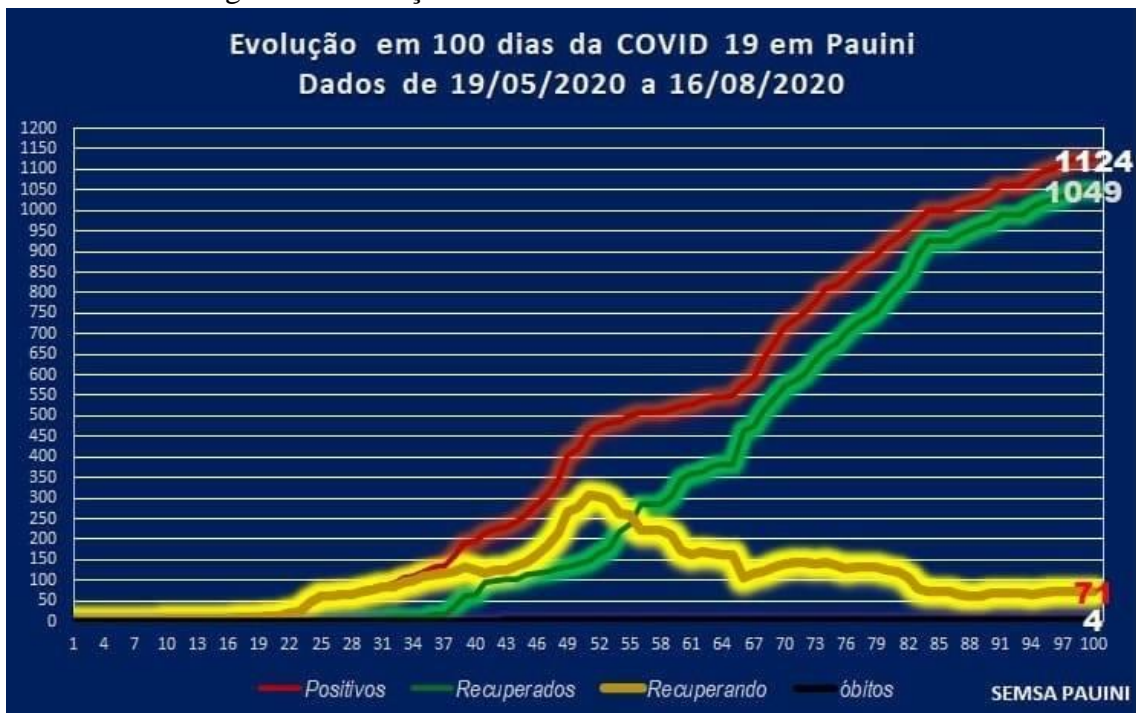
Figura 4 - Gráfico Casos Positivados e Recuperados em Pauini.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook

Este gráfico, produzido pela SEMSA (sem autoria determinada), divulgado em sua página de Facebook, mostra uma síntese da evolução dos números de casos nesse primeiro período. Há outros gráficos semelhantes na página, sendo o último de agosto de 2020:

Figura 5 - Evolução em 200 dias da COVID 19 em Pauini.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook

O maior crescimento no número de casos, nesse primeiro momento da pandemia, esteve entre junho e julho de 2020. Nos três primeiros meses (entre maio e agosto) foram 1124 casos, como mostrado no gráfico acima. No mês seguinte, em 16 de setembro, havia 1316 casos, um aumento de 192 casos (Boletim de setembro a seguir). Já entre 01 de outubro e 01 de novembro, o aumento foi de 61 casos.

Figura 6 - Boletim COVID-19 Pauini 16/09/2020.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook

Figura 7 - Boletim COVID-19 Pauini 01/10/2020.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook

Figura 8 - Boletim COVID-19 Pauini 03/11/2020.



Fonte: Página SEMSA Pauini no Facebook

Nota-se que em outubro os boletins não têm mais a categoria “quarentena liberado”, mostrando que o processo de “deixar de quarentena” aqueles que chegavam ao município já não ocorria mais. Além disso, a categoria “caso internado”, passou a se dividir entre “caso internado teste rápido” e “caso internado por clínica médica”, o que sugere que se passou a identificar (e precisar divulgar) casos que, embora tivessem os sintomas característicos e demandassem internação, não eram detectados nos testes rápidos.

Em setembro o crescimento no número de casos teve uma desacelerada, que se seguiu em outubro e novembro. Período em que também eram realizados menos testes. Durante as campanhas para as eleições de 15 de novembro de 2020, houve comícios, passeatas, “motociatas”, e eventos com grande número de pessoas. Nesse período, a maioria das pessoas na cidade parou de usar máscaras. Em entrevista em 06 de novembro daquele ano:

Secretária: Todos os bares, mandar fechar... hoje, nesse período eleitoral, ninguém consegue nem dizer oi para ninguém, porque já está dizendo que está pedindo voto, ou que está querendo brigar por causa de voto... eu estou pensando agora, após a eleição, se permanecesse um número de aumento ou internações, a gente vai fechar os bares novamente, como Manaus fez. Fechar os bares, cancelar as festas, e o pessoal acha que a gente não está fechando o cerco por conta da oposição política, por questão de governo. Ninguém hoje pensa mais no COVID igual ao início. Ninguém.

[...]

Amanda: E o plano agora, nesse momento... porque eu estou sentindo isso, que agora parece que ninguém lembra mais do COVID, porque a gente usa máscara...

Secretária: o plano agora, vou ser bem sincera, a gente está esperando a política acabar para a gente começar uma nova intensificação das áreas e, conforme o aumento de casos, nós vamos voltar com um decreto mais rígido, mais rigoroso. Porque a cura é só depois da vacina. (Entrevista, 06/11/2020)

Havia uma sensação no ar de que o “COVID já tinha passado”, principalmente com a ideia de que muita gente já tinha pegado e a suposição de que essas pessoas já teriam desenvolvido uma imunidade. Em meu caderno de campo, há observações de que eu era umas das poucas pessoas a insistir em trabalhar de máscara e, ainda assim, em novembro eu já não usava da maneira correta, com os mesmos cuidados do início.

O marco do início do que ficou conhecida como “segunda onda”, para mim, ocorreu no final de novembro de 2020, quando uma atividade que envolvia reuniões (sobre outras situações relacionadas a Saúde Indígena), em uma aldeia, com uma equipe do DSEI, teve que ser interrompida ao encontrarmos dois casos positivos. A partir daí, de volta à cidade, realizamos reuniões com a equipe de saúde para reprogramar atividades considerando a segunda onda.

Essa onda, foi a que culminaria no colapso do sistema de saúde do Estado do Amazonas, especialmente na capital Manaus no início de 2021. Como lembra o Relatório Final da CPI Pandemia (BRASIL, 2021a), entre abril e maio de 2020, na primeira onda, os sistemas de saúde em Manaus já teriam tido dificuldades para lidar com o aumento do número de casos, com os leitos de UTI chegando a quase sua capacidade total e o sistema funerário em colapso, levando



a utilização de valas comuns<sup>58</sup>. Essas notícias eram vistas de Pauini, causando medo diante da comparação do sistema de saúde da capital com a pequena estrutura da cidade do interior.

Ainda segundo o Relatório, dados da FVS demonstravam um aumento na média de internações em Manaus desde setembro. Em 23 de dezembro de 2020, com grande ocupação de leitos de UTI e número de casos crescendo, o governo estadual editou o Decreto nº 43.234, estabelecendo medidas restritivas nas festividades de fim de ano. Após manifestações de comerciantes no centro da cidade (com apoio de políticos bolsonaristas), o decreto foi revogado em 27/12/2020, apesar de os casos e internações seguirem em crescimento. O Decreto voltaria a vigorar em 02/01/2021 a partir de uma decisão judicial (SENADO FEDERAL, 2021, p.262).

Em 27 de dezembro de 2020, as hospitalizações haviam dobrado em relação à semana anterior, e em 03 de janeiro de 2021, quando o MS enviou uma equipe a Manaus, novamente as internações haviam dobrado. Segundo o Relatório, nas oito primeiras semanas de janeiro foram 113.732 casos e 5.506 óbitos no Amazonas (SENADO FEDERAL, 2021, p.265-266). Olhando os dados dos boletins diários da FVS, entre 01 de janeiro 2021 e 16 de fevereiro de 2021, o número de mortes aumentou em 4.805, indo de 5.295 a 10.100 (praticamente dobrou, aumento de quase 91%). Em 31/12/2020 o número total de óbitos era de 5.285, enquanto em 24/02/2021, o número cresceu para 10.642 – mais que dobrou, ou seja, o número de mortes nesses primeiros dias de 2021 foi maior do que o ano de 2020 todo.

O colapso do sistema de saúde da capital apresentou cenas muito tristes, divulgadas na mídia, com relatos de acompanhantes de pacientes e profissionais de saúde que indicavam a falta de oxigênio para os tratamentos dos pacientes nos hospitais. Nos dias 14 e 15 de janeiro de 2021, faltou o insumo para pacientes internados, causando mortes e desespero entre famílias que tentavam adquirir cilindros a qualquer custo<sup>59</sup>. Um mês depois a situação ainda não estava totalmente controlada, com a demanda por oxigênio muito acima da média<sup>60</sup>. Houve mobilizações em diversas partes do país, entre artistas e empresas, para enviar ajuda a Manaus.

---

<sup>58</sup> Notícias de abril de 2020 já indicavam alta no número de óbitos em Manaus na primeira onda da pandemia: PREFEITURA de Manaus faz valas comuns em cemitério para enterrar vítimas de coronavírus. **G1**. Amazonas. 21 de abr. de 2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/21/prefeitura-de-manaus-faz-valas-comuns-em-cemiterio-para-enterrar-vitimas-de-coronavirus-veja-video.ghtml>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

OLIVEIRA, R. Em colapso pelo coronavírus, Manaus enterra 1.249 em duas semanas e já teme falta de caixões. **O Globo**. 25 de abr. de 2020. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/em-colapso-pelo-coronavirus-manaus-enterra-1249-em-duas-semanas-ja-teme-falta-de-caixoes-24388568>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

<sup>59</sup> HÁ UM ANO, Manaus enfrentava caos por falta de oxigênio nos hospitais; veja fotos. **G1**. Amazonas. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/ha-um-ano-manaus-enfrentava-caos-por-falta-de-oxigenio-nos-hospitais-veja-fotos.ghtml>. Acesso em 12 de jul de 2022.

<sup>60</sup> CRISE do oxigênio: Um mês após colapso em hospitais, Manaus ainda depende de doação do insumo. **G1**. Amazonas. 14 de abr. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/14/crise-do->

Em janeiro de 2021, também foi identificada a existência de uma nova variante em Manaus, que estaria em circulação desde novembro, com características mais infecciosas<sup>61</sup>. No entanto, a explosão de casos provavelmente foi relacionada a vários fatores, não sendo possível afirmar a nova variante como causa.

Não consigo dimensionar com precisão os efeitos em Pauini da crise no sistema de saúde em Manaus, considerando que boa parte dos encaminhamentos são para Rio Branco/AC. No entanto, não coincidentemente, esse foi o pior período da pandemia em Pauini/AM, com o maior número de óbitos e uma percepção geral de que quem pegava tinha sintomas mais graves.

---

oxigenio-um-mes-apos-colapso-em-hospitais-manaus-ainda-depnde-de-doacoes-do-insumo.ghtml>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

<sup>61</sup> Segundo Relatório da CPI da Pandemia (SENADO FEDERAL, 2021, pag. 265) e notícias na imprensa: BBC NEWS BRASIL. Covid em Manaus: nova variante pode estar por trás de caos no Amazonas, dizem pesquisadores. 15 de jan. de 2021. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55677738>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

MOTA, C. Variante do coronavírus: Por que o Japão descobriu antes do Brasil a linhagem do vírus vinda de Manaus. **BBC News Brasil**. São Paulo. 26 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55760161>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

Figura 9 - Boletim COVID-19 Pauini 30/12/2020.



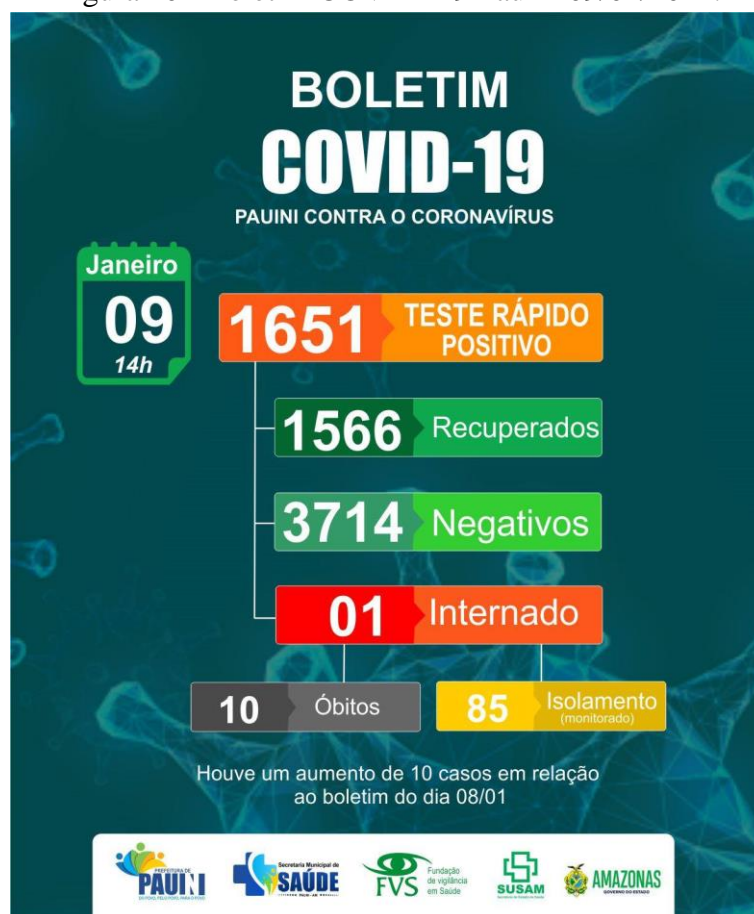
Fonte: Facebook SEMSA Pauini

O Boletim acima foi o último publicado na página da gestão da Prefeitura que se encerrou em 2020. Nota-se uma redução das categorias de divulgação, somem os números de “quarentena (monitorado)”, “profissionais com sintomas”, “caso confirmado por laboratório”, que deixam de fazer sentido naquele momento – já que há um tempo não havia mais as “quarentenas” com isolamento em locais determinados pela Prefeitura; os “sintomas” dos profissionais não pareciam mais tão preocupantes quanto os confirmados por testes; e não se

tinha mais a expectativa de que seria possível confirmar diagnósticos laboratorialmente. Ao mesmo tempo em que surge a categoria “positivado/curado IgG”, indicando casos de pessoas que testaram positivo para IgG, sem necessariamente ter tido um teste IgG e IgM anterior – para entrarem como teste positivo e depois teste curado<sup>62</sup>.

Em 2021, após as eleições de 2020, houve uma mudança na gestão municipal. O primeiro Boletim na nova página do Facebook apareceu assim:

Figura 10 - Boletim COVID -19 Pauini 09/01/2021.



Fonte: Página do Facebook da SEMSA Pauini-AM

Neste Boletim, há uma redução significativa das categorias, em que o número de “Isolamento” é o saldo entre “teste rápido positivo” e “Recuperados”, indicando as pessoas que naquele momento estariam em tratamento (e possivelmente transmitindo o vírus). Nesse momento, o teste rápido era única forma de identificação de casos e indicação de isolamento.

<sup>62</sup> Os testes rápidos sorológicos usados em Pauini, na maior parte do período pandemia, indicavam IgG e IgM. O IgM seriam anticorpos do momento em que a infecção está ativa e seu corpo está reagindo ao vírus, enquanto o IgG seriam anticorpos de “memória” indicando que seu corpo já lidou com a doença. Assim, se o teste dava o resultado positivo apenas para IgG, a pessoa era liberada, como já curada. As características dos testes serão discutidas na seção seguinte (1.3).

Nessa conta, o número de óbitos não está contabilizado entre os “teste rápido positivo”, possivelmente por algum erro de cálculo. A partir de 15 de janeiro, o boletim ganha um novo formato, abaixo, em que surge a categoria “suspeito” e “número de casos nas últimas 24 horas”. Este modelo permanece até o final de 2021, e no ano seguinte começa-se a utilizar um novo layout<sup>63</sup>.

Figura 11 - Boletim COVID -19 Pauini 27/03/2021.



Fonte: Página do Facebook da SEMSA Pauini-AM

Entre janeiro e março de 2021 houve um significativo aumento no número de casos, internações e óbitos. No final de março, o número de óbitos era maior do que todo o ano de 2020. O período coincide com o colapso do sistema de saúde de Manaus e a possibilidade de circulação da nova variante. Naquele momento, a capital do estado do Acre também se aproximava do colapso, segundo reportagens da época, operando com a média de 90% dos leitos de UTI ocupados entre janeiro e março, aproximando-se da possibilidade de falta de

<sup>63</sup> O novo layout apresenta mudanças nas cores e na disposição das caixinhas, diferenciando mais a nova gestão. As categorias permaneceram quase as mesmas, com o acréscimo da categoria “notificados” que consiste na soma dos números de “confirmados” e “descartados” – ou seja, corresponderia ao número total de testes realizados.

oxigênio<sup>64</sup>. Segundo profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, em entrevistas no final de 2021, este foi um dos piores momentos para Pauini:

Enfermeira SEMSA: Mas tudo que pôde ser feito, eu acredito que tenha sido. Uma das situações que me deixou muito triste foi o fato de Rio Branco fechar as portas e não receber os nossos pacientes. A gente perdeu muita gente por conta disso. (Entrevista, 18/11/2021)

Servidora SEMSA: ...aí os outros óbitos por covid só vieram acontecer no município quando o Acre fechou mesmo, que não recebia mais. Aí aconteceram aqui.

Amanda: Aqueles no início do ano, não é?

Servidora: Isso, foi. Aí morreram. Mas a maioria dos óbitos por covid, quando estava ruim, era do estado do Acre. (Entrevista, 16/12/2021)

Nesse período o DSEI Alto Rio Purus doou dois concentradores de oxigênio para o Hospital de Pauini e apoiou o transporte de cilindros de oxigênio através de helicópteros. Dentre as pessoas que faleceram nesse período, muitos eram figuras conhecidas na cidade (comerciantes, profissionais de saúde), gerando grande comoção. Logo que assumiram, o novo Prefeito e Vice-prefeito tiveram covid-19 e foram internados em Hospitais de capitais<sup>65</sup>.

Na nova gestão, o primeiro Decreto relacionado à covid-19 (disponível na página Transparência Municipal), Decreto nº 039/2021, de 11 de janeiro de 2021, suspende a concessão de licenças para realização de eventos. No final de janeiro, no Decreto nº 68/2020 de 31 de janeiro de 2021, é reformulado o Comitê Gestor de Crise Municipal de Saúde Pública, indicando novos profissionais para composição, além de redefinir os horários de restrição de circulação de pessoas.

Nessa nova gestão, é possível encontrar no site todos os decretos que se sucederam, normalmente com validade de 15 dias, quando eram reavaliados, alterados ou prorrogados. Em geral, eles focam nas restrições de realização de eventos com grande número de pessoas, no funcionamento de comércios (especialmente bares) e nos “toques de recolher”, principalmente nos momentos de maior número de casos. Nos primeiros momentos, também implicam em fiscalizações (e multas) em relação ao uso de máscaras, além das rondas noturnas.

No dia 25 de janeiro de 2021, chegou o primeiro lote de vacinas na cidade. Acompanhei representantes do movimento indígena e profissionais da Saúde Indígena, até o porto onde

---

<sup>64</sup> RODRIGUES, I. Pacientes ficam até 4 horas em ambulâncias em busca de leito covid em Rio Branco: ‘vivemos um caos’. **G1**. Rio Branco/AC. 17 de mar. De 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2021/03/17/pacientes-ficam-ate-4-horas-em-ambulancia-em-busca-de-leito-covid-em-rio-branco-vivemos-um-caos.ghtml>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

<sup>65</sup> Não tenho certeza sobre a informação de onde foram internados. O Prefeito tinha residência também em Manaus, foi internado lá e houve rumores de que teria sido transferido para São Paulo. O vice-prefeito é de Pauini e ficou internado em Rio Branco.

chegou o primeiro o lote, trazido por um avião que pousou no Rio Purus. Junto a profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, registramos o momento simbólico. Como a vacinação no país foi realizada a partir de critérios de priorização, devido a número insuficiente de vacinas adquiridas pelo Governo, esse primeiro lote foi destinado a profissionais de saúde, idosos em instituições, pessoas com deficiência e indígenas aldeados. Em evento simbólico, as primeiras pessoas vacinadas foram três profissionais de saúde do município e três profissionais indígenas da Saúde Indígena.

Figura 12 - Chegada do primeiro lote de vacinas em Pauini.



Fonte: Facebook SEMSA

Após o difícil período do início de 2021, a partir de abril/maio o crescimento do número de casos começa a diminuir, coincidindo com a vacinação. Quando, em dezembro de 2021, ninguém mais usava máscaras em Pauini, o Secretário Municipal de Saúde e uma servidora da Secretaria me falaram sobre os receios de outra onda com a variante ômicron, bem como das novas orientações de testagem, em que qualquer pessoa com sintomas e seus familiares, além de todos que são atendidos no hospital, deveriam ser testados.

Secretário: Mas nós estava mais ou menos com uns quatro meses ou até mais sem ter um caso positivo.

Servidora: Acho que é mais, acho que desde julho que a gente não tem nenhum caso positivo.

Com a vacina, houve também uma mudança no tipo de teste utilizado. Durante todo o primeiro ano da pandemia, em Pauini – tanto no município como na Saúde Indígena – trabalhou-se com o teste rápido sorológico, que detectava anticorpos. A partir da chegada da vacina, mudou-se para o teste rápido de antígeno (com swab nasal).

Amanda: E por que que mudou o tipo de teste? Vocês que escolheram?

Servidora: Não, foi o Ministério da Saúde mesmo. Porque com a vacina, a gente cria anticorpos. Aí o de anticorpos agora não serve mais, porque com a vacina... o swab não, ele é preciso.

Secretário: Quando tu toma a vacina, tu pode fazer o teste que vai dar positivo. Esse anterior que tinha. Você está recebendo o vírus no teu corpo. Então agora esse é swab, que faz no nariz. (Entrevista 16/12/2021)

Nas mudanças das categorias de divulgação dos números nos boletins, vimos como os entendimentos sobre a doença e as estratégias de ação foram mudando ao longo do tempo. Esse processo de classificação está intimamente relacionado a produção dos números, do que se propõe que eles meçam (MARICATO; RITCHER, 2021), e às histórias que esses números vão contar. A forma como os diagnósticos eram construídos e as tecnologias que os viabilizavam, nos diferentes períodos da pandemia, eram elementos importantes para a categorização e mensuração das dimensões da pandemia.

### 1.3 As tecnologias de diagnóstico

O padrão ouro para o diagnóstico da covid-19 seria o teste RT-PCR (Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction, ou Reação em Cadeia da Polimerase com Transcrição Reversa), que verificaria a presença de material genético do vírus, sendo considerado um teste de elevada sensibilidade e especificidade (BRASIL, 2020d). Conforme publicação da ANVISA: “Os testes de RT-PCR (padrão ouro) e de antígenos têm **função diagnóstica**, sendo o teste definitivo segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)” (ANVISA, 2020, p.4, grifo meu). São realizados a partir da coleta de secreções respiratórias, por meio de swabs de nasofaringe (nariz), enviadas para análise em laboratórios clínicos. Os resultados podem levar alguns dias, a depender do laboratório e da intensidade da demanda.

Pauini não possui laboratórios com condições para realizar estes testes. Para que fosse possível a utilização desse tipo de testagem, após ser coletado o material teria que ser enviado o para Manaus<sup>66</sup>. E no começo da pandemia no Brasil, os laboratórios do país estavam sobrecarregados. Assim, todas as ações em relação à covid em Pauini foram orientadas a partir da tecnologia da testagem rápida – inclusive as da Saúde Indígena.

---

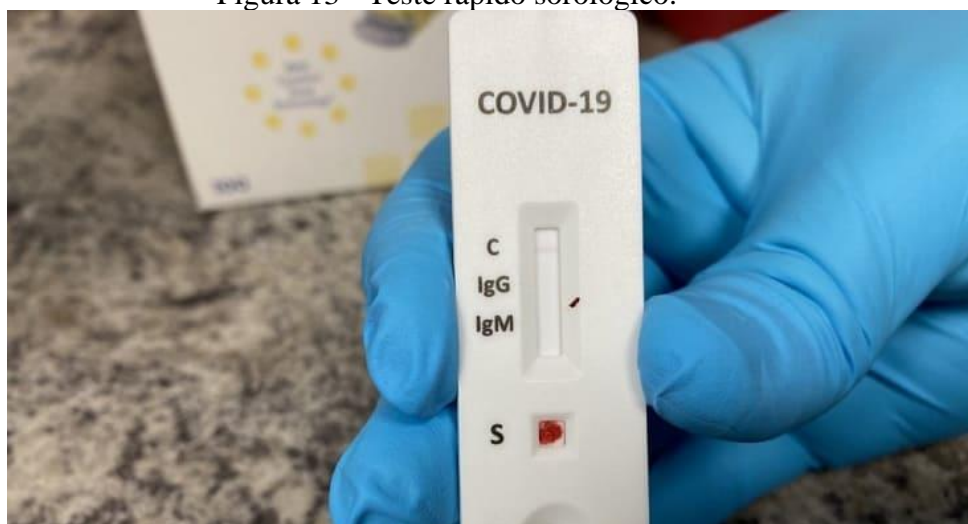
<sup>66</sup> De Pauini a Manaus, de barco, gasta-se em média sete dias. Outra opção é ir até Boca do Acre pelo Rio, pegar estrada até Rio Branco, em que há um aeroporto, para voo para Manaus. Não há opção de voo de Pauini para Manaus, os aviões de pequeno porte que pousam em Pauini só fazem o trajeto até Rio Branco. A exceção são casos como o do avião que trouxe a vacina, aviões do tipo que pousam na água e têm condições de voar distâncias maiores.



Os testes rápidos sorológicos, utilizados aqui em 2020 e início de 2021, detectavam anticorpos produzidos pelo corpo a partir do contágio, de forma que sua realização era indicada a partir do oitavo dia de sintomas – que seria o período mínimo, a partir do dia da infecção, para que o corpo tenha produzido anticorpos suficientes para o teste detectar. A utilização antes desse período poderia produzir um falso negativo.

Uma gotinha de sangue era colocada na “plaquinha” (Figura 13), com uma a três gotas do reagente. O resultado ficava pronto entre 10 e 30 minutos (dependendo da marca). Em termos técnicos, o teste funcionaria por imunocromatografia – a geração de cor a partir da reação química entre antígeno e anticorpo. Um resultado positivo indicava que a pessoa havia produzido anticorpos a partir de um contato anterior (recente, em recuperação ou já recuperado) com vírus, pois seu corpo produziu anticorpos. No caso de um teste negativo, a depender da sensibilidade/especificidade do teste e se a carga imunológica desenvolvida pela pessoa for baixa, poderia ocorrer um falso negativo (ANVISA, 2020).

Figura 13 - Teste rápido sorológico.



Fonte: Campos, 2020.

Há dois tipos desse teste, o que indica IgG e IgM separadamente e o que indica as duas formas de anticorpo juntos. Pelo que os profissionais de saúde e gestores de Pauini/AM me explicavam, enquanto lidávamos com esses testes, IgM seriam anticorpos do momento em que a infecção está ativa e seu corpo está reagindo ao vírus, enquanto o IgG seriam anticorpos de “memória” indicando que seu corpo já lidou com a doença. Assim, se o teste dava o resultado positivo apenas para IgG, a pessoa era liberada, como já curada. Caso o positivo fosse IgM, considerava-se que a pessoa ainda estava em fase de transmissão, sendo orientada a permanecer isolada. No primeiro momento da pandemia em Pauini, no primeiro mês, foi utilizado o teste

que não separava os tipos de anticorpos, apenas posteriormente passou-se a utilizar o que indicava IgM e IgG.

Na entrevista com a Secretária Municipal de Saúde e o Coordenador da Vigilância Epidemiológica (gestão até 2020), contaram-me sobre as decisões em relação a com qual tecnologia trabalhar:

Secretária: ... um burburinho, assim, porque os secretários não queriam aceitar porque... **até então o teste rápido não é protocolo para diagnóstico. É suspeita. Tem que ter a contraprova.** Mas a FVS... tem a portaria da FVS dizendo que não, que todo teste rápido positivo, se considerava a doença.

Amanda: E essa escolha por trabalhar com o diagnóstico pelo teste rápido veio com essa portaria? Ou vocês já tinham...

Coordenador: É porque assim, o LACEN, que é o laboratório central de Manaus, estava com a demanda tão grande que tinha dia que eles passavam o dia fazendo exame e ainda ficava 1.800 testes de sorologia para realizar naquele dia...

Amanda: Aí daqui teria que mandar para Manaus...

Coordenador: ... aí eles, em parceria com a FVS, não é, [nome da Secretária]?

Secretária: Sim.

Coordenador: **Montaram uma portaria** e enviaram para os municípios. E foi dizendo o que a [Secretária] falou agora, **que o teste rápido serviria para diagnóstico do covid. E tinha que notificar.** Testou a fulana, deu positivo, tinha que notificar. Notificação compulsória 24 horas, tinha que enviar. Entendeu?

Amanda: E o teste, vocês que adquiriram aqui? Vocês escolheram uma marca, alguma coisa? Como que foi?

Secretária: A gente escolheu uma marca, que essa marca é a que era usada por poucos secretários, que é o que dá o IgG e o IgM, porque nenhum secretário queria que desse...

Amanda: Não queriam...

Secretária: ...exatamente. Então a gente resolveu comprar um bem melhor, mais caro, mas que tu sabias se tu tinhas pego... não era só positivo ou negativo. Sabia se tinha positivo, mas positivo curado, ou negativo.

Amanda: Foram vocês que pensaram nessa escolha?

Secretária: Foi. A gente mandou pedir, porque tinha essa opção de IgG e IgM. Tanto que muitos municípios compraram só positivo e o negativo. Porque muitas pessoas que a gente testou, acho que 30% da população que a gente testou, já estava dando curado, ou seja, pegaram a doença e se curaram. Então já não entra no boletim como positivo, já entra como curado.

Coordenador: Como curado. (Entrevista, 06/11/2020, grifo meu)

No início havia dúvidas sobre quanto tempo de isolamento era necessário. Um caso significativo foi o da equipe do Polo Base que, em maio de 2020, precisou interromper uma viagem, quando boa parte da equipe iniciou sintomas de uma gripe forte, em um barco com quatorze profissionais no Purus de Cima<sup>67</sup>. Retornando à cidade, a SEMSA testou a equipe e

<sup>67</sup> Normalmente, as “entradas de área” das equipes do Polo, quando havia barcos em condições para realizar viagens, costumavam ser organizadas em duas “viagens grandes”, uma para atender todas as aldeias do Purus de Baixo e outra para o Purus de Cima – com a equipe formada por um médico, um ou dois enfermeiros, dois ou mais

doze pessoas estavam positivas para covid-19. Todos foram isolados em um hotel. Nessa viagem, além dos atendimentos de rotina, a equipe deveria fazer orientações sobre formas de prevenção a covid, e havia a orientação de trabalhar utilizando máscaras, mas naquele momento não havia outros EPIs <sup>68</sup> e tampouco testes na Saúde Indígena. Quando essa equipe “saiu para área” não havia casos em Pauini e estávamos ainda naquele momento de dúvida se “ela ia chegar”. O retorno da equipe à cidade foi um dos primeiros aumentos significativos dos números nos Boletins (começo de junho de 2020).

A equipe isolada no hotel era testada semanalmente, para ver a possibilidade de liberação. No entanto, três profissionais ficaram 21 dias isolados, porque os testes continuavam sendo positivos. Foi necessária intervenção do DSEI, para que a SEMSA liberasse os profissionais do Polo. A SEMSA argumentava que não poderia liberar pessoas com resultado positivo (IgM), enquanto o DSEI defendia que havia um limite de dias para o isolamento, após 14 dias não haveria mais risco de transmissão.

Outra dúvida desse período inicial, considerando a tecnologia de testagem que tínhamos, era se, após voltar das aldeias, deveríamos ficar um período em isolamento. Na primeira viagem que acompanhei a equipe de saúde, ao retornar, ficamos uma semana isoladas na minha casa. A própria SEMSA exigia que os profissionais ficassem isolados, dando suporte com alimentação e hospedagem, caso necessário. Após os meses iniciais, isso deixou de ser uma exigência. Nas outras viagens, deixamos de fazer isolamento posterior, não por uma segurança de que não era necessário e mais pela quantidade insuficiente de profissionais para continuidade das ações.

Antes de todas as viagens (da Funai, Polo e OPIAJ) éramos testadas, com o teste rápido. Eu gostava de lembrar às colegas que era importante considerar a janela imunológica, que o teste detectava uma infecção de no mínimo uns oito dias atrás, não garantindo que não havia uma contaminação mais recente. Alguns profissionais, mesmo sabendo como funcionava o teste, às vezes utilizavam o resultado negativo como garantia de não estarem contaminados, “Não tô com covid não, fiz teste hoje”. Afirmações desse tipo foram comuns, e nem sempre se tratava de ignorância sobre a forma de funcionamento dos testes ou de má-fé. Aqueles testes eram o que a gente tinha – a única forma de afirmar alguma coisa.

---

técnicos de enfermagem, dois ou mais agentes de endemias, um dentista e uma auxiliar em saúde bucal, além dos barqueiros. Mas o número de profissionais não é tão grande, quando essa equipe de quatorze ficou isolada, restaram apenas cinco profissionais em atividade no Polo.

<sup>68</sup> No Polo e na SEMSA, passamos a chamar apenas EPI (equipamento de proteção individual) o conjunto de vestimentas que “paramentavam” os profissionais: avental ou macacão, luvas, toucas e máscaras.

Ao longo da pandemia a recomendação de isolamento foi sendo redefinida. No primeiro ano, teve orientações de 14 dias de isolamento; dez dias com retestagem (considerando o tempo de produção de anticorpos); sete dias com retestagem... As mudanças tinham a ver tanto com “descobertas” divulgadas acerca dos períodos de transmissão, como com a organização da gestão e disponibilidades de testes. Em janeiro de 2022, por exemplo, o MS reduziu o tempo de isolamento recomendado para sete dias – a pessoa poderia sair (voltar a trabalhar) se estivesse sem sintomas mesmo sem testagem. Caso a pessoa não estivesse com sintomas no quinto dia, poderia sair do isolamento após testagem. Se houvesse teste positivo no sétimo dia de sintomas, a pessoa deveria permanecer isolada até o décimo – e sair mesmo sem teste quando terminassem os sintomas. Na época em que houve a mudança, saíram várias reportagens com orientações diante das dúvidas sobre como deveria ser o isolamento<sup>69</sup>.

Em relação à testagem, na entrevista com a servidora da SEMSA, ela me explicou que normalmente a Secretaria orientava suas ações pelas Notas Técnicas da FVS, que podiam ser encontradas no site da Fundação. Sobre a utilização dos testes rápidos na saúde pública, encontrei no site da FVS duas Notas Técnicas Conjuntas FVS/SUSAM: a primeira delas publicada em 16 de abril de 2020 (AMAZONAS, 2020); e a segunda foi publicada em 07 de julho de 2020 (AMAZONAS, 2020).

A primeira (de 16/04/20) revoga a Nota Técnica nº11/2020 SEAASC/SUSAM publicada no dia anterior. Nesta, recomenda-se a realização de testes rápidos em pacientes que apresentem sintomas da covid-19 e a obrigatoriedade de confirmação do teste rápido pelo LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública. A revogação do dia seguinte, altera a Nota nesses dois pontos, recomendando que fossem testados pacientes internados, acima de 60 anos e com comorbidades, e não menciona a necessidade de confirmação pelo LACEN. Minha hipótese é que essa mudança pode ter sido relacionada à percepção de que a quantidade de testes era insuficiente para testagem geral, bem como à grande demanda gerada para o Laboratório.

As Notas Técnicas apresentam textos em um formato semelhante, apresentam “considerandos” sobre a situação da pandemia em geral, para em seguida apresentar as “recomendações”. Nas recomendações, eram descritas as formas de funcionamento do teste

---

<sup>69</sup>PORTO, Douglas. Ministério da Saúde reduz quarentena para sete dias em casos leves de covid-19. **CNN Brasil**. São Paulo. 10 de jan. de 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ministerio-da-saude-reduz-quarentena-para-sete-dias-em-casos-leves-de-covid-19/>>. Acesso em 12 de jul de 2022.  
ESTÁ com covid? Veja quanto tempo ficar em isolamento. **G1**. 07 de jun de 2022. Disponível em:<<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/06/07/covid-isolamento.ghtml>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

rápido; a recomendação de que fossem utilizados a partir do 8º dia de sintomas; quais os pacientes deveriam ser testados; e como deveriam ser a notificação dos testes.

Além das alterações em relação à Nota de 15 de abril mencionadas acima, a Nota Técnica nº 14/2020 – SEAASC/SUSAM/FVS, de 16 de abril de 2020, destaca, em relação ao uso dos testes rápidos, que:

6. Resultados não reativos não excluem a possibilidade de infecção por SARS-CoV-2 e resultados positivos não podem ser usados como evidência absoluta de COVID-19, entretanto deve-se relaciona [sic] com a clínica do pacientes. (Amazonas, 2020 b)

A Nota Técnica Conjunta nº 25/2020 FVS/SUSAM, de 07 de julho de 2020, mais detalhada, após os considerandos, afirma que os diagnósticos de covid-19 podem ser confirmados de duas formas: 1) critério laboratorial: através de RT-PCR (molecular) e imunológico (teste rápido); 2) critério clínico-epidemiológico, que consideraria o histórico de contato da pessoa com sintomas. Em seguida a Nota descreve o RT-PCR como padrão ouro que deve ser usado no diagnóstico em pacientes hospitalizados ou casos sintomáticos suspeitos até o 7º dia de sintoma. O teste rápido é descrito como uma ferramenta de “auxílio no diagnóstico”, repetindo a mesma afirmação da citação acima.

Ao abordar a triagem de sintomas respiratórios em pacientes em pré-operatórios não relacionados à covid-19, a Nota destaca que

a indicação de testes rápidos para identificar pacientes assintomáticos transmissores não está indicada, porque a presença de anticorpos não implica que o paciente seja carreador [sic] de SARS-CoV-2 e dessa forma não é capaz de identificar carreadores [sic] assintomáticos. (Amazonas, 2020 c)

A Nota Técnica da FVS tem a mesma afirmação presente nas orientações do MS sobre a acurácia dos testes (BRASIL, 2020), sugerindo que a função dos testes rápidos poderia ser o “rastreamento de contatos”; “vigilância sorológica”; e “a identificação de quem já teve contato e, portanto, pode (se houver imunidade protetora) ser imune” (AMAZONAS, 2020c, p.3; BRASIL, 2020, p.17). Ou seja, todos os documentos reconhecem que o teste rápido não tem função diagnóstica.

Na prática, em Pauini, eles foram usados para diagnóstico, durante todo 2020 e início de 2021. A partir da vacinação é que, como me contaram a Servidora e o Secretário da SEMSA, houve a mudança do teste rápido de anticorpos (sorológico) para o teste de antígeno (swab nasal). Em termos formais, a FVS publicou a Nota Técnica nº 26, de 28/02/2021 (AMAZONAS, 2021), revogando as notas anteriores sobre os testes e recomendando que os

testes rápidos de anticorpos não fossem mais utilizados com finalidade diagnóstica, considerando o avançar do processo de vacinação.

O teste rápido para detecção de antígeno detectaria uma proteína do vírus em uma amostra de secreção nasofaríngea, devendo ser realizado entre o 2º e 7º dias de sintomas (AMAZONAS, 2021). A partir do segundo ano de pandemia, a SEMSA e o DSEI começaram a adquirir esse tipo de testes – que no começo não chegava em Pauini. A Nota Técnica nº 26/2021 recomendava que, na ausência dos testes RT-PCR e rápido para antígeno, o diagnóstico poderia ser feito por critério clínico-epidemiológico.

O critério clínico-epidemiológico, que considera a avaliação do quadro clínico pelo profissional de saúde e o histórico de contato que a pessoa teve, era uma opção de diagnóstico (formalmente) desde as primeiras recomendações. No entanto, na prática, não o vi sendo muito utilizado em Pauini para estabelecer a afirmação de “um caso”, no máximo para indicar a realização posterior de testes ou até prescrição e medicamentos para os sintomas, sem chamar de covid-19. Um possível diagnóstico clínico não gerava notificação.

Nesse contexto, especialmente no primeiro ano com os testes de anticorpos, e considerando que nem sempre as quantidades de testes disponíveis eram suficientes para atendimento à demanda, tornou-se muito comum ouvir pessoas afirmando que tiveram – tiveram sintomas, sintomas fortes – mas “não deu no teste”. Quase como um “autodiagnóstico clínico” – com o qual alguns profissionais de saúde até concordariam, mas manteriam a recomendação do teste.

#### **1.4 O timing da covid nas aldeias**

Em maio de 2020, foi notificado o primeiro caso confirmado em uma indígena Apurinã de Pauini. Uma mulher jovem (16 anos) que estava no final da gestação, com uma pneumonia forte, foi transferida para o hospital de Rio Branco, onde foi confirmada a contaminação por covid-19. Poucos dias após o parto, ela veio a óbito – sua bebê não teve complicações e ficou com a família.

Quase toda a equipe do Polo estava “quarentenada”<sup>70</sup>, havia apenas duas enfermeiras e três técnicas em atividade. Um enfermeiro e uma técnica foram enviados para monitorar as aldeias próximas a dessa indígena, para investigar o histórico de contato das famílias e se havia outras pessoas com sintomas. Enquanto os outros profissionais se organizaram para atender

---

<sup>70</sup> A equipe de quatorze profissionais, já mencionada, que estava em uma viagem para o Purus de Cima, retornou com todos positivos.

outras aldeias em que começavam a ocorrer relatos de pessoas com sintomas. Nesse momento, com o número baixo de profissionais atuando no Polo, a Funai e a OPIAJ passaram a compor as equipes, tentando articulações também com o Município, para atender as demandas e propor o isolamento nas aldeias que tivessem casos positivos.

O enfermeiro e a técnica que foram monitorar as aldeias Boa União, Vera Cruz, Xamakery e Jagunço II (aldeias do Alto [Purus] – mais próximas a Boca do Acre), onde foram confirmados os primeiros casos, encontraram outras pessoas sintomáticas. No início, tínhamos poucos testes e os EPIs eram insuficientes. Não era possível testar todos os sintomáticos e muitos indígenas já haviam melhorado quando a equipe chegava. “Então a gente perdeu o *timing* do covid no Alto, o *timing* do covid foi mais ou menos no início de maio, final de abril [de 2020]”, disse-me o enfermeiro.

O enfermeiro contou que foram para a aldeia com apenas um teste, que havia sobrado depois de testarem toda a equipe, e os materiais básicos que tinham no polo, como luvas, máscaras e toucas.

Enfermeiro: [...] a gente não tinha aqueles capotes...

Técnica: E, tipo assim, uma doença nova, uma coisa que você sabia que precisava de um equipamento.

Enfermeiro: Então é como eu falava para [nome da técnica], aquela roupa era efeito mais psicológico para nós, para nós se sentir protegido porque uma contaminação mesmo se tivesse mais gente contaminado na época a gente teria pego, com certeza. Mas a sorte que eu creio é que a maioria lá já estava com o período já de não transmissibilidade mais... (Entrevista, 19/07/2020)

Realizaram o único teste que tinham na irmã do marido da indígena que faleceu e o resultado foi positivo. Enquanto a técnica permaneceu na aldeia, o enfermeiro, junto ao responsável técnico do Polo, seguiu em uma voadeira subindo o Purus para Boca do Acre/AM, para buscar os primeiros materiais que chegavam do DSEI especificamente para a covid (por volta de 26 de maio de 2020). Trouxeram as duas primeiras caixas, com cinquenta testes rápido, além de álcool, hipoclorito, medicamentos e outra voadeira.

Os materiais chegavam aos poucos, e situações semelhantes aconteceram em outras aldeias, quando a equipe chegava ouvia relatos de “gripes” muito fortes de pessoas que já haviam melhorado. Além disso, quando havia pessoas sintomáticas, com poucos dias de sintomas, em que o teste rápido não detectaria o caso positivo, era preciso voltar uma semana depois, o que com a equipe reduzida ficava bem difícil. Ou seja, o número real de casos e o número de diagnósticos podem ter “timings” diferentes, considerando a tecnologia do teste rápido, a quantidade disponível de testes e a logística de acesso às aldeias.

Minha primeira viagem de monitoramento da covid foi nesse momento em que grande parte dos profissionais do Polo estavam quarentenados; o enfermeiro e a técnica monitoravam as aldeias do Alto que começaram a apresentar casos; e era necessário atender as outras que relatavam sintomas, especialmente aquelas em que a equipe que testou positivo havia passado. Acompanhei uma enfermeira, uma técnica, e a secretária executiva da OPIAJ, com o barqueiro da Funai, para o atendimento às aldeias do igarapé Tacaquiri (Cachoeira e São José do Tacaquiri) entre o final de maio e início de junho de 2020.

Fomos primeiro para Cachoeira, aldeia mais acima no igarapé, para posteriormente atender o São José, em uma viagem organizada para três dias. Chegando na Cachoeira muitas pessoas sintomáticas. Realizamos testes em uma pessoa em cada casa da parte principal da aldeia (cerca de nove casas), dois resultados positivos. Era provável que houvesse outros casos, mas muitas pessoas estavam com poucos dias de sintomas, de forma que o teste rápido não detectaria. A enfermeira prescreveu medicamentos para tratamento dos sintomas e decidimos passar os três dias naquela aldeia, deixando o atendimento do São José para outra viagem. Tínhamos levado apenas dezesseis testes, utilizado mais da metade na Cachoeira, e a aldeia São José tem cerca de duzentos moradores. A representante da OPIAJ e eu ligamos, ainda na Cachoeira, para a coordenadora do DSEI informando a decisão de não continuar a viagem, descrevendo as condições e questionando a falta de equipamentos e testes para continuidade dos trabalhos.

Essa viagem estava ocorrendo no verão, época em que o Igarapé está muito seco, fomos de voadeira até um trecho e continuamos a subida de canoa com motor de popa. Na volta, após três dias, com o nível da água ainda mais baixo, tivemos que descer com um motosserra para conseguir passar por alguns trechos. Até o começo do inverno, essas aldeias de alto dos Igarapés tornam-se de “difícil acesso”. Embora o retorno na Cachoeira devesse ser feito uma semana depois, demorou meses e teve que ser realizado de helicóptero<sup>71</sup>.

Quando chegamos na aldeia, uma técnica de enfermagem indígena daquela aldeia (que trabalha no Polo Base) já estava lá. Ela tinha ido para a aldeia porque havia sido informada que sua avó, uma senhora de mais de cem anos, não estava bem, com tosse, catarro, fraqueza, desmaio.

---

<sup>71</sup> Essa foi uma das questões tratadas com a Coordenadora na ligação realizada, que acabou gerando desdobramentos. Posteriormente, quando o número de casos já não era tão crescente, o DSEI concluiu a licitação para contratação de horas/voo de helicóptero para deslocamento às aldeias de difícil acesso. O retorno à aldeia Cachoeira e o atendimento à aldeia São José demorou cerca de dois meses. Mais uma vez, o *timing* da covid era perdido, sendo que para além das dificuldades logísticas de acesso, o número de profissionais também era insuficiente.



Amanda: Mas você foi como profissional ou você foi por sua conta?  
 Técnica: Eu fui por minha conta própria porque quando ligaram para mim, falaram que minha vozinha estava muito mal... e aí eu fui por conta própria, comprei um medicamento, levei complexo B, levei coquetel, levei vitamina C, Paracetamol, Multigrip, Benegripe, tudo que for de gripe, um xarope. Levei, passei na [nome de uma enfermeira], pedi umas orientações para caso eu chegasse lá e minha vó estivesse cansada, o que eu poderia aplicar nela... (Entrevista, 01/02/2022)

Após a nossa ida, a técnica continuou na aldeia cuidando de seus parentes:

Técnica: Muito mesmo, tinha muita gente que estava já melhor, se recuperando, ela fez e não deu, mas depois que vocês retornaram, aí eu fui, mesmo doente cuidando dos pacientes, eram 23 pacientes, doente e cuidando. Quando a fraqueza tomava conta do meu corpo eu me deitava, quando ela passava, melhorava mais, aí eu me levantava, a mamãe tem um tacho e eu colocava folha de [planta B, planta Y, planta A, planta X], dentro de um vaso e colocava para ferver, ali era aquele lambedor que a gente fazia, eu tirava o chá, jogava a folha, jogava um pouco de açúcar e fazia aquele lambedor, tirava o líquido, dava para tomar o líquido e levava um lambedor para dar para as pessoas que estavam tossindo, e falaram que [planta A], porque tem muita vitamina C, [planta A] é muito bom, só que é fervido, aí tira um bocado da resistência. Eu cuidei, passei o tempo todinho cuidando. (Entrevista, 01/02/2022)

A técnica indígena combinou várias estratégias e remédios para o cuidado – assunto que será retomado no Capítulo 3. Pelo seu relato, podemos perceber o *timing* da Saúde Indígena não acompanhou o da covid-19 e tampouco o necessário para o cuidado.

Enquanto estávamos nessa aldeia, atendemos casa por casa, mapeando os sintomáticos e realizando testes naqueles que tinham dias de sintoma compatíveis com o teste rápido (uma pessoa por casa) – principalmente porque tínhamos poucos testes, como mencionado acima. Além disso eram feitas orientações sobre a necessidade de isolamento social como forma de prevenção. De fato, a senhora Apurinã de mais de cem anos foi um dos testes positivos, mas quando realizamos o teste ela já estava se recuperando, segundo familiares o pior momento já havia passado.

Técnica: Estava uma semana que a gente estava cuidando dela lá, e ninguém usava máscara, nós todo mundo da aldeia teve contato, a gente não tinha um equipamento para utilizar, também ninguém sabia. Quando a [enfermeira] falou que tinha que ser uma pessoa para cuidar dela e tinha que ser com máscara, podia deixar ela sozinha, falei assim: “não vou fazer isso não, porque se nós temos de pegar está todo mundo contaminado, todo mundo teve contato com ela, não tem mais como cuidar”. (Entrevista, 01/02/2022)

Conversando com lideranças da comunidade a partir dessas orientações de isolar casos suspeitos e positivos, fomos questionadas em relação ao sentido de realizar isolamento na aldeia. A maioria dos moradores são familiares, parentes próximos, que costumam frequentar

as casas uns dos outros cotidianamente, realizar trabalhos em conjunto, e as crianças circulam o tempo todo... Não fazia sentido. Além disso, argumentavam “até agora estávamos todos juntos, se um tiver os outros também estão”, eram poucas as pessoas que não haviam apresentado sintomas ou tido contato próximo com quem estava positivo. Ou seja, os diagnósticos estavam atrasados, seja pela demora para o atendimento, seja pelo tipo de teste, além da quantidade de testes ser insuficiente. Assim, era difícil defender as orientações, embora não tivéssemos outra opção do que fazer/dizer. Diante das insatisfações das lideranças, tivemos que insistir que era a única forma de tentar evitar que mais pessoas pegassem.

Ao final da viagem, foram notificados apenas dois casos positivos, apesar da percepção de que mais pessoas poderiam ter tido e “não deu no teste”. Ainda que o diagnóstico clínico pudesse ser uma opção, não gerava notificação – no máximo uma indicação para teste.

Outra situação que também ocorria nessa relação com o teste rápido, relacionava-se ao fato de nem sempre as pessoas conseguiam contar exatamente o dia de início dos sintomas – não havia o costume de marcar e contar dias. As pessoas procuravam o profissional de saúde dizendo o que sentiam naquele momento, alguns com maior ou menor precisão sobre há quantos dias estavam se sentindo mal. Em situações com poucos testes, o profissional tinha que avaliar e pensar formas de definir como priorizar quem deveria ser testado. Percebi que, com o passar do tempo, ao se apropriarem do funcionamento dos testes e serviços de saúde, as pessoas passaram a calcular o que deveriam dizer para os profissionais caso quisessem ou não fazer testes. Outro risco gerado no trabalho com teste rápido era que muitas vezes um teste negativo era entendido como ausência do vírus, ou indicador de que poderiam ser reduzidos os cuidados preventivos.

### **1.5 A organização das ações da Saúde Indígena em Pauini**

De forma geral, o trabalho relacionado à covid pela Saúde Indígena, na prevenção, testagem e monitoramento nas aldeias de Pauini foi realizado pelo Polo Base. Desde março de 2020, as equipes foram orientadas a trabalhar com ações de “conscientização”. Nas aldeias, orientavam os parentes a evitarem a cidade, explicavam as causas e sintomas da doença e formas de contágio. Na cidade, fizeram também algumas atividades de “panfletagem” no porto, orientando o uso de máscaras e higienização das mãos.

No período da pandemia, o Polo atuou em viagens com equipes menores do que de costume (apenas enfermeira e técnica em enfermagem, ou médica e técnica, no máximo as três), em voadeiras – viagens mais rápidas. O que se relacionou não apenas à falta de embarcações

maiores<sup>72</sup> e ao fato de haver poucos profissionais para muita demanda, mas também a estratégias para evitar a disseminação do vírus – levando menos pessoas, evitando o pernoite na aldeia, quando possível (indo e voltado no mesmo dia), e quando necessário dormindo em casas separadas dos moradores.

Conforme chegavam relatos de sintomas em uma aldeia, a pequena equipe era organizada para realizar o monitoramento. Atendiam os sintomáticos, realizavam testes e orientavam o isolamento. Nas aldeias que tinham muitos casos positivos, um profissional (técnico e/ou enfermeiro) ficava na aldeia acompanhando o tratamento dos sintomáticos e realizando testes. A orientação era de que os indígenas só fossem transferidos para a cidade caso os sintomas se agravassem com dificuldade respiratória. A maioria dos casos foi tratada nas próprias aldeias, o que posteriormente foi avaliado como positivo pelo movimento indígena, pelo Polo e pelos próprios parentes. O entendimento foi de que o isolamento hospitalar não era bom para o tratamento. Enquanto isolada em uma casa específica na aldeia, a pessoa ainda podia ver os parentes de longe, recebia comida e remédios na porta, o que era importante para recuperação.

A OPIAJ, junto a outros parceiros do movimento indígena e ONGs, conseguiu doações de álcool em gel, máscaras e EPIs – inclusive para ceder para o Polo Base – e kits de pesca. A Funai/CTL Pauini, além desse trabalho de articulação local, atuou também na entrega de cestas de alimentos para apoiar a permanência dos indígenas nas aldeias.

A iniciativa do movimento indígena também permitiu a construção de duas UAPIs – Unidades de Atenção Primária Indígenas –, uma no Purus de Cima, na aldeia Boa União e outra no Purus de Baixo, na Kakory II, ambas as aldeias escolhidas por sua localização estratégica que permitiria o atendimento a um número maior de aldeias próximas. A construção das UAPIs foi articulada a partir de parcerias, considerando o entendimento de que, quando possível, era interessante realizar os tratamentos nas próprias aldeias, ao invés de levar para a cidade. A Confederação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) estava com um projeto que permitia a aquisição de equipamentos para atendimentos a pacientes de covid-19 nas aldeias. A COIAB mandaria os equipamentos, como o concentrador de oxigênio e um gerador para energia. As organizações indígenas locais, junto às comunidades, articulariam a construção das casas (de madeira) ou a reforma de espaços que a comunidade já tinha. O DSEI, além de apoiar as construções, manteria equipes para os atendimentos.

---

<sup>72</sup> A logística da região é sempre um desafio para o Polo que não tinha barcos em bom estado de funcionamento pelo menos desde que cheguei em Pauini (2018). Quando me mudei da cidade (2023), o DSEI estava planejando viagens a partir de contratos de fretamento de embarcações.

Figura 14 - UAPI Aldeia Kakory II



Fonte: Autoria própria

As UAPIs da aldeia Kakory II e da aldeia Boa União puderam ser inauguradas em outubro de 2020. Nesse momento, a “primeira onda” já havia passado. Assim, as casas não concentraram um grande número de atendimentos a pacientes de covid-19, mas se tornaram espaços de referência para os atendimentos das equipes de saúde, seja para os atendimentos da própria aldeia, ou para deixar equipamentos e alojar a equipe, que se deslocava para atender as aldeias do entorno – a maioria das aldeias não possui um espaço específico para os atendimentos de saúde, que precisam ser realizados em escolas, casas de reunião, ou nas casas das famílias.

Além disso, a Saúde Indígena também enfrentou dificuldades em relação a organização de materiais e logística para os trabalhos:

Profissional da gestão do DSEI: Então o que a gente fez? Quando começou mesmo a gente sentou e viu assim, de tudo que está faltando no distrito, está faltando muita coisa? O que é mais importante para a gente trabalhar covid, então foi medicamento e EPI, porque a gente estava sem. Até a parte de logística a gente conseguia parcerias independente do município, não tem o barco para entrar, mas consegue um barco da prefeitura, tipo ali da organização, alguém ajuda, mas sem EPI e medicamento a gente não conseguia fazer nada. Então aí a gente focou: EPI, medicamento, teste rápido, a gente foi um dos primeiros distritos a fazer aquisição de testes rápidos para poder dar para as equipes para a gente identificar o que era. (Entrevista, 24/02/2022)

Profissional da gestão do Polo: A gente estava sem motores. A gente contou muito no início com vocês, com a própria Funai, com a OPIAJ. Depois a gente recebeu quatro motores de 40 HP, e dois motores de 60 [HP], e um motor de 13 HP. (Entrevista, 20/11/2020)

Em relação a evolução dos números de casos identificados pela Saúde Indígena, em 2022, após entrevista com uma profissional do DSEI Médio Purus, solicitei que me enviassem dados com números de casos de Pauini<sup>73</sup>. Recebi, por e-mail, a tabela a seguir:

Figura 15 - Série histórica de evolução dos casos no Polo Base Pauini

Série histórica de evolução dos casos de covid -19, no Polo Base de Saúde Indígenas de Pauini, de 2020 a 2022.														
Evolução clínica	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20	jan/21	fev/21	dez/21	jan/22	fev/22	mar/22
Cura	8	102	46	35	3	6	6	23	6	7	0	9	80	0
Descartado	13	42	32	44	4	4	5	17	10	20	1	100	80	7
Óbito COVID-19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Casos	22	144	78	79	7	10	11	40	16	27	1	109	160	7

Fonte: Comunicação pessoal, e-mail do DSEI Alto Rio Purus recebido pela autora.

Recebi esses dados em uma planilha de Excel. Não se trata de um Boletim, ou meio de divulgação oficial, mas uma tabela que, possivelmente, foi produzida para responder ao meu e-mail que pedia “informações para pesquisa antropológica” sobre:

Evolução dos números de casos de covid-19 entre os indígenas atendidos pelo Distrito. Não sei como esses dados estão registrados no DSEI, por isso espero boletins, gráficos de períodos, ou outros documentos que possam mostrar os números ao longo do tempo, no formato que o Distrito tiver/puder disponibilizar. O objetivo é ter informações que permitam identificar os períodos de maior e menor contaminação, especialmente em Pauini. (e-mail enviado ao DSEI, 26/04/2022)

Na planilha, a ausência de alguns meses indica a inexistência de registro de casos. É interessante a escolha por apresentar números de “cura”, ao invés de números de casos positivos. A cura não era objeto de notificação, normalmente era presumida passado determinado número de dias se o caso não evoluía para internação ou óbito. Em algumas aldeias, quando a equipe permanecia e havia disponibilidade de testes, realizava-se testes para liberar do isolamento, mas essa não era a regra geral – funcionou apenas em alguns momentos, especialmente no início, na maior parte do tempo as orientações eram de liberação após um

<sup>73</sup> No site da SESAI é possível acessar Boletins Epidemiológicos diários. No entanto, os dados apresentados nesses Boletins são do somatório das categorias: suspeitos; confirmados; descartados; infectados; recuperados; e óbitos, de todos os distritos do país. O Boletim apresenta também os números separados de cada DSEI, mas não há informações sobre cada Polo. Por isso, a necessidade de consultar o DSEI Alto Rio Purus para ter os números de Pauini.

número x de dias. A princípio, ao identificar o mês da cura, a tabela não nos indicaria o mês de contaminação. No entanto, considerando o contexto e os momentos que lembro de maior número de casos, minha primeira leitura leva-me ao entendimento da categoria “cura” como identificação de caso positivo naquele mês.

Outra dúvida na leitura surgiu em relação ao fato de o “total de casos” ser a soma das categorias acima, incluindo “cura”, “óbitos”, e inclusive “descartados”. Diante das dúvidas, enviei outro e-mail perguntando e tive a seguinte resposta:

O "total de casos" que nos referimos é o quantitativo de casos suspeitos testados, por isso os "descartados" entraram nesse total. Em relação à categoria "cura" ela se refere aos casos de testes positivos que receberam alta clínica e foram a cura no mês de referência. (comunicação por e-mail DSEI, 11 de mai. de 2022)

Ainda assim, durante minha atuação acompanhando a equipe de saúde nas aldeias, não me lembro de ver notificação de alta clínica que permitiria identificar a data (ou mês) da cura. Continuei com a leitura de que se tratavam dos casos positivos identificados.

A questão dos “descartados” contarem dentre o total de casos, continuou me parecendo curiosa. Ao olhar, por exemplo, para o boom de casos em fevereiro de 2022, em que se somam oitenta casos de cura e oitenta descartados, fiquei bastante surpresa, por não me lembrar desse momento de intensificação da pandemia em Pauini. Diante dessa percepção, enquanto trabalhava na escrita deste texto, em julho de 2022, fui até o Polo Base, que ficava do lado da minha casa, e perguntei para uma técnica se eles tinham lá o registro dos números daquele ano. Ela disse que tinham sim, e, muito solícita, disse que, assim que o enfermeiro chegasse, pediria para ele me enviar. Compartilhei com ela a minha dúvida diante dos números que o DSEI havia enviado, comentando que não tinha percebido tantos casos em fevereiro daquele ano. Ela disse que tinha tido muitos mesmo, especialmente entre profissionais (alguns que chegaram de férias em outras cidades). Mas que realmente não achava que era o período de maior número de casos desde 2020.

O enfermeiro não entrou em contato, e ao lembrá-lo alguns dias depois pessoalmente, disse que a técnica tinha pedido sim, mas ele acabou esquecendo de me mandar. Expliquei o meu pedido, contando a surpresa com os números, e ele reafirmou que tinham os números sim e depois me passava. Reforcei o pedido por Whatsapp, por onde ele me respondeu:

Indígenas:

05 casos em Janeiro

70 casos em Fevereiro

02 casos em Julho

Profissionais

01 caso em Janeiro  
 12 casos em Fevereiro  
 01 caso em Junho (mensagens de Whatsapp, 27/07/2022)

Os números diferem um pouco do apresentado pelo DSEI, mas indicam realmente um aumento em fevereiro de 2022, sendo que o enfermeiro não se preocupou em enviar os números de “descartados”, apresentando apenas os números de casos positivos.

Considerando que o Polo enviava as informações dos testes realizados para a SEMSA, para divulgação no boletim, podemos também comparar os dados divulgados pelo Município e os da Tabela do DSEI: no dia 30 de junho de 2020, por exemplo, o Boletim informa 107 casos em aldeias (acumulado de maio e junho); enquanto pela Tabela somamos 110 casos. Os testes realizados pelo Polo eram informados a SEMSA para composição do Boletim e, em alguns momentos, para encaminhamento da notificação. O que não aconteceu sem alguma tensão, havia discussões se o DSEI quem deveria informar o sistema ou o Município.

Médica [do Polo Base]: ...sobre isso. Que o distrito estava querendo... é porque assim, eu, pessoalmente, não me envolvo muito nessas discussões de documento com o distrito. Eu fico bem afastada, deixo realmente para o [nome do responsável técnico] resolver, eu nem entro no meio. Mas eu fiquei sabendo que logo no início teve uma discussãozinha. Por que que o município estava jogando os nossos números positivos no boletim diário deles? Mas foi levantado na época que quem estava dando suporte de teste rápido, de EPI, era o município, para a gente. Mas aí não sei o que foi que resolveram.

Amanda: Eu também não sei direito como é o sistema de notificação, se era o distrito direto...

Médica: Mas o certo, certo, não pode, não...

Amanda: ...ou era para o município...

Médica: Ah, não, assim: o nosso, da nossa população, tem que ser para Rio Branco, para o distrito. Porque a gente é responsabilidade do distrito. Se for seguir o fluxo correto é: polo base de Pauini notifica distrito, DSEI Alto Rio Purus, DSEI Alto Rio Purus notifica o Ministério da Saúde, Brasília. Esse é o fluxo correto. (Entrevista, 23/12/2021)

De todo modo, o objetivo aqui não é comparar formas de divulgação dos dados no sentido de avaliar qual a mais correta. Embora seja possível perceber que a forma como os números são divulgados/acessados nos diz algo sobre sua produção e os aspectos que se quer enfatizar. De qualquer forma, a Tabela do DSEI nos permite vislumbrar os períodos de maior e menor contaminação nas aldeias. O período que ficou conhecido como “primeira onda” foi de maior número de casos identificados (“cura”), desde os primeiros casos em maio até julho, agosto, de 2020. No entanto, estamos falando de casos notificados e, como sugeriu o enfermeiro, o timing da covid pode ter sido final de abril e maio.

Ao perguntar a uma enfermeira do Polo, sobre como ela avaliava a atuação do Polo e do DSEI e se faria algo diferente:

Enfermeira: É. Eu acho que o Distrito demorou muito na ação nessa questão do cuidado com a equipe para preparar a equipe para a área. Porque quando começou, por mais que venha essa orientação, não teve essa preparação nem do Distrito, mesmo, porque quando a gente começou não tinha material. Vocês vão ver, tanto é que a gente teve que paralisar a nossa entrada porque vai entrar, não tem medicação, não tem teste, a gente veio fazer o quê aqui? Então eu acho que nesse momento, eu acho que o Distrito... no primeiro momento, eu acho que ele teve essa falha. Porque, por exemplo, a gente teve o caso da secretaria de Pauini, que estava bem melhor equipada que a gente. Tanto é que eles que ofereciam o recurso pra gente, material pra gente, porque a gente não tinha...

Amanda: Até o de proteção...

Enfermeira: De tudo. De tudo. Aí eu acho que depois que deu aquela sacudida de tanto caso, aí o Distrito começou a se organizar. E nesse segundo momento aí a gente já contou com todo apoio, com todo suporte. Aí eu acho que mesmo que tenha dado toda essa quantidade de casos, eu acho que no final, no final, apesar dos erros, foi positivo... Porque assim, teve casos, mas a gente não teve casos graves, a gente não teve tantas mortes.. Porque... eu digo positivo... positivo, assim, porque não morreu tanta gente, apesar de ter. Mas eu acho que o pecado principal do distrito foi o inicial. Não estavam preparados.

Amanda: Demoraram.

Enfermeira: Eles demoraram muito para... mas aí depois que eles tomaram... foi aquela... e o pior que Pauini, porque Pauini foi o pior polo de casos. Quando veio, estourou, assim, foi um monte de uma vez, foi da equipe 14 pessoas ficaram com covid, e depois todas as aldeias, quando a gente fazia exame era nove, era 10, era, 12, era 15, era 47<sup>74</sup>. Só sei que teve aldeias que quase... **e a gente pode dizer que teve casos até subnotificados**, porque, tipo assim, se tinha um da família a gente não testava porque se um estava... Só que só contava os que eram notificados.

Amanda: Testava?

Enfermeira: Porque a gente não tinha muito teste na época, então subentendia-se que se um estava já tinha passado para outros, porque a gente não tinha meios.

Amanda: Mas foi o que mais teve, Pauini? O que mais teve casos, assim?

Enfermeira: Dos polos, sim. foi. Esses boletins<sup>75</sup> que a gente pega, Pauini, se você for olhar, é o que estourou.

Amanda: Mas será que foi o que mais testou ou que foi o que mais teve mesmo?

Enfermeira: Eu, acredito eu que a gente teve muito caso porque a gente foi o que mais testou. E eu acho que quanto mais testagem, mais casos. Eu acredito, eu não... é uma visão que eu tenho, minha.

<sup>74</sup> Ao chegar às aldeias, na “primeira onda”, havia várias pessoas sintomáticas e, a depender do número de dias de sintomas e da quantidade de testes disponíveis, apareciam os números de casos, como a enfermeira mencionou. O caso da Aldeia São Benedito ficou bastante conhecido, por ser a que teve o maior número nessa primeira onda. No começo da pandemia a aldeia se organizou, chegou a propor um fechamento (quem estava na cidade ficava por lá e quem estava na aldeia não saíria), e ainda assim, na primeira semana de monitoramento na aldeia foram identificados 47 casos.

<sup>75</sup> Em alguns momentos da pandemia o DSEI divulgou boletins com os números de casos dos sete Polos de sua jurisdição. A divulgação não tinha a mesma frequência dos Boletins diários e não tenho arquivo desses Boletins. Ao solicitar os números ao DSEI, achei que responderiam com eles, no entanto, as informações foram sintetizadas na Tabela 1.



Amanda: É, eu também não sei como é que foram os outros...

Enfermeira: Como funcionou os outros, mas a gente...

Amanda: E a gente nem testou tanta gente assim, faltou...

Enfermeira: A gente nem testou tanto porque não tinha lá, aquelas coisas. Mas eu acredito que sim, porque... mas no final, graças a Deus eu acho que no final mesmo foi positivo, eu acho. Não morreu muita gente. A gente estava pensando pelo pior, porque se a gente for comparar o índice de mortes do Brasil e dos outros lugares, a gente, na nossa população indígena, não teve tanto assim. Vamos dizer que esse seja o lado positivo... E a gente conseguiu chegar, também. A gente conseguiu chegar em muitos lugares. Por mais que a gente demorasse muito, mas a gente conseguiu chegar lá. Com todas as dificuldades, porque a gente sabe que, por exemplo, Pauini é um polo difícil pela logística. A gente não tem equipamento. Tu lembra? Que a gente quase alagava, tirando a água [da canoa furada]. (Entrevista, 22/12/2021, grifo meu)

Após o período inicial de aumento rápido no número de casos e “demora” para chegada de materiais, testes e equipamentos, há um período de menor crescimento no número de casos nas aldeias, assim como na cidade – como mencionado, no período das eleições de 2020 a atenção foi reduzida. Diferente da cidade, na “segunda onda”, em que houve mais casos graves e óbitos, nas aldeias o número de casos não cresceu tanto entre janeiro e março de 2021.

Em uma das entrevistas, com a técnica de enfermagem, em novembro de 2021, enquanto conversávamos sobre as atividades de monitoramento, perguntei se havia feito alguma viagem específica desse tipo naquele ano (2021), ela disse que não, já estavam trabalhando na vacinação.

Amanda: Você lembra até quando que teve, ano passado, o monitoramento?

Técnica: No ano passado...

Amanda: Porque eu lembro que no final do ano, naquela época da eleição, já estava...

Técnica: Já estava tudo liberado, já. Que o pessoal vai fazer festa...

Amanda: Aí depois voltou a ter caso de novo, mas nas aldeias eu não lembro se teve.

Técnica: Eu acho que deve ter sido até novembro, por aí... Foi. Porque em dezembro a gente já não fez mais nenhum monitoramento. No início de novembro, foi por aí. Porque daí foi quando a gente começou a ter os casos só que não foi para as aldeias. Começou nas cidades por conta do... da política, e como os parentes estavam na cidade, aí a gente teve aquela certa preocupação, deles irem para a aldeia e contaminarem os demais.

Amanda: Mas não chegou a ter muitos, não?

Técnica: Não. Não chegou, não. Até porque os testes, também, já não estavam vindo. Por isso que a gente já não fazia todo o monitoramento. Não foi nem por conta que não tinha. Eu acho que foi por conta dos testes mesmo. Que ficou em falta.

Amanda: Não tinha? Ficou em falta no início do ano?

Técnica: É. Foi.

[...]

Amanda: Porque em janeiro e fevereiro aqui deu muito, não é. Foi o que teve as mortes, mais casos. E aí nas aldeias a gente não teve tanto...

Técnica: Não tinham, mas só que, na minha percepção de vista foi por conta dos testes, mesmo. Porque se a gente tivesse tido os testes e feito, teria dado. (Entrevista, 15/12/2021)

A partir da tabela do DSEI (Figura 15) e desta última fala, poderíamos ler os períodos com maior número de casos como junho a agosto de 2020; começo de 2021; e começo de 2022. No entanto, é possível perceber também o quanto a produção dos números estava ligada ao tipo de tecnologia de diagnóstico (os testes rápidos), sua disponibilidade e as possibilidades de fazer com que chegasse às aldeias – “se tivesse teste, tinha dado”, “a gente teve até subnotificados”. Além disso, os números também se envolveram nas tramas sobre quem pode categorizar e *contar*. Qual esfera de gestão (Município, Polo, DSEI, hospitais) era responsável por identificar e dar atenção a cada caso transformando-o em uma história dentre as categorias em disputa? Um adoecimento podia ser *contado* como “positivo” ou podia ser “curado”, podia ser “descartado” e entrar no “total de casos”, dentre outras categorias que disputavam as histórias da pandemia.

## 1.6 Emergência indígena

Em junho de 2020, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)<sup>76</sup> protocolou uma ação no STF para obrigar o Governo a adotar medidas de proteção aos povos indígenas. A ação era parte do plano Emergência Indígena<sup>77</sup>, em que a APIB propôs ações para acompanhar o impacto da covid-19 entre os povos indígenas e desenvolver estratégias de combate e proteção. A APIB construiu um plano emergencial de enfrentamento à covid, para orientar as ações das organizações indígenas vinculadas e as instituições parceiras, com propostas de ações de prevenção, iniciativas judiciais, de incidência política e estratégias de comunicação – tanto para informação aos parentes sobre formas de cuidado, como campanhas para levantar recursos para as ações. O Relatório Nossa Luta é pela Vida, publicado em novembro de 2020, sintetiza

<sup>76</sup> A APIB é a principal entidade que articula o movimento indígena no país, criada no Acampamento Terra Livre (ATL) de 2005, movimento de mobilização nacional que acontece todo ano desde 2004 com objetivo de dar visibilidade a situação dos povos indígenas e reivindicar cumprimento de seus direitos. A APIB reúne organizações indígenas regionais de todo o Brasil, incluindo sete organizações de base: a APOINME (Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo); ARPINSUDESTE (Articulação dos Povos Indígenas da Região Sudeste); ARPINSUL (Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul); ATY GUASSÚ (Grande Assembleia do Povo Guarani); CONSELHO TERENA (Conselho do Povo Terena); CGY (Comissão Guarani Yvyrupa); e a COIAB (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira). A FOCIMP, no Purus, é uma das organizações de base da COIAB. Em Pauini, a OPIAJ faz parte da base da FOCIMP.

<sup>77</sup> Disponível no site <<https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>>. Acesso em 25/07/2022.

as principais ações até aquele momento (APIB, 2020). Nele, APIB denunciou o agravamento das violências contra os povos indígenas durante a pandemia e a “ativa omissão do Governo Federal no combate ao vírus” (APIB, 2020, p.6).

Através da mobilização articulada no legislativo, a Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas (FPMDDPI) apresentou o Projeto de Lei nº1.142/2020, com medidas para conter os impactos da pandemia entre indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais. A Lei foi aprovada no plenário da Câmara, em 21 de maio de 2020, e no Senado, em 16 de julho do mesmo ano. A posição do Governo ficou explícita, em 07 de julho, quando o Presidente sancionou a Lei nº14.021, oriunda do PL nº1.142, com 22 vetos. Foram vetados itens como os que visavam garantir, aos povos indígenas, acesso à água potável; a materiais de higiene e limpeza; e a leitos hospitalares. As articulações do movimento indígena, permitiram que grande parte dos vetos (19 deles) fosse revertida pelo Congresso Nacional, em 19 de agosto (ALARCON et. al, 2022; APIB, 2022).

Através de sua frente jurídica, a APIB articulou, junto a seis partidos políticos, no âmbito do STF, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº709, requerida em 29 de junho de 2020. Em 5 de agosto, o STF referendou a ADPF, obrigando o governo a adotar medidas para conter o avanço da covid-19 entre a população indígena. A ADPF visava conter a taxa de mortalidade na população indígena e obrigar o Estado a dialogar com o movimento indígena considerando suas denúncias e reivindicações. A argumentação da APIB criticou a cobertura da saúde pela SESAI restrita aos indígenas moradores de TIs homologadas – não atendendo indígenas em terras não homologadas em algumas regiões e não prestando qualquer assistência a indígenas em contexto urbano. O STF acatou o entendimento de que a União não poderia se recusar a prestar assistências a indígenas localizados em TIs não homologadas e, em relação ao contexto urbano, deveriam ser assistidos pela Saúde Indígena aqueles sem condições de acesso ao SUS em geral (HACON; PONTES, 2022).

A ADPF também defendeu a construção de um novo plano de enfrentamento à covid-19, a partir do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), com assessoria da FIOCRUZ e da ABRASCO, para substituir o plano de contingência apresentado pela SESAI, construído sem a consulta aos povos indígenas. O STF decidiu pela reformulação do plano pela União, com a participação dos povos indígenas na formulação e monitoramento, e a possibilidade de acionar consultores com expertise técnica (HACON; PONTES, 2022).

Nesse contexto, enquanto a SESAI planejava as ações de assistência à saúde, coube a Funai atuar na distribuição de cestas de alimentos para garantir a segurança alimentar e a permanência nas aldeias, bem como a implementação de barreiras sanitárias. Em Pauini, em

julho de 2020, a CTL Pauini realizou a distribuição de 1400 cestas nas aldeias, mil delas oriundas de um Termo de Cooperação (TED) Funai-Conab (Companhia Nacional de Abastecimento) e quatrocentas da articulação com a Fundação Estadual do Índio (FEI). Em 2021 foram duas entregas: 1) entre fevereiro e março, foram entregues 629 cestas, adquiridas pela própria Funai; 2) entre setembro e outubro, 2988 cestas (quatro cestas por família), através do TED Conab. O número de famílias atendidas variou entre 629 e 786, o que tinha a ver com a quantidade de recursos disponíveis e com os levantamentos realizados em campo sobre o número de famílias que estavam realmente nas aldeias.

Embora o governo tenha estabelecido o fim da *Emergência em Saúde Pública* de Importância Nacional em abril de 2022, as ações relacionadas à ADPF continuaram a se desdobrar no contexto da Funai local. Em maio de 2021 recebemos um processo da Sede (Funai Brasília) orientando a organização das regionais para entrega de seis cestas por família, em resposta à ADPF. As cestas seriam adquiridas em parceria com o Ministério da Cidadania e a CONAB. No entanto, a efetivação da entrega dessas cestas foi concluída apenas no segundo semestre de 2022, em duas atividades: em agosto e setembro entregando uma cesta por família; e o restante entre novembro e dezembro de 2022 (período em que os alimentos já estavam com a data de validade próxima ao vencimento)<sup>78</sup>.

A proposta das distribuições das cestas era que os alimentos pudessem ser uma forma de apoiar a permanência dos indígenas em suas comunidades, evitando o trânsito na cidade para evitar a contaminação. O que nem sempre funcionou da forma como esperado, muitas vezes as entregas “atrasavam” por uma série de dificuldades de organização e planejamento logístico – e principalmente pelos problemas de gestão, naquele momento político. Além disso, os alimentos nem sempre eram os mais adequados para viabilizar a permanência na aldeia. No entanto, em geral, a atividade era bem recebida e avaliada pelos indígenas como uma “ajuda importante”.

Como o acesso às aldeias em Pauini é todo fluvial, normalmente a atividade era organizada embarcando de 300 a 400 cestas em um barco – os barcos que conseguíamos fretar na cidade tinham em torno dessa capacidade – e seguindo pelo Rio Purus até o porto das aldeias

---

<sup>78</sup> Esse tipo de atividade envolvia algumas dificuldades para que o grande volume de cestas chegasse em Pauini e para a posterior distribuição nas aldeias, o que demanda um planejamento logístico bem-feito. No entanto, nesse momento da pandemia já tínhamos certa experiência de como articular essas atividades. Embora a CR-MPur tivesse também problemas com o número reduzido de servidores, a CTL planejou detalhes e demandou suporte necessário para que as cestas chegassem com menos “atraso” nas aldeias. O principal fator que inviabilizou a entrega por um longo período foi a postura do Coordenador Regional daquela gestão, que se recusava a executar as atividades (impostas judicialmente) – e aqui não se trata apenas de uma leitura a partir da minha experiência, o histórico está registrado documentalmente no processo Sei (Sistema Eletrônico de Informação) da Funai.

que ficam em sua margem, ou até a boca dos igarapés, nos quais os indígenas moradores buscavam em suas canoas. A duração da viagem dependia da quantidade de cestas por família e, quando o número era maior, precisávamos voltar à cidade mais vezes para embarque – já que havia um limite da capacidade de peso e volume que o barco podia transportar. Antes das viagens, a equipe passava por testes de covid-19. Durante as entregas eram utilizadas máscaras, toucas, luvas e aventais<sup>79</sup>, e os pacotes das cestas eram higienizados com uma solução de álcool e hipoclorito de sódio. O rigor no uso dos equipamentos e práticas de proteção variou também conforme o período da crise sanitária – nas primeiras entregas, as cestas eram higienizadas fora do barco de forma a equipe não tocasse nelas após a higienização; em outros carregávamos as cestas após higienizadas; na última entrega (atrasada) já não houve mais higienização e sequer uso de máscaras.

