

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM INSTITUTO DE
FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – IFCHS PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA – PPGAS

RICCARDO RELLA

URBANIDADES INDÍGENAS

UMA ETNOGRAFIA DAS MEDICINAS NO CONTEXTO URBANO DE MANAUS

MANAUS/AM

2024

RICCARDO RELLA

URBANIDADES INDÍGENAS

UMA ETNOGRAFIA DAS MEDICINAS NO CONTEXTO URBANO DE MANAUS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Antropologia – PPGAS, como requisito
parcial para obtenção do título de Doutora em
Antropologia.

Linha de Pesquisa: Cidades, patrimônio e práticas culturais
urbanas.

Orientador: Prof. Alfredo Wagner Berno de Almeida

MANAUS/AM

2024

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

R383u Rella, Riccardo
 Urbanidades Indígenas - Uma etnografia das medicinas no contexto
 urbano de Manaus / Riccardo Rella. - 2024.
 163 f. ; 31 cm.

 Orientador(a): Alfredo Wagner Berno de Almeida.
 Tese (doutorado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa de
 Pós-Graduação em Antropologia Social, Manaus/AM, 2024.

 1. Medicina Tradicional. 2. Biomedicina. 3. COVID-19. 4. Antropologia
 Urbana. I. Almeida, Alfredo Wagner Berno de. II. Universidade Federal do
 Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. III.
 Título

RICCARDO RELLA

URBANIDADES INDÍGENAS

UMA ETNOGRAFIA DAS MEDICINAS NO CONTEXTO URBANO DE MANAUS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Antropologia – PPGAS, como requisito parcial para obtenção do título de
Doutora em Antropologia.

Linha de Pesquisa: Cidades, patrimônio e práticas culturais urbanas.

Orientador: Prof. Alfredo Wagner Berno de Almeida

Aprovado em 29/08/2024

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Alfredo Wagner Berno de Almeida (Orientador)/ Presidente
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Professora Dra. Ana Carla dos Santos Bruno/ Membro Interno
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Professora Dra. Maria Helena Ortolan/ Membro Interno
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Professora Dra. Sheilla Borges Dourado/ Membro Externo
Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Professora Dra. Patrícia Maria Portela Nunes/ Membro Externo
Universidade Estadual do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a FAPEAM pela ajuda fundamental que a bolsa de doutorado representou ao longo da minha pesquisa. Poder ter uma estabilidade financeira como migrante no Brasil foi fundamental para eu poder acabar com meus estudos e finalizar essa tese.

Agradeço muito meu orientador Alfredo Wagner Berno de Almeida pelo suporte que me deu ao longo dos anos de pesquisa e de cursos no doutorado, me ajudando muito a organizar minhas ideias e meu trabalho e me orientando através de leituras fundamentais para entender o contexto amazônico. Os conselhos de leituras e de escrita foram muito importantes para conseguir finalizar meu trabalho, assim como as suas aulas foram fundamentais para aprender a história dos movimentos sociais da Amazônia.

Agradeço meus pais e minha família na Itália, porque foram sempre muito solidários com minhas escolhas de vida, mesmo se isso significou ficar muito longe deles por anos, sobretudo nos anos terríveis da pandemia. Espero, daqui em diante de poder conseguir ir visitar vocês mais frequentemente na Itália e vocês consigam vir na Amazônia me visitar quando puder.

Obrigado Ianna, meu amor, para ter sido paciente durante os meses desse último ano, de produção difícil dessa tese. Sua ajuda foi fundamental para conseguir superar essas dificuldades e finalizar o trabalho, e seu carinho foi fundamental para me ajudar a superar os momentos difíceis quando a escrita não procedia como esperado. Você foi o melhor presente desses anos de doutorado, e sou muito grato de ter te conhecido e te ter na minha vida cada dia. Te amo muito.

E agradeço muito todas as pessoas que conheci nesses anos de doutorado, os meus colegas de turma, os professores e os colaboradores que conheci fazendo campo. Obrigado João Paulo, Iván, Carla e Ovídio do Bahserikowi, trabalhar com vocês foi maravilhoso e espero que a estrutura possa continuar funcionando por muitos anos. Obrigado aos colegas da turma, em particular aos que ficaram amigos pela vida, em particular Ítala, Vinicius e Sílvia. E obrigado a todos os professores do PPGAS, foi um prazer e uma

honra conhecer vocês e aprender nas vossas aulas. Aprendi muito com todos vocês e contribuíram todos a fazer desses anos uma experiencia inesquecível e fundamental para mim.

RESUMO

Essa tese tenta analisar a resistência médica indígena que está se organizando na cidade de Manaus, seja nas ocupações urbanas, seja no centro da cidade com a ação do Centro de Medicina Indígena – Bahserikowi, focando em particular na resposta que foi organizada pelo associacionismo indígena durante a crise pandêmica do 2020 e 2021. Minha análise visa enquadrar a crise da pandemia de COVID-19 como mais uma epidemia da longa história de crise sanitárias trazidas na área amazônica através das dinâmicas coloniais e neocolônias que caracterizaram Manaus desde a época da economia gomífera.

Depois desse enquadramento histórico, foquei minha atenção na resposta indígena à pandemia, que deixou os povos nativos sozinhos no enfrentamento do vírus, num contexto político caracterizado por um claro darwinismo social, onde as camadas mais pobres e os indígenas foram completamente esquecidos e tiveram que organizar uma resistência. Nessa resposta, a medicina tradicional teve um papel fundamental e representa uma reapropriação dos povos nativos dos meios de cura, que foram subalternizados e despreziados pela biomedicina ao longo dos últimos decênios.

O combate indígena à COVID-19 em Parque das Tribos evidencia como o uso muito difuso das medecinas tradicionais não tenha sido em oposição ao uso dos remédios e terapias biomédicas, mas ao contrário tenha sido um jeito de responder com os próprios meios de cura a uma crise gravíssima, onde os nativos não tiveram nenhuma ajuda do estado e do serviço de saúde. Através das medecinas tradicionais, os povos indígenas urbanos recolocaram o atendimento ao paciente no centro da prática médica, em oposição ao crescente mercantilismo da biomedicina.

Palavras chaves: Povos indígenas urbanos; Medicinas indígenas; Pandemia; Biomedicina.

ABSTRACT

This thesis attempts to analyze the indigenous medical resistance that is being organized in the city of Manaus, whether in urban occupations or in the city center with the action of the Center for Indigenous Medicine – Bahserikowi, focusing in particular on the response that was organized by indigenous associationism during the pandemic crisis of 2020 and 2021. My analysis aims to frame the crisis of the COVID-19 pandemic as another epidemic in the long history of health crises brought in the Amazon area through the colonial and neocolonial dynamics that have characterized Manaus since the time of the gum economy.

After this historical framework, I focused my attention on the indigenous response to the pandemic, which left native peoples alone in confronting the virus, in a political context characterized by a clear social Darwinism, where the poorest layers and the indigenous people were completely forgotten and had to organize a resistance. In this response, traditional medicine played a fundamental role and represents a reappropriation of the means of healing by the native peoples, which have been subordinated and depreciated by biomedicine over the last decades.

The indigenous fight against COVID-19 in Parque das Tribos shows how the very widespread use of traditional medicines has not been in opposition to the use of biomedical medicines and therapies, but on the contrary has been a way of responding with their own means of healing to a very serious crisis, where the natives did not have any help from the state and the health service. Through traditional medicine, urban indigenous peoples have put patient care back at the center of medical practice, as opposed to the growing commercialism of biomedicine.

Keywords: Urban indigenous peoples; Indigenous medicines; Pandemic; Biomedicine.

SUMARIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I: As epidemias na história do Amazonas	14
1.1 Gênese social da situação de saúde indígena no Amazonas.....	14
1.1.1 As doenças como armas coloniais.....	18
1.1.2 Situação socio-sanitária de Manaus e da Amazonia durante a economia gomífera...	25
1.1.3 A viagem de Oswaldo Cruz e a tentativa de saneamento do Amazonas.....	31
1.1.4 Segunda guerra mundial, expansão da biomedicina e última fase da economia gomífera	41
1.1.5 Saúde Pública na Manaus moderna.....	47
1.2 O macro contexto da pandemia de COVID-19	53
1.2.1 Uma nova dinâmica estado-biomedicina	56
1.2.2 A economia neoliberal e o COVID-19.....	61
1.2.3 A chegada da COVID-19 ao Brasil e sua situação socio-sanitária.....	65
1.2.4 Conclusões	71
CAPÍTULO II: Medicinas tradicionais indígenas no século XXI.....	73
2.1 – Crise e readaptação da medicina indígena em contexto urbano.....	78
2.1.1 O processo de formação de expertos de medicina Tukano e os desafios da urbanização indígena.....	78
2.1.2 – Medicinas tradicionais e associações indígenas no século XXI.....	84
2.2 O Centro de Medicina Indígena – Bahserikowi	91
2.2.1 A história do nascimento do CMI	93
2.2.2 – Funcionamento e dificuldades encontradas pelo Bahserikowi.....	98
2.3 – A pandemia de COVID-19 no Amazonas, a resposta indígena e o papel do CMI	106
2.3.1 – A COVID-19 na Amazônia.....	106
2.3.2 – A ação das associações indígenas durante a pandemia em Manaus e no Alto Rio Negro.....	113
CAPÍTULO III: A pandemia em Manaus e a resistência indígena	118
3.1 Composição e situação socio-sanitária das ocupações indígenas de Manaus: o exemplo de Parque das Tribos	121
3.2 A crise pandêmica em Manaus	131
3.3 A pandemia nas ocupações urbanas	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS	149

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
---	------------

INTRODUÇÃO

Objetivos e estrutura da tese

Essa pesquisa nasceu com o objetivo de fazer uma análise da situação socio-sanitária da população indígena da cidade de Manaus, dentro de uma perspectiva de antropologia da saúde, com particular foco nas práticas de cura e consumo de fármacos biomédicos. Outro objetivo primário teria sido uma documentação das interações entre medicina biomédica e medicinas tradicionais. Mas os acontecimentos dos últimos dois anos revolucionaram profundamente esse primeiro projeto de pesquisa. Quando, nos primeiros meses do 2020 foi claro que a pandemia de COVID-19 não teria sido um evento epidêmico breve, temporâneo e circunscrito, mas algo bem mais duradouro e de expansão global, decidi de mudar o foco da minha pesquisa de doutorado para poder documentar como a população indígena de Manaus respondeu à crise pandêmica. Seria impossível e insincero não ter a pandemia e sua inqualificável ‘gestão’ pelo governo federal e estadual como tema central nesse estudo, considerando como isso afetou grandemente as comunidades indígenas amazônicas e quais consequências letais a COVID trouxe.