Em relação à outra demanda gerada para a Funai, de implantação de barreiras sanitárias, na regional Médio Purus, praticamente todas as barreiras que funcionaram foram construídas pelos próprios indígenas, nas principais vias de acesso a suas TIs. A CR-MPur e a Frente de Proteção Etnoambiental Madeira-Purus (FPE Mad-Pur) apenas transformaram as Bases de Proteção Etnoambiental que já existiam, nas TIs em que há indígenas isolados e de recente contato, em barreiras sanitárias – a partir das quais as equipes da SESAI e FPE se revezaram para o monitoramento. Em Pauini, a única barreira que funcionou foi a implantada por indígenas da TI Água Preta/Inari, em que os próprios moradores montaram uma base na Boca do Igarapé Água Preta, principal via de acesso a todas às aldeias. Além disso, algumas aldeias tomaram a iniciativa de se “fechar”, proibindo a entrada de pessoas de fora e evitando a circulação de moradores saindo da aldeia – algumas enviaram documentos informando seus procedimentos para Funai e outras instituições interessadas e até anunciaram na rádio.

A implantação de centenas de barreiras sanitárias foi uma das atividades organizadas ou apoiadas por organizações indígenas de base da APIB (APIB, 2020). Além das ações no âmbito legislativo e judiciário, a APIB também articulou ações diretas nos territórios, conseguindo recursos e materiais para equipar emergencialmente vários DSEIs. As organizações indígenas atuaram na entrega de testes rápidos, materiais de higiene, equipamentos de proteção individual, cilindros de oxigênio, cestas de alimentos, além de viabilizar a instalação das UAPIs (ABIP, 2020).

---

<sup>79</sup> As equipes, normalmente, tinham em torno de dez pessoas e, dentro do barco, todos convivíamos de forma próxima, compartilhávamos espaços, utensílios, e dormíamos em redes uma do lado da outra (da forma como cabia no barco) – aquela era nossa família naqueles períodos.

Em Pauini, além de acompanhar equipes de monitoramento, a OPIAJ conseguiu EPIs, termômetros e oxímetros (em períodos que o DSEI não havia adquirido ainda), máscaras e álcool em gel, para a equipe do Polo. Distribuiu nas aldeias materiais de higiene e limpeza, cestas de alimentos, equipamentos e materiais de pesca – em atividades com o formato semelhante às entregas de cestas descritas acima, nas quais os servidores da CTL também participavam. Parte dos recursos envolvia articulação com a COIAB, e outras partes através de parcerias diretas da OPIAJ – como IEB, COMIN, OPAN, etc.. A parceria com a COIAB permitiu também a articulação para a construção das UAPIs, acima mencionadas. Em entrevista, a Secretária Geral da Coordenação-Executiva da OPIAJ lembrou algumas conquistas da organização e suas parcerias:

Secretária OPIAJ: O Polo Base conseguiu oxímetro por causa da nossa parceria com a OPAN, termômetro também foi a gente que conseguiu. Sem contar que a gente conseguiu tanto para o polo daqui, quanto conseguiu dar um suporte para o polo de Boca, porque eu ainda consegui mandar para lá esse equipamento de oxímetro, termômetro, máscaras e os aventais - conseguiu mandar para lá, para Boca do Acre. Então assim, a gente trabalhou em parceria o tempo todo. O que deu para fazer dava para ter sido mais, dava para ter sido em uma quantidade maior, dava para ter sido mais cestas, dava para ter tido mais material de pesca. Mas assim, trabalhar com uma organização que não tem fundo, num momento desse e correr atrás.... (Entrevista, 01/11/2020)

Ainda no âmbito da ADPF, quando requerida, a primeira decisão foi uma liminar determinando que a SESAI deveria disponibilizar dados epidemiológicos individualizados não identificados e informações sobre a capacidade instalada para o enfrentamento à pandemia. Em resposta, a SESAI teria disponibilizado dados de casos e óbitos em arquivos entregues em um pen drive (em 28 de agosto de 2020). No entanto, na avaliação dos consultores indicados na ADPF, a entrega dos arquivos não atendeu à recomendação de permitir acesso público aos dados, além de não fornecer informações importantes para a leitura dos dados, como um “dicionário de variáveis” (APIB, 2020, p.78).

A APIB havia percebido a necessidade de realizar o acompanhamento dos casos desde março de 2020, a partir do primeiro óbito de uma senhora Borari, no Pará, reportado pela COIAB, que não havia entrado nos Boletins da SESAI. Entre março e abril, as organizações indígenas recebiam relatos de óbitos e contágios que não eram notificados pela SESAI, que reportava apenas os casos por ela assistidos. Percebeu-se uma disparidade entre os casos acompanhados cotidianamente e os números da SESAI, o que se tornou um tema central do ATL 2020, em que foi criada a Assembleia Nacional da Resistência Indígena. Durante essa Assembleia, criou-se o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena que, a partir de abril de

2020, passou a realizar o monitoramento dos números de casos junto às organizações regionais (APIB, 2020, p.69). Através do monitoramento comunitário participativo, as organizações constituintes da APIB reuniam as informações locais entre lideranças, trabalhadores da saúde, boletins municipais, etc.

A necessidade do monitoramento se justificou tanto pela ausência de dados sobre a população indígena não atendida pela SESAI – em contexto urbano e em algumas TIs não homologadas – como pela falha de registro de pertencimento étnico-racial nos sistemas de informação do restante da rede SUS. Além disso, havia uma dificuldade de articulação entre os diferentes sistemas de informação do SUS que permitisse uma visualização dos dados da população indígena como um todo.

Segundo Hacon e Ponte (2022), o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é historicamente conhecido pela sua falta de transparência, pois, ao contrário dos outros sistemas não se encontra disponível e acessível publicamente, de forma que a SESAI disponibiliza os dados em ocasiões e formatos específicos, quando demandados. Diante das críticas do movimento indígena sobre as formas de monitoramento, a “SESAI mostrou-se pouco dialógica e colaborativa”, tentando desqualificar o monitoramento realizado pelo movimento indígena (HACON e PONTES, 2022, p.107). A Secretaria acusava o movimento de apresentar números inchados, defendendo seus números, de taxas de mortalidade e letalidade, como o “dado real” (HACON e PONTES, 2022, p.108). Apesar de reconhecer que seus dados contabilizavam apenas indígenas aldeados, sendo necessário recorrer a outros bancos de dados para um número completo, a SESAI insistia em apresentar seus dados enfatizando narrativas que alegavam um baixo impacto da pandemia sobre os povos indígenas em comparação com o restante da população brasileira – segundo a Secretaria, a mortalidade na população indígena seria inferior a população em geral.

O monitoramento realizado pelo movimento indígena não ocorreu sem dificuldades, sobretudo pela falta de transparência e disponibilização dos dados do SIASI e outras fontes governamentais. Os boletins da SESAI apresentavam os dados de forma agregada, impossibilitando análises em níveis específicos ou avaliações sobre a qualidade das informações. A impossibilidade de acesso a informações nos dados oficiais sobre a localização do caso e em qual povo, tornou difícil conferir a possibilidade de duplicação de eventos, por exemplo. No entanto,

Para além da importância de se traçar um panorama epidemiológico fidedigno, capaz de oferecer dados precisos para a estruturação de políticas públicas e legislações eficientes, existe uma questão de visibilidade, que diz respeito à possibilidade de se identificar uma situação, antes de mais nada (Setel et al.,

2007). E em contextos críticos — como o enfrentado pelos povos indígenas na pandemia de Covid-19 no Brasil — visibilizar os riscos de genocídio, por meio de dados e estatísticas capazes de expressar esse processo, torna-se decisivo para identificá-lo e evitá-lo. (Hacon e Pontes, 2022, p.117)

Conforme argumentam Hacon e Pontes (2022), uma das principais preocupações do movimento indígena era o dimensionamento dos impactos da pandemia sobre os povos indígenas para se ter um registro histórico, dar visibilidade e gerar respostas à situação. Além de configurar uma reafirmação da identidade indígena, independentemente da localização geográfica, como condição à reivindicação de direitos específicos. Nesse sentido, como argumentam as autoras, não se tratava apenas de divergências numéricas, mas de narrativas dissonantes, com efeitos políticos e desdobramentos sobre a experiência dos povos indígenas na pandemia.

Considerando que as estatísticas como “tecnologias políticas que constituem e moldam seletivamente os fenômenos que retratam” (PAINTER, 2013 apud HACON; PONTES, 2022), instrumentos de poder no contexto da biopolítica, que reivindicam uma aura de objetividade e autoridade científica (ocultando disputas de sua produção), as autoras destacam as possibilidades de construção de uma razão estatística contra hegemônica.

Nesse movimento, como salienta Tutton (s.d.), ao se reapropriarem dos instrumentos de poder de modo a contestar as narrativas hegemônicas, esses [mais fracos/minoras] inauguram também novos espaços de disputas e formas de resistência.

Foi justamente um novo espaço de disputa que se evidenciou a partir do embate entre o governo federal, em especial na figura da SESAI, e o movimento indígena, no âmbito da pandemia no Brasil, tendo no seu cerne a questão do monitoramento dos dados da Covid-19. (Hacon; Pontes, 2022, p.90-91)

Em Pauini, como descrito na seção anterior, também foi significativa a dificuldade de acesso a dados específicos sobre a população indígena. No entanto, as organizações indígenas locais, OPIAJ e CR-FOCIMP, não conseguiram atuar nessa frente de monitoramento diante da quantidade de demandas no cotidiano de enfrentamento a pandemia. Ainda assim, o “problema do SIASI” recebeu destaque em Pauini e segue nas discussões do movimento indígena e controle social desde o contexto da vacinação.

No início da campanha de vacinação, em que os povos indígenas eram parte do grupo prioritário (mais uma conquista da APIB através da ADPF), as doses de vacina chegavam ao Município contadas, a partir do número populacional identificado no SIASI. Então a equipe ia para aldeia com a vacina e os nomes das pessoas a serem vacinadas conforme o sistema. Logo nas primeiras viagens identificou-se que havia pessoas que não moravam mais na aldeia, mas



tinham o nome no sistema, bem como aqueles que sempre viveram lá e não estavam listados, não podendo ser vacinados.

De certa forma, as listas de nomes para vacinação configuraram uma forma de revisão local de “quem era cadastrado”<sup>80</sup>. Tornando possível perceber uma desatualização e imprecisão dos dados do SIASI, bem como fragilidades nas formas e critérios de alimentação. O que gerou diversas discussões com o DSEI e propostas do movimento indígena de promoção de atividades específicas para a atualização do sistema – como a contratação de profissionais só para esse trabalho, como digitadores. Assim, a situação local da vacinação evidenciou mais um caso que aponta para as dificuldades de trabalhar com os números oficiais no dimensionamento da pandemia entre os povos indígenas.

### **1.7 O trabalho dos pajés Apurinã**

Muitos Apurinã já sabiam que a doença não chegaria muito forte em Pauini, segundo os pajés. Ouvi a história mais de uma vez, na versão que uma liderança me contou diretamente em janeiro de 2021:

[nome de três pajés] falaram...Tio [nome do tio] também contou. Os pajés se reuniram, sabiam que ela vinha, antes de chegar no Brasil, quando mal se falava, só aí pra fora. Eles se reuniram, não conseguiram resolver de tudo, mas jogaram para lá, para outros lados... Viram que não tinha jeito, só desviaram. Aí ela veio, mas fraca. (Diário de campo, 29 de janeiro 2021)

“Hoje em dia não tem mais pajé” é uma afirmação comum entre os Apurinã em Pauini. As vezes essa frase é dita após se contar um feito de um pajé, depois se justifica que hoje “não tem mais pajé forte”. O processo de formação de um pajé é longo e marcado por restrições e parecem ser cada vez mais raros os que passam pelo processo de iniciação completo.

Em uma viagem com a equipe da saúde, uma técnica em enfermagem indígena, ao me ver tomando rapé brincou: “já viciou, né?”. Perguntei se ela não usava, ela disse que não, explicou que o rapé era algo para ser usado com muito cuidado, era coisa de pajé, e seguiu me contando sobre a formação dos pajés. A pessoa que nasce para ser pajé é percebida por um pajé

---

<sup>80</sup> A ideia de “ser cadastrado” aparecia recorrentemente em Pauini, também em outros contextos, na maioria das vezes atrelada a expectativa de uma necessidade de um cadastro para o acesso a políticas públicas como indígena. Na CTL não era incomum pessoas, num processo de autoidentificação como indígena, chegarem dizendo que queriam se cadastrar na Funai. Algumas lideranças também mantinham listas dos moradores de suas aldeias, como forma de demonstrar às instituições quem seriam as pessoas que poderiam acessar políticas ou oportunidades de projetos a partir daquele vínculo. Embora a SESAI fosse a única que trabalhasse a partir de um cadastro – assim como em UBSs nas cidades – que permita monitorar os indicadores de saúde, a ideia de “ser cadastrado” parecia-me ter implicações políticas, identitárias, mais amplas.

mais velho, que irá guiá-la no processo de formação. Para sua iniciação, a pessoa passará mais de um mês na mata, sozinha, recebendo apenas um pouco de comida – um peixe branco específico com beiju, preparado por uma mulher mais velha que não menstrua – deixada em um tronco de uma árvore específica, em local combinado, uma vez ao dia – para que a pessoa pegue a comida sem encontrar ninguém. A pessoa passa por toda uma preparação com jejuns e abstinência sexual. No período que estiver na mata, além de se alimentar pouco, usará muito *awiri* e mascará folhas de um “*katsupari* específico” de folha “mais amargosa” – o *katsawaly* (APURINÃ, 2019). Ao final do processo, o futuro pajé receberá a visita de uma cobra ou de uma onça, a depender de quem for seu guia. É preciso ter coragem para deixar que os “bichos” se aproximem, que a onça lamba sua cabeça. Posteriormente, tomarão rapé na mão um do outro, o “bicho” seria na verdade um pajé mais velho que irá passar *arapani* (pedra), para o iniciante.

Segundo Schiel (2004), ao ouvir que “hoje não tem mais pajé”:

Quando ouvia este comentário, eu perguntava por aqueles que eu sabia trabalhar curando. “São uns pajés fraquinhos”. Isso em comparação com o tempo antigo, com pajés famosos falecidos. Os pajés do passado viajavam no rio como cobra, tinham famílias encantadas – embaixo da água ou do chão, na terra das onças –; com um “esturro” desapareciam no terreiro da aldeia e já estavam nestes lugares; alguns, o *mapinguari* visitava, no fim da tarde, para conversar; faziam chover fogo quando as crianças desobedeciam. Se esquecia o seu *mekaru*, estojo de rapé, o pajé não se preocupava: o *mekaru* já estava à sua frente, esperando em sua casa. Se o pajé era “pajé ruim”, todo cuidado era pouco, uma comida sovina, uma menina bonita, eram motivos para ele matar, jogar *arapani*, pedra. Como tudo no tempo antigo, os pajés eram mais como deveriam ser, mais fortes, no modo Apurinã. (Schiel, 2004, p.84)

Entre os Apurinã, as pedras são causadoras de doença e são poder de cura. O pajé tem diferentes pedras no corpo, relacionadas a animais específicos. Elas podem ser jogadas por ele para causar doenças e até matar, mas são também o que permite que o pajé cure. Uma pedra também pode ser obtida com um outro pajé. No entanto, alguns pajés de hoje não seriam tão fortes, pois não passaram pela iniciação completa. Segundo Apurinã (2016), existiriam dois tipos de pajé: os que trabalhariam com plantas medicinais, utilizadas para banhos, chás, rituais de cura; e aqueles que atuariam com poderes xamânicos a partir das pedras.

Um pajé cura utilizando *katsoparu* e *awire*. O pajé tem o seu próprio *katsoparu* e *awire*, mas a pessoa que solicita a cura, em geral, é responsável por providenciar para a ocasião. O pajé deve mascar o *katsoparu* e tomar muito rapé, até ficar de porre. Às vezes, a cura é feita de forma privada, na casa do doente; mas, muitas vezes, todos conversam, mascam, até que, a uma certa altura, o pajé dá início à cura. Eu sempre achava um pouco engraçado, porque não se faz alarde, todos continuam conversando, como se nada estivesse acontecendo. Ele cura, chupando o local, com barulho. Muitas vezes, mostra a pedra e explica qual

a doença, como o doente a adquiriu e o que deve fazer. Explica se é feitiço, ou ação de um bicho da mata. Ele introduz a pedra no corpo e pode, então, recomendar remédios ou tratamentos. Os remédios em geral são plantas, mas podem ser também remédios industriais, de farmácia. (SCHIEL, 2004, p.87)

Nas situações de cura que presenciei, lembro de também ficar um pouco sem lugar, por todos estarem conversando normalmente. Eu tinha uma expectativa de que deveria ficar em silêncio, manifestar respeito, esperando alguma atmosfera de solenidade, o que não era exatamente o contexto. Segundo Francisco Apurinã (2019), durante os trabalhos de cura os pajés são sempre sérios, fechados e muito observadores. Embora sejam figuras muito importantes, diferente de outras lideranças que se apresentam ou lhe são apresentadas logo que você chega na aldeia, em Pauini nunca cheguei em uma aldeia em que me apontassem o pajé. Normalmente são figuras discretas e poderosas, respeitadas, parece-me que escolhem quando e com quem querem falar. Fui orientada também que é importante ter cuidado ao falar sobre os pajés, pois eles podem ouvir quando seus nomes são mencionados e, nas rodas de *katsupari*, estão sempre por perto. Conseguia identificar pelo menos cerca de cinco aldeias em que havia pajés (neste mundo), a partir de histórias que ouvi em que são reconhecidos. Mas não poderia dizer precisamente quantos pajés existem em Pauini, pois há diferentes tipos de pajés, em diferentes momentos de formação. Além disso, a atuação deles pode ser a partir de outros mundos, além de não se limitar ao contexto geográfico do município.

Francisco de Moura Cândido Apurinã têm uma série de trabalhos descrevendo o xamanismo de seu povo (CÂNDIDO APURINÃ 2016, 2017; APURINÃ, 2019). O autor é crítico à ideia de que os pajés deixariam de existir:

Devo salientar que o principal elemento motivador para construção deste trabalho é a percepção disseminada do enfraquecimento das atuações xamânicas nas aldeias apurinã, bem como minha inquietação diante das informações, sobretudo contidas em trabalhos acadêmicos, que afirmam o desaparecimento dos *kusanaty* apurinã. De fato, por se tratar de um processo bastante árduo e pelo acesso a outras práticas do mundo de fora, hoje dificilmente encontra-se alguém disposto a aceitar o desafio de se tornar um pajé. No caso dos Apurinã, o enfraquecimento de práticas culturais em muitas aldeias, atingindo diretamente a figura do *kusanaty*, se deu, principalmente, em decorrência da proximidade com as sedes dos municípios e dos diversos impactos advindos da implantação de grandes empreendimentos, como por exemplo, a construção de rodovias. No entanto, mesmo diante dessa lamentável realidade, acredito ser muito cedo para afirmar que não existem mais pajés entre os Apurinã, ou prognosticar seu desaparecimento. (Cândido Apurinã, 2016, p.148)

Em sua tese, Francisco Apurinã (2019) trabalhou com a temática do licenciamento ambiental, estudando os impactos da Rodovia BR-317 que liga Boca do Acre/AM a Rio

Branco/AC sobre os lugares sagrados Apurinã, considerando os valores de sua cultura e os assuntos relacionados ao xamanismo e a atuação dos *kusanaty*.

Eles são os verdadeiros diplomatas do cosmos: são os que detêm os conhecimentos tanto para curar como para causar doenças e até mesmo matar; os que dominam os códigos para se comunicar com os espíritos, habitantes de outras terras ou mundos; os responsáveis por acontecimentos inusitados que transcendem aquilo que nossos olhos estão habituados a enxergar; os que veem coisas que já aconteceram e preveem o que ainda pode acontecer. (Apurinã, 2019, p. 128)

Segundo o autor os *kusanaty* poderiam transitar nos “quatro cantos do mundo”, em seu próprio corpo ou através do corpo de outros seres, sendo visto ou não, acordado ou em sonho. Tendo também o poder de se comunicar com espíritos e seres não-humanos. Como explica o autor, os pajés teriam a capacidade de, de forma consciente, transformar-se em onça e permanecer em sua pele, transformar-se em onça para cumprir uma atividade específica, ou ser onça apenas na visão de uma pessoa comum. Há também as situações em que a onça, por exemplo, agiria sob o comando do pajé, cumprindo o que ele ordenou. Os pajés também podem controlar o tempo, muitas de suas ações são marcadas por chuvas, ventos, temporais. Viajando em embarcações com Apurinãs é comum que alguém cheire rapé para “desviar o tempo”, evitar que peguemos chuva. Nesse contexto, brincamos que a pessoa é/quer ser pajé.

Outro aspecto importante sobre os pajés é que eles não morrem, apenas passam a habitar outros mundos, a partir dos quais podem continuar transitando e atuando em relação a este. Após realizar uma cura, tirar uma pedra e identificar de onde ela veio, caso seja feitiço, o pajé pode optar por jogar de volta, ou enviar outra mais forte. O que já deu origem a conflitos entre aldeias, cada pajé defendendo a sua aldeia contra as pedras de pajés inimigos e dando demonstrações de quem era o mais forte. Esses conflitos podem continuar existindo, com implicações nas relações entre famílias/aldeias, mesmo após o pajé fazer a passagem.

No que se refere à covid-19, os pajés foram responsáveis por não permitir que ela chegasse forte entre os Apurinãs. Para a entrevista na aldeia Nova Vista, aldeia em que há um pajé, procurei o cacique propondo uma entrevista com ele e o agente de saúde. Ao chegar no local marcado, o cacique havia convocado o professor, os agentes ambientais, o “conselho” (conselheiro do Conselho Local de Saúde Indígena), entre outros moradores, o que fez com que a entrevista se transformasse na roda de conversa com a participação das lideranças jovens da aldeia. Após eu informar que ia gravar, cada uma das lideranças participantes se colocou em uma posição de quem tinha que fazer uma fala (pequeno discurso) sobre o tema.

Agente ambiental indígena (AAI): Dar uma comentada aqui. Dona Amanda, aqui é assim também, como nós temos nossa tradição aqui na nossa cultura, no

caso que o pajé daqui falou: "nós aqui não vamos correr perigo nenhum". Como ele é pajé, conta a história... ele faz tudo na casa dele, ele não toma vacina todo mês, contando a história, e ele falou que essa doença era igual uma fumaça, ele conseguiu pegar no espírito que ele traz do mato, os espíritos dele e pegaram, mas não conseguiram, porque era fumaça. E daí, ele repassou par nós a entrada, de entrada e saída, que se o pessoal continuasse a entrar era arriscado trazer a doença para a aldeia, e para não acontecer isso, ele falou isso para o pessoal daqui...

Amanda: Ele orientou para vocês evitarem...

AAI: "Não deixem ninguém entrar, não deixe ninguém sair porque senão na saída, vocês podem trazer, arriscado trazer", mas como nós temos esse entendimento, cumpriu uma regra dele, do pajé, é um grande guerreiro que eu considero muito, é nosso tio. Ele falou isso para nós, que não continuasse indo para a cidade porque era arriscado trazer, mas se mantivesse em controle, ficar na aldeia, ela ia passar, que nem ela passou, para nós ela passou, passou fraca, pegou meio fraco, foi assim, com remédio caseiro para tomar, e aconteceu isso. Só falavam que já tinham se curado, estavam sendo curados. (Entrevista, 25/11/2021)

Ao final da conversa, perguntei aos presentes se podia identificar a aldeia e o nome dos participantes. Todos concordaram, ressaltando que era importante identificar porque a aldeia poderia ser exemplo para outras. A aldeia tem cerca de 30 famílias e é uma das aldeias mais antigas da TI Peneri/Tacaquiri. Foi uma aldeia em que todos foram vacinados assim que a vacina esteve disponível<sup>81</sup> – inclusive o pajé que normalmente não toma vacinas. Logo no início da pandemia, colocaram uma placa na entrada do Igarapé proibindo a entrada de pessoas estranhas. Durante a conversa, informaram-me que foram apenas três casos positivos, na família do cacique, no começo da pandemia, mas porque “foram buscar” – vieram contaminados de um período que passaram em outra aldeia. Em um segundo momento, alguns mais velhos apresentaram sintomas, mas não chegaram a receber o diagnóstico, “só falavam que já tinham se curado”.

AAI: Mas o mais interessante é que nem ele falou, tinha o nosso pajé, deu uma força dizendo que se a gente se mantivesse aqui não correria perigo, como não ocorreu muito, porque ele tem a sabedoria dele, nas coisas dele, e falou que suspendia, e suspendeu mesmo, graças a deus isso passou, foi que nem os meninos falaram, só deu uma pequena gripezinha, aqueles que eram mais velhos, mais fracos um pouco sentem o impacto mais forte, e aqueles mais novos sempre resistem mais, o corpo está mais forte, foi por aí. Suspendeu e disse que onde caísse ia fazer um estrago. (Entrevista, 25/11/2021)

---

<sup>81</sup> No começo do processo de vacinação houve algumas resistências à vacina, devido a *fake news* disseminadas sobre a segurança da vacina, principalmente em aldeias em que há igrejas evangélicas. Foi necessário um trabalho do movimento indígena para transmitir segurança aos parentes para se vacinarem, acompanhei viagens da campanha de vacinação com esse intuito de apoiar o movimento no convencimento das aldeias sobre a importância e segurança da vacina.

Pelo que viram pela televisão, sugeriram que em Manaus ela caiu. Em relação aos casos nessa aldeia, os três casos mencionados foram identificados quando a equipe da SEMSA, junto ao Chefe de CTL, esteve na aldeia – no mesmo período em que eu acompanhei a equipe do Polo no igarapé Tacaquiri, o Chefe foi com a equipe do Município para o Peneri.

Professor: Com a equipe do município, já surgiu um caso dele aqui, que disse que estava fraco, está entendendo como é que é? Não estava mais transmitindo, já estava mais abrandado que ele falou, a medicação tradicional daqui, é chá e outras coisas também. As velhas, a mãe dele, as nossas mães que são mais velhas conhecem um pouco dessa mistura de folha, desses negócios, cipó e tudo, fez o chá...

[...]

Professor: ...mas o pajé estava dentro da aldeia fazendo o trabalho e a comunidade estava tomando a medicação caseira, que é o xarope do angico, da copaíba com andiroba, inclusive feito tudo junto, que a mãe fez e inclusive todo mundo aqui da aldeia tomou essa medicação, e ficou assim: a equipe vinha, fazia exame, identificava nada, também não dizia que era covid no exame, nada. [...]

Amanda: Os chás vocês já tomavam mesmo sem sentir nada? Antes de ter, já toma para...

Professor: Por exemplo, eu estava tossindo e ele não estava, já começava a tomar aquele chá que estava preparado na aldeia, e no jornal passando todo mundo estava morrendo e não podia mais ninguém andar, e aqui que nem eles falaram, nós paramos, mas sempre tem um que sempre faz feio. O chefe diz: "vocês se reúnam e se tiver a necessidade manda o recurso só para um fazer a compra para todo". Mas foi assim o jeito que os meninos falaram, esse processo todo, a gente passou dessa forma.

Amanda: E quem fazia os chás?

Professor: Era a minha mãe. A mãe fazia para mim, amargoso, a da carnaúba é amargoso... (Entrevista, 25/11/2021)

Os chás eram tomados “preventivamente” mesmo por quem não tinha sintomas. Percebi no contexto de outras aldeias também que os pajés teriam atuado nessa suspensão para a doença não chegar, mas o cotidiano de tratamento com os “chás caseiros” não dependia necessariamente dos pajés, outras pessoas – a maior parte das vezes as mulheres – faziam os chás. A descrição dos usos dos chás e outras formas de cuidado será retomada no Capítulo 3. Ainda nessa entrevista na Nova Vista, perguntei se nos casos positivos, ou com sintomas, havia atuação do pajé para a cura. Ao que me responderam: “Todo tempo, toda noite tinha a máscara [*katsupari*], toda noite.”

Após essa roda de conversa, perguntei ao cacique se ele achava que o pajé conversaria comigo. O cacique muito solícito procurou seu tio e marcou a conversa. Em geral, nas aldeias “mais tradicionais”, os mais velhos não conversam muito comigo, são mais discretos e não dão muita abertura para as pessoas de fora, muitas vezes por uma questão de linguagem – seja por

eu não falar Apurinã, ou por não falar o português do cotidiano da aldeia, não saber ter os assuntos. Tenho sempre mais facilidade em conversar com os jovens que circulam mais nas instituições e movimento indígena. Esse contexto ajuda a entender que a entrevista com o pajé não foi uma conversa muito fluida, eu tive dificuldades de formular perguntas que fizessem sentido e mantivessem o diálogo – além do formato entrevista não ser o mais confortável. Quase todas as suas falas eram concluídas encerrando a conversa “foi isso dona...”.

De qualquer forma, foi uma conversa de muitos aprendizados. o Pajé me contou:

Pajé: Mas estava mascando aqui, quando surgiu essa pandemia. Aí, eu mandei juntar folha, eu comecei a mascar. Quando eu estava com cinco dias que estava mascando já, eu vi essa pandemia, eu tentei pegá-la...

Amanda: Antes dela chegar?

Pajé: Sim, não consegui porque não tem negócio de pedra, que nem febre amarela, que nem malária, ela é feita da fumaça. Meu avô disse para mim: "meu neto, deixa comigo que eu resolvo para você", eu disse: "está muito bem". Ele pegou, assoprou e a fumaça subiu, subiu, subiu até uma boa altura, uns 15 metros de altura, e ficou fraco, e ele disse: "ela pode passar aqui, mas seu povo não vai morrer nem vai pegar", muito bem. Eu continuei mascando e sempre eu livrando o povo, os Apurinãs. Graças a deus não ofendeu ninguém aqui, nosso pessoal. Aí eu fui, quando no outro dia eu disse para meu povo daqui, disse: "não vai acontecer nada conosco", graças a deus não aconteceu mesmo não, então eu a combati. Se não fosse, ela tinha... (Entrevista, 26/22/2021)

Foi uma doença diferente, que era uma fumaça e não pedra. Segundo o pajé, essa foi a primeira doença que apareceu assim, não tinha outras. Outro aspecto importante dessa atuação é que trabalho pode ser feito com a ajuda de outros pajés, daqueles que já fizeram a passagem. No caso do Pajé, ele teve ajuda do avô para suspender a doença. Percebendo-me como outra, que não conhecia bem a “língua” da cultura Apurinã, o pajé supôs que eu poderia estar duvidando do que ele me contava e destacou:

Pajé: É. Graças a deus eu combati e não aconteceu nada com os Apurinãs, essa é a minha história, que eu vi. O que eu estou contando para a senhora não é mentira, é verdade. Eu, graças a deus, não sou deus, mas o pouco que eu sei eu deixei para o meu povo, os Apurinãs. É isso, dona. (Entrevista, 26/22/2021)

Sem ter muita noção sobre a extensão e as dimensões do trabalho dos pajés, perguntei para o Pajé se trabalhou só em sua aldeia.

Amanda: O senhor combateu aqui, da Nova Vista?

Pajé: Sim, de todo...

Amanda: De todas as aldeias?

Pajé: É. (Entrevista, 26/22/2021)

Outra aldeia que também tem pajé é a aldeia Cachoeira, sobre a qual conversei na entrevista com a técnica de enfermagem de lá, que me explicou:

Amanda: Eu fiquei pensando, nas aldeias que não tem pajé, como será que foi, foi diferente da sua?

Técnica: Quando o pajé faz o trabalho dele, ele é bem coletivo, ele não é individual, ele passa a visão a todas as aldeias e ele tem, com a tradição, de tipo assim, reprender a doença, que ela passa, mas passa fraco, que ninguém venha a óbito, que não venha caso grave e ele fala: “venha a doença, mas ninguém aqui na aldeia...”

Amanda: Ele falou?

Técnica: Foi. Não vai morrer mais, da covid mesmo agora não.

Amanda: Aí ele faz o trabalho como um todo?

Técnica: O trabalho coletivo, faz essas visitas nas aldeias, passa nas outras aldeias e eles sabem.

Amanda: Ele fez esse trabalho aqui

Técnica: Foi. Ele fez com Purus de Cima, começou lá de cima e passou até o Mamoriá [Rio que marca o limite de Pauini no Purus de Baixo] e ele falou. Aí quando tem, a aldeia que tem pajé eles fazem esse trabalho, a que não tem, como é parente o pajé e o trabalho ele é coletivo, tem essa proteção, como se diz? De evitar que as pessoas pegarem aquela doença, que venha a prejudicar, casos mais graves, complicar as coisas, não, ele já pega, mas pega mais fraco.

[...]

Amanda: Ele faz esse trabalho sozinho assim?

Técnica: Não, ele só tem um pajé no momento lá, ali ele mascou, fez o trabalho dele lá, porque na hora ele vê outros pajés que já se foram, eles têm contato com eles, vê, só que a gente que está lá não vê, eles veem, ali os pajés que já se foram vem visitar ele, ele vai dormir, depois que ele dorme que vai conversar, quando ele se acorda, ele fala. (Entrevista, 01/02/2022)

## 1.8 Dimensões da pandemia em Pauini

No livro em que aborda o desenvolvimento de “métricas” e a centralidade de abordagens quantitativas na saúde global, Adams (2016) argumenta que os números não são intrinsecamente capazes de provar algo, mas podem ser feitos falar em formas bem específicas. A elaboração dos números e funcionamento das métricas poderiam ser vistas como formas de contar histórias, sobre aqueles que os produzem, o que importa para eles (e o que fica de fora). Nesse sentido, os números podem decidir ações, sobre indivíduos ou populações, mobilizar políticas, alianças, recursos e até promover saúde, não por afirmar verdades sobre o mundo empírico, mas devido às formas como são produzidos e circulam (ADAMS, 2016).

Essas produtividades e circulações são as histórias que precedem e excedem formas numéricas de contar verdades. Ao mesmo tempo, formas métricas de razão e de contar histórias muitas vezes substituem outros tipos de



conhecimento, outras formas de evidência. (Adams, 2016, posição 319 ebook, tradução minha<sup>82</sup>)

Desde que ouvi Apurinãs dizendo que ela viria fraca, comecei a pensar em como medir a força de uma doença, de um vírus, de uma emergência de saúde pública. Poderíamos trabalhar, por exemplo, com os números de casos e a proporção de óbitos, considerando a sua centralidade na saúde pública, na mobilização de planejamentos e estratégias de atenção. No entanto, ao longo do capítulo, tentei destacar as formas como esses números foram produzidos localmente, em meio a controvérsias sobre as ferramentas de diagnóstico disponíveis e os diferentes *timings* da doença e das notificações. A forma como os números são produzidos, divulgados e acessados, nos diz sobre os aspectos que se quer destacar e agir sobre – e sobre aqueles que não se quer ver.

Pensar sobre as dimensões da pandemia localmente implicava em questões sobre as temporalidades, na medida em que o tempo da “chegada dela”, com os adoecimentos, e o tempo dos cuidados podem se articular ou se chocar com os tempos da produção de anticorpos, das notificações e da gestão das estratégias da equipe de saúde. Como descrito ao longo do capítulo, quando a equipe chegava às aldeias, com (poucos) testes rápidos sorológicos, a maioria dos indígenas já estava melhorando dos sintomas que consideravam piores. Chegava atrasada para diagnosticar e sugerir tratamento, para quem sentia dores e mal estares e precisava de cuidados. E ainda que chegasse no momento que as pessoas estivessem com sintomas, poderia não produzir diagnósticos, quase que como se estivesse “adiantada”, considerando que o teste rápido identificava a doença tardiamente – apenas após o oitavo ou décimo dia de sintoma – e era a única ferramenta para gerar notificações.

O teste rápido sorológico foi um mediador nesse jogo de temporalidades, um elemento central para produzir números na pandemia em Pauini, apesar de ser uma ferramenta não muito precisa e não indicada formalmente para confirmação de diagnósticos (ANVISA, 2020; AMAZONAS, 2020). Nesse sentido, é significativo o fato de o diagnóstico clínico não gerar notificações na prática, embora houvesse previsão formal (AMAZONAS, 2020). A identificação clínica da possibilidade da doença, embora muitas vezes não se assumisse como diagnóstico, e não gerasse notificações, gerava sugestões de tratamentos e/ou isolamento por parte da equipe. De todo modo, os números, ainda que emergindo nesse cenário em que os

---

<sup>82</sup> “These productivities and circulations are the stories that precede and exceed numerical forms of truth-telling. At the same time, metrical forms of reason, and truth-telling often displace other kinds of knowledge, other forms of evidence” (ADAMS, 2016, posição 319 ebook).

próprios profissionais de saúde reconheciam imprecisões, geravam atenção e ações – as aldeias com maiores números acabavam mobilizando mais tempo e atenção da equipe e do DSEI do que aquelas que tinham “apenas” muitas pessoas com sintomas.

No cotidiano das aldeias, independentemente da confirmação de diagnósticos, as pessoas estavam se cuidando, prevenindo a chegada da doença e oferecendo tratamentos para quem sentia diferentes tipos de possíveis sintomas. Além de avaliar, mensurar, contar histórias, produzir memória, dos casos, suspeitas, medos e reações.

Em conversa com o agente indígena de saúde (AIS) da Aldeia Boa União (na região em que começaram os casos), com a participação de outros moradores da aldeia, ele me contou que praticamente todo mundo na aldeia adoeceu:

Amanda: Foram quantos por aqui?

AIS: Positivo mesmo, aqui na aldeia, foi... quatro. Quatro casos.

Amanda: O que deu no exame.

AIS: No exame. Agora, se fosse colocar todo mundo na época, tinha dado acho que uns 98% de pessoas aí. (Entrevista, 14/10/2021)

A produção dos números tinha também uma dimensão geopolítica, na medida em que as estratégias de atenção e avaliações das políticas de saúde – identificação de cumprimento de metas, disponibilização de recursos – distribuem-se em níveis de atenção e localidades. A Secretária Municipal de Saúde não queria “ter casos”, mas foi acusada de buscá-los para acessar recursos; e, em comparação com outras prefeituras “nunca escondeu casos”. O DSEI e a Secretaria não conseguiam se entender em relação a quem notificava casos de indígenas pauinienses. Quem se tratava ou falecia em Rio Branco gerava números onde?

As pessoas experienciam seus adoecimentos e a busca por redes de atenção circulando entre os diferentes locais, que nem sempre conseguem responder e lidar bem com essa mobilidade, especialmente em uma região em que “a logística” é diferente do esperado a partir de intervenções padronizadas planejadas em grandes centros urbanos. Nesse sentido, as estratégias de cuidado no nível familiar, comunitário, vão se construindo levando em conta também as experiências de acesso aos serviços – como, onde, quando é possível ou melhor buscar.

Nesse contexto, os pajés trabalharam não apenas para sua aldeia, mas para o povo. A extensão de sua atuação não pode ser compreendida em termos da distribuição geográfica em mapas como temos em mente, além de envolver dimensões que “não vemos”.

Afetando a relação entre os diferentes contextos geográficos, destacamos também, neste capítulo, os problemas de coordenação entre sistemas do SUS na atenção à pandemia. Se o dimensionamento dos impactos da covid era importante para o movimento indígena como

registro histórico, para dar visibilidade e gerar ações (HACON; PONTES, 2022), as denúncias da APIB demonstravam as falhas na articulação dos diferentes sistemas do SUS e as impossibilidades de acessar informações oficiais – sobre a localização dos casos e em que povos, por exemplo. Situação que vimos no contexto de Pauini, em que, não encontrando dados públicos disponíveis, solicitei ao distrito, recebendo números em uma configuração bastante peculiar.

Nesse caso do DSEI Alto Purus e do Polo, embora tenham ocorrido subnotificações reconhecidas, a forma como acessei os dados me pareceu indicar não apenas uma questão de falta de informações – o enfermeiro conseguiu me responder rapidamente os números que eu demandava. A impressão é de que os dados estavam dispersos, não tendo sido categorizados em um formato que permitisse contar uma história preocupada/implicada com dimensões da pandemia, pelo menos não da forma como o movimento indígena poderia esperar – que permitisse dar visibilidade à situação de cada povo; avaliar as medidas tomadas; servir de base para o planejamento de ações efetivas.

Como sugerido por Maricato e Richter (2021), embora possa parecer uma afirmação óbvia, os números têm muito a ver com as categorias produzidas para eles medirem, de forma que a análise de processos de quantificação no cotidiano está conectada a uma reflexão sobre os processos de classificação e categorização. Nesse sentido, tentei mostrar como as mudanças nas categorias de registro, divulgação e disponibilização dos números em Pauini – pela SEMSA, Polo e DSEI – indicavam as mudanças nos entendimentos construídos sobre a doença ao longo do tempo, e no que era preciso registrar para justificar ou legitimar as estratégias de ação propostas. Curados, isolados, em quarentena, positivos, descartados, suspeitos, em recuperação, zona rural, etc., diferentes categorias que diziam sobre como uma população estava, mas sobretudo sobre como as instituições queriam contar a história das ações realizadas ou justificar novas medidas.

Maricato e Richter (2021) destacam também o quanto as tecnologias de governo frequentemente acionam práticas e técnicas de simplificação de realidades complexas, redução de detalhes a categorias definidas, de forma a possibilitar comparações e planejar intervenções. Nessa utilização da linguagem dos números, as tecnologias de governo performam os fenômenos e realidades que buscam estabilizar.

No contexto da covid-19, se olhamos para os cenários e práticas locais de emergência dos números, é preciso destacar também as ausências em relação produção de números a partir de uma coordenação nacional. Para além de dificuldades de coordenação de sistemas de informação do SUS anterior à pandemia, não havia um esforço político do governo Bolsonaro

no sentido da produção de dados que pudessem mobilizar o planejamento de ações. Ao contrário, há denúncias sobre esforços para omitir dados, inviabilizar divulgação e até esconder informações<sup>83</sup>.

Secretária Geral da OPIAJ: E assim, foram duas coisas... O [nome do Coordenador da OPIAJ], pelo menos, depois foi falando muito sobre a covid e sobre a política, porque foi uma coisa que andou muito separada. A política [governo] devia estar trabalhando em cima dessa questão. E aí o governo estava todo o tempo querendo desconstruir uma prevenção, não estava querendo acreditar no que estava acontecendo. E acaba que isso, de uma certa forma, expõe a gente, expõe a gente que está na frente, expõe a gente que acredita que realmente tem a covid, a covid realmente mata... Aparece um louco na televisão e diz que não, que isso é uma besteira, que isso é uma gripezinha, que não sei o quê; não consegue sustentar um governo que se propõe a criar. E isso acaba que é ruim, muito ruim. (Entrevista, 01/11/2020)

Como argumentou a Secretária da Coordenação da OPIAJ, o desalinhamento, entre as possibilidades de ações de atenção à covid-19 e o governo, expunha os profissionais e as lideranças engajadas com a proteção de suas comunidades. No próximo Capítulo abordaremos essa questão a partir do olhar sobre as orientações para o tratamento da doença.

---

<sup>83</sup> CRIADO para divulgar dados sobre covid, consórcio de veículos de imprensa chega ao fim. **G1**. 28 de jan. de 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2023/01/28/criado-para-divulgar-dados-sobre-covid-consorcio-de-veiculos-de-imprensa-chega-ao-fim.ghtml/>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

COTA, L. Documentos mostram que governo Bolsonaro escondeu dados da covid. **Metrópoles**. 28 de jul. de 2023. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/documentos-mostram-que-governo-bolsonaro-escondeu-dados-da-covid>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

VARGAS, M. Governo Bolsonaro escondeu projeções de casos e mortes na pandemia. **Estado de Minas**. 28 de jul. de 2023. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2023/07/28/interna\\_politica,1526312/governo-bolsonaro-escondeu-projecoes-de-casos-e-mortes-na-pandemia.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2023/07/28/interna_politica,1526312/governo-bolsonaro-escondeu-projecoes-de-casos-e-mortes-na-pandemia.shtml)>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

RELATÓRIOS do Planalto confirmam que Bolsonaro escondeu mortes de covid e ignorou risco de colapso na Saúde. **Istoé**. 28 de jul. de 2023. Disponível em: <<https://istoe.com.br/relatorios-do-planalto-confirmam-que-bolsonaro-escondeu-mortes-da-covid-e-ignorou-risco-de-colapso-na-saude/>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

## 2. GESTÃO DA SAÚDE E A PRODUÇÃO DE ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA OU “QUEM DISSE PRA TOMAR IVERMECTINA?”

Na última semana do mês de maio de 2020, eu estava no Polo Base de Pauini enquanto organizávamos a viagem para a primeira atividade de monitoramento da covid-19 que participei em uma aldeia. O diretor do Hospital de Pauini estava lá para conversar com a equipe do Polo e, entre outros assuntos, uma enfermeira perguntou sobre o que estavam usando no tratamento de covid no Hospital. O diretor respondeu que usavam azitromicina (azitro) e ivermectina e perguntou se o Polo tinha ivermectina para emprestar pois a deles estava acabando. A enfermeira perguntou sobre o modo de utilização e dosagem, ele disse a quantidade indicada e explicou que por seis dias. No dia seguinte, enquanto organizávamos o material da viagem, a enfermeira separou caixas de ivermectina para levarmos. Perguntei para que era, ela disse que não entendia muito bem o uso, pois se tratava de um antiparasitário.

À noite, em casa, pesquisei no *Google* e achei uma reportagem em um site de checagem de notícias, a qual afirmava que a eficácia do uso de azitro e ivermectina para tratamento de covid-19 era uma *fake news*. De fato, a única coisa que se podia fazer era tratar os sintomas com analgésicos e antitérmicos, não havia nenhum outro medicamento de eficácia comprovada contra o vírus. Mandeí a notícia<sup>84</sup>, via *Whatsapp*, para a enfermeira, explicando que não sabia se havia novas descobertas ou algum protocolo que o Diretor do Hospital seguia para justificar o uso do ivermectina.

“Se lembra que eu te falei que não sabia em que servia a ivermectina pq só servia para parasita? Agora a azitromicina pode servir sim pq a pessoa sente dor na garganta, essa inflamação pode ser tratada por um antibiótico. Mas a princípio coronavírus se trata igual os sintomas de gripe” (Conversa de Whatsapp, 28/05/2020)

Na conversa, concordei com ela que talvez fizesse sentido a azitro pensando em uma infecção por bactéria associada, mas achava estranho a ivermectina. Ela lembrou que parecia o caso da hidroxicloroquina, sobre a qual também havia reportagens a respeito da ineficácia no tratamento. Nossa viagem seria no dia seguinte e ela ficou de pesquisar com profissionais amigos dela, que já estavam trabalhando com a covid. No dia seguinte, já na voadeira, ela me disse que uma amiga que fazia residência médica no setor de oncologia em um hospital na Bahia falou que estavam usando sim a ivermectina, mas com dosagens específicas. Estavam

---

<sup>84</sup> LIMA, Samuel. Sem eficácia comprovada contra covid-19, azitromicina e ivermectina não devem ser tomados sem prescrição médica. *Estadão*. 11 de mai. de 2020. Acesso em 22 de mai. de 2021.

usando azitro, ivermectina e Tamiflu® (oseltamivir). Mostrou a tabela de dosagens da ivermectina por kilo/peso, argumentando que a dosagem utilizada no Hospital de Pauini estava muito alta.

Nessa viagem, na aldeia, não cheguei a ver a indicação da ivermectina. Mas posteriormente presenciei, em vários momentos, a indicação e principalmente o uso por alguns colegas do Polo, para eles próprios, como forma de “tratamento precoce”. Por exemplo, quando eu tive sintomas de covid durante uma viagem, em agosto de 2020, e procurei a UPA de Rio Branco-AC junto a uma amiga que viajava comigo e tinha os mesmos sintomas. Lá fizemos a coleta do RT-PCR, cujo resultado nos seria passado por telefone em cinco dias úteis – normalmente o resultado deveria sair em dois dias, mas os laboratórios estavam sobrecarregados. Após a coleta do exame, na consulta com a médica, já recebemos a indicação de tratamento. Em uma conversa rápida, a médica confirmou os sintomas que eu sentia, dando *check* em uma lista que estava em sua mão, e me entregou uma folha de uma pilha impressa que tinha em sua mesa: a receita. Azitromicina, ivermectina, vitamina C, e dipirona ou paracetamol caso tivesse febre. Não quis fazer o tratamento proposto, sabendo da falta de confirmação de eficácia e dos riscos. Minha amiga, técnica em enfermagem do Polo, continuou tomando os medicamentos que já tinha começado a tomar antes mesmo da indicação da médica. O resultado do meu exame foi negativo, enquanto o dela foi positivo e ela continuou com o tratamento “precoce” após receber o resultado.

Durante toda a pandemia, os medicamentos e as possibilidades de tratamento estiveram em alta no debate público e, muitas vezes, as adesões a determinados tipos de tratamento estiveram relacionadas a posicionamentos políticos específicos. Os exemplos contados acima apontam ainda para a importância da troca de experiências entre profissionais nessas escolhas, da comunicação por *Whatsapp*, das notícias e dos “protocolos” que padronizavam as indicações de tratamento. Essas cenas levantaram, para mim, algumas questões: quem disse que era para usar aquele medicamento? De onde vinham as orientações para a indicação de um tratamento?

Assim, esse capítulo pretende mapear formas como foram produzidas, no âmbito da atenção primária, as indicações de determinados medicamentos para tratamento da covid-19, fazendo com que alguns chegassem aos indígenas Apurinã de Pauini (e outros não). Nesse sentido, pretende levar em conta os documentos que registram as decisões e propostas de ações na gestão das políticas de saúde relacionadas ao coronavírus. Considerando “a escrita como uma das mais importantes atividades estatais e tecnologias de governo” (FERREIRA; LOWENKRON, 2014), supôs-se que parte da gestão da pandemia envolvia a produção, arquivamento e publicização do registro das decisões dos gestores e governantes, no sentido de

orientar (ou alinhar) as ações dos profissionais de saúde com as propostas de gestão, além de justificar ou tentar legitimar as propostas – muitas vezes acionando argumentos científicos.

Assim, tentei mapear onde estavam os registros das indicações de tratamento nas instâncias que atuaram em Pauini. Em quase todas as entrevistas – principalmente naquelas com profissionais de saúde – perguntei de onde recebiam as orientações, através de que meios, se chegaram documentos dizendo quais medicamentos usar. Nesse sentido, o capítulo segue os documentos “levados a sério”, considerando o contexto em que são produzidos e aquilo que sedimentam, tendo em vista os diferentes momentos em que podem ser acessados – quais seus destinos, como são arquivados e em que condições podem ser acessados (VIANNA, 2014). Além da descrição dos documentos produzidos, especialmente sobre as propostas de tratamento para a covid 19, o capítulo pretende situar o que de fato chegou aos profissionais de Pauini, sem deixar de olhar para as outras redes que atuaram nas decisões entre as opções de tratamentos – como a consulta entre profissionais, amigos, e internet.

Este Capítulo está dividido em duas partes, seguidas de considerações ao final. A primeira delas aborda os documentos (e a falta deles) a partir do que os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), do Polo Base de Pauini e do Distrito Alto Rio Purus (DSEI-ARP) me disseram sobre as orientações que receberam e que orientaram suas decisões sobre qual tratamento propor nos atendimentos relacionados à covid-19. A segunda parte do Capítulo aborda os documentos que foram produzidos na esfera nacional, no âmbito do Ministério da Saúde. Considerando que, em todas as entrevistas, foi mencionada a existência de “protocolos”, “notas técnicas”, ou “portarias” do Ministério que orientariam a ação dos profissionais, fui atrás do que havia de registro das propostas do Governo. Por fim, faço uma reflexão sobre a articulação do que foi produzido (documentado) e do que não foi, nos diferentes contextos de gestão, para tentar vislumbrar os possíveis efeitos no que de fato chegou como opção de medicação para Apurinãs em Pauini.

## **2.1 O contexto “local” e os documentos que vão me enviar depois**

Nas entrevistas com os profissionais de saúde do Polo Base, SEMSA e DSEI, eu perguntava sobre quais medicamentos foram utilizados nos atendimentos relacionados à covid-19 e de onde vinham as orientações para as opções de medicação indicadas. Neste tópico, descrevo o que as entrevistas me indicavam e o que pude mapear a partir delas, no que se refere ao contexto “local”. Uso a expressão entre aspas, pois não se trata de uma localização geopolítica muito bem determinada, mas de um enquadramento que produzi, diferenciando do

contexto nacional (Ministério da Saúde, Governo Federal) e abrangendo referências da gestão municipal, estadual (Amazonas e Acre) e de órgãos da Saúde Indígena (Polo e Distrito) – até onde as entrevistas me levavam.

### 2.1.1 Na Secretaria de Saúde Municipal: “tem uma pasta covid lá”

Em relação a forma como o Município definia as estratégias para gestão durante a pandemia, mencionei no Capítulo 1 a criação de decretos, a partir de reuniões do Comitê de Combate ao Coronavírus<sup>85</sup> coordenado pela SEMSA, adequando as orientações de “portarias do MS” e dos decretos estaduais para o contexto local. Como me explicaram em entrevista, a Secretária (da gestão até 2020) e o Coordenador da Vigilância recebiam portarias do MS, notas técnicas e informativos da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), indicando “como proceder” e adequavam ao contexto local. No entanto, na leitura dos decretos, percebi que eles estabeleciam medidas de controle de circulação e funcionamento de serviços, mas não traziam detalhes sobre procedimentos clínicos e orientações para tratamentos.

Tanto na entrevista com os representantes da gestão até 2020, como com os representantes da gestão seguinte, foi ressaltada a importância das orientações da FVS:

Amanda: E essas notas técnicas que você falou, é da FVS? Servidora da SEMSA<sup>86</sup>: É. As notas técnicas da FVS, a gente tem que seguir critério, porque elas mudam muito. Então a gente tem que trabalhar, a epidemiologia tem que trabalhar sempre em cima das notas técnicas.

Amanda: E vocês tem essas notas aqui?

Servidora da SEMSA: Tem no portal da FVS, se tu quiser dar uma olhada, eu te passo o site.

Amanda: Seria legal. Tem no site, não é?

Servidora da SEMSA: É, o site da FVS. Tu pode ir lá e tem notas técnicas. Na hora que tu procura, aí tu vê. Aí a gente trabalha sempre em cima, porque é a orientação que elas nos passaram. Vai lá sempre em cima das notas técnicas, elas estão sempre mudando. Às vezes é semanal, às vezes é quinzenal.

Amanda: Mas elas são sobre...

Servidora da SEMSA: Sobre covid.

(...)

Secretário: Os ofícios, vem as notas técnicas, o que a secretaria tem que seguir, a vigilância. Porque vem a vigilância sanitária, vem a vigilância epidemiológica.

<sup>85</sup> Ao longo dos decretos esse comitê teve nomes diferentes, e no cotidiano era chamado de Comissão - composta por diferentes atores municipais (outras Secretarias, Coordenação de Vigilância, Polícia – p.4 Capítulo 1), com participação mais ou menos ativa, a depender dos representantes indicados, da temática discutida e do espaço aberto pela SEMSA para discussão.

<sup>86</sup> Essa servidora atuou na Secretaria nas duas gestões, em cargos, posições diferentes, mas ambos com atuação direta no enfrentamento da pandemia.



Aí vem a Secretaria de Saúde. Eles mandam os ofícios direto. Tudo que muda, a gente recebe no nosso e-mail.  
(Entrevista, 16/12/2021)

Ao acessar o site da FVS, encontrei uma página com arquivos de publicações sobre a covid-19<sup>87</sup>, organizadas em pastas a partir de uma série de categorias (Protocolos, Notas Técnicas, Notas Informativas, Boletins, etc.)<sup>88</sup>. Especificamente sobre orientações para tratamentos e medicamentos, não encontrei documentos. Não posso afirmar com certeza que não haja documentos desse tipo entre os arquivos, talvez eu não tenha buscado nas categorias certas ou com os melhores termos (o mecanismo de busca é limitado à pasta da categoria específica). Outro motivo pode ser o fato de não ser exatamente a competência da FVS produzir esse tipo de orientação, na medida em que se trata de uma instituição com foco na vigilância. Ou ainda porque em nenhum momento das entrevistas ou conversas posteriores, os servidores da SEMSA me indicaram um documento específico, suas menções foram sempre genéricas, de que recebiam orientações da FVS “sobre covid”.

Sobre as orientações para tratamento, na entrevista conjunta com a Secretária e o Coordenador da Vigilância da gestão até 2020 – técnicos em enfermagem com experiências anteriores em gestão –, ambos me disseram que trabalharam com “profilaxia”:

Amanda: E o que é que é essa profilaxia? Qual que é a...

Secretária: Ivermectina, com a lorotadina... Porque assim, tem dois protocolos para medicação: a ivermectina, a lorotadina, com paracetamol... e azitromicina... porque depende muito do médico que passa. A conduta indicada acho que é...

Amanda: Mas isso quem definia era o médico? Ou veio algum...

Secretária: Não, tinha uma portaria.

Amanda: Tinha uma portaria com...

Secretária: Tinha a portaria com as medicações. Acho que duas, não é, [nome do coordenador]?

Coordenador da Vigilância: Acho que sim.

Secretária: Tinha duas portarias.

Coordenador: Porque no início eles usavam o hidroxicloroquina.

Secretária: Isso. Mas não teve sucesso, não é?

Coordenador: Aí a partir daquele empresário teve... a primeira morte do Amazonas foi o empresário lá de Parintins<sup>89</sup>. E eles não sabiam a dose adequada,

<sup>87</sup> AMAZONAS. Publicações. **FVS - Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas**. Manaus, 2023. Disponível em: <<https://www.fvs.am.gov.br/publicacoes#>>. Acesso em 25 fev. 2023.

<sup>88</sup> No Capítulo 1, acessei as publicações com orientações sobre as testagens.

<sup>89</sup> A referência pode ser a essa notícia: EMPRESÁRIO morto por Covid-19 no AM é um dos que testaram a cloroquina. **Amazonas Atual**. 25 mar. 2020. Disponível em: <<https://amazonasatual.com.br/empresario-morto-por-covid-19-no-am-e-um-dos-que-testaram-a-cloroquina/>>. Acesso em 25 fev.2023.

O Amazonas também foi palco de estudos com a cloroquina:

e o rapaz foi a óbito. Eles acham que foi pela alta dosagem de medicação. E aí começaram a fazer estudos, e estudos, e estudos, e definiram alguns protocolos que eram para serem seguidos. Azitromicina, ivermectina... medicações que a [Secretária] já falou. Lorotadina, piroxicam...

Amanda: Isso foi protocolo do estado ou foi nacional?

Coordenador: ...eu não lembro. Acho que foi...

Secretária: Eu acho que foi protocolo do estado.

Coordenador: Do estado, não é?

Secretária: Na verdade, o Ministério da Saúde encaminhou para os nossos médicos do Mais Médicos a conduta<sup>90</sup>. Mas não foi a conduta de profilaxia. Foi a conduta do tratamento. Mas eles usaram como profilaxia e eu acredito que, se não tivesse sido isso, nós teríamos tido muito mais óbito. (Entrevista, 06/11/2020)

Em todas as entrevistas que realizei mantive a curiosidade sobre de onde vinham as orientações para decisões de tratamento, se estavam escritas, se foram ditas e por quem. Após essa fala da Secretária, por exemplo, pedi a portaria ou o documento mencionado, explicando que um dos interesses da pesquisa era entender o que era orientação do município e de outras instâncias, e me disseram que tinham o documento e poderiam me passar. Sobre a decisão do Município em relação a “profilaxia”, a Secretária reforçou “que foi super certo... a decisão do município em relação a isso foi apoiar os médicos”.

Ao final da entrevista, insisti pedindo os documentos com as orientações.

Secretária: A gente montou as pastas, não é, [nome do Coordenador]? A gente guardou tudo. Desde as pessoas que deram entrada, registradas, portarias... nós guardamos, montamos uma pasta covid.

Amanda: Tem lá na Secretaria?

Secretária: A gente tem. A gente tem a pasta lá. (Entrevista, 06/11/2020)

---

VALVERDE, R. Doses altas de cloroquina não são indicadas pelo estudo clorocovid-19. **Agência FioCruz de Notícias**. 20 abr. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/doses-altas-de-cloroquina-nao-sao-indicadas-pelo-estudo-clorocovid-19>>. Acesso em 25 fev. 2023.

<sup>90</sup> O Programa Mais Médicos é um programa do Governo Federal com o objetivo de levar médicos a regiões em que há falta desses profissionais, investindo também na expansão de vagas nos cursos de medicina em algumas regiões, além de propor investimentos para fortalecimento da atenção primária. Criado em 2013, o programa foi criticado por Jair Bolsonaro desde sua campanha (especialmente pela contratação de médicos cubanos), que em 2019 propôs o Médicos pelo Brasil, que substituiria o Mais Médicos. A transição entre os dois programas não foi concluída, e em 2023, o presidente Lula relançou o Mais Médicos. Em Pauini, o programa é o principal responsável pela presença de profissionais médicos.

BRASIL. Governo Federal. Programa Mais Médicos. Médicos pelo Brasil x Mais médicos: o que muda?. **Programa Mais Médicos**. 17 de dez. de 2021. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/noticias/342-medicos-pelo-brasil-x-mais-medicos-o-que-muda>>. Acesso em 03 fev.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. O que mudou com o Programa Médicos pelo Brasil. **Ministério da Saúde**. 21 de ago. de 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/18478>>. Acesso em 03 fev.2023.

LABOISSIERE, P. Governo relança Mais Médicos; brasileiros terão prioridade. **Agência Brasil**. 20 mar. 2023. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-03/governo-relanca-mais-medicos-brasileiros-terao-prioridade>>. Acesso em 30 mar. 2023.

A Secretária disse que eu poderia ir à Secretaria Municipal de Saúde – a entrevista foi realizada no Hospital – para acessar os documentos, e que indicaria uma servidora para me acompanhar durante a busca. Mas que naquele dia não seria possível porque a órgão estaria lotado de pessoas aguardando atendimento. Estávamos em período eleitoral e a atuação da Secretaria na defesa da candidatura à reeleição a deixava sempre cheia. O Coordenador também me passou seu número de telefone, para me enviar depois os arquivos.

Fui à Secretaria na semana seguinte, perguntei sobre a Secretária, que estava ocupada, e a servidora que ela havia indicado para “me acompanhar” disse que não estava sabendo da demanda. Explicou que os arquivos da covid ficavam todos com a Secretária, na sala dela. Todas as vezes que ia à Secretaria de Saúde era orientada a falar com a Secretária, ninguém mais tinha acesso às “coisas do covid”. Ela, super ocupada – envolvida com as eleições e depois com a “transição” após a derrota nas urnas – recebeu-me duas vezes, e em ambas pediu que eu voltasse outro dia. Outros servidores da Secretaria sugeriram que eu falasse com o Coordenador da Vigilância, que ele saberia dos documentos. Fiz contato por Whatsapp e pessoalmente, e os documentos ficavam sempre para depois. Diante dessa situação, de não conseguir acessar os documentos, não tive a impressão de que quiseram impedir meu acesso, mas que eles não estavam acessíveis nem mesmo para os próprios profissionais, não eram algo de uso cotidiano, algo que foi muito utilizado, que se sabe onde guardou.

Com a equipe da gestão municipal que se iniciou em 2021, a primeira entrevista que fiz, em novembro de 2021, foi com uma enfermeira que estava coordenadora da atenção básica, e que havia atuado no Hospital no início de 2021 (ápice dos casos graves de covid-19). Sobre a medicação usada no hospital, ela disse que orientava a partir de sua experiência anterior em um hospital no Acre. Ao mencionar a criação do Centro de Apoio ao Covid, espaço para tirar das UBSs o atendimento específico a quem tinha sintomas da doença, ela disse que as pessoas já saíam de lá com o “famoso kit covid”. Perguntei quem indicava os medicamentos, ela explicou que o médico, que havia um protocolo padrão e o médicos poderiam associar outros medicamentos dentro do protocolo. Segundo a enfermeira, “O Ministério da saúde criou e padronizou [o protocolo]” (Entrevista, 18/11/2021). Perguntei se havia chegado um documento para o município, ela disse que sim, “vem uma nota técnica”. No final da entrevista pedi que ela me indicasse como acessar o material de orientações do MS e outros documentos que achasse importante sobre os tratamentos. Ela disse que tinha um “Plano de contingência”, do município, e me enviou, dias depois, apenas esse documento por Whatsapp.

Eu tinha a expectativa que um plano de contingência descreveria ações a serem realizadas pela SEMSA, a organização dos serviços e atividades das equipes no enfrentamento

à covid-19, especialmente na atenção básica (que é responsabilidade do município) e na cooperação com o Hospital, mas não era exatamente esse o conteúdo do arquivo acessado. Intitulado *Plano Municipal de Enfrentamento e Contingência ao Corona Virus (COVID-19) do Município de Pauini-AM, ano 2021*, o documento é uma cópia do *Plano de Contingência Estadual para a Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 (COVID 19)* (AMAZONAS, 2020e), com pequenas alterações – nos momentos em que este menciona a instâncias do estado, os nomes são alterados naquele. Os textos são idênticos (sem que haja referência ou marca de citações), apenas com essas pequenas alterações.

Trata-se de textos produzidos “pelo pessoal da vigilância”, como se diz em Pauini, ou seja, o da Secretaria Estadual conta com a parceria da FVS, e o da SEMSA com a instância local da Coordenação da Vigilância Sanitária – e que no caso de Pauini foi escrito pelos coordenadores. Na parte introdutória, os textos descrevem o estabelecimento do contexto pandêmico, a relação do coronavírus com outros vírus respiratórios, para em seguida abordarem as formas de vigilância deles. Falam sobre a vigilância do coronavírus e a necessidade de notificação em 24 horas. Embora tenha o mesmo Sumário do Plano Estadual, o Plano Municipal corta do conteúdo do texto subitens sobre o cenário epidemiológico e a definição de casos. Os objetivos gerais e específicos<sup>91</sup> dos planos são idênticos (com a mudança do nome do estado para o do município), assim como os “níveis de resposta” apresentados – definindo o que seriam níveis de “alerta”, “perigo iminente”, “emergência em saúde pública” e seus indicadores no estado. No tópico “Medidas por nível de resposta” temos a principal diferença, já que o Estadual apresenta um grande quadro descrevendo ações para cada instância de responsabilidade estadual, nos diferentes níveis de alerta. Enquanto o Municipal apresenta um pequeno quadro<sup>92</sup> que não diz nada sobre ações ou instâncias de atuação no contexto local. O Plano Municipal, apresenta, por fim, elementos que não estavam no Estadual e que também não aparecem em seu próprio Sumário, e que falam sobre as possibilidades de “benefícios eventuais”. O termo é utilizado para fazer referência a possível concessão de auxílios a famílias em situação de vulnerabilidade, através de distribuição de alimentos, kits de higiene e limpeza.

Como cópia do Plano Estadual, o Municipal cumpre a função de forma, registrando os entendimentos sobre o vírus – em “palavras difíceis” – e cumpre a exigência burocrática, “o

---

<sup>91</sup> O Objetivo geral (nos dois Planos) é estabelecer plano de resposta para prevenção e controle da emergência, enquanto os objetivos específicos falam sobre a definição de estratégias, estabelecimento de medidas de prevenção e controle e organização da rede de atenção.

<sup>92</sup> No quadro, intitulado “Quadro síntese de elementos que compõem a análise de cenário”, lê-se apenas: ameaça: infecção pela covid; vulnerabilidade: grau de exposição; risco: estimativa de danos. A impressão é de que o quadro poderia ser um esquema para orientar o preenchimento de dados específicos, o que não foi feito.

município tem que ter um Plano”, bem como a exigência política, o município pode afirmar que tem um Plano. No entanto, o Plano não diz quase nada sobre as ações e condutas a serem estabelecidas. Na entrevista com o Secretário de Saúde da gestão 2021 e uma servidora da Secretaria, também perguntei sobre documentos que orientavam e foi mencionado o Plano de Contingência:

Servidora SEMSA: É, porque para fazer o plano, a gente tem que fazer dentro do estado, dentro das notas técnicas, o cronograma tudinho, bem bonitinho para poder...

Amanda: Seguindo o da FVS?

Servidora: Isso. Porque em cima do plano dos municípios, a gente tem que seguir os protocolos, as notas técnicas.

Amanda: É, porque esse que eu li, o plano de contingência, ele não tem muito detalhe de como é o cotidiano... atendimento...

Servidora:...atendimento, paciente por covid, ter que se manter... Amanda: ...ele não fala assim.

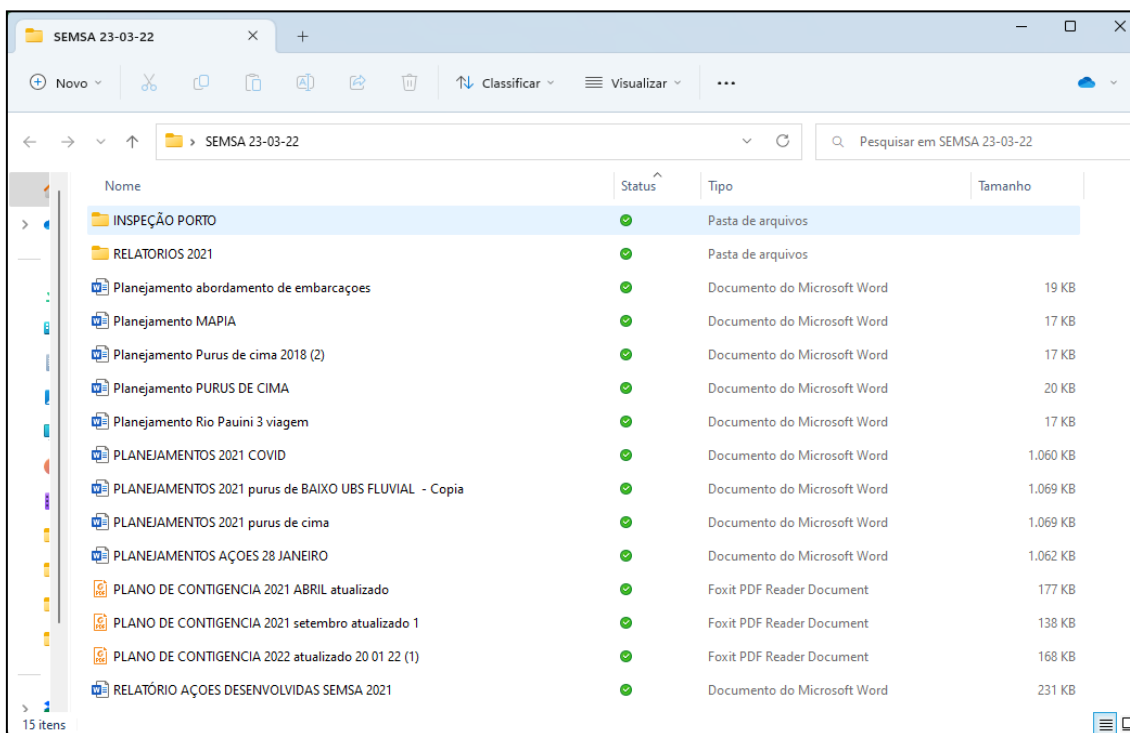
Servidora:...é, é mais o outro mesmo. O outro tinha até a medicação, como usar, tudo bem bonitinho.

Amanda: Se você tiver, se você achar e puder dar uma olhada.

Servidora: Eu vou tentar encontrar para ti nos meus pendrives antigos, para eu te passar.(Entrevista, 16/12/2021)

O “outro” mencionado pela servidora seria o plano escrito pelo coordenador da vigilância da gestão anterior que, segundo ela em outro momento da entrevista, era mais rígido e “batia muito em cima das notas técnicas”. Ela iria me passar depois os documentos e os números de casos. Como mencionado no capítulo anterior, acabei acessando os números através dos boletins no Facebook. Em relação aos documentos, fui à Secretaria algumas vezes, ela sempre dizendo que ia encontrar e que me passava no outro dia. Fui no outro dia e outras vezes. Até que numa das minhas visitas ela lamentou que perdeu seu pendrive com tudo que tinha – que seus arquivos estavam apenas no pendrive. Em seguida começou a procurar no computador em que estava trabalhando se ainda tinha alguma coisa e salvou em um pendrive que eu havia levado todos os arquivos que encontrou naquele computador, em março de 2022 (Figura 1).

Figura 66 - Pasta disponibilizada pela servidora da SEMSA em março de 2022.



Fonte: Autoria própria

Apenas os Planos de Contingência são arquivos em formato pdf na pasta, são três arquivos com conteúdo semelhante ao descrito acima – que equivale ao arquivo “PLANO DE CONTINGÊNCIA 2021 setembro atualizado 1”. A maioria dos arquivos, em formato word, são textos aparentemente não concluídos e cuja autoria não consigo determinar – embora existam indícios e alguns tenham espaço para posterior assinatura – e datam, principalmente, dos primeiros meses de 2021. Entre os documentos que parecem concluídos, estão os modelos para impressão de notificações e multas – na pasta “inspeção porto”; assim como os relatórios das notificações e multas geradas durante as ações no porto e nas rondas – na pasta “relatórios” estão esses arquivos de relatórios dos dias em que foram geradas notificações entre janeiro e fevereiro de 2021, considerando que para gerar a multa e/o notificação era necessário ter estes pequenos relatórios. Os relatórios de atividades e planejamentos de viagens não parecem concluídos.

Assim, a partir do diálogo e das buscas durante as idas na Secretaria Municipal, não acessei nenhum documento que orientasse a forma de organização dos serviços e as formas de tratamento. Não me foram passadas nenhuma portaria, informe técnico, manual, etc. do MS que pudesse ter orientado a atuação do município. Em relação a orientações do estado, foram

mencionados os documentos (Notas Técnicas) da FVS, mas também sem indicações específicas.

Pelo que me foi disponibilizado, pude inferir que o “não acesso” a documentos na instância municipal não tinha a ver com uma falta de transparência, ou um interesse em impedir o meu acesso especificamente. Todos os servidores e gestores com quem conversei pareceram abertos e até interessados em contribuir com a pesquisa, todos os pedidos foram respondidos com muita tranquilidade, poderiam me passar os documentos. No entanto, estes não estavam tão próximos e acessíveis aos próprios servidores e gestores, o que me sugere que talvez não fossem tão centrais no cotidiano da gestão e dos serviços.

Por fim, outra referência no contexto municipal que vale a pena ser mencionada, é a relação com instituições e profissionais de saúde do Acre, bem como a experiência dos profissionais de Pauini fora do município. Na entrevista com a enfermeira coordenadora da atenção básica, ela associou as orientações de tratamento no hospital, que ela fazia aos colegas, a sua experiência anterior:

Amanda: Mas essas medicações, você que tinha essa experiência de lá ou tinha alguma coisa... o Ministério orientava ou a Secretaria? Quem que orientava o que eram as medicações que tinham que ser usadas? Ou tinha a ver com essa experiência que você já tinha?

Enfermeira: Tinha a ver com a experiência que eu já tinha e sabia que as medicações... porque eu peguei um ano de pandemia no covid no Hospital Santa Juliana [em Rio Branco] onde eu trabalhei. Eu sabia todas as mediações, tudo o que precisava. Se o paciente tivesse uma hipotensão... (Entrevista, 18/11/2021)

Sobre o tratamento que ela utilizou quando esteve com covid-19, disse que tinha usado “o kit”:

Amanda: A Prednisona também estava no kit?

Enfermeira: Sim. Isso eu fiz meu tratamento em Rio Branco que foi o doutor infectologista [nome do infectologista reconhecido na região] que eu tinha contato direto com eles, com os infectologistas que atuavam na linha frente do covid. Só que o que eu fiz? Eu entrei com Clexane [anticoagulante] para mim. ... Porque eu já tenho problema circulatório e o meu risco de trombose é gigantesco e se o covid atuava como doença sistêmica fazendo trombos no pulmão. Então eu estava com medo de ter trombose, então eu usei o anticoagulante de alto padrão que se utiliza dentro da UTI que é o Clexane. (Entrevista, 18/11/2021)

As referências a instituições e profissionais do Acre (como o hospital Santa Juliana e o infectologista mencionado) também apareceram nas entrevistas com os profissionais do Polo

Base, onde, aliás, também houve dificuldade de acesso aos documentos que eram mencionados nas entrevistas.

### 2.1.2 No Polo Base: “foram recomendações”

Em Pauini, alguns profissionais do Polo me contaram de seus “tratamentos precoces”, no entanto, durante o trabalho nas aldeias, não presenciei nenhuma prescrição pronta, como a da UPA de Rio Branco, os casos eram analisados mais individualmente. Em entrevista com o Responsável Técnico do Polo – que seria como um coordenador/chefe do Polo – que é um indígena técnico em enfermagem, perguntei quais medicamentos foram utilizados. Assim como nos outros casos, em momentos anteriores a realização da entrevista eu já havia perguntado sobre protocolos e orientações “de cima”, tentando mapear de onde vinham as propostas de tratamento.

Amanda: E de medicamento, o que é que foi usado?

Profissional da gestão do Polo: Na recomendação, não foi direto no Ministério da Saúde, mas foram recomendações que foram feitas, é que tinha que tratar com Azitromicina. Em primeiro, a Ivermectina, e a outra foi a Loratadina. A gente usou também Prednisolona xarope, que é para falta de ar.

Amanda: Essa eu não tinha visto.

Profissional: A gente usou bastante.

Amanda: Prednisolona?

Profissional: É. Prednisolona. Porque a Prednisolona é um xarope que quando tu está com aquela tosse alérgica, falta de ar, tu pode tomar que alivia. Então foram esses remédios que foram usados.

Amanda: Mas foi recomendação do distrito?

Profissional: Foram recomendações.

Amanda: Foi do Ministério, do distrito?

Profissional: É. A própria Ivermectina foi do Ministério. Teve um teste. Primeiro, ninguém sabia o que usar; depois veio uma recomendação que tinha a Ivermectina, que ela aumenta a imunidade.

Amanda: A Azitromicina também foi recomendação?

Profissional: A Azitromicina também foi recomendação.

Amanda: A Prednisolona? Ela já foi de...

Profissional: ...ela já foi uma recomendação de um médico. Eu não sei se foi de Manaus, que eles testaram em um paciente que estava com covid e deu certo. Porque ele estava cansado, eles davam e parava o cansaço.

Amanda: Mas esse médico mandou direto para vocês ou o distrito que mandou?

Profissional: Não, foi para o distrito.

Amanda: E o distrito mandou para cá.

Profissional: E veio em nota, em nota informativa, que era bom para usar. Até a outra nota que saiu foi daquele medicamento da malária.

Amanda: Cloroquina?

Profissional: Cloroquina.

Amanda: Também veio em nota?



Profissional: Também.

Amanda: Vocês chegaram a usar a Cloroquina?

Profissional: Não. Não usamos porque nós não tínhamos.

Amanda: A Loratadina também?

Profissional: A Loratadina a gente usou também. Em forma mais de para quem está tossindo, aquela tosse alérgica, tosse seca. (Entrevista, 20/11/2020)

A entrevista ocorreu no Polo Base, na sala do entrevistado, sentado em sua mesa, de frente para seu computador, e eu na cadeira disponível em frente a mesa. Pedi que ele me mostrasse as notas informativas, manuais, protocolos, todo material que tinha recebido com orientações para tratamento de covid-19. Ele não teve qualquer objeção em me passar, disse que tinha tudo salvo em uma pasta, que eu deixasse um pendrive com ele, que salvaria e me entregava. A entrevista foi dia 20 de novembro de 2020, e posteriormente fui ao Polo diversas vezes atrás do pendrive, mas não o recebi. Assim como com a SEMSA, não me pareceu um interesse em impedir meu acesso aos documentos, mas indicação do fato de que não eram usados. Na citação acima, da entrevista, o profissional me fala com tranquilidade os medicamentos que estavam utilizando, “foram recomendações que foram feitas”. Era minha a preocupação em localizar (formalmente) de onde as recomendações haviam vindo. Baseada em outros contextos e experiências de trabalho que tive em conjunto com o Polo, poderia inferir que as orientações mais seguidas de fato talvez tenham sido aquelas feitas oralmente ou por Whatsapp, a partir do DSEI ou em conversas com outros profissionais – ainda que as orientações do Distrito sejam a partir de documentos oficiais, não necessariamente é preciso lê-los para cumprir o que é sugerido.

Em dezembro de 2021, em entrevista, conversei com uma enfermeira do Polo sobre as orientações para tratamento que recebia:

Amanda: Mas tinha uma orientação do Ministério? Tipo, "deve ser usado isso", ou dependia do médico?

Enfermeira: Na realidade nunca vem. Nunca veio uma orientação "olha, usa isso".

Amanda: E nem do Distrito?

Enfermeira: Nem do Distrito. A orientação era usar o sintomático, porque não tinha o tratamento.

Amanda: Tratar os sintomas?

Enfermeira: Tratar os sintomas.

Amanda: E aí médico que ia avaliar esse...

Enfermeira: E aí o médico avaliava e ele passava, e às vezes não tinha médico com a gente. Às vezes era a gente que tratava, né? Porque os médicos também foram afetados com o covid, então só tinha eu e os enfermeiros, então a gente via e tratava. E foi uma coisa que deu certo. A gente não sabe bem, ainda o

tratamento. Dizem que não tem resposta. Isso não tem resposta. Isso não foi considerado, não sei o quê, mas na hora foi aquilo que resolveu.

[...]

Enfermeira: Aí a gente ia vendo os sintomas, e conforme os sintomas a gente ia dando. Mas é como eu te falei. Tinha... graças a Deus foi dando certo, porque a gente andava dentro de tanta incerteza e foi bem no início, então a gente não sabia o que era, não sabia que medicação. O Ministério não estipulava um tratamento. Ele nunca chegou e disse "olha, vocês vão tratar com isso".

Amanda: E nem do Distrito, também, não tinha nada definido, era outras... sintomático.

Enfermeira: E nem do distrito não. Era tratamento sintomático, e as orientações da gente... para a gente, não vinha tanto para o tratamento, mas vinha mais para os cuidados. Se a gente for ler todas as notas técnicas é "hidrate-se bem", "fique em casa", é "use máscara".

Amanda: Mas nota técnica do Distrito ou do Ministério?

Enfermeira: Na maioria das notas técnicas que vinham, que incentivava o cuidar do paciente, não era tanto em direção a "olha, toma esse medicamento". É para dar esse, esse, esse e esse medicamento. Mas vinha mais em relação ao cuidado de prevenção. Porque geralmente as notas técnicas não vêm com "olha, você vai usar essa medicação", então isso ficava mais a critério do médico e a critério do... e aí a gente ia vendo os tratamentos que os médicos iam fazendo e o que ia dando certo e os sintomas que o paciente estava sentindo e a gente ia usando, e graças a deus deu certo. Mas eu percebi também que o que ajudou muito dentro das aldeias, porque como eu te falei, quando a gente chegou, o pior já tinha passado, assim, os sintomas mais fortes deles tinham passado, estava o restante dos sintomas, porque a gente percebia que depois mesmo dos 10, 14 dias, os pacientes continuavam sentindo dores musculares, ainda ficava com muita dor de cabeça, mas o período pior eles usavam mais a medicina deles, mesmo. (Entrevista, 22/12/2021)

Essa enfermeira foi a única profissional de saúde entre todas as entrevistadas que afirmou que não houve orientações de medicamentos, que dissessem “toma esse”. Muitas mencionaram o foco nos “sintomáticos”, ou as incertezas quanto às formas de tratamento para a nova doença, no entanto, sempre havia a sugestão da existência de algum documento “de cima” – protocolos, notas técnicas, etc.. Outro aspecto chama a atenção na entrevista com a enfermeira é o fato de que, embora as médicas pudessem avaliar e, a critério da médica, propor tratamentos, muitas vezes, na prática, não tinham médicas, eram as próprias enfermeiras que propunham as formas de tratar.

Em entrevista com uma médica do Polo, quando perguntei se havia orientações do MS ou do Distrito, ela respondeu:

Médica: Tem, tem. Agora que tu falou... é porque eu tenho que puxar, eu não gosto de falar sem ter certeza. Como faz muito tempo, eu não lembro

100% certo. Mas eu acho que sim, teve em um... porque a gente tem um grupo do polo, do distrito. Eles realmente lançaram protocolo do Ministério da Saúde. Porque na época, realmente o Ministério... (Entrevista, 23/12/2021)

Embora a médica não lembre com certeza, considerando que o momento da entrevista foi posterior aos períodos de maior número de casos e maior número de atividades de monitoramento (posterior à vacinação)<sup>93</sup>, sua fala também chama a atenção para o acesso/compartilhamento desse tipo de documento através do Whatsapp, no grupo do Polo.

A primeira entrevista que realizei, em setembro de 2020, foi com aquela amiga, técnica em enfermagem que teve sintomas de covid junto comigo quando estávamos em Rio Branco; junto a outro enfermeiro do Polo Base. Ambos estiveram na primeira atividade de monitoramento na aldeia em que ocorreram os primeiros casos (maio 2020), e, contando sobre essa atividade, falaram sobre o protocolo que tinham:

Técnica: E nós ainda levamos o protocolo de tratamento, já tinha um protocolo.

Enfermeiro: Tinha um protocolo do Acre.

Amanda: O que é que era o protocolo?

Enfermeiro: Que era ivermectina, azitromicina.

Amanda: Mas era o protocolo da saúde indígena ou do Acre?

Enfermeiro: Não era o da saúde indígena. Era o protocolo da saúde do Acre que a gente estava utilizando.

Amanda: Mas tipo, de hospital, de médico?

Enfermeiro: Era, não tinha um que a gente tinha do [Hospital] Santa Juliana?

Técnica: Tinha, o único que a gente tinha, que era do Santa Juliana, do hospital particular e um da UPA.

Enfermeiro: E aí a gente ficava utilizando esses assim, ivermectina, azitromicina, dipirona para febre ou paracetamol, era tratamento sintomático.

Amanda: Que era tipo aquele que a gente pegou [na UPA]?

Técnica: Isso, porque na UPA também tinha um padrão. E assim, a gente foi bem cuidadosa em relação a isso porque nós já temos na palma da mão os nossos hipertensos, e a gente não entregou ivermectina para nenhum hipertenso, a gente entregava azitromicina... Tipo o senhor [nome do indígena] tomou azitromicina, estava bastante catarro, estava na auscultação né. Então, a gente fez o tratamento com azitromicina, e a maioria deles não precisou tomar medicamento de farmácia, a maioria. (Entrevista, 19/07/2020)

Santa Juliana é um hospital da rede privada de Rio Branco, mencionado também pela enfermeira da SEMSA – que contou que tinha experiência de trabalho lá. Vale lembrar que, formalmente, a saúde em Pauini faz parte da rede do estado do Amazonas – o que nos leva às

---

<sup>93</sup> Um dos fatores que pode se relacionar ao fato de ela não se lembrar é que ela própria optou por não seguir o tal protocolo, como me disse na sequência da entrevista, “nunca fui muito adepta da ivermectina”. A forma como a médica construía suas indicações de tratamento será abordada na seção seguinte.

referências à FVS, notificações e exames em Manaus. No entanto, no cotidiano, os encaminhamentos da média e alta complexidade são para atendimentos em Rio Branco, que é a capital mais próxima. Além disso, muitos profissionais de saúde que trabalham em Pauini vieram do Acre, tem famílias por lá, ou tiveram sua formação nesse estado. Nesse sentido, seguir um protocolo do Acre pode se referir ao acesso a um documento específico, como também pode se relacionar a contatos com profissionais de lá, ou mesmo ao acesso a atendimentos nas instituições acreanas.

O Portal da Transparência do Estado do Acre tem uma página específica com informações sobre o combate à covid-19, na qual podem ser encontradas legislações, notas técnicas, boletins, etc. Nesse site encontrei dois documentos que abordam as formas de atendimento para covid-19<sup>94</sup>. O primeiro, *Protocolo Específico para a Atenção à Saúde do Estado do Acre: no cenário de transmissão comunitária do Sars-Cov-2* (ACRE, 2020a), de março de 2020, pela data, poderia ser aquele mencionado pelo enfermeiro e a técnica. No entanto, esse protocolo não menciona especificamente possíveis medicações. O outro, *Recomendações para o Manejo de Pacientes no Contexto COVID-19* (ACRE, 2020b<sup>95</sup>), de maio de 2020 – data concomitante à viagem do enfermeiro e da técnica – apresenta, detalhadamente, “considerações sobre as medicações disponíveis”.

O texto apresenta as características clínicas e laboratoriais da doença, os exames necessários e complementares nos diferentes estágios, critérios de diagnóstico e de internação. Posteriormente, descreve as “medicações disponíveis” e suas possibilidades de uso, para então definir um esquema terapêutico para cada fase da doença – são descritas quatro fases, sendo que as duas primeiras nos interessam aqui por serem não hospitalares.

São consideradas “medicações disponíveis” divididas entre categorias: sintomáticos – que inclui antitérmicos e analgésicos; antialérgicos; antitussígenos; cloroquina e hidroxicloroquina – dois medicamentos que conformam uma categoria específica; corticosteróides – engloba metilprednisolona, prednisona, dexametasona; anticoagulantes – considerados para pacientes do grupo de risco; antimicrobianos e antiparasitários – que inclui oseltamivir, ivermectina, azitromicina etc.; e outros tratamentos possíveis – considera transfusão de plasma, tocilizumabe e anakinra. Em cada categoria são descritos os

---

<sup>94</sup> ACRE. Portal da Transparência do estado do Acre. **Portal de Informações sobre o Combate à Covid-19**. Rio Branco, s/d. Disponível em: <<https://covid19.ac.gov.br/nota>>. Acesso em 26 fev. 2023.

<sup>95</sup> Na contracapa do documento são listados os nomes de 14 médicos que participaram da equipe técnica responsável pela elaboração do documento, a qual foi coordenada pelo infectologista mencionado como referência pela enfermeira da SEMSA.

medicamentos, em que fase podem ser usados, com que dosagens e para quais características dos pacientes e possibilidades de associação entre eles.

Os esquemas terapêuticos sugeridos para as primeiras fases são:

Fase I:

- Sintomáticos
- Considerar, de acordo com os fatores de risco para gravidade:
  - Azitromicina;
  - Oseltamivir;
  - Tromboprofilaxia.
  - Suplementação de Vitamina C, D e Zinco.
- Avaliar junto com paciente e familiares:
  - Cloroquina/Hidroxicloroquina;
  - Ivermectina;
  - Nitazoxanida (ACRE, 2020b, p.20, grifo meu)

Fase 2:

- Sintomáticos
- Repouso relativo
- Aumentar hidratação por via oral
- Azitromicina
- Corticosteróide VO:
  - Prednisona por 5 dias até 7 dias
    - < 50 kg = 0,5 mg/kg/d até 30 mg/d (1cp + ½ cp de 20mg por dia);
    - >50 kg = 40-60mg/d (2 a 3 cp de 20mg por dia) OU 80mg 1º dia + 40mg 2º ao 5º dia.
- Considerar:
  - Tromboprofilaxia;
  - Início de antibioticoterapia de forma mais precoce e liberal em indivíduos de maior risco para infecção (DM, IC, DPOC, pluripatológico e/ou com neutrofilia). (Acre, 2020b, p.21)

Ao mencionar a ivermectina em sua descrição das medicações disponíveis, o texto sugere:

Outras medicações que podem ser utilizadas, ainda sem evidências robustas de benefícios, mas que podem ser instituídas neste cenário de incerteza, de acordo com as convicções individuais:

- IVERMECTINA 0,2 mg/kg durante 3 dias. (Acre, 2020b, p. 18, grifo meu)

Em relação à categoria específica cloroquina e hidroxicloroquina:

Considerando que até o momento não existem evidências científicas que possibilitem a indicação de terapia farmacológica específica para a COVID-19,

optamos por deixar a indicação destes fármacos a critério médico, junto com pacientes e familiares.

- Caso seja considerado o uso da medicação, recomendamos esclarecimento ao paciente e familiares e, caso concordem com o tratamento, deve haver assinatura de termo de ciência e consentimento.

Em seguida, o texto “esclarece” que “acredita-se que os benefícios potenciais ocorrem com o tratamento instituído “precocemente”; que estudos randomizados estariam em andamento de forma que as recomendações poderiam ser atualizadas; que as evidências científicas existentes eram ainda controversas (a partir de estudos com metodologias “inapropriadas”) (Acre, 2020b, p.12). Nesse sentido:

Cabe destacar que, sendo o ato médico de responsabilidade deste profissional, não cabe ao Estado constranger a decisão dele, quanto à referida prescrição destes fármacos. Os profissionais de saúde médicos têm a prerrogativa, segundo o julgamento clínico, a perícia profissional e a atitude ética, da tomada de decisões sobre a melhor opção de tratamento, sendo que estas podem prevalecer a orientações e diretrizes gerais, como a do presente protocolo. (Acre, 2020b, p.12)

Assim, embora o texto faça recomendações, no que se refere ao uso da cloroquina e hidroxicloroquina destaca a “autonomia médica” para a decisão sobre os tratamentos. Antes das orientações sobre as dosagens do difosfato de cloroquina e da hidroxicloroquina que poderiam ser administradas, o texto recomenda que o profissional que opte por prescrever esses medicamentos consulte os documentos:

“ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19”; NOTA INFORMATIVA N° 9/2020-SE/GAB/SE/MS e a “NOTA TÉCNICA DE ESCLARECIMENTO E ORIENTAÇÃO SOBRE USO DE HIDROXICLOROQUINA E CLOROQUINA”, da SESACRE (Acre, 2020b, p.12-13, caixa alta no original)<sup>96</sup>

Na segunda parte deste capítulo abordaremos em detalhe essas referências a documentos do Ministério da Saúde. Desde já, porém, vale destacar que a Recomendação produzida no contexto acreano está bastante alinhada com o sugerido pelo Governo – ainda que não exatamente registrado documentalmente. As recomendações desse documento, nos ajudam a entender as receitas prontas na UPA de Rio Branco, bem como as referências pelos profissionais que atuam em Pauini a “protocolos do Acre”.

---

<sup>96</sup> Os documentos citados para que o profissional consultasse não estão na lista de referências das *Recomendações*. Com o título sugerido não encontrei a *Nota técnica de esclarecimento* da SESACRE, o documento do MS será abordado a seguir.

A médica do Polo Base de Pauini, na entrevista realizada em dezembro de 2021, também avaliou a forma como o município trabalhava com receitas prontas:

Médica: Pauini usou uma dosagem absurda, que eu não vi na nossa população. Até hoje, eu vi... teve um dia que o [nome do Secretário gestão 2021] pediu... ele já era secretário na pandemia, ele estava sem médico para nada e pediu para eu atender. Uma tarde, ali no coisa de covid. Eu fui lá, atendi e vi o protocolo dos médicos do município. Era um coquetel...

Amanda: Tinha um?

Médica: Tinha, tinha a receita já pronta lá. Eu falei: "Mas vocês passam isso aqui tudo?", "Passa".

Amanda: E era o que, ivermectina...?

Médica: Era um coquetel, eram oito medicamentos, Amanda. Era azitromicina, ivermectina, e a ivermectina em uma dosagem muito alta, que eu não concordo, pessoalmente. Aí vinha prednisolona... não, dexametasona, vinha nimesulida e vinha dexclorfeniramina em xarope. E mais dois que eu não estou lembrada.

Amanda: Tudo junto?

Médica: Tudo junto. Muito medicamento. Igual Pauini, outros municípios também fizeram os seus protocolos assim. (Entrevista, 23/12/2021)

A partir do Polo Base, os profissionais da saúde indígena não chegaram a trabalhar com receitas prontas. Embora a médica “não concordasse” ou não tivesse indicado tantos medicamentos, o Responsável Técnico do Polo nos apresentou uma lista maior de fármacos utilizados do que os que a doutora mencionou em sua entrevista. Como foi sugerido na citação da entrevista com a enfermeira, nem sempre a médica estava presente. Nesse contexto, vale ressaltar que o Polo contava com apenas uma médica para atuar no monitoramento de cerca de 43 aldeias (com acesso fluvial a diferentes distâncias).

### 2.1.3 O DSEI e a autonomia médica

Como mencionado na Introdução, o Polo Base de Pauini é parte do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus (DSEI- ARP). Nesse sentido, além de entrevistar os profissionais do Polo Base, também com vistas a entender qual o papel da gestão do DSEI nas orientações para tratamentos da covid-19 nas aldeias de Pauini, realizei uma entrevista com uma profissional da gestão do Distrito<sup>97</sup>, em janeiro de 2022, na sede do DSEI. Como a Funai em Pauini realiza atividades em parceria com a Saúde Indígena, o Polo Base, e faz parte do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI)<sup>98</sup>, muitos dos profissionais da gestão do DSEI

<sup>97</sup> Grande parte dos cargos e funções de gestão são “comissionados”, são ocupados por servidores ou pessoas de fora do quadro, indicadas (muitas vezes por relações políticas) para aquela atuação, de forma que a gestão esteja alinhada às propostas do Governo.

<sup>98</sup> O controle social na Saúde Indígena é organizado através de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), reunindo representantes das aldeias no nível de atuação do Polo; Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI),

já me conheciam e não tive dificuldades (além da compatibilidade de agendas) de marcar a entrevista.

Após me explicar que a estratégia nas aldeias era, ao detectar um caso positivo, isolar a pessoa em uma casa na própria aldeia para os tratamentos, perguntei para a servidora como eram esses tratamentos em relação aos medicamentos:

Amanda: E aí os tratamentos, assim, que eram oferecidos, esse medicamento, era uma norma?

Profissional da gestão do DSEI: Isso, orientativo do Ministério, na verdade até da própria Organização Mundial da Saúde, todos os protocolos que eles trabalharam em outros lugares a gente também aplica.

Amanda: E qual era, você sabe?

Profissional do DSEI: Em detalhes eu vou ter que ver, de verdade, porque a gente só recebe e repassa a informação.

Amanda: Porque uma dúvida que eu tinha, assim, do que... porque eu não consegui achar direito no site do Ministério o que são as orientações para esse tratamento no caso da atenção primária, da saúde indígena.

Profissional do DSEI: Depois eu te mando, te mando alguns protocolos que a gente usou. (Entrevista, 24/01/2022)

Assim como no contexto do Polo e da SEMSA, eu não recebi esses documentos. Como relatado no Capítulo 1, foi a partir dessa entrevista que acessei as informações enviadas por e-mail pelo DSEI, sobre números de casos. O e-mail de solicitação que enviei pedia as duas coisas, documentos sobre orientações de tratamentos e informações sobre os números de casos em Pauini, no entanto, somente uma tabela de números foi recebida como resposta.

Outro aspecto a destacar na fala da profissional da gestão é a ênfase ao fato de que seguiam orientações do MS, baseadas em orientações da OMS. Na continuidade da conversa:

Amanda: Aí eu fiquei na dúvida se é uma coisa que vem do Ministério, se é o distrito que orienta, se é o médico que vai correr atrás.

Profissional do DSEI: Na realidade no começo era tratado tudo como síndrome gripal, depois vieram os orientativos, aí a Organização Mundial da Saúde solta alguma coisa, o Ministério adequa a realidades locais, e a gente segue.

Amanda: Entendi, é que eu não consegui achar específico da saúde indígena.

Profissional do DSEI: É que segue como um todo, não trata diferente, no fim trata todo mundo igual. (Entrevista, 24/01/2022)

Assim como nas entrevistas com os profissionais de saúde de Pauini, é afirmado com certa segurança a existência de orientações do Ministério da Saúde – apesar de não haver a

---

que reúne representante das aldeias, profissionais do DSEI e representantes de instituições que atuam em parceria com aquele distrito; e o Fórum de Presidentes dos CONDISI, a nível nacional. A Funai/CTL Pauini tem um assento no CONDISI do DSEI Alto Rio Purus.



referência a documentos concretos. É papel do DSEI seguir as orientações do MS, que em teoria seguiria o que a OMS propõe, conforme explicado pela gestora. Tratarei dos documentos do MS na segunda parte deste Capítulo, vale adiantar, no entanto, que uma das características da gestão do Governo na pandemia foi não seguir e até questionar o que era recomendado pela OMS.

Como exemplo, podemos mencionar os destaques do Relatório da CPI da Pandemia, segundo o qual, mesmo após a OMS interromper os testes com a hidroxicloroquina, em junho de 2020, o Governo Federal continuou enfatizando a possibilidade de seu uso para covid (BRASIL, 2021a, p. 94). Outra situação refere-se ao ex-Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, que ao ser questionado na CPI se seguia as orientações da OMS, em maio de 2021, respondeu que as orientações existiam, mas não eram impositivas pois o Brasil era soberano em suas decisões, não era obrigado a seguir (p. 188-189). O Relatório tem ainda um capítulo sobre “Desinformação na pandemia”, que apresenta quatro páginas com exemplos de notícias de mídias e influenciadores bolsonaristas sobre “lockdown e distorções sobre a OMS” (pp. 720-724). Outros exemplos poderiam ser citados<sup>99</sup>, das mídias bolsonaristas colocando a OMS como uma “entidade política” (menos científica) defensora de interesses dos inimigos políticos daquele grupo (CESARINO, 2020b).

Outro aspecto que chama atenção na fala da profissional da gestão do DSEI é a ideia de que “no fim trata todo mundo igual”. Embora a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) apresente a proposta uma atenção “diferenciada”, de forma que, idealmente, a Saúde Indígena teria uma abertura para opções de tratamento que dialogassem com os saberes e práticas indígenas, a prática cotidiana dos distritos apresenta uma série de dificuldades para efetivação da assistência diferenciada – a literatura antropológica no campo da saúde indígena traz vários exemplos dessas dificuldades, desde a falta de disposição e formação dos profissionais de saúde, a dilemas na adaptação da proposta a situações culturais específicas (LANGDON; GARNELO, 2004).

Na continuidade da entrevista, perguntei sobre medicamentos que vi em Pauini:

---

<sup>99</sup> Em *A Linha do Tempo da Estratégia Federal de Disseminação da COVID 19*, o Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nos mostra que, em abril de 2020, a OAB requereu uma medida cautelar no STF para determinar que o Presidente cumprisse o protocolo da OMS referente a medidas de isolamento social (CEPEDISA, 2021, p.43). Em outro momento, em janeiro de 2021, a Associação Juizes pela Democracia também protocolou na PGR uma representação contra o Presidente por “conduzir-se na contramão da recomendação da OMS de adoção, pelos países, de ‘uma estratégia integral e combinada para prevenir infecções, salvar vidas e minimizar o impacto’ da crise” (CEPEDISA, 2021, p. 130).

Amanda: Porque teve a época que usava azitromicina, teve época que usava ivermectina.

Profissional do DSEI: Acho que a gente nem chegou a usar, **não deu como tratamento paliativo**, não recebeu nenhuma orientação, **era dado se um médico recomendasse** o uso da azitromicina e ivermectina.

Amanda: Em Pauini eu lembro de chegar a ver, o uso de azitromicina e ivermectina, os outros não vi não.

Profissional do DSEI: Na verdade, quando a gente recebeu os kits da EDS [Expedicionários da Saúde], dentro desses kits tinha azitromicina.

Amanda: Aí veio azitromicina.

Profissional do DSEI: Isso, tinha azitromicina, mas a gente só vê os casos que os médicos recomendaram.

Amanda: Vocês não precisaram adquirir.

Profissional do DSEI: Não.

Amanda: Nem ivermectina?

Profissional do DSEI: Não, graças a Deus.

Amanda: Porque eu cheguei a ver o uso e fiquei na dúvida se era o protocolo, se era o médico que tinha direcionado.

Profissional do DSEI: Não, isso, é, tipo aqui, você vai no posto aqui a receita é padrão, o médico só assina, mas o bom da saúde indígena é isso, o médico está de olho no paciente e ele indica o que ele achar necessário.

Amanda: Não chegou a ter esse padrão.

Profissional do DSEI: Não.

Amanda: E não tinha orientação também.

Profissional do DSEI: Não. (Entrevista, 24/01/2022)

Os Expedicionários da Saúde (EDS) são uma organização sem fins lucrativos que teria o objetivo de levar atendimento médico a populações “geograficamente isoladas da região da Amazônia Legal”, segundo seu site<sup>100</sup>. A única vez que vi sua atuação em Pauini foi no contexto das parcerias para a construção das UAPIs, em que teria contribuído com o transporte e o envio de recursos e equipamentos<sup>101</sup>. Conforme a profissional do DSEI, a organização enviou também kits de medicamentos.

Durante meu processo de pesquisa, minha orientadora me enviou, em maio de 2021, uma notícia que acreditava que poderia me interessar. A reportagem da Folha de São Paulo<sup>102</sup>

<sup>100</sup> QUEM Somos. **Expedicionários da Saúde**. Disponível em: <<https://eds.org.br/quem-somos/>>. Acesso em 27 fev. 2023.

<sup>101</sup> No primeiro Capítulo mencionei a construção das três UAPIs para que os indígenas pudessem receber tratamentos em aldeias em “pontos estratégicos”, como parceria da OPIAJ, COIAB, WWF e DSEI, além da EDS. Não sei exatamente qual a contribuição de cada instituição, da EDS fique sabendo de sua participação no momento de inauguração das Unidades, ao receber camisetas da organização.

<sup>102</sup> SASSINE, Vinícius. Saúde distribui 265 mil comprimidos de medicamentos sem eficácia comprovada para tratar Covid-19 em indígenas. **Folha de São Paulo**, 24 mai. 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/saude-distribuiu-265-mil-comprimidos-de-medicamentos-sem-eficacia-comprovada-para-tratar-covid-19-em-indigenas.shtml>>. Acesso em 27 fev. 2023.

afirmava que o Ministério da Saúde teria distribuído pelo menos 265 mil comprimidos de cloroquina, azitromicina e ivermectina a indígenas para tratar infecções pelo coronavírus. Parte desses medicamentos teria sido comprada pelos DSEIs e a SESAI teria emitido um informe técnico para orientar como instruir os processos para aquisição de cloroquina e hidroxicloroquina<sup>103</sup>, caso municípios e estados se negassem a fornecer o medicamento. Embora a gestão, na época de Eduardo Pazuello, tenha negado que os medicamentos se destinavam ao tratamento da covid-19, a reportagem teria localizado documentos dos distritos registrando a aquisição para enfrentamento à emergência de saúde pública. Dentre os documentos encontrados estariam notas de empenho<sup>104</sup> referentes a compras de azitromicina pelo DSEI Alto Rio Purus. Questionado sobre as compras, o MS teria afirmado que azitromicina e ivermectina eram medicamentos constantes na RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – e utilizados em diversos tratamentos da atenção primária, sendo sua aquisição feita a partir das demandas de atendimentos dos DSEIs.

A reportagem indica que os documentos foram acessados através do Localiza SUS, portal alimentado pelo Ministério para divulgar gastos e ações de combate à pandemia. Acessei o portal para pesquisar as aquisições realizadas pelo DSEI Alto Rio Purus, e foi possível localizar uma dispensa de licitação<sup>105</sup> para aquisição de “medicamentos para atender as necessidades do DSEI/ARP para enfrentamento a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da infecção pelo novo coronavírus”<sup>106</sup>. Com valor total de quase treze milhões e setecentos mil reais, a dispensa previa a aquisição de seis itens: dois tipos de paracetamol, dois tipos de dipirona, cloreto de sódio e azitromicina.

<sup>103</sup> Os dois medicamentos não constam na lista do Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, estabelecido na Portaria nº1059, d 23 de julho de 2015 (BRASIL, 2015), conforme será detalhado a seguir, talvez por isso a necessidade de orientações técnicas para efetivar aquisições.

<sup>104</sup> Uma nota de empenho seria um documento que registra o compromisso da destinação (ou a reserva) de determinado volume de recurso público para o pagamento, após a entrega, de produtos ou serviços contratados de determinada empresa.

<sup>105</sup> Em geral as compras públicas são feitas através de processos licitatórios, conforme as Leis 8.666/93 e 14.133/21, que preveem alguns casos específicos em que podem ser realizadas as “dispensas de licitação”, entre eles situações de emergência, como foi o caso da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente da infecção pelo novo coronavírus. Os processos de dispensa de licitação demandam justificativas para sua realização, que só pode ocorrer em casos específicos previstos na lei, não podendo ser utilizados para aquisições recorrentes de produtos de uso cotidiano de determinado órgão, e teriam valores limitados (50 mil para compras). No entanto, o contexto da pandemia flexibilizou as regras permitindo à administração pública atuar com dispensas para compra de insumos, bens e serviços para o enfrentamento à covid-19. Ou seja, o fato de o DSEI ter realizado uma dispensa de valor alto para aquisição de medicamentos, indica que de fato estes deveriam ser destinados ao uso para COVID 19.

<sup>106</sup> PAINEL de compras COVID-19. **Compras.gov.br**. Disponível em: <<https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/1ddb773f-0254-4c9c-9b5c-b70602688bb3/page/2nwRB>>. Acesso em 28 fev. 2023.

No trecho citado da entrevista com a profissional da gestão do DSEI, grifei afirmações que me chamaram atenção. Li o termo “tratamento paliativo” como um outro nome para a ideia de “tratamento precoce”, sendo interessante a necessidade da servidora de afirmar que não foi utilizado, embora admita a presença dos “kits” e as entrevistas com outros profissionais de saúde nos deem indícios desse uso. Outro aspecto destacado no trecho foi a ideia da responsabilidade médica sobre os tratamentos recomendados. A profissional da gestão do DSEI também destacou o “bom da saúde indígena” no fato do médico estar “de olho no paciente” e não ter criado um padrão de receita, como vimos nos postos de saúde (e UPA) do Acre.

A ideia de “autonomia médica” para a decisão em relação aos tratamentos utilizados para covid-19 também foi defendida pelo Governo Bolsonaro durante a gestão da pandemia – na seção 2.2.2 apresentarei alguns instrumentos dessa proposta. No entanto, como uma das enfermeiras do Polo afirmou, em trecho de entrevista já citado, no caso de Pauini, nem sempre havia médicos, muitas vezes eram as enfermeiras que propunham os tratamentos.

Em entrevista com a médica do Polo Base – com quem eu tinha alguma proximidade e sabia que não era bolsonarista – pude notar que, de certa forma, ela utilizava sua “autonomia”:

Médica: ...Se saísse positivo, passava medicação, que na época era azitromicina e a ivermectina, mas eu não estava passando. Eu, pessoalmente, a minha conduta, eu não estava passando. Eu só estava passando para quem realmente estava... muito... "Não, estou muito ruim mesmo, estou com muita febre, não estou conseguindo levantar". Aí eu passava. Mas teve paciente no São Benedito mesmo que dava positivo, mas "Não, estou sentindo só como uma gripe, mesmo", eu deixava só paracetamol e dipirona.

Amanda: Mas os medicamentos que eram usados eram esses mesmo, azitromicina e ivermectina?

Médica: Era, azitromicina e ivermectina.

Amanda: Mas essa era a orientação do distrito?

Médica: Na verdade, do distrito, não. Não lembro se o distrito soltou algum protocolo de tratamento. Pelo que estou lembrada, não, Amanda. Começaram a surgir os protocolos dos municípios, entendeu? Das secretarias de saúde. O distrito em si, eu pessoalmente não lembro de ter pego nenhum protocolo deles dizendo que esse é o tratamento mesmo.

Amanda: Mas esse era da secretaria de Pauini?

Médica: Pois é, agora tu me perguntando, eu não estou lembrada. Porque eu tenho o *Whitebook*. É um programinha de médico de todas as doenças. Vem falando os sintomas e a conduta adequada para cada doença. É um aplicativozinho, porque muita doença a gente...

Amanda: Mas de quem é esse aplicativo, quem que...?

Médica: O *Whitebook*? São vários médicos. Ele é pago. São vários médicos que compõem. É esse daqui, ó. Esse daqui. (Entrevista, 23/12/2021)

A médica me mostrou o aplicativo no celular, digitando um exemplo de doença na busca, selecionando “profilaxia na atenção primária” e as sugestões de tratamento que apareceram.

Amanda: Mas ele tem para covid também?

Médica: Tem. Ele tem uma aula específica de covid. Aqui, ó. Aqui eu acho que... APS, atenção primária de saúde. Fala tudo. Aqui ele fala tudo, o que é a doença, apresentação clínica, diagnóstico, critérios de diagnóstico, abordagem terapêutica. Aí nas prescrições são geralmente os medicamentos. Fórmula ambulatorial leve. Pode ver que aqui ele já não está mais, nem tem azitromicina, ivermectina, nada. Entendeu? Mas se eu não estou enganada...

Amanda: Teve uma época que teve?

Médica: Sim, teve uma época que teve aqui. Porque eles atualizam. Principalmente covid, eles atualizam direto. Até que aqui fala a última vez em que ele atualizou. 18 de novembro de 2021, foi a última atualização dele. (Entrevista, 23/12/2021)

O *Whitebook* é um aplicativo lançado, em 2013, pela PEBMED, fundada por três médicos com formação na Universidade Federal Fluminense. Além do *Whitebook*, definido com “aplicativo de consulta a conteúdos e ferramentas para tomada de decisão clínica”, a PEBMED mantém o Portal PEBMED, um portal de “notícias e atualizações em Medicina”, bem como o *Nursebook*, para profissionais de enfermagem. Em 2019, a PEBMED foi comprada pela Afya, se tornando “o braço digital” do “maior ecossistema de educação em saúde e *healthtech* do Brasil, além de ser a única empresa que se relaciona com o médico em todas as fases de sua carreira; da graduação à especialização”, segundo a publicidade da empresa<sup>107</sup>. A Afya possui uma série de faculdades de medicina e centros universitários em várias cidades do país, cursos de preparatórios para residência, e programas de formação continuada, além de marcas de “soluções digitais de suporte à rotina médica”.

Mas não foi apenas a partir das orientações do aplicativo que a médica “tomou suas decisões”. Na seção anterior citei um trecho da entrevista em que ela menciona que lembrava, sem muita certeza, de algum “protocolo do Ministério”. Na sequência da conversa, ela destacou ainda a influência da equipe:

Amanda: Teve um protocolo do Ministério...

Médica: ...soltou o protocolo da ivermectina e da azitromicina. Eu, pessoalmente, nunca fui adepta à ivermectina. É tanto que eu passei a administrar mais por pressão da equipe. Tu viajou comigo, tu viu como é que é. Os técnicos de enfermagem ficam "Mas isso, não vai passar isso? Está passando na televisão que é para dar isso", entendeu? Mas eu mesma, na minha cabeça...

<sup>107</sup> PEBMED: Oferecendo segurança e confiabilidade através de conteúdos de saúde para sua tomada de decisão. **PEBMED**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/quem-somos/>>. Acesso em 27 fev. 2023.  
UMA história de impacto. **AFYA**. Disponível em: <<https://afya.com.br/sobre/historia>>. Acesso em 27 fev. 2021.

Amanda: Mas a equipe estava, sei lá, acreditando que... (Entrevista, 23/12/2021)

A equipe do Polo base de Pauini tem uma média de seis a oito técnicas de enfermagem, três enfermeiras e uma médica – em alguns momentos chegou a ter duas – contratadas. Nas equipes do DSEI, em geral, era recorrente a falta de médicas ou a quantidade insuficiente para a demanda. Ou seja, o número maior é de profissionais técnicas e enfermeiras, e que na maior parte das vezes também tem mais tempo de experiência na saúde indígena do que as médicas. Nesse sentido, enfermeiras e técnicas também participam das orientações de tratamentos, estão mais presentes em mais contextos de atendimentos do que as médicas, e têm mais tempo de contato com os parentes, participando em diversos procedimentos.

Além da “pressão da equipe”, a médica lembrou também da demanda a partir dos pacientes:

Médica: Mas você está vendo como é a conduta? É isso que eu não concordo, mas por que? Por conta da pressão. Tipo, a pessoa não tem nada, mas vai lá querendo alguma coisa. Na covid apareceu muito isso. O teste saía positivo...

Amanda: De o paciente pedir?

Médica: Isso. O teste saía positivo. Eu, como médica, vi que não tinha indicação de nada. Era no máximo um ibuprofeno. Mas se eu não estou enganada, ibuprofeno ficou contraindicado para o covid, logo no início mesmo. Aliás, não estou enganada, não, ficou. Hoje pode ser que ele não esteja mais, mas na época, ele ficou contraindicado. O ibuprofeno, antiinflamatório. Então era só paracetamol ou dipirona mesmo, que eram analgésicos. A pessoa não está com dificuldade respiratória. A gente vê a saturação, escuta o pulmão, está limpo. Tu olha o oxímetro, está limpo. Está a saturação 98, 99, está normal. Mas a pessoa fica com medo porque o teste saiu positivo, aí olha para nossa cara: "Mas tu vai dar só o paracetamol, doutora?".

Amanda: Mas entre os parentes mesmo pediam, pediam alguma coisa?

Médica: Sim.

Amanda: Mas alguma coisa em específico ou só queria mais alguma coisa?

Médica: Azitro, desesperados por azitro. Por conta que saiu em um jornal que estava sendo utilizada Azitro. Aonde tinha televisão, minha irmã, se não desse azitro, pronto.

Amanda: Mas ivermectina não...?

Médica: Não, a ivermectina eles não aperreavam muito, não.

Amanda: E a cloroquina apareceu?

Médica: Nunca utilizei. Cloroquina é antimalárico, para malária. Eu nem tenho acesso à cloroquina, assim. Claro que eu tenho acesso, eu sou médica e posso prescrever, mas que fica junto com o nosso medicamento normal, não fica, porque a gente tem a equipe de endemias. Então, a cloroquina sempre fica com os meninos. Eu nunca passei. Pode procurar... (Entrevista, 23/12/2021)

Os “meninos” compõem a equipe de endemias – em Pauini, sempre formada por homens. Os agentes de controle de endemias são responsáveis por ações de controle, principalmente, da malária, envolvendo a borrifação das casas nas aldeias (para espantar o

mosquito e eliminar focos de reprodução), exames para detecção dos casos, além de orientações e dispensação dos medicamentos para tratamento. Em Pauini, acompanhei algumas situações em que a equipe de endemias buscava insumos, testes ou medicamentos que faltavam na Coordenação de Vigilância Sanitária do Município. Nesse sentido, as ações de controle da malária envolvem profissionais e equipes específicas.

Além disso, a fala da médica destaca que a cloroquina não fica “junto com nosso medicamento normal”, isso quer dizer, ela não está no Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, estabelecido na Portaria nº1059, de 23 de julho de 2015 (BRASIL, 2015). O Elenco dos medicamentos para atenção básica às vezes é referido em Pauini como o RENAME indígena e acompanhei situações em que o movimento indígena questionou a limitação da lista – que tem 183 itens. Assim, embora a cloroquina circule na atenção básica através das equipes de vigilância da malária – para o controle dessa doença – não é um medicamento “normal” no Polo, como a azitromicina, a ivermectina, a prednisona, o paracetamol, a dipirona, entre outros.

Como dito pelo Responsável Técnico do Polo, em trecho de entrevista já citado, “Não usamos porque nós não tínhamos”. Ao questionar uma indígena, técnica em enfermagem, em entrevista em fevereiro de 2022, sobre os medicamentos que teriam “ajudado”, ela argumentou:

Técnica: [Azitro] Ajudou. Agora, ivermectina acho que não tem nada a ver.

Amanda: Pois é.

Técnica: A gente tomava porque o médico prescrevia também.

Amanda: Mas era o médico que definia assim ou tinha alguma orientação por escrito?

Técnica: Não, lá no distrito eram os medicamentos que repassavam, isso aí que foi geral, é. Ainda bem que aqui não utilizaram aquele medicamento para malária.

Amanda: Cloroquina. (Entrevista, 01/02/2022)

## **2.2 A gestão de cima e as recomendações “não feitas”**

Na primeira parte deste Capítulo vimos que na maioria das entrevistas com profissionais de saúde foram mencionadas “notas técnicas” e “portarias” que o Ministério da Saúde teria enviado orientando quais tratamentos deveriam ser utilizados para a covid-19. Embora as referências não fossem muito precisas e meus pedidos para ver os documentos não tenham tido sucesso, as menções indicam uma expectativa (bastante segura, conforme as afirmações nas entrevistas) de que essas orientações “de cima” existissem. Assim, nesta parte fui atrás do que

de fato o Ministério havia produzido, tentando contextualizar os documentos existentes, possíveis autores, públicos-alvo e formas de divulgação.

Nesse sentido, é importante situar alguns aspectos da estrutura do Ministério, relacionados a produção dos documentos descritos a seguir. Naquele período, o MS era dividido em sete Secretarias: 1) Secretaria Executiva – SE, que tem o papel de coordenar as atividades das outras secretarias, supervisionar os sistemas de planejamento, orçamento e administração; 2) Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, que coordena a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, promovendo atenção primária e saneamento respeitando as especificidades desses povos; 3) Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS, atuaria na formulação e implementação de políticas de atenção básica e especializada; 4) Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, responsável pelas ações de vigilância epidemiológica; 5) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, que trabalharia as políticas de gestão e formação dos trabalhadores da saúde; 6) Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES, responsável pelo controle e avaliação dos serviços especializados e atenção hospitalar; 7) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, que coordena a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Essa estrutura com papéis definidos gera certa expectativa sobre quais setores estariam envolvidos em orientar as práticas da atenção ambulatorial, no entanto, como veremos, a depender do contexto político e quem ocupa os cargos de gestão, as áreas misturam competências ou se influenciam – a SGTES, por exemplo, teve papel significativo na discussão dos tratamentos medicamentosos para a covid-19, embora não fosse esperado considerando seu papel. Algumas dessas siglas apareceram mais nos documentos encontrados. Por se tratar de uma “doença nova”, sobre a qual as possibilidades de tratamento estavam em estudo, a SCTIE teve papel significativo no levantamento de evidências científicas, na avaliação sobre as possibilidades de incorporação de medicamentos ao SUS e de criação de novas diretrizes de tratamento. No âmbito dessa Secretaria encontra-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS – CONITEC, responsável por assessorar o Ministério nas decisões sobre a incorporação de medicamentos, produtos e procedimentos ao SUS e na produção ou alteração de protocolos e diretrizes terapêuticas. Os medicamentos cogitados para tratamento da covid passaram por avaliações nessas instâncias – detalharei a forma na seção 2.2.3.

No âmbito da vigilância, abordamos na primeira parte um pouco do lugar da FVS no Amazonas e da Coordenação da Vigilância Sanitária em Pauini, em relação a construção de planos de contingência, embora não houvesse referência a tratamentos medicamentosos nesse



contexto. No entanto, em relação ao nível nacional, um nome que aparece recorrentemente em relação aos medicamentos cogitados para covid-19 é o da Anvisa.

A autarquia é responsável por “regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública” (BRASIL, 1999 apud CASTRO, 2012, p.59). No “descentralizado sistema de vigilância sanitária brasileiro”, a Anvisa seria o órgão central, federal, responsável pelos dispositivos regulatórios sobre as substâncias farmacêuticas (CASTRO, 2012). A Anvisa é responsável pela autorização para a comercialização de produtos farmacêuticos no país, realizando o registro dos medicamentos, após a avaliação dos estudos – avaliação de caráter jurídico-administrativo e técnico-científico da eficácia, segurança e qualidade. Após a demonstração de eficácia da substância nos ensaios clínicos (fase III)<sup>108</sup>, as farmacêuticas fabricantes solicitam à agência regulatória o registro, para que a substância possa ser produzida em escala industrial, prescritas e comercialização. Nessa etapa ocorrem também negociações sobre embalagem, bula, medidas de controle da produção e distribuição e condições para realização da fase IV dos estudos. Cada mudança nas formas de administração, dosagens e indicações de um medicamento necessita de nova autorização da Anvisa.

Nesse sentido, o órgão teve papel significativo nas discussões tanto em relação ao surgimento de novos medicamentos para a covid-19, quanto em relação à possibilidade de uso de medicamentos já existentes. Apesar disso, o foco aqui não serão os processos de autorização pela Anvisa, essa descrição tem o objetivo de ajudar a situar o leitor na leitura que realizei dos documentos do Ministério da Saúde, em relação a produção de recomendações e orientações sobre possíveis medicamentos para o tratamento da covid. Vale dizer que o posicionamento da Anvisa é importante no debate sobre os medicamentos e muitas vezes acionado de diferentes formas nos debates, mas não é determinante (ou não é o único) em relação às posições do MS.

Após essa síntese de parte da estrutura e das siglas que aparecem nos documentos que serão descritos nas seções seguintes, vale ressaltar que todos os documentos foram acessados pela internet. Durante a escrita deste capítulo, em dezembro de 2022, retornei ao site do MS, para procurar a Nota Informativa nº09/2020, que foi mencionada como referência naquelas

---

<sup>108</sup> Os experimentos científicos para a comercialização de um medicamento, podem ser entendidos em cinco fases: 0) Etapa pré clínica: em que é avaliado o potencial de uma substância, testada a partir de técnicas computacionais ou em tecidos humanos e animais *ex vivo*, para verificar sua possível atividade farmacológica; 1) Etapa clínica – Fase I: avalia a segurança e efeitos no corpo humano e do corpo na substância, testando em voluntários jovens saudáveis; 2) Etapa clínica – Fase II: investiga a eficácia e segurança em um pequeno grupo de pacientes voluntários acometidos pela doença que se quer tratar; 3) Etapa Clínica – Fase três: em um número maior de pacientes voluntários acometidos pela doença a ser tratada, a substância é testada em comparação a um placebo, em comparação a um medicamento que já era utilizado para aquela condição. A partir dessa fase os resultados serão submetidos as autoridades regulatórias para autorização de distribuição e comercialização. 4) Etapa clínica – Fase IV: após aprovação da comercialização, continuam os testes para monitorar os riscos e benefícios do medicamento (CASTRO, 2012, p.74).

Recomendações do Acre (ACRE, 2020b), apresentadas na primeira seção do Capítulo – a única citação direta, com título, a um documento do MS. Eu já havia acessado a Nota no processo de escrita do Projeto para o Exame de Qualificação em 2021, mas queria investigar se continuava disponível e se na página havia outras recomendações, documentos posteriores.

No site do MS, na página do Coronavírus<sup>109</sup>, há caixinhas com categorias que classificam documentos, notícias, boletins, informes, etc. que podem ser acessadas. Sobre o assunto que nos interessa, acessei as categorias “Notas técnicas”, “Notas Informáticas”, e “Publicações Técnicas > Recomendações”. Não encontrei nenhuma Nota Informativa que fizesse referência a medicamentos para covid-19. Na pasta de Notas Técnicas, divididas por ano, em 2020, encontrei uma nota que autoriza dispensação do oseltamivir com receitas da telemedicina<sup>110</sup> (BRASIL, 2020e); em 2021, não encontrei nenhuma nota sobre medicamentos (quase todas eram sobre a vacinação); e em 2022, há uma série de 14 notas, cada uma sobre o uso de um medicamento específico para covid – abordarei esses documentos na quarta seção deste subcapítulo. Primeiro, voltemos à Nota Informativa nº09/2020 (BRASIL, 2020a).

### 2.2.1 A Nota Informativa nº09/2020 e o destaque da cloroquina

Embora não esteja mais disponível na página do MS, a Nota nº09/2020 pode ser encontrada em outros sites, a partir de uma busca na internet. Além disso, eu havia baixado o arquivo em pdf durante a escrita do projeto de qualificação (em abril de 2021).

A nota foi posteriormente substituída, e retirada do portal do Ministério da Saúde juntamente com outros documentos após a instalação da CPI da Covid-19 no Senado Federal (ver §§ 88 e 228), mas continua acessível em outros sites que a reproduziram à época, como o da OPAS<sup>103</sup>. (CEPEDISA, 2021, p.57)

O Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, formulou A Linha do Tempo da Estratégia Federal de Disseminação da covid-19 – publicada no âmbito do projeto “Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil” e posteriormente ampliada a pedido da CPI da Pandemia no Senado (BRASIL, 2021a). Conforme essa linha, por exemplo, em

---

<sup>109</sup> BRASIL. Ministério da saúde. Coronavírus. Brasília, **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>>. Acesso em 04/01/2023.

<sup>110</sup> Durante a pandemia, o MS regulamentou a telemedicina, em “caráter excepcional e temporário”. A Nota Técnica Nº 10/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020e) autoriza a dispensação do oseltamivir (também conhecido como Tamiflu®) nas farmácias públicas do SUS mediante uma declaração de indicação a partir do TeleSUS. O medicamento é um antiviral, utilizado para tratamento de síndromes gripais, infecções pelo vírus Influenza.

08/04/2020, o ex-Presidente publicou no Twitter que há quarenta dias vinha falando do uso da hidroxicloroquina para o tratamento da covid-19 (CEPEDISA, 2021, p.45). Em 16/04/20 o ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta teria sido demitido, entre as principais razões estaria a discordância em relação a estratégia de indicação de uso precoce da cloroquina (p.47). Em 15/05/2020, outro Ministro da Saúde, “Nelson Teich, teria se demitido também por discordar da estratégia (p.54). E em 20/05/2020, o ex-Presidente declarou, em entrevista, que ‘Quem for de direita toma cloroquina, quem for de esquerda toma tubaína’”.<sup>111</sup>

Assim, foi sob o comando de um ministro da saúde mais alinhado às ideias do ex-presidente, Eduardo Pazuello, que a Nota Informativa nº09/2020 foi publicada, em 20 maio de 2020, quando a cloroquina já era central no debate público sobre o enfrentamento à pandemia. A orientação foi se mantendo no MS, de forma que a Nota foi atualizada, primeiramente pela Nota Informativa nº11/2020 de 17 de junho de 2020 e depois na Nota Informativa nº17/2020 (BRASIL, 2020b), em 30 de julho de 2020, que ampliava a indicação do uso da hidroxicloroquina para grávidas. Essas Notas foram retiradas da página do MS poucos dias antes da instalação da CPI, em abril de 2021 (CEPEDISA, 2020, p.78), o Governo teria recebido uma lista de questões sobre o enfrentamento à pandemia que deveriam ser respondidas pelos ministérios, entre elas se o governo havia promovido tratamento sem evidências científicas comprovadas, o que poderia ter mobilizado a retirada das Notas do site<sup>112</sup>.

Embora o Governo tentasse defender o caráter informativo das Notas, a divulgação do primeiro documento em grande parte da mídia apareceu como o lançamento de um protocolo pelo MS<sup>113</sup>. Na capa da Nota 17/2020 há o seguinte destaque:

O caráter desta nota é informativo. Portanto, informa-se que **não se trata de um protocolo clínico** e que não vincula o prescritor, cabendo ao profissional médico assistente do paciente, avaliar e definir os medicamentos que serão prescritos em

<sup>111</sup> LINDNER, Júlia. ‘Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, Tubaína’, diz Bolsonaro sobre liberação. **Estadão**, 2020. Disponível em: < <https://www.estadao.com.br/saude/quem-e-de-direita-toma-cloroquina-quem-e-de-esquerda-tubaina-diz-bolsonaro-sobre-liberacao/>>. Acesso em 04/01/2023.

<sup>112</sup> SALOMON, Marta. “Queima” de cloroquina pré-CPI. **Piauí**, 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/queima-de-cloroquina-pre-cpi/>>. Acesso em 04/01/2023.

<sup>113</sup> FARIAS, Liliane. “Ministério da Saúde apresenta novo protocolo para uso da cloroquina”. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/ministerio-saude-apresenta-novo-protocolo-para-uso-cloroquina>>. Acesso em 04/01/23.

REIS, Fábio. Governo publica protocolo que libera a cloroquina para casos leves de covid-19. **Pharma.com.br**, 2020. Disponível em: <<https://pharma.com.br/coronavirus/5616-protocolo-cloroquina.html>>. Acesso em 04/01/2023.

FARFAN, Tainá. Governo muda protocolo e autoriza hidroxicloroquina para casos leves de Covid-19. **CNN Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/governo-muda-protocolo-e-autoriza-hidroxicloroquina-para-casos-leves-de-covid-19/>>. Acesso em 04/01/2023.

MENDES, Isabel Cristina Melo. Covid-19: principais recomendações do novo protocolo de tratamento do Ministério da Saúde. **PEBMED**, 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/covid-19-principais-recomendacoes-do-novo-protocolo-de-tratamento-do-ministerio-da-saude/>>. Acesso em 04/01/2023.

cada caso específico (vide Nota Explicativa Nº 27<sup>114</sup>) (BRASIL, 2020b, negrito no original, itálico grifo meu).

Apesar desse aviso, o documento segue com “Orientações do Ministério da Saúde para o manuseio medicamentoso precoce de paciente adultos com diagnóstico da covid-19, conforme a classificação dos sinais ou sintomas” (p. 5). O texto é dividido entre orientações para pacientes adultos, pediátricos e gestantes, focaremos aqui nos adultos. As orientações do documento, apresentadas em quadros coloridos divididos entre fases da doença e intensidade de sintomas, podem ser resumidas da seguinte forma:

- Para pacientes adultos com sintomas leves: a combinação do uso de difosfato de cloroquina 500mg OU sulfato de hidroxicloroquina 400mg, de 12/12h nos dias 1 e 2, com azitromicina 500mg uma vez ao dia durante 5 dias.
- Para pacientes adultos com sintomas moderados: sugere considerar a possibilidade de internação hospitalar, e mantém a orientação acima, com a mudança da indicação do uso do difosfato de cloroquina ou o sulfato de hidroxicloroquina, que no dia 1 é de 12/12h e nos dias 2 a 5 de 24/24h.
- Para pacientes adultos com sintomas graves: é indicada a internação hospitalar, e a combinação de sulfato de hidroxicloroquina e azitromicina da mesma forma descrita acima.

Nas indicações para o tratamento de pacientes com sintomas leves, sugere-se também, após o 14º dia de sintomas, “prescrever medicamento sintomático”, sem mencionar quais seriam, as formas de uso e dosagens recomendadas. No caso dos pacientes com sintomas graves, a menção à “internação hospitalar” é acompanhada da sugestão de considerar anticoagulação, pulsoterapia com corticoide, mas também sem descrever quais medicamentos deveriam ser usados nesse contexto. Ou seja, o foco do documento é a indicação de “tratamento precoce” – como sugerido no título – com azitromicina e cloroquina/hidroxicloroquina.

Em suas “Notas explicativas”, o documento apresenta as contraindicações e riscos dos medicamentos, argumentando que

Apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuírem atividade *in vitro* demonstrada contra o coronavírus, ainda não há meta-análises de ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovem o benefício inequívoco dessas medicações para o tratamento da COVID-19. Assim, fica a critério do

---

<sup>114</sup> A nota a que é feita referência aqui, nota 27, apresenta o conceito de “nota informativa”, como um documento que expõe um assunto específico com dados e análises relevantes para a administração pública, podendo ser elaborado “por iniciativa do profissional encarregado ou de seus superiores” para esclarecimentos de gestores, imprensa ou público em geral.

médico a prescrição, sendo necessária também a vontade declarada do paciente, conforme modelo anexo. (BRASIL, 2020b, p. 17)

O documento apresenta como coordenadores todos os Secretários do MS (que assinam a versão SEI<sup>115</sup> da Nota produzida a partir da Secretaria Executiva), além da lista de responsáveis pela elaboração e revisão técnica, com suas respectivas instituições – em que se repetem os Secretários Hélio Angotti (SCTIE) e Mayra Pinheiro (SGTES)<sup>116</sup>. Ao final, temos como anexo o modelo de Termo de Ciência e Consentimento. Nesse termo, o paciente confirmaria que foi informado pelo médico de que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (in vitro). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;
2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina. (BRASIL, 2020b, p. 36)

Nesse sentido, no ponto 1, o paciente informa que tem conhecimento, a partir da explicação do médico, das pesquisas “atuais” sobre os medicamentos em questão, mencionadas como trabalho de “investigadores chineses” e “estudo francês”, ainda que reconhecendo que não são suficientes para garantir a certeza de melhora e que pode haver efeitos colaterais. Posteriormente, o paciente continuaria reafirmando que tem ciência de que não há garantias de resultados positivos e de que pode haver efeitos colaterais, e que:

---

<sup>115</sup> O Sistema Eletrônico da Informação – SEI – é uma ferramenta de gestão de documentos e processos eletrônicos utilizada pelos órgãos e entidades da administração pública federal. Tenho certa familiaridade com o sistema, por trabalhar com ele no cotidiano da Funai. O SEI permite que todos os documentos sejam produzidos, assinados e arquivados eletronicamente, além de facilitar sua circulação entre diferentes instâncias e órgãos da administração pública (sem a necessidade de trâmite físico).

No contexto da Nota nº09/2020 é interessante destacar que todos Secretários assinaram a Nota, na medida que, veremos adiante que, no ano seguinte, na discussão de diretrizes para tratamento medicamentoso no âmbito da CONITEC, representantes de duas Secretarias no plenário da comissão passaram se posicionar contrariamente à recomendação da cloroquina/hidroxicloroquina – o que é o caso de Vania Canuto, que assina a Nota nº09/2020 como Secretaria Substituta da SCTIE e coordenando o Comitê Gestor na CONITEC no ano seguinte votará pela não recomendação de medicamentos como a hidroxicloroquina.

<sup>116</sup> O Secretário e a Secretária ficaram conhecidos na mídia como defensores da cloroquina. Os dois nomes voltarão a aparecer ao longo do capítulo, com mais detalhes sobre sua atuação.

Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes. (BRASIL, 2020b, p.37)

Castro (2021) destaca como, em ações articuladas de diferentes instituições, sujeitos e documentos, foi efetivada a liberação da cloroquina para o tratamento da covid-19. A autora utiliza o termo liberação como um conceito, que faz referência a um “princípio ativo ou operativo, que nomeia, visibiliza e põe em ação um conjunto particular de relações que configuram uma estabilidade temporária para o uso da cloroquina” (Castro, 2021, p.2). Esse processo teria deslocado o eixo regulatório dos medicamentos, que normalmente envolvia a regulamentação sanitária – com a avaliação de ensaios clínicos randomizados internacionais duplo-cego controlados (ECR), bem como a normatização de condutas – para práticas individualizadas, a partir da defesa da autonomia médica e do consentimento do paciente, que assumiria os riscos pelo tratamento, estando “informado” conforme descrito no termo de ciência e consentimento. Assim, argumenta a autora, por meio de atos institucionais, estabelecer-se-iam mecanismo de desresponsabilização institucional da classe médica e das instituições responsáveis por regulamentações e oferta de tratamentos, bem como a sobre-responsabilização individual dos pacientes.

Diante da ausência de suporte de evidências científicas para seu uso, a cloroquina emerge como um mediador cuja eficácia central está menos no reconhecimento generalizado de seu benefício terapêutico do que em sua capacidade de oferecer suporte institucional às ineficazes e por vezes inexistentes políticas governamentais federais de enfrentamento da pandemia. (Castro, 2021, p. 8)

Berlivet e Löwy (2020), olhando para a “carreira internacional” da hidroxicloroquina, também vão apontar para como os debates em torno do medicamento se tornaram reflexões sobre o que conta como evidência de efetividade terapêutica. Os debates começaram a envolver argumentos sobre o papel do público leigo nas decisões sobre seus tratamentos e o lugar da autoridade médica a partir da experiência clínica, em meio a discussões sobre os regimes de validação na medicina clínica e o valor dos ensaios clínicos randomizados.

A autora e o autor descrevem as controvérsias da hidroxicloroquina desde o contexto francês, a partir do qual teria se iniciado essa carreira internacional, com a defesa e publicização pelo médico Didier Raoult e seus aliados, a partir da pré-publicação de um ensaio clínico não randomizado (em março de 2020), com ampla divulgação midiática (em canais populares de

*YouTube*), a ampliação da divulgação por jornalista famoso da *Fox News* no contexto estadunidense, e extensa publicização em redes sociais. O estudo recebeu diversas críticas por cientistas que apontavam desde a falta de randomização, a constituição inadequada de grupo de controle, a exclusão de informações de pacientes que não responderam bem ao tratamento. E defendiam que, devido à alta taxa de recuperação espontânea (entre 80 a 85%) era necessário um estudo randomizado de ampla escala para se ter evidências científicas da eficácia clínica do medicamento.

A partir das críticas, Raoult e seus apoiadores tentaram mobilizar o debate público, acusando os críticos de puristas metodológicos, que poderiam atrasar o uso de um medicamento tão necessário, que era defendido por médicos com experiência clínica - rebeldes contra a tirania das elites médicas – e apoiado pelo público leigo, que deveria poder participar dos debates científicos. Assim, mobilizavam uma noção (um tanto deturpada) de democratização do conhecimento científico, com grandes investimentos nas redes sociais

Desde o começo da pandemia de covid-19, assinar uma petição online, assistir um vídeo no YouTube, curtir um site no Facebook, ou retweetar uma mensagem sobre questões relacionadas à saúde postada na conta de uma celebridade tem sido igualado por alguns comentadores como uma nova forma de ativismo de pacientes/cidadãos. Ao mesmo tempo, políticos que publicizam o uso da hidroxicloroquina, tais como Bolsonaro e Trump, retratam a si mesmos como corajosos defensores dos interesses “do povo” contra as opiniões sufocantes dos especialistas – uma estratégia que eles já adotaram anteriormente para justificar sua rejeição dos consensos científicos sobre as mudanças climáticas (Guilherme 2020; Oreskes and Conway 2015). Entretanto, longe de uma expressão de um movimento pela reapropriação democrática da ciência pelo povo, o entusiasmo por terapias não testadas ou potencialmente tóxicas promovido por mídias sociais conservadores e políticos populistas teve exatamente o efeito oposto: silenciar os debates sobre os fundamentos sociais e políticos da Ciência. (Berlivet e Lowy, 2020, p. 12, tradução minha<sup>117</sup>)

Para a autora e o autor, essa defesa de uma ideia geral de participantes leigos esconde uma pluralidade de motivações individuais e coletivas para o envolvimento nas discussões científicas e a natureza das diferentes contribuições no debate científico. Destacam ainda o

---

<sup>117</sup> “Since the beginning of the COVID-19 pandemic, signing an on-line petition, looking at a video posted on YouTube, liking a Facebook site, or re-tweeting a message on health-related issues posted on a celebrity’s account have been equated by some commentators with new forms of patient/citizen activism. At the same time, politicians who publicized the use of hydroxychloroquine, such as Bolsonaro and Trump, depicted themselves as courageous defenders of the interests of “the people” against the stifling views of experts—a strategy they had already adopted previously to justify their rejection of the scientific consensus on climate change (Guilherme 2020; Oreskes and Conway 2015). However, far from being the expression of a movement for the democratic re-appropriation of science by lay people, enthusiasm for untested and potentially toxic therapies promoted by conservative social media and populist politicians have had just the opposite effect: silencing debates over the social and political underpinnings of Science”(Berlivet e Lowy, 2020, p.12).

crescimento do papel das mídias sociais na comunicabilidade do conhecimento biomédico (na criação de modelos para produção, circulação e recepção de conhecimento em saúde), sendo que ainda estaria por ser entendido o papel exercido pelo “movimento covid” nas transformações em andamento na comunicação científica.

### 2.2.2. O Parecer do CFM e a autonomia médica

Nesse contexto, Castro (2021) destaca também a centralidade da figura do médico, na medida em que as orientações do MS, bem como as propostas propagandeadas pelo ex-Presidente da República, relacionam-se ao posicionamento do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB).

Antes do posicionamento do Ministério na Nota Informativa nº09/2020 (BRASIL, 2020a), o CFM havia publicado, em 16 de abril de 2020, o Parecer nº04/2020. O texto de sete páginas, cujo assunto é o “tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina”, nas quatro primeiras páginas contextualiza a pandemia, descreve medidas de prevenção à disseminação do vírus e cuidados necessários para assistência. Em seguida, afirma a inexistência de evidências que possibilitassem a indicação de uma terapia farmacológica, embora vários medicamentos estivessem em fase de testes, e destaca que dois medicamentos “**que têm sido muito utilizados** para tratamento da COVID-19 são a cloroquina e a hidroxicloroquina (CFM, 2020, p.5, grifo meu)”. O texto afirma a existência de justificativas para uso dos medicamentos, ao mesmo tempo que reconhece não haver estudos que comprovariam a eficácia:

Apesar de haver justificativas para a utilização desses medicamentos, como suas ações comprovadamente anti-inflamatórias e contra outros agentes infecciosos, seu baixo custo e o perfil de efeitos colaterais ser bem conhecido, não existem até o momento estudos clínicos de boa qualidade que comprovem sua eficácia em pacientes com COVID-19. Esta situação pode mudar rapidamente, porque existem dezenas de estudos sendo realizados ou em fase de planejamento e aprovação. (CFM, 2020, p.5)

O Parecer não traz referências desses estudos, mas, na sequência, como exemplo, menciona o fato de a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas ter recomendado o uso em pacientes internados sob protocolos clínicos de pesquisa. Traz então recomendações de segurança da Sociedade Brasileira de Reumatologia, relacionadas a possíveis efeitos colaterais. E conclui pela recomendação do uso da cloroquina e hidroxicloroquina para pacientes com sintomas leves; com sintomas importantes, sem a necessidade de cuidados intensivos; e o uso compassivo em pacientes críticos. Nos dois primeiros casos, ficando a critério do médico em



decisão compartilhada com o paciente, após explicar que não há comprovação de benefícios e os possíveis efeitos colaterais, obtendo o “consentimento livre e esclarecido”. O Parecer ressalta que o tratamento deve ser norteado pelo princípio da autonomia do médico e da valorização da relação médico-paciente. Por fim, afirma que o médico que utilizar cloroquina e hidroxicloroquina não cometerá infração ética, que as recomendações foram feitas a partir de conhecimentos atuais e poderiam ser modificadas a partir de resultados de novas pesquisas.

O Parecer é assinado pelo “conselheiro relator”, que era à época o presidente do Conselho, Mauro Luiz de Britto Ribeiro, o qual entregou o documento a Bolsonaro em uma audiência no Palácio do Planalto realizada em dia 23 de abril de 2020, com participação do ministro da saúde Nelson Teich<sup>118</sup> – uma semana antes, em 16 de abril, Luiz Henrique Mandetta havia sido demitido (Castro, 2021). O ex-presidente e seus aliados passaram então a utilizar, em seus discursos em defesa da cloroquina e outros medicamentos sem eficácia comprovada, o argumento de que o CFM “autorizou”, “decidiu que pode” e que “respeita a autonomia médica”<sup>119</sup>. No púlpito da 76ª Assembleia da ONU, em 26 de setembro de 2021, Bolsonaro afirmou que “apoiava a autonomia do médico na busca do tratamento precoce, seguindo recomendação do CFM.”<sup>120</sup>

Embora o Parecer seja concluído com a afirmação de que poderia ser revisto, a partir do resultado de novas pesquisas, isso não ocorreu. Em fevereiro de 2022, a Defensoria Pública da União propôs uma ação pedindo a suspensão do parecer e o MPF se manifestou contrário ao

---

<sup>118</sup> EM PARECER, CFM condiciona uso de cloroquina e hidroxicloroquina à critério médico e com consentimento do paciente. **Sociedade Brasileira de Dermatologia**, 2020. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/em-parecer-cfm-condiciona-uso-de-cloroquina-e-hidroxicloroquina-a-criterio-medico-e-com-consentimento-do-paciente/>>. Acesso em 04/01/2023.

SCHUCH, Matheus. Conselho de Medicina autoriza uso da hidroxicloroquina no início da Covid-19. **Valor Econômico**, 2019. Disponível em: <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/04/23/conselho-de-medicina-autoriza-uso-da-hidroxicloroquina-no-inicio-da-covid-19.ghtml>>. Acesso em 04/01/2023.

<sup>119</sup> A partir da linha do tempo do CEPEDISA (2021) e das falas selecionadas em Barreto Jr (2022), podemos destacar exemplos de momentos públicos em que o ex-presidente e seu aliado acionaram o CFM em defesa dos tratamentos sem eficácia comprovada: Dia 12 de maio de 2020, o ex-presidente disse “O Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizou, falei com o ministro da Saúde, está autorizado o uso da hidroxicloroquina com azitromicina.” (BARRETO JR 2022, p. 139). Em 14 de maio: “Estou exigindo a questão da cloroquina agora também. Se o Conselho Federal de Medicina decidiu que pode usar cloroquina desde os primeiros sintomas, por que o governo federal, via ministro da Saúde, vai dizer que é só em caso grave? Eu sou comandante, Presidente da República, para decidir, para chegar para qualquer ministro e falar o que está acontecendo. E a regra é essa, o norte é esse.” (CEPEDISA, 2021, p. 54). No ano seguinte, o argumento da autonomia médica defendido pelo CFM continuava presente. Em 14 de janeiro de 2021, em live com o ex-presidente o Ministro da Saúde Pazuello disse: “O tratamento precoce é preconizado pelos Conselhos Federais, Conselhos Regionais, orientado pelo Ministério da Saúde. Se mostrou eficaz em todas as cidades e estados do Brasil.” (CEPEDISA, 2021, p. 123). E em 11 de dezembro de 2021, “Respeito a autonomia do médico, isso prega o presidente do Conselho Federal de Medicina que eu recomendo a vocês da imprensa, não conversar com ele (...)”.

<sup>120</sup> JUCÁ, Beatriz. Como o Conselho de Medicina silenciou diante do negacionismo de Bolsonaro e abraçou a cloroquina. **El País Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-15/como-o-conselho-de-medicina-silenciou-diante-do-negacionismo-de-bolsonaro-e-abracou-a-cloroquina.html>>. Acesso em 04/01/2023.

Parecer, argumentando que as informações trazidas no documento não eram tecnicamente qualificadas e se sustentavam em posicionamentos desatualizados. O procurador defendeu que médicos respondessem por infração ética no caso de prescrição dos medicamentos. No entanto, o juiz da 22ª Vara Cível Federal de São Paulo negou a suspensão, concordando com a argumentação de que o objetivo do Parecer era preservar autonomia médica e, segundo reportagem, afirmou na decisão que o parecer tinha sido editado quando se conhecia pouco acerca da covid, após a divulgação de diversos estudos era “possível afirmar que tal documento vem sendo ignorado pela classe médica...”<sup>121</sup>.

O Relatório CPI da pandemia tem um tópico específico sobre “o papel do CFM”, destacando a publicação do parecer e como ele influenciou as publicações do MS e apareceu nas falas do ex-presidente em defesa do “tratamento precoce”. Segundo o Relatório, o parecer tornou-se um “escudo para gestores públicos ou privados<sup>122</sup>” (BRASIL, 2021a, p. 987), destacando ainda o fato de continuar surtindo efeito sendo mantido – em outubro de 2021 (BRASIL, 2021a, p. 151). Citando o Código de Ética Médica, a CPI classifica a publicação do parecer como temerária, criminosa e antiética e recomenda apuração sobre a responsabilidade de quem assinou. Assim, ao final, decide-se encaminhar o Relatório ao próprio CFM para apuração da responsabilidade do Presidente do Conselho e apuração de responsabilidade dos médicos que participaram do “Manifesto pela Vida – Médicos do Tratamento Precoce Brasil” (BRASIL, 2021a, p. 1131).

Esse manifesto foi um informe publicitário em defesa do tratamento precoce, organizado pelo movimento “Médicos pela Vida”. Segundo o Relatório da CPI, o movimento desestimulava medidas não farmacológicas, como o uso de máscaras, defendia o “isolamento vertical” e o tratamento precoce. Além disso, o grupo teria proposto a existência de um gabinete paralelo, uma rede de aconselhamento composta por médicos, políticos e empresários, que faziam orientações ao ex-presidente sobre como lidar com a pandemia, e “participava de decisões sobre políticas públicas, ao arrepio das orientações técnicas do Ministério da Saúde,

---

<sup>121</sup> VALENTE, Fernanda. Justiça nega suspensão de parecer do CFM que permite uso da cloroquina. **O Tempo**, 2022. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/politica/judiciario/justica-nega-suspensao-de-parecer-do-cfm-que-permite-uso-da-cloroquina-1.2618252>>. Acesso em 04/01/2023.

MPF se manifesta contra parecer do CFM que admite cloroquina no tratamento da covid-19. Disponível em: <<https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-se-posiciona-sobre-parecer-do-cfm-que-admite-cloroquina-no-tratamento-da-covid-19>>. Acesso em: 01/04/2023.

<sup>122</sup> Como exemplifica o caso da operadora de planos privados Harpvida, que teria utilizado o parecer para se eximir da responsabilidade a respeito da prescrição de kitcovid (BRASIL 2021a, p. 988).

sem ter investidura formal nos cargos públicos responsáveis por essa função”<sup>123</sup> (BRASIL, 2021a, p. 34).

Em artigo com a proposta de identificar quem seriam os “Médicos pela Vida”, suas formações e premissas utilizadas para a defesa do tratamento precoce e negação da vacina, Ferrari et al. (2021) analisam os perfis (trajetória científica e especialização profissional) dos profissionais identificados no site do movimento<sup>124</sup>. O grupo teria 276 profissionais cadastrados em seu site, mas o primeiro abaixo assinado produzido – uma carta destinada ao presidente, defendendo o tratamento precoce – teria tido 31858 assinaturas de médicos e médicas, em abril de 2021. Nos textos publicados, destaca-se um discurso amparado em uma “sintaxe científica”, com expressões e termos específicos e a referência a fatos que comprovariam suas alegações. Em relação a especialidade dos profissionais, a partir da comparação com a proporção das especialidades no Brasil, as autoras destacam uma centralidade da Homeopatia e da Acupuntura. Considerando o histórico de institucionalização e da entrada dessas práticas no SUS, argumentam que investigar a adesão de homeopatas e acupunturistas ao movimento poderia iluminar a compreensão de representações e racionalidade médicas específicas. O movimento defenderia uma abordagem holística do indivíduo, alegando uma assistência humanizada e o afastamento de interesses comerciais da “indústria farmacêutica”.

A defesa de um modelo de saúde integral, holista e humanizada é apropriada, muitas vezes, equivocadamente, criando uma arma potente contra práticas de imunização através de vacinas. A crítica e insatisfação com o modelo biomédico, com a superespecialização e com sua proximidade à indústria farmacêutica, observada nas últimas décadas no Brasil, neste caso, são convenientemente utilizadas para atacar a vacinação e defender o tratamento precoce. (Ferrari et al., 2022, p. 4221)

Nascimento et al (2020) destacam como a cloroquina se tornou símbolo do bolsonarismo e seu modo de lidar com a pandemia, sugerindo que sua controvérsia poderia ser vista como um marcador sobre como a polarização política se inseriu na própria medicina. Os autores e a autora propõem-se a pensar como a prática médica está sujeita aos “circuitos de enviesamento cognitivo provocados pelo ecossistema de desinformação e polarização política”,

---

<sup>123</sup> Nesse aconselhamento paralelo, a CPI pede a responsabilização de Nise Yamaguchi, Osmar Terra, Arthur Weintraub, Carlos Wizard e Paolo Zanotto. O Relatório da CPI menciona um vídeo apresentado na Comissão de uma reunião do ex-presidente com médicos e Osmar Terra, tratando sobre o desenvolvimento de vacinas e a hidroxicloroquina, em setembro de 2020. Essa reunião teria contado com a presença de representantes dos “Médicos pela Vida”, entre os quais estaria Nise Yamaguchi e Paulo Zanotto propõe o grupo de aconselhamento. Além disso, em uma das reuniões desse grupo teria sido apresentado uma minuta de decreto para alteração da bula da cloroquina prevendo sua indicação para o tratamento precoce da covid-19 – proposta defendida por Yamaguchi, que teria sido recusada pelo presidente da Anvisa, em reunião com Bolsonaro, Mandetta e outros médicos.

<sup>124</sup> MPV. MÉDICOS pela Vida: COVID-19. Disponível em: <<https://medicospelavidacovid19.com.br/>>. Acesso em 03 de mar de 2023.

ao mesmo tempo em que destacam a centralidade do médico nesse “Brasil cloroquínico”. Analisam neste texto as abordagens sobre a pandemia em um grupo de extrema-direita no Telegram.

No grupo, percebem que muitas das menções ao uso da cloroquina citam alguma fonte médica e os depoimentos sobre os usos relatam tratamentos prescritos (e não práticas de automedicação). Os médicos que prescrevem cloroquina aparecem como experientes, confiáveis, patriotas, verdadeiramente científicos, que ousam “pensar fora da caixa”. Enquanto aqueles que não prescrevem são associados a omissão de socorro ou a serem aliados políticos de entidades como OMS e grande mídia.

A desconfiança de mediadores como especialistas ou o jornalismo profissional e a defesa do recurso aos sentidos imediatos, trajetórias pessoais e busca ativa de informações, seriam características desse tipo de comunicação populista. Assim, a figura do médico ganharia relevância, como uma relação direta com o paciente, menos mediada do que o conhecimento abstrato produzidos pelas ciências. A decisão pelos tratamentos passaria pela experiência pessoal na relação de confiança com seu médico, ou por pesquisas online do próprio paciente que acessa testemunhos de experiências pessoais. De forma que, concluem Nascimento et al. (2020), a “liberdade” de escolha sobre como lidar com a pandemia recairia sobre os próprios sujeitos, assim como a responsabilização por possíveis consequências dos riscos assumidos.

Esse contexto neoliberal de aproximação da autonomia médica com o bolsonarismo constitui uma parte significativa da liberação (Castro, 2021) da (hidroxi)cloroquina, que parece levar em seu bojo um conjunto de outros medicamentos – que talvez não tenham tido a mesma centralidade simbólica da cloroquina, mas foram muito utilizados no cotidiano dos tratamentos. O Parecer do CFM exime de responsabilização ética os médicos que receitarem hidroxicloroquina e cloroquina, ao mesmo tempo em que, com a defesa da autonomia médica, libera outras prescrições e permite que o MS possa manter suas orientações políticas, sem precisar se comprometer com orientações formais (documentadas, técnicas, científicas) aos profissionais. Nesse sentido, a Nota nº09/2020 e suas versões revisadas podem insistir em seu caráter “informativo”, “não vinculante”, e a produção de protocolos ou diretrizes para o SUS é dificultada.

### 2.2.3 O processo de produção e não aprovação de Diretrizes para o SUS

Em 25 de janeiro de 2022, algumas reportagens, em vários veículos de mídia, chamaram-me atenção ao noticiarem que o MS, através de uma Nota Técnica, havia rejeitado

diretrizes aprovadas pela CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS –, as quais recomendavam o não-uso do kit-covid. Conhecendo um pouco do processo para incorporação de tecnologias ao SUS, fui atrás dos documentos, mas, nesse caso, estava difícil entender a história – da recusa de uma diretriz que recomendava o não-uso. Ou seja, a CONITEC aprovou diretrizes sobre os medicamentos, mas as diretrizes recomendavam não usar, e o MS produziu uma Nota Técnica para discordar da aprovação da CONITEC. Talvez a minha surpresa se devesse ao fato de que, ao invés de fazer recomendações para os profissionais das pontas sobre o que deveria ser usado, as *Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com Covid-19*, de forma resumida, não recomendam nenhum medicamento. Outro aspecto curioso, foi o fato de terem sido publicados documentos em janeiro de 2022, com quase dois anos de pandemia, ainda discutindo medicamentos que há muito vinham sendo demonstrados como ineficazes.

Teoricamente, a CONITEC é uma comissão que assessoraria o MS nas decisões sobre incorporação de tecnologias (medicamentos, produtos, procedimentos) no SUS e na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). A Secretaria-Executiva da CONITEC é responsabilidade do Departamento de Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS. É o Secretário da SCTIE quem assina portarias com as decisões sobre a incorporação ou não de uma tecnologia ou diretriz – aprovando ou reprovando o Relatório anteriormente produzido pela CONITEC.

A CONITEC produz relatórios de recomendação com os resultados das análises de cada tecnologia (ou protocolo/diretriz) realizadas por seu Plenário. Este é formado por representantes: das setes Secretarias do MS; da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); do Conselho Federal de Medicina (CFM); do Conselho Nacional de Saúde (CNS); do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A Comissão seria um órgão consultivo, de assessoria técnica, relativamente independente do Ministério da Saúde – embora a maioria dos assentos, 7 dos 13, seriam de representantes do MS. Ao reforçar esse caráter consultivo, destacando que a decisão é do MS, a Comissão manteria certo ar de independência, tecnicidade e não responsabilidade por “outros” fatores (políticos) que poderiam afetar as decisões, ao mesmo tempo em que o MS aciona a cientificidade e a possibilidade de participação social da CONITEC para legitimar suas decisões. No caso da análise dos medicamentos para a covid-19, o Relatório da CPI da

Pandemia sugeriu que houve falta de independência da CONITEC, considerando o histórico dos processos envolvidos na análise das Diretrizes (BRASIL, 2021a, p. 74-75).

A CONITEC produz seus relatórios de recomendação baseando-se em evidências científicas disponíveis sobre eficácia, efetividade, segurança, a partir de uma provocação. “Qualquer” pessoa ou instituição poderia solicitar a análise da CONITEC a respeito da incorporação de tecnologias no SUS, desde que apresente a documentação exigida, um documento principal com a descrição da condição de saúde, da tecnologia, das evidências da eficácia comparada às já existentes no SUS, avaliações econômicas na perspectiva do SUS, além dos textos dos artigos científicos referenciados. No caso dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) normalmente parte-se de uma “demanda interna” (do próprio Ministério), que cria um Comitê Gestor, composto por áreas técnicas do MS que irão organizar o processo (reuniões, produção de documentos, etc.) e um Grupo Elaborador, composto por pesquisadores, especialistas e representantes de sociedades médicas que irão produzir as análises das evidências científicas. Esse Grupo criará uma proposta inicial que será encaminhada à CONITEC. Antes da publicação do relatório final, a CONITEC abre uma Consulta Pública, recebendo contribuições que serão analisadas e podem ser respondidas e/ou incorporadas ao relatório.

Minha certa familiaridade com a CONITEC, relaciona-se a minha pesquisa de mestrado, em que realizei uma descrição do processo de incorporação da vacina contra o HPV ao SUS, através da análise dos documentos que abordam as decisões e justificativas para a necessidade da vacina (BARTOLOMEU, 2017). Nesses documentos, fui percebendo os campos de especialização e métodos científicos acionados, além das articulações econômicas envolvidas para viabilizar a implantação. Considerando que trabalhar com documentos seria olhar para aquilo que é mostrado, levando em conta também as lacunas e silêncios (VIANNA, 2014), parte do trabalho envolveu a discussão sobre quais as partes do processo são escritas e disponibilizadas para “acesso ao cidadão” e quais aspectos das decisões passam além do que foi registrado. Nesse sentido, a análise dos documentos estava interessada em abordar as coproduções (JASANOFF, 2004) entre as práticas de Estado e os conhecimentos científicos na constituição de uma política de saúde. Como sugerido por Fonseca (2012), assim como os cientistas desenvolvem pesquisas em interação com atores contemporâneos e a ordem política de uma época, a ciência também participa na construção e legitimação dessa política, sendo convocada para instrumentalizar e validar as políticas estatais.