Os trágicos acontecimentos dos dois anos de crise pandêmica resumem a corrente de erros que foram feitos nas últimas décadas de implementação do ‘estado mínimo’, sonho da economia neoliberal. Após decênios de cortes dos orçamentos estatais de saúde, juntos com a perda de direitos trabalhistas e uma cada vez maior comercialização da medicina, a situação não podia ser mais precária para a presente pandemia ter a maior força possível. Nesse cenário, os povos indígenas de Manaus se encontram numa das posições mais difíceis: desde séculos subalternizados, o saber médico tradicional longamente desprezado e pensado como inferior a biomedicina, numa condição de violência estrutural extremamente difícil. A pandemia de COVID, última no tempo de uma longa fila de epidemias que dizimaram a população indígena, nos obriga a enquadrar esses fenômenos também como uma ferramenta do colonialismo.

Minha tese, na sua primeira forma, já pretendia pesquisar as violências estruturais que o presente sistema econômico exercia sobre a população indígena em Manaus; a presente pandemia somente exacerbou e colocou mais evidentes e urgentes essas reflexões. As dinâmicas do poder biomédico, a violência estrutural das instituições estaduais e federais, as dificuldades das condições materiais de existência, problemas já graves antes, se agravaram por causa da pandemia, deixando os povos nativos das ocupações urbanas completamente sozinhos na resposta médica à crise.

Meu trabalho, nessa nova forma começará, então, contextualizando a crise pandêmica do ponto de vista histórico. A COVID-19, especialmente pela população indígena local, é vista como a última de uma longa fila de outras epidemias que aconteceram nas Américas desde o contato e que ameaçaram ao longo do tempo a sobrevivência dos povos indígenas. Nesse primeiro capítulo, tentarei também traçar uma história do poder biomédico na região amazônica e como a prática médica mudou desde a época da economia gomífera.

Depois dessa necessária introdução histórica, irei me concentrar no passado recente, enquadrando a crise pandêmica no contexto da crise do estado social e tentando mostrar como as políticas neoliberais que erodiram o acesso universal à saúde sejam responsáveis pelas necropolíticas do atual governo brasileiro. Particular foco será dedicado à situação sanitária das comunidades indígenas urbanas de Manaus, tentando evidenciar como a violência estrutural que cerca essas comunidades, contribuiu a piorar a situação da saúde, abrindo brecha para o contágio da COVID-19 se difundir. Também, irei analisar qual situação jurídica as comunidades indígenas urbanas se encontram, para evidenciar como as violências estruturais se concretizam na força da lei. Essas necessárias análises históricas das epidemias e das condições materiais de existência das comunidades indígenas urbanas serão fundamentais para enquadrar a atuação do presente governo Bolsonaro. As necropolíticas do governo federal são uma filiação direta das medidas mortais que foram aplicadas ao longo dos séculos pelos colonizadores portugueses e depois pelos fazendeiros brasileiros ao penetrar em território indígena, onde através de uma planejada exposição da população indígena aos contágios (varíola, gripe e sarampo entre outros) para eliminá-las sistematicamente dos territórios prestes a serem ocupados. Do mesmo jeito, a COVID-19 foi criminalmente utilizada para deixar que eliminasse inteiras populações aldeadas, para poder explorar sucessivamente os territórios esvaziados, num claro projeto neocolonialista (VILHAÇA, 2020).

No segundo capítulo tentarei analisar as formas de “resistência médica” organizadas, notavelmente a iniciativa do Centro de Medicina Indígena com o qual teve a honra de colaborar ao longo de toda a minha estadia em Manaus, desde 2018. Nesse capítulo, grande atenção será colocada na relação assimétrica biomedicina- medicinas tradicionais indígenas. No contexto da presente pandemia de COVID-19, o poder biomédico foi exercido ao máximo da sua força desde as grandes campanhas de vacinação contra varíola e febre amarela das décadas de '60 e '70. Esse poder teve questionamentos, sobretudo pelo presidente e apoiadores, com tentativa constantes de ingerência no operado médico e cooptação política de quantos mais doutores possíveis para administrar remédios ineficazes (cloroquina e ivermectina entre outros) e desvalorizar os remédios de comprovada eficácia (vacinas). Instituições como o Centro de Medicina Indígena – Bahserikowi tiveram sempre um cunho crítico nos abusos do poder biomédico e as campanhas de desvalorização das tradições médicas indígenas. Meu objetivo nesse capítulo será evidenciar como a crise pandêmica tenha impactado essas organizações e de qual jeito.

No terceiro capítulo irei abordar o impacto da COVID-19 nas ocupações indígenas da cidade de Manaus, principalmente focando no Parque das Tribos. Nesse contexto de extrema marginalização e subalternidade, irei pesquisar sobre as estratégias de respostas que essas populações deram à crise, quais as dificuldades enfrentadas e como conseguiram organizar-se nessa época difícil. Em particular, irei me concentrar sobre o papel que tiveram as medicinas tradicionais indígenas dentro das ocupações, quanto foram utilizadas para enfrentar a COVID-19 e como a população local se relacionou com os profissionais biomédicos nesses anos de crise. Quero pesquisar como as necropolíticas do governo Bolsonaro tenham afetado a população indígena e se os remédios ineficazes frequentemente endossados pela administração federal, como a cloroquina e a ivermectina, tenham sido consumidos e em que quantidade nas ocupações.

Metodologia aplicada

Esse trabalho se insere no campo da Antropologia da Saúde e na Antropologia do Corpo e da Doença. Particular atenção será dedicada às práticas médicas utilizadas pelos indígenas urbanos em resposta à crise pandêmica, qual papel tiveram as formas de curas tradicionais e como foram utilizados os escassos recursos biomédicos. Outra temática fundamental serão as relações que se formam entre biomedicina e medicinas tradicionais num lugar como Manaus onde convivem numerosas formas e tradições de cura, para tentar documentar como foi enfrentada a presente crise pandêmica e quais foram os desafios, as dificuldades e as estratégias de sobrevivência.

Na primeira parte da minha tese, tentarei construir um quadro histórico das pandemias amazônicas, e ao mesmo tempo documentar como a biomedicina conseguiu, lentamente e com muitas dificuldades, se instalar na região. Tentarei enquadrar a presente crise em ótica histórica, evidenciando quais foram as estratégias de sobrevivência dos povos indígenas do Amazonas ao longo dos séculos, e quais os desafios dos médicos numa região onde a saúde sempre foi subalterna às dinâmicas de trabalho, nos seringais como nas fabricas da zona franca.

No segundo e terceiro capítulo analisarei a situação pandêmica em Manaus e como se organizou a resistência médica indígena. Com entrevistas e trabalho de campo feito no Centro de Medicina Indígena – Bahserikowi tentarei mostrar como as associações indígenas estão construindo plataformas e projetos de revitalização das medicinas tradicionais nativas, e como isso teve um papel fundamental na organização das resistências médicas em Manaus e no interior do Amazonas.

No terceiro capítulo me concentrarei nas ocupações indígenas da capital, focando principalmente em Parque das Tribos e como os povos das comunidades conseguiram se organizar e combater a crise pandêmica sem nenhuma ajuda por parte do estado. Tentarei evidenciar como a presença da medicina tradicional foi de importância fundamental para contrastar os efeitos nefários da COVID-19 e como as iniciativas indígenas foram capazes de salvar dezenas de vidas num contexto de abandono e subalternização extremas. Sobretudo, tentarei mostrar como o uso da medicina tradicional nas ocupações, quando

os recursos biomédicos estavam quase completamente ausentes, representou um momento de reapropriação dos meios de cura e uma tentativa de reverter as dinâmicas capitalistas do mercado da saúde biomédica, que progressivamente está esquecendo e deixando de lado indígenas, negros e as camadas mais pobres da população.

CAPÍTULO I: As epidemias na história do Amazonas

1.1 Gênese social da situação de saúde indígena no Amazonas

Nenhum evento da história recente catalisou a atenção do mundo inteiro como a pandemia de COVID-19, levando qualquer campo do conhecimento e qualquer setor da economia a se concentrar em combater ou enfrentar a crise socio-sanitária por ela desencadeada e que ainda afeta grandemente o mundo inteiro. Eventos inusitados como o *lockdown* quase total que conseguiu parar o mundo, as mudanças de hábitos, o afastamento social, o medo e o negacionismo são só algumas faces de uma época que tem poucos paralelos na história, pelo menos a esse nível de difusão global. Um quantitativo já enorme de produtos de pesquisas dos mais diversos campos de conhecimento foi publicado e divulgado nesse período, e cada um deles retorna uma face localizada do impacto tremendo da COVID-19.

Essa pesquisa pretende localizar a pandemia no âmbito da região metropolitana de Manaus e arredores, concentrando a atenção sobre as formas de reação e de luta dos povos indígenas urbanos, já grandemente esquecidos e subalternizados pelo poder estadual e federal. Primeiramente, é importante evidenciar como a presente pandemia seja somente a última epidemia a afetar os povos indígenas do continente americano em uma longa corrente de eventos que dizimaram suas populações tradicionais durante os últimos cinco séculos. Ao longo do tempo, inúmeras foram as epidemias que afetaram os povos indígenas das américas, trazidas e difundidas pelos colonizadores europeus. As epidemias, desencadeadas pelo contato entre colonizadores e povos indígenas, foram letais tanto quanto, se não mais ainda, do que a violência bélica que foi exercida pelos colonizadores, e esses eventos moldaram em muitos casos as modalidades de assento e moradia dos sobreviventes nos séculos sucessivos (VILHAÇA 2020).

Por séculos, os indígenas brasileiros tiveram que enfrentar fenômenos epidêmicos em sucessão, fossem eles de gripe, varíola, sarampo, catapora e outras doenças, tentando elaborar estratégias de combate ao contágio e adaptando as concepções médicas

tradicionais para incluir as novas ameaças trazida pelos contatos cada vez mais frequentes e estáveis com os colonizadores.