A proposta das *Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com Covid-19* foi debatida na 6ª reunião extraordinária do plenário da CONITEC,

em 21/10/2021. A reunião está gravada e disponível para acesso no YouTube<sup>125</sup>. As cinco horas de vídeo da reunião “marcada por divergências” (Borges, 2021) mereceriam um estudo detalhado (o que foge do escopo desta pesquisa), analisando as formas como argumentos científicos foram acionados, o que foram os pontos de questionamentos e debates, o que era trazido como evidência relevante a ser considerada, os métodos de produção dessas evidências validados e questionados. É interessante notar o acionamento de métodos ou argumentos semelhantes para defender posições contrárias. Por exemplo, a discussão do uso *off label* de medicamentos pode ser acionada tanto por aqueles que são favoráveis à recomendação do não-uso, conforme a Anvisa e CNS trouxeram para a discussão, como por aqueles que são contrários às Diretrizes, que usaram a mesma ideia para defender que não caberia à CONITEC discutir e, portanto, publicar recomendações.

Um aspecto destacado por um participante<sup>126</sup> logo no início da reunião – bem como na Nota Técnica nº2/2022 SCTIE-MS (BRASIL, 2022a), em que o Secretário desaprova a recomendação da CONITEC – foi a questão dos vazamentos para a imprensa. Na reunião, o participante reclama da situação e outros confirmam que não era a primeira vez que isso acontecia no histórico de discussões que envolvia a pandemia. No histórico descrito na Nota Técnica, são mencionados episódios de denúncias e procedimentos administrativos após vazamentos, mesmo em reuniões anteriores, enquanto se adiava a pauta dos medicamentos para uso ambulatorial ou discutiam-se os de uso hospitalar.

Após a abertura da reunião e essa colocação inicial sobre a preocupação com os vazamentos, é feita uma apresentação do documento a ser aprovado, iniciada pela descrição do papel da CONITEC (legislação que a embasa) e o processo para construção de recomendações para diretrizes. A apresentadora destaca a diferença entre Diretrizes Brasileiras e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – também descrita no Relatório. Os Protocolos teriam caráter preconizador, estabelecendo critérios para tratamento a serem seguidos por gestores do SUS, enquanto as Diretrizes Brasileiras seriam documentos norteadores das

---

<sup>125</sup> CONITEC, Canal da. **6ª Reunião Extraordinária da Conitec dia 21/10/2021**. Youtube, 25 out. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vUAtGcyS4bE&t=1299s>>. Acesso em 04 jan.2023.  
BORGES, Rebeca. Vídeo: reunião da Conitec sobre kit Covid é marcada por divergências. **Metrópoles**, 2021. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/video-reuniao-da-conitec-sobre-kit-covid-e-marcada-por-divergencias>>. Acesso em 04 jan. 2023.

<sup>126</sup> Na reunião não são feitas apresentações dos participantes e aparentemente todos se conhecem. O vídeo da gravação também não apresenta identificação de quem são os falantes, é preciso tentar identificar as pessoas e órgãos pelas referências institucionais ou nas entrelinhas das falas quando alguém é mencionado. As atas das reuniões do Plenário da CONITEC ficam disponíveis para acesso em seu site, e também nesses textos os participantes são identificados como representantes do órgão/instituição específica, não mencionando nomes.

melhores práticas a serem seguidas por profissionais e gestores, do setor público e privado, tendo caráter “estritamente recomendativo” (CONITEC, 2021, p.7).

O Relatório de Recomendação nº686 que registra a análise da CONITEC das *Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com COVID 19* (BRASIL, 2021b) afirma que foi seguido um método de elaboração de diretrizes rápidas, através do qual seriam feitas adaptações de recomendações de diretrizes internacionais existentes, a partir também da pesquisa de estudos primários e novas recomendações – método conhecido como GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Nesse sentido, para constituição das Diretrizes Brasileiras foram revisadas tecnologias avaliadas em nove diretrizes nacionais e internacionais, extraindo recomendações da plataforma e-Covid-RecMap e buscas de ensaios clínicos nas bases Pubmed e MedRxiv. A partir daí, foram avaliadas as tecnologias: anticoagulantes, azitromicina, anticorpos monoclonais, budesonida, colchicina, cloroquina e hidroxicloroquina, corticosteroides sistêmicos, ivermectina, nitazoxanida e plasma convalescente.

O grupo que elaborou as diretrizes foi composto por um “painel de especialistas”, incluindo médicos de várias especialidades, representantes do MS, “hospitais de excelência” (Hospital Moinhos de Vento/RS; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo/SP; Hospital Sírio Libanês/SP) e sociedades médicas<sup>127</sup>. Na apresentação das Diretrizes na reunião gravada, o apresentador inicia sua fala destacando que estaria como porta-voz das instituições que apoiaram a proposta, reunindo mais de 20 especialistas, enquanto mostra um slide com a logo de cada uma das sociedades médicas e dos hospitais. O grupo foi coordenado por Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho e a apresentação na reunião feita por Maicon Falavigna<sup>128</sup>, e durante a reunião as perguntas eram dirigidas a eles, indicando sua centralidade na construção do documento. Segundo o Relatório, o grupo teria realizado onze encontros virtuais entre junho e outubro de 2021 para o trabalho.

A conclusão do Relatório foi de que poucas terapias medicamentosas se mostraram eficazes para o tratamento ambulatorial. O texto descreve a análise referente a cada uma das tecnologias, classificando entre dois termos: “recomendamos” e “sugerimos”. O primeiro seria

---

<sup>127</sup> Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE); Associação Médica Brasileira (AMB); Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV); Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI); Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBFMC); Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) (BRASIL, 2022, p.29). A lista dessas sociedades médicas é encontrada no *Relatório de Recomendação*, enquanto o nome dos hospitais mencionados aparece apenas na apresentação realizada na reunião disponível no youtube.

<sup>128</sup> Carvalho é professor titular de Pneumologia e Diretor da Divisão de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC/FMUSP). Falavina é doutor em epidemiologia pela UFRGS, pesquisador do IATS-UFRGS e professor adjunto da Universidade McMaster no Canadá.



uma recomendação forte, que deve ser incorporada na rotina, e o segundo seria uma recomendação condicional, aplicável na maioria das situações, mas ainda sem evidências totalmente conclusivas. Assim, as recomendações podem ser resumidas conforme a tabela a seguir. A única exceção que não se encaixou nas duas categorias, foi a análise sobre os anticorpos monoclonais que teriam apresentado algum benefício “reduzindo internação hospitalar e tempo até a resolução dos sintomas, contudo, seu uso é limitado a indivíduos não vacinados, havendo também incerteza sobre sua efetividade para as variantes circulantes atualmente no Brasil”. Nesse caso, definiu-se que não seria possível ainda realizar sua recomendação. Em relação aos outros medicamentos:

Quadro 1 – Medicamentos analisados nas Diretrizes da CONITEC (BRASIL, 2021b)

Sugerimos não utilizar	Recomendamos não utilizar
Anticoagulantes; Budesinida; Colchicina; Ivermectina; Nitazoxanida; Plasma convalescente.	Azitromicina; Corticosteroides sistêmicos; Cloroquina/hidroxicloroquina.

Fonte: Autoria própria

Como conclusão, a exceção daquele que não pode ser recomendado ainda:

Como aspecto positivo diversas terapias ineficazes foram descartadas, de forma a promover a economia de recursos com o abandono de seu uso, como o caso da **azitromicina e da hidroxicloroquina**. Sobre a questão de custos, em termos de saúde pública, é importante salientar que, em um cenário de epidemia, a alocação de recursos deve ser priorizada para intervenções com maior certeza de benefício, como o caso de equipamentos de proteção individual, vacinas, intervenções para o suporte ventilatório dos pacientes e terapias medicamentosas com efetividade comprovada (BRASIL, 2021b, p.36, grifo meu).

Após a Consulta Pública (procedimento padrão na produção e recomendações da CONITEC), decidiu-se por realizar também uma audiência pública, em 28/12/2021, em formato virtual e transmitida no canal do Youtube, e o resumo das contribuições está registrado no Relatório.

A reunião do Plenário da CONITEC que discutia as Diretrizes do Relatório terminou em um impasse. Normalmente a CONITEC aprova o relatório antes de submetê-lo à Consulta Pública, no entanto, nesse caso, depois de mais de cinco horas de reunião, não havia um consenso em relação à aprovação. Encaminhou-se então, não sem dificuldades, uma votação, em que cada membro votava em encaminhar ou não para a consulta pública, e se aprovava ou não as Diretrizes. Votaram contrariamente à aprovação das Diretrizes os representantes de cinco

Secretarias do MS – SE, SESAI, SAES, SAPS, SGTES – e o representante do CFM. Ao longo da reunião, a principal porta-voz dos questionamentos foi a representantes da SAES, Maria Inez Pordeus Gadelha<sup>129</sup>, enquanto representantes da SESAI e SAPS, por exemplo, participaram apenas falando “sou contra” na votação. Apenas duas Secretarias do MS que votaram a favor da aprovação, a SVS e a SCTIE<sup>130</sup> - esta responsável pelo Comitê Gestor que organizou a produção do documento. Votaram pela aprovação também ANS, CNS, CONASS e CONASSEMS. O representante da Anvisa não participou da votação, de forma que terminou empatada, mas com o encaminhamento de envio para Consulta Pública.

Na reunião seguinte, as Diretrizes foram aprovadas por “maioria simples” no Plenário da CONITEC<sup>131</sup>. No entanto, o Secretário da SCTIE, Hélio Angotti Neto, decidiu pela não aprovação, através da Portaria nº4, de 20 de janeiro de 2022, fundamentada na Nota Técnica nº2/2022-SCTIE/MS. Nessa Nota são descritos os principais argumentos contrários ao texto

---

<sup>129</sup> A partir de pesquisas na internet, Maria Inez Pordeus Gadelha pareceu-me uma figura reconhecida no meio médico, em especial no campo da oncologia, com longa trajetória acadêmica e em órgãos de gestão desde sua formação em 1974 na Universidade Federal da Paraíba. De acordo com uma biografia disponível no site do “XVIII Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica”, de 2013, “à parte das atividades como professor-assistente de Clínica Médica e de Oncologia em universidades privadas”, seu currículo é marcado por inúmeras experiências em cargos de coordenação e chefia ligados ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), tendo ainda ocupado cargos semelhantes em órgãos da Saúde de governos estaduais. Embora o site do Congresso indique ainda “414 participações em eventos, com trabalhos e apresentados ou palestras proferidas” e a publicação de “114 trabalhos”, e as descrições de sua trajetória na divulgação de outros eventos também façam referência à uma vasta produção acadêmica, curiosamente, Gadelha não possui currículo cadastrado na plataforma Lattes. A despeito da importância significativa de seu nome, as informações acerca do currículo da médica foram encontradas de forma dispersa. Em artigos publicados em 2018 e 2019, Gadelha se apresenta apenas como “Médica. Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde”, cargo em atuou durante o governo Bolsonaro, quando teria sido, inclusive, cotada para assumir o Ministério após a saída de Henrique Mandetta.

<sup>130</sup> Vânia Canuto era diretora do DGITIS-SCTIE e estava como secretária-executiva da CONITEC no processo de discussão das Diretrizes, votando a favor da aprovação como representante da SCTIE no Plenário. Reportagens da época afirmaram que Hélio Angotti teria pedido sua exoneração após a votação.

FEITOZA, César. Secretário do Ministério da Saúde pediu demissão de auxiliar que votou contra o kit Covid na Conitec. **CBN**, 2022. Disponível em: <<https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/363280/secretario-do-ministerio-da-saude-pediu-demissao-d.htm>>. Acesso em 04 jan. 2023.

PATRIOLINO, Luana. Secretário pede exoneração de técnica que votou contra kit covid. **Correio Brasiliense**, 2022. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2022/01/4975612-secretario-pede-exoneracao-de-tecnica-que-votou-contrita-covid.html>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

<sup>131</sup> CONITEC, Canal da. **7ª Reunião Extraordinária da Conitec dia 07/12/2021**. Youtube, 17 dez.2021. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=35UIOTMG5uU>>. Acesso em 04 jan.2023.

Entre as justificativas dos votos, o representante do CFM, Anibal Gil Lopes, apresentou uma nota do Plenário do Conselho. Segundo o representante, após a reunião anterior houve grande repercussão com a divulgação de seu voto contrário. Na nota o CFM argumenta que nunca apoiou ou recomendou qualquer protocolo clínico para pacientes me fases iniciais da covid, e esclarece que o Parecer 04/2020 é em favor ao respeito da autonomia médica. Reconhecendo que não há estudos com metodologia inconteste mostrando a eficácia de nenhum medicamento, o Conselho se manifestou desfavorável a qualquer protocolo que vise dar orientações sobre a questão.

Maria Inez Gadelha também construiu justificativas em seu voto, acionando a consulta pública em que mais de 60 % das manifestações foram contrárias a aprovação, e defendendo que a CONITEC não deveria dizer “o que não fazer”, nem entrar em prerrogativas que não seriam dela (em relação ao uso de medicamentos *off label*), mas da ANVISA e do CFM.

das Diretrizes, que foram também ditos na reunião do Plenário que avaliou o documento (6ª reunião extraordinária).

### 2.2.3.1. A Nota Técnica SCTIE, ciências e gestores pró-cloroquina

Na Nota Técnica de 45 páginas, são feitas as análises das propostas de Diretrizes Terapêuticas, reunindo argumentos de caráter administrativo, metodológico, e até filosofia da ciência para a conclusão de sua decisão pela não aprovação. A Nota Técnica nº2/2022-SCTIE/MS (BRASIL, 2022a) faz um histórico do processo para formulação dessas Diretrizes<sup>132</sup> a partir dos documentos produzidos, enviados e recebidos (pela SCTIE). A discussão teria sido iniciada em março de 2021, quando Marcelo Queiroga tomou posse como Ministro da Saúde e teria pedido que Carlos Carvalho coordenasse um grupo elaborador, o qual iniciou os trabalhos de elaboração de diretrizes para tratamento hospitalar. Pelo histórico descrito, apenas em outubro, o Plenário da CONITEC teria iniciado a discussão para a apreciação inicial das diretrizes para tratamento ambulatorial. A partir daí, iniciam-se também os relatos de problemas de “vazamentos”.

Nos dias 06 e 07 de outubro, o documento *Relatório de Recomendação - Apreciação inicial das Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com Covid-19* teria sido enviado por e-mail aos membros, ocorrendo vazamento que gerou as matérias jornalísticas – mencionadas na Nota Técnica – com as manchetes: “Leia a íntegra do documento da CONITEC sobre remédios contra covid que irritou Bolsonaro”, no portal

---

<sup>132</sup> A Nota inclui na categoria Diretrizes Terapêuticas, as diretrizes para tratamento medicamentoso hospitalar e ambulatorial, analisando os documentos *Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID 19 – Capítulo 2 Tratamento medicamentoso* (BRASIL, 2021b) e as *Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com COVID 19* (BRASIL, 2021q). Assim, a Nota Técnica nº02/2022-SCTIE/MS vai fundamentar duas portarias que decidem pela não aprovação das diretrizes ambulatoriais – Portaria nº4 de 20/01/2022 – e não aprovação do capítulo 2 das diretrizes para tratamento hospitalar – Portaria nº5 de 25/01/2022. As diretrizes hospitalares foram discutidas na CONITEC e enviadas à consulta pública e audiências capítulo por capítulo, sendo que em maio de 2021, o plenário teria decidido enviar os dois primeiros capítulos para consulta pública, aprovando a recomendação destes em junho. O foco da descrição aqui tem sido os tratamentos ambulatoriais, no entanto muitos argumentos da Nota Técnica para não aprovação de ambas as propostas de diretrizes são comuns. No Capítulo 2 das diretrizes hospitalares, a CONITEC recomenda apenas o uso de: anticoagulantes (heparina, ou enoxaparina, ou fondaparinux) e corticosteróides (dexametasona ou hidrocortisona, ou metilprednisolona); não são recomendados: antimicrobianos; tocilizumabe; remdesivir; azitromicina, casirivimabe+imdevimabe, cloroquina, colchicina, hidroxicloroquina, ivermectina, lopinavir e plasma convalescente.

Metrópolis<sup>133</sup>, e “Relatório de comitê do SUS recomenda não usar 'kit covid' para pacientes que não estão internados” no Jornal O Globo<sup>134</sup>. Antes da 6ª Reunião Extraordinária, em 21/10/2021, houve outro vazamento, e no dia anterior à reunião o Uol Notícias divulgou “Novo relatório para CONITEC mantém rejeição a remédios do kit covid”<sup>135</sup>. A situação dos vazamentos foi encaminhada à Diretoria de Integridade do MS (DINTEG) que respondeu que teria dificuldade de apurar as responsabilidades e definir quais as medidas passíveis no âmbito administrativo. O que teria levado o MS à decisão de enviar o processo para a Comissão de Ética Pública da Presidência da República, tornando este um dos argumentos da Nota Técnica para não aprovação das Diretrizes.

Outros argumentos trazidos na Nota Técnica (BRASIL, 2022a) dizem respeito a organização administrativa e competências dos órgãos envolvidos, especialmente a partir da discussão sobre o uso de medicamentos *off label*. O texto argumenta que, das 11 tecnologias avaliadas para o tratamento ambulatorial, 10 não tem autorização para a finalidade de tratamento de pacientes com covid, pela ANVISA, que seria o órgão competente conforme legislação. O entendimento é confirmado por Parecer da Consultoria Jurídica do MS, de que a avaliação de uso *off label* de medicamentos foge da competência da CONITEC. Embora no Relatório de Recomendação (BRASIL, 2021b), o Grupo Elaborador tenha registrado a opção de manter as recomendações relacionadas a esses medicamentos sem indicação aprovada na bula, porque nenhum deles estava sendo recomendado, mas constavam em outros documentos do MS e estavam presentes em discussões da prática clínica.

Nesse sentido, a Nota Técnica argumenta que, conforme a legislação, “é atribuição exclusiva do Conselho Federal de Medicina – CFM – definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos” (BRASIL, 2022a, p. 26). Afirma, então, que diversas orientações teriam sido publicadas pelo CFM e por Conselhos Regionais de Medicina com o objetivo de orientar quanto ao possível uso *off label*

---

<sup>133</sup> BORGES, Rebeca. Leia a íntegra do documento da Conitec sobre remédios contra Covid que irritou Bolsonaro. **Metrópolis**, 2021. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/leia-a-integra-do-documento-da-conitec-sobre-remedios-contr-covid-que-irritou-bolsonaro>>. Acesso em 05 jan. 2023.

<sup>134</sup> FERREIRA, Paula; DUARTE, Melissa. Relatório de comitê do SUS recomenda não usar 'kit Covid' para pacientes que não estão internados. **O Globo**, 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/medicina/relatorio-de-comite-do-sus-recomenda-nao-usar-kit-covid-para-pacientes-que-nao-estao-internados-1-25227381>>. Acesso em 5 jan. 2023.

<sup>135</sup> SCHELP, Diogo. Novo relatório para Conitec mantém rejeição a remédios do kit covid. **UOL**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/diogo-schelp/2021/10/20/novo-relatorio-para-conitec-mantem-rejeicao-a-remedios-do-kit-covid.htm>>. Acesso em 5 jan. 2023.

de medicamentos.”, trazendo o exemplo do Parecer do CFM nº4/2020, bem como outros de Conselhos Regionais, além de outras duas manifestações do CFM<sup>136</sup>.

Em uma dessas manifestações, a “NOTA DO CFM AOS MÉDICOS E À POPULAÇÃO”, de março de 2021, que descreve “reflexões sobre o enfrentamento da pandemia”, além de abordar a gravidade do momento pandêmico, as medidas de prevenção, e defender o respeito à autonomia médica, o CFM destaca que:

O Conselho Federal de Medicina é uma autarquia federal de direito público que tem como principal competência garantir a população boas condições de assistência em saúde, e **não um órgão corporativo da categoria médica. É a instituição reguladora da medicina no Brasil**, e suas resoluções devem obrigatoriamente que ser cumpridas por todos os médicos brasileiros. O CFM é a instituição que tem a competência legal de autorizar qual o tratamento que pode ou não ser feito no País. (CFM *apud* BRASIL, 2022a, grifo meu)

Com as citações do CFM, a Nota Técnica nº2/2022-SCTIE/MS destaca as atribuições da CONITEC, e argumenta que a publicação das Diretrizes constituiria um “risco jurídico para a administração pública”. E os documentos do CFM são acionados mais uma vez para justificar-se diante das acusações de “demora”:

Do exposto, conclui-se que a ausência de Diretrizes Terapêuticas até o presente momento não ocasionou, de forma alguma, falta de orientações, respeitadas as devidas competências de autarquias como o Conselho Federal de Medicina e suas regionais. Estabelecer Diretrizes Terapêuticas que sejam adequadas à boa prática médica e farmacêutica não é questão de mera vontade da gestão do Ministério da Saúde, mas, sim, ato que depende de todo um contexto científico, inovador e produtivo. Na impossibilidade de publicação dessas Diretrizes, não faltou orientação no âmbito das competências das instituições públicas responsáveis. (BRASIL, 2022a, p.27-28)

O Secretário da SCTIE, afirma ainda, na Nota, que “compreende-se a prudência do CFM em reconhecer a possibilidade de uso *off label* de medicamentos (CFM, 2020), diante das evidências ainda em evolução e da ameaça iminente à vida de milhares de pessoas”, para logo depois trazer críticas à seleção de estudos realizada pelo Grupo Elaborador das Diretrizes da CONITEC (BRASIL, 2022a, p. 9). Ao esperar evidências de máxima qualidade, ignorando algumas já disponíveis, as Diretrizes poderiam não manter o esforço ético de salvaguardar vidas humanas, ou induziriam a “perdas de preciosas oportunidades de salvar vidas”. Para o

---

<sup>136</sup>Uma das manifestações do CFM, em outubro de 2021, foi a NOTA DE ESCLARECIMENTO AOS BRASILEIROS, na qual o Presidente do CFM se manifesta “lamentando o assédio político”, após a decisão da CPI de incluí-lo entre os investigados.

Secretário, o Grupo Elaborador restringiu as opções de trabalho incluídos na análise, não incluindo estudos observacionais ou quase-experimentais e “uma série de evidências de vida real como cotidianamente se utilizam em recomendações das mais diversas especialidades médicas” (BRASIL, 2022a, p.10).

Outro problema apontado pela Nota Técnica seria a inadequação da pergunta PICO (População, Intervenção, Comparador e Desfechos [*outcomes*]), que deveria detalhar informações sobre os “pacientes alvo”, para definição de estratégias conforme a fase da doença. Teriam sido incluídos estudos e diretrizes considerando pacientes em diferentes fases da doença, levando a uma subestimação dos “reais efeitos benéficos de determinadas intervenções”. Nesse sentido, é citado um Quadro sobre a hidroxicloroquina, o qual aparece repetidamente, duas vezes no texto, descrevendo o momento (quantos dias de sintomas e diagnóstico) em que foi ofertado o medicamento nos diferentes estudos. São apresentadas outras sete figuras, com metanálises de estudos sobre a hidroxicloroquina em diferentes fases de uso, além de uma tabela de elaboração própria para “tomada de decisão”, defendendo a viabilidade do uso da hidroxicloroquina associada a azitromicina.

A Nota Técnica acusa o Grupo Elaborador do Relatório da CONITEC de um “possível viés de seleção dos estudos e diretrizes acionados” e de ter estabelecido exigências mais rigorosas na avaliação de algumas tecnologias, como a hidroxicloroquina. Essa assimetria no rigor estaria relacionada a “uma concepção falsa de que a ausência de evidências do tipo 1A seria equivalente à ausência de evidências clínicas em amplo senso” (BRASIL, 2022a, p. 25). Assim, é apresentada a famigerada tabela, que foi o foco das manchetes que reportaram a recusa do SCTIE às Diretrizes aprovadas pela CONITEC. A tabela é apresentada nas reportagens com o destaque para a comparação entre efetividade e segurança das vacinas e da hidroxicloroquina:

Figura 17 - Print da tabela 1 Nota Técnica nº02/2022 SCTIE/MS

**Tabela 1 - Tecnologias em saúde propostas para COVID-19 e respectivas informações usualmente relevantes para suas eventuais recomendações.**

Tecnologia	Há demonstração de Efetividade em estudos controlados e randomizados?	Há demonstração de segurança em estudos experimentais e observacionais adequados para tal propósito?	Estudos predominantemente financiados pela indústria?	Custo	As sociedades médicas recomendam?
Manobra de prona *	não	não	não	baixo	<b>sim</b>
Hidroxicloroquina**	sim	sim	não	baixo	<b>não</b>
Vacinas***	não	não	sim	alto	<b>sim</b>
Ventilação não invasiva****	não	não	não	alto	<b>sim</b>
Anticorpos monoclonais*****	sim	sim	sim	alto	<b>sim</b>

Fonte: BRASIL, 2022a, p.24

Os asteriscos indicam a descrição que segue abaixo da tabela de alguns estudos considerados para as informações apresentadas –as reportagens apresentam apenas essa imagem, sem as referências. Após a repercussão, o MS anunciou que republicaria a Nota Técnica, retirando a tabela, para “promover maior clareza no conteúdo e evitar interpretações equivocadas”, mas sem modificar a deliberação. De fato, atualmente encontramos no site da CONITEC, no registro do histórico do processo, a Nota Técnica nº 3/2022-SCTIE/MS, que é praticamente idêntica à Nota Técnica nº2/2022, mas sem a tabela.

Em 03 de fevereiro de 2022, o MPF produziu uma recomendação para que a Nota Técnica nº3/2022 e a Portaria nº8/2022 (que estabelece a decisão de não aprovação das Diretrizes) fossem revogadas, considerando que a retirada da tabela mantinha a decisão e abria espaço para o MS continuar recomendando cloroquina e hidroxicloroquina.<sup>137</sup> O partido Rede Sustentabilidade havia protocolado uma ação no STF contra o MS pedindo a anulação da Nota Técnica “contrária ao consenso científico internacional” e o afastamento de Hélio Angotti. Em 26 de janeiro de 2021, o STF deu cinco dias para o MS explicar a Nota<sup>138</sup>. Em fevereiro de

<sup>137</sup> ALCÂNTARA, Manoela. MPF pede que Ministério da Saúde revogue nota pró-cloroquina. **Metrópoles**, 2022. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/mpf-pede-que-ministerio-da-saude-revogue-nota-pro-cloroquina>>. Acesso em 6 jan. 2023.

<sup>138</sup> COVID-19: ministra Rosa Weber pede manifestação do governo sobre indicação de remédios sem comprovação. **Supremo Tribunal Federal**, 2022. Disponível em <[https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=480614&ori=1](https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=480614&ori=1;)>. Acesso em 06 jan. 2023. HIRABAHASI, Gabriel. Rosa Weber dá cinco dias para Saúde explicar nota técnica contra vacinas. **CNN Brasil**, 2022. Disponível em <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/rosa-weber-da-cinco-dias-para-saude-explicar-nota-tecnica-contra-vacinas/>>. Acesso em 6 jan. 2023.

2022, o Grupo Elaborador das Diretrizes também teria enviado um ofício, de 101 páginas, com recurso à decisão da SCTIE<sup>139</sup>, que posteriormente teria recusado o recurso<sup>140</sup>.

Não encontrei notícias sobre a resposta do MS ao STF, a Nota Técnica continua no site da CONITEC e não é possível afirmar que o Secretário tenha sido afastado por esse motivo. No entanto, em 16 de fevereiro de 2022, foram publicadas no DOU mudanças nas secretarias do Ministério, que reportagens anunciaram como “dança das cadeiras”, que poderia ser uma forma de tirar os holofotes da SCTIE<sup>141</sup>. Hélio Angotti<sup>142</sup> deixou a SCTIE para assumir a SGTES, após a saída de Mayra Pinheiro<sup>143</sup>. Como Secretária da SCTIE assumiu Sandra de Castro Barros, que era diretora do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

STF dá cinco dias para o Ministério da Saúde explicar nota antivacina. **Jornal Nacional**, 2022. Disponível em <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/01/26/stf-da-cinco-dias-para-o-ministerio-da-saude-explicar-nota-antivacina.ghtml>>. Acesso em 6 jan. 2023.

<sup>139</sup> BORGES, Rebeca. Técnicos querem revogar portaria pró-cloroquina do Ministério da Saúde. **Metrópoles**, 2022. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/tecnicos-querem-revogar-portaria-pro-cloroquina-do-ministerio-da-saude>>. Acesso em 06 jan. 2023.

<sup>140</sup> CHAIB, Júlia; LOPES, Raquel. Secretário pró-cloroquina rejeita recurso contra indicação de kit Covid no SUS. **Folha de São Paulo**, 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/02/secretario-pro-cloroquina-rejeita-recurso-contraindicacao-de-kit-covid-no-sus.shtml>>. Acesso em 6 jan. 2022.

AQUINO, Mariah. Secretário Hélio Angotti rejeita recurso que contesta kit Covid no SUS. **Metrópoles**, 2022. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/secretario-helio-angotti-rejeita-recurso-que-contesta-kit-covid-no-sus>>. Acesso em 6 jan. 2023.

<sup>141</sup> BRASIL. Página 1 da Seção 2 do Diário Oficial da União (DOU) de 15 de Fevereiro de 2022. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 fev. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1167988485/dou-secao-2-16-02-2022-pg-1>>. Acesso em 6 jan. 2023.

Além das mudanças na SCTIE e SGTES descritas a seguir, o Secretário de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Sérgio Okane, que teria sido convidado para assumir a SCTIE e recusado, foi exonerado. Na SAES assumiu Maira Batista Botelho.

DUARTE, Melissa. Quem é Maira Botelho, que comandará secretaria com orçamento de R\$ 68,5 bilhões no Ministério da Saúde. **O Globo**, 2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/quem-maira-botelho-que-comandara-secretaria-com-orcamento-de-685-bilhoes-no-ministerio-da-saude-25405943>>. Acesso em 6 jan. 2023.

<sup>142</sup> Segundo currículo na Plataforma Lattes, Hélio Angotti Neto é Coordenador do Curso de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo e professor de medicina da Uninove. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (2003), fez residência médica e especialização em Oftalmologia na Universidade de São Paulo (USP), e doutorado em ciências médicas – oftalmologia também na USP (2011). Foi membro das comissões de Educação Médica, de Especialidades e da Câmara Técnica de Bioética do CFM. Tem trabalhos nas áreas de oftalmologia e também biótica, ética médica e Educação Médica. Em 2019 e 2020 atuou como diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde e Secretário substituto na SGTES/MS. Posteriormente foi Secretário da SCTIE de junho de 2020 a fevereiro de 2022, quando passou a Secretário da SGTES ficando até dezembro de 2022. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/6394379738440524>>. Acesso em 04 mar. 2023.

<sup>143</sup> Mayra Pinheiro saiu da SGTES para assumir o cargo de Secretária de Perícia Médica Federal, da Secretaria da Previdência, do Ministério do Trabalho. O relatório da CPI sugere seu indiciamento por prevaricação, epidemia com resultado de morte e crime contra a humanidade (p.1113), devido a sua atuação na pandemia, em especial na defesa da cloroquina e “tratamentos precoces”. No mesmo período em que saiu do MS, a “Capitã Cloroquina” se filiou ao PL e posteriormente foi candidata a deputada federal nas eleições de 2022.

PAGNO, Marina Secretário pró-cloroquina troca de cargo no Ministério da Saúde. **GZH**, 2022. Disponível em <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/02/secretario-pro-cloroquina-troca-de-cargo-no-ministerio-da-saude-ckzpnq8as001s0188gw5aio18.html>>. Acesso em 6 jan. 2023.

MOES, Malu; QUEIROZ, Vitória. Saúde faz trocas em secretarias após saída de Mayra Pinheiro. **Poder 360**, 2022. Disponível em <<https://www.poder360.com.br/governo/saude-faz-trocas-em-secretarias-apos-saida-de-mayra-pinheiro/>>. Acesso em 6 jan. 2023.



(DAF/SCTIE). Na coletiva de imprensa em que foram anunciadas essas e outras mudanças no MS, a nova Secretária teria afirmado que a discussão sobre a hidroxicloroquina estava encerrada, a discussão havia sido feita e havia um histórico do processo que estava sendo julgado. O Ministro da Saúde afirmou que julgaria o recurso, baseado na legislação<sup>144</sup>.

Muitos veículos de imprensa publicaram a notícia da decisão do STF a partir do pedido da Rede, mas apenas na Jovem Pan encontrei uma manchete a partir da perspectiva do Secretário: “Secretário da saúde diz que pedido de afastamento é tentativa de assassinato de reputação”<sup>145</sup>. A reportagem menciona falas de Helio Angotti explicando como seria o processo de decisão para acatamento de diretrizes e afirmando que as pessoas descontextualizaram a tabela. Segundo a citação de fala do Secretário na reportagem:

...Essa nota eu fiz com base em critérios técnicos, éticos, administrativos, até de contexto, pra mostrar a complexidade do processo decisório. A decisão foi feita, publicada no Diário Oficial da União, está lá fundamentada, com mais de 70 itens de bibliografia acadêmica, vários recursos à legislação vigente, vários documentos do Ministério da Saúde, consultoria jurídica, então ali eu fiz a minha fundamentação.

Na página do Facebook em que a Jovem Pan divulga a reportagem<sup>146</sup> há uma série de comentários de bolsonaristas apoiando o Secretário. Em geral, os comentários criticam o partido Rede (do Senador Ranfolfe Rodrigues, vice-presidente da CPI da Pandemia) e o STF, e alguns destacam o caráter de especialista do Secretário.

Nas discussões sobre a tabela, o principal argumento da SCTIE foi de que os críticos estavam retirando-a de contexto. A tabela é uma citação retirada do anexo denominado de AVALIAÇÃO TÉCNICA SOBRE O RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO REFERENTE À CONSULTA PÚBLICA Nº 90, do Ofício nº 228/2021/DEGTS/SGTES/MS. Este Ofício fundamenta quase todos os argumentos trazidos pela SCTIE na Nota Técnica. Embora não seja mencionada autoria, como característico dos documentos burocráticos, ao longo da Nota Técnica podemos inferir de onde vem o referido Ofício. Ele parte da SGTES – Secretaria de

<sup>144</sup> SUBSTITUTA de defensor da cloroquina na Saúde diz que tema está ‘encerrado’. **UOL**, 2022. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2022/02/17/saude-cloroquina-tema-encerrado.htm>>. Acesso em 6 jan. 2023.

AQUINO, Mariah. Debate sobre cloroquina está encerrado, diz nova secretária da Saúde. **Metrópoles**, 2022. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/debate-sobre-cloroquina-esta-encerrado-diz-nova-secretaria-da-saude>>. Acesso em 6 jan. 2023.

<sup>145</sup> SECRETÁRIO da Saúde diz que pedido de afastamento é ‘tentativa de assassinato de reputação’. **Jovem Pan**, 2022. Disponível em: <[https://jovempan.com.br/programas/os-pingos-nos-is/secretario-da-saude-diz-que-pedido-de-afastamento-e-tentativa-de-assassinato-de-reputacao.html?fbclid=IwAR0vv\\_nxaxWhsrT4qX3NoRjnEI4HudG4KDuEqkheHW-1gZEpDZzx39JNNYc](https://jovempan.com.br/programas/os-pingos-nos-is/secretario-da-saude-diz-que-pedido-de-afastamento-e-tentativa-de-assassinato-de-reputacao.html?fbclid=IwAR0vv_nxaxWhsrT4qX3NoRjnEI4HudG4KDuEqkheHW-1gZEpDZzx39JNNYc)>. Acesso em 6 jan. 2023.

<sup>146</sup> PARA Hélio Angotti Neto, tabela que consta em nota técnica foi descontextualizada e debate está sendo suprimido. São Paulo, 24 jan. 2022. **Facebook**: Jovem Pan News. Disponível em: <<https://www.facebook.com/jovempannews/posts/10158942638281472/>>. Acesso em 6 jan. 2023.

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, cuja secretária era Mayra Pinheiro, conhecida na mídia como “Capitã Cloroquina”. Na Nota Técnica afirma-se que no Ofício nº228/2021 “cinco representantes do Ministério da Saúde na CONITEC manifestaram...”, sabendo que foram seis votos contrários à aprovação das diretrizes no Plenário da CONITEC, um deles do CNS, infere-se que participaram também da confecção/assinatura do Ofício SE, SESAI, SAES, SAPS<sup>147</sup>. Para confirmar quem havia produzido os argumentos do documento, pedi acesso ao Ofício nº 228/2021/DEGTS/SGTES/MS (mencionando a Nota em que foi citado e o número SEI) através do portal Acesso à Informação do Governo Federal – fala.br – em janeiro de 2023, tendo recebido o documento solicitado em cinco dias, confirmando as assinaturas.

De certa forma, esse Ofício, assim como a votação no Plenário da CONITEC, sugere que havia um entendimento compartilhado entre as áreas do MS, alinhado com a defesa do Governo da cloroquina. Esse alinhamento político, nesses setores do MS, precisou também ser produzido de forma “técnico-científica” nos documentos. Em síntese, os principais questionamentos metodológicos às Diretrizes apresentados na Nota Técnica nº02/2022-SCTIE/MS são:

Os signatários do Ofício nº 228/2021/DEGTS/SGTES/MS, no anexo contendo a AVALIAÇÃO TÉCNICA SOBRE O RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO REFERENTE À CONSULTA PÚBLICA nº 90, publicada no Diário Oficial da União de 12 de novembro de 2021, apontam a omissão em incluir estudos com mais dados sobre a segurança de determinadas tecnologias avaliadas, interpretação inadequada de estudos incluídos, elaboração inadequada das perguntas PICO – que intentam nortear o processo de revisão sistemática –, seleção aparentemente arbitrária ou enviesada de diretrizes para direcionar o trabalho do Grupo Elaborador, grande heterogeneidade entre os estudos incluídos, omissão de diretrizes discordantes das conclusões do Grupo Elaborador e imposição de conclusões previamente estabelecidas a membros do grupo que discordaram da forma metodológica e da avaliação realizada. (BRASIL, 2022a, p.13)

O que eu gostaria de chamar a atenção, ao descrever certos detalhes dessa Nota Técnica, é o acionamento de métodos científicos para a defesa de uma postura governamental que ia contra aparente “consenso científico internacional” ou “temas já pacificados pela comunidade científica”. A Nota questiona “vieses” dos médico-cientistas do Grupo Elaborador, sugere que não utilizaram corretamente conceitos da “Medicina Baseada em Evidências”, questiona a metodologia utilizada, sua forma de utilização e pertinência para o objetivo das Diretrizes. O

---

<sup>147</sup> No Plenário da CONITEC, a SAES foi representada por Maria Inez Pordeus Gadelha, quem trouxe os principais argumentos do Ofício nº228/2021 para a reunião, em que ela fez o papel de principal crítica às Diretrizes. Os representantes da Secretaria Executiva e da SGTES também fizeram pequenas intervenções com argumentos do Ofício, principalmente em relação à temática do uso *off label*. Enquanto os representantes da SAPS e da SESAI, falaram apenas “sou contra”, durante a votação.

Secretário chega a utilizar três citações (BRASIL, 2022a, p. 3, 6 e 38) de Karl Popper (dos livros *A Lógica da Pesquisa Científica* [1959] e *The Poverty of Historicism* [1944]) para argumentar que a ciência possui “caráter mutável e evolutivo”, “não possui enunciados definitivos” e não se deve “suprimir o debate científico” – ou seja, para defender que a análise das evidências deve ser revista constantemente, sem estabelecer “conclusões definitivas” como as que compunham as Diretrizes. A Nota cita também Willian Osler para dizer como deve ser o “bom médico”, que a decisão para cada paciente deve ser feita em conjunto com este e seus “valores éticos e bom juízo clínico” (BRASIL, 2022a, p.4).

As 45 páginas mereceriam um estudo mais detalhado do jogo de seleção de técnicas e métodos científicos articulados para a defesa de seu argumento, situado no contexto político em que foi produzido. Fica em aberto também uma reflexão mais ampla sobre os efeitos desse tipo de produção de médicos (bolsonaristas) com “engajamento acadêmico” (Ferrari, 2022), que estão produzindo estudos e publicações (ciência) – e atuando no Estado. Trata-se de um tipo de movimento nas ciências? São reconhecidos em seus campos de pesquisa e atuação? Ou são considerados como “menos cientistas” por seus engajamentos políticos?

As citações de filosofia a ciência e as exigências de rigor metodológico, de certa forma, remetem-me a uma versão mais sofisticada da produção de (pós-)verdades do bolsonarismo. Letícia Cesarino (2019; 2020; 2021; e Nascimento et al., 2020) têm uma série de trabalhos que abordam a co-produção contemporânea entre mídias digitais, neoliberalismo, neopopulismos e pós-verdade - principalmente a partir de pesquisas sobre a emergência do populismo digital no Brasil. Cesarino (2021) sugere que “o termo pós-verdade indica um ambiente de entropia informacional crescente derivado da intensificação extensiva (global) e intensiva (personalização) do duplo processo de digitalização e de neoliberalização”.

A infraestrutura digital potencializaria esses processos aumentando a entropia e a equiprobabilidade – a igual probabilidade de um enunciado estar correto ou não (CESARINO, 2020). Nesse sentido, a pós-verdade seria uma condição epistêmica em que qualquer enunciado poderia ser contradito a um custo muito baixo – diferente do que se entendia por verdade, como “conjunto de enunciados considerados caros demais para serem modificados” (LATOUR e WOOLGAR 1997 apud CESARIANO, 2021). Assim, a autora aponta para um ambiente epistêmico estruturado a partir de uma crise de confiança no sistema de peritos (que incluiria a ciência, a estatística, instituições e imprensa profissional).

Em sua pesquisa nas redes de apoiadores de Bolsonaro, Cesarino (2021) encontrou algumas estratégias de verificação de verdade que não passam por meio dos controles e procedimentos fixados por estruturas modernas (sistema de peritos), mas por meio: da

experiência pessoal e imediata (sentidos imediatos, trajetória pessoal e moralidades cotidianas); de elos causais ocultos; e do pertencimento identitário de tipo antagonístico. O neoliberalismo, associado a um movimento antimoderno, desembocaria nesse pressuposto de que a verdade não poderia ser conhecida de antemão, mas *a posteriori*, resultado da livre interação dos agentes. Aproximando-se de um entendimento de verdade como eficácia – encontrado também nos estudos sociais da ciência – parte-se da ideia de que “nenhum sujeito – individual ou coletivo – teria acesso privilegiado à verdade – nem o Estado, nem as estatísticas, nem mesmo a ciência” (CESARINO, 2021, p. 87).<sup>148</sup>

O que me pareceu interessante ao descrever a argumentação da Nota Técnica da SCTIE foi que ao mesmo tempo em que se baseavam nessa equiprobabilidade neoliberal/bolsonarista, havia também uma construção de argumentos a partir de referências a metodologias científicas e administrativas. A nota usa da filosofia da ciência para argumentar que a ciência é mutável, e dessa maneira constrói um jogo de argumentação que impõe aos seus opositores não a tarefa de provar que os medicamentos não têm eficácia, mas de provar que eles não poderiam vir a ter – se não existem estudos para comprovar eficácia também não existiriam para não comprovar definitivamente. E o desafio aos opositores, passa pela defesa de moralidades dos seus, argumentando pelo “esforço ético de salvar vidas” e pelo papel do “bom médico,” “com valores éticos e bom juízo clínico”. Ao mesmo tempo, ao trazerem questionamentos a detalhes metodológicos e administrativos, o Secretário da SCTIE e o grupo do Ofício acionam seus lugares de especialistas, de certa forma se valendo de sistemas de peritos (ciência e instituições) para defender sua perspectiva. Nesse sentido, a “autonomia médica” também aparece como uma carta chave e o CFM (uma instituição “dos seus”) como a “instituição reguladora da medicina no Brasil”.

Como destacado por Cesarino e colegas (Nascimento et al, 2020), em estudo sobre abordagens da pandemia em grupos de extrema direita no Telegram, é possível perceber a influência dos sistemas de desinformação na prática médica, bem como a centralidade do médico no Brasil cloroquínico:

Depreende-se, portanto, que **os apoiadores de Bolsonaro não negam a legitimidade das instituições científicas em si, mas buscam instrumentalizá-las a favor de posicionamento inflexionados por critérios externos aos consensos mais amplos na comunidade científica.** Mais do que tentar

---

<sup>148</sup> Se a partir dos estudos sociais da ciência, a objetividade da ciência pode ser vista como “uma relação estável e eficaz entre enunciados e inscritores (ou mediações)”, a meta-função da ciência em sociedades complexas seria produzir ordem por meio da confiança social no sistema de peritos (CESARINO, 2021). A pós-verdade configuraria uma crise de confiança nesse sistema, pela mudança nos tipos de mediação que organizam a produção de conhecimento legítimo.

emplacar um paradigma alternativo de médicos patriotas apoiadores da cloroquina, as narrativas circuladas no grupo ensejaram o papel de “mercadores da dúvida”: ao constantemente negar evidências e produzir efeitos alternativos, impedem a estabilização de consensos na comunidade científica. Isso, em si, já configura como um resultado satisfatório, visto que a manutenção de um ambiente de confusão e ambiguidade é parte importante do modus operandi de populistas como Trump e Bolsonaro: **a impossibilidade de traçar causalidade impede a atribuição de responsabilização.** (Nascimento et al., 2020, grifos meus)

Nesse sentido, considerando esses processos de transformações neoliberais e a crise de confiança no sistema de peritos, ao mesmo tempo percebendo o esforço de instrumentalização de certas instituições, ao ler os argumentos técnico-científicos (e buscar os currículos) dos críticos às propostas de diretrizes contrárias aos medicamentos sem eficácia comprovada (nos consensos científicos mais amplos), questionava-me em vários momentos sobre os efeitos dessas produções no próprio sistema de peritos, na ciência. Seria apenas uma estratégia política de acionamento de especialistas com posicionamentos divergentes dos consensos científicos, aliada à seletividade do uso das informações científicas (CAMARGO Jr; COELI, 2020), ou poderíamos encontrar efeitos desse contexto político nas produções nos diferentes campos científicos. Considerando que seriam produções de “pares”: Esse tipo de produção criaria vertentes? Tipos de cientistas? Qual a profundidade histórica desses movimentos? Seriam capazes de perdurar ou seriam resultado de um momento político um tanto específico? A relação desses movimentos com a digitalização e neoliberalismo, indicaria mudanças mais amplas nas medicações que possibilitam conhecimento legítimo?

Como Thomas Kuhn, Bruno Latour e boa parte dos estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade) têm mostrado, a ciência é mais eficaz nos contextos que ela própria ajudou a moldar. Em outras palavras, ela é o melhor farol para a situação em que vivemos não porque seja um tipo de conhecimento universal e intrinsecamente superior aos saberes tradicionais, não-ocidentais ou epistemologias populares, mas porque ela foi co-produzida com o nosso tipo de sociedade (industrial, expansionista) ao longo dos últimos séculos. Pelo menos, até o momento: como vem notando o próprio Mirowski, as pressões pela neoliberalização (e algoritmização) da ciência ameaçam transformar de modo fundamental alguns de seus pilares centrais. (CESARINO, 2020)

Os conflitos do processo da CONITEC (com os “vazamentos” para mídia) foram bastante noticiados. Em reportagem do G1<sup>149</sup>, citam a análise de um especialista avaliando que

---

<sup>149</sup> PINHEIRO, Lara. Ministério da Saúde rejeita diretrizes da Conitec de não usar 'kit Covid' para tratamento em pacientes no SUS. **G1**, 2022. Disponível em:

a rejeição do MS às Diretrizes mudaria pouco o cenário de prescrição dos medicamentos na prática, “quem vai prescrever já estava prescrevendo”, considerando que são medicamentos sem protocolos rígidos de distribuição, já estando disponíveis em muitas UBS. Em seguida, o mesmo especialista afirma que o peso da decisão era “mais política do que prática”, pois seria o primeiro documento oficial do MS afirmando que aqueles medicamentos não funcionavam.

Gostaria de destacar esse efeito político – discordando que seja dissociado da prática – na medida em que o debate mantém a pauta, a discussão pública entre antagonistas. Para os apoiadores do Governo, mantém certa coerência no esforço de sustentar “tecnicamente” nas estruturas institucionais as posições defendidas “do seu lado”. Para os críticos, pode dar razão à leitura de que o Governo realmente defendeu medicamentos sem eficácia comprovada – seja em uma leitura da inevitabilidade do que esperar “do outro lado”, seja na argumentação da “coerência entre o que se diz e o que se faz” (CEPEDISA, 2021) na construção da política negacionista genocida. De qualquer forma, mantém a pauta (e a possibilidade de equiprobabilidade alta), o que tem efeitos práticos sustentando uma forma de gestão da pandemia no contexto dessa associação neoliberalismo e populismo digital.

#### 2.2.4 Os “outros” documentos e os medicamentos considerados para análise

Como relatado no começo desta parte do Capítulo, na minha busca por documentos no site do MS encontrei, no link de Notas Técnicas, na pasta de 2022, uma série de 14 notas, cada uma referente ao uso de um medicamento específico para tratamento da covid-19. Todas tinham um formato semelhante, iniciando com uma capa verde com a logo “CORONAVÍRUS COVID 19”, comum a maioria das publicações do MS relacionadas à pandemia, seguida de um título. Na página seguinte, há o cabeçalho identificando que as notas eram da Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde (CMTS), da Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde, do DGITIS/SCTIE<sup>150</sup>. As Notas tratavam dos medicamentos a seguir, que dividi em classes na tabela, para se ter uma imagem da variedade de opções consideradas:

---

<<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/01/21/ministerio-da-saude-diretrizes-conitec-de-nao-usar-kit-covid-para-tratamento-em-pacientes-no-sus.ghtml>>. Acesso em 7 jan. 2023.

<sup>150</sup> Acredito que o leitor já esteja familiarizado com as duas siglas que apareceram com frequência na discussão dos documentos da CONITEC. A SCTIE é Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, que entre seus departamentos está o DGITIS: Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde.

Quadro 2 – Classes dos medicamentos analisados pelas Notas Técnicas

## CMTS/CGGTS/ DGITIS/SCTIE

Anticorpos monoclonais	Tocilizumabe (BRASIL, 2021m) VIR-7831 (BRASIL, 2021n)
Antibióticos	Azitromicina (BRASIL, 2021c) Doxiciclina (BRASIL, 2021f)
Antiparasitários	Ivermectina (BRASIL, 2021i) Nitazoxanida (BRASIL, 2021j)
Suplementos	Vitamina D (BRASIL, 2021o) Zinco (BRASIL, 2021p)
Corticosteroide	Dexametasona (BRASIL, 2021d)
Antivirais	Remdesivir (BRASIL, 2021l)
Antiandrogênicos	Proxalutamida (BRASIL, 2021k)
Anticoagulantes	Enoxaparina (BRASIL, 2021g)
Agentes biológicos	EXO-CD 24 (BRASIL, 2021h)
Composto químico	Dióxido de cloro (BRASIL, 2021e)

Fonte: Autoria própria

Ainda na capa, todas as notas têm como referência de data “Março/2021”, com exceção da nota sobre o Tocilizumabe que é de “Abril/2021”. No entanto, no site do MS todas estão arquivadas na pasta 2022, indicando como data de inclusão na página o dia 18 de fevereiro de 2022. Essa diferença entre as datas levanta algumas questões, considerando que toda a discussão das Diretrizes para tratamento ambulatorial na CONITEC ocorreu do final de 2021 até início de 2022 (Portaria SCTIE/MS nº4 de 20/01/22 e pedidos de recurso em fevereiro/22) e essas publicações não são citadas no Relatório nº 686 da CONITEC (BRASIL, 2021b), que é uma Comissão vinculada à mesma Coordenação Geral em que foram produzidas as Notas. Outro ponto que pode ter relação com esse contexto é que a inclusão dos documentos na página do MS (18/02/2022) ocorreu dois dias depois da “dança das cadeiras” entre as Secretarias do Ministério – em 16 de fevereiro, Hélio Angotti deixou a SCTIE. No entanto, essas são apenas inferências que situam a minha leitura das Notas quando as acessei, pois nos documentos não há elementos que permitam situar mais precisamente o contexto de sua produção (e demanda) e o contexto de sua divulgação no site.

Apesar disso, parece-me importante procurar distinguir o contexto de produção e o de divulgação no site. Normalmente, notas técnicas são produzidas por especialistas em determinado assunto para fundamentar ou orientar a atuação de determinado órgão/setor, a

partir da identificação da necessidade dessa fundamentação ou de informações específicas sobre determinada questão. Pode ser que, em um primeiro momento, as Notas tenham circulado entre coordenações do próprio Ministério. Porém, não é possível identificar de onde/como partiu a demanda, pois as versões publicadas no site não têm numeração e tampouco identificação do número SEI do documento – o que permitiria, por exemplo, uma busca do(s) processo(s) em que elas foram produzidas e por quais setores circularam. Nesse sentido, pode ser que ao ganhar a capa verde e ir para o site, elas visassem públicos diferentes daqueles que as demandaram inicialmente. Na minha leitura, permaneceram dúvidas sobre autorias – que não são identificadas nos textos além do cabeçalho – e a quem elas se direcionavam.

Se todo o processo de discussão das Diretrizes na CONITEC foi marcado pelos “vazamentos” e pela cobertura midiática, no caso dessas Notas não encontrei reportagens que mencionassem a sua publicação. Elas configuram um primeiro/talvez único reconhecimento do MS de que certos tratamentos não tinham eficácia comprovada. Estiveram no site do MS pelo menos até fevereiro de 2023 (meu último acesso), mas é difícil mapear com maior precisão o contexto de sua produção, publicação e circulação. Outro “detalhe” importante é que não há uma nota sobre a cloroquina/hidroxicloroquina – a menina dos olhos do debate público/político.

Embora as capas sejam semelhantes e todas as Notas tenham o mesmo cabeçalho, a estrutura de organização dos textos varia. Há textos de quatro páginas (EXO-CD 24) e textos de trinta e três (Tocilizumabe), o que se relaciona a quantidade de estudos encontrados como referência a serem descritos, mas deve-se também a estrutura das Notas. Em geral, encontrei três padrões de texto entre elas:

- a) Apresentam o “Assunto” que é o mesmo do título: [Nome do medicamento] para tratamento [alguns “e prevenção”] de pacientes com covid-19. Em seguida há 4 pontos: 1) Objetivo; 2) Análise - que inclui a descrição: da Condição clínica; Tecnologia; Pergunta de pesquisa (PICO); Busca na literatura; Análise dos estudos (com a descrição de cada estudo e/ou recomendação encontrados); Considerações finais; 3) Conclusões; 4) Referências. Neste padrão estão notas de cerca de 12 a 16 páginas, e incluem-se nele as notas dos medicamentos: Azitromicina; Doxiciclina; Nitazoxanida; Remdesivir; Vitamina D; e Zinco. A exceção nesse grupo, que tem a estrutura semelhante, com alguns pontos diferentes é a Nota sobre o Dióxido de Cloro que, além dos pontos mencionados, apresenta outros relacionados ao fato de se tratar de uma nota revisada a partir de questionamentos recebidos – o conteúdo dos textos será abordado a seguir.
- b) Nesse grupo há três notas, de 4 a 6 páginas, com o título na capa “Cenário de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos para a COVID 19”, identificando na página seguinte o nome do medicamento abordado em cada uma: Proxalutamida; VIR-7831; EXO-CD24. Esse título nos dá pistas sobre o contexto de demanda para a Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde (CMTS), que possivelmente foi solicitada a mapear esses “cenários”. A estrutura dos textos dessas três Notas é organizada em: 1) Assunto: “Pesquisa e desenvolvimento de



- medicamentos para o tratamento da infecção pelo SARS-CoV-2”; 2) Análise: Tecnologia; Desenvolvimentos clínicos; Resultados; 3) Conclusões.
- c) O terceiro padrão inclui os textos maiores (entre 25 e 33 páginas), que são iniciados com um Resumo Executivo, que sintetiza a descrição da Tecnologia; Indicação na bula; Pergunta; Evidências e discussão; Conclusão. Em seguida é apresentado um Sumário, e os pontos detalhados: 1) Contexto (descrição das características da covid-19); 2) Descrição da tecnologia: Princípio ativo; se há Registro na ANVISA; Mecanismo de ação; 3) Evidências científicas: pergunta PICO, busca dos estudos e descrição de cada um dos trabalhos encontrados; 4) Recomendações e protocolos; 5) Considerações finais; Referências e Apêndices. Nesse grupo estão as notas sobre: Ivermectina; Tocilizumabe; Enoxaparina; e Dexametasona.

Olhar para as diferenças de estrutura textual nos permite fazer inferências sobre possíveis proximidades de autorias. Alguns elementos dessas estruturas se repetem, como se copiados de umas para outras. Por exemplo, a Nota do Tocilizumabe tem um erro, com uma frase sobre a Dexametasona no meio do texto. Não há, no entanto, uma relação aparente entre os tipos/classes de medicamento e a estrutura dos textos – por exemplo a ivermectina foi analisada de uma forma e a nitazoxanida, de outra.

As estruturas nos indicam ainda alguns pontos que parecem relevantes para os objetivos dos autores e o contexto técnico-científico. Com exceção das Notas do grupo b, que são mais enxutas e abordam medicamentos sobre os quais naquele momento havia poucos estudos, todas as outras apresentam uma pergunta PICO (População, Intervenção, Comparador e Desfechos [*outcomes*]) para a busca dos estudos. Além disso, após as descrições dos estudos encontrados, a maioria delas apresenta uma classificação da qualidade metodológica dos estudos, com gráficos medindo o “risco de viés” – há ferramentas metodológicas para esse tipo de medida.

Por não ser familiarizada com a linguagem técnico-científica utilizada, nem todas as informações trazidas nas Notas eram claras para mim. Para apresentar minha leitura, sintetizei no quadro a seguir as principais conclusões de cada uma delas. Durante as leituras, tive de buscar informações na internet sobre alguns medicamentos e termos que não conhecia. Na maioria dos casos, encontrei notícias, situando-os em processos de debates públicos/políticos em determinados períodos. Assim, após a síntese do quadro, descrevo, na seção seguinte, o contexto encontrado sobre alguns desses medicamentos, que ajudam a pensar sobre possíveis motivações para a necessidade de produção de Notas Técnicas, bem como situar como ficaram os estudos e a “recomendabilidade” posteriormente à escrita dos textos.

Quadro 3 – Resumo das Notas Técnicas Notas Técnicas CMTS/CGGTS/ DGITIS/SCTIE

Azitromicina (BRASIL, 2021c)	A Nota analisa principalmente uma revisão sistemática e dois ensaios clínicos PRINCIPLE e RECOVERY, a partir da busca em 15 de março
------------------------------	--

	de 2021. Conclui que não foram identificadas evidências que demonstrassem que o uso de azitromicina proporciona benefícios clínicos, comparado ao “cuidado padrão”, tanto em relação a pacientes com sintomas leves como em hospitalização.
Dexametasona (BRASIL, 2021d)	O medicamento é um corticosteroide, que teria ação anti-inflamatória e imunossupressora, por isso teria sido prescrito para pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com vistas a reduzir o processo inflamatório ligado à produção exagerada de citocinas – uma reação exagerada do sistema imunológico. A OMS já teria recomendado o uso em pacientes graves, em dosagens específicas. A Nota conclui que, os estudos e recomendações internacionais apontam benefício do uso em pacientes com situação grave ou crítica, em doses adequadas, ressaltado que o uso não é recomendado para pacientes não graves.
Dióxido de cloro (BRASIL, 2021e)	Nessa Nota há um pequeno histórico de sua construção, explicando que se trata de uma atualização de Notas anteriores. A primeira teria sido publicada em abril de 2020, em seguida houve uma atualização em julho de 2020, após uma nota de esclarecimento, que diz ter sido escrita por mais de 30 pesquisadores, enviada por email ao DGITIS pela “Sra. Christiane Santos Matos” <sup>151</sup> . Na Nota Técnica, detalham-se as formas de busca de estudos, concluindo que não foram identificados estudos em que se avaliasse o uso para prevenção ou tratamento da covid. Apenas revisões sistemáticas sobre a possibilidade de utilização de dióxido de cloro para uso tópico nasal e o como antisséptico bucal, para diminuição da carga viral no trato respiratório e prevenção de contágio em profissionais de saúde. No entanto, as indicações para o uso profilático não eram baseadas em estudos experimentais em seres humanos, mas em extrapolações dos resultados de estudos in vitro.
Doxiciclina (BRASIL, 2021f)	A Nota descreve a tecnologia e a forma como foram feitas as buscas pelos estudos na literatura. Após a descrição de cada um dos estudos encontrados, conclui que, encontrados quatro ensaios clínicos, todos avaliaram a doxiciclina em associação a outros medicamentos, de forma que não há evidências suficientes para determinar o melhor regime terapêutico.
Enoxaparina (BRASIL, 2021g)	Anticoagulante injetável, utilizado para o tratamento de trombose, na prevenção de tromboembolias em contextos de cirurgias e outros tratamentos hospitalares e prevenção de coagulações em hemodiálises. As evidências encontradas nas buscas descritas na Nota, a partir de quatro estudos observacionais, indicavam benefícios na anticoagulação em pacientes hospitalizados, com a diminuição da taxa de admissão à UTI e mortalidade hospitalar.
EXO-CD 24 (BRASIL, 2021h)	O EXO-CD 24 seria um medicamento de tipo biológico composto por exossomas (vesículas naturais secretadas por células para “se comunicarem” com outras) preenchidos com a proteína CD24 (que estaria envolvida em números processo celulares e inflamatórios). O medicamento controlaria as “tempestades de citocinas”, que seriam uma

<sup>151</sup> Segundo seu currículo lattes, Christiane atuou como consultora (2019) e depois tornou-se Coordenadora (2021) da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no MS. A Nota menciona apenas seu nome, sem justificar porque seu e-mail direto para o DGITIS merecia Notas Técnicas de resposta.

	<p>reação exagerada do sistema imunológico em reação à infecção pelo coronavírus.</p> <p>A Nota descreve a tecnologia e as características de um estudo que estava sendo realizado – ensaio clínico com fase 1 aberto – que tinha a previsão de término em fevereiro de 2021, mas o resultado ainda não havia sido publicado. Em seguida a Nota descreve “Resultados Não Oficiais”, citando informações de “jornais locais” de Israel, em que os pesquisadores envolvidos no estudo divulgaram que, entre trinta pacientes tratados, 29 apresentaram melhoras significativas. A conclusão da Nota é que o medicamento aponta para uma melhora clínica, entretanto a evidência era incipiente.</p>
Ivermectina (BRASIL, 2021i)	<p>Foram encontrados dois ECR, um ensaio clínico piloto, uma revisão sistemática e um estudo observacional. Após a descrição dos estudos, a Nota é concluída destacando que o uso da ivermectina para tratamento da covid-19 não estava previsto em bula e não tinha respaldo das agências reguladoras e dos fabricantes até aquele momento. Embora alguns estudos apontassem possíveis benefícios, outros não mostravam significância estatística. De forma que os resultados não eram suficientes para a recomendação e a OMS havia sugerido o uso apenas em protocolos de pesquisa clínica.</p>
Nitazoxamida (BRASIL, 2021j)	<p>Sobre o antiparasitário, foram encontrados três ensaios clínicos randomizados, no entanto, a Nota destaca em suas conclusões que os estudos foram considerados de baixa qualidade metodológica e alto risco de viés. Assim, seria necessária cautela na interpretação das evidências disponíveis, além do desenvolvimento de estudos com maior qualidade, rigor metodológico e maior tempo de acompanhamento.</p>
Proxalutamida (BRASIL, 2021k)	<p>A Nota Técnica faz a análise de dois ensaios clínicos que estariam sendo conduzidos por pesquisadores brasileiros em parceria com uma farmacêutica chinesa. Um em “fase não informada”, com 214 homens com casos leves; e outro em fase III, com previsão de término em dezembro de 2021, cujos resultados foram apresentados em uma coletiva de imprensa, envolvendo mais de 600 pacientes (590 finalizaram) em hospitais no Amazonas<sup>152</sup>. Em conclusão, a nota argumenta que os estudos apontam para redução na hospitalização e frequência de morte, mas a evidência disponível ainda era incipiente, com resultados preliminares.</p>
Remdesivir (BRASIL, 2021l)	<p>Antiviral que fora desenvolvido para o tratamento do Ebola (2017) e teria sido testado posteriormente para a MERS-CoV (síndrome respiratória do Oriente Médio) e SARS-CoV. O medicamento foi aprovado pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e pela FDA para uso compassivo, a partir de um ensaio clínico publicado, e tinha aprovação pela ANVISA. No momento da produção da Nota as evidências eram provenientes de quatro ensaios clínicos, cujos resultados apontaram para falta de benefício em desfechos importantes como redução da mortalidade, do tempo de ventilação mecânica ou</p>

<sup>152</sup> Há indícios de que esses resultados mencionados na Nota Técnica sejam os mesmos discutidos nessa reportagem: MADEIRO, Carlos. AM: Estudo de proxalutamida para covid omitiu riscos e direitos a pacientes. UOL, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimasnoticias/redacao/2021/11/17/am-estudo-com-proxalutamida-para-covid-omitiu-riscos-e-diretos-a-pacientes.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em 8 jan. 2023.

	melhora clínica. O texto aponta ainda que os estudos possuíam alto risco de viés e escalas divergentes para avaliação da recuperação dos pacientes. Nesse sentido, recomenda que os resultados sejam interpretados com cautela, não sendo conclusivos em demonstrar eficácia, segurança e efetividade. Assim, seriam necessários “dados mais robustos para estimar o real benefício da tecnologia”.
Tocilizumabe (BRASIL, 2021m)	Trata-se de um anticorpo monoclonal, utilizado para o tratamento de pacientes com artrite reumatoide. Foram incluídos na análise sete ECR e uma revisão sistemática com meta-análise, e o texto identifica a busca de estudos em janeiro de 2021. Após a descrição e comparação entre os estudos conclui-se que os estudos foram realizados com diferentes estratégias metodológicas, com uso de diferentes tratamentos prévios e concomitantes, levando a diferentes desfechos. Há estudos que sugerem benefício do uso para pacientes graves, em hospitalização (UTI com suporte respiratório) e o Reino Unido havia recomendado o uso intravenoso para pacientes com pneumonia grave, admitidos em UTI.
VIR-7831 (BRASIL, 2021n)	Trata-se de anticorpos monoclonais anunciados pelos laboratórios GKS e Vir Biotechnology, em março de 2021 <sup>153</sup> , como eficazes para tratamento da covid-19, a partir dos primeiros resultados de estudos. As conclusões da Nota Técnica foram de que o fabricante teria anunciado dados que apontam para redução no risco de hospitalização, no entanto, que os resultados eram preliminares e ainda não haviam sido publicados. O medicamento ficou conhecido posteriormente como sotrovimabe.
Vitamina D (BRASIL, 2021o)	Na Nota é descrita a busca de estudos na literatura, concluindo pela confirmação do que já havia sido sinalizado por “agências de saúde internacionais”, de que não há evidências robustas que possam indicar a associação entre os níveis de vitamina D e a gravidade ou mortalidade pela covid-19. Não foram encontrados ensaios clínicos randomizados.
Zinco (BRASIL, 2021p)	O texto afirma que a maioria das diretrizes de prevenção e tratamento da covid-19 não recomendam ou sequer mencionam o zinco. Na busca descrita na nota foram encontrados apenas dois ensaios clínicos que também mostram que não há evidências de melhoras sintomáticas ou redução de mortalidade com a suplementação de zinco.

Fonte: Autoria própria

#### 2.2.4.1. Os “outros” medicamentos e sua recomendabilidade

Em relação à classe dos **anticorpos monoclonais**, vale lembrar que foram os únicos que, no levantamento para as Diretrizes Ambulatoriais da CONITEC, apresentaram algum benefício, configurando a exceção nas recomendações para o não uso – no Relatório conclui-

<sup>153</sup> ANTICORPO de covid-19 dos laboratórios Vir e GSK tem ‘grande eficácia. Uol, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/afp/2021/03/11/anticorpo-de-covid-19-dos-laboratorios-vir-e-gsk-tem-grande-eficacia.htm?cmpid>>. Acesso em 8 jan. 2023.

SOUZA, Renan. Farmacêuticas dizem ter criado remédio com 85% de eficácia contra a Covid-19. CNN Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/farmaceticas-dizem-ter-criado-remedio-contra-a-covid-19-com-85-de-eficacia/>>. Acesso em 8 jan. 2023.

se que não era possível estabelecer recomendações em relação a eles (BRASIL, 2021b)<sup>154</sup>. Conforme argumentado no Relatório da CONITEC, são intervenções de custo elevado, de uso hospitalar (embora com indicação para os primeiros dias de infecção), o que geraria dificuldades logísticas, de adesão e acesso. Além disso, foram estudados em pacientes não vacinados, e a aprovação ocorreu no período em que a vacinação já estava em andamento<sup>155</sup>.

O anticorpo monoclonal **sotrovimabe**, ou **VIR-7831**, que manteve a aprovação da ANVISA, atuaria imitando a capacidade do sistema imunológico de combate ao coronavírus, atuando em uma proteína de forma a bloquear a ligação do vírus com a entrada nas células. Posteriormente ao contexto abordado na Nota (BRASIL, 2021n), o sotrovimabe foi recomendado pela OMS<sup>156</sup>, em janeiro de 2022, para uso nos primeiros sintomas, ajudando a evitar o agravamento da doença. O medicamento vinha sendo utilizado pelo serviço de saúde britânico para pacientes com outras condições de saúde (como diabetes e doenças respiratórias) que tinham maior risco de evoluírem para quadros graves. O uso emergencial no Brasil foi aprovado pela ANVISA em setembro de 2021, para pacientes com covid-19 leve ou moderada, com uso restrito a hospitais (não podendo ser vendido em farmácias).

Outro anticorpo monoclonal que apareceu entre as Notas Técnicas, mas com outro mecanismo de ação, foi o **tocilizumabe**. Este teria ação num sentido anti-inflamatório, inibindo uma proteína que promoveria a inflamação crônica que aumenta a gravidade da infecção e o

---

<sup>154</sup> No contexto dessa discussão das *Diretrizes*, a ANVISA já havia aprovado alguns anticorpos monoclonais para o tratamento da covid-19: a associação de casirivimabe + imdevimabe; a associação de banlivanvimabe + etesevimabe; o regdanvimabe; e o sotrovimabe (VIR-7831). Posteriormente, segundo informações do site da ANVISA, os três primeiros foram suspensos ou revogados. Além do sotrovimabe, posteriormente a ANVISA aprovou também Evulsheld® (cilgavimabe + tixagevimabe).

BRASIL. Ministério da Saúde. Medicamentos aprovados para tratamento da Covid-19. Brasília: ANVISA, s/d. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos>>. Acesso em 24 fev. 2023.

SCHIAVON, Fabiana. O que são os anticorpos monoclonais aprovados para tratamento da Covid-19. **Veja Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-sao-os-anticorpos-monoclonais-aprovados-para-tratamento-da-covid-19/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

ROCHA, Lucas. Sotrovimabe: conheça o anticorpo monoclonal recomendado pela OMS contra a Covid-19. **CNN Brasil**, 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/sotrovimabe-conheca-o-anticorpo-monoclonal-recomendado-pela-oms-contr-a-covid-19/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

<sup>155</sup> Antes das *Diretrizes*, a CONITEC já havia avaliado a incorporação das duas associações de anticorpos monoclonais, recomendando a não incorporação para pacientes de alto risco. Posteriormente, o casirivimabe + imdevimabe foi novamente avaliado para pacientes com covid-19 leve a moderada, não hospitalizado, que apresentam alto risco para agravamento da doença, sendo recomendada a sua não incorporação (BRASIL, 2021b).

<sup>156</sup> ROCHA, Lucas; FIGUEIREDO, Caroline. OMS recomenda dois novos medicamentos para tratamento de pacientes com Covid-19. **CNN Brasil**, 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/oms-recomenda-dois-novos-medicamentos-para-tratamento-de-pacientes-com-covid-19/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

Sobre os medicamentos que se mantêm com aprovação/indicação:

NEUMAN, Camila. Conheça os medicamentos contra Covid-19 aprovados para uso emergencial no mundo. **CNN Brasil**, 09 nov. 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/conheca-os-medicamentos-contr-a-covid-19-aprovados-para-uso-emergencial-no-mundo/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

GALLAGHER, James. Os tratamentos contra covid já disponíveis e como funcionam. **BBC News Brasil**, 25 jan. 2022. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-60111646>>. Acesso em 23 fev. 2023.

risco de mortalidade. Sobre o tocilizumabe, foram encontrados estudos e recomendações que indicariam benefícios no uso intravenoso, para pacientes graves, em hospitais. Posteriormente, no estudo Recovery, teria sido demonstrado que o medicamento reduziria a mortalidade e o tempo até a alta em pacientes hospitalizados. O Ministério da Saúde incorporou o tocilizumabe em setembro de 2022 (com o prazo de 180 dias para oferta da tecnologia no SUS)<sup>157</sup>.

O medicamento seria uma “droga de efeito anti-inflamatório mais avançada” e mais cara (GALLAGHER, 2023), em relação aos anti-inflamatórios **corticosteroides**, que já vinham sendo recomendados em casos graves de covid. Dentre os corticosteroides, a dexametasona teria sido um dos primeiros medicamentos a terem eficácia comprovada para apoiar o tratamento de pacientes em estado grave, com oxigenioterapia, pois ajudaria a controlar a reação inflamatória, evitando uma resposta imune exacerbada. Um destaque importante na Nota Técnica (BRASIL, 2021d) se refere à não recomendação para casos não graves, o que estaria relacionado a atuação do medicamento no sentido de inibição do sistema imunológico. No entanto, esse tipo de medicamento pode ter sido utilizado também em casos leves ou moderados. Uma reportagem de Pedro Nakamura (2022) aborda o abuso de corticosteroides como um dos erros médicos cometidos na pandemia<sup>158</sup>. Segundo o autor, médicos que defendiam o tratamento precoce, promoveram o uso domiciliar de medicamentos como a prednisona, dexametasona e metilprednisolona, muitas vezes em doses elevadas. Como vimos na primeira seção do capítulo, a prednisona também apareceu entre os medicamentos utilizados no Polo Base de Pauini.

Dentre os medicamentos que se mantiveram entre os recomendados para tratamento da covid-19, estão os **antivirais**, como o Remdesivir. A ANVISA aprovou o registro do

---

<sup>157</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde incorpora o medicamento tocilizumabe para tratamento da Covid-19 no SUS. Brasília, **Ministério da Saúde**, 13 set. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/ministerio-da-saude-incorpora-o-medicamento-tocilizumabe-para-tratamento-da-covid-19-no-sus>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório para a Sociedade: Tocilizumabe para tratamento de pacientes adultos com Covid-19 hospitalizados. Brasília: **CONITEC**, 2022. Disponível em: <[https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/sociedade/20220914\\_relsoc\\_354\\_tocilizumabe\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/sociedade/20220914_relsoc_354_tocilizumabe_final.pdf)>. Acesso em 24 fev. 2023.

ROCHA, Lucas. Saúde incorpora o medicamento tocilizumabe para tratamento da Covid-19 no SUS. **CNN Brasil**, 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/saude-incorpora-o-medicamento-tocilizumabe-para-tratamento-da-covid-19-no-sus/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

<sup>158</sup> NAKAMURA, Pedro. Abuso de corticoides no rol dos erros médicos da pandemia. **Extra Classe**, 2022. Disponível em: <<https://www.extraclasse.org.br/saude/2022/08/abuso-corticoides-no-rol-dos-erros-medicos-da-pandemia/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

DOMÍNGUEZ, Nuño. Os pioneiros da dexametasona: uso se justifica em casos graves da covid-19, mas pode ser perigoso para o resto. **El País Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-06-18/os-pioneiros-da-dexametasona-uso-se-justifica-em-pacientes-graves-da-covid-19-mas-pode-ser-perigoso-para-o-resto.html>>. Acesso em 24 fev. 2023.

medicamento, em março de 2021<sup>159</sup>. Com indicação em bula, o Remdesivir teria sido o primeiro medicamento com indicação aprovada para tratamento da covid. A aprovação foi para o uso hospitalar, destacando que não deveria ser vendido em farmácias.

Outro tipo de medicamento que aparentemente manteve seu uso justificável no manejo clínico de pacientes em tratamento da covid-19 foram os **anticoagulantes**, enoxaparina e heparina. Em julho de 2022, a ANVISA manteve os dois anticoagulantes em uma Resolução que abordava a necessidade autorização prévia para fins de exportação, com o objetivo de evitar o desabastecimento de insumos e medicamentos relacionados a covid-19 no Brasil<sup>160</sup>. Como descrito na Nota Técnica (BRASIL, 2021e), a enoxaparina é um anticoagulante injetável para uso hospitalar. Na primeira parte do capítulo, o anticoagulante enoxaparina foi mencionado pela enfermeira da SEMSA, como Clexane (nome comercial), um “anticoagulante de alto padrão que se usa dentro da UTI”.

Dentre os medicamentos analisados nas Notas Técnicas analisados, descrevi até aqui o contexto daqueles que seguiram gozando de certo consenso técnico-científico e de instâncias governamentais, mantendo-se como recomendáveis/justificáveis para uso no tratamento da covid-19. Embora minhas entrevistas e a pesquisa de maneira geral não tenham focado nos tratamentos hospitalares, vale notar que todos os medicamentos nessa condição são indicados para uso em ambiente hospitalar, levando-me a supor que, com exceção dos corticosteroides e anticoagulantes, os outros não chegaram em Pauini – seja por se tratarem de medicamentos de custo elevado, seja pelo fato de o Hospital de Pauini ter estrutura muito básica.

Considerando os medicamentos focalizados neste trabalho, aqueles indicados a partir da atenção básica e acessados nas aldeias Apurinã, vale destacar que nenhum dos medicamentos abordados nas Notas Técnicas com a proposta de uso ambulatorial se manteve como recomendável. No entanto, muitos deles geraram bastante repercussão no debate público, e eu arriscaria a dizer que houve uma repercussão muito maior em torno dos medicamentos ambulatoriais sem eficácia comprovada do que acerca daqueles que de fato comprovaram sua recomendação para uso hospitalar.

---

<sup>159</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Remdesivir. Brasília: **ANVISA**, 29 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos/remdesivir>>. Acesso em 24 fev. 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA aprova registro da vacina da Fiocruz/AstraZeneca e de medicamento contra o coronavírus. Brasília: **ANVISA**, 12 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-registro-da-vacina-da-fiocruz-astrazeneca-e-de-medicamento-contra-o-coronavirus>>. Acesso em 24 fev. 2023.

<sup>160</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Fármacos: alterada lista para autorização de exportação. Brasília: **ANVISA**, 01 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/farmacos-alterada-lista-para-autorizacao-de-exportacao>>. Acesso em 24 fev. 2023.

Entre os medicamentos que estavam com estudos incipientes no momento de produção das Notas Técnicas, há o caso do **EXO-CD24**, uma molécula que ficou conhecida por estar na composição de um spray nasal israelense<sup>161</sup>. O spray se tornou alvo de propaganda pelo ex-presidente brasileiro e mobilizou a visita de uma delegação brasileira a Israel, liderada pelo Ministro das Relações Exteriores, em março de 2021<sup>162</sup>. Em seguida, o medicamento também se tornou alvo de *fake news*, que divulgavam supostas notícias de jornais israelenses de que o spray defendido por Bolsonaro em lives e entrevistas teria sido colocado a venda em Israel. Na verdade, o spray que chegava às farmácias israelenses era o Enovid, desenvolvido por uma empresa canadense e fabricado em Israel, que teria recebido uma autorização de uso emergencial no país, após a passar pela fase II dos ensaios clínicos. A proposta do medicamento era fornecer uma barreira física e química ao vírus (com óxido nítrico), atuando de forma diferente do EXO-CD 24, cada um dos medicamentos estava em fases distintas dos processos de pesquisa<sup>163</sup>. Em 2022, quando a imprensa começou a noticiar estudos de um spray nasal para prevenção da covid na Finlândia, e da vacina em formato de spray nasal por pesquisadores da USP, o ex-presidente e apoiadores também propagandearam informações distorcidas dizendo que o ex-presidente já havia anunciado a eficácia dos sprays no ano anterior (como se fossem o mesmo do EXO-CD24)<sup>164</sup>.

---

<sup>161</sup> BAIMA, Cesar. Um governo obcecado por falsos milagres contra COVID-19. **Questão de Ciência**, 2021. Disponível em: <<https://www.revistaquestaoodeciencia.com.br/artigo/2021/03/17/volta-dos-que-nao-foram>>. Acesso em 24 fev. 2023.

<sup>162</sup> BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Visita de Delegação brasileira a Israel. Brasília: Nota a Imprensa Nº22, 06 mar.2021. Disponível em: <[https://www.gov.br/mre/pt-br/canais\\_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/visita-de-delegacao-brasileira-a-israel](https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/visita-de-delegacao-brasileira-a-israel)>. Acesso em 24 fev. 2023.

TOI, Staff. Senior Brazil delegation in Israel for talks on Israeli anti-COVID nasal spray. **The Times of Israel**, 2021. Disponível em: <<https://www.timesofisrael.com/senior-brazil-delegation-in-israel-for-talks-on-israeli-anti-covid-nasal-spray/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BARBOSA, Bernardo. Bolsonaro distorce notícias para justificar defesa de spray contra covid. **Uol**, 2022. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2022/01/20/bolsonaro-distorce-noticias-para-justificar-defesa-de-spray-contr-covid.htm>>. Acesso em 24 fev. 2023.

<sup>163</sup> PINHEIRO, Victor. Spray com potencial efeito anticovid vendido em Israel não é o mesmo que interessou governo brasileiro. **Estadão**, 2021. Disponível em : <<https://www.estadao.com.br/estadao-verifica/spray-com-potencial-efeito-anticovid-vendido-em-israel-nao-e-o-mesmo-que-interessou-governo-brasileiro/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

DOMINGOS, Roney. É #FAKE que spray nasal com potencial efeito contra Covid-19 vendido em Israel seja o mesmo que interessou ao governo brasileiro. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/fato-ou-fake/coronavirus/noticia/2021/07/20/e-fake-que-spray-nasal-com-potencial-efeito-contr-covid-19-vendido-em-israel-seja-o-mesmo-que-interessou-ao-governo-brasileiro.ghtml>>. Acesso em 24 fev. 2023.

<sup>164</sup> BARBOSA, Bernardo. Bolsonaro distorce notícias para justificar defesa de spray contra covid. **Uol**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2022/01/20/bolsonaro-distorce-noticias-para-justificar-defesa-de-spray-contr-covid.htm>>. Acesso em 24 fev. 2023.

ALEIXO, Isabela. Covid: Spray nasal exibido no Fantástico não é o que Bolsonaro quis comprar. **Uol**, 2022. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2022/06/06/covid-spray-nasal-exibido-no-fantastico-nao-e-o-que-bolsonaro-quis-comprar.htm>>. Acesso em 24 fev. 2023.



Entre as substâncias sobre as quais não foram encontradas evidências de benefícios e, ainda assim, ocuparam o debate público e demandaram Notas, estão as vitaminas e suplementos minerais. Casos como o do Zinco e Vitamina D, que foram objeto de “não recomendação” de “agências internacionais” e sobre os quais é possível encontrar muitas notícias esclarecendo que não há benefícios no uso. Muitas dessas notícias mencionavam também a vitamina C que, como citei na primeira parte, era indicada no kit prescrito no Acre.

Em relação ao **Dióxido de cloro**, a Nota (BRASIL, 2021e) explica que se trata de uma atualização de notas anteriores e uma resposta ao e-mail da “Sra. Cristiane”, com uma “nota de esclarecimento”. Não tive acesso aos documentos mencionados, no entanto o histórico descrito indica que desde 2020 estavam sendo produzidos documentos/notas técnicas no DGITIS sobre medicamentos, embora não pareçam ter atingido repercussão midiática ou entre os profissionais de saúde (pelo menos entre os que conversei). Como já afirmei, é difícil precisar os públicos alvo, mas a partir do histórico descrito nessa Nota, pareceram-me diálogos entre áreas técnicas/políticas do próprio ministério (documentos SEI), que em algum momento tornaram-se publicações.

A Nota Técnica do DGITIS responderia a cada um dos argumentos apresentados pela Sra. Christiane em defesa do uso da substância, concluindo que até aquele momento não havia evidências científicas para suportar o uso por via oral ou tópica. Despertou-me a atenção a necessidade de publicação de uma Nota Técnica (e suas reiteraões), bem como a existência de estudos para afirmar que o uso de dióxido de cloro não era seguro para uso humano no tratamento da covid-19. Eu não havia imaginado ainda a possibilidade de uso do composto químico como medicamento, não conseguia criar uma imagem na cabeça de como usar com fins terapêuticos.

Uma pesquisa no Google (navegador anônimo) com o termo “dióxido de cloro” traz vários tópicos sobre a associação com tratamento para covid-19, em fake news que prometiam curas milagrosas para a doença, além de páginas de esclarecimentos. O dióxido de cloro, substância base para produção de muitos produtos de limpeza e utilizada em processos de tratamento de água, é tóxico, como esclarece uma página da Fiocruz<sup>165</sup>. A OPAS também emitiu alertas de que o uso não era recomendável nem de forma oral e nem parenteral (intravenosa,

---

<sup>165</sup> É #FAKE que dióxido de cloro previne e cura a Covid-19. **Fiocruz Bahia**, 2020. Disponível em: <<https://www.bahia.fiocruz.br/e-fake-que-dioxido-de-cloro-previne-e-cura-a-covid-19/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

intra-arterial, intramuscular e subcutânea), afirmando que não havia evidências de eficácia e que a ingestão ou inalação poderia ser tóxica ou trazer efeitos adversos graves<sup>166</sup>.

Dentre os medicamentos que estavam com “estudos incipientes” no momento das Notas Técnicas foi significativo o caso da **proxalutamida**, em relação à forma como os estudos foram desenvolvidos. Em setembro de 2021, a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - pediu à Procuradoria Geral da República investigações sobre um estudo sobre a proxalutamida, no qual teriam morrido 200 pessoas. A pesquisa de responsabilidade do endocrinologista Flávio Cadegiani, “Proxalutamida para pacientes hospitalizados por covid-19. The Proxa-Rescue AndroCoV trial”, tivera o protocolo aprovado pela CONEP em janeiro de 2021, no entanto a Comissão denunciou transgressões éticas cometidas na condução da pesquisa, com apoio da rede de hospitais e planos de saúde Grupo Samel.

A CONEP teria aprovado o protocolo para realização do estudo em Brasília, mas os pesquisadores trabalharam a pesquisa em hospitais do Amazonas, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O termo de consentimento apresentado à CONEP teria oito páginas, enquanto o que fora aplicado em hospitais pelo Grupo Samel, tinha apenas três páginas, excluindo informações importantes para a decisão sobre a participação na pesquisa (teriam sido excluídos trechos que garantiam indenizações e assistência em casos de danos, ressarcimento de gastos, etc.). O número de participantes também foi ampliado sem informar a CONEP – que teria autorizado a pesquisa com 294, mas ela foi realizada com mais de 600<sup>167</sup>.

---

<sup>166</sup> OPAS adverte contra uso de produtos à base de cloro como tratamento para COVID-19. **OPAS**, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-8-2020-opas-adverte-contra-uso-produtos-base-cloro-como-tratamento-para-covid-19>>. Acesso em 24 fev. 2023.

Apesar das evidências contrárias, a substância foi objeto de um Projeto de Lei, do deputado Giovani Cherini (PL), que pretendia obrigar os sistemas de saúde a fornecerem dióxido de cloro para o tratamento da covid-19.

SOUZA, Murilo. Projeto obriga serviços de saúde a fornecer dióxido de cloro para tratar a Covid-19. **Agência Câmara de Notícias**, 2021. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/728085-PROJETO-OBRIGA-SERVICOS-DE-SAUDE-A-FORNECER-DIOXIDO-DE-CLORO-PARA-TRATAR-A-COVID-19>>. Acesso em 24 fev. 2023.

<sup>167</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. NOTA PÚBLICA: CNS elucida à sociedade brasileira fatos sobre estudo irregular com proxalutamida. Brasília, 15 out. 2021. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2095-nota-publica-cns-elucida-a-sociedade-brasileira-fatos-sobre-estudo-irregular-com-proxalutamida>>. Acesso em 25 fev. 2023.

MADEIRO, Carlos. AM: Estudo de proxalutamida para covid omitiu riscos e direitos a pacientes. **Uol**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/11/17/am-estudo-com-proxalutamida-para-covid-omitiu-riscos-e-diretos-a-pacientes.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em 25 fev. 2023.

AMARAL, Eduardo; HALLAL, Mariana. Proxalutamida: teste sem autorização em pacientes com covid é investigado. **Viva Bem Uol**, 2021. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/agencia-estado/2021/08/25/proxalutamida-teste-sem-autorizacao-em-pacientes-com-covid-e-investigado.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em 25 fev. 2023.

MAGRI, Diogo. ‘Cobaias’ da proxalutamida: como o Brasil entrou no que pode ser uma das infrações éticas mais graves da história. **El País Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-14/a-promessa-de-cura-para-a-covid-19-que-pode-se-tornar-uma-das-infracoes-eticas-mais-graves-da-historia.html>>. Acesso em 25 fev. 2023.

Pesquisadores da UNESCO divulgaram um documento considerando que a morte das 200 pessoas durante a pesquisa poderia ser um “dos mais graves e sérios episódios de infração ética” e “violação dos direitos humanos” na história da América Latina<sup>168</sup>. Foram abertos inquéritos pelo Ministério Público no Amazonas e no Ministério Público no Rio Grande do Sul. Além disso, em fevereiro de 2021, o médico foi denunciado pela indicação de uma dose jamais aplicada oficialmente em humanos para um paciente particular, antes dos estudos, sendo que o medicamento não possui registro no Brasil e só tem autorização para uso pela ANVISA em estudos clínicos<sup>169</sup>. Após as denúncias da CONEP, a ANVISA suspendeu, em setembro de 2021, a autorização para importações do medicamento, e estaria investigando os centros que participaram da pesquisa, pois a quantidade importada foi superior ao previsto no estudo. Durante toda a repercussão do caso, o pesquisador se defendeu alegando perseguição política, que as denúncias teriam motivações políticas, após a divulgação do medicamento por Bolsonaro. O pesquisador argumentou que sua atuação não seria “ideológica” e não tinham ligações com o governo. No entanto, é sabido que ele tinha proximidade com assessores de Bolsonaro, esteve em reuniões no Palácio do Planalto e participou de lives em redes sociais com outros médicos que defendiam o “tratamento precoce” e outras posições do ex-presidente.

Outra relação significativa é o fato de o aplicativo TrateCov, lançado pelo MS em Manaus em janeiro de 2021 e depois retirado do ar (dez dias depois), ter sido baseado em um estudo de Cadegiani e outros pesquisadores do grupo que criou o modelo do sistema de pontuação para diagnóstico da covid AndroCov, um dos desdobramentos das pesquisas com a proxulamida (antiandrogênico). Cadegiani afirma que não teve participação e contato com o MS, que utilizaram o pré-print do estudo (que posteriormente recebeu uma série de críticas) e ficou sabendo do uso de seu estudo pela imprensa. No entanto, participantes do grupo de pesquisadores, como Ricardo Zimmerman, acompanharam a comitiva que esteve em Manaus no lançamento do aplicativo e tem postagens em redes sociais de apoio ao ex-presidente<sup>170</sup>.

---

<sup>168</sup> COVID: Testes com proxalutamida no AM poderiam ser uma das mais graves violações da América Latina, dizem pesquisadores da Unesco. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/10/11/testes-com-proxalutamida-no-am-sao-uma-das-mais-graves-violacoes-da-america-latina-dizem-pesquisadores-da-unesco.ghtml>>. Acesso em 25 fev. 2023.

<sup>169</sup> MAGRI, Diogo. Acusado de crime contra a humanidade na CPI recebeu dose inédita de proxalutamida a paciente com covid-19. **El País Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-20/acusado-de-crime-contra-a-humanidade-na-cpi-receitou-dose-inedita-de-proxalutamida-a-paciente-com-covid-19.html>>. Acesso em 26 fev. 2023.

<sup>170</sup> GRAGNANI, Juliana. Covid: estudo que serviu de base para app TrateCov tem falhas de metodologia. **BBC News Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57241916>>. Acesso em 26 fev. 2023.

DEMORI, Leandro. TrateCov: criador da metodologia diz que soube pela imprensa que Ministério da Saúde havia criado app para receitar cloroquina. **The Intercept Brasil**, 2021. Disponível em:

O TrateCov foi lançado, no ápice do colapso do sistema de saúde em Manaus, como um aplicativo que auxiliaria profissionais de saúde, que registrariam os sinais e sintomas dos pacientes para o aplicativo calcular a probabilidade de covid-19 e sugerir uma conduta. Embora supostamente direcionado a médicos cadastrados, o aplicativo foi tirado do ar após uma Nota do CFM afirmando que ele não “preservava o sigilo das informações”, podia ser preenchido por “profissionais não médicos” e induzia “à automedicação e à interferência na autonomia médica” (BRASIL, 2021a, p.107-108). O aplicativo também foi denunciado por jornalistas, que acessaram o código fonte do TrateCov, e fizeram testes com pacientes hipotéticos, recebendo sempre a mesma indicação de “tratamento precoce”, independentemente da idade dos pacientes e dos tipos de sintomas<sup>171</sup>.

Na CPI da Pandemia, o então Ministro Pazuello disse que o aplicativo fora apresentado como protótipo, não chegando a ser distribuído entre os médicos e havia sido retirado do ar por ter sido hackeado. Mayra Pinheiro, Secretária da SGTES (pasta responsável pela proposta do aplicativo), em depoimento à CPI, acusou jornalistas de extração indevida de dados. O jornalista citado nominalmente pela Secretária esclareceu que os dados eram públicos e poderiam ser acessados por qualquer pessoa. A CPI solicitou ao Tribunal de Contas da União (TCU) a avaliação do aplicativo, verificando quais os medicamentos recomendados e se houve violação do código fonte. O TCU concluiu não houve indícios desse tipo de violação e que, ao identificar “provável diagnóstico de covid-19”, o TrateCov indicava sempre sete medicamentos do chamado “tratamento precoce”. Na página do TCU é possível encontrar um vídeo com simulações do funcionamento do aplicativo<sup>172</sup>, que, independentemente das características do paciente e sintomas, recomendava: difosfato de cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina, doxiciclina, sulfato de zinco e dexametasona. O aplicativo recomenda as dosagens e quantidade de dias de uso de cada medicamento, no entanto, permite supor que deveriam ser utilizados todos ao mesmo tempo – a recomendação não detalha como deveria ser a combinação dos fármacos, ou traz sugestões do uso de difosfato de cloroquina OU hidroxicloroquina, por exemplo, ou de azitromicina OU doxiciclina.

---

<<https://theintercept.com/2021/01/23/tratecov-criador-da-metodologia-diz-que-soube-pela-imprensa-que-ministerio-da-saude-havia-criado-app-para-receitar-cloroquina/>>. Acesso em 26 fev. 2023.

<sup>171</sup> O QUE FEZ o jornalista acusado de hackear app do governo que receitava cloroquina. **Brasil de Fato**. 25 de maio de 2021. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/05/25/o-que-fez-o-jornalista-acusado-de-hackear-app-do-governo-que-receitava-cloroquina>>. Acesso em: 08 de jan. de 2023.

<sup>172</sup> BRASIL. **Tribunal de Contas da União**. Aplicativo TrateCov recomendava tratamento precoce da Covid-19. 04 de ago. de 2021. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aplicativo-tratecov-recomendava-tratamento-precoce-da-covid-19.htm>>. Acesso em 08 de jan. de 2023.

Os medicamentos envolvidos no “tratamento precoce” variaram ao longo do tempo e de contextos, mas o TrateCov nos dá uma imagem do que esse kit continha naquele momento – janeiro de 2021. Além da cloroquina/hidroxicloroquina, os antiparasitários e antibióticos possivelmente estiveram entre os mais utilizados. Dentre os antibióticos, a azitromicina esteve bastante presente nos “kits” e desde a Nota Informativa nº09/2020 (BRASIL, 2020a) vimos sua recomendação combinada à cloroquina/hidroxicloroquina, embora como demonstrado na Nota Técnica (BRASIL, 2021c) não houve comprovação de benefícios. Da mesma forma, a doxiciclina, que apareceu como o “outro” antibiótico (talvez menos famoso que a azitromicina no contexto da covid-19), sobre o qual também não houve comprovação de eficácia (BRASIL, 2021f).

Em relação aos antiparasitários, em outubro de 2021, o Ministro da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), Marcos Pontes, anunciou em uma coletiva de imprensa, com a presença do ex-presidente, a conclusão de um estudo clínico com a nitazoxanida<sup>173</sup> (conhecido comercialmente Annita®). O estudo financiado pelo MCTI e coordenado por uma médica, professora da UFRJ, envolveu 1575 voluntários em sete cidades. No entanto, na coletiva em que foram anunciados “resultados positivos”, não foram divulgados detalhes do estudo – mas mostradas imagens de gráficos genéricos sem dados da pesquisa<sup>174</sup> - com a justificativa de que aguardavam a publicação em periódico internacional. Em dezembro, o estudo foi publicado em um periódico europeu, no entanto, embora seus resultados tenham demonstrado uma pequena redução na carga viral, as conclusões não indicavam efetividade do medicamento para tratamento da covid (como redução de desfechos graves ou da mortalidade)<sup>175</sup>. Após o anúncio do MCTI, a deputada Sâmia Bomfim (PSOL) encaminhou um pedido de informações ao MS sobre como o governo planejava o uso do medicamento na saúde pública. Em resposta à demanda da Câmara, o MS informou não ter planos para distribuição do medicamento, que não constava em orientações do Ministério e não fazia parte do RENAME, não sendo adquirido no

---

<sup>173</sup> AGÊNCIA BRASIL. COVID-19: Governo anuncia resultado de ensaio clínico com nitazoxanida. **Agência Brasil**, Brasília, 19 de out de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-10/covid-19-governo-anuncia-resultado-de-ensaio-clinico-com-nitazoxanida>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

<sup>174</sup> ALVIM, Marina. Annita contra coronavírus: o que se sabe sobre vermífugo nitazoxanida, defendido pelo ministro da Ciência para tratamento de covid-19. **BBC News Brasil**, São Paulo, 20 de out de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54611691>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

<sup>175</sup> MODELLI, Laís. Vermífugo reduz carga viral, mas não diminui mortes nem sintomas graves, dizem especialistas. **G1**, 23 de out. de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/23/vermifugo-apontado-pelo-ministerio-da-ciencia-para-tratamento-da-covid-nao-reduz-risco-de-morte-nem-desfechos-graves-analisam-especialistas-sobre-estudo.ghtml>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

SUS. As manchetes anunciavam que o MS havia desistido do medicamento que o governo tinha anunciado como capaz de salvar vidas<sup>176</sup>.

Segundo o anúncio da Agência Brasil (2020) as pesquisas com a nitazoxanida teriam se iniciado a partir de um estudo de reposicionamento de fármacos, através do uso de inteligência artificial e biologia computacional. Esse tipo de estudo pode ter sido uma forma das fontes de esperanças em vários dos medicamentos cogitados para covid-19. O reposicionamento de fármacos seria uma estratégia de testar o uso de fármacos já comercializados, com o uso de tecnologias e programas – testes computacionais, em diversas bases de dados, e testes em culturas de células – para tentar agilizar a descoberta de novas formas de tratamento, que passariam em seguida pelos estudos clínicos. Mas no contexto da covid-19, uma vez divulgados esses potenciais a serem estudados, muitas vezes, a trajetória do medicamento saía do controle dos cientistas, entrando nos discursos de políticos (populistas), nas redes de desinformação, e no uso cotidiano por muitas pessoas. Esse teria sido também o caso da ivermectina, cuja fama pode ter se iniciado desde os primeiros testes laboratoriais em que teria demonstrado a capacidade de contra-atacar o coronavírus.

Apesar de ter demonstrado possíveis benefícios “em tubos de ensaio”, mesmo com a realização de muitos estudos posteriores, não se chegavam a resultados em pesquisas com “rigor metodológico” suficiente para atestar eficácia e segurança<sup>177</sup>. Muitos estudos pequenos, ou com limitações metodológicas e de “significância estatística”, mantiveram a sugestão de “possíveis benefícios” (BRASIL, 2021i) e o horizonte de possível “recomendabilidade”. Em março de

---

<sup>176</sup> PARREIRA, Marcelo. Ministério da Saúde desiste de remédio que Governo anunciou como capaz de “salvar vidas”. **TV Globo**, Brasília, 11 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/01/11/covid-ministerio-da-saude-desiste-de-remedio-que-governo-anunciou-como-capaz-de-salvar-vidas.ghtml>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

SAÚDE desiste de remédio Annita, defendido pelo governo para tratar COVID-19. **Poder 360**, 12 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/brasil/saude-desiste-de-remedio-annita-defendido-pelo-governo-para-tratar-covid-19/>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

<sup>177</sup> SCHIAVION, Fabiana. Ivermectina: o eu é, para que serve e como funciona esse medicamento. **Veja Saúde**, 05 de mai. de 2022. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/ivermectina-o-que-e-para-que-serve-e-como-funciona-esse-medicamento/>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

BIERNATH, André. Ivermectina: de tratamento para gado ao Nobel, a história do remédio sem eficácia comprovada contra COVID-19. **BBC News**, São Paulo, 25 de abr. de 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-56839679>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

RUNWAL, Priscila. A instável ciência por trás do uso de ivermectina no tratamento da covid-19. **National Geographic**, BTR, 12 de set. de 2021. Disponível em: <<https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2021/09/a-instavel-ciencia-por-tras-do-uso-de-ivermectina-no-tratamento-da-covid-19>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

MEYEROWITZ-KATZ, Gideon. Maior estudo de ivermectina para Covid-19 tem sinais sérios de fraude. **Questão de Ciência**, 19 de jul. de 2021. Disponível em: <<https://www.revistaquestaoeciencia.com.br/artigo/2021/07/19/maior-estudo-de-ivermectina-para-covid-19-tem-sinais-serios-de-fraude>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

OMS recomenda ivermectina contra Covid-19 apenas em ensaios clínicos. Nações Unidas, **ONU News**, 31 de mar. de 2021. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2021/03/1746312>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

2021, a OMS recomendou que o uso deveria ser feito apenas em ensaios clínicos. E, assim como os outros medicamentos do “kit”, a não comprovação de eficácia e a não recomendação não impediu a disparada nas vendas<sup>178</sup>.

O objetivo da descrição das Notas Técnicas (BRASIL, 2021 c-p) e dos contextos apresentados aqui foi situar os principais medicamentos considerados para o uso no tratamento da covid-19, em termos do debate público-midiático e das orientações do Ministério da Saúde. A descrição não foi exaustiva e um estudo da biografia de cada um deles, destacando os atores e regimes de valor de cada fase de sua vida social<sup>179</sup> (VAN DER GEEST; CHAMBERLAIN, 2011), sobretudo levando em conta os mediadores para a transição entre cada uma delas (CASTRO, 2021), poderia trazer mais elementos importantes sobre a forma como circularam no contexto pandêmico. O que ultrapassa a capacidade desse trabalho, tendo em vista o número grande de medicamentos que estiveram mais próximos ou mais distantes de Pauini durante a pandemia. Meu recorte, a partir do ponto de partida das motivações deste trabalho, procurou estabelecer e observar uma relação entre escalas, de um contexto mais amplo (nem sempre tão bem delimitado) e o contexto local (em Pauini).

Nesse sentido, entendo que não apenas o interesse científico e suas produções mobilizavam as opções de tratamento, podendo nem ter chegado aos profissionais de saúde das pontas, como também, muitas vezes, não chegaram os documentos que poderiam ser importantes elementos de legitimação das decisões. Ou seja, em um contexto neoliberal, repleto de redes de desinformação, cogitar o uso de um medicamento nem sempre passa por “protocolos”. O movimento que muitas vezes vimos acontecer foi o inverso, após as especulações ou a disseminação do próprio uso, as instituições (científicas e de Estado) tinham que se posicionar. O objetivo desta seção foi tentar descrever partes dessas redes de coprodução de “recomendabilidade” que podem ter ajudado a legitimar a consideração e o uso de alguns medicamentos no contexto local.

### 2.3 De onde vinham as orientações

---

<sup>178</sup> DANTAS, Carolina. Venda de remédios sem eficácia comprovada contra a Covid dispara. **G1**, 04 de fev. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/02/04/venda-de-remedios-sem-eficacia-comprovada-contra-a-covid-dispara.ghtml>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

KIT-COVID: 8 em cada 10 brasileiros com a doença utilizaram ivermectina, 5 a mais que a média global. **O Globo**, São Paulo, 11 de jan. de 2023. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2023/01/kit-covid-8-a-cada-10-brasileiros-com-a-doenca-utilizaram-ivermectina-5-a-mais-que-media-global.ghtml>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

<sup>179</sup> Nessa perspectiva seriam cinco fases: produção e marketing; prescrição; distribuição; uso; eficácia.

A minha insistência em perguntar por documentos nas entrevistas tinha a ver com meu interesse em refletir sobre a gestão da política de saúde, e era baseado nas minhas expectativas de que parte dessa gestão envolvia o registro das decisões de forma que elas pudessem ser legitimadas, justificadas e estabelecidas entre os diferentes níveis hierárquicos. Tinha a ver com uma trajetória de pesquisa com documentos, refletindo sobre como argumentos científicos são acionados pelo estado na legitimação de suas políticas (BARTOLOMEU, 2017), bem como com a lida cotidiana de servidora pública na Funai, operando o SEI e a construção de ações através da produção documental. Por outro lado, essa mesma experiência também não me permitia a ingenuidade de supor que, na prática, as coisas eram feitas como no papel ou dependiam dos registros para acontecer.

Como foi destacado entre os trechos de entrevistas apresentados na primeira parte deste Capítulo, a decisão pelos tratamentos passava por muitos outros fatores no cotidiano de atendimentos e gestão – desde conversa com colegas por *WhatsApp*; acesso a protocolos do Acre; uso do *WhiteBook*; demandas dos parentes. No entanto, minhas expectativas não estavam de todo descoladas desse contexto, na medida em que praticamente todos os profissionais de saúde e gestores afirmaram que haviam recebido documentos com orientações para fundamentar suas escolhas.

Diante de perguntas sobre de onde vinham as orientações para as formas de tratamento que haviam mencionado, as pessoas entrevistadas lembravam de um “protocolo”, uma “nota técnica” ou “orientação” que tinha vindo de uma instância superior, Ministério da Saúde, ainda que eu não tenha conseguido acessar precisamente os documentos citados. O “papel” suposto seguia como uma justificativa, uma forma de legitimação das condutas. Ao destacar a ausência dos documentos acessíveis, e sua presença pressuposta, não pretendi sugerir uma falta de responsabilidade ou transparência na atuação dos profissionais locais, ao contrário, essas ausências/presenças me parecem dizer de uma forma de gestão de políticas de saúde construída em um contexto político mais amplo (não dissociado do local).

A forma como o governo Bolsonaro lidou com a pandemia foi amplamente criticada pela mídia profissional (nacional e internacionalmente) e discutida por muitos autores e instituições (CASTRO, 2021b; ORTEGA; ORSINI, 2020; CEPEDISA, 2021). O negacionismo, a ineficiência ou inexistência de estratégias federais para controlar o número de infectados e mortes, “associado a condições históricas de negação de acesso à saúde de grupos particularmente vulnerabilizados, como negros, indígenas e populações periféricas”, manteve por muito tempo o país “com um cenário epidemiológico desastroso” (CASTRO, 2021b), figurando entre aqueles com maiores números de casos e mortes. Como sugerido por Ortega e



Orsini (2020), a (in)ação do governo/presidente pode ser descrita como um ato calculado de genocídio contra comunidades pobres e marginalizadas. Os autores analisam a emergência do que seria uma governança da saúde pública sem um governo centralizado, que também pode ser caracterizada como

uma intensificação consciente da negligência estatal, na qual o governo federal pode capitalizar em uma emergência de saúde pública para reafirmar suas posições políticas de desapropriação, com efeitos deletérios para comunidades marginalizadas, populações negras e indígenas (Ortega; Orsini, 2020, p. 9, tradução minha<sup>180</sup>).

A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19, elaborada pelo CEPEDISA, com o levantamento de normas federais, discursos oficiais e manifestações públicas de autoridades federais (entre fevereiro de 2020 e maio 2021), mostra como essa estratégia de disseminação foi promovida de forma sistemática e com intencionalidade – então definida pelas autoras como confluência entre a consciência dos atos e omissões praticados e a vontade de praticá-los. Nesse sentido, sugerem o rompimento com a interpretação de que houve incompetência ou negligência, na medida em que os documentos analisados mostram atos estratégicos como: discursos em defesa da tese de imunidade de rebanho; incitação ao descumprimento de medidas sanitárias preventivas, negando a gravidade da doença e defendendo a existência do suposto “tratamento precoce”; adoção de medidas de assistência (ao invés de prevenção) após a determinação por outras instituições (Congresso e Poder Judiciário); além da obstrução as medidas promovidas por governadores e prefeitos. Assim, constatou-se “a confluência entre esferas normativa, de gestão e discursiva da resposta federal à pandemia”, havendo “coerência entre o que se diz e o que se faz” (CEPEDISA, 2021, p.17).

De certa forma, a segunda parte deste capítulo tenta mostrar como essa estratégia de gestão da pandemia – pela (in)ação negacionista, coerente com a disseminação da doença – operou, estando manifesta nos documentos do Ministério da Saúde, e na ausência deles, resultando na promoção do “kit covid” e da “autonomia médica”. Nesse sentido, procurou refletir sobre os efeitos dessas estratégias no cotidiano local de gestão da saúde em Pauini, considerando que as estratégias do governo federal se esforçaram pela desresponsabilização das instituições e pela sobrerresponsabilização individual (CASTRO, 2021a), em um “estilo neoliberal”, a partir do qual os sujeitos teriam “liberdade” de escolher como lidar com

---

<sup>180</sup> “a conscious intensification of state neglect, in which the federal government can capitalise on a public health emergency to reassert its policies of dispossession which have deleterious effects on marginalised communities, namely Black and Indigenous populations in Brazil.” (Ortega; Orsini, 2020, p. 9)

pandemia, ficando também com as consequências dos riscos assumidos (NASCIMENTO et al, 2020).

Nessa perspectiva, em que os sujeitos teriam autonomia para pesquisar e decidir sobre seus tratamentos, além de considerar a relação de confiança com “seu médico”, pareceu-me que os outros profissionais das equipes de saúde (e gestão) também ficaram com a autonomia e a pressão de participar das decisões com os pacientes. Foram levados a ter que buscar informações com outros colegas, referências de outros lugares, notícias, além de lidar com a desinformação. Em um município de pequeno porte como Pauini, marcado pela recorrente falta de profissionais médicos e no qual não há um corpo técnico-científico que poderia apoiar as decisões de gestão, torna-se um grande desafio a construção de parâmetros orientativos para os tratamentos de uma nova doença. Resultando, como vimos no relato da Secretária da gestão municipal de 2020, em uma “conduta de profilaxia” feita pelos “nossos Mais médicos”; ou no uso de um “coquetel”, em uma receita pronta, “com uma dosagem absurda”, como avaliou a médica que atendeu no centro municipal de atendimento a covid, no período da gestão iniciada em 2021. No mesmo sentido, na Saúde Indígena, cuja gestão seria responsabilidade da SESAI e seus DSEIs, vimos técnicas e enfermeiras buscarem orientações com colegas, e em protocolos de outras cidades, enquanto a única médica se orientava a partir de um aplicativo e tomava decisões sob a pressão de colegas de equipe e pacientes.

“Kit covid”, “tratamento precoce”, “tratamento preventivo”, “conduta de profilaxia”, foram diversos os nomes utilizados, tendo variado também os medicamentos que compuseram as propostas em diferentes momentos da pandemia e em diferentes locais. O Relatório da CPI da Pandemia, ao iniciar a abordagem sobre esses tratamentos propõe considerações iniciais sobre os diferentes conceitos, que se misturavam também a “atendimento precoce” e “tratamento inicial”, destacando que nos depoimentos apareceram termos distintos, as vezes com o mesmo sentido, outras vezes não, mas muitas vezes como estratégia dos próprios adeptos para criar confusão. A ideia de “preventivo” sugere o uso de medicamentos antes do contágio, o que poderia se prolongar indefinidamente no tempo. O Relatório propõe em seu texto, o uso de “tratamento precoce” para falar de um ou mais medicamentos utilizados para tratamento da covid-19 após um diagnóstico suspeito ou confirmado (BRASIL, 2021a, p.58).

Nesse sentido, a associação de termos como “preventivo” e “profilático” ao “precoce” é curiosa por descrever um tratamento, na maioria das vezes, utilizado após a doença instalada, e defendido por pessoas contrárias a outras medidas preventivas (como o isolamento social). Nas redes de desinformação, em alguns momentos, os medicamentos eram divulgados como forma de evitar o contágio (dispensando as outras medidas preventivas), em outros figuravam

como promessa de cura. Foram diversos os fármacos incluídos no kit, e o Relatório da CPI destaca que os mais conhecidos foram cloroquina, hidroxiclороquina, ivermectina e azitromicina, mas em alguns contextos, dependendo de quem falava, incluía-se também proxalutamida, colchicina, spray nasal, vitaminas e suplementos, tendo em comum o fato de serem medicamentos sobre os quais “existe pouca ou nenhuma evidência de eficácia” (BRASIL, 2021a, pp. 58-59).

Mesmo diante da ausência de evidências científicas para legitimar seu uso, a cloroquina emergiu como um mediador cuja eficácia esteve “em sua capacidade de oferecer suporte institucional às ineficazes e por vezes inexistentes políticas governamentais federais de enfrentamento da pandemia” (Castro, 2021a, p. 8). Como símbolo do modo bolsonarista de lidar com a pandemia (NASCIMENTO et al, 2020), a efetivação da liberação da cloroquina envolveu uma série de ações articuladas entre instituições, sujeitos e documentos (CASTRO, 2021a). A segunda parte deste Capítulo mostra parte dessa rede no Ministério da Saúde e seu alinhamento com o CFM.

No entanto, não apenas de cloroquina/hidroxiclороquina se faz um kit covid, e em Pauini a cloroquina quase não foi utilizada. Assim, parece-me seguro sugerir que a rede de liberação da cloroquina teve efeitos também na liberação de outros fármacos. A Nota Informativa nº09/2020 (BRASIL, 2020a) sugere o uso de cloroquina/hidroxiclороquina e azitromicina, no entanto, parece-me que a azitro não teve tanta ênfase nas críticas do debate público. O CFM não precisou fazer um parecer para “desresponsabilizar” eticamente os médicos que prescrevessem azitromicina ou ivermectina.

Outro exemplo é visto no debate em torno das Diretrizes da CONITEC que não recomendavam todos os medicamentos do kit. A Nota Técnica nº2/2022-SCTIE/MS (que justifica a não aprovação das Diretrizes) tem entre seus principais argumentos a crítica às exigências do Grupo Elaborador na avaliação da hidroxiclороquina; a defesa de que embora não houvesse evidências da melhor qualidade, havia estudos que poderiam indicar benefícios; além da famosa tabela que sugere a efetividade do medicamento. Ou seja, com o foco argumentativo na cloroquina/hidroxiclороquina, impediu-se a publicação de recomendações de não-uso de uma série de outros fármacos.

Nesse sentido, é significativo também que não haja publicações sobre a cloroquina/hidroxiclороquina entre as “outras” Notas Técnicas, aquelas produzidas em 2021 no DGITIS/SCTIE e publicadas no site em 2022, analisando as evidências sobre diversos medicamentos cogitados para o tratamento da covid-19. As Notas eram os primeiros/únicos documentos no site do MS reconhecendo que certos medicamentos do kit não tinham eficácia

comprovada. Ainda assim, considerando os possíveis contextos de produção e circulação dessas Notas – tratando-se de notas técnicas, possivelmente com circulação restrita a alguns setores do Ministério, diferente de documentos orientativos direcionados a profissionais de saúde e gestores – e a pouca repercussão midiática, não me parece que as Notas, que mostravam evidências da ineficácia de alguns outros medicamentos, conseguiram ter muita influência no sentido do não uso, certamente não em Pauini.

### **3. O CUIDADO FOI USAR NOSSO REMÉDIO TRADICIONAL: OS CHÁS E AS ARTICULAÇÕES DE PRÁTICAS DE CUIDADO**

A proposta deste Capítulo é trazer descrições das entrevistas e do contexto etnográfico que contam como foram os cuidados em relação à covid-19, quais medicamentos, remédios e outras estratégias de fato utilizadas nas aldeias. Em um primeiro momento, olho para as relações que contribuíram para que a cloroquina/hidroxicloroquina “não chegasse”, enquanto azitromicina, ivermectina e “outros” (“sintomáticos”) não faltaram. De forma a trazer as avaliações que apareceram nas entrevistas, percepções sobre os usos e as possibilidades de efetividade desses medicamentos, e o lugar deles nas estratégias de cuidado.

A presença na Saúde Indígena, a possibilidade de acesso e a familiaridade com certos fármacos, afetava as possibilidades de considerar o uso na pandemia. Nesse sentido, a discussão sobre os medicamentos envolve a forma de organização dos níveis de atenção e os limites identificados na saúde pública. A centralidade (e excesso) dos medicamentos na atenção básica da Saúde Indígena descaracterizava o ideal do modelo de atenção, ao mesmo tempo, o movimento indígena coloca questões sobre as faltas – tanto do que se espera nesse nível como daquilo que, para além da atenção básica, precisava chegar para atender às demandas e necessidades da população indígena. Nesse contexto, garantidos os medicamentos da “RENAME indígena” na pandemia, emerge a categoria “sintomáticos”, que diz sobre o contexto político dos medicamentos e a forma como os profissionais elaboravam estratégias de cuidado.

Se algumas doenças só podem ser curadas pelos pajés (VIRTANEN, 2015), na covid-19 o trabalho dos pajés foi fundamental ao “rebater” a doença (como descrito no Capítulo 1) e ainda assim foram necessárias outras práticas de cuidado. De forma que foi também fundamental o uso dos chás, dos remédios tradicionais, que foram articulados a negociações de isolamento, rotinas das aldeias, bem como aos fármacos e entendimentos biomédicos. Sugere-se, portanto, que o diálogo com os recursos biomédicos não precisa ser abordado como relações de oposição e integração entre sistemas pré-determinados.

Tendo em vista que o conceito de cuidado se tornou interessante para abordar as práticas de atenção e ação diante dos adoecimentos e ameaças da covid, este Capítulo traz um grande parêntese teórico-político para situar as referências que inspiram o uso do conceito. Em alguns momentos, para além de descrever as práticas de cuidado, considerando as possibilidades metodológicas (não pude acompanhar muitas das práticas cotidianas), falo também em

estratégias de cuidado, considerando a forma como as pessoas entrevistadas elaboraram suas práticas para me contar.

Por fim, o Capítulo tentará apreender um pouco da categoria “chás” Apurinã, suas especificidades e possibilidades de diálogo com contextos de discussões de políticas de públicas. Além disso, descrevo algumas situações etnográficas que contam sobre características e propriedades relevantes no fazer e na aprendizagem dos chás.

### **3.1 Graças a Deus, a hidroxiclороquina não chegou**

Em outubro de 2021, em uma atividade de entrega de cestas de alimentos, dormiríamos no barco no porto do Maquiri, na aldeia São Benedito, o que gerou a oportunidade de conversar com a Senhora Apurinã, uma liderança Apurinã, com cerca de 55 anos e uma grande trajetória de atuação na Saúde Indígena, tanto como profissional, trabalhando como AIS, como no controle social e nas lutas do movimento indígena. Após a atividade de trabalho e conversas gerais, expliquei a proposta de pesquisa, no sentido de entender como se cuidaram diante da pandemia, e pedi para fazer uma entrevista com ela mais tarde. Ela já foi explicando que se trataram na aldeia mesmo, com chá caseiro, e que ela não quis tomar ivermectina e azitromicina.

A entrevista, mais tarde, com caderno e gravador, foi uma conversa na sala de sua casa, com a TV ligada, nosso barqueiro e o marido dela também ao lado, assistindo e eventualmente participando da conversa. Durante a entrevista, ela me contou sobre um parente da aldeia que tinha passado mal após tomar ivermectina e contou sobre a sua opção de não tomar:

Senhora: Foi. Com a ivermectina. Porque aí já foi tempo que foi recomendado, a azitromicina e a ivermectina. Deus o livre e aí eu não tomei por causa do problema que tinha, da HB [hepatite B] né, aí eu não tomei não.

Amanda: Aí a senhora não tomou já sabendo que...

Senhora: Já. Com medo que poderia complicar a outra parte. Até aí ainda não tinham dito que não tinha eficácia, mas foi o remédio, a gente só via dizer que era bom. No início não foi assim?

Amanda: No início...

Senhora: A hidroxiclороquina aqui também não chegou, aqui para nós, graças a Deus. Nem se tivesse vindo, eu não tinha tomado. Eu acho que ninguém.

Amanda: Será que ninguém ia confiar, não?

Senhora: Não ia confiar, não. (Entrevista, 01/10/2021)

Em outro momento da entrevista, perguntei sobre o que a equipe tinha trazido:

Senhora: O que o Polo fez é o que eu estava dizendo. Foi o que foi orientado com a azitromicina e a ivermectina. Não sei dizer em palavras técnicas, mas são pau mandado.

Amanda: E a cloroquina não veio?

Senhora: Graças a Deus, não. Não sei por último.

Amanda: Eu não ouvi falar, não.

Senhora: Surgiu mais esse kit. Graças a Deus não veio. (Entrevista, 01/10/2021)

Em quase todas as entrevistas realizadas, foi mencionado que os medicamentos mais sugeridos pela equipe foram azitromicina e ivermectina. No capítulo anterior, trouxemos as falas das profissionais de saúde e gestão que afirmavam que as indicações de tratamentos vinham do MS, em algum “protocolo”, “nota técnica”, embora, como vimos, essas orientações não foram exatamente documentadas a partir “de cima”. A exceção do Parecer nº9/2020, que sugeria o uso de cloroquina/hidroxicloroquina e azitromicina, sem “vincular o prescritor”, não havia uma proposta formal de uso de ivermectina e azitromicina por parte do governo federal. Como sugerido, a rede de “liberação” da cloroquina pode ter atuado também na liberação de outros fármacos. Nesse sentido, a proposta aqui é olhar para o contexto local e as nuances nas ênfases em cada tipo de medicamento cogitado para covid – observar as diferenças que contribuíram para que Deus não deixasse a cloroquina chegar, ao mesmo tempo em que, para a equipe, foi “mandado” o uso de azitro e ivermectina, e em alguns momentos “outros”, “básicos”, “sintomáticos”.

Ainda em outubro de 2021, no mesmo contexto de viagem de entrega de cestas de alimentos, propus uma conversa com outra liderança Apurinã, na aldeia Boa União, que atuou como agente de saúde no contexto da pandemia e posteriormente foi contratado como agente de saneamento, além de ser coordenador dos agentes ambientais indígenas de sua TI. Reconhecido como um dos melhores agentes de saúde da região (pela equipe do DSEI e pelo próprio movimento indígena), no período de maior número de casos e atividades de monitoramento, o AIS atuava acompanhando a equipe no atendimento das quatro aldeias de Cima – Jagunço, Xamakery, Vera Cruz e Boa União, aldeias que têm relações próximas entre si, situadas mais acima no Purus, no limite da jurisdição das instituições de Pauini – nas quais ocorreram os primeiros casos da doença. A conversa foi durante uma roda de *katsupari*, com a participação do cacique e três outros colegas Apurinã contratados para compor a equipe que entregava as cestas. Destaco abaixo um pequeno trecho, quando me contou sobre os profissionais da equipe de saúde que tinham vindo para a aldeia para a primeira atividade de monitoramento:

Amanda: E tinha medicamentos?

AIS: Rapaz, tinha os básicos.

Amanda: E para covid mesmo, estavam usando algum?

AIS: A recomendação daqui né, era a azitromicina e ivermectina, adotada pela... num sei o que lá do Acre. Um sistema lá que o Acre criou.

Amanda: Mas aí foi recomendação do Acre ou foi do Distrito?

AIS: Foi do Distrito, que é do Acre, não é? Recomendação de lá. (Entrevista, 14/10/2021)

No Capítulo anterior, mencionei falas das entrevistas com profissionais que estiveram no atendimento nesta aldeia e também destacaram essa “recomendação do Acre”. Apesar de o MS não determinar orientações com precisão, isso não impediu (e talvez até tenha estimulado) que os estados e municípios produzissem suas propostas, documentadas e/ou verbalizadas e, às vezes, também pressupostas. Nesse sentido, vale a pena atentar para os momentos em que essas instâncias de legitimação são acionadas.

Outro aspecto que me chamou a atenção na fala do AIS foi de que a equipe “tinha o básico”. De certa forma, se houve uma rede de liberação da cloroquina, que liberou também outros medicamentos do kit, talvez a cloroquina em Pauini não estivesse entre os “básicos”. Como já foi destacado, a cloroquina/hidroxicloroquina é comumente distribuída pelos agentes de endemias diretamente para os pacientes com malária diagnosticada – não passando pelas médicas, enfermeiras ou técnicas. A cloroquina fica com os “meninos da endemias”. Em uma região em que há números significativos de casos de malárias em certas épocas do ano, há uma familiaridade com o medicamento no contexto específico. Enquanto a presença de azitro e ivermectina no contexto da pandemia pode estar relacionada ao fato de serem medicamentos “básicos” na Saúde Indígena. Todos os casos envolvem certa familiaridade, tanto dos profissionais como dos parentes, em relação a sua presença e às formas como são utilizados.

### 3.1.1 A covid mexe com o corpo todo

Esses medicamentos foram também citados na entrevista com uma técnica de enfermagem Apurinã, que tem vinte anos de experiência na Saúde Indígena e mantém uma relação de vínculo com sua aldeia, após ter falado muito sobre os remédios caseiros usados na aldeia:

Amanda: E de medicamentos para covid, vocês usaram de farmácia, qual?

Técnica em enfermagem C: O que o médico passava, prescrevia, eles prescreviam ivermectina, azitromicina e prednisona e paracetamol.

Amanda: Você acha que ajudou?

Técnica: **Azitromicina ele é um antibiótico forte e ele ajudou muito porque ela atacava muito, ficava com a garganta infeccionada, inflamada, dolorida, não conseguia nem deglutir, não conseguia nem se alimentar, com muita dor, e a azitromicina, ela...**

Amanda: Ajuda...

Técnica: Ajudou. **Agora, ivermectina acho que não tem nada a ver.**



Amanda: Pois é.

Técnica: A gente tomava porque o médico prescrevia também.

Amanda: Mas era o médico que definia assim ou tinha alguma orientação por escrito?

Técnica: Não, lá no distrito eram os medicamentos que repassavam, isso aí que foi geral, é. Ainda bem que aqui não utilizaram aquele medicamento para malária.

Amanda: Cloroquina.

Técnica: Cloroquina. Aqui não foi utilizada.

Amanda: Aqui não foi utilizada, mas por que não mandaram?

Técnica: Foi utilizado no estado, foi na capital, Manaus utilizaram muito.

Amanda: Não utilizou por que o Distrito não mandou?

Técnica: Não, porque aqui não foi necessitado não, graças a Deus, porque eu creio que o que mais matou os pacientes foi o remédio, premaquina o que tem a ver? **Remédio para malária para covid, porque a malária é um protozoário e a covid é o vírus** e o que tem a ver, é no fígado, ela não é no fígado, **ela mexe com o corpo todo, cérebro, coração, rim, tudo, e a malária não, porque diz que os protozoários só ficam no fígado**, e eles passavam, mas aqui a gente não utilizou não, em Manaus foi muita gente a óbito e eles acham que foi do remédio que ajudou matar os pacientes, porque não tem condições, a quantidade de pessoas que a gente vai assim, de repente assim, sabe. Eram os medicamentos que o médico passava aqui.

Amanda: A prednisona também?

Técnica: Sim. Aí eles passavam para sete dias, um tratamento de sete dias.

Amanda: O mesmo do posto de saúde.

Técnica: Do posto de saúde, era o mesmo. Aí o médico da saúde indígena passava também, seguia um padrão...

Amanda: Por isso eu ficava na dúvida se tinha um padrão no Ministério da Saúde ou se tinha um padrão na saúde indígena, um padrão geral...

Técnica: Padrão geral, nesse momento foi padrão geral, porque era o mesmo que o médico do município passava, da saúde indígena também passava, que veio do Ministério da Saúde, mas não foi no distrito não, foi geral.

Amanda: Daí não veio a cloroquina?

Técnica: Não, a gente não utilizou aqui não. Porque lá eles usavam muito em Manaus. (Entrevista, 01/02/2022, grifos meus)

Outro fator para a cloroquina não ser interessante eram as notícias de Manaus. Entre as redes que produziam a recomendabilidade da ivermectina, azitromicina e outros – por suposta indicação “de cima” – circulavam também as “notícias de Manaus” que apontavam para os perigos da cloroquina. Como apontado pelo Coordenador da Vigilância, em fala citada no Capítulo 1, logo no começo dos casos em Pauini, já se tinha notícias de uma morte no estado que poderia ter sido causada pelo medicamento.

Nos três trechos de entrevistas citados, assim como em outras entrevistas e rodas de conversa que realizei com indígenas, quase sempre contando com a presença de agentes de

saúde indígena<sup>181</sup>, além de outras lideranças, foi recorrente a menção aos medicamentos e sua relação com agentes microscópicos que (em sentido semelhante a um entendimento biomédico) estariam relacionados às causas das doenças – informações que entravam nos cálculos sobre tomar ou não, indicar ou não. Esses entendimentos convivem nas práticas de cuidado com o uso dos remédios caseiros e com a atuação dos pajés. Assim, “a malária é um protozoário” e a covid “é um vírus”:

Amanda: Você acha que fez bem [azitromicina e ivermectina utilizadas]?

AIS: Sim, mas na verdade a gente não tem nem como dizer se fez ou não. Eu acho que não, **ficou entre aspas isso aí**. Não vi tanto resultado nisso, não. Uma parte foi, né. Porque a azitromicina é um medicamento que age, ela tenta... como **a covid não mexe só com o pulmão né, ela mexe com tudo**, porque ela é um vírus que, ela atinge o pulmão, mas mexe com tudo que você tiver, da cabeça ao dedo do pé. **Vai sentir melhor** por parte do cansaço, da respiração, porque azitromicina é um medicamento para limpar o pulmão da gente. Pelo menos, ela fez essa... Para tratar a covid mesmo, não... ela fez a ação, pelo menos na sequela da doença, mas para tratar a doença mesmo, não. Pelo que eu entendi, né.

Amanda: E a ivermectina?

AIS: Não, a ivermectina acho que foi só um suprimento a mais. [risos]  
(Entrevista, outubro 2021)

Minha curiosidade em relação ao uso de medicamentos, em alguns momentos, era relacionada a uma desconfiança pessoal. Normalmente tento evitá-los, só tomo remédio em último caso, depois de tentar alternativas, e costumo ser a pessoa que lê bulas. Nesse sentido, o uso da azitromicina me intrigava, partindo dos meus pressupostos sobre antibióticos: que antibiótico não se toma sem precisar muito; não se toma sem prescrição médica; e que as farmácias retêm a receita<sup>182</sup>. Além disso, tinha um imaginário com a ideia vaga de que tomar muito antibiótico poderia criar uma “resistência”, que quando/se “precisasse mesmo”, o medicamento não faria mais efeito. Embora essa última ideia não estivesse muito bem formulada na minha cabeça, e eu nem tivesse muita certeza se fazia sentido em termos

---

<sup>181</sup> Em um texto sobre a atuação dos AISs, partindo de pesquisa etnográfica no DSEI Rio Negro, Garnelo e Pontes (2017) argumentam que, considerando a PNASPI, os AISs fariam o papel de mediação entre a comunidade e o sistema de saúde, garantindo a aceitação e implementação local das ações da equipe, sendo que o foco da sua formação estava na apropriação de conteúdos biomédicos. Embora não seja formalmente definida uma tarefa prioritária dos AIS, a distribuição de medicamentos é uma de suas tarefas importantes no cotidiano das aldeias. Eles recebem analgésicos e antitérmicos para dispensarem quando necessário e, em aldeias mais distantes, recebem estoque maior incluindo antibióticos, além de receberem os “controlados” para acompanhamento dos pacientes crônicos. As autoras destacam ainda que as “Fichas de Produção do AIS” – documento que eles devem preencher todos os meses apresentando ao DSEI o registro de seu trabalho – registram apenas o atendimento a doentes e a distribuição de medicamentos, de forma que os casos identificados e resolvidos pela medicina tradicional não contam para os registros oficiais.

<sup>182</sup> O que nem sempre acontecia nas de Pauini, em duas ocasiões, fui comprar antibiótico em farmácias do Município, e precisei insistir para as vendedoras ficarem com receita, em uma delas, a vendedora me disse que só precisava reter receita para os “tarja preta”.

biomédicos, ela se juntava aos outros pressupostos na minha relação com antibióticos, com o pano de fundo de que alguns medicamentos são “mais fortes”, “mais perigosos”, que outros.

A partir desse imaginário, busquei leituras a respeito e de fato minha ideia vaga tinha alguma ressonância em preocupações no âmbito da saúde global<sup>183</sup>. A OPAS havia publicado um “Informe de Política”, datado de novembro de 2021, argumentando que a resistência a antimicrobianos (RAM) teria sido acelerada na pandemia (OPAS, 2022)<sup>184</sup>. Segundo o informe, antes mesmo da covid-19, a RAM já havia sido reconhecida como emergência mundial, causada pelo uso excessivo de antimicrobianos – incluindo antibióticos, antivirais e antifúngicos – fazendo com que bactérias, parasitas, vírus e fungos criassem uma resistência que ameaçaria a eficácia de tratamento de uma série de infecções<sup>185</sup>. Na pandemia, as taxas de uso de antibióticos em ambiente hospitalar foram muito maiores do que a incidência de infecções secundárias (cerca de 72% dos pacientes teriam recebido antibióticos, embora apenas 14% “necessitassem” por infecção secundária). Para a OPAS (2022), o aumento do uso de antibióticos esteve relacionado tanto a preocupações com coinfeções bacterianas, como à dificuldade de diferenciar a covid de outras infecções (definir diagnósticos com precisão), além da sobrecarga dos sistemas de saúde. Nesse contexto, as atividades relacionadas a vigilância e resposta a RAM, como programas de uso racional de antimicrobianos, deixaram de ser prioridade.

A iniciativa global da OMS (chamada *Global Action Plan*) incentivou os países a desenvolverem Planos de Ação Nacionais para controle e prevenção da RAM (BRASIL, 2019). Zaw et al. (2022) ressaltam que, diante dos imperativos globais de redução do consumo de antibióticos, em geral países pobres são colocados como fontes de RAM, devido ao “uso irracional” e a disponibilidade dos medicamentos “não regulamentados”. As autoras e o autor,

---

<sup>183</sup> Adams (2016) aborda a Saúde Global destacando a importância das “métricas”, do desenvolvimento de tecnologias de mensuração, com a crescente centralidade das abordagens quantitativas na administração da saúde. Os planejadores de Saúde Global trabalhariam pensando intervenções a partir do mapeamento de problemas de saúde em termos de escalas e medidas, de forma que saúde se torna envolvida em questões de desenvolvimento econômico. Diferente do contexto pós-guerra em que a “saúde internacional” envolvia a cooperação entre estados-nação, a Saúde Global atualmente envolveria grandes atores internacionais que promovem mecanismos de mensuração de impactos e resultados de investimentos, prometendo transcender contextos políticos e resolver as questões de saúde através de mensuração, avaliando números, medindo eficiência.

<sup>184</sup> OPAS. 2022. A Resistência aos Antimicrobianos, formentada pela pandemia de covid-19. Organização Pan-Americana de Saúde. **Informe de política**, novembro de 2021. Disponível em: <[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55936/OPASCDEAMRCOVID19220006\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55936/OPASCDEAMRCOVID19220006_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 10 de fev. de 2024.

VALECIO, Marcelo. Uso de microbianos para covid-19 aumentou resistência a esses medicamentos. **ICTQ. Pós Graduação**. Disponível em: <https://ictq.com.br/farmacia-clinica/3161-uso-de-antimicrobianos-para-covid-19-aumentou-resistencia-a-esses-medicamentos>. Acesso em: 10 de fev. de 2024.

<sup>185</sup> Embora RAM se refira a antimicrobianos, normalmente a maior preocupação e as estratégias de ação aparecem relacionadas ao uso excessivo dos antibióticos.

sugerem que, tanto a iniciativa global como os planos nacionais, podem ser lidos como reações a problemas pressupostos, tentando ditar como antibióticos e pessoas devem ser governadas e através de que meios (vigilância de estado, regulação). Nesse sentido, a partir de uma etnografia em uma cidade em Mianmar, levantam questões sobre as possibilidades de sucesso e falhas na proposta da OMS de promover estados-nação como órgãos através dos quais sejam aplicadas as políticas globais de saúde (como a regulamentação de antibióticos). Através do trabalho etnográfico, mostram como pessoas pobres em contexto urbano acessam fármacos fornecidos por pequenos comércios, que negociam a performatividade de regulações dos medicamentos com agentes locais da FDA e outras autoridades, de forma que ambos mantenham sua atuação (e as relações de autoridade no país), sem que a legislação interrompa a venda dos medicamentos sem registro – permitindo a subsistência dos vendedores e o acesso aos medicamentos por grande parte da população.

Esse exemplo nos ajuda a destacar o que pesquisadores que atuam com políticas de enfrentamento da RAM já têm chamado atenção, defendendo vantagens de abordagens etnográficas (TOMPSON et al, 2021), diante das limitações de abordagens que tratam o uso de antibióticos a partir da dicotomia “apropriado” e “inapropriado”, como produto de decisões individuais, de “falta de consciência”, a ser corrigida pela educação. Esse tipo de abordagem destaca uma responsabilização de indivíduos, sem considerar a dimensão coletiva dos entendimentos sobre as doenças, os medicamentos e cuidados em saúde, bem como as dimensões práticas da vida cotidiana nas ações sobre saúde. Nessa perspectiva, uma abordagem etnográfica permitiria pensar o uso dos antibióticos situado em relação às realidades vividas e as narrativas dos grupos, considerando as relações entre entendimento biomédicos e sistemas de conhecimento locais e como conhecimento sobre agentes antibióticos, seus efeitos e potenciais são produzidos e deslocados.

Os autores sugerem ainda que os medicamentos podem ser entendidos também de forma situada no fluxo global de métricas, informações e formas de regulação. Os antibióticos muitas vezes aparecem como solução rápida para doenças que se relacionam a problemas intrincados de desigualdade, condições sanitárias ruins e sistemas de saúde insuficientes. O que nos aponta também para uma persistência de sistemas de saúde coloniais, organizados nas formas da medicina ocidental e a ênfase em antibióticos. Assim, muitas vezes o imperativo recente de controlar o “uso excessivo” de antibióticos, surge em países (com reduzida cobertura dos sistemas de profissionais de saúde) em que haveria um legado de iniciativas anteriores que colocavam os antibióticos em modelos de cuidado, através de programas de medicamentos essenciais para melhoria da saúde da população.

Voltando à Saúde Indígena em Pauini, a coordenadora do DSEI, em uma reunião pública na Funai em dezembro de 2019 (antes da pandemia), mencionou um problema que teve em outros Polos, com profissionais que não queriam “entrar em área” porque faltavam medicamentos. Segundo ela, era preciso lembrar sempre aos profissionais que “Saúde indígena não é dar antibiótico”, pois essa já era uma “cultura errada” nas equipes do Alto Rio Purus, achar que saúde indígena era levar medicamentos. O Chefe de CTL respondeu com um comentário sugerindo que às vezes eram os parentes que demandavam esses medicamentos. Uma questão importante a ressaltar nesse caso, algo que muitas vezes vi pessoas do movimento indígena lembrando, é que também “não pode faltar”. “Deixar medicamentos” nas aldeias muitas vezes era necessário, considerando a dificuldade de acesso a cidade e a esses recursos.

No contexto da pandemia, minha preocupação vaga com algo próximo a RAM – e que eu não nomearia anteriormente nesses termos – não me pareceu uma preocupação êmica entre os indígenas, e arriscaria a dizer que nem entre os profissionais da Saúde Indígena em Pauini. Mesmo a classificação dos antibióticos como uma categoria especial de medicamentos (“mais fortes” ou que demandavam maior cuidado no uso), que eu pressupunha, não parecia presente. Essas não eram preocupações no contexto local em que havia a necessidade de cuidado. Como abordado nos trechos de entrevista citados, covid era “um vírus”, como argumentou a técnica de enfermagem Apurinã. Quem tinha o vírus, “ficava com a garganta infeccionada, inflamada, dolorida, não conseguia nem deglutir, não conseguia nem se alimentar, com muita dor”. Sendo um vírus, a covid “mexe com o corpo todo, cérebro, coração, rim, tudo”. Ou, como nos disse o AIS “a covid não mexe só com o pulmão né, ela mexe com tudo, porque ela é um vírus que, ela atinge o pulmão, mas mexe com tudo que você tiver, da cabeça ao dedo do pé”. Assim, a azitromicina “ajudou”, com ela era possível dizer que a pessoa “Vai sentir melhor por parte do cansaço, da respiração...”.

No cotidiano do cuidado, portanto, em Pauini, não era necessário apenas combater um vírus, mas cuidar de [quem tinha] pulmão, garganta, necessidade de deglutir, cansaço... E nesse sentido, a azitromicina teria tido efetividade<sup>186</sup>. Era bom pra garganta, bom pro pulmão, ajudava a cuidar da pessoa com covid.

---

<sup>186</sup> Na primeira escrita dessa frase havia utilizado a palavra “eficácia”, depois substitui por “efetividade”, considerando o entendimento biomédico de “eficácia” como se referindo ao funcionamento em um tratamento em condições ideais, e “efetividade” como tratamento funcionando em condições do mundo real (Marley, 2000). Além disso, no contexto da pandemia a expressão “medicamentos sem eficácia comprovada” foi bastante utilizada para se referir aos medicamentos aqui discutidos, sendo melhor evitar a confusão de sentidos – como destacado no parágrafo a seguir.

Mas essa percepção não deve ser extrapolada, de forma alguma, para qualquer sugestão de que uso do medicamento era recomendável ou eficaz para covid, e que poderia ser estendido para outros contextos. O esforço neste ponto do trabalho diz respeito a uma tentativa de aproximação do entendimento das práticas de uso pelas próprias pessoas e não pode ser confundido, ou transposto de forma simplificada, para a discussão técnico-política sobre recomendabilidade a nível de saúde pública. Esse alerta se faz necessário porque, se a compreensão etnográfica das práticas pode contribuir para a reflexão e construção de políticas públicas, isso não se confunde com os esforços das redes de desinformação bolsonaristas que tentavam estabelecer verdades a partir de experiências individuais imediatas, por exemplo, sobrepondo dúvidas aos posicionamentos científicos que deveriam embasar políticas – como discutido no Capítulo anterior.

### 3.1.2 Não faltou medicação que estava dentro da RENAME

Diferente da azitromicina, o uso da ivermectina foi avaliado de outras formas nas entrevistas citadas acima. A Senhora Apurinã, por exemplo, evitou o uso, com o receio de que “poderia complicar a outra parte” e já sabendo da experiência de um parente que tinha passado mal ao utilizar. Aparece aqui a preocupação de que o uso excessivo poderia trazer consequências individuais. Para a Técnica em enfermagem “a ivermectina acho que não tem nada a ver”, e o AIS sugeriu que a ivermectina foi “só um suplemento a mais”. Nesse sentido, parece-me interessante situar um pouco a presença de antiparasitários na Saúde Indígena.

Em uma pesquisa em uma aldeia Guarani, em SC, Diehl e Grassi (2010) acompanharam os arquivos das prescrições de medicamentos nos anos de 2006 a 2008 e contabilizaram os medicamentos que as famílias indígenas tinham em casa. O acesso a medicamentos era principalmente através do posto de saúde da aldeia, com a distribuição após as consultas. Dentre os medicamentos mais encontrados estavam o ambroxol e o albendazol (anti-helmínticos); o paracetamol e a dipirona (analgésicos); a azitromicina (antibacteriano) e o sulfato ferroso.

Em Pauini, em fevereiro de 2021, acompanhei uma viagem da equipe de saúde para a vacinação contra covid-19 em todas as aldeias do Purus de Cima. O foco da ação era a vacina, mas faziam também as “vacinas de rotina” (maioria para crianças) e, como a médica estava na equipe, faziam também consultas atendendo “emergências”, além da entrega de medicamentos. Passamos cerca de 24 horas em cada aldeia e, terminada a vacinação, a médica atendia aqueles que a procuravam (mesmo não considerando como emergências), prescrevia medicamentos, e a técnica em enfermagem entregava os medicamentos indicados explicando como usá-los.

Nessa viagem, o medicamento que mais vi sendo dispensado foi o albendazol, indicado para todos que procuraram a médica, independente da queixa apresentada. As receitas a partir de queixas desde dores nas costas, nas articulações<sup>187</sup>, coceiras, dores de barriga, etc., começavam sempre com o antiparasitário. Minha leitura foi de que se tratava de uma orientação preventiva, considerando a falta de saneamento nas aldeias. Embora não seja exatamente sobre a ivermectina, parece-me importante esse relato por se tratar de um medicamento do mesmo tipo (antiparasitário) que estava muito presente no cotidiano da atenção. Assim, havia certa familiaridade que permitia a interpretação como apenas “um suplemento a mais”.

Para Diehl e Grassi (2010), os dados dos números de consultas e medicamentos prescritos, no contexto Guarani descrito acima, apontavam para algo que outros estudos já teriam demonstrado, uma atenção à saúde caracterizada pelo assistencialismo hipermedicalizante de caráter curativo, diferente do recomendado para a atenção básica. Diehl (2001), em pesquisa sobre medicamentos em aldeias Kaingáng, já havia apontado para um modelo de assistência marcado por ações curativistas, em que não faltavam medicamentos, sugerindo que “poderíamos falar de uma “farmaceuticalização da saúde”, em que os medicamentos são reputados como centrais no fornecimento de cuidados, tanto na visão dos provedores quanto dos usuários” (DIEHL, 2001, p. 168). Em pesquisa sobre a atuação dos AIS no DSEI Rio Negro, Garnelo e Pontes (2017, p. 29) também ressaltam o fato de que a organização dos serviços de saúde por demanda espontânea tende a canalizá-los para o atendimento médico, a realização de procedimentos diagnósticos e o uso de medicamentos.

Na atividade em Pauini, descrita acima, em que se anunciou que a médica atenderia “emergências”, não era uma referência a situações críticas que representassem risco de vida – para as quais a atenção foge do escopo da atenção básica. É possível identificar certo papel da Saúde Indígena nesse tipo de situação, na medida em o Polo atua no transporte de pacientes das aldeias até o local de referência. Os profissionais do Polo de Pauini costumavam lidar com as situações de “resgate”, como chamavam, que se tratava da articulação de uma ação para remoção (o mais rápido possível, considerando as condições de logística) de um paciente da

---

<sup>187</sup> Para os idosos que apresentavam queixas de dores em diferentes partes do corpo e nas articulações, havia um padrão nas receitas. Começava com o albendazol; sulfato ferroso combinado com ácido fólico (as vitaminas); capitolil ou enalapril (o “remédio da pressão” que a pessoa já tomava); e a prednisolona (para as dores). No caso de dores fortes a técnica em enfermagem aplicava também uma injeção de diclofenaco, que amenizaria a dor nos dias seguintes. Muitos já haviam tentado um tratamento desse tipo, e as dores voltaram. Quando vi a receita para uma *kyro* (vó, velha) que já havia me contado das suas queixas, perguntei para médica em quê o sulfato ferroso atuaria. Ela me explicou que provavelmente a senhora tinha artrose ou reumatismo, para os quais “não tinha muita coisa”. Como ela estava “fraquinha”, não conseguia se alimentar bem, e eles não tinham o costume de comer feijão, faltava ferro. As vitaminas ajudariam a fortalecer e a prednisolona a aliviar as dores. O albendazol não precisava ser explicado.

aldeia. Esse é um tipo de serviço que a demanda pode surgir em qualquer momento, a equipe estando em viagem para outros atendimentos ou na cidade, e normalmente a resposta é por enfermeiros, técnicos e barqueiros (raramente médica). No caso da viagem da vacinação acima, as “emergências” que seriam atendidas eram mais nesse sentido de demanda espontânea, “aproveitando” que a médica estava na aldeia.

Nesse contexto, nem sempre aconteciam “consultas”, naquele sentido idealizado de um paciente conversando sozinho com a médica, sendo examinado. As conversas eram mais rápidas, públicas, e em alguns momentos eram receitados medicamentos a partir de relatos dos pais, cônjuges, ou outros familiares. Houve também as situações em que os próprios indígenas procuravam a equipe para pegar um medicamento específico, solicitado pelo nome, ou “tem aquele remédio para...”. Não apenas nessa atividade acompanhei atendimentos desse tipo, entregar medicamentos para sintomas relatados (rapidamente), muitas vezes era “o que a equipe podia fazer” – seja pelos serviços de caráter preventivo, característicos da atenção básica, “não chegarem a tempo”, seja pelas dificuldades para referência a outros níveis de atenção e acesso a tecnologias diagnósticas. Esse cenário nos ajuda a pensar sobre a configuração do conceito de medicamentos “básicos” que a equipe tinha e seu lugar no conjunto da Saúde Indígena.

Com sugerido por Garnelo e Pontes (2017), nesses atendimentos por “demanda espontânea”, o caráter preventivo da atenção básica se perde. No entanto, diferente do que as autoras sugeriram, a parte do direcionamento para procedimentos diagnósticos me parecia menos presente do que o direcionamento para a médica e os medicamentos. A minha impressão era de que muitas vezes não se produzia um esforço de diagnóstico, ou uma preocupação em nomear os males sofridos (como exemplo mencionado na última Nota de Rodapé). O que também não significava um princípio de atendimento integral, não apenas curativo, considerando a ênfase no medicamento e o fato de que essa forma de atendimento estava ligada à logística de acesso às aldeias e aos outros serviços. A busca por exames e outras tecnologias diagnósticas e o acesso a especialidades médicas, “só em Rio Branco”, exigiam um deslocamento complicado e nem sempre interessante para os indígenas. Assim, muitas vezes a proposta não era a de tratamento de uma condição específica, mas um “remediar”, adiando as dores e as queixas. Cabe a ressalva que neste ponto não estou sugerindo uma avaliação da conduta específica dos profissionais de saúde do Polo, mas a abertura de uma reflexão sobre o lugar dos medicamentos nesse nível de atenção. Em texto anterior (BARTOLOMEU, 2021) sugeri que o método dos atendimentos seria mais como um “ouvir e remediar”, diferente do “ver e tratar” recorrente em outros contextos de campanhas médicas (como os de rastreamento para diagnóstico de cânceres).



De uma forma mais geral, a configuração da atenção na Saúde Indígena com a centralidade nos medicamentos (em um cenário de precariedade do ideal de atenção básica) poderia ser relacionada a pharmaceuticalização, num sentido mais amplo como processo sociotécnico dinâmico e complexamente heterogêneo, que Williams, Martin e Gabe (2011, p. 711) chamam de “regime farmacêutico”<sup>188</sup>, envolvendo uma rede de instituições, organizações, atores, artefatos e estruturas cognitivas associadas à criação produção e uso de novas terapias. No entanto, é importante considerar as redes de circulação e acesso a recursos biomédicos, levando em conta as formas como esses recursos vão ganhando espaço no sistema público de saúde. Na Saúde Indígena, em Pauini, parece importante levar em conta a questão das desigualdades de acesso a medicamentos e outras tecnologias biomédicas, em um contexto no qual as demandas e as formas de intervenção são produzidas, principalmente, na relação com sistema público. Assim, apenas nomear a prática de distribuição de medicamentos pela equipe como processo de pharmaceuticalização me parece uma solução muito rápida, que perderia detalhes locais dessa configuração.

No artigo em que delineiam um quadro analítico dos estudos de pharmaceuticalização, Williams, Martin e Gabe (2011) sugerem que esta denotaria a tradução de condições, recursos e competências humanas em oportunidades para intervenção farmacêutica (p. 711). Os autores apresentam as principais questões discutidas nos estudos da pharmaceuticalização, entre elas: a redefinição de problemas de saúde como tendo a solução farmacêutica; mudanças nas formas de governança, com as relações entre indústria farmacêutica e agências reguladoras; surgimento de identidades sociais em torno de certos medicamentos; e o uso para propósitos não médicos, ou aprimoramento. Nesse desenho, os estudos de pharmaceuticalização me parecem, grande parte das vezes, associados a expansão do consumo farmacêutico: através da redefinição de riscos cada vez menores e produção de pré-doenças – ou a produção da necessidade de intervenção para pessoas que não apresentam qualquer sintoma (DUMIT, 2012); através do marketing e do investimento de pesquisa da indústria farmacêutica direcionados para produção de “inovações” que ampliem o mercado; além da utilização de medicamentos com fins de aprimoramento (ROHDEN, 2017).

Em Pauini, poderíamos fazer essa leitura no sentido de um reenquadramento de sensações, sintomas, problemas de saúde, como questões que demandariam o consumo farmacêutico – ainda que nem sempre tido como “solução”. Parece-me haver uma certa

---

<sup>188</sup> Para os autores, esse regime estaria se constituindo desde o século XIX, em torno do desenvolvimento de produtos farmacêuticos a partir de tecnologias baseadas na química e corporificadas nas pílulas. Sendo uma de suas dinâmicas fundamentais a contínua expansão comercial, clínica e geográfica.

expectativa de que o que biomedicina ou a Saúde Indígena podem oferecer são medicamentos, tanto a partir dos indígenas, quanto dos próprios profissionais. No entanto, não me parece um cenário de indivíduos buscando/acessando inovações farmacêuticas para redução de riscos ou aprimoramento de si. Ainda que a equipe multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) dispense medicamentos para intervenção em alguma percepção de risco ou “pré-doenças”<sup>189</sup> (como nos casos dos medicamentos para pressão ou vermífugos preventivos), os medicamentos prescritos não costumavam ser inovações farmacêuticas, mas a chegada nas aldeias de tratamentos “velhos” no contexto biomédico. Por isso, ao abordar o uso de medicamentos nesse contexto me parece importante olhar para a construção histórica e local das políticas de saúde e buscar pistas da rede que faz com “eles cheguem”.

Em uma conversa na aldeia Kayriko, em 2020, com alguns moradores e um barqueiro Apurinã (que tinha muitos anos de experiência de trabalho na Saúde Indígena e de acompanhamento como liderança), e a técnica em enfermagem Apurinã que mencionei no início dessa seção, comentou-se sobre as dificuldades de atendimentos pela equipe naquela aldeia – localizada no alto do Rio Mamoriá, uma das mais distantes da cidade de Pauini. Nessa conversa, o barqueiro lembrou os “tempos da Funasa”, que era muito melhor, tinha “até Coca Cola no rancho da equipe”, e foram contanto como eram as viagens<sup>190</sup>. Além das condições melhores para viagens, a técnica lembrou que tinham mais medicamentos e completou “tinha até diclofenaco [injetável]”<sup>191</sup>.

As falas remetem a mudanças históricas na gestão da Saúde Indígena, envolvendo desde a implantação da PNASPI (publicada em 2002), à saída da Funasa e criação da SESAI em 2010 – conforme descrito na Introdução. As falas me parecem apontar também para a amplitude das

<sup>189</sup> Já consolidados nas políticas de saúde estatais.

<sup>190</sup> A “abundância” nos recursos para alimentação da equipe destacada pelo barqueiro e a técnica se relacionava a outro modelo de gestão, que também classificaram, na mesma conversa, como “menos burocracia”. O comentário nos remete a uma série de problemas na gestão da atenção à saúde indígena pela Funasa, que levaram à substituição do modelo – e a saída da Funasa, com a criação da SESAI. A Funasa foi alvo de uma série de denúncias relacionadas a carências nos serviços e suspeitas de corrupção. Não tendo condições de executar as ações nos contextos locais, a Fundação trabalhava através de convênios com organizações indígenas, prefeituras, ONGs, etc.. No entanto, esse formato envolvia uma série de problemas como atrasos de repasses, descompassos entre prestações de conta; interferências políticas nas contratações de profissionais; entre outros, que levavam a instabilidade da oferta dos serviços nas aldeias.

ISA. Povos Indígenas no Brasil. Saúde indígena. Disponível em: <[https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde\\_Ind%C3%ADgena](https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena)>. Acesso em 10 de fev de 2024.

Franco (2009) destaca o efeito das mudanças na gestão da saúde indígena em relação ao colapso das organizações indígenas que foram conveniadas à Funasa, apresentando o caso específico da OPIMP (organização do Médio Purus anterior à FOCIMP) (FRANCO, 2009).

<sup>191</sup> O Diclofenaco sódico é um anti-inflamatório não-esteroidal indicado para tratamentos de dores e inflamações – dor reumática; dores e inchaço pós-cirúrgicos; condições inflamatórias dolorosas; infecções de ouvido, nariz e garganta; distensões e outras lesões. A minha percepção das falas sobre ele é de que era considerado um medicamento bom, forte, principalmente para as dores.

Bula: [https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula\\_diclofenaco\\_sodico\\_11186\\_1382.pdf](https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_diclofenaco_sodico_11186_1382.pdf)

demandas e expectativas em relação aos serviços, que às vezes ultrapassam o escopo da atenção básica – único nível de atenção que chega nas aldeias, o mais acessível.

Sobre essa falta de medicamentos de interesse, havia anotado no meu caderno de campo um argumento semelhante, em um relato de uma reunião em 2019 entre a OPIAJ, lideranças Apurinã e o responsável do Polo, para discutir uma possibilidade de recurso de emenda parlamentar para saúde indígena que iria para a Secretaria Estadual de Saúde – era preciso encaminhar demandas para o direcionamento do recurso. Dentre as demandas levantadas na reunião, boa parte se relacionava à logística e ao transporte, à necessidade de novas embarcações e reforma na Casa de Apoio<sup>192</sup>, mas havia uma relacionada à solicitação de medicamentos: os medicamentos “que não tinha na RENAME”. Perguntei “como assim?” e me explicaram que a RENAME indígena<sup>193</sup> não tinha todos os medicamentos de que precisavam. Cheguei a questionar se o pedido tinha chance de ser atendido, se o Polo poderia distribuir medicamentos fora da RENAME, ou para além da atenção básica. Eles explicaram que a lista era muito limitada, que faltavam coisas básicas, e como exemplo foi mencionada a falta de diclofenaco.

O diclofenaco parece ter sido eleito, em um contexto histórico local, como “bom medicamento”. Tentando entender a sua “falta” consultei a RENAME (BRASIL, 2022) para ver em qual nível de atenção ele estaria disponível, mas não encontrei o medicamento na lista. O medicamento deixou de ser incluído na RENAME, não apenas da “indígena”, desde sua 6ª edição, em 2009<sup>194</sup>. Nessa edição há um parecer para não inclusão argumentando que a dipirona possui eficácia semelhante e menor custo comparativo (BRASIL, 2009).

Na maioria das reuniões que participei com o tema da Saúde Indígena – com Polo, DSEI, controle social – quase sempre era necessário lembrar o caráter de atenção básica do subsistema, muitas vezes as demandas e problemas apontados em relação à saúde ultrapassavam a possibilidade formal de reposta pelo DSEI. E não foram poucas as reuniões ou propostas de diálogos com as instâncias municipais (e até estaduais) para esclarecer qual era o papel do Polo

---

<sup>192</sup> A Casa de Apoio era uma demanda antiga em Pauini/AM, para que houvesse uma estrutura para hospedagem dos indígenas que iam para a cidade para tratamentos de saúde e muitas vezes não tinham onde ficar – ficavam em barcos no porto, em casas de parentes ou hospedarias, sem as devidas condições para quem estava “em tratamento”. Seria uma estrutura semelhante à CASAI, no entanto, não podia ser chamada pelo DSEI assim, por questões técnico-burocráticas, na medida em que Pauini não tinha estrutura para configurar como local de referência nos encaminhamentos da Saúde Indígena. Durante todo o período que trabalhei lá (2018-2023) a casa não funcionou, mas havia um terreno com uma casa antiga que seria ser reformada para este fim.

<sup>193</sup> Como mencionado no Capítulo 2, a referência aqui é ao *Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena* (Portaria MS/GM nº1059, de 23 de julho de 2015).

<sup>194</sup> BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Quais os motivos da exclusão do mebendazol e do diclofenaco da RENAME 2010. 06 de jul. de 2010. Disponível em: <<https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-motivos-da-exclusao-do-mebendazol-e-do-diclofenaco-da-rename-2010/>>. Acesso em 10 de mar. de 2024.

e do DSEI, chamando a responsabilidade das outras instâncias para a necessidade de atendimento qualificado aos indígenas. Vale destacar a dificuldade de “comunicação”, ou de integração, entre os diferentes níveis de atenção, que dificulta o acesso indígena aos serviços mais especializados, que na maioria das vezes ignoram o direito a atenção diferenciada – que levaria em conta as especificidades culturais – garantida na PNASPI. Esse trabalho de compreensão do escopo e responsabilidades dos diferentes níveis de atenção e responsabilidades dos entes federativos é bastante discutido pelo controle social na Saúde Indígena, articulando com a visão das demandas e necessidades concretas da população.

Essa situação, que envolve a tensão entre excesso e escassez<sup>195</sup> em relação aos medicamentos na Saúde Indígena, não é restrita a Pauini. Se olharmos para o documento de propostas da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (ocorrida em novembro de 2022),<sup>196</sup> dentre as propostas referentes à Assistência Farmacêutica, temos propostas que sugerem a implantação de “protocolos que fortaleçam a linha de cuidado das práticas tradicionais indígenas, reconhecendo seus saberes e práticas (...) de modo a evitar o uso de medicamentos ocidentais”, ao lado de propostas com estratégias para garantir o acesso a medicamentos. Nesse eixo sobre Assistência Farmacêutica estão incluídas propostas que envolvem: garantia de recursos para aquisição de medicamentos (inclusive de média e alta complexidade) pelos DSEI; reformulação da Política da Assistência Farmacêutica para garantir o acesso a medicamentos “dos componentes básico, estratégico e especializado”; autonomia ao DSEI para implantar sua própria “RENAME conforme especificidades regionais e perfil epidemiológico” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024). Todas as propostas, como o exemplo a seguir, articulando a compreensão das demandas e necessidades dos territórios, com leitura das responsabilidades dos diferentes entes e níveis e níveis de atenção:

O Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem garantir **que os municípios, estados e governo federal** apliquem o recurso financeiro destinado à assistência farmacêutica, para o acesso dos indígenas **aos medicamentos essenciais e aos que não estão contemplados no Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, bem como na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)** do Sistema Único de Saúde (SUS) através de normativa específica e/ou contratos

---

<sup>195</sup> Essa expressão “tensão entre excesso e escassez” foi usada por Rosana Castro para falar sobre o cenário que eu descrevia, em uma conversa particular, em relação aos medicamentos na Saúde Indígena em Pauini. Agradeço a Rosana pela leitura perspicaz do contexto, pelos diálogos e referências indicadas.