O simples contágio do encontro entre humanos daqui e de lá fez com que essa parte da população desaparecesse por um fenômeno que depois se chamou epidemia, uma mortandade de milhares e milhares de seres. Um sujeito que vinha da Europa e descia numa praia tropical largava um rasto de morte por onde passava. O indivíduo não sabia que era uma peste ambulante, uma guerra bacteriológica em movimento, um fim de mundo, tampouco o sabiam as vítimas que eram contaminadas. Para os povos que receberam aquela visita e morreram, o fim do mundo foi no século XVI. (KRENAK 2019)

Para poder falar da pandemia de COVID-19, preciso então começar meu trabalho fazendo um levantamento histórico das epidemias passadas no Amazonas e assim contextualizar o presente fenômeno evidenciando o que há de similar e diferente ao passado. Uma diferença se mostra logo: a pandemia é a primeira epidemia que restituiu aos colonizadores o sentido de impotência, que provavelmente os povos indígenas sentiram cada vez que um surto de varíola, sarampo, gripe ou outras doenças explodia numa aldeia, dizimando a população. Se a ‘gripe espanhola’ do 1919-20 ficou como a primeira real pandemia registrada na história da biomedicina, naquela época os recursos da ‘medicina ocidental’ eram muito limitados, e não tinha se construído ainda o sentimento de invencibilidade que acompanhou o operar biomédico desde a segunda metade do século XX. Pela primeira vez vivenciamos o sentimento de constante ameaça de fim do mundo que acompanhou a vida dos povos indígenas americanos desde o contato.

Infelizmente, no trabalho de coleta de informações e dados históricos, o que faz mais falta são justamente os arquivos de dados biomédicos, que foram esparsamente mantidos nos decênios da economia gomífera e que frequentemente se perderam ou foram destruídos, ou mesmo não registrados. O trabalho de reconstrução das condições de saúde do Amazonas, particularmente no século XIX e primeira metade do século XX, consiste num desafio de grandes proporções e nesse trabalho irei simplesmente descrever uma história social dos problemas sanitários da Amazonia.

Os dados sobre as condições de saúde da época do esplendor da borracha já são escassos e lacunosos, mas quando a tarefa é aquela de reconstruir o tamanho da mortalidade nas épocas anteriores, o trabalho fica ainda mais difícil. A tarefa de quem pretende trabalhar com a história das doenças nos povos indígenas amazônicas nos primeiros séculos da colonização, será aquela de coletar e confrontar o maior número de fontes e informações possíveis nos relatos dos colonizadores e tentar encontrar um equilíbrio entre as versões demasiadamente redutivas das mortes pós-contato e os relatos que aumentam excessivamente o número de mortes.

Séculos de exploração colonial da Amazonia fizeram com que os povos indígenas e a força de trabalho, constituída por pobres e escravos ou semiescravos, fossem *de facto* totalmente excluídas da história da região. A saúde, e particularmente as mortes por doenças, viraram tabus em diferentes épocas da exploração, e se não faltam relatos sobre as destruições violentas das aldeias indígenas ou a repressão das revoltas da força de trabalho. Muito mais difícil é obter informações sobre o real impacto dos morbos na Amazonia (GALVÃO 2003). A saúde foi um luxo que somente a camada mais rica da população de Manaus pude acessar durante a época da borracha, enquanto para a população urbana mais pobre, era garantida somente se a produtividade do trabalho fosse ameaçada diretamente. Para os indígenas, acesso a qualquer forma de serviço de saúde público foi barrado por muito tempo, enquanto as práticas médicas tradicionais eram discriminadas pela igreja como bruxaria e para os biomédicos como um vestígio de superstição que precisava ser abandonado quanto antes.

A cortina de silêncio sobre o impacto da exploração da região amazônica sobre a saúde indígena é algo que acompanha essa terra desde o primeiro contato. E hoje, num mundo extremamente interconectado e onde numerosas ONGs e organizações, indígenas, nacionais ou estrangeiras operam no Amazonas, o impacto da pandemia de COVID-19 foi grandemente subestimado pela administração federal atual e os números que foram relatados por essas organizações constantemente questionados e colocado em dúvida. Os êxitos desastrosos do contato foram constantemente amenizados na linguagem oficial e os relatos efetivos foram edulcorados ou silenciados e censurados, numa tentativa de remoção completa das culpas e responsabilidades para o que é efetivamente uma das maiores operações de ‘limpeza étnica’ da história (KRENAK 2019, VILHAÇA 2020, RAMOS 1993).

Decênios de estudos pós-coloniais na antropologia e arqueologia sul-americanas conseguiram quebrar aos poucos essa cortina de silêncio e acumular dados sobre a história do continente, antes e depois o contato. Tentarei fazer um quadro desses estudos, me concentrando sobretudo na região amazônica, focando particularmente na história da fundação e expansão histórica da cidade de Manaus.

1.1.1 As doenças como armas coloniais

Como dito, a pandemia de COVID só é o último de uma longa lista de surtos epidêmicos e de contágios de ampla escala na bacia amazônica e no continente americano. A história dos povos indígenas, desde a “descoberta” do Brasil por Cabral, foi caracterizada por uma mortalidade enorme e constante por causa das doenças novas que os europeus estavam trazendo do outro lado do oceano. A taxa de contágios e a virulência das epidemias indígena foram altíssimas ao longo dos séculos sucessivos ao contato e impactaram fortemente cada aspecto da vida das populações originárias das Américas. Os relatos dos primeiros colonizadores tendiam a subestimar o tamanho da população indígena antes do contato, diminuindo ao mesmo tempo implicitamente o impacto em vidas humanas das epidemias e das violências, ou em algum caso, a relatar enormes níveis populacionais.

Mas recentemente o aumento de escavações arqueológicas na bacia amazônica, junto com uma análise mais filológica e rigorosa dos relatos históricos, desenham um quadro extremamente diferente. Permanece muito difícil estabelecer um número exato de indivíduos que habitassem a Amazonia, mas atualmente as estimativas ficam entre 4 e 15 milhões (VILHAÇA 2020, HECKENBERGER 2008), muito mais do que se pensava anteriormente.

O relato anterior de Carvajal, que acompanhara a descida de Orellana em 1541, referia-se à grande densidade populacional do Amazonas, ao elevado nível de desenvolvimento material das comunidades indígenas e, sobretudo, à sua agressividade em face da presença dos espanhóis. O próprio padre Antônio Vieira, que assumiu a política de proteção dos índios do Maranhão e Pará, a partir do 1653, informou que somente na primeira metade daquele século foram exterminados mais de dois milhões de índios e desapareceram acima de quinhentas grandes aldeias.
(ACUÑA 1994 p.20-21)

As estimativas variam muito, mas vai se fortalecendo a hipótese de que a bacia amazônica fosse a área mais densamente habitada da América do Sul antes do contato. Certamente as violências dos colonizadores, as ‘caças ao indígena’ na procura de escravos, as

destruições das aldeias com tropas foram fatores determinantes pelo desaparecimento de inteiras etnias da bacia amazônica.

Hoje desabitado por populações indígenas. [médio e baixo Rio Negro (ndr)] Foi um dos grandes centros de fornecimento de escravos, para a região de Belém, como relata o padre João Daniel, estimando esse tráfico em mais de 3000000 de indígenas no espaço de 200 anos. (LOUREIRO 1982)

Mas houve com constância, desde o primeiro contato, adversários invisíveis dos povos indígenas amazônicos: as doenças que foram trazidas da Europa ao longo dos séculos. Por milênios as populações locais tinham individuado os lugares insalubres da região amazônica, evitando de morar nessas áreas, e construindo um saber médico de longa duração que conseguisse enfrentar as doenças difusa na área. Mas o choque do contato destruiu esse equilíbrio, forçando as populações a fugirem dos próprios territórios e se mudar para áreas mais insalubres e afastadas.

A ocupação colonial é sedentária, e rapidamente o um forte militar virava um vilarejo e o vilarejo virava uma pequena cidade. Essa urbanização progressiva modificou profundamente e definitivamente o meio ambiente, através de desmatamento, desvio do curso de rio e igarapés, cultivo intensivo e criação de gados. Isso impactou diretamente o equilíbrio da região amazônica desde o começo da colonização: habitats de numerosas espécies de animais foram sistematicamente destruídos e a presença de seres humanos afugentou os predadores locais, deixando roedores proliferar e criando assim um lugar favorável à difusão de doenças. O afastamento das aves aumentou a presença de insetos, e numa região povoada por seres humanos aumentou consideravelmente as possibilidades de espalhamento de doenças, como a malária, que se difundem por meio dos insetos como vetores (GALVÃO 2003). Os desequilíbrios ambientais serão um evento cada mais frequente, e na época da borracha virarão ameaças enormes, como falarei daqui a pouco.

Manaus é um exemplo perfeito desse processo de urbanização rápida, com o centro habitado que rapidamente virou uma cidade de importância local e, com a exploração da borracha, mundial, com dezenas de milhares de habitantes estáveis já no século XIX e

uma constante circulação de pessoas que chegavam na cidade em busca de trabalho ou para fechar negócios. O embalance econômico entre as elites locais e a força de trabalho abrigada em condições de vida e de moradia extremamente precárias será outro fator determinante para fazer que Manaus virasse uma cidade constantemente ameaçada de surtos epidêmicos.

As doenças, em particular as virais, tendem a mutar chegando em contato com novas espécies de animais, ou infectando corpos humanos que não tenham as defesas imunitárias preparadas pelo contágio. Isso ficou evidente e muito bem documentado durante a presente pandemia, mas é um fenômeno que acompanha todos os surtos epidêmicos. No caso do COVID-19, o vírus mudou numerosas vezes, aumentando de letalidade passando da China para Europa, e sucessivamente aumentando seu poder de infecção até, finalmente, ficar extremamente contagioso, mas muito menos letal na sua variante *omicron*, possivelmente mudando cada vez graças a interposição de um contágio animal-homem (WEI JI 2020). Do mesmo jeito, as doenças que chegaram da Europa com os colonizadores encontraram biomas completamente diferentes, infectando animais diferentes e entrando em contato com populações humanas que não tinham tido contato precedente com esses agentes patogênicos. Um exemplo disso foi a altíssima mortalidade por causa da gripe, um vírus que pelos europeus tinha efeitos relativamente leves por causa de uma prolongada convivência com esse agente patogênico que contribuiu ao fortalecimento do sistema imune dos colonizadores, a diferencia dos povos indígenas que não tinham defesas contra o contágio e seus efeitos. A virulência da gripe poderia ter se fortalecido também pelo novo bioma que encontrou nas américas e pelas novas espécies de animais que infectou, mudando. Outro exemplo, de signo oposto, pode ser individuado na sífilis, que com toda probabilidade se originou nas Américas e chegou na Europa nos navios comerciais. Os historiadores da medicina e antropólogos médicos concordam em falar que a versão da sífilis presente no continente americano tenha sido aparentemente muito mais mansa da forma que chegou na Europa, trazida pelos primeiros navios comerciais de volta em Barcelona (GALVÃO 2003, WALLACE 2020).