<sup>196</sup> O CNS publica como Resolução as propostas e moções aprovadas nas Conferências. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena ocorreu de 14 a 18 de novembro de 2022, e suas propostas foram publicadas na Resolução nº 726, de 09 de novembro de 2023, a qual foi no Diário Oficial da União em 17/01/2024. A Resolução também está disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3225-resolucao-n-726-de-09-de-novembro-de-2023>>, acesso em 10/02/2024.

com farmácias e drogarias, proporcionando assim a ampliação da relação dos medicamentos ofertados na rede do SasiSUS com acompanhamento do DSEI e Controle Social. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2024)

Assim como na demanda pelo diclofenaco em Pauini, parece-me que a escassez não era avaliada apenas em relação à quantidade e disponibilidade de medicamentos, há uma avaliação sobre a qualidade daqueles que deveriam estar acessíveis, numa proposta de revisão do que deveria ser uma relação de medicamentos essenciais.

Em relação ao contexto da pandemia, em Pauini, a equipe tinha os medicamentos “básicos”:

Amanda: E no Polo, os medicamentos no Polo? Tinha medicamentos? Teve no período que...

Enfermeira: Tinha. No começo a gente ficou... porque foi aquela explosão de casos, então... Mas depois veio bastante medicamento, não, graças a Deus nunca faltou. É claro que a gente não tem um leque de medicação, né? É o que o RENAME tinha, então todas as medicações. Não faltou medicação daquilo que estava dentro da RENAME. Tipo antibióticos, os antibióticos tinha, os anti-histamínicos tinha, a ivermectina, que na época era o que os médicos utilizavam muito porque eles achavam que tinha alguma resposta, aí depois foi visto que não tinha, mas no momento tinha ivermectina, sim. (Entrevista, 22/12/2021)

No contexto da pandemia, a azitromicina e ivermectina, além dos “sintomáticos”, já faziam parte do “RENAME indígena” e, em quase todo período pandêmico, “tinha”, de forma que o uso ia se configurando nas articulações das práticas de cuidado específicas. Na entrevista com um técnico de enfermagem Apurinã, que atuava na parte gestão do Polo, ele me falou sobre o seu próprio uso da azitromicina:

Profissional da gestão do Polo: Eu fui para [nome da aldeia]. Quando cheguei de lá, teve toda aquela dificuldade que queriam me colocar de quarentena e eu tomei já a ivermectina.

Amanda: Aí você já começou a tomar?

Profissional: Já comecei a tomar lá na aldeia mesmo. A gente estava com a [nome de outra técnica] e ela fazia bastante chá. Todos os chás lá, a gente tomava.

Amanda: E você tomou o chá e tomou a ivermectina também?

Profissional: Tomei bastante chá de [planta A]. Chá de [planta A] que era recomendado [planta B]. A gente fazia lá, graças a Deus.

Amanda: Dos de farmácia, você tomou só ivermectina?

Profissional: Tomei só ivermectina. A ivermectina é boa, serve para tudo. Até para os caroços. Algum carocinho, alguma coisa que aparece. Só que tem uma mudança. Se por acaso tu tomar o paracetamol, já em seguida tu toma ela. Tem gente que toma dois comprimidos. Ela é muito forte. Só pode tomar um comprimido. (Entrevista, 20/11/2020)

A conversa seguiu com ele me explicando as dosagens, porque se tomar muito:

Profissional: Tem gente que sente.

Amanda: Tem gente que sente?

Profissional: Porque é uma parte que limpa e aumenta a imunidade. E tudo o que tem de coisa, sai. Ela faz tipo uma lavagem no sangue. Mas é um bom medicamento. (Entrevista, 20/11/2020)

A ivermectina nesse uso não aparece como algo eficaz contra o vírus da covid, mas como algo que aumentaria a imunidade. Além de perceber e avaliar como a ivermectina funcionava, o técnico me falou muito sobre os remédios caseiros, que aprendera com seu pai (que era pajé):

...E essa ideia veio de muito tempo. Eu sei de bastante remédio que o pai ensinava, a parte de como curava. Ele ensinava bastante. É até difícil eu tomar medicamento de farmácia, eu tomo mais o medicamento caseiro. (Entrevista, 20/11/2020)

Tanto azitromicina quanto a ivermectina foram acionadas em alguns momentos nas práticas de cuidado, mas respondendo a diferentes necessidades conforme as situações específicas. Uma diferença entre o uso dos dois medicamentos, que vimos até aqui, tinha a ver com o fato de que a azitromicina podia “ajudar” a lidar com os problemas de garganta, com sintomas que já estavam sendo sentidos. Enquanto a ivermectina podia ser um “algo a mais”, ou poderia ser usada antes de qualquer sintoma, nessa ideia de limpar o corpo, aumentar a imunidade, lidar com o medo da doença, da quarentena.

Outra categoria que apareceu nomeada nas entrevistas com os profissionais de saúde foi a dos “sintomáticos”<sup>197</sup>. Em uma das primeiras entrevistas que realizei, com a técnica de enfermagem e o enfermeiro que disseram que seguiam o “protocolo do Acre”, o enfermeiro descreveu a categoria: “E aí a gente ficava utilizando esses assim ivermectina, azitromicina, dipirona para febre ou paracetamol, era tratamento sintomático” (Entrevista, 19/09/2020).

Dentre os sintomáticos estavam incluídos, principalmente, dipirona e paracetamol (analgésicos), mas não se tratava de uma definição restrita. A ideia de sintomático se refere ao reconhecimento de um tratamento que se propõe apenas a amenizar os sintomas, lidar com aquilo que a pessoa estava sentindo e não com a “cura” ou “a própria doença”. A categoria parece comum ao meio biomédico, farmacológico, procurando na internet encontrei uma série de referências, muitas mencionando analgésicos e antitérmicos, além de outros mais específicos a depender da doença em questão. Nesse sentido, o escopo dela no contexto da covid nos dá indicações sobre o momento político, na medida em que ela pode remeter à falta de um

---

<sup>197</sup> Nas entrevistas com os indígenas os termos mais próximos das referências que a categoria pode ter foram: “básicos”; “essas coisas para dor”; “paracetamol”; além daqueles que, como será descrito a seguir, podem ou não ser incluídos, como azitromicina, ivermectina, prednisona.

tratamento recomendável acessível (só tinha sintomáticos), como pode ser usada para justificar o uso de medicamentos que não tiveram eficácia comprovada para a doença englobados nessa ideia de tratar sintomas.

A enfermeira (única) que me disse que não tinha nenhuma orientação sobre quais medicamento usar, afirmou que

Enfermeira: ... a gente não sabia nem qual era o tratamento, porque não tinha um tratamento. A gente não sabia o que dar na época, não tinha uma comprovação, então a gente só dava sintomático. Estava com febre, dava analgésico, e aí a gente ia tratando assim.

[...]

Enfermeira: A orientação era usar o sintomático, porque não tinha o tratamento.

Amanda: Tratar os sintomas?

Enfermeira: Tratar os sintomas. (Entrevista, 22/12/2021)

Em relação a azitromicina, há sugestões de que ela poderia entrar nessa categoria, naquele sentido de cuidar da garganta, do pulmão. Em relação a ivermectina, era mais difícil associá-la ao tratamento de algum sintoma:

Amanda: Mas você acha que deu certo, ivermectina, azitromicina, ou deu certo algum tratamento sintomático?

Enfermeira: Eu acho que deu certo o tratamento sintomático. Não sei te dizer que foi a ivermectina que deu resultado.

Amanda: Porque a ivermectina não é...

Enfermeira: Não é...

Amanda: Não tem sintoma, assim...

Enfermeira: É, assim, porque ivermectina, se você for olhar, ela é antiparasitária, então, assim, na hora não tinha muito... mas a gente usava uma dexclorfeniramina. Um paciente muito congestionado, escorrendo muito, a gente passava anti-histamínico. Estava com muita dor uma prednisona, uma dexametasona. Ah, e a vitamina C.

Amanda: Aí vocês iam vendo caso a caso, assim, não tinha um...

Enfermeira: Aí a gente ia vendo os sintomas, e conforme os sintomas a gente ia dando. Mas é como eu te falei. (Entrevista, 22/12/2021)

A dexclorfeniramina é um anti-histamínico, medicamentos utilizados para o tratamento de reações alérgicas. Um outro técnico em enfermagem (Entrevista 20/11/2020) também havia mencionado o uso da loratadina, outro anti-histamínico, para tosse seca, “tosse alérgica”. Os corticosteroides (prednisona e dexametasona), como mencionado no Capítulo anterior, foram considerados eficazes no apoio ao tratamento hospitalar da covid, para controle da reação inflamatória. Foram recomendados para pacientes moderados e graves e não para leves, e seria importante considerar todos os efeitos colaterais (GALLAGHER, 2023; NAKAMURA, 2022).

No entanto, a fala da enfermeira não remete a esse uso recomendado no tratamento hospitalar, mas a um uso como sintomático.

A vitamina C, como mencionado no capítulo anterior, foi objeto de diversas *fake news*<sup>198</sup>. Em Pauini, em todas as entrevistas com os profissionais de saúde, ela foi mencionada como medicamento indicado<sup>199</sup> aos indígenas.

Técnica: ...vitamina C a gente orientava muito eles tomar, só que vitamina C não vinha muito para nós. Não vinha para nós. No nosso RENAME não tem Vitamina C, aí às vezes a gente conseguia pelo município, era quando a gente levava. (Entrevista, 15/12/2021)

Outra característica dos “sintomáticos” era que eles podiam ser usados independentemente da confirmação do diagnóstico:

Técnica: Aí o que foi que a gente fazia, a doutora orientava e a enfermeira orientava: teve os sintomas já dava o medicamento, já orienta ele tomar azitromicina, ivermectina, vitamina C e tomar chá caseiro, que era o que a gente já orientava. No início só era só quem tinha dado positivo. Aí com o tempo a gente viu que... (Entrevista, 19/09/2020)

Os medicamentos “sintomáticos” fizeram parte das formas como os profissionais construíram suas estratégias de cuidado, “fazendo o que podiam”. Como avaliou a Senhora Apurinã, quando perguntei sobre a atuação da equipe, “eu achei que o que estava no alcance deles, eles fizeram” (Entrevista, 01/10/2021)<sup>200</sup>. Todos os profissionais mencionaram também o uso dos chás, que os indígenas já estavam usando e que eles sugeriam que continuassem. Mas no jogo entre a escassez dos medicamentos ideais da Saúde Indígena e o “nunca faltou” os que tinham na RENAME para a covid, muitas vezes os chás não recebiam o mesmo status. Na primeira viagem de monitoramento que acompanhei (mencionada no Capítulo 1), com uma enfermeira, uma técnica e uma representante da OPIAJ, descrevi minha surpresa com o excesso:

Durante o monitoramento das pessoas com sintomas gripais, perguntavam o que as pessoas tomaram. Muitas responderam “nada”, depois completavam com “só remédio caseiro”, ou “chá caseiro”. Ouvi alguém dizendo isso, e depois ao longo da conversa acrescentar que dissolveu dipirona no chá – mas isso não era tomar

<sup>198</sup> JORNAL DA USP. Vitamina C não cura gripes e resfriados, nem a covid-19. **Fake News Não Pod** #54. 22 de jun. de 2022. Disponível em < <https://jornal.usp.br/podcast/fake-news-nao-pod-54-megadoses-de-vitamina-c-nao-cura-gripes-e-resfriado-nem-a-covid-19/> > . Acesso em 10 de fev. de 2024.

<sup>199</sup> A médica mencionou apenas “vitaminas”, sem dizer qual, lamentando a falta no Polo. Argumentando que seria importante ter vitaminas para indicar no sentido de fortificar o sistema imunológico, para combater qualquer doença, principalmente no pós-covid.

<sup>200</sup> Essa percepção de que os profissionais fizeram o que podiam, apareceu também em outras entrevistas, num reconhecimento de que a equipe “trabalhou, se esforçou, se dobrou” (Secretária Geral da OPIAJ, Entrevista 01/11/2020), mesmo estando “vulneráveis”, “se arriscando” (expressões da Senhora Apurinã, entrevista 01/10/2021). Essa avaliação ocorreu em relação às trabalhadoras da saúde indígena especificamente, enquanto em relação a gestão e a estrutura do sistema de Saúde Indígena foram apontadas críticas em relação aos atrasos, falta de equipamentos, estrutura logística, etc.



dipirona (?). A técnica e a enfermeira pediam para dizerem o que tomaram, qual pílula, mas **no caso do remédio caseiro não precisava descrever qual era**. Durante as orientações, a enfermeira dizia um medicamento para cada sintoma possível... Deixou os medicamentos para cada caso, após seu diagnóstico rápido. E alguns a mais para a técnica de enfermagem, moradora da aldeia, que ficaria monitorando na aldeia, mesmo estando doente. Foi feita uma lista de nomes de medicamentos que poderia usar. Nas orientações, a enfermeira falava: “se der dor de cabeça, toma analgésico, se der febre, toma analgésico, pode tomar...”. Tinha que tomar algum medicamento para todo sintoma e “pode continuar tomando o chazinho de vocês”, disse a enfermeira. O remédio caseiro podia continuar sendo tomado, mas era como uma coisa a mais, além dos medicamentos que iam de fato tratar os sintomas. Até foi indicado o chá de quina quina – que é outro que tem sido usado, mas já gerou muita fake news também – além de chá de limão, tomar sucos... Vitamina C para aumentar a imunidade, “pena que não temos aqueles efervescentes” (Diário de campo, 01/06/2020).

Nas entrevistas com os profissionais, os chás apareciam como algo que não se sabia muito bem como, mas ajudava de alguma forma – e os próprios profissionais também tomaram os que ganhavam nas aldeias. Em geral havia essa associação com aumento da imunidade. Na entrevista com o enfermeiro e a técnica em enfermagem, ele argumentou que o chá poderia servir para pelo menos duas coisas: hidratar o paciente, o que era preconizado em qualquer infecção viral; e pelo “efeito placebo”, porque eles acreditavam, “eles tinham essa fé”. A técnica que participava da mesma entrevista respondeu “E tanto serviu para eles quando para nós, porque no meu caso eu também tinha esse placebo, porque eu tomava e eu acreditava muito” (Entrevista, 19/09/2020).

Como argumentou a médica, era preciso encontrar uma explicação (biomédica) para a eficácia:

Médica: Eu vou ser bem sincera, Amanda. Toda vez quando o povo me pergunta, eu fico muito pensativa nessa parte porque a gente acompanhou os noticiários tudo. Onde estava tendo, o índice de mortalidade era altíssimo. Muita morte mesmo. É o que eu falo, a nossa população de indígenas é 2600<sup>201</sup> e alguma coisa, por aí. De 2600 e alguma coisa, vamos supor que 2000 se contaminou, porque se contaminou. Quase todos ali pegaram covid. E a gente teve um óbito. No meu pensamento... assim, meu pensamento, confirmação a gente não tem nada. Só podem ter sido duas coisas, que eu penso: ou o chá, que realmente o chá terapêutico teve alguma função no organismo da gente, realmente protegeu, ou a cepa do vírus que chegou para a gente, já chegou modificada. **Mas isso aí só se for fazer um estudo para saber**, não tem como a gente confirmar. Mas é um dos dois, não tem para onde correr. Porque a mesma não foi. Quer dizer, não

---

<sup>201</sup> O número provavelmente faz referência ao número de indígenas cadastrados no SIASI, com uma margem a mais. Como mencionado na Introdução, o número populacional, atualmente no SIASI é de 2273 e, no Capítulo 1, foram discutidas as controvérsias desses dados. Nessa fala da médica não consegui interpretar se o número aumentado era uma estimativa que costumavam fazer considerando a população não cadastrada, ou se ela apenas não lembrava o número.

é a mesma não foi. É algum desses dois. Porque não tem como... (Entrevista 23/12/2021, grifo meu)

### 3.2 Graças a Deus, o chá e o pajé

Algumas doenças, dores, mal estares, só podem ser curados pelos pajés. Quando alguém é flechado por um dono da mata, pode passar tempos sentindo dor e procurando formas de tratamento, antes de chegar ao pajé que vai curar e identificar o causador. Da mesma forma, uma criança doente pode estar com seu espírito sendo levado por outro ser, por ter frequentado um lugar impróprio ou devido aos pais terem comido o que não deveriam. E apenas o pajé pode identificar o que está acontecendo e curar<sup>202</sup>. Como sugerido na Introdução, situações que desrespeitam as regras das metades e comportamentos indevidos nas relações com não humanos podem levar ao adoecimento (VIRTANEN, 2015) e à necessidade de atuação do pajé. Virtanen e Gil (2021) sugerem que a saúde das pessoas teria a ver com relações equilibradas entre humanos (envolvendo a capacidade de socialidade e o bem estar coletivo) e também com os não-humanos (aprender a e viver em tranquilidade com eles). O pajé, nesse sentido, é uma figura fundamental para manutenção da saúde, na medida em que transita entre mundos podendo estabelecer negociações e manejar a circulação dos *arapani*, de forma a restaurar a saúde daqueles que infringiram alguma regra e/ou sofreram algum ataque.

Nesse sentido, é importante saber diferenciar o que é de cura, como foi mencionado na entrevista na Aldeia Nova Vista:

Agente Ambiental Indígena (AAI): Teve o professor também aí...

Amanda: Você também?

Professor A: Não, o meu era de cura, eu não peguei não...

Amanda: Ah, tá, outra coisa.

Cacique: Era de cura, [palavra em Apurinã, que não consegui transcrever, soava como “kirimati”]. [risos]

Amanda: Mas pareciam os sintomas?

Professor A: Não, o sintoma dela é que nem o [nome do cacique] acabou de falar, ela dá aquela quentura no corpo, o meu não, o meu era o frio e a febre, e a dor na cabeça, corpo todo doído, sintomas eram diferentes.

Amanda: Ai o pajé viu que era outra coisa?

Professor A: Já viu que era outra coisa. E no exame não deu. Fui para Pauini, me isolaram ainda, colocaram lá de quarentena [risos]. Saí, aí vim para a aldeia, doente do mesmo jeito, ainda mais pior ainda. Quando eu cheguei aqui o pajé, o *meety*, me curou, disse que era...

Amanda: Chegou a ficar de quarentena lá e...

Professor A: Fiquei ainda, mas não era o que eles estavam pensando.

<sup>202</sup> O verbo utilizado para descrever a atividade do pajé, enquanto ele atende um doente, é “curar”. O pajé não atende, não consulta ou propõe tratamento, sua atividade é a cura.

Amanda: Eles testaram, fizeram...

Professor A: Depois que me colocaram lá e foram lá fazer o teste.

Amanda: E não deu?

Professor B: Liberado [risos].

Professor A: Vim para casa, o pajé me curou, fiquei zerado. Ele falou que era de cura, num era... Coisa da mata que tinha me...

AAI: Estranhado [risos].

Professor A: Estranhado e tinha tacado a zagaiada. Graças a deus que eu num peguei não. (Entrevista, 25/11/2021)

Nesse sentido, a covid-19 não era uma doença de cura. Como mostrei no Capítulo 1, os pajés tiveram uma atuação fundamental ao se antecipar e “rebater” a doença antes que ela chegasse, para que chegasse mais fraca. Mas era uma doença nova, que demandava uma atuação diferente, não era pedra, era fumaça, como nos contou o Pajé (Capítulo 1). Foi desviada, mas não foi possível resolver tudo. Ainda que mais fraca, chegou, algumas pessoas adoeceram, tiveram sintomas, e não buscavam apenas os pajés. O cuidado dos casos suspeitos e para a prevenção envolvia mais atores e práticas na comunidade.

Na conversa com as lideranças da aldeia Nova Vista, conforme trecho trazido no Capítulo 1, disseram-nos que o Pajé fazia o trabalho na aldeia, mascava toda noite, e, além disso, a comunidade também estava tomando os remédios caseiros. Os remédios, chás, feitos pelas mães, pelas tias, eram tomados mesmo por quem “ainda” não tinha sintomas. Em outro momento da entrevista, fiz uma pergunta confirmando se apenas uma pessoa tinha se contaminado:

Amanda: Só o [nome do cacique] que teve aqui?

Voz 1: Graças a deus...

Voz 2: O Pajé que a gente tem aí né, o chá que...

Voz 3: O chá e o pajé que curaram...

Professor B: Pelas plantas que têm por aí pela mata que a gente conhece, fez muita diferença isso. E o lá de cima, que é o que mais faz a diferença. (Entrevista aldeia Nova Vista, 25/11/2021. Nesse trecho da entrevista as falas foram se completando, não sendo possível identificar com precisão, ao transcrever, de quem eram as vozes)

Nas entrevistas nas aldeias Kakory, Karuá e Nova Vista as palavras azitromicina e ivermectina não apareceram, mas uma série de plantas foram mencionadas, enfatizando os remédios Apurinã. O que não significa que não houve a presença dos “de farmácia”, alguns foram mencionados<sup>203</sup>, assim como a ideia de que “a equipe trouxe”. Mas não falaram muito sobre eles (não nomearam todos) e eles podiam ser combinados (de diferentes maneiras) aos

---

<sup>203</sup> Nas entrevistas das aldeias Kakory e Karuá houve a menção ao uso de paracetamol.

remédios Apurinã, dependendo do contexto de uso. Cabe destacar também que cada uma das aldeias tinha um contexto específico de contato com a doença e com a equipe de saúde.

No Karuá não houve casos identificados por testes pela equipe. No entanto me contaram que “pegamos, mas ninguém nunca foi testado”, quando a equipe esteve lá “já estava terminando”. Descreveram os sintomas sentidos e como foram confirmando “era ela mesmo”. Além disso, ao longo da conversa, em vários momentos tentavam identificar as possíveis origens de contaminação, quem andou por onde, com quem... A aldeia, atualmente, não tem um pajé, mas sabiam da atuação deles:

Conselheira do Conselho Local de Saúde Indígena: Eles viram que estava acontecendo lá, antes eles já a rebateram, e aqui ela já passou fraca. Os pajés são... os que já morreram não morreram, eles estão vivos, o que está vivo conversa com aqueles que morreram e eles se juntam, o que está vivo com os que já morreram, onde eles quiseram jogar eles jogam. Antes, quando apareceu muita catapora, muito sarampo, olho da gente quando o vovô [nome do pajé] era vivo eu me lembro, morava no centro, eles falavam: "doença está matando muita gente, mas aqui não vai passar não, se passar vai passar fraco, nós vamos rebater", eu só vi comentar que por enquanto era igual essa covid, mas antes onde nós morávamos, não sabia o que era o sarampo nem catapora, graças a deus toda a cidade os pajés faziam isso. Agora nós não temos pajé, os que estão vivos que estão fazendo isso, o vovô [nome do pajé] morreu. (Entrevista, 27/10/2021)

Sobre o uso dos remédios caseiros, uma característica que apareceu em várias entrevistas era o uso iniciado anteriormente à possível chegada da doença:

Amanda: foi mais remédio caseiro aqui... Vocês tomaram para não pegar, e depois que pegaram também?

Conselheira: Antes já começamos a tomar, porque já tinha medo de pegar e...

AIS: Porque nós estávamos com medo, a gente tem uma... Antes que a doença pegue, a gente tem que já mudar o corpo. Aí nós tentávamos imunizar o corpo que é para a doença chegar, se pegássemos, pegar fraco, então é isso que a gente fazia, pegava... Se a doença pegou, pegou foi fraca.

[...]

Conselheira: Eu acho que também muita gente não pegou por causa de [planta C].

Cacique: [Planta D, E], remédio, tomava [planta D] também.

Moradora da aldeia: Eu passava só assim na minha goela, o cheiro da [planta C]...

Amanda: Cheirando?

Moradora: É, cheirando a [planta C].

AIS: Mas também dava trabalho para comer, engolia folha de [planta C], por isso que não pegamos coronavírus, graças a deus...

Moradora: Estava aqui no meio do mato e tampando [planta C], cheirando... fazer chá...

AIS: Fizemos sim, era chá direto. (Entrevista, 27/10/2021)

Ao mesmo tempo, foram mantendo o cotidiano da aldeia:

AIS: Planta F, isso que nós fizemos lá em casa, era tomando direto chá. Agora, se tivesse um teste rápido para eu dizer assim: "essa pessoa está com coisa", aí podia fazer um tratamento mais adequado, botar em um lugar, isolado... **isolado não**, para ficar pelo menos... mas é isso que a gente não tinha certeza e a gente não fez nada, **foi do jeito que está aqui mesmo, foi normal...** (Entrevista, 27/10/2021)

Na aldeia Nova Vista, como já mencionado, a ênfase da conversa foi no trabalho do pajé, que além de rebater a doença, também orientava a comunidade. Como não foi possível “combater de tudo”, eram necessários outros cuidados. As mulheres fizeram muitos chás.

Cacique: ...ele [o pajé] não toma vacina todo mês, contando a história, e ele falou que essa doença era igual uma fumaça, ele conseguiu pegar no espírito que ele traz do mato, os espíritos dele e pegaram, mas não conseguiram, porque era fumaça. E daí, ele repassou para nós a entrada, de entrada e saída, que se o pessoal continuasse a entrar era arriscado trazer a doença para a aldeia, e para não acontecer isso, ele falou isso para o pessoal daqui...

Amanda: Ele orientou para vocês evitarem...

Cacique: "Não deixem ninguém entrar, não deixe ninguém sair porque senão na saída, vocês podem trazer, arriscado trazer", mas como nós temos esse entendimento, cumpriu uma regra dele, do pajé, é um grande guerreiro que eu considero muito, é nosso tio. Ele falou isso para nós, que não continuasse indo para a cidade porque era arriscado trazer, mas se mantivesse em controle, ficar na aldeia, ela ia passar, que nem ela passou, para nós ela passou, passou fraco, pegou meio fraco, foi assim, com remédio caseiro para tomar, e aconteceu isso. Só falavam que já tinham se curado, estavam sendo curados.

[...]

Amanda: E todo mundo tomava, todo mundo...

Cacique: ...covid, **minha mulher fazia e era uma fila que suava até...** pronto.

[...]

Professor: Com a equipe do município, já surgiu um caso dele aqui, que disse que estava fraco, está entendendo como é que é? Não estava mais transmitindo, já estava mais abrandado que ele falou, a medicação tradicional daqui, é chá e outras coisas também. **As velhas, a mãe dele, as nossas mães que são mais velhas conhecem um pouco dessa mistura de folha, desses negócios, cipó e tudo, fez o chá...** (Entrevista, 25/11/2021, grifos meus).

No Kakory, aldeia em que foi construída uma UAPI, considerando sua localização estratégica para atendimento a outras aldeias da região – embora a UAPI não tenha sido utilizada para tratamentos de casos de covid ficou como um espaço de referência para os atendimentos de saúde, para hospedagem na aldeia –, a presença da equipe foi maior do que nas aldeias anteriores. Com isso, não foi possível manter a “rotina normal” da aldeia, e foi uma

das aldeias que as pessoas ficaram de fato isoladas. Em algumas aldeias a proposta do isolamento não foi bem-vista, no entanto naquelas em que tiveram mais casos e a equipe passou mais tempo no monitoramento (como Kakory, São Benedito) foi adotada a estratégia de isolar “casos suspeitos” em espaços como casas de reunião, igrejas ou escolas. Ainda assim, na entrevista com a AIS e seu marido Cacique, a ênfase foi nos remédios caseiros e a organização da comunidade para cuidar dos que adoeciam:

AIS: ... E depois que entrou para dentro da comunidade, das aldeias, aí fomos se cuidando, que nem ele [cacique] disse, a parte mais difícil que tivemos foi ficar de quarentena em casa sem poder visitar os vizinhos, essa foi a parte mais difícil de ter refeições juntos na casa do outro de meio-dia e tomar café de manhã todo mundo junto, foi muito difícil essa parte e fazemos chá caseiro, se cuidavam mais depois que já estava na comunidade, antes ninguém fazia o chazinho, era só meio para usar máscara os que saiam, mas aqui dentro conviviam todo mundo junto, todo mundo jogava bola, ia na casa do vizinho, depois quando testaram que tinha o covid, aí todo mundo se assustou.

[...]

AIS: Ficar bravo comigo: “quero sair daqui”. Era assim, na parte da alimentação, uma ajuda muito grande do SESAI, que nem João falou, os órgãos que ajudaram, porque logo que **começou tiveram que alimentar toda aquela família que estava**, porque os pais, a maioria estava de quarentena de covid, aí os que estavam melhor, quem estava bom, quem não estava positivo, e tentavam fazer, correr atrás de uma coisa e outra para poder ajudar na alimentação, a gente arrecadou até um dinheiro para poder comprar um arroz, um leite, alguma coisa assim. (Entrevista, 09/02/2022)

A ideia de isolamento, nas aldeias, trazia uma série de desafios, se configurando de forma bastante distinta do “isolamento social” recomendado nos contextos urbanos. No cotidiano de uma aldeia, não faz sentido “ficar em casa”, é preciso “procurar comida” (caçar, pescar), buscar água, tomar banho e lavar vasilhas e roupas no rio ou igarapé, trabalhar na roça, ir atrás de frutas, etc. Algumas aldeias trabalharam o isolamento em relação à cidade, ao externo a aldeia, mantendo o cotidiano de convívio entre os moradores. Muitas, quando a equipe chegava, com a ideia de isolar as famílias em suas casas, questionaram a aplicabilidade da proposta, argumentando que “se tivesse que pegar, já tínhamos pegado, todo mundo”. Em algumas, foram adaptadas estratégias, mais ou menos restritivas a depender do período: em alguns momentos evitar visitas, criar regras para circulação de criança, parar o futebol, entre outras.

Na entrevista na aldeia Boa União, o AIS contou que os pajés rebateram a doença antes e avisaram a comunidade que ela viria fraca.

Participante da equipe que entregava cestas: O pajé lá da aldeia também...

AIS: Falou. Disse que os Pajés se reuniram e rebateram ela, e ela ia chegar fraco. Depois que ela veio chegando, a gente viu que ela passou fraco. **Só que os cuidados, foi isso a gente tá usando nosso remédio tradicional mesmo, mesmo sem saber se ela ia servir ou não, mas de qualquer forma... Serviu, né? O chá caseiro, tanto tipo de chá que a gente nem se lembra mais qual foi muito bom.** Só que dizer que a gente isolou o parente que estava doente. Não. Nós abraçamos tudo junto porque, se morresse, todo mundo ia morrer junto, mas de abandonar ninguém, a gente não abandonava. Nós não abandonamos porque diferente de lá fora, os hospitais. Está doente ali, vai ficar isolado. Então eu acho que isso contribuiu muito com a morte de várias pessoas. O abandono. Os cuidados ao abandono? Talvez ela não foi essa doença tão grave assim como o abandono. O que eu entendi foi isso porque o cara estava doente ali, ninguém chegava perto mais, isolava ele lá até ele precisar de alguma coisa. Então, no momento, o psicológico da pessoa ele mexe muito, né? Então se tem uma história, quem morreu? Por causa dessa doença, se ele estava lá, também sabia que ele ia morrer. Então é ajudavam no psicológico dele, enfraquecer a força. Então aqui foi diferente, a gente abraçou todo mundo. (Entrevista, 14/10/2021, grifos meus)

Assim como o uso dos chás caseiros, as estratégias de se/como isolar também compunham as práticas de cuidado. Quando se optava por isolar as pessoas que apresentavam sintomas, era preciso cuidar levando alimentos (“procurando” para a pessoa, preparando...), remédios, visitas a certa distância, conversas – como contou a AIS da Kakory. Enquanto o não isolamento, descrito pelo AIS da Boa União, também foi um cuidado para fortalecer as pessoas diante da (possibilidade da) doença.

Em uma das atividades da Funai – viagem de entrega de cestas, que detalharei a seguir – fiquei gripada, e, após vários cuidados que recebi da equipe Apurinã que viajava comigo, conversamos no barco sobre meus sintomas, discutindo se era covid. O Coordenador da OPIAJ e o Coordenador da Coordenação Regional da FOCIMP (CR-FOCIMP) em Pauini concluíram que deveria ser, porque eu estava com dificuldade de sentir cheiros, ao mesmo tempo, tinham uma dúvida, porque eu tinha catarro e “covid não dá”.

Antes de chegar no Maripuí, estava na proa do barco ouvindo música e o CR-FOCIMP veio conversar comigo. “Como você está?”. “Digo de psicológico. Porque essa doença é o mais difícil...” Isso depois que a gente tinha chegado no meu diagnóstico de covid, porque não estava sentindo cheiro. Falou para eu ir cuidando, que na TV a gente vê e assusta, mas era só ir cuidando, levar umas garrafadas para tomar em casa. Contou como foi em sua aldeia, que o pessoal ficou melhor. Disse que tomou Resfenol (antigripal), quando chegou na cidade e que foi bom também. (Diário de Campo, 13/07/2020)

A recomendação envolve as garrafadas e um Resfenol, ao mesmo tempo, e a atenção ao “psicológico”. As estratégias em relação ao isolamento, como descrito por pelo AIS da Boa

União, consideravam também esse aspecto nomeado como psicológico, de forma que o cuidado também envolvia práticas de acolhimento dos medos, de fortalecimento das pessoas, que não podiam se sentir “abandonadas”. No mesmo sentido, nas aldeias em que houve isolamento, essa atenção também se fazia presente durante o levar alimentos, remédios, conversar a distância.

Outra estratégia para o cuidado, associada à manutenção de certos aspectos de cotidianidade (ainda que na excepcionalidade pandêmica), era manter-se trabalhando, como foi descrito na entrevista na aldeia São Benedito:

Senhora Apurinã: Esse pedaço aqui nós brocamos, todo mundo com covid. Acredita? Aqui atrás, foi de repente, broquei aqui atrás, tudo. Não foi, [nome do marido]? Aí depois começou por mim, terminou o menino, brocava todo mundo... No exercício também. Eu acho muito parado, num ajuda muito... A gente trabalhando ajudava o pulmão a funcionar, sei lá, e a misericórdia do Senhor. Foi, porque nós pensamos assim. Diz que o vírus no sol não era resistente, né? Acredita que eu tive até essa ideia? De trabalhar no sol? Acredita? [risos] De verdade. Foi. E o pior que aí o [nome do filho], [nome do marido] e todo mundo.

Amanda: Sobrou para todo mundo.

Senhora: Sobrou e agora, por incrível que pareça, a [nome da nora] era a única que não fazias essas atividades, mas foi a que ficou pior. Teve febre, dor no peito que a [nome da nora] ficou mesmo, pior que eu. Acredita? Por isso que eu digo que o isolamento...

Amanda: O isolamento é pior...

Senhora: É.

Essa ideia de seguir trabalhando apareceu também em outras entrevistas. O AIS da Boa União também “curou ela assim, no sol” (Entrevista, 14/10/2021). Na aldeia Karuá, o cacique também seguia “trabalhando mesmo no roçado, com ela mesmo” (Entrevista, 27/10/2021).

Em síntese, as diversas estratégias de cuidado descritas nas entrevistas envolviam práticas específicas em cada aldeia, que levavam em conta uma série de saberes e possibilidades de ação: a proteção a partir do trabalho anterior dos pajés combatendo a doença; os diagnósticos (debatidos em conjunto), avaliando quando “era ela” ou outra coisa; os remédios caseiros – que na maioria das vezes as mulheres faziam – para evitar pegar e para tratar quem tinha sintomas; o “fechamento da aldeia”, ou formas de controle de circulação entre vizinhos; as decisões sobre se/como “isolar”; a atenção à alimentação; atividades para cuidar do psicológico de quem tinha sintomas e/ou medo da doença; a manutenção de rotinas de trabalhos; entre outras práticas.

### 3.2.1 A covid é um vírus e a gente cuidou com o nosso remédio



No clássico *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*, Buchillet (1991) argumenta que nas medicinas tradicionais a interpretação da doença é inscrita na totalidade do quadro sociocultural de referência, de modo que, ainda que exista um saber elaborado em relação “doença orgânica”, as causas se relacionam à ordem social ou cosmológica. Nesse sentido, autora propõe o trabalho com níveis de causalidade – causa instrumental; causa eficaz; e a causa última (por quês, no domínio sociocultural). Em outros termos, a autora sugere a distinção entre a esfera das causas e a dos efeitos. Na aparição de uma doença, um primeiro diagnóstico seria estabelecido pelo paciente e sua família, iniciando a preocupação com o alívio dos sintomas, a partir do tratamento com plantas ou remédios. No caso de agravamento, a doença seria reclassificada, até a busca da causa última, com recurso a um xamã. A partir daí, o tratamento visaria mais a causa (cosmológica ou social) do que os sintomas (manifestações físicas). Assim, o tratamento xamânico atuaria no nível das causas enquanto as plantas, ou a medicina ocidental, atuariam no registro dos efeitos.

Essa separação parece bastante relacionada a pressupostos da autora de uma distinção entre o natural, empírico, ou a “doença orgânica”, e suas interpretações, representações, ou a esfera do simbólico – com a ênfase nesta última. A distinção entre terapêuticas que atuam “realmente” nas causas e aquelas que estariam apenas no nível dos efeitos, pode soar como uma gradação de importância das diferentes práticas, que no caso da covid em Pauini talvez não seja produtiva. Embora tenha havido certa distinção de níveis de atuação, na atuação dos pajés Apurinã na “causa” – fumaça – que era a doença, não foi possível resolver totalmente. Assim o trabalho nos “efeitos”, as práticas de cuidado diante das aflições, dos “sintomas”, também permitiram processos de cura.

Buchillet (1991) destaca a importância do autodiagnóstico para a busca de determinadas intervenções, e a dimensão processual da doença em seus diferentes níveis de causalidade. Em relação à covid em Pauini, considerando que era uma doença nova, vimos que, embora houvesse debates para ver se “era ela mesma”, não necessariamente a precisão do autodiagnóstico, ou diagnóstico familiar, era o mobilizador dos tratamentos. As práticas de cuidado se iniciavam como forma de preparar as comunidades antes mesmo de a doença chegar e continuavam diante de casos suspeitos. Ainda que várias conversas, discussões, fossem mobilizadas na tentativa de encontrar “quem trouxe”, era preciso cuidar de quem sentia mal e de quem temia começar a sentir.

No mesmo livro, o artigo de Gallois (1991) também destacou a importância da sequência de diagnósticos, desde o doente e sua família, até o xamã. A autora mostrou como no sistema etiológico Waiãpi (assim como em outros sistemas médicos, inclusive o ocidental), uma doença

pode receber várias explicações, vários diagnósticos em momentos distintos. A doença podia ter uma pluralidade causal, com a atualização dos diagnósticos conforme a evolução dos sintomas e o contexto sociopolítico. Segundo a autora, no contexto Waiãpi se perguntaria primeiro “como” a doença atingiu aquele indivíduo (considerando a classificação nosológica específica: agressão pelos ajã ou contágio); depois “por que”; e por fim “quem”, a partir do diagnóstico xamânico. Este último diagnóstico seria uma acusação, que, segundo a autora, teria caráter menos “sobrenatural” do que sociopolítico, e a resolução da doença seria uma retaliação. Esse diagnóstico se relacionaria com a construção da alteridade, a construção da identidade de “inimigo”, variando conforme os interesses políticos. Ao mesmo tempo, os Waiãpi teriam a categoria “causa-efeito”, ajã, que indicaria situações em que havia uma mistura de domínios cosmológicos normalmente separados. As diferentes categorias de alteridade (animal, inimigo, morto) teriam em comum a consubstancialidade do princípio ajã.

A autora descreve o contexto Waiãpi para problematizar o uso da noção de “doença do branco”, carregada com uma ideia de ruptura nos esquemas cognitivos tradicionais de interpretação das doenças. A categoria era muitas vezes acionada, no contexto dos serviços de saúde, para justificar intervenções, a partir de uma suposta aceitação dos grupos indígenas que se considerariam impotentes diante dessas doenças. O uso indiscriminado não levava em consideração o significado, contexto de criação e utilização da categoria, bem como seu lugar nos sistemas etiológicos indígenas<sup>204</sup>. Assim, no caso Waiãpi, a autora mostra como o diagnóstico “doença de branco” aparece como explicação para uma opção terapêutica e não como categoria causal. A princípio, os brancos não são ajã, não participam dos circuitos “de troca e partilha de forças vitais necessárias à manutenção da vida, à perpetuação da ‘verdadeira humanidade’”, não cabendo vingança/reciprocidade no nível etiológico dessas doenças. Nesse sentido, a categoria “doença de branco” se refere a doenças que são tratadas com remédios “dos brancos”, diferente de outras que não reagem a essas medicações. Mas há uma história no mito de origem da gripe que situa os brancos como os propagadores dessas doenças de contágio e como os “donos dos remédios”. De forma que eles teriam a obrigação de propiciar a cura das doenças que eles propagam desde o tempo mítico. Assim, o mito mostra o começo da

---

<sup>204</sup> Gallois (1991, p. 179) defende que a categoria “doença de branco” deve ser considerada como parte integrante do sistema etiológico do povo indígena específico, considerando que cada sociedade possui um conjunto de explicações etiológicas, em constante transformação, incluindo a totalidade de doenças conhecidas pelo grupo. Esse conjunto formaria um sistema, um quadro básico de referência, que inclui diagnósticos e tratamentos de cura e prevenção, que estão relacionados a organização social e aos valores culturais. Para a autora, o diagnóstico e o tratamento não têm com finalidade apenas um problema individual, mas a conversão da desordem biológica em desordem social, esta importante de ser reparada. Por isso sugere que focar o estudo no nível das explicações etiológicas envolveria priorizar os processos de socialização da doença em sintomas significativos socialmente.

transmissão de doenças por contágio (categoria nosológica), que também gera a exigência de reciprocidade. Nesse sentido, a categoria “doença de branco” carregaria uma exigência de reparação.

Entre Apurinãs, em Pauini, havia também uma classificação entre as doenças que só podiam ser curadas pelos pajés e aqueles que podiam ser tratadas por remédios de farmácia. Ouvei essa divisão tanto em contextos do movimento indígena argumentando no sentido de questionar a precariedade dos serviços oferecidos e a falta de medicamentos na Saúde Indígena; quanto em contextos de rodas de *katsupari* em que contavam histórias de males que apenas um pajé conseguia curar e identificar as causas. No entanto, não é o objetivo aqui uma descrição de sistemas etiológicos ou nosológicos Apurinã, não tenho elementos suficientes, ou tempo e profundidade de trabalho de campo para tal. Os esforços nas conversas não foram nesse sentido, minhas perguntas não buscavam esses sistemas<sup>205</sup>.

Como argumentado por Virtanen (2015; ver também Virtanen e Gil, 2021), entre Apurinãs, as doenças que só podem ser curadas pelo pajé, são causadas por *arapani*, estando relacionadas ao desrespeito das regras das metades ou comportamentos indevidos nas relações com não humanos. Nesse sentido, o argumento da autora tem certa semelhança com a descrição de Gallois (1991) do contexto Waiãpi, em que a autora fala sobre aspectos importantes do xamanismo, sugerindo que a função dos xamãs consistiria em “dar continuidade à descontinuidade, controlando as relações entre diferentes domínios cosmológicos e mantendo desta forma o equilíbrio e a separação entre categorias de seres humanos e não humanos e, também, entre grupos sociais” (Gallois, 1991, p. 188).

No caso da covid, não me foram apresentados elementos que permitissem situá-la a uma lógica de reciprocidade, ou associar ao descumprimento de regras sociais. Não teria elementos para situar o lugar da fumaça em uma cosmologia Apurinã. A única pessoa que me falou sobre essa característica “fumaça” da doença foi o próprio pajé, e eu não saberia dizer se esse aspecto conformaria uma nova categoria nosológica. Também não tive muitas conversas sobre possíveis causas, apareceram apenas menções, nas entrevistas, a uma origem “de fora” – de fora da Amazônia, de fora do país. O que não me dá elementos para afirmar sua identificação com uma categoria como “doença de branco”, nem no sentido de origem/causa, menos ainda

---

<sup>205</sup> Por uma questão também de direcionamento teórico-metodológico, com uma intuição de que, embora fosse visível o acionamento de saberes específicos do povo para cuidar da nova doença, a ideia de buscar estabelecer um sistema bem delimitado (abstrato, separado da materialidade) poderia ser um limitador diante do interesse na compreensão das complexidades envolvidas nas práticas de cuidado.

no sentido de algo para ser tratado com medicamento de branco – já que os remédios Apurinã tiveram muita eficácia.

A covid não é pedra, como destacado na fala do Pajé (Capítulo 1), por isso ele não conseguiu pegá-la, mas, com ajuda de seu avô, foi possível assoprá-la para que se distanciasse, ficasse fraca para seu povo. Depois que o pajé contou que ela era fumaça, diferente da febre amarela e da malária, perguntei se tinham outras assim:

Amanda: Ela é tipo fumaça?

Pajé: É.

Amanda: E já tinha vindo alguma doença assim ou...

Pajé: Não, primeiro essa doença que apareceu.

[...]

Amanda: O senhor sabe de onde que ela veio?

Pajé: Veio de fora, não é? (Entrevista na aldeia Nova Vista, 26/11/2021)

Tentei insistir em entender como era isso de ser fumaça, mas, como contei no Capítulo 1, a conversa não fluía muito (não sabia fazer as perguntas certas), e talvez não fosse algo para eu saber:

Amanda: Nunca tinha tido nada desse tipo? Nem dos mais velhos? Essa é diferente assim?

Pajé: É.

Amanda: Por que será que veio agora assim?

Pajé: Primeiro porque tinha muito pajé, quando apareceu esse negócio de malária, tiriça, que nós chamamos febre amarela, as pessoas daí têm pedra. Sarampo também tem. Catapora também tem.

Amanda: Todas têm pedra, isso já sabe como...

Pajé: Pois é...

Amanda: Pensar que surgiu uma sem pedra assim.

Pajé: Só isso aí, essa doença que apareceu, ela não tinha pedra, ela era feito fumaça.

Amanda: E é mais difícil?

Pajé: É, ela é mais complicada. Pois é, o que eu tinha de contar para a senhora era só isso daí mesmo, que eu vi.

[...]

Amanda: O senhor acha que tem chance de voltar...

Pajé: Não, tem mais não.

Amanda: Para cá não volta mais não...

Pajé: Agora para fora ainda tem, não é? Porque não tem...

Amanda: É, para fora ainda está todo mundo ainda...

Pajé: Não tem quem a tire.

Amanda: Se tivesse pajé para fora...

Pajé: É. (Entrevista, 26/11/2021)

“Ela” veio de fora e – ainda que eu tenha a compreensão desse registro da(s) causa(s) – percebi que o pajé tem um papel fundamental no combate – por isso ainda tem “aí para fora”.

Mas o enfrentamento não foi apenas graças ao pajé, também tinha “o chá” e foram mobilizadas várias outras práticas de cuidado – que aconteceram, prescindindo da afirmação de uma causa última para doença.

Tanto Buchillet (1991), como Gallois (1991) tem uma preocupação – importante no contexto político em que os textos se inserem na relação às políticas de saúde – em destacar que a utilização da medicina ocidental não implica numa mudança nos dispositivos indígenas de interpretação da doença. Argumenta-se que o acionamento de alternativas terapêuticas não necessariamente leva a diversificação de modelos de causalidade, de forma que é possível reconhecer a eficácia prática (material) da medicina ocidental na resolução de sintomas (registro dos efeitos), mantendo a interpretação própria (registro das causas). Como sugerido por McCallum (2014), o problema desse tipo de abordagem é a tendência a uma epistemologia da representação, separando conceitos e símbolos nativos que representariam fenômenos biológicos (“doença orgânica”) “reais”. Assim, McCallum (2014) trabalha a partir da proposta de que a linguagem e outras formas de práticas seriam instrumentos na construção da realidade.

A autora questiona as maneiras como antropólogas enquadram suas análises de processos “interculturais”, propondo retirar o foco de modelos que partem da fixidez e separação de visões de mundo. Ao abordar um curso de anatomia ofertado para agentes de saúde indígena Hunikuin, em 1991, pensando sobre as implicações ontológicas para os estudantes que passavam por uma exposição intensa a abordagens biomédicas do corpo, a autora sugere partir de sua “invenção” da ontologia Hunikuin a partir de pesquisas anteriores<sup>206</sup>, mas destacando que as ontologias não deveriam ser vistas como estruturas isoladas, fora da ação humana e histórica. Nesse sentido, sugere que a noção de ontologia deveria se referir a conceitualizações do ser e do tornar-se historicamente situadas, dinâmicas, que as pessoas acionariam e testariam na prática enquanto constituem o mundo. Entendimentos ontológicos seriam pragmaticamente constituídos, emergindo na práxis e constituindo-a, sujeitos a múltiplas influências, pressões, dinâmicos, mas também resistentes (MCCALLUM, 2014, p.506).

Assim, o argumento não vai no sentido de que o povo indígena não tinha certo referencial, ou premissas fundacionais, mas essas seriam entendidas não como quadros conceituais abstratos, mas como modos de atenção e estilos de engajamento praxiológicos. Para a autora, o perspectivismo descreveria premissas fundacionais que moldavam a maneira como os Hunikuin se envolviam com o mundo. No entanto, esses conhecimentos corporificados

---

<sup>206</sup> Em seu doutorado havia feito pesquisa com o povo, morando em uma aldeia entre 1983 e 1984 (McCallum, 2014).

informariam modos ontogenéticos<sup>207</sup> de formação de conceitos (sem determiná-los), pois se as ontologias tomam forma na ação, em processos sociais e históricos específicos, também emergiriam no nível biográfico.

Não apenas uma teoria do ser no mundo, a ontologia Hunikuin é uma apreensão corporificada do ser e do tornar-se, o conhecimento instintivo que emerge do ser conhecedor engajado nas atividades regulares significativas da vida cotidiana assim como nas ocasiões excepcionais ou desordenadas (Jackson 1989:13) que podem aumentar a indeterminação da comunicação (Pina-Cabral 2009). (McCallum, 2014, p.507, tradução minha<sup>208</sup>)

Assim, a autora vai argumentar que a ontogênese dos saberes sobre o corpo e como intervir nele, considerando a relação com a biomedicina a partir do caso do curso para os agentes de saúde Hunikuin, não podia ser reduzida apenas a uma questão de concorrência ou desacordo entre duas teorias, duas visões de mundo. A questão estaria no que acontece quando distintos modelos ontogenéticos são aplicados em um encontro intersubjetivo historicamente específico. Para McCallum (2014) nos encontros “interculturais”<sup>209</sup> era importante dar ênfase aos desenvolvimentos ontológicos e epistemológicos enquanto emergem intersubjetivamente, considerando também as zonas cinzentas, indeterminadas ou aparentemente incoerentes.

A proposta da autora pode ser inspiradora, para pensar o contexto Apurinã, em que saberes e modos de ser (que não são um sistema fixo) direcionam estilos de engajamento, ao mesmo tempo em que são afetados nas situações de lidar com a covid. O diálogo com os recursos e terapêuticas biomédicas – que também não são um sistema fixo e determinado, mas revisto e atualizado nas práticas dos agentes em contextos locais – não precisa ser abordado em termos definitivos de oposição ou integração de sistemas médicos. O que não quer dizer que as

---

<sup>207</sup> Segundo McCallum (2014) a ontogênese seria entendida na psicologia como referente ao desenvolvimento de ideias e formas de raciocínio do indivíduo ao longo de sua vida – remontando a teoria de Jean Piaget. O conceito seria ganharia versões reformuladas na antropologia, e a autora destaca a inspiração no trabalho de Christina Toren, reformulando a proposta de Piaget, a partir de outras referências como Merleau-Ponty. Nesse sentido, a ontogênese se refere aos processos psicológicos corporificados, que ocorrem intersubjetivamente e ao longo do tempo. McCallum destaca que a ontogênese se refere a aspectos ontológicos e epistemológicos de fazer sentido do e no mundo. Numa perspectiva que a epistemologia não seria um processo representacional, mas constitutivo no fazer do mundo. Ao mesmo tempo, considerando que processo ontogenético seria imerso na interação entre ontologia e epistemologia, como numa alternância contínua entre figura e fundo, a abordagem permitiria sair das “posições ontológicas radicais”, nas quais qualquer tradução ou diálogo parece impossível. Seguir uma abordagem ontogenética como a proposta pela autora parece-me demandar um olhar mais cuidadoso para as subjetividades, que não consegui fazer aqui. Seria necessária mais atenção (na descrição) em relação às pessoas com quem conversei, suas trajetórias, parentelas, relações nas/com as aldeias.

<sup>208</sup> “Not just a theory of being in the world, Hunikuin ontology is embodied apprehension of being and becoming, the gut knowledge that emerges from being knowingly engaged in the meaningful regular activities of daily life as well as the exceptional or disordering occasions (Jackson 1989:13) that might heighten the indeterminacy of communication (Pina-Cabral 2009).” (McCallum, 2014, p.507)

<sup>209</sup> As aspas são da autora, que argumenta que o conceito, assim como o de “intermedicalidade” tende a se relacionar a uma visão de ontologia como um sistema completo, separado.

peças não identifiquem de onde partem suas referências, as possibilidades de mudança e a maneira como querem (ou não) os diálogos – elaborem e discutam esses processos. Não posso deixar de levar em conta as dinâmicas de poder e as relações políticas que atuam nas condições de possibilidade para as opções de tratamento.

Os modos biomédicos de apreender, conceber e intervir nos corpos tem status hegemônico no Brasil, como sugerem Rohden e McCallum (2015, p.8), como um centro de gravidade (um controle disperso) num cenário de constante atrito e contestação com a continuada presença e reemergência de uma diversidade de outras práticas. Historicamente, a biomedicina se estabelece em uma relação muito próxima com o colonialismo, como argumentam Lock e Nguyen (2010), ao elaborar a teoria de uma biologia humana universal, definido causas microbiológicas para as doenças, muitas práticas médicas foram testadas nas colônias para posteriormente serem implementadas na Europa. Na medida em que algumas intervenções funcionavam em relação ao tratamento de determinadas doenças (desenvolvidas no contexto colonial), a biomedicina servia também como ferramenta ideológica para defesa do colonialismo. O que não se trata de um cenário do passado, ao descrever etnograficamente os procedimentos do “padrão-ouro” de produção de medicamentos, Castro (2018, p. 35) mostra o quanto “a produção de conhecimento está associada a processos de violência colonial racista, posteriormente purificados e excluídos das narrativas científico-biomédicas”.

No contexto da pandemia em Pauini, é importante afirmar que os saberes Apurinã (especialmente o trabalho do pajé e os chás) permitiram a cura e proteção do povo. E, nas conversas comigo<sup>210</sup>, sobre como se cuidaram em relação a doença, referências a recursos e entendimentos biomédicos não apareciam como contradições. Esses diálogos, e possíveis conflitos, parecem-me envolvidos nas complexidades cotidianas, nas decisões práticas para potencializar o cuidado<sup>211</sup>. Para o cuidado, os sujeitos acionam as referências (epistemológicas e ontológicas) e experiências que têm para agir – muitas vezes sem ter que classificá-las, naquele momento, entre sistemas de conhecimento. O que não significa que essa classificação não seja produzida, ou não seja importante – desdobrar históricos, agenciamentos envolvidos e dinâmicas de poder entre saberes e práticas de saúde também são parte constitutiva das possibilidades de diálogos, trocas, conflitos. Mas talvez não seja incoerente falar sobre a

---

<sup>210</sup> Em outros contextos, destacar os contrastes e dificuldades de tradução pode ser mais interessante.

<sup>211</sup> A noção de cuidado será discutida na seção seguinte, no entanto cabe destacar aqui que não se trata de uma atividade necessariamente “boa”, mas o compromisso de agir “da melhor forma possível”, diante da atenção a uma necessidade.

importância da valorização dos saberes Apurinã e usar remédio de farmácia quando precisa; compreender a atuação dos vírus em um organismo e tomar remédio caseiro<sup>212</sup>.

Senhora Apurinã: ...Aí foi quando eu disse: "Vão dormir lá fora, mas está todo mundo, em **primeiro lugar Deus e depois vamos buscar o conhecimento que nós temos. Vírus, é vírus**". **Começando que todo vírus não existe remédio. Isso que, eu além de já ter estudado, mas não tem remédio. Então vamos para os remédios caseiros.** Lençóis todos no sol, de três em três dias era lavado. Toalha, tudo. Eu digo, a gente vai se tratando e não deixar mais que repita. Eu acho que foi uma das coisas, Amanda, que Deus em primeiro lugar e esses conhecimentos tradicionais mesmo que a gente tem das plantas, medicinal. Outra coisa, sem o isolamento. Todo mundo junto.

### 3.3 Notas sobre cuidado numa perspectiva feminista

Na mesa “Práticas, ambientes e gestão do cuidado na pandemia”<sup>213</sup>, na V Reunião de Antropologia da Saúde (RAS), em novembro de 2023, assisti à apresentação de uma série de trabalhos que mostravam estratégias de cuidado e intervenções não medicamentosas em relação à covid-19, em diferentes contextos. Durante a discussão, os autores foram questionados pelo uso da categoria “cuidado”, a partir da sugestão de que o cuidado teria um histórico muito ligado ao contexto biomédico (e sua de distinção entre cuidar e curar), sendo associado a práticas individuais, muitas vezes ligadas a ideais compaixão, carinho, etc. Assim, sugeriu-se que o conceito de autoatenção seria mais interessante para abordar as práticas descritas, na medida em que se relacionava a conhecimentos coletivos, sociais, com uma dimensão estrutural, sendo o cuidado apenas uma esfera dentro da autoatenção. Ao ouvir essa discussão conceitual, pareceu-me importante escrever sobre os conceitos, descrevendo minha compreensão (e acesso

---

<sup>212</sup> McCallum (2014) argumenta que, a partir dos diálogos apresentados com pessoas Hunikuin que fizeram o curso de anatomia, era possível perceber como pessoas nascidas em regimes ontológicos amazônicos construía novos significados para si mesmos ao se envolver com regimes “do branco”, sem pisar fora dos limites da segurança ontológica. Para a autora, a fenomenologia indígena pressupõe uma flexibilidade epistemológica, que não vê o conhecimento como algo com escopo restrito, mas como corporificado progressivamente através da experiência. A autora sugere que outros trabalhos etnográficos na Amazônia demonstrariam flexibilidade semelhante entre indígenas que trabalham com tecnologia e profissionais da área biomédica. Talvez a necessidade de separação epistemológica radical entre sistemas de conhecimento seja mais interesse da autoconstrução da ciência/medicina ocidental e sua pretensão de verdade única, do que das cosmologias ameríndias e das práticas de cuidado.

<sup>213</sup> A mesa era coordenada por Ceres VÍctora e tinha como participantes Handerson Joseph, Patrice Schuch, Rosemeri Feijó, e Jean Segata, todos do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PPGAS/UFRGS. As pesquisadoras e os pesquisadores apresentaram pesquisas da Rede Covid-19 Humanidades MCTI. Os comentários em defesa do conceito de autoatenção foram feitos, principalmente, por Rosa Maria Osório (CIESAS/México) e Raquel Dias-Scopel (Fiocruz/MS). Site da Rede, disponível em: <<https://www.ufrgs.br/redecovid19humanidades/index.php/br/sobre-os-projetos-1>>, acesso em 17/02/2024.



a eles), para refletir sobre, em que medida, podem ser interessantes para pensar o contexto das minhas experiências e diálogos sobre as relações com a covid em Pauini.

Menéndez (2003) descreve diferentes modelos de atenção – definidos como atividades relacionadas a prevenir, dar tratamento, controlar, aliviar ou curar doenças – destacando o reconhecimento da existência dessa diversidade. Dentre esses modelos, a autoatenção é definida como:

Por autoatenção nos referimos neste trabalho às representações e práticas que a população utiliza ao nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginário, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, ainda que estes possam ser uma referência da atividade de autoatenção; de tal maneira que a autoatenção implica em decidir a auto prescrição e o uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma (Menéndez, 2003, p.198, tradução minha<sup>214</sup>).

Nesse sentido, propõe que a pesquisa deve partir do sujeito e dos grupos sociais (e não dos especialistas ou curadores) observando – ao longo do itinerário terapêutico – o que usam e fazem para tratar suas doenças. Os sujeitos e os microgrupos seriam agentes que articulam – sintetizam, mesclam, justapõem – partes de diferentes formas de atenção em práticas de autoatenção. O autor destaca ainda que o conceito de autoatenção difere da ideia de autocuidado do setor médico, a qual teria um caráter individualista, enquanto a autoatenção teria caráter grupal e social. Assim o autocuidado, bem como a automedicação, poderiam ser entendidos como partes do processo de autoatenção, que é mais amplo, inclusivo.

Menéndez (2003) sugere que a autoatenção seria um processo estrutural, ainda que em contínua modificação, configurando um processo necessário em toda cultura, através de ações de pequenos grupos que contribuem para o processo de reprodução biossocial. Assim destaca-se a existência de saberes a respeito dos processos de saúde, doença e atenção nos microgrupos (principalmente nos grupos domésticos), exercitado constantemente em diferentes adoecimentos, e a partir do qual se estabelecem relações com outras formas de atenção.

Langdon (2016) destaca o conceito de autoatenção dentre os conceitos analíticos interessantes para o contexto latino-americano, pensando nos diálogos da antropologia com as políticas de saúde. Nesse sentido, a autora defende que a perspectiva da saúde como construção

---

<sup>214</sup> Por autoatención nos referimos en este trabajo las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento em forma autónoma o relativamente autónoma. (Menéndez, 2003, p.198)

sociocultural (e não biológica) permitiria uma análise relevante para as políticas, analisando, entre outros aspectos, as dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos. A autora retoma o conceito de Menéndez, destacando como os atores sociais, inseridos em redes de trocas, constroem influências mútuas entre os modelos de atenção.

Como exemplo de uso do conceito, Scopel, Dias-Scopel e Wiik (2013), partindo de uma etnografia sobre as práticas de saúde do povo Munduruku, da TI Kwatá-Laranjal, trabalharam observando as práticas de autoatenção no cotidiano da aldeia<sup>215</sup>. Os autores e a autora argumentam que a autoatenção nos processos de saúde e doença, envolvendo uma intencionalidade específica, permitiria a articulação de diferentes formas de atenção, de forma que os indígenas articulavam práticas do xamanismo, cristianismo, espiritismo e biomedicina, de forma que se constituíam espaços de intermedicalidade. Conforme Langdon (2014) a intermedicalidade (outro conceito importante para o contexto latino-americano das políticas de saúde) se refere a contextos caracterizados pela convivência de sistemas médicos distintos, levando em conta as estratégias de poder envolvidas. Ambos os conceitos consideram a realidade social como constituída por negociações entre sujeitos (dotados de agência social) politicamente ativos. Nesse sentido, embora a biomedicina continue sua expansão, não suplantaria outras práticas de saúde populares e alternativas, pois as dinâmicas relacionadas aos processos de saúde e doença seriam caracterizadas por negociações entre diferentes práticas e formas de conhecimento (LANGDON, 2016, p.25).

Scopel, Dias-Scopel e Wiik (2013) sugerem que os princípios que regem os processos de autoatenção diferem dos da biomedicina, na medida em que a autoatenção implicaria na reflexão sobre a efetividade de suas práticas, trazendo consequências sobre a construção social das cosmologias. Nesse sentido, “as pessoas estão experimentando os resultados de sua intervenção em um ciclo contínuo de diagnóstico, tratamento e avaliação de suas ações terapêuticas” (p.187), e esse processo pode colocar o indivíduo em situações tanto de confirmar como de negar princípios cosmológicos.

Em sua tese, Dias-Scopel (2014) também trabalhou com o conceito de autoatenção ao abordar os saberes centrais nas formas de atenção à gestação, parto e pós-parto, bem como à saúde da mulher, entre os Munduruku. A autora destaca que esses saberes estavam diluídos

---

<sup>215</sup> O texto seria baseado no trabalho de campo realizado por Scopel e Dias-Scopel na TI entre 2007 e 2011. O artigo é apresentado como fruto de um amplo projeto de pesquisa e de formação de redes de pesquisadores do Instituto Brasil Plural, intitulado “Práticas de autoatenção, redes, itinerários e políticas públicas” coordenado por Esther Jean Langdon (SCOPEL, DIAS-SCOPEL; WIİK, 2013).

naquela sociedade e não se limitavam à atuação de especialistas. A autoatenção, como práticas manejadas intencionalmente em processos de saúde/doença/atenção no âmbito familiar, é destacada como um conjunto de atividades realizadas por sujeitos (coletivos e individuais) para a reprodução biossocial do grupo.

As diferentes práticas, descritas nas seções anteriores, que os Apurinã em Pauini utilizaram para lidar com a covid-19, poderiam ser lidas em termos de autoatenção, destacando os saberes (dos sujeitos, famílias, microgrupos) que permitiam, em ações intencionadas, articular repertórios de diferentes modelos de atenção. Ainda assim, optei por utilizar a noção de cuidado, com vistas a destacar as práticas, sem partir de uma distinção prévia entre construção sociocultural e biológica, e enfatizando meu diálogo com uma literatura feminista.

Em artigo mais recente, sobre “Pandemia e autoatenção”, Menendez (2021) destacou o quanto a pandemia evidenciou a hegemonia da biomedicina, considerando que, ainda que sujeitos e microgrupos tenham utilizado medicinas tradicionais ou alternativas, as “expectativas de solução” se colocavam em ações e concepções biomédicas. Segundo o autor, os processos de autoatenção<sup>216</sup> teriam sido decisivos para conter a pandemia, sendo indicados pelos serviços de saúde e pela OMS, embora tenham sido difundidos como estratégia de prevenção biomédica. No artigo, o autor destaca ainda o quanto as mulheres são encarregadas de diagnosticar, atender e prevenir as doenças em todo o grupo familiar, apresentando dados sobre a carga de trabalho doméstico e de cuidados concentrada nas mulheres.

O autor afirma que esse papel decisivo “da mulher” é ocultado e desvalorizado em relação ao “papel do homem”, “não apenas na denominada cultura ‘ocidental’ mas ao nível de todas as culturas que temos informação” (Menéndez, 2021, p. 16, tradução minha<sup>217</sup>). Para Menéndez (2021), atividades de autoatenção das mulheres seriam culturalmente normalizadas como comportamentos subalternos, consideradas banais tanto pelos homens como pelas próprias mulheres que as realizam. Essa subalternidade e desvalorização seria normalizada e legitimada, segundo o autor, pela “cultura”, ao converter em natural as relações dominantes. O autor sugere, então, que “as mulheres e movimentos femininos” deveriam questionar as culturas em que vivem. No entanto, “parte dos estudos de gênero e propostas feministas” colocariam o papel da mulher na autoatenção – ao ocupar grande parte de sua vida, reduzindo autonomia e potencialidades – como o núcleo de sua situação negativa:

---

<sup>216</sup> O autor considera como práticas de autoatenção: lavar bem e com frequência as mãos; não tocar o rosto; limpar os sapatos ao entrar em casa; não abraçar ou beijar, etc.

<sup>217</sup> “no solo de la denominada cultura ‘occidental’ sino a nivel de todas las culturas de las que tenemos información” (Menéndez, 2021, p. 16)

O que em grande medida é correto, mas conduziria a eliminar grande parte dos processos que dão às mulheres determinadas particularidades que possibilitam desenvolver formas de subjetividade que reduziriam ou eliminariam as violências assim como possibilitariam relações sociais mais compreensivas. Portanto, considero que deveríamos pensar a autoatenção como uma alternativa a partir da qual a mulher – conjuntamente com o homem – promova um desenvolvimento social coletivo intergênero que avance em direção ao autocuidado/autogestão (Menéndez, 2021, p.17, tradução minha<sup>218</sup>).

Para o autor, ao serem obrigadas a realizar atividades diversificadas em papéis como esposa/mãe no grupo familiar, às mulheres seriam conferidas características como flexibilidade, reflexividade, pragmatismo e capacidade de conciliação que os homens não teriam, por isso, “aconselha” o Feminismo e os Estudos de Gênero a refletirem sobre o que a sociedade perderia ao ter outro gênero “especializado” como o masculino<sup>219</sup>.

Para além do desconforto mais óbvio em ler um autor (homem cis) dizer o que o feminismo deveria pautar, a (falta de) leitura de “parte dos estudos de gênero e propostas do feminismo” para contrapor seu argumento reduz um extenso histórico de debates sobre a temática do cuidado e das relações de gênero. Embora entenda a distinção pretendida entre o conceito de autoatenção e o cuidado, nesse ponto sobre o lugar das mulheres (e as implicações sobre relações de gênero), há aproximações que podem ser vistas nas discussões, bem como nuances e distinções no desenvolvimento dos conceitos que acredito valer a pena explorar, justificando minha opção pelo cuidado.

Zirbel (2016) descreve como a Ética do Cuidado teria atingido o potencial de teoria política feminista, ao desenvolver um conjunto de discussões com o potencial de atingir vários pontos do sistema sexo/gênero – entendido como sistema responsável pela manutenção e renovação dos privilégios e poderes aos homens. A autora retoma o surgimento dos Estudos da

---

<sup>218</sup> “Lo que en gran medida es correcto pero que conduce a eliminar gran parte de los procesos que dan a las mujeres determinadas particularidades que posibilitan desarrollar formas de subjetividad que reducirían o eliminarían las violencias así como posibilitarían relaciones sociales más comprensivas. Por lo que, considero que a la autoatención deberíamos pensarla como una alternativa a partir de la cual la mujer –conjuntamente con el varón– impulse un desarrollo social colectivo e intergenérico que avance hacia la autoatención/autogestión” (Menéndez, 2021, p.17).

<sup>219</sup> Embora o texto seja recente, a ideia de papéis sociais complementares está presente também no artigo de 2003 (com referência a textos anteriores seus desde a década de 1990), no qual o autor argumenta que a existência e continuidade de diferentes práticas de autoatenção (a partir das diferentes demandas cotidianas de adoecimentos e diferentes objetivos em relação a saúde) leva as sociedades a desenvolver saberes específicos estabelecendo uma divisão do trabalho, especialmente no grupo familiar, de forma que a mulher (esposa/mãe) ficaria encarregada dos processos de saúde, doença e atenção do grupo. No artigo há também a afirmação de que isso ocorreria em todos os contextos culturais. No texto de 2003, o autor sugere “evitar equívocos”, dizendo que apenas descreve a situação, não defendendo sua perpetuação. Enquanto em 2021, no mesmo sentido, pede que se evitem “mal entendidos”, dizendo que não propunha que a mulher permanecesse nessas atividades, mas que se promovesse a participação “intergênero”.

Ética do Cuidado e dos Estudos Feministas, desde a década de 1970, em que, a partir da percepção de que o sujeito das teorias políticas da modernidade era masculino, iniciaram-se questionamentos em relação a definição desse sujeito e o modelo de desenvolvimento moral e humano estabelecido a partir dele, inaugurando uma nova área de pesquisa na ética.

A autora descreve a Ética do Cuidado a partir da apresentação do que seriam as duas primeiras gerações de pesquisadoras. A primeira geração das teóricas do cuidado – com pesquisadoras como Carol Gilligan, Nel Noddings, Sara Ruddick – teria feito um enfrentamento para defesa da pertinência da temática, até então considerado um assunto menor nos campos da psicologia e filosofia, em que o cuidado era visto como algo “natural”, automático e que não envolvia racionalidade. As autoras descreveram dispositivos e atitudes do cuidado, as emoções e virtudes envolvidas, chamando atenção para os limites de uma visão racionalista das questões morais.

Gilligan, por exemplo, vai questionar as teorias de desenvolvimento moral anteriores<sup>220</sup>, que defendiam um desenvolvimento moral universal a partir de estágios, quanto mais desenvolvido (da criança ao adulto) o indivíduo tenderia a refletir a partir de operações de justiça – com parâmetros como imparcialidade, universalidade, etc.. A partir de pesquisas atentas as preocupações e perspectivas de mulheres em relação a problemas morais, Gilligan defendeu a existência de duas éticas distintas. Em seus estudos, as mulheres demonstravam uma preocupação relacional com os problemas (com reconhecimento do outro e das circunstâncias) e uma tendência a solucioná-los no sentido de preservação das relações interpessoais, assim, a autora percebeu uma ética atenta às necessidades das pessoas envolvidas, que não estabelecia uma ação correta definitiva para todas as pessoas e tempos. Nesse sentido, argumentou no sentido da existência de “duas vozes”<sup>221</sup>, uma ética do cuidado e da responsabilidade, diferente da ética da justiça (ZIRBEL, 2016).

Embora Gilligan tenha argumentado que o contraste entre as vozes era para destacar dois modos de pensar os problemas, dois temas, não estando atrelados a um ou outro gênero, e a associação da “voz diferente” com as mulheres teria a ver com as observações empíricas de suas pesquisas – sem pretender estender para população geral ou outras culturas, Zirbel (2016)

---

<sup>220</sup> Como o modelo de Kohlberg, que estabelecia estágios do desenvolvimento moral, numa sequência que indicava (da criança ao adulto) o desenvolvimento de habilidade cognitivas e raciocínio moral superiores. O “avanço” nos níveis tinha a ver com a forma como o indivíduo lidava com dilemas morais, ao final do processo ele seria autônomo capaz de avaliar situações de forma imparcial seguindo princípios lógicos universais. Kohlberg inicialmente fazia pesquisas apenas com meninos, depois passou a incluir meninas, mas elas sempre tiravam notas baixas em seus testes. Gilligan fora assistente de pesquisa de Kohlberg e depois propôs suas próprias pesquisas com atenção a perspectiva das mulheres (ZIRBEL, 2016, p.39).

<sup>221</sup> Seu livro intitula-se *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* (1982).

vai demonstrar que na proposta da autora as duas vozes representariam dois modos distintos de pensar, dois conjuntos de experiências e suas visões do self. A explicação para as mulheres perceberem a realidade de forma diferente não era biológica, mas psicológica, relacionada aos processos de individuação (desde crianças de meninos e meninas)<sup>222</sup>. Assim, a proposta de Gilligan argumenta também no sentido da complementaridade das duas vozes morais.

O objetivo aqui não é descrever em detalhes o histórico de desenvolvimento da Ética do Cuidado<sup>223</sup>, mas chamar a atenção para a longa existência dos debates e seus desdobramentos para discussões atuais. Gilligan estava argumentando, na década de 1980, que as experiências de vida de mulheres afetavam os processos de individuação, de forma a desenvolver características necessárias e certa propensão para a ética do cuidado. Vimos certa semelhança com o que Menéndez (2021, 2003) argumentou sobre a relação das mulheres com a autoatenção, que permitiria o desenvolvimento de uma “subjetividade para não violência”, com características específicas (flexibilidade, reflexividade, pragmatismo, capacidade de conciliação) diferente dos homens. Se Gilligan justificava a origem dessas diferenças a partir da psicologia, destacando os processos de individuação, o antropólogo afirma a cultura como aquilo que normaliza o papel da mulher no cuidado, permitindo a aquisição das disposições específicas – embora afirme uma universalidade desse papel entre culturas “que se tem informação”.

Os limites desse tipo de argumento já foram problematizados ao longo da história dos feminismos e dos estudos de gênero. Como demonstrado por Zirbel (2016), o trabalho de Gilligan foi posteriormente criticado justamente por sua relação ambígua com as compreensões do sistema de gênero. Ao mesmo tempo em que chamava atenção ao androcentrismo nas teorias sobre o desenvolvimento moral, a explicação para a origem das duas perspectivas carregava o risco de dar mais elementos de sustentação para esse sistema, ao deslocar o determinismo biológico para o psicológico. A ideia de que o processo cultural e psicológico que formava a identidade de gênero, dava origem a certa psique e determinada forma de raciocínio moral, estabelecia um binarismo, uniformizando os processos de desenvolvimento moral e o

---

<sup>222</sup> Gilligan, por sua vez, apoia-se nos estudos de Nancy Chodorow (1978) para explicar o processo de individuação de mulheres e a outra forma de desenvolvimento moral. O trabalho de Chodorow foi bastante influente no que ficou conhecida como primeira onda do Feminismo, argumentando que os papéis sociais femininos gerariam uma estrutura psíquica diferente (mais próxima da natureza) – essa estrutura psíquica deixa de ser vista como inata, mas ocorrendo através da socialização. Assim a personalidade “da mulher” tenderia a personalização e particularização e “do homem” a objetividade e abstração. Um dos problemas dessas abordagens é que, embora as pesquisas fossem realizadas no contexto capitalista ocidental, com mulheres brancas, tendiam a universalizar a categoria Mulher e sua opressão.

<sup>223</sup> Para o leitor que tenha interesse, a tese de Zirbel (2016) traz esse histórico, com argumentos e análises das principais autoras.

reforçando estereótipos de gênero – a partir de dois sexos “naturais”, sendo o corpo colocado como passivo regido pela mente/psique. Esse binarismo não reflete as possibilidades de variações na diversidade de comportamentos (e posturas morais) que as pessoas têm. Além disso, a visão binária coloca o cuidado como oposto à autonomia e à justiça, conceitos essenciais da luta feminista por direitos e superação de relações opressivas<sup>224</sup>.

Zirbel (2016) aborda o trabalho de Joan Tronto como marco para essa segunda geração de teóricas do cuidado. Tronto teria se posicionado contrariamente a essa concentração do debate nas diferenças de gênero, desvinculando o cuidado da ideia de disposição psicológica e rejeitando enfaticamente sua associação com uma moralidade feminina. Nesse sentido, privilegia-se o problema político do contexto em que as atividades de cuidado são desenvolvidas, de forma que a invisibilidade e desvalorização do cuidado é associada ao processo histórico de criação de fronteiras entre moral e política, entre público e privado, além do ideal de um ponto de vista abstrato e imparcial nas teorias modernas.

Nessa perspectiva, a partir do trabalho de Tronto, percebe-se que em diferentes relações sociais encontraríamos pessoas que, pela posição social e recursos que possuem, demandam e garantem mais cuidados para si ao mesmo tempo em que minimizam a sensação de dependência, colocando o cuidado como sem importância, apenas instrumental (não vital), e inferiorizando seus agentes. Ou seja, pessoas privilegiadas, que possuem suas necessidades fundamentais satisfeitas por outros, e, na maioria das vezes, também não assumem responsabilidades no cuidado de outras pessoas. Esse desmerecimento do cuidado estaria atrelado a formas de racismo e sexismo, num ciclo de desvalorização de certos tipos trabalho e das pessoas que os exercem.

Assim, Zirbel (2016) argumenta que ao utilizar o cuidado como conceito crítico revelador de situações de privilégios e desigualdades, Tronto o aproximaria do tema da justiça, questionando a oposição entre cuidado e justiça, que manteria o primeiro em uma esfera apolítica, privada. Além de destacar a distribuição desigual das atividades de cuidado, outros conceitos centrais no trabalho de Tronto são a noção de vulnerabilidade e interdependência, como características humanas fundamentais, ninguém é completamente auto-suficiente. Nesse sentido, em uma leitura mais recente, Bellacasa (2023) destaca que a interdependência é

---

<sup>224</sup> Nesse sentido, talvez a luta não seja apenas para que homens assumam tarefas de cuidado/autoatenção e desenvolvam habilidades para tal, promovendo as práticas “intergenéricas” para um desenvolvimento social coletivo. Parece-me limitada a imaginação de indivíduos se alternando nessas práticas, aprendendo “disposições culturais” um do outro, mas mantendo-as como opostas. Nessa oposição, o cuidado permanece no doméstico, fácil, afetivo, separado da esfera política, mais valorizada. A luta/imaginação feminista incluiria também a desestabilização dessa separação de esferas e valores associados – como será apresentado a seguir a partir da perspectiva de Joan Tronto sobre o cuidado.

considerada como estado ontológico a partir do trabalho de Tronto. Esta autora, propõe ainda a ideia de um processo ativo do cuidado, partindo da identificação de uma necessidade através de um engajamento e disposição para ação<sup>225</sup>.

No que se refere à definição da categoria cuidado, Joan Tronto e Berenice Fischer, estabeleceram uma definição que já se tornou clássica nos estudos do cuidado:

No nível mais geral, sugerimos que cuidado seja visto como uma atividade específica que inclui tudo o que nós fazemos para manter, continuar, e reparar nosso “mundo” para que possamos viver nele tão bem quanto possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nossa subjetividade, nosso ambiente, tudo isso que buscamos entrelaçar em uma rede complexa de sustentação da vida (FISHER; TRONTO, 1990, p.40, tradução minha<sup>226</sup>)

Embora seja uma definição abrangente, como destacado por Zirbel (2016), coloca o cuidado como uma questão central para existência humana, não restrito a relações pessoais ou familiares, ou mesmo entre humanos. A tese de Zirbel (2016) foca nas duas primeiras gerações de autoras da Ética do Cuidado, concluindo a revisão histórica com os trabalhos de Joan Tronto. Para seguir a reflexão sobre o conceito de cuidado e as possibilidades analíticas a partir dele, trago abordagens mais contemporâneas que retomam as inspirações feminista apresentadas até aqui. Maria Puig de la Bellacasa (BELLACASA et al, 2023<sup>227</sup>) destaca a importância da definição (e do trabalho de Tronto), a qual sempre retornava ainda que como provocação para discutir os significados do cuidado:

Nesse espírito, sua definição genérica de cuidado enfatiza uma noção ampliada das agências tocadas pelo conceito: ele é “tudo o que fazemos para”. Entre esses atos, ela diferencia e mantém fortemente unidos os aspectos de “manutenção” do cuidado – o que tradicionalmente é chamado de “trabalho de cuidado” – e o senso de uma ética e política de cuidado, a busca de uma vida “boa”, expressa pela noção afetivamente carregada “tão boa quanto possível”. Tronto também articulou as dimensões que se unem para gerar um ato “integrado” de cuidado: as disposições afetivas e éticas envolvidas na atenção, preocupação e responsabilidade pelo bem-estar das outras, tais como “se importar com” e “cuidar de”, precisam ser sustentadas por práticas materiais – entendidas convencionalmente como a manutenção ou trabalho concreto envolvido na atualização do cuidado, como “dar cuidados” e “receber cuidados” (Bellacasa et al, 2023, p.111).

<sup>225</sup> O processo de cuidado teria quatro fases: *caring about, taking care of, caregiving, and care-receiving* (FISHER; TRONTO, 1990)

<sup>226</sup> “On the most general level, we suggest that caring be views as a species activity that includes everything we do to maintain, continue, and repair our “world” so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web” (FISHER; TRONTO, 1990, p.40).

<sup>227</sup> A Introdução do livro *Matters of speculative ethics in more than human worlds* (BELLACASA, 2017) foi publicada na revista *Anuário Antropológico*, por Ana Gretel Echazú, Cíntia Engel, Lurecia Grego e Helena Fietz (BELLACASA et al, 2023).



Assim, uma política de cuidado não envolveria posturas morais normativas, mas “agências afetivas, éticas e práticas com consequências concretas e materiais” (BELLACASA et al., 2023)<sup>228</sup>. As autoras argumentam que herdaram essa concepção do cuidado como atividade concreta de manutenção, com implicações afetivas e éticas, e como política vital em mundos interdependentes. Destacando que as três dimensões: ofício/trabalho, afeto/afeições, ética/política, seriam distribuídas de formas diferentes em cada situação relacional, nem sempre estando juntas ou sem tensões. As autoras sugerem que permaneçamos com as tensões não resolvidas, destacando o aprendizado com as abordagens feministas, para que o cuidado não seja uma noção abraçada inocentemente, de forma que se questione sempre os significados idealizados, a ideia recorrente de que ele se refere a uma instância ética, saudável, agradável, ou uma forma de trabalho amoroso por cuidadoras idealizadas (BELLACASA et al., 2023).

Bellacasa (2011) coloca em diálogo as abordagens feministas do cuidado com os estudos sociais da ciência, propondo o conceito de *matters of care*<sup>229</sup>. A autora reforça o entendimento feminista do cuidado como **um estado afetivo, um fazer material vital, e uma obrigação ético-política**, que permitiria: abordar os agregados sociotécnicos problematizando as relações negligenciadas de cuidado nessas “assembleias”, intervir na articulação de matérias (*matters*) existentes ética e politicamente, além de gerar cuidado. Nesse sentido, outro aspecto importante no trabalho da autora se refere ao argumento de que nossos métodos, tecnologias, formas de contar histórias, afetam as políticas atribuídas aos “objetos” e têm efeitos em suas existências material-semióticas. Como destacado por Fietz e Engel:

esta perspectiva teórica nos chama não apenas a “pensar com o cuidado”, mas também a “pensar com cuidado” (Bellacasa 2017), ou seja, requer uma constante reflexividade das pesquisadoras sobre suas próprias práticas enquanto alguém que “se importa”, sobre como “se importar” e sobre por que “nos importamos” com aquilo que estudamos (Fietz e Engel, 2023, p.104).

---

<sup>228</sup> Bellacasa et al (2023, p.113) destacam que, nessa perspectiva a ética não seria compreendida no sentido de obrigações morais normativas, mas como um “envolvimento denso, impuro” num mundo em que é necessário pensar como cuidar, um “processo encarnado e contínuo de recriação de relações ‘tão boas quanto possível’”.

<sup>229</sup> A autora retoma a proposta de Latour, de mudar o entendimento dos objetos científicos de *matters of fact* para *matter of concern*. Essa proposta seria interessante ao ir além da ideia construtivista de que esses objetos teriam interesses sociais e políticos adicionados, ao argumentar que interesses (bem como *concern*, *care* e outras agências) estão intrincados na contínua produção material do mundo. Nesse sentido se des-objetifica as matérias/questões de fato científicas introduzindo agências a partir da descrição dos modos de fazer e mecanismos de estabilização. Nesse sentido, exibir os “*concerns*” enredados nas coisas aumentaria a percepção afetiva dos mundos estudados, bem como as cartografias de interesses e engajamentos práticos. Embora *concern* e *care*, entendidos como estados afetivos, tenham semelhanças, *care* teria conotações afetivas e éticas mais fortes, além de que, ao tornar-se verbo, cuidado remeteria a ação, aproximando-se mais de uma fazer material (BELLACASA, 2011).

Embora essa seção tenha a proposta de apresentar e situar o conceito de cuidado, segue inspirações em abordagens teóricas que, como sugerido por Fietz e Engel (2023, p. 102), deixam de perguntar sobre o que ele é, para pensar sobre como é feito, quem (ou que multidão) faz, por que e quem “se importa”. Como sugerido por Mol, Moser e Pols (2010), descrever as práticas para lidar com o cuidado, ao invés de perguntar o que é, para contribuir com a vitalidade da lógica do cuidado. Nesse sentido, abordagens do cuidado em suas práticas (MOL, MOSER, POLS, 2010; POLS, 2023/2011; POLS, 2023/2010), ao invés de oferecer novas definições para o conceito, indicariam “metodologicamente seguir os atores e pensar suas conexões”, atentando para as ambivalências e ajustes nas práticas (FIETZ; ENGEL, 2023, p. 102).

Para pensar a lógica do cuidado no contexto da saúde, Mol (2008) parte de uma mudança na ética médica de um momento mais normativo, com médicos tidos como paternalistas, para um momento em que se passa a argumentar em favor da autonomia dos pacientes e seu poder de fazer escolhas, de maneira que as práticas de cuidado na saúde passaram a ser avaliadas conforme o grau de respeito em relação a essa autonomia. Combinada a esse contexto, outra forma de avaliar as práticas da área de saúde seriam os estudos clínicos. A autora critica os limites dessas duas formas de ver as práticas do cuidado, enquanto os estudos clínicos reduzem essas práticas a poucos parâmetros simples em esquemas de contabilização, a ética médica com a valorização da lógica da escolha faz com que as vantagens e desvantagens de um tratamento, ou o “bom” e o “mau” cuidado, tornem-se questões de interesses particulares, de forma que as decisões sobre os tratamentos, ou sobre quem pode decidir sobre, acabam tornando-se julgamentos de capacidades, aptidões, das pessoas para decisões.

Mol (2008, p. 7) propõe o foco nas práticas em que as pessoas estão envolvidas, ao invés de suas habilidades, de forma que ao invés de se perguntar sobre quem poderia fazer escolhas, entender as práticas em que emergem “situações de escolha”. O ideal da escolha carregaria consigo um modo específico de organizar a ação, de entender corpos e pessoas, de lidar com conhecimento e tecnologias, e a autora contrapõe essa lógica da escolha à lógica do cuidado. Trazendo essa perspectiva para o cenário da covid-19 que venho descrevendo, se emergiam situações de “escolha” sobre os tratamentos – considerando as condições de possibilidade e o histórico da relação entre os saberes – no cotidiano não se tratavam de decisões individuais determinando “o bom” tratamento para qualquer contexto ou pessoa, mas a articulação de diferentes referências e materiais para agir da melhor forma possível.

Mol, Moser e Pols (2010) argumentam que na ética do cuidado, raramente trabalha-se com princípios gerais, mas com a criação de soluções locais para problemas específicos. Diferente também da ética médica, a do cuidado não tentaria, a partir de fora, estabelecer o que

é “bom”, ou o que é bom de modo geral. O “bom” não é algo para estabelecer um julgamento, em termos gerais e de fora, mas algo para se fazer, na prática. E nas práticas de cuidado diferentes “bons” (não só diferentes valores, mas diferentes formas de ordenar a realidade) podem ser colocados juntos. Ao invés de julgamentos imparciais e decisões definitivas, as práticas de cuidado demandariam atenção e ajustes (*tinkering*) (Mol, Moser, Pols, 2010, p.13). O ethos do cuidado estaria em tentar novamente, tentar algo diferente, estar atento. Para as autoras, o “bom cuidado” apareceria (nas situações etnográficas apresentadas no livro) como um “ajuste (*tinkering*) persistente em um mundo cheio ambivalências complexas e tensões mutáveis”<sup>230</sup> (Mol, Moser, Pols, 2010, p.14, tradução minha).

Nesse sentido, ao utilizar o conceito de cuidado neste trabalho, não me refiro à noção que aparece no contexto da medicina e outras áreas da saúde como uma atividade diferente da “cura real” das doenças, uma atividade de atenção, afetividade, independente dos processos técnicos que de fato atuam no corpo e nas doenças. Nas abordagens descritas, as autoras questionam a separação entre cuidado e tecnologia, propondo que sejam analisados em conjunto (MOL, MOSER, POLS, 2010), de forma a descrever as práticas atentando para materialidade.

É exatamente essa ideia de separação entre um corpo físico, orgânico, material e aspectos culturais, psicológicos, éticos, políticos, que está em questão. Numa perspectiva feminista, essas dicotomias – que poderiam ser traduzidas em termos dos debates antropológicos sobre a distinção natureza x cultura – têm se mostrado há muito perigosas, na medida em que estabelecem uma das esferas no domínio do inalcançável, imutável. Nesse sentido, questiona-se a separação sexo e gênero, que coloca o primeiro no domínio pré-linguístico, “natural”, uma superfície sobre a qual a cultura agiria (BUTLER, 2001), entendendo o gênero como performatividade e não como identidades fixas enraizadas nos corpos (BUTLER (2001 [1993]; 2003 [1990])<sup>231</sup>. No mesmo sentido, o sexo não se refere a condição estática de um corpo, mas a um processo de materialização. Assim, autoras e autores vão descrever as práticas e as condições de possibilidade na constituição de corpos, nas formas como se fazem os sexos e as distinções entre eles, chamando atenção para engajamentos com a matéria, para fugir das visões que partem de uma separação ontológica e epistemológica entre natureza e

---

<sup>230</sup> “...persistent tinkering in a world full of complex ambivalence and shifting tensions” (Mol, Moser, Pols, 2010, p.14).

<sup>231</sup> Nessa perspectiva, o gênero é pensado como efeito de práticas discursivas que produzem aquilo que nomeiam, tendo a reiteração como procedimento fundamental na produção e sustentação das normas que o constituem, num esforço de fixação da diferença na natureza dos corpos, instituindo a aparente dicotomia, hegemonia e naturalização da heterossexualidade. O sexo é, então, entendido como uma materialização da norma, a qual produz a diferença sexual em favor do imperativo heterossexual e da manutenção do ideal de linearidade entre sexo-gênero-desejo. Nesse sentido, a necessidade central de repetição, de reiteração, na produção e manutenção das normas é também o que abre espaço para possibilidades de mudanças, de leituras subversivas.

cultura dada, ao mostrar a historicidade (recente) desses processos, bem como os agenciamentos, o trabalho de manutenção, de estabilizações provisórias (BUTLER 2001; LAQUEUR, 2001; HIRD, 2004; HIRD, 2009; KIRBY e WILSON, 2011)

Embora não tenha condições, neste trabalho, de adentrar em uma abordagem das relações de gênero Apurinã, trata-se aqui de enfatizar uma perspectiva teórico-política feminista que dialoga com estudos sociais da ciência e com perspectivismo ameríndio na desestabilização das dicotomias, mostrando os agenciamentos necessários para sua emergência (se/quando ocorre) e enfatizando as possibilidades de que as realidades podem ser feitas e concebidas de formas diferentes.

Dessa forma, utilizo cuidado no sentido de evitar a noção de saúde como construção sociocultural separada da biológica e a abordagem de representações e práticas para lidar com os processos que afetam a saúde como processos “estruturais” ou “necessários em toda cultura” (MENÉNDEZ, 2003), abordagem que pode gerar margem para imposições culturais de papéis ou disposições particulares a um gênero. Ao contrário, o objetivo é destacar a interdependência e a ênfase no caráter ético-político do cuidado, considerando as dimensões afetivas em jogo, bem como o trabalho envolvido no “fazer material vital” (BELLACASA et al, 2023). Focando, assim, na descrição das práticas, da atenção mobilizada em se importar e agir para manter e reparar formas de viver “tão bem quanto possível” (TRONTO, FISHER, 1990; BELLACASA et al, 2023).

Na entrevista com o AIS da aldeia Boa União, após me contar sobre o número alto de pessoas doentes, que não foram testadas, mas identificaram “na época”, perguntei como faziam:

Amanda: E aí, vocês faziam o que com o pessoal doente?

AIS: Com os pacientes? **A gente cuidava. Cuidava, dava o remédio caseiro, alguma medicação que a gente tinha. Fazendo o que a gente pôde.** Só que isolar, ninguém se isolou, não. Só que depois a gente tinha aqueles cuidados de pegar outra recaída. Evitamos, pelo menos idosos, a gente pediu que as crianças não se aproximassem. Pessoas que estão acostumadas a ficar com os idosos mais. Tivemos que separar eles, mas a comunidade, ficou todo mundo envolvido junto, mas parou mais de entrar pessoas de fora. (Entrevista, 14/10/2021, grifos meus)

O desenvolvimento das abordagens analíticas a partir do conceito de cuidado apresentadas acima deve ser situado no contexto em que as autoras se inserem. A necessidade de afirmação, na ética feminista, da interdependência como estado ontológico, responde ao contexto das sociedades industrializadas modernas, marcadas pelo individualismo, com um ideal de autonomia como valor. No entanto, a ênfase na interdependência não significa afirmar

a dependência como valor absoluto em todas as situações (Bellacasa et al, 2023, p.111)<sup>232</sup>. Essa ressalva é importante ao pensar a transposição dessas perspectivas teórico-políticas para o olhar para os contextos indígenas, que envolvem outras trajetórias históricas e processos de construção de regimes de valor<sup>233</sup>. Não se trata, portanto, de afirmar a interdependência como valor, mas o caráter de universalidade da interdependência defendido pelas autoras envolve desnaturalizar o ideal de autonomia, dando visibilidade ao caráter político de relações construídas a partir de outros princípios. Ou seja, teria mais a ver com uma forma de olhar que permitiria ver os trabalhos e as práticas negligenciadas nos cotidianos de manutenção da vida.

Ao dizer que “a gente cuidava”, obviamente, o AIS não está usando um conceito com o histórico que descrevi. Ainda assim, a coincidência do termo me pareceu interessante, por remeter a características que o conceito (genérico) de cuidado nos ajuda a olhar. O AIS fala em uma ação contínua combinando práticas materiais – remédios caseiros, medicamentos e estratégias de ficar junto e isolar – ao direcionar a atenção a uma necessidade, ao se importar e responder da melhor forma possível – fazendo o que a gente pode.

### **3.4 Tanto tipo de chá**

A palavra “chá”, grande parte das vezes, aparecia como sinônimo de remédio caseiro, de remédios Apurinã. Há também os banhos, lambedores, os preparos que envolvem “pisar” certas plantas – amassar extraindo o sumo, mesmo sem levar ao fogo. Mas mesmos esses últimos ouvi sendo chamados de chá. As pessoas sabem as diferenças, os detalhes dos modos de preparo a depender do tipo de ingrediente, no entanto, a categoria chá parece servir no cotidiano para referência aos principais remédios. Em alguns momentos da pesquisa, via-me às voltas com os conceitos, como escrevi um dia no Diário:

Parece que chá é meio sinônimo dos remédios Apurinã... será que são mesmo “remédios” – o que diferencia esses objetos? Não se toma com horário, nem com quantidade muito determinada. Mas, às vezes, sim. Toma-se doente, mas também para evitar. Tem misturas que não são muito precisas. Mas sabe-se o que pode misturar, o que pode servir. Tem alguns que só as “especialistas” fazem

---

<sup>232</sup> Bellacasa et al. (2023, p.111) menciona os estudos sobre deficiência, por exemplo, que criticam a ideia de dependência nas lutas pela vida independente. Nesse sentido, as autoras argumentam que, na afirmação da dependência como estado ontológico na ética do cuidado, dependência e independência podem não ser antitéticas.

<sup>233</sup> Não é dizer que a interdependência seja valor para os povos indígenas, ou para o povo Apurinã, e tampouco sugerir que esses povos precisem dessa reafirmação política do cuidado. Quaisquer afirmações nesse sentido, demandariam estudos etnográficos e históricos específicos. De todo modo, a desnaturalização do ideal da autonomia nos ajuda a reafirmar as possibilidades de que regimes de valores e princípios éticos podem ser construídos de formas diferentes.

e recomendam como usar. Mas muitos, todo mundo faz e toma quando acha que deve, antes de estar doente também... (Diário de campo, 27/01/2021)

Uma das principais atividades da Funai, durante a pandemia, como já mencionado, era a entrega de cestas de alimentos nas aldeias, o que me manteve, por longos períodos, transitando na calha do Purus (na extensão de jurisdição da CTL), entre as aldeias e bocas de igarapés. Normalmente a equipe do barco girava em torno de dez pessoas, dois servidores da CTL, dois barqueiros, a cozinheira, às vezes, um agente de endemias (para higienizar as cestas), e quatro ou cinco indígenas indicados pela OPIAJ para apoio à atividade. Em todas as entregas de cestas que participei, eu era a única não Apurinã da equipe. Durante alguns momentos nessas viagens, eu não estive bem e precisei de cuidados específicos. A seguir trago alguns trechos do meu Diário de campo em que registrei esses momentos, mas é importante fazer uma ressalva em relação a essas citações. Nos trechos citados omiti os nomes substituindo-os por colchetes com cargos ou funções (quando era possível identificar dessa forma) ou por relações na aldeia (“Senhora”, “Moradora”, “Esposa de”), para manter um padrão de anonimização que venho seguindo. Cabe destacar que as pessoas não estavam agindo (apenas) a partir de seus cargos, no Diário são identificadas pelos nomes – cada nome me remete a relações específicas e à proximidade que tinha com as pessoas.

Estamos no final da perna de Cima [viagem para atender as aldeias do Purus de Cima], fiquei muito gripada, nariz escorrendo, respiração pela boca, tosse e parei de sentir cheiros. A partir daí, na [aldeia] Boa União, Chefe subiu, trouxe [plantas G, H, I] e fez um chá pra mim. O [Coordenador da OPIAJ] disse que aquele chá não estava muito bom, estava ralo, era preciso cozinhar mais, fazer um lambedor ou amassar a [planta G]. O [Coordenador Regional da FOCIMP] subiu e pediu para a professora fazer um remédio para mim, que ela fez com as mesmas plantas mais [planta B].

No dia seguinte, ainda estava tossindo e [Coordenador da OPIAJ] cortou uma cebola, colocou açúcar, para que eu tomasse a água que ia escorrer após um tempo. Subiu na aldeia e voltou com mais “mato”, as mesmas plantas de ontem, mais [planta B e J]. O agente de saúde da aldeia desceu com ele até o barco, trouxe óleo de [planta D], casca de [planta K], casca de [planta C], ivermectina, cloridrato de ambroxol, ibuprofeno, paracetamol e guaco. Falei que não precisava de tudo aquilo, principalmente esses de farmácia, que a gente tinha no kit do barco<sup>234</sup> - mas fiquei com algumas cartelas, sem graça de devolver tudo. Perguntou o que eu estava sentindo, expliquei que o nariz congestionado e um pouco de dor no peito, da tosse, além de não sentir cheiros. O AIS me perguntou mais detalhes, sobre as dores no corpo, e falou para eu tomar a ivermectina, “que

<sup>234</sup> Em viagens grandes costumávamos levar um kit de medicamentos básicos, disponibilizados pelo Polo, caso surgisse a necessidade de uso durante a atividade (às vezes pela equipe, as vezes por algum morador das aldeias que estivesse precisando. A seleção do que seria levado normalmente era feita por uma enfermeira ou uma técnica em enfermagem do Polo, que via o que tinham disponível e previa possíveis necessidades da equipe. Nesta viagem especificamente, anotei no Diário, a lista do que levávamos: amoxicilina; dipirona; ibuprofeno; xarope de guaco; e sulfametoxazol.

o pessoal estava usando”. Dois comprimidos naquele dia e dois no seguinte. Não queria muito tomar, por causa das várias *fake news* que já saíram sobre o medicamento. Mas quem indicava era um profissional de confiança, peguei os comprimidos. [Coordenador da OPIAJ] falou baixinho comigo, toma um só. O agente de endemias que estava perto e ouviu disse que podia tomar dois, não era um remédio forte. Tomei um e joguei o outro n’água disfarçadamente. (Diário de campo, 12/07/2020)

Nessa criação de soluções locais, para os problemas e pessoas específicas, ao se importar com a minha condição, meus amigos mobilizaram diferentes formas de agir, ajustando as respostas a partir do que se tinha. No local específico (no barco no porto de daquela aldeia), avaliaram quais plantas e remédios podiam ser acessados, com que condições para fazê-los e quem poderia se envolver. Não havia uma resposta ou tratamento bom pronto, estabelecido para qualquer pessoa, em qualquer lugar. O primeiro chá precisou ser “corrigido”, e foi preciso acionar a Professora que era mais especialista no fazer. Mas talvez não bastasse, outras substâncias podiam ser acionadas e combinadas – inclusive ivermectina<sup>235</sup>. Para, então, ir percebendo os efeitos e ajustando as próximas formas de agir.

No dia seguinte, no diário de campo, segui detalhando o que tinha recebido de remédios no dia anterior – e não tinha tido tempo de contar. Eram muitos remédios e eu estava me sentindo melhor.

[O Coordenador da OPIAJ] amassou [planta G], com mais coisas que não sei, tomei uma colher de manhã e à noite. Tomei o chá que [a Professora] tinha feito, também de manhã e à noite. [O Barqueiro] colocou [planta K] na água, tomei ontem à noite e de manhã. Chegando no [na aldeia] Maripuíá, [o Coordenador da OPIAJ] subiu para buscar mais coisas. Trouxe folhas como as de ontem, mais algumas, uma que não lembro o nome, que chefe pegou muda... e o [planta L]. Deste o chá, à tarde, acho que fez muito bem. Estava lacrimejando, parecia febre interna, [o Coordenador da OPIAJ] percebeu. O chá da [planta L] foi para isso e funcionou bem. Meu corpo esquentou mais, cheguei a medir se não estava com febre, o termômetro não indicou. Mas depois fiquei me sentindo bem melhor. Dei uma caminhada na praia, por recomendação do [Coordenador Regional da FOCIMP], e a noite estava me sentindo bem. O nariz tinha parado de escorrer tanto, voltei a respirar pelo nariz. Veio também um lambedor do Maripuíá, perguntei o que era e [o Coordenador Regional da FOCIMP] disse me zuando que tinha de tudo: presa de porquinho; chifre de veado... (Diário de campo, 13/07/2020)

Em seguida, no caderno, tentei listar tudo que eu tinha tomado naqueles dias, mas não conhecia todas as plantas e menos ainda as formas de preparo – a lista ficou bem imprecisa. Os

---

<sup>235</sup> Como sugerido por Mol, Moser e Pols (2010) nas práticas de cuidado diferentes “bons”, diferentes formas de ordenar a realidade, podem ser colocados juntos.

dois Barqueiros também estavam começando uma gripe – apresentaram menos sintomas, mas também receberam menos atenção que eu – e iam tomando os mesmos remédios. Ao mesmo tempo, o Chefe de CTL, o Coordenador Regional da FOCIMP e a Cozinheira, além de ajudar nos preparos e acondicionamento, também tomavam os chás que chegavam ao barco.

Se voltarmos na seção 3.1, citei uma fala do AIS da aldeia Boa União, em que, após dizer que o pajé tinha informado que rebateram a doença, explicou:

... Só que os cuidados, foi isso a gente está usando nosso remédio tradicional mesmo, mesmo sem saber se ela ia servir ou não, mas de qualquer forma. Você viu. O chá caseiro, tanto tipo de chá que a gente nem se lembra mais qual foi muito bom. (Entrevista, 14/10/2021)

Talvez a lembrança de qual “o chá” não venha de imediato, mas apostaria que se continuássemos a conversa nesse sentido, chegaríamos a algumas receitas. Minha impressão era de que os momentos das histórias, rodas de *katsupari*, visitas entre pessoas de aldeias diferentes, permitiam trocas nas quais os aprendizados iam se consolidando. Se não havia uma única fórmula a ser utilizada para tratar a covid-19<sup>236</sup>, havia todo um repertório acumulado do que poderia “servir”, articulando as plantas que se tinha em mãos, as possibilidades de combinações, no momento específico. Talvez aquele meu esforço de tentar fazer uma lista nunca teria muito sucesso, diante de todas as formas de combinações e preparos, que vão sendo testadas, avaliadas, readaptadas, a cada situação<sup>237</sup>.

Se tinha um assunto que mobilizava era a avaliação dos remédios já utilizados e a “troca de receitas”. O assunto costumava levar a uma história com o exemplo de um chá utilizado que foi bom, a descrição de onde ou com quem conseguir – com mais ou menos dificuldade – as plantas, o modo de fazer (amassar, tirar o sumo, cozinhar, deixar de molho...) e, muitas vezes, quando não era a própria pessoa, a identificação daquela que preparou. Quem escutava a história normalmente reagia no sentido de “vou tentar fazer/encontrar/pedir fulano...”, experimentar aquela nova receita. Essas conversas me pareciam muito importantes para os processos de cuidado. Mesmo quem não estava necessariamente precisando naquele momento, parecia atento a possibilidade de experimentar, testar futuramente. Diferente da postura da equipe de

<sup>236</sup> Em todas as entrevistas, foi mencionada a cura/cuidado através dos chás, vários chás. Nenhuma identificou um específico, mas muitos exemplos foram mencionados. No entanto, houve situações em que ouvi referências específicas, “aqui a gente se curou com o chá de...”. Em uma aldeia, uma liderança chegou a me mostrar (e me dar um pouco) da planta específica que curava.

<sup>237</sup> Essa impossibilidade – especialmente para mim, que não tenho experiência – de uma lista precisa de plantas e chás não se confunde com um esforço político importante de criar registros Apurinã com referências dessas substâncias e procedimentos, sobre o qual movimento indígena manifestou interesse em alguns momentos. Na aldeia Cachoeira, por exemplo, os agentes ambientais indígenas e lideranças estavam fazendo uma pesquisa e construindo um material exemplar de registro dos remédios, no período que estava em Pauini-AM – infelizmente não tive oportunidade de ver o resultado do trabalho.



saúde, que descrevi na seção 3.1, de que podia “continuar tomando o chazinho de vocês”, sem descrever qual era, acredito que dificilmente uma conversa entre Apurinãs, em que haja a menção ao uso de um chá, termine rapidamente – sem uma história que diga minimamente quem usou, quem fez, como fez, como conseguiu, como foi bom...

Para mim, um momento de aprender um pouco sobre os chás também era precisar deles. Em outra viagem de entrega de cestas, na perna de Baixo do Purus, fiquei mal, com infecção de urina.

Chegamos para dormir no Kakory. Desde o dia anterior eu estava com dores “nos rins”, que passava para frente, no abdômen, e dor de cabeça... Mais uma infecção de urina – terceira deste ano, quarenta dias após a última. Não consegui subir para a masca a noite, muitas dores e calafrios. Era capacitação dos AIS de Baixo<sup>238</sup>, a masca ia ser grande. [O Professor da aldeia] desceu para confirmar que eu não estava bem – a notícia já tinha subido – e me ofereceu ibuprofeno. Falei que já tinha tomado dipirona e ele argumentou que ibuprofeno era melhor. Recomendou que eu descansasse, contou de uma vez que teve infecção, e prometeu guardar uma masca pra mim.

Conversando com a equipe do barco, [Membro da equipe] disse que era bom [planta M] com [planta N], e que na aldeia devia ter. No outro dia cedo, subi com [Barqueiro] para ir atrás. Primeiro na dona [Moradora da aldeia], “não tinha, se tiver é na [Senhora moradora da aldeia]”. Também não tinha, “na [Morada da aldeia] deve ter”. Fui e voltei com [o Barqueiro], com um e outro que parávamos comentávamos o que estávamos procurando... Outras receitas foram surgindo. Alguém comentou que levaram [planta M] “lá na frente” no curso. [A Conselheira Local de Saúde da aldeia Karuá] e [o Professor da Kakory] se juntaram a nossa procura de plantas na aldeia. Ela me deu um pouco de [planta O], que encontrou, era bom o chá – mas era pouco. Tiramos [planta P]. Depois, na [casa da AIS], ela disse que não tinha [planta M], que quando teve infecção tomou chá da raiz de [planta Q] com [planta R], que dava um mijadeiro, urinava sem conseguir controlar, mas depois melhorava. [O Professor] questionou se eu queria assim mesmo. Eu comentei que talvez não precisasse, porque já tinha muita coisa. [Planta P, planta S, planta G]... Mas [o Barqueiro] tirou mesmo assim – boa parte dos chás ele ia tomar também.

[A Cozinheira] fez um chá para mim com algumas das folhas e explicou para eu tirar o sumo das outras, podia ser batendo no liquidificador. Fiz quando cheguei em casa, e segui tomando os dois remédios. (Diário de campo, 23/11/2022)

Compartilhar as experiências com os remédios, permitia ajustes para cuidar, direcionando o que tinha na aldeia, naquele momento, à demanda específica de pessoas específicas.

Paramos no porto do Santo Antônio e, na boca da noite, subi com [a Cozinheira] e [o Barqueiro]. Sentamo-nos na cozinha com [o Cacique] e Dona [Esposa do

---

<sup>238</sup> Nesse período já não estavam ocorrendo mais tantos casos de covid e as atividades e eventos coletivos já estavam sendo realizadas. A capacitação mencionada era um curso para os agentes indígenas de saúde (AIS) promovido pelo DSEI, dividindo os agentes em duas turmas – Purus de Baixo e Purus de Cima. A entrega de cestas da Funai foi a última realizada, com bastante “atraso”, conforme mencionado no Capítulo 1.

Cacique]. Era para ser uma visita rápida, eu ainda não tinha subido ainda e [a Cozinheira] queria pedir cebola para janta. Mas o assunto foi rendendo, principalmente a partir da hora que chegou nos remédios. Já tinha tido conversas sobre isso lá, e lembrava da história que contaram. Que a nora deles ficou ruim depois do parto, sangrava muito, estava já branca, mole, quase sem sangue, acharam que ela ia morrer. Dona [Esposa do Cacique] veio em casa e contou para o marido. Ele não falou nada, pegou o terçado e foi para o mato. Voltou, limpou e cortou os pedaços de [planta T] bem direitinho, com [planta U]... Descreveu os detalhes de como fez. Fez o remédio bem forte e mandou dar para a nora, meio copo. Ela já não conseguia comer ou tomar água, deram o remédio aos poucos... Parou o sangramento no mesmo dia, no outro já começou a melhorar. Falaram sobre o quanto a [planta T] era boa para muitas coisas, e **amarga**. [Planta U] era bom para... Ensinaram remédios para gastrite para o [Barqueiro].

[O Cacique] falou que estava testando remédio para vista, que pingava [planta XX] no olho, a vista dele tinha melhorado, limpava, parava a carne crescida. Contou das coisas que pensou em testar, [planta D] todo mundo concordou que não ia dar certo, ia arder muito... **Só eu que não sabia o que comentar** diante das ideias de testes. Falou que estava com sentimento de pingar [planta YX] no olho, que ainda ia testar.

Já para o final da conversa, o assunto caminhou para infecção. Dona [Esposa do Cacique] me mostrou a panela do chá que tinha feito de manhã, porque acordou com dor nos rins e dor de cabeça. Ela sofria muito com isso. Falaram que era bom [planta V], eu podia pegar na manhã seguinte, lá tinha muita. Ensinou-me a fazer o chá dela, com brotos de [planta Z] e [planta M]. Me deu uma “cabeça” de brotos para eu levar. Contou sobre outras vezes que teve infecção e outros remédios que também foram bons.

Descemos conversando sobre remédios, [a Cozinheira] me contou sobre uma garrafada que fazia frequentemente, que não deixava que ela tivesse qualquer inflamação, ou corrimentos, que muitas mulheres tinham. Nem na gravidez ela teve infecção, o médico tinha ficado admirado. Comentou as receitas que tínhamos aprendido e concluindo a conversa, chegando no barco, ela lembrou **“tem remédio que é bom para uns e não é para outros, para cada um é de um jeito”**. (Diário de campo, 23/11/2022)

Nessas conversas na aldeia Santo Antônio, lembro de ficar bastante impressionada com as possibilidades de testes mencionadas. O Cacique falava com propriedade, tinha mais experiência (talvez mais próximo do que seria um especialista), mas diante das histórias que ele contou (não registrei todas) e as possibilidades de plantas que ele trazia para “os testes”, todas as pessoas presentes (exceto eu) tinham comentários (avaliações, sugestões ou perguntas) a fazer. E essas trocas aconteciam de forma leve, não havia um caráter de excepcionalidade na conversa, ou mesmo nas histórias que descreviam práticas cotidianas – a exceção do caso da nora do casal em que pesava a gravidade da situação.

A fala da Cozinheira em nossa conversa a caminho do barco também me pareceu muito significativa nesse universo dos chás, em que se pode assumir que as substâncias vão agir de

formas diferentes para corpos/pessoas diferentes. Essa característica, junto ao fato de poderem ser testados, experimentados e adaptados às situações específicas (e cotidianas), faziam-me ver os chás como tecnologias muito implicadas nas práticas de cuidado. Fiquei muito tempo pensando se seria possível fazer chá sem esse entrelaçamento com cuidado, acho que viraria outra coisa.

Na reunião, descrita na Introdução, em que apresentei a proposta de pesquisa para o Chefe de CTL e o Coordenador da OPIAJ, ambos falaram sobre as formas como as comunidades vinham enfrentando a pandemia, além de avaliar a proposta e sugerir alguns aspectos que a pesquisa “tinha que ter”. Nessa conversa, o Coordenador da OPIAJ contou sobre uma pesquisa que a OPIAJ tinha feito sobre a “saúde da língua Apurinã” nas aldeias, a partir de um questionário que, dentre as perguntas tinha questões sobre os medicamentos tradicionais. Segundo o Coordenador muitas pessoas responderam que “sabiam, mas não praticavam”. Mas no contexto da pandemia,

“Nesse momento tão importante, eles **foram lá na caixinha e buscaram aquele conhecimento** e falaram: ‘olha, isso aqui é bom’ e foram usar isso. Há relatos reais de que pele, pena, folha, tudo isso serviu, teve um resultado. **A gente só não pode comprovar fora da nossa aldeia. A gente não pode fazer: ‘isso aqui eu fiquei bom, nós ficamos bons com isso’. Foi um conjunto de vários remédios, de vários medicamentos tradicionais.**” (Diário de campo, 07/07/2020)

São “tantos tipos de chá” que podem ser feitos, mas as combinações não são aleatórias, são buscadas “lá na caixinha”. Talvez não precise estabelecer “esse é o bom”, na medida em que na atenção aos contextos específicos pode-se agir de formas diferentes – a partir de cada aldeia, roçados e relação com a mata do território, histórico do lugar e das parentelas, época do ano, pessoas podem fazer e necessidades específicas da pessoa que vai tomar. Nesse sentido, a eficácia e efetividade (o resultado real) não precisam ser comprovadas “fora da aldeia”.

Ao mesmo tempo, o movimento indígena tem preocupações nesses diálogos “para dentro” e “para fora”. Por isso na seção seguinte tento pensar sobre as diferentes categorias de substâncias terapêuticas “fora da aldeia”, pensando sobre as implicações das diferenças em termos de políticas públicas. E na última seção, retomo outras propriedades dos chás que ia aprendendo no contexto de enfrentamento à covid-19.

#### 3.4.1 Remédios, fitoterápicos, plantas medicinais

Tenho utilizado ao longo da tese, a distinção recorrente entre os termos medicamentos e remédios<sup>239</sup>, assumindo que estes são quaisquer substâncias utilizadas com o fim de tratar, curar, amenizar, prevenir doenças, sintomas, mal-estares, enquanto os medicamentos seriam um tipo específico de remédio fabricado industrialmente, envolvendo uma série de mecanismos de regulamentação. Considerando a centralidade dos medicamentos na “medicina moderna” (PIGNARRE, 1999), eles carregam os pressupostos de uma biologia humana universal, que possibilitam propostas de intervenções padronizadas (LOCK e NGUYEN, 2010), num esforço de obliterar qualquer possibilidade de “para cada um é de um jeito”.

Sjaak Van der Geest (2018, p. 4) ressalta o papel dos medicamentos na “globalização da saúde”, na medida em que, como elementos centrais na biomedicina, são objetos “facilmente transportáveis” – poderíamos discutir essa facilidade, mas destaca-se o elemento de (pretensão) da transportabilidade – ou são “comodities atrativas que carregam muitas expectativas e promessas”<sup>240</sup>. A ideia de que os corpos que se pretende tratar, em diferentes contextos, são materialmente diferentes daqueles para os quais as tecnologias foram desenvolvidas não pode ser assumida, nem mesmo o fato de que “a saúde” é afetada por condições sociais, políticas e econômicas (LOCK e NGUYEN, 2010, p. 175).

Os medicamentos são elementos centrais na medicina baseada em evidências e sua “métrica experimental”, uma “plataforma para compra e venda de verdade e confiabilidade, abstraindo o fornecimento do cuidado clínico das relações sociais das quais ele depende”<sup>241</sup>(ADAMS, 2013, p. 55). Nesse contexto, as possibilidades de “testar” uma substância, procedimento, tratamento, precisa estar envolvida nas redes da “estrutura contemporânea de experimentação farmacêutica hegemônica”, em que os ECR (ensaios clínicos randomizados internacionais duplo-cego controlados) são feitos padrão ouro

---

<sup>239</sup> Essa distinção aparece na literatura antropológica, especificando medicamentos como produtos farmacêuticos industriais, com designações técnicas e legais específicas (CASTRO, 2012; DESCLAUX, 2006). E parece também recorrente em meios médicos e farmacêuticos, conforme sites abaixo. No cotidiano em Pauini também parecia fazer sentido, na medida em que o Polo trabalhava com “medicamentos”, enquanto “remédios” podiam fazer referência aos “de farmácia” e aos “caseiros”. No entanto, lembro de ouvir uma exceção em contextos do movimento indígena ao falar sobre a valorização dos “medicamentos Apurinã”.

FIOCRUZ. Remédios e medicamentos. Mooc. Campus Virtual. Disponível em: <[https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/medicamentos-da-biodiversidade/remdios\\_e\\_medicamentos.html](https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/medicamentos-da-biodiversidade/remdios_e_medicamentos.html)>. Acesso em 17 de fev. 2024.

<sup>240</sup>“Pharmaceuticals play a key role in the globalization of health and health care. As they are considered core elements of health, they are in constant demand. As objects, moreover, they are easily transportable. In the global exchange of ideas and materials, pharmaceuticals constitute both: they are attractive commodities that carry a load of expectations and promises.” (Van der Geest, 2018, p.4)

<sup>241</sup> “Notably, EBM has created a platform for the buying and selling of truth and reliability, abstracting clinical care giving from the social relationships on which they depend.” (ADAMS, 2013, p.55)

(CASTRO, 2018, 115). Esses estudos, idealmente, estabeleceriam garantias de segurança e eficácia exigidos pelos mecanismos regulatórios estatais<sup>242</sup>.

Poderíamos estender os destaques dessas diferenças entre os medicamentos e o que me foi mostrado/contado sobre os chás em Pauini. Ao mesmo tempo, durante a escrita, fiquei ponderando em que medida valeria a pena investir nessa comparação. Primeiro porque, ao abordar os próprios medicamentos, muitas autoras (da antropologia dos medicamentos e estudos sociais da ciência) têm argumentado no sentido de olhar para os agenciamentos que os constituem, ao invés de partir de uma estabilidade pressuposta. De forma a não tomar o medicamento como dado a priori, mas buscar as associações implicadas nele e através dele (CASTRO, 2012a). Como proposto por Anita Hardon e Emília Sanabria (2017) não há objeto farmacêutico puro que preceda sua socialização, de forma que os medicamentos não são descobertos, mas feitos e refeitos em relação a contextos mutáveis<sup>243</sup>.

Um segundo motivo pelo qual a comparação entre chás e medicamentos me inquietava se relaciona a uma sensação de incomensurabilidade dos pressupostos, modos de fazer, propósitos na relação com os corpos e doenças. Ainda assim, precisamos considerar o status hegemônico da medicina e suas formas de intervenção, sua articulação e agência constitutiva em relação ao poder do estado (MCCALLUM; ROHDEN, 2015), seu estabelecimento a partir de relações coloniais (LOCK; NGUYEN, 2010) e sua institucionalização no Brasil colocando como antagonistas (e perseguindo) práticas de cura negras e indígenas (NASCIMENTO, 2022). Nesse sentido, se a comparação tem limites – num olhar mais atento aos agenciamentos que constituem cada termo – parece importante falar dela, principalmente nos esforços políticos de práticas alternativas em construir seus espaços diante da hegemonia biomédica. De forma que descrever e refletir sobre essas diferenças pode ser uma forma de diálogo com as propostas dos

---

<sup>242</sup> Como discutido no Capítulo anterior, a rede de regulamentação envolve atores e práticas, nos contextos políticos específicos, que reposicionam “evidências” científicas e atuam na sua coprodução. Ver a regulamentação de medicamentos, envolvendo redes de atores heterogêneos, ver também Castro (2012b); Castro e Almeida (2017).

<sup>243</sup> Akrich (1995; 1996) argumenta no sentido de que a ação terapêutica dos medicamentos teria menos a ver com uma reação bioquímica, mas seria constituída num caminho de transformações em diferentes lugares, em que se engajam uma série de atores. Em sentido semelhante, Castro (2018, p.110) destaca que o efeito terapêutico está menos relacionado a características inerentes do que aos múltiplos engajamentos que conformam um resultado particular que pode ou não chegar a forma esperada. A autora chama atenção para o ECR como parte constitutiva na emergência dos medicamentos (com estatuto) a partir da participação substâncias farmacêuticas nas relações que conformam esse formato de pesquisa, nesse sentido se propõem a olhar para os caminhos pelos quais o ECR passou a ser considerado padrão ouro, considerando-o como um dispositivo “mobilizador e articulador de pessoas, objetos, instituições, regras, valores, posturas e afetos, sendo, portanto, um método cujo caráter é o de um aparato produtor de objetividade por meio da intervenção nessa mesma realidade” (CASTRO, 2018, p.108). Ações farmacêuticas continuam a ser atualizadas, modificadas em contextos de cuidado e, embora ações e documentos dos governos e agências regulatórias que visem estabilizar essas ações, as relações com os “pacientes” podem levar a lugares de inovações (HARDON, SANABRIA, 2017), e a disputas sobre autoridade e a construção contextual da eficácia (CASTRO, ALMEIDA, 2017).

movimentos indígenas que criticam os “excessos” e reivindicam espaço para suas medicinas nas políticas de saúde voltadas aos povos indígena.

Dentre as propostas da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023), por exemplo, há propostas que sugerem que o Ministério da Saúde deveria implantar, estruturar e manter laboratórios para manipulação de remédios tradicionais e fitoterápicos; capacitar trabalhadores da Saúde Indígena para utilização das plantas medicinais e fitoterápicos; fortalecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para catalogação e registro de conhecimentos tradicionais em saúde; entre outras propostas que enfatizam “fortalecer o saber tradicional” e garantir “o devido crédito para as comunidades”. Nesses contextos, o conceito de “fitoterápicos” parece sempre circular por perto.

No trabalho em Pauini, uma das primeiras vezes que acompanhei discussões nesse sentido foi em uma Oficina (em abril de 2019, na cidade de Tapauá) para lideranças indígenas, com foco no Programa Rotas da Integração do Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR), que apoiaria arranjos produtivos locais promovendo cadeias produtivas “estratégicas”<sup>244</sup>. Para a região, propunha-se o trabalho em torno de uma possível Rota da Biodiversidade, em parceria com o Ministério do Meio Ambiente (MMA), através do Projeto GEF (*Global Environment Fund*) Fitoterápicos. Este projeto do MMA, na época, propunha um trabalho junto a comunidades que atuavam na produção de plantas do RENISUS<sup>245</sup> e quisessem atender aos editais. O termo “fitoterápicos”, de certa forma, acionou discussões sobre a temática das medicinas dos povos indígenas e as lideranças ali presentes tentavam entender de que forma os projetos poderia contribuir para suas comunidades. Após a apresentação da representante do MMA, vários indígenas fizeram comentários, boa parte deles falando sobre a importância da valorização da medicina tradicional. Mas as iniciativas dos projetos apresentados pareciam mais voltadas a um interesse em mapear o tipo de “insumo” que aquelas comunidades produziam para articular formas de promoção de sua cadeia produtiva – mais do que promover fitoterápicos (seja uso ou produção) entre as comunidades.

Foi em um outro evento das Rotas da Biodiversidade<sup>246</sup>, em Manaus, no final do mesmo ano, que consegui entender melhor do que se tratavam os fitoterápicos na perspectiva daquelas

---

<sup>244</sup> Sobre o programa Rotas: <<https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-regional/rotas-de-integracao-nacional>>, acesso em 20/02/2024.

<sup>245</sup> Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) incluiria mais de cem espécies brasileiras que teriam “potencial de avançar nas etapas da cadeia produtiva, gerando produtos de interesse do SUS”, segundo a explicação da representante do MMA.

<sup>246</sup> Evento em que foi realizada a criação do Polo Bioamazonas, com vistas a reunir instituições públicas e privadas para elaboração de “formas de promoção de cadeias produtivas de plantas medicinais da biodiversidade” (MAFRA; LASMAR; RIVAS, 2020). Dentre as instituições participantes do evento estiveram: UFAM, UEA,

instituições. Até então, minha visão – que parecia coincidir com as expectativas dos indígenas, pelas questões levantadas nos dois eventos – associava os projetos a uma possibilidade de trabalho com medicamentos/remédios Apurinã. Só na segunda oportunidade consegui entender que, embora produzidos a partir de plantas, fitoterápicos eram medicamentos industriais. Assim, a ideia não era implantar fábricas nas aldeias ou incentivar a venda de remédios indígenas, talvez fosse mais no sentido de viabilizar o fornecimento de matérias primas (de qualidade) de interesse da ciência/indústria farmacêutica. No evento, recebemos o convite para participação em um Minicurso sobre o Desenvolvimento de Fitoterápicos, no CBBA2019 – 1º Congresso de Biodiversidade e Biotecnologia da Amazônia. No minicurso foram explicadas as etapas de produção dos fitoterápicos<sup>247</sup> e a professora, doutora na área de biotecnologia, lembrou que “a gente precisa separar o que é medicamento fitoterápico do que é medicamento tradicional”. O fitoterápico seria produzido por uma indústria farmacêutica, uma empresa registrada na ANVISA.

Segundo a professora: “Tem que ter rigor farmacêutico, essa é a dificuldade de fazer fitoterápicos em comunidades. É diferente da produção para uso caseiro. É muito sério essa parte, não é puritanismo da ANVISA”. Diante de questionamentos (especialmente de extrativistas e indígenas), ela argumentou que se estivéssemos falando em “fitoterápicos” para as comunidades, talvez a palavra estivesse errada, não havia políticas para isso. Achava difícil, nas comunidades, ter uma rede de pesquisadores, trabalhar no ritmo da indústria – o que implicaria em mudanças nos modos de vida – e entrar no regime médico de prescrição. Os processos de tratamento e cura nas comunidades passariam por outro formato epistemológico, segundo a professora. O que teria que ser feito era outro tipo de desenvolvimento: “O caminho não é fazer os indígenas produzirem fitoterápicos, mas reconhecer os modos de produção deles”. A sugestão da professora era a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por exemplo, incorporar outras formas de fito que não estão regulamentadas, como óleos essenciais, ou talvez incluir práticas indígenas. (Diário de campo, 10/11/2019)

---

Fiocruz Amazônia, Banco da Amazônia, Secretaria Ciência e Tecnologia do Amazonas, SUDAM, IDESAM, entre outras.

<sup>247</sup> Segundo a professora, grandes e médias empresas farmacêuticas – e ela fez questão de enfatizar que pequenas não têm conseguido – costumam contratar *startups* que estão nos locais para fazer a coleta, extração, registro no SisGen– Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético. Nessa primeira parte de “descoberta” dos ativos, podem atuar diferentes empresas, as que fazem melhoramento para a forma farmacêutica e outras que “descobrem” ativos. A cadeia de produção quase sempre envolve Conhecimento Tradicional Associado (CTA) direcionando a bioprospecção. Observar as etapas de produção nos remete a argumentação de Barry (2005) de que as pesquisas de R&D (research and development) da indústria farmacêutica envolvem vários atores na produção de “materiais informados” – moléculas não são descobertas, mas construídas em ambientes informacionais e materiais complexos.

Esses debates sobre as categorias das políticas e os “recursos da biodiversidade da Amazônia”, continuava no cenário da pandemia. O Rotas da Biodiversidade (e o Polo Bioamazonas) continuou suas atividades, mas a Funai/CR deixou de acompanhar de forma mais direta, e eu continuei apenas por um tempo recebendo notícias em grupos de Whatsapp. Num desses grupos, foi compartilhada uma Nota Técnica do Departamento de Economia e Análise (DEA/UFAM) sobre o consumo de remédios caseiros na pandemia no Amazonas. A Nota traz abordagem desse consumo baseada em uma sondagem com questionário em *Google Forms*, compartilhado durante quatro dias (em maio de 2020), gerando uma pequena amostra de números que diziam quantas pessoas usaram, se antes ou depois de sintomas, e quem indicou (MAFRA; LASMAR; RIVAS, 2020).

A autora e os autores chamam atenção, então, para a necessidade de “fomento da economia baseada em recursos naturais da biodiversidade e biotecnológicos” e a necessidade de estruturação de “uma cadeia produtiva das plantas medicinais no estado” (MAFRA; LASMAR; RIVAS, 2020). A Nota destaca ainda iniciativas do Ministério da Saúde de incentivo ao uso de fitoterápicos no SUS e apresenta números de atendimentos com fitoterapia e plantas medicinais no Brasil (de 2016). De forma que se constrói uma aproximação, que não é explicada, entre os remédios caseiros utilizados na pandemia, tema inicial da Nota, com os medicamentos fitoterápicos – embora as diferenças formais, “conforme a Anvisa”, sejam reconhecidas. O exemplo desse artigo nos ajudar a vislumbrar essas articulações políticas que olham para remédios caseiros, produção de medicamentos fitoterápicos, políticas de saúde (SUS), e a preocupação econômica com uso de “recursos naturais da biodiversidade amazônica”.

Buchillet (1991, p. 30) já identificava e criticava em autores anteriores (nominalmente George Foster, e outros) o reconhecimento de uma “razão biomédica” nas medicinas tradicionais – ou representações e práticas que poderiam “ser aproveitadas” – nos saberes botânicos e farmacopeias indígenas. A autora sugere que não era de se estranhar que justamente as farmacopeias indígenas fossem vistas por planejadores de questões de saúde como uma forma de ligação entre medicinas tradicionais e ocidentais, considerando que os argumentos, em geral, separavam as farmacopeias como procedimentos empíricos objetivamente eficazes de outras práticas simbólicas “mágico-religiosas”. Desse ponto de vista, um catálogo de plantas e remédios indígenas poderia ser testado conforme parâmetros biomédicos de eficácia, servindo como uma forma como legitimação para medicinas tradicionais. De forma que poderiam ser utilizadas por governos locais tanto ao acionar uma valorização de culturas nacionais, como



pensando em uma possível rentabilidade de sua integração em estratégias sanitárias (BUCHILLET, 1991).

Dentre as políticas destacadas na Nota Técnica (MAFRA; LASMAR; RIVAS, 2020) estava a Política e o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (BRASIL, 2016) que, segundo o site do governo<sup>248</sup>, propõe a ampliação de opções terapêuticas no SUS, garantindo acesso “seguro e uso racional” de plantas medicinais e fitoterápicos. Na página, destaca-se que na RENAME há doze medicamentos fitoterápicos<sup>249</sup>, e que os municípios poderiam adquirir com recursos próprios outros fitoterápicos e plantas medicinais. Dos doze fitoterápicos da RENAME, lembro-me de ver o uso do xarope de guaco em Pauini, mas não conheci experiências de uso de plantas medicinais na atenção primária. O número de municípios que oferece o recurso de plantas medicinais ou fitoterápicos parece ainda pequeno (BRASIL, 2012)<sup>250</sup>. O documento da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena confirma essa percepção de que a política é pouco acessada, na proposta de que “O Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Saúde Indígena devem implantar a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos no âmbito da saúde indígena” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023).

No mesmo documento, no “Eixo 3: Recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural”, a proposta sobre capacitação dos trabalhadores da saúde é:

9 - O Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Saúde Indígena devem capacitar os trabalhadores da saúde indígena para utilização das plantas medicinais e fitoterápicas, tendo como educadores os benzedores, curandeiros,

<sup>248</sup> Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pnpmf/plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus>>, acesso em 20 de fev. de 2024.

<sup>249</sup> Alcachofra; Aroeira; Babosa; Cáscara-sagrada; Espinheira-santa; Guaco; Garra-do-diabo; Hortelã; Isoflavona de soja; Plantago; Salgueiro; Unha-de-gato.

<sup>250</sup> Na publicação *Cadernos da Atenção Básica* sobre Plantas Mediciniais e Fitoterapia, há o registro de experiências até aquele período (BRASIL, 2012), mas o mapa das iniciativas tem poucos municípios marcados (p. 30). Conforme o gráfico, também apresentado na publicação (p. 31), no Amazonas seriam cerca de sete ou oito municípios com alguma experiência. No texto destaca-se o projeto Farmácia Viva, idealizado em 1983, pelo prof. Francisco José de Abreu Matos, na Universidade Federal do Ceará, que ganhou notoriedade nacional, transformando-se em referência no SUS. As Farmácias incluem espaço para cultivo, coleta, processamento e armazenagem, em que são produzidos medicamentos manipulados (oficinais e magistrais), conforme as recomendações sanitárias. O catálogo da exposição comemorativa dos 15 anos da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006) são destacadas como ações em 2021: apoio a projetos de estruturação de Farmácias Vivas; publicações de monografias das espécies do RENISUS; e cursos EAD para profissionais de saúde sobre Fitoterapia.

O Caderno está disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pnpmf/publicacoes/cadernos-de-atencao-basica-2013-praticas-integrativas-e-complementares-plantas-medicinais-e-fitoterapia-na-atencao-basica/view>>, acesso em 20/02/2024>. E a o catálogo da exposição comemorativa está disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/exposicao\\_comemorativa\\_15\\_anos\\_politica\\_plantas\\_medicinais.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/exposicao_comemorativa_15_anos_politica_plantas_medicinais.pdf)>, acesso em 20 de fev. de 2024.

pajés e parteiras, a fim de **promover o uso das plantas medicinais na atenção primária à saúde, fortalecer o saber tradicional embasado nos conhecimentos científicos**, respeitar os itinerários terapêuticos e valorizar o conhecimento tradicional indígena, reconhecendo e garantindo o devido crédito para as comunidades indígenas. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023 grifo meu)

Destaco na proposta acima o desafio colocado pela premissa de que qualquer diálogo com as políticas públicas, com estado, teria que submeter as práticas e saberes aos “conhecimentos científicos”. Como argumentou a Médica do Polo, na fala citada ao final da seção 3.1, “aí só se for fazer um estudo para saber”. Embora, como discutido no capítulo anterior, a forma como as produções científicas são acionadas pelos governos parece ter menos a ver com o uma precisão objetiva do conteúdo do que com a rede de atores articulados nos momentos políticos. Esse contexto coloca muitos desafios para o movimento indígena ao dialogar com as possibilidades de construção de políticas que se relacionem aos remédios indígenas.

Todo esse relato sobre os contextos de discussão de políticas públicas – seja no âmbito da 6ª Conferência, ou no das Rotas da Biodiversidade – foi trazido também no sentido de mostrar o quanto me pareciam distintos os conceitos (abstratos) acionados nesses contextos (plantas medicinais, fitoterápicos, recursos naturais da biodiversidade amazônica), da forma como os chás Apurinã apareciam como tecnologias de cuidado nas experiências cotidianas de resposta a covid-19, que eu via sendo utilizadas em Pauini.

No cenário da pandemia, diante de políticas que não chegavam, as comunidades articulavam suas respostas e formas de atenção. Como argumentou o AIS da aldeia Boa União (Entrevista, 14/10/2021), os cuidados foram “tá usando nosso remédio tradicional”. O “tá usando” me remete a uma ação contínua, que não precisava estabilizar uma única substância, que ia se ajustando em meio a “tanto tipo de chá” que, como sugeriu o Coordenador da OPIAJ “a gente não pode provar fora da nossa aldeia”. Nesse sentido, o que foi utilizado não eram fitoterápicos ou plantas medicinais, tampouco recursos naturais da biodiversidade.

Provavelmente a planta A, vendida ou incorporada num atendimento do SUS (com certo aval de cientificidade), não será a mesma (ainda que possa ser considerada a mesma espécie científica) do que aquela que participou do chá que a tia fez para o sobrinho, na aldeia, com sintomas de covid – são mediadores distintos em sua constituição. Ainda assim, acredito que o movimento indígena tem bastante experiência nessas “traduções”, para construir incidências nas políticas de forma a afetar o agenciamento da “nova” planta/remédio/medicamento, administrando as diferenças, dentro das condições de possibilidade de cada contexto.

### 3.4.2 A gente conhece quando o remédio é bom

Mergulhar mais fundo no universo dos chás Apurinã, demandaria mais tempo nas aldeias – do que eu tive oportunidade – e conversar com os mais velhos – que era o que sempre me aconselhavam quando identificávamos a necessidade aprender alguma coisa. Talvez buscar os termos na língua Apurinã para os diferentes tipos de preparo, entendendo se há uma categoria geral ou termos específicos conforme os tipos de planta, modos de fazer, contextos terapêuticos, pudesse nos ajudar a aprender mais sobre como se constituem em relação a cosmologia Apurinã. De todo modo, considerando a inspiração na proposta de McCallum (2014), os chás não são produzidos de forma “isolada”, ou independente das relações com as terapêuticas biomédicas, as políticas de saúde, e emergências epidemiológicas, de forma que sua concepção emergiria de modo ontogenético – considerando os processos sociais, históricos e subjetivos específicos.

Na Introdução, foi apresentada a abordagem de Virtanen (2015), que argumenta que as doenças Apurinã, causadas pelos *arapani*, constituem substâncias injetadas no corpo, para a reformulação de relações sociais. De maneira que manutenção a saúde estaria ligada à manutenção da socialidade própria entre parentes (regras das metades) e relacionamentos com entidades não-humanas (VIRTANEN, GIL, 2021). Assim, segundo Virtanen (2015), os remédios teriam poderes transformativos, mudando a relação entre a pessoa e as substâncias nocivas, permitindo evitar relações perigosas e constituir corpos das pessoas (com sua humanidade própria). Em relação a covid-19, com sua característica de fumaça, seria necessário maior aprofundamento nos diálogos para entender melhor como os chás fortalecem os corpos nessas relações<sup>251</sup>.

Feitas essas considerações sobre alguns limites deste trabalho, há mais algumas histórias que nos contam sobre as características dos chás e remédios que gostaria de trazer. Certa vez, em uma reunião sobre a Saúde Indígena, Chefe contou sobre um médico que tinha chegado em Pauini bastante empolgado, disposto a aprender dialogar com as formas como os indígenas tratavam as doenças – ele tentava aprender e levar de uma aldeia para outra que não soubesse. Na aldeia São Benedito, perguntou para a Senhora, reconhecida na aldeia por cuidar dos demais, como tratava a diarreia. Ela mostrou, dissolvendo um pouco de “barro virgem” na água e dando

---

<sup>251</sup> Como afirmado na seção 3.2.1 tenho dúvidas sobre como a nova doença participa no contexto cosmológico Apurinã, suas classificações nosológicas e etiológicas.

para o doente tomar. O médico, chegando em outra aldeia, propôs esse tratamento de barro dissolvido na água (talvez sem dizer qual barro). O parente não aceitou. O Chefe contou essa história para dizer sobre como, às vezes, os próprios parentes desacreditam as práticas Apurinã, querendo o remédio de farmácia. Acho que a história nos diz também que não basta copiar e transpor “a receita” de lugar para outro, a segurança de quem faz – quem pode e sabe fazer – da melhor maneira, com os detalhes necessários ao preparo e instruções de uso, também é importante.

Em outra viagem da Funai, em junho de 2020, paramos no porto do Maquiri/São Benedito, subimos e, na casa de uma Senhora, tia do Chefe de CTL, ele perguntou sobre os chás. Ela estava com um no fogo, trouxe a panela, colocou um pouco para provarmos (bem gostoso, docinho, meio lambedor), descreveu os ingredientes e comentou como estava difícil conseguir um deles. Ela já separou um pouco para dividirmos – Chefe, o Coordenador Regional da FOCIMP, o Barqueiro e eu. Nenhum de nós estava doente, e todos queriam o remédio – o que não era, de modo algum, contraditório.

Na mesma viagem, levamos também remédios preparados por outra Senhora, que já estavam encomendados. O Chefe de CTL me contou que aquela Senhora era “especialista” nos remédios, tinha enviado anteriormente vários para um sobrinho que tinha testado positivo para covid logo no início dos casos em Pauini. Mandou vidros de vários tamanhos, um para cada tipo de situação, conforme ele estivesse se sentindo: o pequeno, se não estivesse sentindo nada; outro um pouco maior, se tivesse com tosse; outro para tosse e febre; outro se tivesse muito ruim. Ela pediu que o Chefe de CTL explicasse direitinho para o sobrinho, o que ele acha que não conseguiu, e o próprio “paciente” disse que acabou misturando alguns. A Secretária Geral da OPIAJ também me contou essa história:

Chegou com uma bolsa, tirou: esse aqui está mais forte e diz que esse mais forte aqui é para quando estiver tossindo. Esse aqui que está mais fraco é para quando estiver com falta de ar; esse bem pretinho é para tomar quando estiver para morrer. Toma só duas gotinhas, que esse daí é bom, entendeu? (Entrevista, 01/11/2020)

Se algumas receitas podem ser compartilhadas, experimentadas, não são todas. Algumas envolvem o saber e autoridade da experiência das mais velhas, que, conforme a demanda, vão fazer – sem que muita gente saiba como – e prescrever de forma bem precisa.

Os dois remédios que eu tinha ganhado, das duas Senhoras mencionadas acima, estavam na minha geladeira, quando um parente de um outro Igarapé (“lá do Mamoriá”), precisou ficar hospedado na minha casa. Certo dia, ele estava com dor de garganta, tosse seca, e disse que ia comprar remédio. Falei que poderíamos pedir no Polo, e lembrei dos chás que eu tinha – embora

não soubesse dizer o que era. Eu já tinha aprendido que remédio bom a gente compartilha. Ofereci, contando de onde tinha trazido, quem tinha feito. Ele tomou e gostou mais de um deles, “a gente conhece quando o remédio é bom”. Continuou tomando ao longo da semana e deu também para suas filhas bebês<sup>252</sup>.

Para além do saber das “especialistas”, há aqueles mais difundidos, como na citação do Diário de campo da conversa na aldeia Santo Antônio, em que o Cacique contava as ideias de “testes” que vinha fazendo ou pretendia fazer com as plantas para melhorar os problemas de vista, e as pessoas tinham comentários a fazer sobre o que poderia funcionar ou não. Há propriedades conhecidas das plantas a serem avaliadas. Uma dessas propriedades, que consegui notar no contexto da avaliação dos remédios para a covid-19, era o amargor. Avaliar um remédio como amargo, informava mais do que o gosto. Parecia-me uma forma de dizer que o remédio era forte, no sentido positivo – você vai ter dificuldade de tomar, mas vai fazer bem – ou negativo – era perigoso.

[A AIS] contou que a filha dela estava com problemas para se alimentar, não estava comendo direito depois que teve a covid. Lembrou as formas como cuidava das filhas, “quase envenenou elas”, de tanto dar [planta K]. Era muito amargo. (Diário de campo, 18/07/2020)

No mesmo sentido, na entrevista com as lideranças da aldeia Nova Vista:

Professor: Era a minha mãe. A mãe fazia para mim, amargoso, a [planta W] é amargoso...

Cacique: A medicação tem que ser a mais amargosa...

[...]

Cacique: Eu não sinto nada não. Ouvi falar, pessoal disse que tem entrega, igual eu não sinto isso não, graças a deus, eu tomei tanta coisa amargosa que eu fiquei foi mais forte.

AAI: Ficou foi duro mesmo.

Cacique: Não sei se no bom sentido, mas eu não sinto nada não, sobre o meu organismo graças a deus...

Amanda: É o amargoso que... que cura, assim...?

Cacique: É o amargoso que faz chegar lá, enguiça o vírus, até porque a equipe que veio fez uma palestra, para quem era como nós que... uma comida saudável, o nosso corpo, o nosso organismo estava forte, se ela pegasse em nós não derrubava não porque nosso organismo era limpo, era forte. Para aquele que não estava preparado, o organismo como uma velhinha já 70, 60 anos, o organismo

---

<sup>252</sup> Na seção anterior destaquei características dos chás feitos em resposta a situações de adoecimento para pessoas específicas. No entanto, algumas propriedades deles permitem certa estabilidade para que circulem. O chá feito por quem sabe, compartilhado de forma situada, também pode ser bom.

dela já estava fraco, está entendendo? Podia causar mais outras coisas. (Entrevista, 25/11/2021)

Nas limitações da minha vivência me Pauini, infelizmente não pude aprender mais sobre as propriedades que poderiam ser usadas para avaliar, testar e fazer chás. Tentei trazer aqui parte do que tive a oportunidade de reparar, aprender, na generosidade das pessoas com quem convivi em compartilhar saberes e cuidados. Como uma tecnologia de cuidado, fazer chás é politicamente importante para a identidade Apurinã e valorização de seus saberes. Envolve conhecer as plantas, formas de encontrar, plantar, com quem buscar, compartilhar, além das relações com períodos do clima e com o território. Tudo isso considerando ainda as possibilidades de combinar e os modos de fazer para dar um remédio bom. Este que vai permitir agir na circunstância específica a partir da atenção a uma necessidade particular.

Secretária Geral OPIAJ: Quando eu fiquei ali na casa do [nome do irmão]... Eu estava ficando com a minha garganta inflamada, essas coisas todas. **Rapidinho** a [sobrinha] ia lá pegava um... **tia, eu vou fazer aqui um negócio aqui para a senhora** - e pegava [planta A] e pegava não sei o que, fazia o alho e a cebola, não sei o que. Então assim, a gente percebe que tudo no nosso meio tem suas partes negativas e tem as suas partes positivas também, assim. Mesmo que tenha muitos de nós que não saibam, mas tem os jovens **que se interessam** pela questão da medicina, **que aprendem, que veem a mãe fazendo**. Às vezes ele nem vai atrás de fazer, mas **de tanto ele ver a mãe dele fazendo aqui, ele vai lá e...** **Na hora que acontece uma coisa dessa, ele tem uma noção do que fazer**. Mas assim, **enquanto povo, eu acho que a gente se fortaleceu muito também**. Enquanto povo, assim, eu acho que a gente ficou mais unido, mais preocupado com o próximo também. (Entrevista, 01/11/2020)

A fala nos remete à preocupação do movimento com a discussão para “dentro”, em relação ao envolvimento dos jovens. Mas destaca também esse aprendizado (ontogenético) que é cotidiano, que permite ter “uma noção do que fazer” e agir no momento difícil, cuidando e, ao mesmo tempo, fortalecendo o povo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No começo deste trabalho, não queria que fosse sobre a pandemia, “já tinha muita gente discutindo”, a partir de diversos enquadramentos possíveis. Ao mesmo tempo, não era possível falar de saúde, de medicamentos, e de outros aspectos do cotidiano “fora dela”. Das questões sobre medicamentos, passei a construir perguntas sobre as escolhas que emergiam entre possibilidades de tratamentos e prevenção, ouvindo histórias sobre cuidado e sendo cuidada. Muitas histórias se entrelaçavam, a partir de diferentes ângulos. Era preciso contar como foi em Pauini, as estratégias locais de enfrentamento e seus “resultados” difíceis de dimensionar. Como medir a força do vírus, da doença, da pandemia? Como *contar*? Contar tanto no sentido de produzir quantificações, como de produzir histórias, memórias que digam sobre essas dimensões e as ações que as possibilitaram – e sempre dizem também sobre quem conta.

Para mim, era preciso também entender como a ivermectina chegava em uma aldeia com a proposta de tratar ou prevenir a doença viral. Para além do que era visível nos discursos públicos e noticiários, entender *como* as ações do governo, em sua política genocida (APIB, 2019), eram produzidas nas práticas de gestão da saúde pública. A descrição dos documentos (no Capítulo 2) nos apontou, de certa forma, para os efeitos das ausências, o quanto não orientar pode ter efeito orientativo. Seja no produzir orientações “que não vinculam”, ou nos questionamentos ao trabalho de cientistas no âmbito CONITEC, havia esforços em marcar dúvidas (NASCIMENTO et al., 2020), ao se apropriar e instrumentalizar as instituições. De forma que se produzia uma desresponsabilização destas (e de seus gestores), mantendo um horizonte possível de recomendabilidade da cloroquina, com efeitos nos outros fármacos. Os documentos me intrigavam, no sentido de que tentar entender o que caracterizava a “seletividade no uso das informações científicas” (CAMARGO Jr; COELI, 2020) no momento político específico, ou, *como* a gestão bolsonarista trabalhava na coprodução estado-ciência (JASANOFF, 2004).

Rosana Castro (2023), a partir de uma aproximação etnográfica a grupos e instituições médicas negacionistas, aborda a forma como em suas práticas rearticulam, transformam e disputam as ciências. A autora destaca a importância de identificar os termos dessa disputa como forma de compreender os negacionismos e seus efeitos deletérios em políticas e instituições globais e locais de saúde. Nesse sentido, argumenta que as práticas e discursos nesse campo médico não podiam ser explicadas por vulnerabilidade à desinformação ou falta de compreensão de questões técnicas da doença. Os grupos recorriam a diferentes construções de ciência para produzir suas argumentações, reposicionando conteúdo e legitimidade das

evidências, e enfatizando a relação médico paciente, o conhecimento e experiência individual do médico (CASTRO, 2023). De certa forma, o Capítulo 2 tentou olhar para os reflexos dessas práticas e discursos do campo da medicina na gestão das políticas de saúde. A apropriação/releitura/uso de “evidências científicas” no esforço de fundamentar ou legitimar as decisões políticas, no contexto pandêmico, trouxe consigo essas disputas em torno do que seria ciência, com protagonismo significativo da classe médica.

Os trabalhos que abordam o negacionismo e a pós-verdade, nos mostram como nesses discursos é feita uma apropriação, descontextualizada, de argumentos da construção social das ciências (ALMEIDA; ECHAZU, 2023, p.23). No entanto, na discussão crítica sobre a objetividade científica no âmbito dos estudos sociais da ciência, problematizam-se também os construcionismos radicais – a ideia de que as verdades são apenas jogos de significantes. Haraway (1995), por exemplo, vai defender o conhecimento situado e corporificado, contrário a formas não localizáveis e irresponsáveis – que não podem ser chamadas a prestar contas (HARAWAY, 1995, p. 22). Ou seja, não se trata da negação de qualquer construção de verdade, mas a defesa de uma objetividade a partir da perspectiva parcial, do conhecimento situado, que pode ser responsabilizado.

As abordagens negacionistas, diferentemente, se esforçam em desresponsabilizar instituições (que seriam responsáveis pela regulamentação e recomendações de tratamento) e os próprios atores envolvidos (médicos, gestores, apoiadores políticos), apoiando-se em uma figura de autoridade (“o médico”) que estabilizaria o olhar a partir de um ponto de uma suposta moralidade superior. O médico, nesse contexto, definido em seus “valores éticos e bom juízo clínico” (BRASIL, 2022a), não precisa ser melhor localizado, a autoridade de sua visão permitiria a desresponsabilização.

Nesse contexto, os profissionais de saúde locais (tinham poucos médicos) precisavam lidar com a pressão de participar de decisões sobre tratamentos, sem suporte institucional adequado, e no contexto em que sua atividade envolvia a exposição à possibilidade de contaminação – sem contar a falta ou a demora para chegar de equipamentos de proteção suficientes. Construindo suas estratégias para cuidar, buscaram informações com outros colegas, referências de outros lugares, protocolos de outras cidades, aplicativos, além das experiências pessoais. O que podia a trabalhar com receitas prontas, com altas dosagens; a “não concordar” com ivermectina; a prescrever “sintomáticos”; a usar antialérgico para tosse; ou azitromicina para dor de garganta; entre outras alternativas. De todo modo “faziam o que podiam”, “o que estava ao alcance”, estavam lá, “se arriscando”.



As perspectivas teóricas apresentadas no Capítulo 3, destacam que o cuidado não é inocente, suas práticas podem ser atravessadas por relações assimétricas, e não é motivado apenas por afeição, pode também ser impulsionado por ansiedade, indignação, frustração. (MARTIN; MYERS; VISEU, 2015). O que nos convidaria a olhar para quem tem o poder de definir o que conta como cuidado e como deveria ser administrado.

Em uma conversa, na aldeia Boa União, uma senhora Apurinã me contava como foi quando sua família adoeceu. Ela mandou buscar o filho que estava no centro doente e ficou cuidando dele, que sentia muito frio e dor no corpo todo. Depois foi seu marido, que também ficou ruim, “até hoje ele sente”. Então, “era chá direto, acabava um, fazia outro”, e me contou os ingredientes. Ao final ela comentou “É, minha filha, a gente aqui sem recurso... Melhoramos com a graça de Deus” (Diário de campo, 29/01/2021). Talvez o chá não tenha a excepcionalidade dos “recursos”, seja mais cotidiano. Um cotidiano (“sem recurso”) que cuida. Como sugeriu o Chefe de CTL, na reunião de apresentação da proposta de pesquisa descrita na Introdução, “a gente usou recurso de fora, mas não foi tanto assim”.

Na Assembleia da OPIAJ, em abril de 2023 – momento em que a Coordenação apresentou um balanço das suas ações nos quatro anos anteriores, antes da eleição de uma nova gestão – o Coordenador fez uma fala sobre o contexto da pandemia, que anotei no meu Diário de campo:

“Durante a pandemia recorremos a um sistema, vou chamar de sistema, da medicina tradicional. Se tínhamos preguiça de ir para o roçado, plantar a plantinha, na pandemia fizemos. O jovem aprendeu, estava na minha tia, aprendi...”.

Seguiu contando sobre o período em que passou na aldeia, para em seguida lembrar que já haviam passado por outras pandemias, como de sarampo e catapora, nesse sentido argumentou que era importante conversar com os mais velhos sobre como fizeram na época. Sobre o contexto atual, concluiu: “Fomos testando com qual remédio ficávamos bom, conversando com as outras comunidades.” (Diário de campo, 16/05/2023)

Algumas vezes ouvi essa ideia de que a “preguiça” levava a usar menos os remédios tradicionais, que davam trabalho para fazer. Em uma fala pública, antes do contexto da pandemia, o Chefe de CTL afirmara sua preocupação com o não uso da medicina tradicional, “o indígena vem aprendendo que só funciona aquele remédio que vem pronto”, embora soubessem que seus remédios eram melhores, “a medicina tradicional não tem efeitos colaterais como a do branco”. (Diário de Campo 26/04/2019).

Se os medicamentos são feitos e refeitos nos contextos em que circulam e são usados, de forma que as ações farmacêuticas continuam a ser atualizadas e modificadas nos contextos de cuidado (HARDON, SANABRIA, 2017), parte de sua materialidade está ligada a essa concepção anterior, “vem pronto”. Carregando as histórias dos ECR, das regulamentações, planejamentos em Saúde Global... Diferentemente, os chás podem partir da busca “na caixinha” (como argumentou o Coordenador da OPIAJ, em referência a um conjunto de saberes do povo) e das experiências que permitem saber o que pode “servir”, permitindo a atenção a necessidade localizada, de pessoas específicas. O trabalho de “tem que fazer” (cotidianamente, às vezes, “na hora”), por quem pode fazer, pareceu-me ser parte da sua materialização entrelaçada nas práticas de cuidado.

Especialmente no terceiro capítulo, tentei contar o máximo de histórias que consegui registrar, aprender, sobre os chás Apurinã e suas características, não no sentido de construir delimitações, mas apontar para a multiplicidade de questões que os diferentes fazeres podem instigar, de forma a sugerir que teria muito mais a desenvolver, muito mais para ouvir dos mais velhos.

## REFERÊNCIAS

- ACRE. 2020a. **Protocolo Específico para a Atenção à Saúde do Estado do Acre**: no cenário de transmissão comunitária do Sars-Cov-2. 30 de mar. de 2020. Disponível em: <[http://179.252.115.41/static/docs/notas/protocolo\\_atendimento.pdf](http://179.252.115.41/static/docs/notas/protocolo_atendimento.pdf)>. Acesso em 10 fev. 2024.
- ACRE. 2020b. **Recomendações para o Manejo de Pacientes no Contexto COVID-19**. Portal da Transparência do estado do Acre. Portal de Informações sobre o Combate à Covid-19. Rio Branco, s/d. Disponível em: <<https://covid19.ac.gov.br/nota>>. Acesso em 26 fev. 2023.
- ADAMS, Vincanne. 2013. Evidence-Based Global Public Health. In: PETRYNA, Adriana; BIEHL, João. **When people come first: critical studies in global health**. Princeton University Press.
- ADAMS, Vincanne. 2016. **Metrics: What Counts in Global Health**. Durhan, London: Duke University Press.
- AGÊNCIA BRASIL. COVID-19: Governo anuncia resultado de ensaio clínico com nitazoxanida. Agência Brasil. **Agência Brasil**. Brasília, 19 de out de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-10/covid-19-governo-anuncia-resultado-de-ensaio-clinico-com-nitazoxanida>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.
- AKRICH, Madeleine. 1995. Petite anthropologie du médicament. Techniques et culture, Éditions de la Maison des sciences de l’homme. **Hal archives-ouvertes.fr**. halshs-00119484.
- AKRICH, Madeleine. 1996. Le médicament comme objet technique. **Revue Internationale de Psychopathologie**, 21, pp.135-158.
- ALARCON et. Al. 2022. **“A gente precisa lutar de todos as formas”: Povos indígenas e o enfrentamento da covid-19 no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora.
- ALBERT, Bruce. 2014 [1997]. “Situação Etnográfica” e Movimentos Étnicos. Notas sobre o trabalho de campo pós-malinowskiano. Tradução. **Revista Campos**, vol.15, n.1.
- ALBERT, Bruce. 2022 [1995]. Antropologia aplicada ou “antropologia implicada”? Etnografia, minorias e desenvolvimento. **Revista de Antropologia da UFSCAR – RAU**, v. 14, n.2, jul.-dez. pp. 179-217.
- ALCÂNTARA, Manoela. 2022. MPF pede que Ministério da Saúde revogue nota pró-cloroquina. **Metrópoles**. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/mpf-pede-que-ministerio-da-saude-revogue-nota-pro-cloroquina>>. Acesso em 6 jan. 2023.
- ALEIXO, Isabela. 2022. Covid: Spray nasal exibido no Fantástico não é o que Bolsonaro quis comprar. **Uol**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2022/06/06/covid-spray-nasal-exibido-no-fantastico-nao-e-o-que-bolsonaro-quis-comprar.htm>>. Acesso em 24 fev. 2023.

ALMEIDA, Rafael A; ECHAZU B., Ana Gretel. 2023. Apresentação: “E as marés mudaram completamente”: desafios da antropologia brasileira em face dos negacionismos. **Anuário Antropológico**, v.48 n.2.

ALVES [APURINÃ], Alan Miguel. **Maloca das Medicinas e sua Relação com o Pajé Arywka**. 2018. Dissertação de mestrado apresentada no Mestrado Profissional em Sustentabilidade junto à povos e terras tradicionais. Universidade de Brasília.

ALVIM, Marina. Anitta contra coronavírus: o que se sabe sobre vermífugo nitazoxanida, defendido pelo ministro da Ciência para tratamento de covid-19. **BBC News Brasil**, São Paulo, 20 de out de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54611691>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

AMARAL, Eduardo; HALLAL, Mariana. Proxalutamida: teste sem autorização em pacientes com covid é investigado. **Viva Bem Uol**, 2021. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/agencia-estado/2021/08/25/proxalutamida-teste-sem-autorizacao-em-pacientes-com-covid-e-investigado.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em 25 fev. 2023.

AMAZONAS. Publicações. **FVS - Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas**. Manaus, 2023. Disponível em: <<https://www.fvs.am.gov.br/publicacoes#>>. Acesso em 25 fev. 2023.

AMAZONAS. 2020 a. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica nº11 SEAASC/SUSAM de 15 de abril de 2020**. Disponível em: <<https://www.fvs.am.gov.br/publicacoes#>>, acesso em 20 de agosto de 2022.

AMAZONAS. 2020 b. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº14 SEAASC/SUSAM/FVS, 16 de abril de 2020**. Disponível em: <<https://www.fvs.am.gov.br/publicacoes#>>, acesso em 20 de agosto de 2022.

AMAZONAS. 2020 c. Secretaria de Estado da Saúde. Fundação de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº25 SUSAM/FVS de 07 de julho de 2020**. Disponível em: <<https://www.fvs.am.gov.br/publicacoes#>>, acesso em 20 de agosto de 2022.