A Manaus da época colonial e, sucessivamente, da borracha foi o perfeito habitat para as doenças vinda da Europa incubarem na população. As condições de vida muito precárias das camadas mais pobres da população, juntas com a ausência total de assistência médica de qualidade e com a presença de numerosos vetores de infecção no ambiente (insetos e

roedores, entre outros) criaram um ambiente muito favorável à explosão de fenômenos epidêmicos. Manoel Dias Galvão, remarca no seu trabalho como, ao longo dos séculos, Manaus ganhou uma classificação de cidade infecta e perigosa, onde somente os mais corajosos ou desesperados iam viver ou procurar trabalho. Se esses relatos frequentemente exageram e caem no exotismo do ‘inferno verde’ como frequentemente era descrita a Amazonia, é impossível ignorar o tamanho dos problemas de saúde que afetaram Manaus ao longo do tempo. A vizinhança constante dos moradores da cidade com as aldeias indígenas, e a rede de contatos que se criaram favoreceram a transmissão no interior dos surtos epidêmicos. As doenças (na grande maioria originadas dentro da capital), das aldeias mais perto de Manaus se moviam para infectar outras aldeias através das redes de trocas entre povos indígenas que depois eram levadas ainda mais no profundo da floresta através das redes de troca entre os povos indígenas (GALVÃO 2003).

Mas as epidemias não foram simplesmente uma consequência direta e letal do contato entre europeus e indígenas americanos, mas frequentemente foram ativamente utilizadas como verdadeiras armas biológicas ao serviço da colonização. Não passou muito tempo para os colonizadores notarem quanto devastadoras eram epidemias como a gripe e usarem essas doenças ativamente como armas. Doentes eram enviados perto das aldeias indígenas para deliberadamente contagiar os moradores (RAMOS 1993, VILHAÇA 2020) e assim esvaziar amplas áreas pela sucessiva ocupação colonial. Os indígenas que tinham negócios nas cidades podiam ser vetores perfeitos para trazer de volta um contágio que ameaçasse a inteira aldeia de origem. As mesmas missões jesuítas, também, viraram frequentemente aquele que hoje-em-dia seriam chamados de *hot spot* de infecção:

Os aldeamentos criados pelos jesuítas eram instituições paradoxais em todos os sentidos. Os padres curavam as doenças trazidas muitas vezes por eles mesmos, que se propagavam com rapidez nas grandes aglomerações que constituíam as missões. Além disso, se uma das funções desses empreendimentos religiosos, paralelamente à “civilização” dos índios pela catequese e ensino de modos europeus, era protegê-los da escravidão, acabavam por funcionar como celeiro de trabalhadores “amansados” para os colonos vizinhos. Lembremos que, pelo menos até as primeiras décadas do século XVII, quando a importação de africanos escravizados

tinha menores dimensões, dentre outras coisas por seu custo, era sobretudo a mão de obra indígena que sustentava os empreendimentos coloniais. (VILHAÇA 2020).

A pressão europeia, então, não se exerceu na simples administração da violência, da submissão e da conversão dos povos indígenas, mas também no uso estratégico das doenças que os colonizadores trouxeram pelas Américas. A dispersão estratégica das doenças podia ter o mesmo resultado que meses de invasão das terras indígenas e chacina da população, sem nenhum risco direto pelos colonizadores, que depois simplesmente ocupavam terras vazias. Difícil não encontrar semelhanças trágicas com o descuidado da pandemia de COVID nas áreas indígenas, a disseminação de suspeitas sobre a vacina e a ausência de pessoal médico para atender as populações durante o auge da pandemia.

Consequência do impacto com as epidemias foi que os indígenas moldaram o jeito de se aldear e se reorganizar na época sucessiva ao contato, para tentar evitar ao máximo o contato direto com os colonizadores. Mas esse afastamento era frequentemente feito rapidamente e não podia ser planejado. Os lugares de nova ocupação eram bem menos salubres dos territórios originários, sendo que na pressa de fugir dos ataques e incursões dos colonizadores, os indígenas acabavam se movendo para áreas menos férteis e com menos presas para caçar. Frequentemente, também, os novos territórios ocupados tinham maior presença de parasitas que podiam ser vetor ideal para febres (GALVÃO 2003, VILHAÇA 2020). Ser obrigados a se deslocar em áreas de águas paradas, por exemplo, podia criar as condições ideais para que os mosquitos difundissem malária ou febre amarela na aldeia, colocando em risco a inteira população. Com uma qualidade da dieta menor e maiores riscos de contágio por febres parasitaria, as condições de saúde da população indígena piorou dramaticamente.

Essa luta secular contra uma ameaça constante e invisível mudou totalmente as modalidades de assentamento e ocupação do território, e evitar quanto mais possível o contato direto com os colonizadores virou uma prioridade para vários povos indígenas que se isolaram no profundo da floresta. Desapareceram as grandes aldeias não somente pela drástica e repentina redução da população, mas também para que essas cidades na floresta não ficassem alvo das incursões dos europeus e não virassem um caldeirão de infecções quando explodisse um fenômeno epidêmico (HECKEMBERGER et al. 2008).

As antigas rotas de ligação entre uma aldeia e outra ficaram menos usadas, e as aldeias maiores se quebraram em vilarejos menores para não chamar atenção dos colonizadores. Assim, lentamente as redes de trocas inter-regionais que existiam na bacia amazônica se enfraqueceram e em numerosos casos desapareceram:

Muitos dos povos sobreviventes devem ao isolamento a sua existência. Hoje, depois de anos de recuperação, há no Brasil, de acordo com o censo de 2010, cerca de 900 mil indígenas, distribuídos entre 305 diferentes povos, o que representa de 10% a 20% do que se estima ter existido no tempo da primeira invasão europeia. Os dados arqueológicos mostram que o padrão considerado hoje tipicamente amazônico, de pequenas comunidades autocontidas, é, em muitos casos, consequência das mortes e da dispersão resultantes das diversas invasões e seus desdobramentos. Estudos realizados na bacia Amazônica revelam a existência de aldeias muito maiores do que as atuais, que se comunicavam umas com as outras compondo extensas e numerosas comunidades. Ainda hoje, povos inteiros optaram por se manterem isolados. Estima-se que haja, na América Latina, cerca de uma centena de povos originários em isolamento voluntário, diversos deles no Brasil, a maior parte concentrada na região do Vale do Javari, no sudoeste amazônico. A maioria deles se encontra em territórios cuja situação legal ainda é incerta — as chamadas áreas declaradas, identificadas ou com restrição de uso — ou partilham terras de outros povos. São eles os mais ameaçados pelas invasões de madeireiros, mineradores e outros, além de missionários que buscam catequizá-los, atacando duramente o seu modo de vida. Além disso, levam consigo, assim como os demais invasores, agentes patogênicos. (VILHAÇA 2020, p.13)

Esse deslocamento quanto mais possível no coração da floresta para evitar contatos tem paralelos bastante evidentes com as recomendações de afastamento social que as autoridades médicas emitiram durante a pandemia de COVID-19 (VILHAÇA 2020). Pode se afirmar que os povos indígenas isolados que sobrevivem até agora estejam tentando manter em ato uma secular estratégia de distanciamento social, fugindo por quanto possível a um contato cada dia mais frequente e estável, até mesmo nas localidades mais afastadas do Amazonas, com quem está trazendo uma morte lenta e constante, feita

de violências e contaminações. Não é por acaso que os paralelos com as histórias de vida dos anciões das aldeias seja uma das temáticas principais dos trabalhos dos antropólogos indígenas durante a época de pandemia de COVID-19 (REZENDE 2020)

Essa dinâmica de afastamento estratégico ficará mais difícil à medida que os centros urbanos, e Manaus principalmente, crescerão. E o começo da época de exploração da borracha marcará um ponto de quebra muito forte. O crescimento demográfico, a circulação de pessoas na região e as incursões no interior do Amazonas ficarão cada vez mais frequentes, rendendo muito difícil quando não impossível pelos povos indígenas de ficar isoladas dos colonizadores. Para as populações que continuaram a se afastar, os problemas de insalubridade dos novos territórios, junto com as constantes incursões e violências do poder colonial, os problemas de saúde e de alimentação somente aumentaram. A perda progressiva de conhecedores das medicinas tradicionais, pelas doenças, violências ou conversões religiosas, desprivou numerosos povos de qualquer defesa contra os contágios autóctones das américas e com limitadas possibilidades de adaptação dos sistemas médicos aos novos morbos.

1.1.2 Situação socio-sanitária de Manaus e da Amazonia durante a economia gomífera

A primeira fase da história de Manaus é legada à presença militar colonial na região, com limitada ocupação fora das tropas. Isso mudou radicalmente e rapidamente na época de ouro da borracha, quando a demanda mundial por esse material trouxe dinheiro e procura de trabalho na região, com Manaus que virou o centro principal da área. Essa fase abriu uma época de expansão da cidade e uma rápida subida na importância estratégica de Manaus no Brasil e no mundo inteiro.

De uma cidade militar, Manaus então se transformou em um centro de importância comercial, crucial para as exportações brasileiras. A borracha era um produto extremamente precioso e, pelo menos na primeira parte desse período histórico, a sua produção tornou-se um monopólio da região amazônica, com Belém e Manaus como principais mercados de venda do produto. Dado valor e escassez da borracha, a exploração dos seringais aumentou exponencialmente nos decênios sucessivos, com uma demanda de mão de obra e de produto em constante incremento e uma concentração de riqueza nas mãos dos donos dos seringais que fez tornar muitos deles entre os mais ricos da época.

A expansão urbana de Manaus trouxe problemáticas novas do ponto de vista socio-sanitário. A população da região aumentou exponencialmente e a mão de obra que foi empregada na exploração dos seringais sempre trabalhou em condições extremamente difíceis, com baixos salários e nenhuma assistência social. Como analisa muito bem Manoel Dias Galvão no seu trabalho *História da Medicina em Manaus*, os trabalhadores dos seringais eram considerados como uma força de trabalho basicamente ‘descartável’. Sendo que a demanda de trabalho era tão alta e constante, era muito mais fácil pelos donos dos seringais deixar sem nenhuma assistência médica os trabalhadores e trocar eles imediatamente caso ficassem doentes ou morressem, numa ótica de mera necessidade de cotas de produção. Inúmeros são os exemplos das péssimas condições de saúde dos trabalhadores como causa principal pelo espalhamento de epidemias de malária, febre amarela, sarampo e varíola durante o auge da economia gomífera (GALVÃO 2003).

Navios chegavam de todo o mundo para levar a borracha e trazendo outros produtos importados, materiais de construção pela expansão da cidade e suas infraestruturas e

sempre novas pessoas procurando trabalho. O fluxo de dinheiro foi tão grande que logo foi encomendada a construção de um teatro construído com mármore italianos e outros materiais extremamente raros e difíceis a ser procurados e trazidos para um lugar tão afastado. Manaus foi, também, uma das primeiras cidades do mundo a ter uma rede elétrica de tamanho considerável, bem antes de numerosas outras capitais europeias. Mas essa ostentação de riquezas não podia cobrir os problemas que estavam se agravando cada dia mais.