AMAZONAS. 2020d. Governo do Estado. **Decreto nº 42.087 de 19 de março de 2020**. Disponível em: <<https://www.defesacivil.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Decreto-42.087-de-19-de-mar%C3%A7o-de-2020.pdf>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

AMAZONAS. 2020e. Secretaria de Estado da Saúde. Fundação de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência Estadual para a Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 (COVID 19)**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053064/plano-coronavirus-amazonas.pdf>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

AMAZONAS. 2021. Fundação de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica nº 26 CECISS/DITEC/FVS-RCP**, de 28/07/2021. Disponível em: <<https://online.sefaz.am.gov.br/cartorio-web/storage/documento?sso=7fc13928503066315c07d71af03ded6b&codVerificador=F038.27E1.8ABD.3CB0>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

ANVISA, 2020. **Testes para COVID-19: perguntas e respostas**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/475json-file-1>>, acesso em 20 de agosto de 2022.

ANTICORPO de covid-19 dos laboratórios Vir e GSK tem ‘grande eficácia. 2021. **Uol**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/afp/2021/03/11/anticorpo-de-covid-19-dos-laboratorios-vir-e-gsk-tem-grande-eficacia.htm?cmpid>>. Acesso em 8 jan. 2023.

APARÍCIO, Miguel. Panorama contemporâneo do Purus Indígena. **Álbum Purus**. Manaus: Edua, 2011.

APIB. 2020. Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena. **Nossa Luta é pela Vida**. Covid-19 e os povos indígenas: o enfrentamento das violências durante a pandemia. Relatório, nov. 2020. Disponível em: <<https://emergenciaindigena.apiboficial.org/relatorio/>>. Acesso em: 10 de mar. de 2024.

APURINÃ, Francisco. 2019. **Do licenciamento ambiental à licença dos espíritos: os “limites” da rodovia federal BR 317 e os povos indígenas**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília.

AQUINO, Mariah. 2022. Secretário Hélio Angotti rejeita recurso que contesta kit Covid no SUS. **Metrópoles**. Disponível em: <<https://www.metrosoles.com/brasil/secretario-helio-angotti-rejeita-recurso-que-contesta-kit-covid-no-sus>>. Acesso em 6 jan. 2023.

AQUINO, Mariah. 2022. Debate sobre cloroquina está encerrado, diz nova secretária da Saúde. **Metrópoles**. Disponível em: <<https://www.metrosoles.com/brasil/debate-sobre-cloroquina-esta-encerrado-diz-nova-secretaria-da-saude>>. Acesso em 6 jan. 2023.

ASSOCIAÇÃO AMAZONENSE DE MUNICÍPIOS. Portal de Acesso à Informação e Transparência dos Municípios do Estado do Amazonas. **Prefeitura de Pauini: documentos oficiais**. Disponível em: <<https://transparenciamunicipalaam.org.br/p/pauini/t/documentos-oficiais>>, acesso em 20/02/2024.

ATENÇÃO Básica: atua na prevenção de doenças e evita filas nos hospitais. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Blog da Saúde**, 12 de fev. de 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/32556-atencao-basica-atua-na-prevencao-de-doencas-e-evita-filas-em-hospitais>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

AZIZE, Rogério Lopes. 2002. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1, jan.-jun., p.134-139, 2012.

BAIMA, Cesar. 2021. Um governo obcecado por falsos milagres contra COVID-19. **Questão de Ciência**. Disponível em: <<https://www.revistaquestaoodeciencia.com.br/artigo/2021/03/17/volta-dos-que-nao-foram>>. Acesso em 24 de fev. De 2023.

BARAD, K. 2003. Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. **Jornal of Women in Culture and Society**, v.28, n.3. 2003.

BARBOSA, Bernardo. **Bolsonaro distorce notícias para justificar defesa de spray contra covid.** Uol, 2022. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2022/01/20/bolsonaro-distorce-noticias-para-justificar-defesa-de-spray-contra-covid.htm>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BARRETO JR, Walter. 2022. **Bolsonaro e seus seguidores: o horror em 3560 frases.** São Paulo: Geração Editorial.

BARRY, A. 2005. Pharmaceutical matters: the invention of informed materials. **Theory Culture and Society**, 22(1), pp. 51–69.

BARTOLOMEU, Amanda. 2017. **A Incorporação da Vacina HPV no SUS: Práticas de Estado, conhecimentos científicos e produção da diferença sexual nos documentos para implantação da política de saúde.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

BARTOLOMEU, Amanda. 2021. Ouvir e remediar: Notas sobre o lugar dos diagnósticos e medicamentos na Saúde Indígena em Pauini/AM. Apresentação de trabalho. IV Reunião de Antropologia da Saúde. UFPE, setembro de 2021.

BBC NEWS BRASIL. Covid em Manaus: nova variante pode estar por trás de caos no Amazonas, dizem pesquisadores. 15 de jan. de 2021. **BBC.** Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55677738>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

BELLACASA, Maria Puid de la. 2011. Matters of care in technoscience: Assembling neglected things. **Social Studies of Science**, 41(1), 85–106.

BELLACASA, Maria Puid de la. 2017. **Matters of Care: Speculative ethics in more than human worlds.** University of Minnesota Press.

BELLACASA, Maria Puid de la., et al. 2023. O pensamento disruptivo do cuidado. **Revista Anuário Antropológico**, v. 48, nº1, jan-abr. Brasília: PPGAS/UnB.

BELAUNDE, L.E.; MENDES DOS SANTOS, G., BOLÍVAR-URUETA, E. 2020. Apresentação: Reflexões e perspectivas sobre a pandemia de COVID-19. **Revista Mundo Amazônico**, 11(2).

BERLIVET, Luc; LÖWY, Ilana. 2020. Hydroxychloroquine Controversies: Clinical Trials, Epistemology, and the Democratization of Science. **Medical Anthropology Quarterly**.

BERTONI, Estevão. 2021. O que a ciência já respondeu sobre a variante brasileira. **Nexo Jornal**, 01 de mar de 2021. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/01/O-que-a-ci%C3%Aancia-j%C3%A1-respondeu-sobre-a-variante-brasileira>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

BIEHL, João. 2008. Antropologia do Devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **Revista de Antropologia**, v. 51, nº 2. São Paulo: USP.

BIERNATH, André. 2021. Ivermectina: de tratamento para gado ao Nobel, a história do remédio sem eficácia comprovada contra COVID-19. **BBC News**. São Paulo, 25 de abr. de 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-56839679>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

BOLETIM Epidemiológico da SESAI. **Ministério da Saúde**, 21 de mai. de 2021. Disponível em: <<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

BOLSONARO insiste em 'tratamento precoce' contra Covid-19 mesmo sem comprovação; não há medicamentos para prevenir a doença, mostram estudos. **G1**. 15 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/01/15/bolsonaro-insiste-em-tratamento-precoce-sem-comprovacao-contr-a-covid-estudos-mostram-que-nao-ha-prevencao-contr-a-doenca-com-ajuda-de-medicamentos.ghtml>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

BORGES, Rebeca. 2021. Vídeo: reunião da Conitec sobre kit Covid é marcada por divergências. **Metrópoles**. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/video-reuniao-da-conitec-sobre-kit-covid-e-marcada-por-divergencias>>. Acesso em 04 jan. 2023.

BORGES, Rebeca. 2021. Leia a íntegra do documento da Conitec sobre remédios contra Covid que irritou Bolsonaro. **Metrópoles**. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/leia-a-integra-do-documento-da-conitec-sobre-remedios-contr-a-covid-que-irritou-bolsonaro>>. Acesso em 05 jan. 2023.

BORGES, Rebeca. 2022. Técnicos querem revogar portaria pró-cloroquina do Ministério da Saúde. **Metrópoles**. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/tecnicos-querem-revogar-portaria-pro-cloroquina-do-ministerio-da-saude>>. Acesso em 06 jan. 2023.

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

BRASIL. 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 2012a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pnpmf/publicacoes/cadernos-de-atencao-basica-2013-praticas-integrativas-e-complementares-plantas-medicinais-e-fitoterapia-na-atencao-basica/view>>. Acesso em 20 de fev. de 2024.

BRASIL. 2015. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1059, de 23 de julho de 2015**. Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1059\\_23\\_07\\_2015.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1059_23_07_2015.html)>. Acesso em 20 de fev. de 2024.

BRASIL. 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 2019. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Guia de elaboração: escopo para protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 2020a. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gabinete da Secretaria Executiva. **Nota Informativa nº09/2020/SE/GAB/SE/MS**. Brasília, 20 de maio de 2020. Número Sei 0014934763.

BRASIL, 2020b. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gabinete da Secretaria Executiva. **Nota Informativa nº11/2020/SE/GAB/SE/MS**. Brasília, 15 de junho.

BRASIL, 2020c. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gabinete da Secretaria Executiva. **Nota Informativa nº17/2020/SE/GAB/SE/MS: Orientações do Ministério da Saúde para o Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 30 de julho. Número SEI 0015987248.

BRASIL, 2020d. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Acurácia dos Testes Diagnósticos Registrados para a covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde. Abril de 2020.

BRASIL. 2020e. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 10/2020-DESF/SAPS/MS**. Número Sei 0014287525.

BRASIL. 2021a. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. **Relatório Final**. Aprovado pela Comissão em 26 de out. de 2021.

BRASIL, 2021b. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. CONITEC. **Relatório de recomendação nº686: Diretrizes Brasileiras para o Tratamento Medicamentos do Ambulatorial do Paciente com Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, dez 2021.

BRASIL. 2021c. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Azitromicina para o tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021d. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Dexametasona para o tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021e. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e



Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Uso de dióxido de cloro contra covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021f. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Doxiciclina para prevenção e tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021g. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Enoxaparina para o tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021h. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Cenário de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos para covid-19**. Nota técnica – EXO-CD24 para covid-19. Fev. de 2021.

BRASIL. 2021i. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Ivermectina para o tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021j. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Nitazoxanida para prevenção e tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021k. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Cenário de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos para covid-19**. Nota técnica – Proxalutamida para covid-19. Mar. de 2021.

BRASIL. 2021l. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Rendesivir para o tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021m. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e

Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Tocilizumabe para o tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, abr. de 2021.

BRASIL. 2021n. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Cenário de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos para covid-19**. Nota técnica – VIR-7831 para covid-19. Mar. de 2021.

BRASIL. 2021o. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Vitamina D para prevenção e tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL. 2021p. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Zinco na prevenção e tratamento de pacientes com covid-19**. Nota técnica, mar. de 2021.

BRASIL, 2021q. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. CONITEC. **Relatório de recomendação n 638: Diretrizes Brasileiras para o Tratamento Hospitalar do Paciente com Covid-19**. Capítulo 2: Tratamento Medicamentoso. Brasília: Ministério da Saúde, jun. de 2021.

BRASIL, 2022a. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos **Nota Técnica nº02/2022-SCTIE/MS: Fundamentos e decisão acerca das Diretrizes Terapêuticas para o tratamento farmacológico da Covid-19 (hospitalar e ambulatorial)**. Ministério da Saúde, 20 de janeiro de 2022, número SEI 0024896684.

BRASIL, 2022b. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos **Nota Técnica nº03/2022-SCTIE/MS: Fundamentos e decisão acerca das Diretrizes Terapêuticas para o tratamento farmacológico da Covid-19 (hospitalar e ambulatorial)**. Ministério da Saúde, 24 de janeiro de 2022.

BRASIL. Página 1 da Seção 2 do **Diário Oficial da União** (DOU) de 15 de Fevereiro de 2022. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília/DF, 15 fev. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1167988485/dou-secao-2-16-02-2022-pg-1>>. Acesso em 6 de jan. de 2023.

BRASIL. Governo Federal. Programa Mais Médicos. Médicos pelo Brasil x Mais médicos: o que muda?. **Programa Mais Médicos**. 17 de dez. de 2021. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/noticias/342-medicos-pelo-brasil-x-mais-medicos-o-que-muda>>. Acesso em 03 fev.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. O que mudou com o Programa Médicos pelo Brasil. **Ministério da Saúde**. 21 de ago. de 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/18478>>. Acesso em 03 fev.2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Coronavírus. Brasília, **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>>. Acesso em 04/01/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medicamentos aprovados para tratamento da Covid-19. Brasília: **ANVISA**. s/d. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde incorpora o medicamento tocilizumabe para tratamento da Covid-19 no SUS. Brasília. **Ministério da Saúde**. 13 set. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/ministerio-da-saude-incorpora-o-medicamento-tocilizumabe-para-tratamento-da-covid-19-no-sus>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório para a Sociedade: Tocilizumabe para tratamento de pacientes adultos com Covid-19 hospitalizados. Brasília: **CONITEC**, 2022. Disponível em: <[https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/sociedade/20220914\\_relsoc\\_354\\_tocilizumabe\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/sociedade/20220914_relsoc_354_tocilizumabe_final.pdf)>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Remdesivir**. Brasília: ANVISA, 29 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos/remdesivir>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA aprova registro da vacina da Fiocruz/AstraZeneca e de medicamento contra o coronavírus. **ANVISA**. Brasília, 12 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-registro-da-vacina-da-fiocruz-astrazeneca-e-de-medicamento-contra-o-coronavirus>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fármacos: alterada lista para autorização de exportação. **ANVISA**. Brasília, 01 jul. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/farmacos-alterada-lista-para-autorizacao-de-exportacao>>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Visita de Delegação brasileira a Israel. **Nota a Imprensa**. n°22, Brasília, 06 de mar. de2021. Disponível em: <[https://www.gov.br/mre/pt-br/canais\\_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/visita-de-delegacao-brasileira-a-israel](https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/visita-de-delegacao-brasileira-a-israel)>. Acesso em 24 fev. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **NOTA PÚBLICA**: CNS elucida à sociedade brasileira fatos sobre estudo irregular com proxalutamida. Brasília, 15 out. 2021. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2095-nota-publica-cns-elucida-a-sociedade-brasileira-fatos-sobre-estudo-irregular-com-proxalutamida>>. Acesso em 25 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Aplicativo TrateCov recomendava tratamento precoce da Covid-19. **Tribunal de Contas da União**, 04 de ago. de 2021. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aplicativo-tratecov-recomendava-tratamento-precoce-da-covid-19.htm>>. Acesso em 08 de jan. de 2023.

BUCHILLET, Dominique (org.). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi.

BUTLER, J. 2001. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. LOURO, G. (org). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte, Autêntica. 2001.

BUTLER, Judith. 2003. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Quais os motivos da exclusão do mebendazol e do diclofenaco da RENAME 2010. **BVS**, 06 de jul. de 2010. Disponível em: <<https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-motivos-da-exclusao-do-mebendazol-e-do-diclofenaco-da-rename-2010/>>. Acesso em 10 de mar. de 2024.

CAÇADORES de mitos sobre covid-19. **OPAS**. Disponível em :<<https://www.paho.org/pt/cacadores-mitos-sobre-covid-19>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

CÂNDIDO APURINÃ, Francisco. 2016. O Mundo dos Kusanaty e a Cosmologia Apurinã. **Revista Campos**, vol 17, n.2.

CÂNDIDO APURINÃ, Francisco. 2017. O Mundo Xamânico dos Apurinã: um desafio de interpretações. **Série Antropologia** 458. Brasília, Universidade de Brasília.

CASTRO, Rosana. 2012. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. **RAU: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1.

CASTRO, Rosana. 2012. **No fiel da Balança: Uma etnografia da regulamentação sanitária de medicamentos para emagrecer**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade de Brasília.

CASTRO, Rosana. 2018. **Precariedades oportunas, terapias insulares: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade de Brasília.

CASTRO, Rosana. 2020. Covid-19 e economias da diversidade: uma crítica antropológica da biologização da raça nos ensaios clínicos com vacinas. **Revista ClimaCom**. Ano 7, n. 19.

CASTRO, Rosana. 2021. Mesmo sem comprovação científica...: Políticas de ‘liberação’ da cloroquina. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. Reflexões na pandemia. Rio de Janeiro.

CASTRO, Rosana. 2021b. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Revista Horizontes Antropológicos**, v 27,

CASTRO, Rosana. 2023. Hipócrates contra Protocolos: Experimentos, Experiência e Medicina Baseada em Evidências no Brasil. **Platypus: The Castac Blog**, 25 de julho. Disponível em: <<https://blog.castac.org/multilingual/hipocrates-contra-protocolos-experimentos-experiencia-e-medicina-baseada-em-evidencias-no-brasil/>>. Acesso em 16 de nov. de 2023.

CASTRO, Rosana; ALMEIDA, Rafael. 2017. Testemunho, evidência e risco: reflexões sobre o caso da fosfoetanolamina sintética”. **Revista Anuário Antropológico**, v. 42, n.1.

CAMARANO, Ana Amélia; PINHEIRO, Luana (org.). **Cuidar, Verbo Transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea.

CAMARGO Jr, Kenneth R.; COELI, Claudina M. 2020. A difícil tarefa de informar em meio a uma pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.30(2).

CEPEDISA. 2021. **A Linha do Tempo da Estratégia Federal de Disseminação da COVID 19**. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da Faculdade de São Paulo. São Paulo, 28 de maio de 2021.

CESARINO, Letícia. 2019. Identidade e representação no bolsonarismo: corpo digital do rei, bivalência conservadorismo-neoliberalismo e pessoa fractal. **Revista de Antropologia**., v.62, n.3. São Paulo, USP.

CESARINO, Letícia. 2020a. Como vencer uma eleição sem sair de casa: a ascensão do populismo digital no Brasil. **Internet e Sociedade**, n.1, v.1.

CESARINO, Letícia. 2020b. Coronavírus como força de mercado e o fim da sociedade. **Antropológicas Epidêmicas**. Disponível em: <https://www.antropologicas-epidemicas.com.br/post/coronav%C3%ADrus-come-for%C3%A7a-de-mercado-e-o-fim-da-sociedade>, acesso em 17 de jun. 2023.

CESARINO, Letícia. 2021. Pós-Verdade e a Crise do Sistema de Peritos: Uma explicação cibernética. **Ilha – Revista de Antropologia**. Florianópolis, v.23, n.1.

CFM. 2020. Conselho Federal de Medicina. **Parecer nº04/2020**. Brasília, 16 de abril. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>>, acesso em 16 de nov. 2023.

CHAIB, Júlia; LOPES, Raquel. Secretário pró-cloroquina rejeita recurso contra indicação de kit Covid no SUS. **Folha de São Paulo**, 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/02/secretario-pro-cloroquina-rejeita-recurso-contra-indicacao-de-kit-covid-no-sus.shtml>>. Acesso em 6 jan. 2022.

COMIN. 2014. **Apurinã: povo do Awiri**. São Leopoldo: Editora Oikos.

CONITEC, Canal da. **6ª Reunião Extraordinária da Conitec dia 21/10/2021**. Youtube, 25 out. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vUAtGcyS4bE&t=1299s>>. Acesso em 04 jan.2023.

CONITEC, Canal da. **7ª Reunião Extraordinária da Conitec dia 07/12/2021**. Youtube, 17 dez.2021. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=35UIOTMG5uU>>. Acesso em 04 jan.2023.

CONRAD, Peter. 2007. **Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 2024. Resolução nº 726 de 9 de nov. de 2023. **Diário Oficial da União**. Edição 12, Seção 1, Página 70, 17 de jan. de 2024.

COTA, Letícia. 2023. Documentos mostram que governo Bolsonaro escondeu dados da covid. **Metrópoles**. 28 de jul. de 2023. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/documentos-mostram-que-governo-bolsonaro-escondeu-dados-da-covid>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

COVID-19: ministra Rosa Weber pede manifestação do governo sobre indicação de remédios sem comprovação. **Supremo Tribunal Federal**, 2022. Disponível em <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=480614&ori=1;>>. Acesso em 06 jan. 2023.

COVID: Testes com proxalutamida no AM poderiam ser uma das mais graves violações da América Latina, dizem pesquisadores da Unesco. 2021. **G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/10/11/testes-com-proxalutamida-no-am-sao-uma-das-mais-graves-violacoes-da-america-latina-dizem-pesquisadores-da-unesco.ghtml>>. Acesso em 25 fev. 2023.

CRIADO para divulgar dados sobre covid, consórcio de veículos de imprensa chega ao fim. 2023. **G1**. 28 de jan. de 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2023/01/28/criado-para-divulgar-dados-sobre-covid-consorcio-de-veiculos-de-imprensa-chega-ao-fim.ghtml/>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

CRISE do oxigênio: Um mês após colapso em hospitais, Manaus ainda depende de doação do insumo. 2021. **G1**. Amazonas. 14 de abr. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/14/crise-do-oxigenio-um-mes-apos-colapso-em-hospitais-manaus-ainda-depende-de-doacoes-do-insumo.ghtml>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

DAL POZ, João. 1985. **Relatório de reestudo da área indígena Caitetu, município de Lábrea – AM**. Lábrea/AM: Arquivo CIMI/OPAN.

DANTAS, Carolina. 2021. Venda de remédios sem eficácia comprovada contra a Covid dispara. **G1**. 04 de fev. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/02/04/venda-de-remedios-sem-eficacia-comprovada-contr-a-covid-dispara.ghtml>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

DEMORI, Leandro. 2021. TrateCov: criador da metodologia diz que soube pela imprensa que Ministério da Saúde havia criado app para receitar cloroquina. **The Intercept Brasil**. Disponível em: <<https://theintercept.com/2021/01/23/tratecov-criador-da-metodologia-diz->

que-soube-pela-imprensa-que-ministerio-da-saude-havia-criado-app-para-receitar-cloroquina/>. Acesso em 26 fev. 2023.

DESCLAUX, Alice. 2006. O medicamento, um objeto de futuro na antropologia da saúde. **Revista Mediações**, v. 11, n. 2. Londrina.

DIAS-SCOPEL, Raquel. 2015 [2014]. **A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processos de medicalização entre os índios Munduruku**. Brasília: Paralelo 15.

DIAS, Roger. 2021. Bolsonaro: esquerda não toma ivermectina, pois mata o verme que eles são. **Estado de Minas**. 20 de maio de 2021. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/05/20/interna\\_politica,1268736/bolsonaro-esquerda-nao-toma-ivermectina-fois-mata-o-verme-que-eles-sao.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/05/20/interna_politica,1268736/bolsonaro-esquerda-nao-toma-ivermectina-fois-mata-o-verme-que-eles-sao.shtml)>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

DIEHL, Eliana. 2001. **Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingang** (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). Tese doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saude Publica/Fundacao Oswaldo Cruz, ENSP/FIOCRUZ

DIEHL, Eliana; RECH, Norberto. 2004. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia.

DIEHL, E; GRASSI, F. 2010. O uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 26 (8), ago, 2010.

DIEHL, E; ALMEIDA, L. 2012. Medicamentos em contexto local indígena: A “farmácia caseira” Xokleng, Santa Catarina. **RAU: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1.

DOMÍNGUEZ, Nuño. 2020. Os pioneiros da dexametasona: uso se justifica em casos graves da covid-19, mas pode ser perigoso para o resto. **El País Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-06-18/os-pioneiros-da-dexametasona-uso-se-justifica-em-pacientes-graves-da-covid-19-mas-pode-ser-perigoso-para-o-resto.html>>. Acesso em 24 fev. 2023.

DOMINGOS, Roney. É #FAKE que spray nasal com potencial efeito contra Covid-19 vendido em Israel seja o mesmo que interessou ao governo brasileiro. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/fato-ou-fake/coronavirus/noticia/2021/07/20/e-fake-que-spray-nasal-com-potencial-efeito-contr-covid-19-vendido-em-israel-seja-o-mesmo-que-interessou-ao-governo-brasileiro.ghtml>>. Acesso em 24 fev. 2023.

DUARTE, Melissa. Quem é Maíra Botelho, que comandará secretaria com orçamento de R\$ 68,5 bilhões no Ministério da Saúde. **O Globo**, 2022. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/quem-maira-botelho-que-comandara-secretaria-com-orcamento-de-685-bilhoes-no-ministerio-da-saude-25405943>>. Acesso em 6 jan. 2023.

DUMIT, Joseph. 2012. "Introduction". **Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health**. Durham e London: Duke University Press.

DUMIT, Joseph. 2012. "Mass Health: Illness is a Line You Cross". **Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health**. Durham e London: Duke University Press.

DUMIT, Joseph. 2014. Writing the Implosion: Teaching the World One Thing at Time. **Cultural Anthropology**, Vol. 29, Issue 2.

É #FAKE que dióxido de cloro previne e cura a Covid-19. 2020. **Fiocruz Bahia**. Disponível em: <<https://www.bahia.fiocruz.br/e-fake-que-dioxido-de-cloro-previne-e-cura-a-covid-19/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

EM DOIS meses de 2021 Manaus tem mil mortes a mais do que em 2020. **G1 AM**, 03 de mar. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/03/03/em-dois-meses-de-2021-manaus-tem-mil-mortes-a-mais-do-que-em-2020.ghtml>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

EM MANAUS, cinco pacientes morrem depois de nebulização de cloroquina. 2021. **Estado de Minas**, 14 de abr. de 2021. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/04/14/interna\\_nacional,1256836/em-manaus-cinco-pacientes-morrem-depois-de-nebulizacao-de-cloroquina.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/04/14/interna_nacional,1256836/em-manaus-cinco-pacientes-morrem-depois-de-nebulizacao-de-cloroquina.shtml)>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

EM PARECER, CFM condiciona uso de cloroquina e hidroxicloroquina à critério médico e com consentimento do paciente. 2020. **Sociedade Brasileira de Dermatologia**. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/em-parecer-cfm-condiciona-uso-de-cloroquina-e-hidroxicloroquina-a-criterio-medico-e-com-consentimento-do-paciente/>>. Acesso em 04 de jan. de 2023.

EMPRESÁRIO morto por Covid-19 no AM é um dos que testaram a cloroquina. 2020. **Amazonas Atual**. 25 mar. 2020. Disponível em: <<https://amazonasatual.com.br/empresario-morto-por-covid-19-no-am-e-um-dos-que-testaram-a-cloroquina/>>. Acesso em 25 de fev. de 2023.

ESTÁ com covid? Veja quanto tempo ficar em isolamento. 2022. **G1**. 07 de jun de 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/06/07/covid-isolamento.ghtml>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

FACUNDES, Sidney da Silva. 2000. **The language of the apurinã people of Brasil (Maipure/Arawak)**. Tese de Doutorado. Buffalo: University of New York.

FARFAN, Tainá. 2020. Governo muda protocolo e autoriza hidroxicloroquina para casos leves de Covid-19. **CNN Brasil**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/governo-muda-protocolo-e-autoriza-hidroxicloroquina-para-casos-leves-de-covid-19/>>. Acesso em 04 de jan. de 2023.

FARIAS, Liliane. 2020. Ministério da Saúde apresenta novo protocolo para uso da cloroquina. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/ministerio-saude-apresenta-novo-protocolo-para-uso-cloroquina>>. Acesso em 04 de jan. de 2023.



2023.

FEITOZA, César. 2022. Secretário do Ministério da Saúde pediu demissão de auxiliar que votou contra o kit Covid na Conitec. **CBN**. Disponível em: <<https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/363280/secretario-do-ministerio-da-saude-pediu-demissao-d.htm>>. Acesso em 04 de jan. de 2023.

FERNANDES, Mario Rique. 2018a. **O Umbigo do Mundo: A mitopoética dos índios Apurinã e o espírito ancestral da floresta (AM)**. Tese de doutorado Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social Universidade Federal do Amazonas.

FERNANDES, Mario Rique. 2018b. **Músicas da Floresta: Xikari Ithupakeri Pupykary Sâkire**. Manaus: EDUA.

FERNANDES, Mario Rique. 2023. Uma etnografia sobre os dilemas territoriais do Programa Bolsa-Família entre os índios Apurinã na Amazônia Central. **Revista Mundo Amazônico**, 14(2).

FERRARI, I; et al. 2021. “Tratamento precoce”, vacinação e negacionismo: quem são os Médicos pela Vida no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil?. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n.11.

FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura. 2014. Anthropological perspectives on documents: Ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Vibrant**, vol. 11, n.2.

FERREIRA, Ana Patrícia. 2013. **Léxico da Língua Apurinã: Proposta de um dicionário bilíngue**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Rondônia. Guajará Mirim.

FERREIRA, Luciana; PORTILLO, Jorge; NASCIMENTO, Wanderson. 2013. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.7, n. 4.

FERREIRA, Paula; DUARTE, Melissa. 2021. Relatório de comitê do SUS recomenda não usar 'kit Covid' para pacientes que não estão internados. **O Globo**. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/medicina/relatorio-de-comite-do-sus-recomenda-nao-usar-kit-covid-para-pacientes-que-nao-estao-internados-1-25227381>>. Acesso em 5 jan. 2023.

FIETZ, Helena; ENGEL, Cíntia. Apresentação do Dossiê “O Cuidado e suas Matérias: diálogos entre a antropologia do cuidado e os estudos sociais da ciência e tecnologia”. **Revista Anuário Antropológico**, v. 48, nº1, jan-abr. Brasília: PPGAS/UnB.

FISCHER, Berenice; TRONTO, Joan. 1990. Toward a Feminist Theory of Caring. In: ABEL, Emily; NELSON, Margareth. **Circles of care: Work and identity in women’s lives**. Albany: SUNY Press.

FLEISCHER, Soraya. 2012. Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular Urbano na Ceilândia, DF. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.2.

FONSECA, Claudia; SCALCO, Lucia. 2015. “A Biografia dos Documentos: Uma antropologia das tecnologias de identificação. In: FONSECA, C.; MACHADO, H. (org.). **Ciência, Identificação e Tecnologia de Governo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

FRANCO, Marcelo Horta. 2009. Saúde Indígena e o desmonte das organizações indígenas na Amazônia brasileira. **Adital: notícias da América Latina e Caribe**. 21 de jan. de 2009.

GALLAGHER, James. 2022. Os tratamentos contra covid já disponíveis e como funcionam. **BBC News Brasil**, 25 jan. 2022. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-60111646>>. Acesso em 23 fev. 2023.

GALLOIS, Dominique. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?. In: BUCHILLET, Dominique (org.). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi.

GARCIA, Mariana; PINHEIRO, Lara. Aplicativo do Ministério da Saúde recomenda tratamentos que não funcionam para COVID 19. **G1**, 20 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/01/20/aplicativo-do-ministerio-da-saude-recomenda-tratamentos-que-nao-funcionam-para-covid-19.ghtml>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

GARNELO, Luíza; PONTES, Ana Lucia. 2017. A atuação do agente indígena de saúde no subsistema de saúde indígena: reflexões sobre a diferenciação da atenção. In: SILVA, Cristina Dias; GUIMARÃES, Sílvia. (Org.). **Antropologia e Saúde: diálogos indisciplinados**. Juiz de Fora: Editora da UFJF.

GONÇALVES, Flora. 2020. Medicalização da política: a vida social da cloroquina e seus demais agenciamentos. **Revista Ponto Urbe**. v.27.

GOVERNO Bolsonaro paga influenciadores para defender uso do ‘kit covid’. 2021. **Estado de Minas**, 31 de mar. de 2021. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/03/31/interna\\_politica,1252411/governo-bolsonaro-paga-influenciadores-para-defender-uso-do-kit-covid.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/03/31/interna_politica,1252411/governo-bolsonaro-paga-influenciadores-para-defender-uso-do-kit-covid.shtml)>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

GRAGNANI, Juliana. 2021. Covid: estudo que serviu de base para app TrateCov tem falhas de metodologia. **BBC News Brasil**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57241916>>. Acesso em 26 fev. 2023.

GRASSI, Francielly; DIEHL, Eliana. 2010. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**. V.26, n.8. Rio de Janeiro.

HÁ UM ANO, Manaus enfrentava caos por falta de oxigênio nos hospitais; veja fotos. **G1**. Amazonas. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/ha-um-ano-manaus-enfrentava-caos-por-falta-de-oxigenio-nos-hospitais-veja-fotos.ghtml>. Acesso em 12 de jul de 2022.

HACON, Vanessa; PONTES, Ana Lúcia M.. 2022. A disputa de narrativas em torno dos dados acerca dos impactos da pandemia de covid-19 entre os povos indígenas. In: ALARCON et. Al. 2022. **“A gente precisa lutar de todos as formas”: Povos indígenas e o enfrentamento da covid-19 no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio

da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n.5. 1995.

HARAWAY, Donna. 2004 [1992]. “The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriate Others”. **The Haraway reader**. New York/London: Routledge.

HARAWAY, Donna. 2004 [1995]. “Modest\_Witness@Second\_Millennium”. **The Haraway reader**. New York/London: Routledge, p.223-250.

HARDON, Anita; SANABRIA, Emilia. 2017. Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals. **Annual Review Anthropology**, v. 46, p. 117-132.

HIRABAHASI, Gabriel. 2022. Rosa Weber dá cinco dias para Saúde explicar nota técnica contra vacinas. **CNN Brasil**. Disponível em <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/rosa-weber-da-cinco-dias-para-saude-explicar-nota-tecnica-contravacinas/>>. Acesso em 6 jan. 2023.

HIRD, Myra J. 2009. “Feminist engagements with matter”. **Feminist Studies**. 35(2): 329-346, 2009. <[http://wgss.emory.edu/home/people/faculty/elizabeth\\_wilson.html](http://wgss.emory.edu/home/people/faculty/elizabeth_wilson.html)>, acesso em 18/06/2015.

HIRD, Myra J. 2004. **Sex, gender, and science**. Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.

HULL, Matthew. 2012. “Documents and bureaucracy”. **Annual Review of Anthropology**. n. 41, pp.251-267.

IDOETA, Paula A. 2021. A história de Bolsonaro com a hidroxicloroquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da COVID. **BBC News**. São Paulo, 21 de mai.de 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

JASANOFF, Sheila. 2004. **States of Knowledge: The Co-production of Science and the Social Order**. New York: Routledge.

IBGE. Panorama Censo 2022. Tema: Indígenas. Local: Pauini. Disponível em: <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>>. Acesso em 10 de mar. de 2024.

IBGE. Brasil/Amazonas/Pauini. Panorama. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/pauini/panorama>>, acesso em 20/02/2024.

ISA. 2024. Povos Indígenas no Brasil. Quadro geral dos povos. 01 fev. 2024. Disponível em: <[https://pib.socioambiental.org/pt/Quadro\\_Geral\\_dos\\_Povos](https://pib.socioambiental.org/pt/Quadro_Geral_dos_Povos)>, acesso em 20/02/2024.

ISA. Povos Indígenas no Brasil. Saúde indígena. Disponível em: <[https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde\\_Ind%C3%ADgena](https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena)>. Acesso em 10 de fev de 2024.

JORNAL DA USP. 2022. Vitamina C não cura gripes e resfriados, nem a covid-19. **Fake News Não Pod** #54. 22 de jun. de 2022. Disponível em< <https://jornal.usp.br/podcast/fake-news-nao-pod-54-megadoses-de-vitamina-c-nao-cura-gripes-e-resfriado-nem-a-covid-19/>> . Acesso em 10 de fev. de 2024.

JUCÁ, Beatriz. 2021. Como o Conselho de Medicina silenciou diante do negacionismo de Bolsonaro e abraçou a cloroquina. **El País Brasil**. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-15/como-o-conselho-de-medicina-silenciou-diante-do-negacionismo-de-bolsonaro-e-abracou-a-cloroquina.html>>. Acesso em 04/01/2023.

KIRBY, Vicki; WILSON, Elizabeth A. 2011. “Feminist conversations with V. Kirby and E. A. Wilson”. **Feminist Theory** 12(2): 227-234.

KIT-COVID: 8 em cada 10 brasileiros com a doença utilizaram ivermectina, 5 a mais que a média global. **O Globo**. São Paulo, 11 de jan. de 2023. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2023/01/kit-covid-8-a-cada-10-brasileiros-com-a-doenca-utilizaram-ivermectina-5-a-mais-que-media-global.ghtml>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

KROEMER, Gunter. 1985. **Cuxiuara: o Purus dos indígenas**. São Paulo: Edições Loyola.

LABOISSIERE, P. Governo relança Mais Médicos; brasileiros terão prioridade. **Agência Brasil**. 20 mar. 2023. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-03/governo-relanca-mais-medicos-brasileiros-terao-prioridade>>. Acesso em 30 mar. 2023.

LANGDON, Esther J. 2016. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: LANGDON, J.; GRISOTTI, E. **Políticas públicas: Reflexões Antropológicas**. Florianópolis: Ed. Da UFSC.

LANGDON, Esther Jean. 2018 Salud indígena en Brasil: pluralism medico y autoatención. **Revista Desacatos**, 58, set-dez 2018.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org.). 2004. Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa. Brasília/DF: ABA.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos à Freud**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2001.

LASCO, Gideon; YU, Vincen G. 2022. Pharmaceutical messianismo and the covid-19 pandemic. **Social Science & Medicine**. 292.

LAW, John. 2004. **After Method: Mess in social science research**. New York: Routledge.

LAW, John; MOL, Annemarie. 2002. “Complexities: An Introduction”. In: LAW, J; MOL, A. **Complexities: Social Studies of Knowledge Practices**. Durham and London: Duke University Press.

LAZARIN, Marco Antônio. 1981. **A Descida do Rio Purus: uma experiência de contato interétnico**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Brasília: DAN/UnB.

LIMA, Samuel. Sem eficácia comprovada contra covid-19, azitromicina e ivermectina não devem ser tomados sem prescrição médica. **Estadão**, 11 de mai. de 2020. Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/blogs/estadao-verifica/sem-eficacia-comprovada-contra-covid-19-azitromicina-e-ivermectina-nao-devem-ser-tomados-sem-prescricao-medica/>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

LINDNER, Júlia. 2020. ‘Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, Tubaina’, diz Bolsonaro sobre liberação. **Estadão**. Disponível em: <<https://www.estadao.com.br/saude/quem-e-de-direita-toma-cloroquina-quem-e-de-esquerda-tubaina-diz-bolsonaro-sobre-liberacao/>>. Acesso em 04/01/2023.

LINK, Rogério Sávio. 2016. **Vivendo entre mundos: o povo Apurinã e a última fronteira do Estado brasileiro nos séculos XIX e XX**. Tese de Doutorado em História. Porto Alegre: UFRGS/IFCH.

LINK, Rogério Sávio. 2021. Vivendo na terra do meio: o mito Apurinã revelando a realidade histórica. **Revista Topoi**, v.22, n. 46. Rio de Janeiro.

LOCK, Margareth; NGUYEN, Vinh-Kim. 2010. “Colonial Disease and Biological Commensurability”. In: LOCK, Margareth; NGUYEN, Vinh-Kim. **An Anthropology of Biomedicine**. John Wiley & Sons.

LONGHI, Marcia Reis. 2019. Os dilemas de Ruth: Conexões entre saúde, família e cuidados. **Revista Mundaú**, n.6.

MADEIRO, Carlos. 2021. AM: Estudo de proxalutamida para covid omitiu riscos e direitos a pacientes. **Uol**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/11/17/am-estudo-com-proxalutamida-para-covid-omitiu-riscos-e-diretos-a-pacientes.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em 25 fev. 2023.

MAFRA, Rosana; LASMAR, Dimas; RIVAS, Alexandre. 2020. O consumo de remédios caseiros durante a pandemia do covid-19 e a evidência da bioeconomia. **Nota Técnica**, vol 1, n.7. Departamento de Economia e Análise. Universidade Federal do Amazonas. 10 de jun. de 2020.

MAGRI, Diogo. 2021. ‘Cobaias’ da proxalutamida: como o Brasil entrou no que pode ser uma das infrações éticas mais graves da história. **El País Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-14/a-promessa-de-cura-para-a-covid-19-que-pode-se-tornar-uma-das-infracoes-eticas-mais-graves-da-historia.html>>. Acesso em 25 fev. 2023.

MAGRI, Diogo. 2021. Acusado de crime contra a humanidade na CPI recebeu dose inédita de proxalutamida a paciente com covid-19. **El País Brasil**. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-20/acusado-de-crime-contra-a-humanidade-na-cpi-receitou-dose-inedita-de-proxalutamida-a-paciente-com-covid-19.html>>. Acesso em 26 fev. 2023.

MARICATO, Glaucia; RICHTER, Vitor. 2021. O que fazem os números? Produções, usos e efeitos da quantificação da vida cotidiana. **Revista Mediações**, v. 26, n.2. Londrina.

MARRAS, Stelio. 2012. Os medicamentos e seus ambientes: O local como condição para o universal. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1, jan.-jun., p.235-246.

MARTIN, A., MYERS, N.; VISEU, A. 2015. The politics of care in technoscience, **Social Studies of Science**, v. 45, n.5.

MCCALLUM, Cecília. 2014. Cashinahua perspectives on functional anatomy: Ontology, ontogenesis, and biomedical education in Amazonia. **American Ethnologist**, v.41, n.3.

MCCALLUM, Cecília; ROHDEN, Fabíola. 2015. **Corpo e saúde na Mira da Antropologia: Ontologias, práticas, traduções**. Salvador: Edufba.

MENDES DOS SANTOS, Gilton. (Org.). 2011. **Álbum Purus**. Manaus: Edua.

MENDES DOS SANTOS, G.; APARÍCIO, M. (org.). 2016. **Redes Arawa: ensaios de etnologia do médio Purus**. Manaus: Edua.

MENDES, Isabel Cristina Melo. 2020. Covid-19: principais recomendações do novo protocolo de tratamento do Ministério da Saúde. **PEBMED**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/covid-19-principais-recomendacoes-do-novo-protocolo-de-tratamento-do-ministerio-da-saude/>>. Acesso em 04/01/2023.

MENÉNDEZ, Eduardo. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1).

MENÉNDEZ, Eduardo. 2021. Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares. **Revista de la Escuela de Antropología**, n.18, jan-jun 2021.

MENEZES, Thereza, et.al. 2011. Dois destinos para o Purus: Desenvolvimentismo, socioambientalismo e emergência dos povos tradicionais no sul do Amazonas. In: MENDES DOS SANTOS, Gilton. (Org.) **Álbum Purus**. Manaus: Edua, 2011.

MEYEROWITZ-KATZ, Gideon. 2021. Maior estudo de ivermectina para Covid-19 tem sinais sérios de fraude. **Questão de Ciência**. 19 de jul de 2021. Disponível em: <<https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2021/07/19/maior-estudo-de-ivermectina-para-covid-19-tem-sinais-serios-de-fraude>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **População indígena – SESAI**. 06 de mar. de 2024. Disponível em: <[https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai\\_pop\\_indigena/sesai\\_pop\\_indigena.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html)>, acesso em 10 de mar. de 2024.

MPF se manifesta contra parecer do CFM que admite cloroquina no tratamento da covid-19. 2022. **MPF**. Procuradoria da República em São Paulo. 09 de fev de 2022. Disponível em: <<https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-se-posiciona-sobre-parecer-do-cfm-que-admite-cloroquina-no-tratamento-da-covid-19>>. Acesso em: 01 de abr. de 2023.

MODELLI, Laís. 2021. Após críticas, novo ministro diz que vai unificar protocolos de tratamento hospitalar para pacientes de Covid. **G1**, 17 de mar. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/17/apos-criticas-novo-ministro-diz-que-vai-unificar-protocolos-do-tratamento-hospitalar-para-pacientes-de-covid.ghtml>> Acesso em 22 de mai. de 2021.

MODELLI, Laís. 2020. Vermífugo reduz carga viral, mas não diminui mortes nem sintomas graves, dizem especialistas. **G1**, 23 de out. de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/23/vermifugo-apontado-pelo->

ministerio-da-ciencia-para-tratamento-da-covid-nao-reduz-risco-de-morte-nem-desfechos-graves-analisam-especialistas-sobre-estudo.ghtml>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

MOES, Malu; QUEIROZ, Vitória. 2022. Saúde faz trocas em secretarias após saída de Mayra Pinheiro. **Poder 360**. Disponível em <<https://www.poder360.com.br/governo/saude-faz-trocas-em-secretarias-apos-saida-de-mayra-pinheiro/>>. Acesso em 6 jan. 2023.

Mol, A. (2002). **The Body Multiple: Ontology in medical practice**. Duke University Press.

Mol, A. (2008). **The Logic of Care: Health and the problem of patient choice**. New York: Routledge.

MOL, Annemarie. 2008 [1999]. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES: João A.; ROQUE, Ricardo (org.) **Objectos impuros: Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento.

MOL, Annemarie; MOSER, Ingunn; POLS, Jeannette. 2010. Care: Putting practice into theory. **Care in Practice: On tinkering in clinics, homes and farms**. Verlag: Transcript.

MOTA, C. 2021. Variante do coronavírus: Por que o Japão descobriu antes do Brasil a linhagem do vírus vinda de Manaus. **BBC News Brasil**. São Paulo. 26 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55760161>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

MPV. **MÉDICOS pela Vida: COVID-19**. Disponível em: <<https://medicospelavidacovid19.com.br/>>. Acesso em 03 de mar de 2023.

NADING, Alex. 2014. Local Biologies and the Chemical Infrastructures of Global Health. **HAL archives-ouvertes.fr**. halshs 01063721.

NAKAMURA, Pedro. 2022. Abuso de corticoides no rol dos erros médicos da pandemia. **Extra Classe**. Disponível em: <<https://www.extraclasse.org.br/saude/2022/08/abuso-corticoides-no-rol-dos-erros-medicos-da-pandemia/>>. Acesso em 24 fev. 2023.

NASCIMENTO, Leonardo F; CESARINO, Leticia; FONSECA, Paulo. 2020. “Quando se está morrendo afogado, até jacaré é tronco para se agarrar”: cloroquina e médicos em grupos de direita do Telegram. **Série Lavits\_COVID19\_#22**. 27 de outubro de 2020. Disponível em: <[https://lavits.org/lavits\\_covid19\\_22-quando-se-esta-morrendo-afogado-ate-jacare-e-tronco-para-se-agarrar1-cloroquina-e-medicos-em-grupos-de-direita-do-telegram/](https://lavits.org/lavits_covid19_22-quando-se-esta-morrendo-afogado-ate-jacare-e-tronco-para-se-agarrar1-cloroquina-e-medicos-em-grupos-de-direita-do-telegram/)>. Acesso em 16 de nov. de 2023.

NASCIMENTO, Tiago Heliodoro. 2022. **Entre a medicina e a branquitude: as políticas de ações afirmativas em um ambiente de formação médica em Belo Horizonte**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal de Minas Gerais.

NEUMAN, Camila. 2021. Conheça os medicamentos contra Covid-19 aprovados para uso emergencial no mundo. **CNN Brasil**, 09 nov. 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/conheca-os-medicamentos-contracovid-19-aprovados-para-uso-emergencial-no-mundo/>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

NICHTER, Mark; VUCKOVIC, Nancy. 1994. Agenda for na anthropology of pharmaceutical practice. **Social Science & Medicine**, vol.39 n. 11. Elsevier Science ltd.

O QUE FEZ o jornalista acusado de hackear app do governo que receitava cloroquina. 2021. **Brasil de Fato**. 25 de maio de 2021. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/05/25/o-que-fez-o-jornalista-acusado-de-hackear-app-do-governo-que-receitava-cloroquina>>. Acesso em 08 de jan. de 2023.

OLIVEIRA, R. 2020. Em colapso pelo coronavírus, Manaus enterra 1.249 em duas semanas e já teme falta de caixões. **O Globo**. 25 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/em-colapso-pelo-coronavirus-manaus-enterra-1249-em-duas-semanas-ja-teme-falta-de-caixoes-24388568>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

OMS recomenda ivermectina contra Covid-19 apenas em ensaios clínicos. 2021. **ONU News**, 31 de mar de 2021. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2021/03/1746312>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

ONGOING Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics Options: Summary of Evidence. Rapid Review. **PAHO – Institutional Repository for Information Sharing**. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719?locale-attribute=pt>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

OPAS adverte contra uso de produtos à base de cloro como tratamento para COVID-19. **2020. OPAS**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-8-2020-opas-adverte-contr-uso-produtos-base-cloro-como-tratamento-para-covid-19>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

OPAS. 2022. A Resistência aos Antimicrobianos, formentada pela pandemia de covid-19. Organização Pan-Americana de Saúde. **Informe de política**, novembro de 2021. Disponível em: <[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55936/OPASCDEAMRCOVID19220006\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55936/OPASCDEAMRCOVID19220006_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 10 de fev. de 2024.

ORTEGA, Francisco; ORSINI, Michael. 2020. Governing covid-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the colapse of public health leadership. **Global Public Health**, v. 15, n.9.

PAGNO, Marina. 2022. Secretário pró-cloroquina troca de cargo no Ministério da Saúde. **GZH**. Disponível em <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/02/secretario-pro-cloroquina-troca-de-cargo-no-ministerio-da-saude-ckzpnq8as001s0188gw5aio18.html>>. Acesso em 6 de jan. de 2023.

PAHO. 2024. **Pan American Health Organization**. Coronavirus Disease (COVID-19). Disponível em: <<https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic>>. Acesso em 20 de fev. de 2014.

PAINEL de compras COVID-19. **Compras.gov.br**. Disponível em: <<https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/1ddb773f-0254-4c9c-9b5c-b70602688bb3/page/2nwRB>>. Acesso em 28 fev. 2023.



PANDEMIA da covid-19 na vida dos povos indígenas. 2020. **Vukápanavo: Revista Terena**. nº03 out/nov.

PARA Hélio Angotti Neto, tabela que consta em nota técnica foi descontextualizada e debate está sendo suprimido. São Paulo, 24 jan. 2022. **Facebook: Jovem Pan News**. Disponível em: <<https://www.facebook.com/jovempnews/posts/10158942638281472/>>. Acesso em 6 jan. 2023.

PARREIRA, Marcelo. Ministério da Saúde desiste de remédio que Governo anunciou como capaz de “salvar vidas”. **TV Globo**, Brasília, 11 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/01/11/covid-ministerio-da-saude-desiste-de-remedio-que-governo-anunciou-como-capaz-de-salvar-vidas.ghtml>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

PASSARINHO, Natalia. 2021. Coronavírus: Chefes de UTIs ligam ‘kit Covid’ a maior risco de mortes no Brasil. **BBC News**. Londres, 23 de mar. de 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56457562>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

PATRICIO, Karina; et al. 2022. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n. 2.

PATRIOLINO, Luana. 2022. Secretário pede exoneração de técnica que votou contra kit covid. **Correio Brasiliense**. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2022/01/4975612-secretario-pede-exoneracao-de-tecnica-que-votou-contr-kit-covid.html>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

PAUINI. 2020a. Estado do Amazonas. Município de Pauini. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº14/2020 PMP/GP de 19 de março de 2020.**

PAUINI. 2020b. Estado do Amazonas. Município de Pauini. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº15/2020 PMP/GP de 20 de março de 2020.**

PAUINI. 2020c. Estado do Amazonas. Município de Pauini. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº18/2020 PMP/GP de 30 de março de 2020.**

PAUINI. 2020d. Estado do Amazonas. Município de Pauini. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº41/2020 PMP/GP de 23 de abril de 2020.**

PAUINI. 2021a. Estado do Amazonas. Município de Pauini. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº039/2021 PMP/GP de 11 de janeiro de 2021.**

PAUINI. 2021b. Estado do Amazonas. Município de Pauini. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº068/2021 PMP/GP de 11 de janeiro de 2021.**

PAUINI, 2021. Prefeito Municipal. Secretário de Saúde. Vigilância Epidemiológica. Vigilância Sanitária. **Plano Municipal de Enfrentamento e Contingência ao Corona Vírus (COVID-19) do Município de Pauini-AM**. Abril de 2021.

PAZUELLO mente ao afirmar que ministério nunca recomendou ‘tratamento precoce’ para Covid. **G1**, Brasília, 18 de jan. de 2021. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/01/18/pazuello-diz-agora-que-ministerio-orienta-atendimento-precoce-e-nao-tratamento-precoce.ghnm>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

PAZUELLO reafirma compromisso do Brasil no enfrentamento à Covid-19: “O tratamento precoce faz a diferença”. **Ministério da Saúde**, 03 de dez. de 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/pazuello-reafirma-compromisso-do-brasil-no-enfrentamento-a-covid-19-201co-tratamento-precoce-faz-a-diferenca201d>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

PEBMED: Oferecendo segurança e confiabilidade através de conteúdos de saúde para sua tomada de decisão. **PEBMED**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/quem-somos/>>. Acesso em 27 fev. 2023.

PETRYNA, Adriana; BIEHL, João. 2013. Critical Global Health. In: PETRYNA, Adriana; BIEHL, João (org). **When people come first: critical studies in global health**. Princeton University Press.

PENSANTES, Maria A.; GIANELLA, Camila. 2020. Y la salud intercultural? Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. **Revista Mundo Amazônico**, v.11, n.2.

PIGNARRE. 1999. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Editora 24.

PINHEIRO, Lara. 2022. Ministério da Saúde rejeita diretrizes da Conitec de não usar 'kit Covid' para tratamento em pacientes no SUS. **G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/01/21/ministerio-da-saude-diretrizes-conitec-de-nao-usar-kit-covid-para-tratamento-em-pacientes-no-sus.ghnm>>. Acesso em 7 jan. 2023.

PINHEIRO, Victor. 2021. Spray com potencial efeito anticovid vendido em Israel não é o mesmo que interessou governo brasileiro. **Estadão**. Disponível em: <<https://www.estadao.com.br/estadao-verifica/spray-com-potencial-efeito-anticovid-vendido-em-israel-nao-e-o-mesmo-que-interessou-governo-brasileiro/>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

POLS, Jannette. 2023 [2010]. Trazendo corpos – e cuidados de saúde – “de volta”: Explorando o conhecimento prático na vida de pessoas com doença crônica. **Revista Novos Debates**, v.9, n.1.

POLS, Jannette. 2023 [2011]. Praticidades de tirar o fôlego: Uma política de posições do pacientes corporificadas. **Revista Novos Debates**, v.9, n.1.

PORTO, Douglas. Ministério da Saúde reduz quarentena para sete dias em casos leves de covid-19. **CNN Brasil**. São Paulo. 10 de jan. de 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ministerio-da-saude-reduz-quarentena-para-sete-dias-em-casos-leves-de-covid-19/>>. Acesso em 12 de jul de 2022.

PREFEITURA de Manaus faz valas comuns em cemitério para enterrar vítimas de coronavírus. **G1**. Amazonas. 21 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/21/prefeitura-de-manau-faz-valas>>

comuns-em-cemiterio-para-enterrar-vitimas-de-coronavirus-veja-video.ghtml>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

QUEM Somos. **Expedicionários da Saúde**. Disponível em: <<https://eds.org.br/quem-somos/>>. Acesso em 27 fev. 2023.

RAMOS, Alcida Rita. 2012. The Politics of Perspectivism. **Annual Review of Anthropology**, vol. 41.

REIS, Fábio. 2020. Governo publica protocolo que libera a cloroquina para casos leves de covid-19. **Pharma.com.br**. Disponível em: <<https://pfarma.com.br/coronavirus/5616-protocolo-cloroquina.html>>. Acesso em 04/01/2023.

RELATÓRIOS do Planalto confirmam que Bolsonaro escondeu mortes de covid e ignorou risco de colapso na Saúde. **Istoé**. 28 de jul. de 2023. Disponível em: <<https://istoe.com.br/relatorios-do-planalto-confirmam-que-bolsonaro-escondeu-mortes-da-covid-e-ignorou-risco-de-colapso-na-saude/>>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

RILES, Anelise. 2006. Introduction: In Response. In: RILES, A. (org.) **Documents: Artifacts of modern knowledge**. University of Michigan Press.

ROCHA, Lucas. 2022. Sotrovimabe: conheça o anticorpo monoclonal recomendado pela OMS contra a Covid-19. **CNN Brasil**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/sotrovimabe-conheca-o-anticorpo-monoclonal-recomendado-pela-oms-contra-a-covid-19/>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

ROCHA, Lucas. 2022. Saúde incorpora o medicamento tocilizumabe para tratamento da Covid-19 no SUS. **CNN Brasil**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/saude-incorpora-o-medicamento-tocilizumabe-para-tratamento-da-covid-19-no-sus/>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

ROCHA, Lucas; FIGUEIREDO, Caroline. 2022. OMS recomenda dois novos medicamentos para tratamento de pacientes com Covid-19. **CNN Brasil**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/oms-recomenda-dois-novos-medicamentos-para-tratamento-de-pacientes-com-covid-19/>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

RODRIGUES, I. 2021. Pacientes ficam até 4 horas em ambulâncias em busca de leito covid em Rio Branco: ‘vivemos um caos’. **G1**. Rio Branco/AC. 17 de mar. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2021/03/17/pacientes-ficam-ate-4-horas-em-ambulancia-em-busca-de-leito-covid-em-rio-branco-vivemos-um-caos.ghtml>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

ROHDEN, Fabíola. 2017. Vida saudável *versus* vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. **Horizontes Antropológicos**, ano 23, n.47.

RUNWAL, Priscila. 2021. A instável ciência por trás do uso de ivermectina no tratamento da covid-19. **National Geographic**, BTR, 12 de set. de 2021. Disponível em: <<https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2021/09/a-instavel-ciencia-por-tras-do-uso-de-ivermectina-no-tratamento-da-covid-19>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

SALOMON, Marta. 2021. “Queima” de cloroquina pré-CPI. **Piauí**. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/queima-de-cloroquina-pre-cpi/>>. Acesso em 04 de jan. de 2023.

SASSINE, Vinicius. 2021. Por provas MPF salva vídeos em que Bolsonaro e Pazuello divulgam tratamento precoce. **Folha de São Paulo**, 04 de fev. de 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/02/por-provas-mpf-salva-videos-em-que-bolsonaro-e-pazuello-divulgam-tratamento-precoce.shtml>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

SASSINE, Vinicius. Saúde distribui 265 mil comprimidos de medicamentos sem eficácia comprovada para tratar Covid-19 em indígenas. **Folha de São Paulo**, 24 mai. 2021. Disponível em; <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/saude-distribuiu-265-mil-comprimidos-de-medicamentos-sem-eficacia-comprovada-para-tratar-covid-19-em-indigenas.shtml>>. Acesso em 27 fev. 2023.

SAÚDE desiste de remédio Annita, defendido pelo governo para tratar COVID-19. **Poder 360**, 12 de jan. de 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/brasil/saude-desiste-de-remedio-annita-defendido-pelo-governo-para-tratar-covid-19/>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

SCHIEL, Juliana. 1999. **Entre padrões e civilizadores: Os Apurinã e a política indigenista no médio rio Purus na primeira metade do século XX**. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.

SCHIEL, Juliana. 2004. **Tronco velho: histórias Apurinã**. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Campinas: Unicamp/IFCH.

SCHIEL, Juliana; SMITH, Maira. 2008. **Levantamento Etnoecológico das Terras Indígenas do Complexo Médio Purus I: Peneri/Tacaquiri, Água Preta/Inari, Catipari/Mamoriá, Seruini/Marienê e Tumiã**. Brasília: FUNAI/PPTAL/GTZ.

SCHIAVON, Fabiana. 2021. O que são os anticorpos monoclonais aprovados para tratamento da Covid-19. **Veja Saúde**. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-sao-os-anticorpos-monoclonais-aprovados-para-tratamento-da-covid-19/>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

SCHIAVON, Fabiana. 2022. Ivermectina: o eu é, para que serve e como funciona esse medicamento. **Veja Saúde**. 05 de mai. de 2022. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/ivermectina-o-que-e-para-que-serve-e-como-funciona-esse-medicamento/>>. Acesso em 03 de mar. de 2023.

SCHREIBER, Mariana. 2020. Por que é improvável que Bolsonaro seja investigado pelo Tribunal Penal Internacional. **BBC News**, Brasília, 27 de jul. de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53463746>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

SCHUCH, Matheus. 2019. Conselho de Medicina autoriza uso da hidroxicloroquina no início da Covid-19. **Valor Econômico**. Disponível em: <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/04/23/conselho-de-medicina-autoriza-uso-da-hidroxicloroquina-no-inicio-da-covid-19.ghtml>>. Acesso em 04 de jan. de 2023.

SCHELP, Diogo. 2021. Novo relatório para Conitec mantém rejeição a remédios do kit covid. **Uol**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/diogo-schelp/2021/10/20/novo-relatorio-para-conitec-mantem-rejeicao-a-remedios-do-kit-covid.htm>>. Acesso em 5 de jan. de 2023.

SECRETÁRIO da Saúde diz que pedido de afastamento é ‘tentativa de assassinato de reputação’. 2022. **Jovem Pan**. Disponível em: <[https://jovempan.com.br/programas/os-pingos-nos-is/secretario-da-saude-diz-que-pedido-de-afastamento-e-tentativa-de-assassinato-de-reputacao.html?fbclid=IwAR0vv\\_nxaxWhsrT4qX3NoRjnEI4HudG4KDuEqkheHW-lgZEpDZzx39JNNYc](https://jovempan.com.br/programas/os-pingos-nos-is/secretario-da-saude-diz-que-pedido-de-afastamento-e-tentativa-de-assassinato-de-reputacao.html?fbclid=IwAR0vv_nxaxWhsrT4qX3NoRjnEI4HudG4KDuEqkheHW-lgZEpDZzx39JNNYc)>. Acesso em 6 de jan. de 2023.

SEGATA, Jean; SCHUCH, Patrice; VICTORA, Ceres; DAMO, Arlei. 2021. Covid-19. Antropologias de uma pandemia. **Revista Horizontes Antropológicos**, n.59. Porto Alegre.

SEMSA Pauini. Atualização de Dados em 25/11/2020. Pauini, 25 de nov. de 2020. **Facebook: SEMSA Pauini**. Disponível em: <<https://www.facebook.com/semsapauini/photos/pb.100069297756009.-2207520000..187634882996962/?type=3>>. Acesso em 12 de jul. de 2022.

SCOPEL, Daniel; DIAS-SCOPEL, Raquel; WIJK, Flávio. 2013. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.6.

SCOPEL, Daniel, et al. Os povos indígenas e a covid-19. **Espaço Ameríndio**, vol.15, n.2. Porto Alegre, mai./ago.

SILVA, Cristina Dias da. 2021. Interculturalidade e atenção diferenciada: apontamentos para um debate sobre a política de saúde indígena brasileira em tempos de crise sanitária. **Espaço Ameríndio**, v. 15, n. 2. Porto Alegre, mai./ago.

“SOLIDARITY” clinical trial for COVID-19 treatments. **WHO**. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

SOUZA, Murilo. 2021. Projeto obriga serviços de saúde a fornecer dióxido de cloro para tratar a Covid-19. **Agência Câmara de Notícias**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/728085-PROJETO-OBRIGA-SERVICOS-DE-SAUDE-A-FORNECER-DIOXIDO-DE-CLORO-PARA-TRATAR-A-COVID-19>>. Acesso em 24 fev. 2023.

SOUZA, Renan. 2021. Farmacêuticas dizem ter criado remédio com 85% de eficácia contra a Covid-19. **CNN Brasil**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/farmaceticas-dizem-ter-criado-remedio-contr-a-covid-19-com-85-de-eficacia/>>. Acesso em 8 de jan. de 2023.

STF dá cinco dias para o Ministério da Saúde explicar nota antivacina. 2022. **Jornal Nacional**. Disponível em <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/01/26/stf-da-cinco-dias-para-o-ministerio-da-saude-explicar-nota-antivacina.ghtml>>. Acesso em 6 de jan. de 2023.

SUBSTITUTA de defensor da cloroquina na Saúde diz que tema está ‘encerrado’. 2022. **Uol**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2022/02/17/saude-cloroquina-tema-encerrado.htm>>. Acesso em 6 jan. 2023.

SUNDER RAJAN, Kaushik. 2017. **Pharmocracy: Value, Politics, and Knowledge in Global Biomedicine**. Durham and London: Duke University Press.

TAN, Michael; LASCO, Gideon. 2021. ‘Hawa’ and ‘resistenciya’: Local health knowledge and the covid-19 pandemic in the Philippines. **Anthropology & Medicine**. Routledge.

TOI, Staff. Senior Brazil delegation in Israel for talks on Israeli anti-COVID nasal spray. **The Times of Israel**, 2021. Disponível em: <<https://www.timesofisrael.com/senior-brazil-delegation-in-israel-for-talks-on-israeli-anti-covid-nasal-spray/>>. Acesso em 24 de fev. de 2023.

TOMPSON, A; MANDERSON, L.; CHANDLER, I. 2021. Understanding antibiotic use: practices, structures and networks. **JAC Antimicrobial Resistance**. Oxford University Press.

UMA história de impacto. **AFYA**. Disponível em: <<https://afya.com.br/sobre/historia>>. Acesso em 27 de fev. de 2021.

USO de medicamentos do ‘kit Covid’ pode ter provocado a morte de três pessoas em SP; outro paciente fez transplante de fígado. **G1**. São Paulo 29 mar. de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/03/29/uso-de-medicamentos-do-kit-covid-pode-ter-provocado-a-morte-de-tres-pessoas-em-sp-outro-paciente-fez-transplante-de-figado.ghtml>>. Acesso em 22 de mai. de 2021.

VALECIO, Marcelo. Uso de microbianos para covid-19 aumentou resistência a esses medicamentos. **ICTQ. Pós Graduação**. Disponível em: <<https://ictq.com.br/farmacia-clinica/3161-uso-de-antimicrobianos-para-covid-19-aumentou-resistencia-a-esses-medicamentos>>. Acesso em: 10 de fev. de 2024.

VALENTE, Fernanda. 2022. Justiça nega suspensão de parecer do CFM que permite uso da cloroquina. **O Tempo**. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/politica/judiciario/justica-nega-suspensao-de-parecer-do-cfm-que-permite-uso-da-cloroquina-1.2618252>>. Acesso em 04/01/2023.

VALVERDE, R. 2020. Doses altas de cloroquina não são indicadas pelo estudo clorocovid-19. **Agência Focruz de Notícias**. 20 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/doses-altas-de-cloroquina-nao-sao-indicadas-pelo-estudo-clorocovid-19>>. Acesso em 25 de fev. de 2023.

VAN DER GEEST, Sjaak. 2018. Pharmaceuticals. In: CALLAN (Ed.). **The International Encyclopedia of Anthropology**, vol. 9. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.

VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan. 2011 [1989]. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. [tradução] **Revista Sociedade e Cultura**, v.14, n.2, Goiânia, jul/dez 2011.

VAN DER GEEST, Sjaak; CHAMBERLAIN, Kerry. 2011. Researching the Life Stages of Medicines. Introduction. Special Half-issue. Life Stages of Medicines. **MAT Medische Antropologie**. Vol.23, n.2

VARGAS, Matheus. 2023. Governo Bolsonaro escondeu projeções de casos e mortes na pandemia. **Estado de Minas**. 28 de jul. de 2023. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2023/07/28/interna\\_politica,1526312/governo-bolsonaro-escondeu-projecoes-de-casos-e-mortes-na-pandemia.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2023/07/28/interna_politica,1526312/governo-bolsonaro-escondeu-projecoes-de-casos-e-mortes-na-pandemia.shtml)>. Acesso em 10 de fev. de 2024.

VENTURA, Deyse. 2020. Há indícios significativos para que autoridades brasileiras, entre elas o presidentes, sejam investigadas por genocídio. Entrevista concedida a Eliane Brum. **El País**, 22 jul 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-07-22/ha-indicios-significativos-para-que-autoridades-brasileiras-entre-elas-o-presidente-sejam-investigadas-por-genocidio.html>>. Acesso em 20 de fev. de 2021.

VIANNA, Adriana. 2014. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: CASTILHO, S.; LIMA, A. C. S.; TEIXEIRA, C. (orgs.). **Antropologia das práticas de poder: reflexões entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: Contracapa/FAPERJ.

VILLARINHO, Marina. 2020. **Nos caminhos da castanha entre os Apurinã**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade de Brasília.

VIRTANEN, Pirjo Kristiina. 2015. Fatal Substances: Apurinã's Dangers, Movement and Kinship. **Indiana**, vol.32. Berlim: Ibero-Amerikanisches Institut, Stiftung Preußischer Kulturbesitz.

VIRTANEN, Pirjo Kristiina. 2015. Redes terrestres na região do Rio Purus que conectam e desconectam os povos Aruak. In: MENDES DOS SANTOS, G.; APARÍCIO, M. (org.). 2016. **Redes Arawa: ensaios de etnologia do médio Purus**. Manaus: Edua.

VIRTANEN, Pirjo Kristiina; GIL, Laura Pérez. Health as Living in Tranquility: Dialogues with the Apurinã and Yaminawa in Indigenous Brazilian Amazonia. In: RUUSKANEN, Esa; HAKOSALO, Heini (ed.). **In Pursuit of Healthy Environments: Historical Cases on the Environment-Health Nexus**. London, New York: Routledge.

VIRTANEN, Pirjo Kristiina; APURINÃ, Francisco; FACUNDES, Sidney. 2021. Amazonian worlds of other-than-human beings and the Apurinã through the materiality of oral stories. **Multilingua**. De Gruyter Mouton.

VIVEIROS de CASTRO. 1996. Pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. **Revista Mana**, v. 2, n.2.

WAGNER, Alfredo; ACEVEDO, Rosa; ALEIXO, Eriki. 2020. **Pandemia e Território**. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA.

WHO advises that ivermectin only be used to treat COVID-19 within clinical trials. **WHO**, 31 de mar. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-advises-that-ivermectin-only-be-used-to-treat-covid-19-within-clinical-trials>>. Acesso em 22

de mai. de 2021.

WHO, World Health Organization. 2023. **Therapeutics and COVID-19: Living Guideline**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1487671/retrieve>>, acesso em 16/11/2023.

WILLIAMS, Simon; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. 2011. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociology of Health & Illness**, Hoboken, v. 33, n. 5, p. 710-725.

WILSON, Elizabeth A. 2004. "Introduction". **Psychosomatic: feminism and the neurobiological body**. Durham: Duke Univ Press, pp.1-14.

ZAW, Yuzana K.; BAWK, Já S.; HUTCHISON, Cool. 2022. Negotiating authoritarian law and (dis)order: medicines, drug shops, and regulators in a poor Yangon suburb. **Critical Public Health**, 32: 5.

ZIRBEL, Ilze. 2016. **Uma Teoria Político-feminista do Cuidado**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Universidade Federal de Santa Catarina.



## APÊNDICE A

### Quadro A-1 – Síntese das informações das entrevistas

<b>Participantes da entrevista (identificados por cargo/função)</b>	<b>Data das entrevistas</b>	<b>Local da entrevista</b>
<b>Profissionais do Polo Base de Pauini</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica em enfermagem A</li> <li>• Enfermeiro</li> </ul>	19/09/2020	Minha casa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissional da gestão do Polo (técnico em enfermagem indígena)</li> </ul>	20/11/2020	Polo Base
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica em enfermagem B (indígena)</li> </ul>	15/12/2021	Minha casa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médica do Polo</li> </ul>	23/12/2021	Hotel em Rio Branco/AC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira do Polo Base</li> </ul>	22/12/2021	Polo Base de Boca do Acre/AM
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica em enfermagem C (indígena)</li> </ul>	01/02/2022	CTL/Funai
<b>Profissional do DSEI</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissional da gestão do DSEI</li> </ul>	24/01/2022	DSEI
<b>Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretária Municipal de Saúde (gestão até 2020)</li> <li>• Coordenador da Vigilância Epidemiológica</li> </ul>	06/11/2020	Hospital de Pauini
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira SEMSA</li> </ul>	18/11/2021	Casa da Enfermeira
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretário Municipal de Saúde (gestão a partir de 2021)</li> <li>• Servidora da SEMSA, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica</li> </ul>	16/12/2021	SEMSA

Indígenas		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Secretária Geral da Coordenação Executiva da OPIAJ</li> </ul>	01/11/2020	Minha casa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Senhora Apurinã</li> </ul>	01/10/2021	Aldeia São Benedito
<ul style="list-style-type: none"> <li>AIS</li> <li>Cacique</li> </ul>	14/10/2021	Aldeia Boa União
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cacique</li> <li>AIS</li> <li>Conselheira do Conselho Local de Saúde Indígena CLSI)</li> <li>Professor</li> <li>Cinco moradores da aldeia (que não possuem cargos/funções que eu consiga identificar)</li> </ul>	27/10/2021	Aldeia Karuá
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cacique</li> <li>AIS</li> <li>Professor A</li> <li>Professor B</li> <li>Agente Ambiental Indígena (AAI) A</li> <li>Agente Ambiental Indígena (AAI) B</li> <li>Conselheiro do Conselho Local de Saúde Indígena CLSI)</li> </ul>	25/11/2021	Aldeia Nova Vista
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pajé</li> </ul>	26/11/2021	Aldeia Nova Vista
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cacique</li> <li>AIS (esposa do Cacique)</li> </ul>	09/02/2022	Aldeia Kakory

## APÊNDICE B

Tabela B-1 - Aldeias por Terra Indígena 2023

<b>Terra Indígena</b>	<b>Aldeias</b>	<b>Tempo aproximado deslocamento cidade – aldeia, voadeira 40HP</b>
Água Preta/Inari	Mipiri	25min
	Atukatxi	30min
	Kasiriqui	30min
	Mariepare	1h
	Yopiã	1h
	Castanheira	1h30min
	São Francisco	1h40min
	Nova Esperança	1h40min
Guajahaã	Guajahaã	30min
Catipari/Mamoriá	Kamarapu	1h
	Kakory I	1h30min
	Kakory II	1h30min
	São Jerônimo	1h30min
	Santo Antônio da Catipari	2h
	Karuá	4h
	Kayriko	7h30min
Camadeni	Aldeia Nova	8h
Baixo Seruini	Maloca	3h
	Penedo	3h10min
	Nova Vida	3h20min
	Kamarapa	3h30min
Seruini/Marienê	Bom Jesus	3h40min
	Virada Nova	5h
	Marienê	5h
Peneri/Tacaquiri	Kasiriã	5h30
	São José do Tacaquiri	1h
	Cachoeira	4h
	Kasiri	1h30min
	Nova Floresta	2h
	Nova Vista	2h30min
	Maripuí	3h
	Vera Cruz	4h30min
	Boa União	5h
	Jagunço II	5h30min
Sãkoã/Santa Vitória	Sãkoã	30min
	Santa/Vitória	1h
Kapyra/Kanakury	São Benedito	1h30min
	São Raimundo	3h
	Morada Nova	3h30min
	Xamakery	5h
Inauini/Teuini	Tocimão	7h

## APÊNDICE C

### Resumo da história de *Tsura*

No começo do mundo ocorreu um grande dilúvio (algumas versões falam em incêndio), do qual escaparam três irmãs (há versões que falam em duas) – uma delas *Iakuneru*, mãe de *Tsura*. Elas escaparam subindo em um pé de jenipapo, levando um talo de açaí e outro de buriti, a partir das orientações da coruja. Com o de açaí bateram no pé de jenipapo para que ele crescesse e a água não as alcançasse. Esperaram a descida das águas (mais de mês), para bater com o talo de buriti para que o pé de jenipapo diminuísse e pudessem descer.

Quando desceram, as irmãs se depararam com *Maiwruparu*, uma velha monstruosa que descera do céu e comia os ossos das pessoas desobedientes. Os ossos dos obedientes ela juntava em um paneiro para fazer maniva – dando origem às plantas cultivadas. A velha obrigou as irmãs a acompanharem-na, queria que elas se casassem com seus filhos. Quando chegaram à casa da velha, viram que o filho era apenas uma cabeça. As irmãs foram aconselhadas a fugir, e seguiram viagem – buscando seus parentes. Nesse trajeto, as irmãs se envolvem em várias tramas (que não vou descrever aqui), envolvendo potenciais alianças – relações com parentes não humanos – que levam ao afastamento das irmãs de *Iakuneru*, a partir de quem continuamos o resumo da narrativa.

*Iakuneru* chegou à casa de um velho e sua esposa (parentes) e lá começou a receber visitas em sua rede, de um homem misterioso. Para descobrir quem era, se pintou de jenipapo certa noite. No dia seguinte o *mexikana* do sol estava pintado, revelando que ele era o amante misterioso.

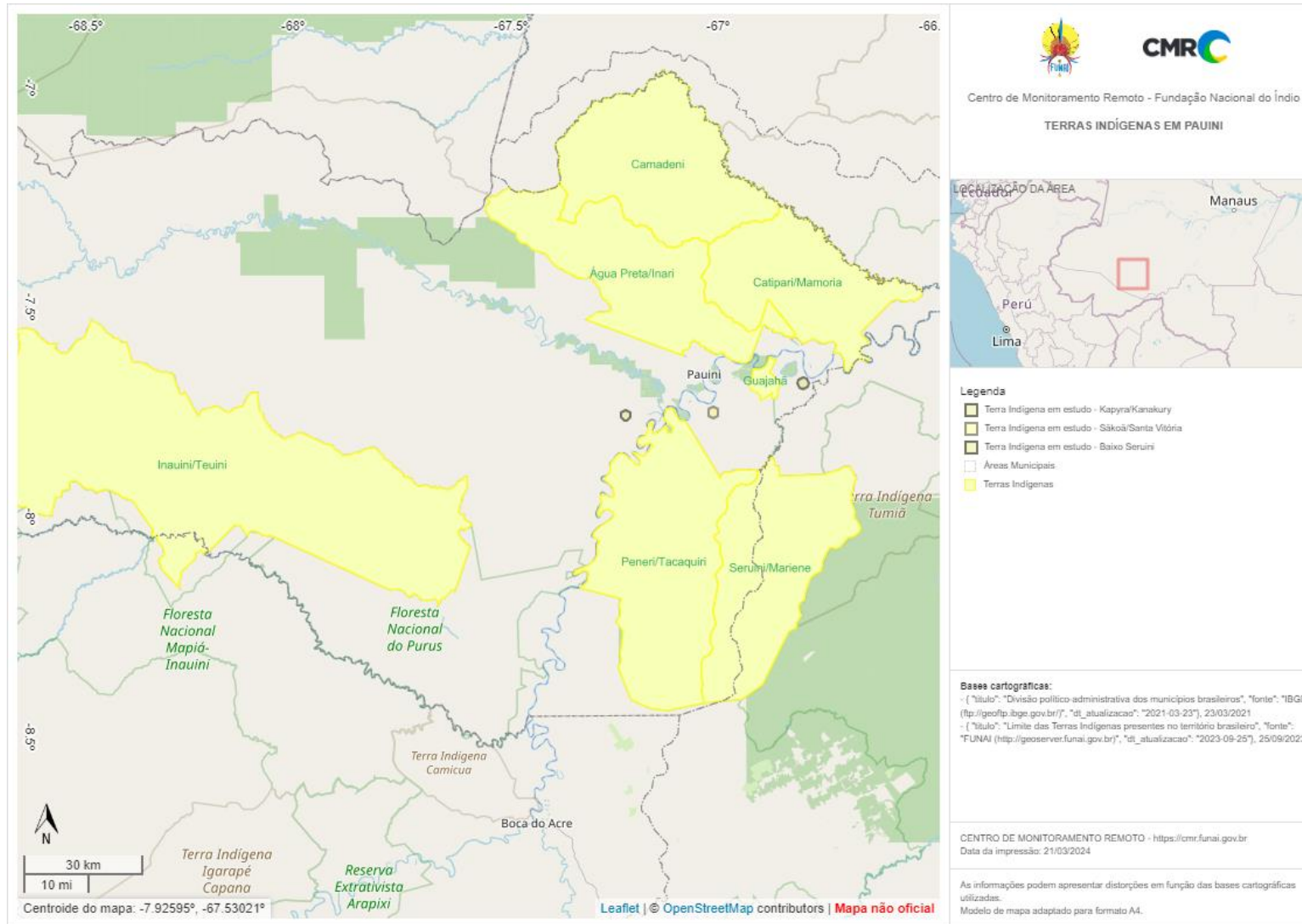
Grávida, *Iakuneru* seguiu viagem em busca de seus parentes, mas errou o caminho – a partir de travessuras de *Tsura* que conversava com ela em sua barriga – e chegou na casa de uma velha, com seu marido, *Katsamaãũtery*, e seus filhos – uma aldeia inimiga. A velha criou estratégias para esconder *Iakuneru* por um tempo, mas o marido descobriu e a matou. Partiu seu corpo e comeu, mas jogou as tripas em um algodoeiro. Nesse algodoeiro nasceram passarinhos, que eram *Tsura* (o menor e mais esperto) e seus irmãos. A velha/avó cuidava escondido dos passarinhos, que depois se tornaram gente. Quando mais velhos, *Tsura* e seus irmãos tramam a vingança pela morte de sua mãe. Com uma série de artimanhas mataram cada um dos filhos e depois o velho. A avó descobriu que mataram seu marido e filhos e, ao seguir os meninos de *Iakuneru*, seu cacete caiu, ao passar em uma ponte, e virou peixes. Os netos a chamam para seguir viagem com eles, mas ela não foi e se tornou inambu.

*Tsura* fez uma cobra coral com um tapiti e a cobra o engoliu. Os irmãos passam a perseguir a cobra, com ajuda de vários pássaros, e ela fugia mudando de poços, até que conseguiram colocar pedras para impedir a passagem da cobra. Para tirar *Tsura* de dentro da cobra, chamaram vários bichos e nenhum conseguia furar o corpo da cobra. Apenas a ariramba pequenininha conseguiu furar a cobra. Ao sair da barriga da cobra, *Tsura* deu origem ao mundo, estava preparando várias coisas enquanto estava na barriga da cobra – há versões que ele saiu com armas e com uma mulher, *Kosanato*, outras com artefatos como tanga e pulseiras, além do arco e flecha – e a partir dessa saída que ele criou as pessoas, de diferentes povos.

*Tsura* submeteu os homens a várias provas, nas quais os Apurinã e outros povos indígenas não se saíram tão bem quanto os não-indígenas. Dentre os testes estava, por exemplo, tirar cipó – de forma a quebrar mais alto, preservando a planta; dançar com *Kosanato* – irmã de *Tsura*; atirar com espingarda, e os indígenas se saem melhor com arco e flecha. Não se sair bem nesses testes explicaria o porquê de os Apurinã serem “poucos” em relação aos cariú (brancos) e serem “divididos”.

## APÊNDICE D

Figura D-1 - Mapa das Terras Indígenas em Pauini



Fonte: Autoria própria, através da plataforma Centro de Monitoramento Remoto Funai