Como afirma Galvão:

Manaus era vasto hospital em cujo interior dançava-se, bebia-se champanha francês, espocavam gargalhadas alegres e morria-se de febres, de varíola, de beribéri. [...] Os historiadores da região têm medo em tocar nesse assunto. A mortalidade no Amazonas e em Manaus no período da borracha converteu-se em tabu. (GALVÃO 2003)

A maior parte da população vivia em condições econômicas e de saúde precárias e não tinha serviços de saúde pública nem sanitização básica. As febres epidêmicas como malária e febre amarela eram um problema endêmico e em constante piora, agravado pelas condições inumana de trabalho e a impossibilidade dos trabalhadores de se ausentar por causa de doença. Essas condições inumanas eram silenciadas ao máximo possível pelos donos dos seringais, e falar das condições de saúde das populações, das altas taxas de morbidade e mortalidade era impossível. Isso se reflete na quase total ausência de dados médico sobre a população urbana referentes à essa época e na paralela escassez de relatos sobre as condições de trabalho e saúde da população.

A inteira cidade, em aparência tão linda e no auge da importância, era uma bomba pronta para explodir. Um sinal disso foi num evento logo após o completamento do teatro da ópera, onde a orquestra e a equipe de cantores entre os mais famosos da época foram trazidas diretamente da Europa: a maior parte desse grupo foi afetado pela febre amarela, numerosos deles morreram em Manaus ou na volta pra Europa e como consequência desse desastre, o teatro ficou fechado ao público pela maior parte do século XX. Esse

‘acidente’ foi somente a mais visível das pragas que afetaram constantemente o ambiente manauara nessa época de exploração incontrolada. Mas é muito difícil reconstruir com precisão o tamanho e a frequência dos fenômenos epidêmicos, sendo que os dados biomédicos são extremamente escassos e fragmentários (GALVÃO 2003).

A falta de um registro estatístico espelha a pobreza de profissionais de saúde atuantes na área nessa primeira fase expansiva de Manaus e o pouco interesse das autoridades em manter um mapeamento e um registro das epidemias. Manaus virou a culpada para a insalubridade do Amazonas, que progressivamente virou um *topo* nas descrições do norte do Brasil. Apesar dos exageros, Manaus teve um papel mortífero nessa época, com a grande maioria da população local em condições materiais de existência muito precárias e exposta aos contágios, e com uma circulação de navios e pessoas que viravam frequentemente vetor de infecções. Como o historiador Antônio Loureiro descreve em seu livro *O Amazonas na Época Imperial*:

Em 1852, Tenreiro Aranha informava sobre uma recente epidemia de sarampo, que ceifava centenas de vidas, principalmente entre os índios muras. O vírus era de importação recente, pois o registro referente à sua primeira incursão datava de 1749, quando fez numerosas vítimas entre a população indígena, sem resistência a ele. As outras doenças enumeradas em seu relatório eram: a elefantíase-dos-gregos; a pinta ou purupuru, treponematose ainda não identificada naquela época, encontrada entre os índios do Purus, caracterizada por manchas hipocrônicas espalhadas pelo corpo, então relacionada com a ‘ingesta de peixes gordos e nocivos’; as febres intermitentes (malária), todos os anos atingindo as populações do médio rio Negro, despovoando-a, vinculadas, erroneamente, à existência de ‘mortíferos venenosos e pútridos restos de peixe, que infeccionavam as águas e concorrem para a exalação de miasmas tão pestíferos’, pois ainda desconhecia-se a sua transmissão, e a varíola, dermatovirose entrada na Amazônia em 1721, ano do início da grande epidemia, que durou até 1773, daí pra frente, frequentemente, com sucessivos surtos, trazidos pelos navios negreiros. Essa última doença geralmente era introduzida, no Amazonas, pelos passageiros e tripulantes dos barcos vindos do Pará, que ficavam ao desamparo, com a fuga dos sadios, e eram obrigados a estacionar a duas léguas da Barra. (LOUREIRO 1982)

As narrativas sobre a insalubridade da região frequentemente desbordavam no exotismo e na definição de ‘inferno verde’, aquela descrição da Amazonia como lugar impossível para a vida humana pela sua insalubridade e constantes riscos. Manaus terá o estigma de ser um caldeirão de doenças para a maior parte da sua história e, mesmo se tiveram exageros nessa estigmatização, é impossível ignorar as condições de saúde que se criaram no começo da economia gomífera amazonense e perduraram em muitos casos até a fundação da Manaus moderna e além. Os desgastes criados pelo súbito aumento da população e pela revolução nos padrões de cultivo e alimentação devido a economia dos seringais criaram o substrato perfeito para a explosão de epidemia como a do beribéri (GALVÃO 2003).

E, como já acenado, um fator fundamental foi a continua circulação de pessoas que chegavam a Manaus de vários lugares do Brasil e do mundo inteiro. Como fala Samuel Benchimol:

Dentre os fatores ligados ao homem, o fenômeno da migração representava mais expressão no contexto epidemiológico regional da malária. A vinda de grandes contingentes humanos de outras áreas endêmicas que se encontravam em acampamentos precários, em áreas infestadas do vetor, e, onde a presença de um só portador lhes servia de fonte de infecção, bastava para que logo deflagrasse transmissão. (BENCHIMOL 1977)

Num outro relato de Arthur César Ferreira Reis:

As condições sanitárias da Amazonia durante o período de assalto a floresta, no rush da borracha, autorizam a impressão de que não seria possível conquistá-la social e economicamente pela permanência de concentrações humanas. Nenhuma sociedade vingará ali impondo a sua vontade, na disciplinação do ambiente. A mortalidade era grande, em particular na época das vazantes. William Chandles, percorrendo o Purus às vésperas da façanha, sustentava a tese, alarmando ante o

que estava presenciando. Epidemias em surtos constantes, violentos, em especial a varíola, que assaltaram a região a começar pelo século XVII, quando se iniciou o relacionamento com o exterior, a Europa e a África, vinham provocando um desgaste imenso nos seus padrões populacionais, como já tivemos ocasião de referir. Introduzidas no vale pelos negros trazidos na condição de escravos ou pelos imigrantes que chegam do Nordeste no ciclo gomífero, estranhas ao meio, portanto, haviam encontrado condições que facilitavam a intensidade porque se manifestavam. (REIS 1977, p. 259)

As epidemias são consequências das movimentações de seres humanos, e a exploração colonial das américas pode-se definir como o primeiro fenômeno de globalização capitalista da história. Traçar estatísticas de quantas pessoas emigraram para Manaus na época da borracha é uma tarefa que beira o impossível, mas o volume maior de pessoas chegou no Amazonas das áreas vizinhas do norte do Brasil. Vários relatos colocam os migrantes e, antes deles os escravos africanos, como a razão da chegada de numerosas doenças na região amazônica, colocando diretamente o tacitamente um estigma neles. Frequentemente, durante um fenômeno epidêmico, quem trouxe o contágio leva a culpa e o estigma. Mas jogar a culpa permite de ignorar quais são as condições materiais de existência dessas pessoas, de não considerar como as dinâmicas econômicas, as condições de trabalho e moradia sejam a real causa e substrato das epidemias. A gomífera forçou dezenas de milhares de indivíduos a trabalhar sem nenhuma assistência sanitária, em condições de trabalho basicamente de semiescravidão, com salários pobres e alimentações insuficientes. O beribéri, como Galvão justamente evidencia, é o exemplo mais claro dos desgastes ambientais e da dieta que a época da borracha causou na região.

A situação socio-sanitária piorou com constância ao longo do século XIX, com doenças como a lepra, a tuberculose, o beribéri, a malária e a febre amarela que tiveram surtos epidêmicos constantes. Um saneamento da Amazonia era necessário e com urgência, mas a falta de consideração dos donos de seringais pela própria força de trabalho impedia de mobilizar os recursos necessário. O afluxo constante de novos trabalhadores e uma demanda global pelo produto que nunca diminuía deixava às elites a liberdade de não modificar as dinâmicas da saúde local.

Ainda mais do que no caso do café, a expansão da produção da borracha na Amazônia é uma questão de suprimento de mão-de-obra. Se bem que as possibilidades de incremento não fossem muito grandes, as explorações da borracha extrativa brasileira subiram na média de 6000 toneladas nos anos setenta, para 11000 nos oitenta, 21000 nos noventa e 35000 no primeiro decênio deste século. Esse aumento da produção deveu-se exclusivamente ao influxo de mão-de-obra, pois os métodos de produção em nada se modificaram. (FURTADO 1997)

Mas no começo do século XX essa dinâmica econômica mudou fortemente. A borracha, até aquele ponto monopólio produtivo amazônico, começará a ser cultivada com sucesso no sul-este asiático. Essa inédita concorrência econômica obrigará os produtores manauaras a reconsiderar o valor da força de trabalho, e a saúde dos trabalhadores virará central para poder manter os níveis produtivos ao máximo possível.

Essa nova época se abre com a organização e financiamento da viagem ao norte do Brasil de Oswaldo Cruz. O levantamento das condições da região amazônica brasileira será um momento importantíssimo pela biomedicina no norte do Brasil.

1.1.3 A viagem de Oswaldo Cruz e a tentativa de saneamento do Amazonas

A falta de planejamento na atuação da saúde pública foi um dos principais pontos evidenciado por Oswaldo Cruz na sua viagem ao Amazonas (CRUZ et al. 1972). A viagem do médico ao Amazonas aconteceu numa realidade muito diferente comparado ao auge da economia gomífera, onde, como já dito, o produto era basicamente um monopólio produtivo amazônico. As novas plantações dessa árvore no sul-oeste asiático e em outras áreas de floresta pluvial tiveram grande sucesso e abriram uma fase de competição comercial com o Brasil que em breve rendeu Manaus um centro de produção bem menos atrativo por causa das dificuldades logísticas dos transportes e da comunicação com o resto do mundo. Essa crise econômica foi explosiva e rápida e forçou os donos dos seringais a acharem um jeito de melhorar a produtividade amazonense. O cuidado médico foi totalmente ausente no começo da economia gomífera, quando o produto não tinha competição internacional e os preços eram estabelecidos pelos donos dos seringais, e a mão de obra podia ser rapidamente substituída em caso de doença ou morte. Nessa nova fase de competição, a produção precisava ser mantida no auge com constância, para puder maximizar os ganhos. Agora, então, virou importante manter os trabalhadores saudáveis o suficiente porque pudessem produzir o máximo possível, sem interrupções.

A situação sanitária, deixada de lado na época de ouro da economia gomífera manauara, tinha piorado ao ponto que no começo do século XX ficou evidente e urgente a necessidade de um projeto de saneamento básico do Amazonas. Doenças como dengue, malária e febre amarela eram presentes com uma tal constância que eram consideradas como endêmicas, ou seja, como uma condição constante e peculiar do lugar. Outros contágios como lepra, tuberculose tinham também uma presença considerável na área.

Foi esse o contexto que levou à construção da equipe médica guiada por Oswaldo Cruz para fazer o verdadeiro primeiro levantamento profissional de dados biomédico sobre a região amazônica. Já na introdução do seu relatório, Cruz descreve a situação contemporânea do Amazonas como trágica e a região dos seringais como algo de adverso à vida humana:

Com efeito, agora só se abalançam a visitar as regiões ubérrimas da borracha ou aventureiros sem princípios ou sem logica na vida, ou o cearense corajoso e tenaz que, fugindo da morte nas ardentias da seca, sucumbem nos paus amazônicos, vítimas da cruel antítese da natureza [...] Não existe orientação logica na indústria extrativa da borracha. Os capitalistas não se aventuram a fazer a exploração metódica da Hevea – uma das maiores riquezas do Brasil. Ninguém confia atualmente no resultado de empresa que, metódica e regularmente, quisesse explorar tal indústria, porque teria ele diante de si o espectro da morte para aniquilar todos os esforços. (CRUZ et al. 1972, p.50)

As palavras de Cruz na introdução do relatório são extremamente claras sobre a mortalidade que o trabalho nos seringais provocava nos trabalhadores e em quem era envolvido na cadeia produtiva da borracha. Logo que a produção da borracha perdeu sua característica de monopólio brasileiro, e o preço do produto começou a perder valor como consequência do maior nível de produção global, os riscos altíssimos consequentes do trabalho nos seringais fizeram virar essa empresa algo parecido com a loucura.

Mas Cruz amostra também na mesma página como tenha uma possibilidade concreta de erradicar a maior parte dessas pragas endêmica da região com uma campanha de profilaxia:

E das pesquisas relativamente às moléstias reinantes, então, decorrem noções promissórias dos mais belos resultados referentes à profilaxia, o que equivale a dizer que postas em prática, com perseverança, orientação e energia, certas medidas, relativamente fáceis, desaparecerá esse fantasma, que amedronta todos aqueles que se aventuram a correr atrás da fortuna nos alagadiços da Amazônia. (CRUZ, et al. 1972, p.50)

Nesse parágrafo fica claro como as pragas que devastavam a região pudessem ter sido erradicadas já, se tivesse tido interesse a fazer um saneamento básico e, sobretudo, se tivesse tido um plano médico de profilaxia. Acho extremamente relevante evidenciar como para Cruz seja importante ter ‘*perseverança, orientação e energia*’ nos esforços de

ação biomédica, porque descrevem muito bem a diretriz do médico durante seu levantamento ao Amazonas.

A viagem de Cruz ao Amazonas é um momento chave para a biomedicina na região, e um ponto de virada para o foco da inteira ação das políticas públicas locais. Uma nova visão da prática médica, baseada na biomedicina científica, administrada através de remédios de síntese química e produzidos industrialmente, começava a se afirmar no resto do globo e a obra de Cruz será fundamental pela afirmação dessa visão da cura e do cuidado também no Brasil.

Pela primeira vez tinha recurso e vontade política de enfrentar a situação médica crítica do Amazonas e para fazer isso se começava a delinear uma mudança profunda na ação médica:

Sem dúvida, na grande Amazonia, a dificuldade de viver só encontra medida exata na própria facilidade de morrer, sendo ali a vida humana quase uma epopeia, pela intensidade de causas destruidoras. Cumpre, porém, apreciando os fatores que fazem daquelas terras um grande cenário da morte, abandonar o terreno ingrato de doutrinas mais ou menos arbitrárias, para entrar na realidade científica, à luz dos conhecimentos modernos, aproveitando o determinismo dos métodos atuais de pesquisa que fizeram da medicina uma ciência exata. Só deste modo, não de qualquer outro, poder-se-á formular noções epidemiológicas seguras; que serviriam de base a um conjunto de medidas práticas, muito capazes de reabilitarem, no ponto de vista sanitário, as ubérrimas terras da borracha. (CHAGAS em CRUZ et al. 1972 p.160)

Os objetivos são claros: terminar com a secular tradição de narrativa da Amazonia como lugar inapto à vida humana por causa das demasiadas doenças típicas da região, juntas com todas as outras dificuldades, e começar a agir do ponto de vista médico, se baseando em dados confiáveis e aplicando as medidas com um olhar científico. Era necessário, mesmo reconhecendo as dificuldades enormes do lugar, abandonar a linguagem sensacionalista e revolucionar o jeito de intervir na saúde local. Nesse passo e em vários outros do livro *Sobre o saneamento da Amazônia* os autores também vão delineando uma

clara necessidade que a biomedicina científica assumia um papel dominante, que, em definitiva, possa nascer uma clínica, nos termos pensado por Foucault. Porque a viagem possa se dizer bem-sucedida a biomedicina precisa se afirmar como única fonte de autoridade médica; uma autoridade que, no campo da saúde, não podia ser questionada por ninguém que não tivesse habilitação médica. Essa clara demarcação entre quem é médico e quem não é se reverbera ainda hoje nos equilíbrios entre pessoal biomédico e expertos de medicinas tradicionais indígenas na Amazonia.

O contrato que liberou a verba para o levantamento de Cruz foi assinado entre a equipe e a Superintendência de Defesa da Borracha e garantia recurso para fazer pesquisa entre o atual Amazonas, Acre e Roraima. Da equipe fizeram parte figuras importantíssimas da epidemiologia e parasitologia tropical do Brasil e do mundo inteiro: apesar de Oswaldo Cruz, membros eram Carlos Chagas, João Pedroso de Albuquerque e Pacheco Leão. Os trabalhos se estenderam de outubro 1912 até março do 1913 e foram levantados um número enorme de casos de malária na região amazônica, com algumas novas formas dessa praga que ainda não tiveram tido documentadas antes.

O fulcro da ação, como já Cruz tinha evidenciado na introdução do seu relatório era numa difusa profilaxia para malária, mediante a administração de quinino, e esse plano se baseava na construção e fortalecimento das estruturas de saúde rurais. Cruz evidencia como seja fundamental individuar e atender as peculiaridades do lugar para garantir o esforço de saneamento uma possibilidade de sucesso (CRUZ et al. 1972), e a rede de dispensários e ponto de saúde rurais fazia parte desse adaptamento às condições peculiares do Amazonas, região onde, apesar de Manaus, a população se concentrava em pequenos vilarejos e aldeias com pouco ou nenhum contato direto com a capital. Mas a construção dessa rede de estruturas médicas teria tido um orçamento demasiadamente grande e teria precisado de bem mais tempo daquele que a Superintendência de Defesa da Borracha queria gastar. Também qualquer objetivo do projeto ligado à formação de novos médicos foi abandonado ou redimensionado fortemente (GALVÃO 2003).

Galvão evidencia, no capítulo do seu trabalho sobre o saneamento do Amazonas, de como Oswaldo Cruz tivesse concentrado todos seus esforços sobre a malária, quase esquecendo as outras doenças, ou colocando-as em um segundo plano. Em vários casos, sobretudo quando pareceram ser diagnosticados casos de malária com sintomas nunca vistos antes,

parece quase que o foco na malária tenha tirado a atenção da equipe sobre outras doenças endêmicas como hepatites, leptospiroses, botulismo e encefalites (GALVÃO 2003). Parece que para o médico o primeiro passo para o saneamento fosse ligado à erradicação da malária, e só sucessivamente se pudesse dedicar atenção às outras pragas da região amazônica. Ou talvez, sendo a malária uma doença mais facilmente enfrentada com fármacos e profilaxia, Cruz tentou focar a atenção nessa praga para concentrar esses primeiros esforços:

É que é necessária a ‘aplicação compulsória’ das medidas de profilaxia, como foi feito no Xerém e no prolongamento da Estrada de Ferro Central. O uso das medidas profiláticas deve ser considerado como ‘trabalho executado’. E assim como o tarefeiro, que não apresenta o trabalho que lhe é confiado, não recebe o pagamento correspondente, assim também aqueles que não ‘executam a obrigação profilática’ incidirão no mesmo caso do trabalho manual não executado. Mas é que a empresa não se sente com autoridade bastante para fazê-lo e essa autoridade só poder-lhe-ia ser transferida pelo Governo, que poderia então comissionar o atual chefe de serviço médico, que está nas melhores condições de levar a cabo a incumbência, ao qual, se quisesse, adicionava um seu representante para tornar efetivas as medidas apontadas. Para que eles dessem todo o resultado, seria mister que, ao lado da profilaxia de impaludismo, o fosse feita também a profilaxia da ancilostomíase. Doutro lado seria conveniente, quero dizer indispensável, que a empresa, por determinação do Governo, investisse os chefes do Serviço Profilático de poderes absolutos na matéria profilática sobre ‘todo’ o pessoal da empresa sem distinção de classe. (CRUZ et al. 1972)

Nesse parágrafo de Cruz basicamente se resumem a estratégia de combate ao ‘impaludismo’ e as motivações que levaram a Superintendência de Defesa da Borracha a financiar o levantamento e o programa de combate. Perdido o caráter monopolista da produção da borracha, e com a consequente necessidade de aumentar a produção para manter a competitividade internacional, os donos dos seringais se viam cada vez mais forçados a manter viva a própria força de trabalho e garantir níveis de saúde que permitissem o trabalho ininterrupto. Assim como na primeira parte da economia gomífera

o mercado condenou o Amazonas a uma condição de disparidade de distribuição de riqueza e condições socio-sanitárias à beira da insustentabilidade, agora o novo cenário global obrigava os donos dos seringais a manter vivos e em saúde quem até poucos anos antes eram vistos como descartáveis e substituíveis, para garantir que a própria riqueza não fosse fortemente reduzida pela queda da demanda global.

A estratégia de combate, com a equiparação da assunção dos remédios profilático pela malária e pela ancilostomíase ao trabalho manual, representa uma das violências estruturais que muito bem foram descritas pelo Foucault no *Nascimento da clínica* (FOUCAULT 1980). Nessa obra Foucault diz que a '*observação clínica supõe a organização de dois domínios conjugados: o domínio hospitalar e o pedagógico*'. Nesse primeiro momento, somente o domínio hospitalar foi implementado. A obrigação de se medicar não era acompanhada de nenhuma noção pedagógica pela população. Como evidencia muito bem Galvão, em Manaus e no Amazonas foram precisos séculos antes que se criasse um sujeito coletivo que possibilitasse o exercício da clínica. Como fala claramente o autor logo em seguida '*a saúde só interessa na medida em que melhora a produção*': os corpos devem ficar em saúde para que o trabalho siga em frente, sem interrupções e com o máximo resultado possível (GALVÃO 2003).

A falta de qualquer projeto pedagógico que ajudasse a população a compreender os mecanismos de transmissão da malária e poder aplicar umas medidas preventivas, ou que pudesse simplesmente permitir que os trabalhadores entendessem por que era obrigatório tomar o quinino, contribuiu a condenar a falência essa primeira tentativa de saneamento da região. Essa abordagem, onde a autoridade médica se exerce sem necessidade de explicação, será uma característica recorrente no século XX, e constituirá uma problemática muito forte na região amazônica. A inquestionabilidade do poder biomédico questionará constantemente a legitimidade de qualquer saber médico alternativo, sobretudo as medicinas tradicionais indígenas, mas dessa temática falarei mais em detalhe nos próximos capítulos.

Outra característica da ação de Cruz foi aquela de procurar opinião e colaborar diretamente e principalmente com colegas estrangeiros, envolvendo só marginalmente os colegas médicos do Amazonas. Na época, os médicos locais eram pela maioria muito malformados, com poucas noções teórica de medicina e uma prática que em vários casos

beirava o charlatanismo (GALVÃO 2003). Mas tinham ao mesmo tempo vários médicos competentes e importantes pela história da medicina local que ativamente colaboraram com Cruz na sua viagem e não tiveram quase nenhum reconhecimento oficial.

É um silêncio conspícuo aquele de Cruz, quando, na hora de agradecer os colegas de trabalho, somente os médicos do Rockefeller Institute que colaboraram com a equipe foram agradecidos e nomeados diretamente. Os colegas amazonenses, mesmo tendo tido um papel importante nos levantamentos da equipe de Oswaldo Cruz, são largamente ignorados. Talvez em busca de reconhecimento internacional pelos esforços de saneamento, Cruz procura ressaltar as ligações com médicos de fama mundial para aumentar sua autoridade local e fortalecer a tentativa de revolução médica que imaginava pela região amazônica (GALVÃO 2003).

A abordagem encentrada na assunção de fármacos para resolver o problema da malária evidencia muito bem como a ação de Cruz se insira no novo trecho que a biomedicina estava começando a percorrer no começo do século XX. Essa abordagem, amplamente presente até hoje na atuação biomédica, se foca na cura das doenças através dos fármacos, carregando nas costas do paciente o peso da *compliance*, ou seja, a aceitação da autoridade do médico e das recomendações terapêuticas, e a consequente assunção de todos os fármacos prescrito na receita segundo as modalidades aconselhadas. Esse jeito de administrar a medicina era ainda muito novo no começo do século XX e somente com a introdução dos antibióticos a farmacêutica biomédica se afirmará como o jeito predominante de administrar a cura (VAN DER GEEST 1988).

Mas a falta de medidas pedagógicas, como dito precedentemente, impedia ao paciente qualquer forma de empoderamento sobre sua terapia, não tendo conhecimento claro de como o fármaco agia ou de como ele poderia evitar o contágio. Outro problema da falta de educação médica da população durante uma campanha que foque sua atenção somente no fármaco é que a população não cessa de construir uma simbologia sobre a eficácia dos remédios. Um resultado disso foi que os trabalhadores não assumiam o fármaco e muitas vezes o vendiam o simplesmente o jogavam fora porque, não sentindo-se doentes, não viam razão para seguir tomando:

É perfeitamente inócua a distribuição, mesmo larga manu, de quinino aos doentes, que o procuram e levam para suas casas. Nunca o tomam: vendem-no, quando não o desperdiçam; abandonam-no, quando melhoram. A sua aplicação deve ser em presença do médico, ou do guarda, sem exceção de pessoas, como já fizemos com o quenopódio. (FERREIRA 1977)

O fármaco biomédico virará o centro da ação de cura da nova medicina, e o seu caráter de produto industrial e comercial que os pacientes precisarão tomar por conta própria, seguindo intervalos regulares, sob a prescrição de um especialista, mas fora das usuais dinâmicas sociais que caracterizavam as medicinas tradicionais revolucionará progressivamente o relacionamento do paciente com o meio da cura (VAN DER GEEST 1988, REYNOLDS-WHYTE 2007, PETRYNA 1998, BIEHL 2005).

Os fármacos e seus efeitos terão sempre uma vida social paralela ao sistema oficial biomédico, e constituirão uma outra vertente de problemas, com superconsumo (por exemplo antibióticos, criando formas resistentes de doenças bacterianas) ou consumo de fármacos errados (o famigerado uso da cloroquina e da ivermectina no tratamento da COVID). Mas voltarei a esses assuntos nos capítulos seguintes. Muitas vezes, o fármaco será também a solução mais econômica, uma ação pontual que não resolve os problemas que causaram a crise de saúde, mas simplesmente aliviarão os efeitos. No caso da viagem de Cruz, por exemplo, forçar a assunção de quinino pela malária reduziu fortemente a mortalidade, mas não resolveu as problemáticas das condições de trabalho ou da insalubridade dos lugares de moradia da mão-de-obra local, deixando a Amazonia prona ainda à surtos epidêmicos. Essa “ideologia da crise” sanitária norteara muito a ação médica no Amazonas, também na Manaus moderna (GALVÃO 2003).

Cruz, então, marca o ponto de virada da atuação médica no Brasil todo, sendo a primeira figura de doutor da nova biomedicina do país, portador de uma nova visão onde os dados estatísticos assumirão uma importância central. Isso permitirá uma desmistificação da narração das condições de saúde da região amazônica e uma análise mais contundente das causas e etiologia das doenças. Os discípulos de Cruz, também, foram todas figuras igualmente importantes na história da biomedicina brasileira e mundial, com a figura de Carlos Chagas como a mais importante dessa leva de novos médicos. Esse novo olhar, de

ciência exata, como falou Chagas, juntamente com o uso sistemático dos novos remédios e fármacos disponíveis para o tratamento das doenças serão uma revolução pelas condições de saúde da população local. As doenças endêmicas começaram a ser entendida como o resultado de fatores variados, com as condições materiais de existência como um fator fundamental.

Mas, juntamente com os avanços rápidos e substanciais que a nova biomedicina fez na diagnose, prognose e anamnese das doenças, ficaram evidentes numerosos pontos críticos, a maior parte deles ainda presentes na abordagem biomédica contemporânea. Como já dito, o fármaco biomédico virará o centro da ação biomédica, sobretudo depois da introdução dos antibióticos, e nos contextos em que os orçamentos da saúde pública eram mais magros, frequentemente será a única abordagem terapêutica.

Como evidencia muito bem a recomendação da equipe de Cruz, quando não é possível construir uma rede de estruturas, treinar pessoal médico e fazer campanha de sensibilização e educação pública para enfrentar uma epidemia ou uma endemia, a biomedicina resolverá forçar a assunção de um fármaco com medidas compulsórias. Contemporaneamente, como analisarei mais em detalhe no segundo capítulo do meu trabalho, o novo pensamento biomédico, ao virar o jeito hegemônico de abordagem na saúde, começou a exercer uma série de violências estruturais contra os demais conhecimentos e práticas médicas. A obrigação de tomar o quinino pelos trabalhadores dos seringais *‘sem distinção de classe’* é um claro exemplo do poder biomédico, que podia mandar e obrigar até o dono do seringal a cumprir as recomendações para erradicar uma endemia; e ao mesmo tempo cumpria o seu papel simplesmente mandando que fosse tomado um remédio, sem ulteriores explicações. Esse poder biomédico absoluto e transversal foi exercido frequentemente na história sucessiva, sobretudo na época sucessiva a segunda guerra mundial no trecho das Nações Unidas fundadas na conferência de Washington do 1942, onde a OMS será vista como uma das colunas desse novo projeto. Voltarei sucessivamente a esse tema.

Sucessivamente à viagem de Cruz, nascerão algumas estruturas médicas que terão um papel importante nessa primeira implementação de projetos de saúde pública em Manaus. O Serviço de Profilaxia Rural foi implementado logo depois da entrega do relatório final e jogou um papel fundamental em consolidar e render praxe a distribuição de remédios

para malária e febre amarela, e sucessivamente foi também uma instituição importante pela formação de novo pessoal biomédico da região, a partir dos anos '20. O dispensário 'Oswaldo Cruz' foi uma outra estrutura muito importante na época sucessiva à viagem do médico, e depois ter tido um papel importante na profilaxia da malária, sucessivamente se concentrou no tratamento da lepra e de doenças venéreas (GALVÃO 2003).

Mas, como frequentemente acontece quando a medicina concentra toda a atenção num só objetivo, as outras doenças continuam a crescer, e as vezes até podem ter surtos exatamente porque a atenção médica foi desviada. Durante a pandemia de COVID, por exemplo, uma vez que a onda de contágios começou se acalmando, os serviços nacionais de saúde foram mergulhados pelo enorme número de pacientes que tinham postecipado cirurgias e tratamentos planejados que não podiam ser feitos pelo fechamento dos hospitais, sem falar da impossibilidade de atender muitas cirurgias emergenciais pela falta de UTIs. Na época da tentativa de saneamento do Amazonas de Cruz, a emergência foi a malária, e isso tirou bastante da atenção do pessoal médico das outras endemias locais que não foram diagnosticadas ou, como já amostrado, as vezes foram erroneamente diagnosticadas como malária. Foi assim que um surto de lepra explodiu dentro de Manaus, ameaçando diretamente as elites locais. Essa ameaça direta à saúde e a sobrevivência das elites permitiu a liberação de recursos suficientes para construir o leprosário de Manacapuru, que abrigou a maior parte dos contagiados de Manaus) e começar a criação da rede de dispensários rurais que Cruz tinha imaginado pelo Amazonas.

1.1.4 Segunda guerra mundial, expansão da biomedicina e último fase da economia gomífera

O levantamento e o relatório de Oswaldo Cruz tiveram o resultado de modificar o jeito de considerar a região amazônica do ponto de vista biomédico. Pela primeira vez se produziram dados estatístico de ampla escala e coletados com método, documentando a situação da época num detalhe nunca alcançado anteriormente. A rede de dispensários que o médico achava fundamental para atender a dispersa população rural da região amazônica, e que na época da apresentação do relatório não tinha orçamento suficiente para ser implementada, começou a ser construída no começo dos anos '20 do século XX, com a criação do Serviço de Profilaxia Rural, chefiado pelo médico Samuel Uchoa. Esse serviço nasceu com orçamento muito limitado, que ameaçou constantemente a capacidade operacional dessa instituição. O que impulsionou a ação do Serviço, foi a ameaça de uma epidemia de lepra em Manaus e no Amazonas. Rapidamente a lepra virou o 'problema dos problemas' da região, como o mesmo doutor Uchoa afirma:

De todos os problemas a focalizar, no Estado, nenhum excede, pela sua difusão crescente, à lepra, em suas variadas modalidades. Apesar do saneamento desta região, de tudo depender da malária – pivot da nossa campanha, a questão da lepra, após o censo iniciado e a multiplicidade de foco desse morbus, vai preocupando fundamente a minha gestão. Se medidas muito radicais e sábias nos seus propósitos não se exteriorizarem, à sorte da Amazônia, estão reservados dias muito sombrios. De momento é o problema dos problemas (UCHOA 1972).

Como dito, o relatório de Oswaldo Cruz focou muito na onnipresença da malária e ancilostomíase na região Amazonas-Acre-Roraima, com uma tal força que surgem legítimas dúvidas que as diagnoses as vezes sejam automaticamente resolvidas em favor da malária. Esse refletia uma concepção médica muito radicada, que atribuía a quase totalidade dos problemas de saúde do Amazonas à malária. Como afirma Afrânio Peixoto:

A malária foi sempre uma grande preocupação, no Brasil, tamanha que, de tempos em tempos, os mesmos médicos eram obrigados a pôr embargos aos exageros de colegas; há um século, José Maria Bontempo, um dos primeiros professores de medicina no Rio, já protestava contra o emprego abusivo da preciosa casca de quina; Francisco de Castro, outro mestre notável, nos tempos recentes, formulava a mesma censura, quanto a quinina. E que havia malária em tudo; a febre tífica seria tifo-malária; havia híbridos do paludismo com a febre amarela, e a febre remitente biliosa grave dos países quentes era uma concessão frequente aos diagnósticos duvidosos... Parece aliás, em certas zonas, que, seja qual for o sintoma, é a malária que se deve considerar primeiro: Oswaldo Cruz assim da Amazônia. (PEIXOTO 1975, p.93-94)

As formas novas de malária que Cruz observou na sua viagem nunca mais foram observadas, e as taxas de incidência da praga, que eram colocadas como impressionantemente elevadas no relatório do médico, apareceram bem diferentes em sucessivas pesquisas no Acre e no Roraima. Seja que os dados estivessem manumissos, que diagnosticar malária fosse a abordagem mais óbvia, ou que esse diagnóstico fosse o melhor para a Superintendência de Defesa da Borracha (que assim podia implementar a obrigação de tomar quinino, sem precisar de gastar dinheiro em ulteriores gastos de saúde), o resultado do relatório foi que muitas outras doenças foram ignoradas. A lepra, outro morbo endêmico da Amazonia foi de consequência deixado em segundo plano até que o problema não emergiu em toda sua dimensão e gravidade e não pude ser ignorado. A ameaça direta que a lepra estava pondo pela cidade de Manaus obrigou as autoridades a uma resposta rápida. Foram construídos leprosários e contratualizados novos médicos para enfrentar a crise e evitar uma epidemia no centro urbano. Essas abordagens da saúde pública fazem parte da “ideologia da crise” que caracterizou a primeira fase da afirmação da biomedicina na região Amazônica.

Mas o verdadeiro impulso para um saneamento do Amazonas veio de novo de uma dinâmica de subordinação da saúde pública à produção industrial. Com o começo da segunda guerra mundial, a borracha produzida nas colônias inglesas e francesas na Ásia foi tomada pelas conquistas territoriais do Japão, e na nova economia de guerra, a borracha brasileira, em declínio nos dois decênios anteriores, voltou a ser fundamental

comercialmente. Dessa vez, a inteira Aliança estava precisando de toda a borracha que pudesse ser produzida e do jeito mais rápido possível. Cada trabalhador era importante e todos precisavam trabalhar ao máximo da rapidez e da eficiência possível (GALVÃO 2003).

Nesse contexto, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fundado no 1942. Esse projeto se insere na nova visão do mundo proposta na conferência de Washington do 1942, onde as Nações Unidas nasceram com um novo viés social, com a OMS e seus objetivos de erradicação de doenças e sanitização global ao centro dessa visão. O SESP, nascido nesse alvo ideológico, representa a mais completa e democrática iniciativa ligada a saúde pública a ser implementada no território do Amazonas até aquela época.

A criação do Serviço foi acompanhada de numerosas outras iniciativas importantes, muitas das quais representaram uma nova abordagem do enfrentamento dos problemas da saúde da região. O Programa de Educação Médica e da Democratização da Saúde é sem dúvida uma das iniciativas mais importantes, e representa tudo o que não tinha sido feito até aquele momento no Amazonas. De uma dinâmica de assunção forçada dos medicamentos contra a malária, sem acompanhamento médico ulterior e sem nenhuma pedagogia médica, agora uma das principais diretrizes de ação do SESP será exatamente um programa de educação médica pela população. O programa mirava a formar e sensibilizar a população às criticidades dos problemas médicos, visando pela primeira vez prever as crises epidêmica em vez de intervir somente quando houvesse uma (BASTOS 1995). Essas novas ferramentas educativas marcam uma mudança profunda no operar biomédico, numa visão de empoderamento das comunidades locais e uma aproximação entre os médicos e os pacientes. Essa visão da medicina terá um forte impacto na difusão capilar da biomedicina no mundo pós segunda guerra mundial, e acompanhará os principais sucessos biomédicos na erradicação de doenças endêmicas como a varíola nos anos '60 e '70.

Em 1943 foi criado o Programa de Educação Médica sob a direção do doutor Marcolino Gomes Candau e, sucessivamente, em dezembro do mesmo ano nasceu a Divisão de Educação Sanitária, inicialmente dirigida pelo mesmo Candau e substituído em março 1944 por Charles Wagley. A chegada de Wagley será fundamental porque dará um

impulso diferente às ações da Divisão, colocando ao centro da ação as necessidades das populações rurais amazônicas.

Wagley, era afiliado ao IAIA, ou Instituto de Assuntos Interamericanos, que era o órgão destinado a coordenar e administrar os programas bilaterais de saúde na América Latina e que elaborou o programa em 12 pontos sucessivamente chamado de Convenio Básico, que estarão ao centro da ação do SESP. Entre os pontos os mais importantes pelo futuro do Amazonas foram:

- 1. O saneamento do vale do Amazonas, especialmente a profilaxia e os estudos de malária no vale e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da referida região;*
- 2. O preparo de profissionais para trabalho de saúde pública, compreendendo o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiras de saúde pública e o treinamento de outros técnicos;*
- 3. A colaboração com o Serviço Nacional de Lepra e, por intermédio deste, com as repartições sanitárias estaduais para o combate a lepra. (GALVÃO 2003).*

Finalmente o saneamento do Amazonas, imaginado e procurado por Oswaldo Cruz e sua equipe, estava ao alcance. O SESP nasceu com um orçamento que nenhuma iniciativa ligada à saúde pública podia esperar antes, no contexto amazonense:

O contrato previa que o Serviço seria superintendido por um médico do IAIA aceito pelo ministro da Educação e Saúde, tendo, como assistente administrativo, um médico do Serviço Público Federal, indicado pelo referido ministro e aceito pelo superintendente do SESP. Definiu ainda o regime de administração do Serviço, sua articulação com o Ministério da Educação e Saúde, bem como a autoridade administrativa do superintendente com relação à admissão e dispensa do pessoal e aos gastos de fundos, e estipulou as importâncias que deveriam ser aplicadas durante sua vigência, fixando a data de 31 de dezembro de 1943, a validade do

mesmo. As cotas iniciais foram de cinco milhões de cruzeiros do Governo Brasileiro e dois milhões de dólares do Governo Americano. A importância de quinhentos mil dólares foi destinada à aplicação no preparo de profissionais e na colaboração com o Serviço Nacional de Lepra. (BASTOS 1995, p. 32-33)

O orçamento garantido ao SESP e seus projetos foi a chave para garantir o alcance de resultados que antes pareciam fora do possível. Infelizmente, esse importantíssimo projeto, que misturava educação a saúde para a população e para a formação de novo pessoal médico para favorecer a prevenção às doenças e ao mesmo tempo fornecia recursos, medicinais e estruturas para atender os pacientes na cidade de Manaus e nas regiões rurais do Amazonas, nasceu num momento de crise internacional, com um objetivo muito específico. Da saúde dos cidadãos amazonenses dependia o nível produtivo da borracha, e da borracha amazonense dependiam os exércitos aliados na luta contra a Alemanha nazista e o Japão:

Assim nasceu o Serviço Especial de Saúde Pública, mais conhecido como SESP. Nasceu em um ano de guerra, das necessidades cruéis da II Guerra Mundial, nos instantes em que as forças totalitárias tentavam esmagar as forças democráticas do mundo. Em sua infância teve justamente que defender a saúde dos homens que precisavam de saúde para se tornarem capazes de fornecer aos arsenais da democracia o material necessário para a luta do bem-estar dos povos. (BASTOS 1995)

A saúde, no Amazonas, foi sempre subordinada aos processos produtivos. Somente quando a tutela da vida e do estado de saúde foi visto como mais vantajoso, como na época do relatório de Cruz e Chagas, ou como essencial para o êxito de um conflito mundial, como na época da implementação do SESP, os recursos públicos ou particulares foram acionados e foram implementadas campanhas médicas de amplo alcance. Então, com o fim da segunda guerra mundial, apareceu claro a todo mundo que o futuro do SESP era marcado e precisava uma ação rápida para garantir sua continuação. A emergência

que tinha impulsionado seu nascimento e garantido os recursos pelo seu funcionamento tinha acabado e, como sempre, os temores que o projeto pudesse acabar como os outros anteriormente eram grandes.

Precisaram anos de luta porque o SESP virasse Fundação e conseguisse arrecadar um orçamento federal que garantisse sua sobrevivência e funcionamento. A criação da Fundação foi um passo fundamental pelo estabelecimento e fortalecimento da biomedicina no contexto amazônico. Graças à presença do SESP foi impulsionada a formação de novos médicos locais através da faculdade de medicina e do hospital universitário, e em geral a qualidade da formação médica melhorou sensivelmente ao longo dos anos sucessivos.

Mas, mais uma vez, o contexto estava para mudar radicalmente com o golpe do 1964. A fundação da zona franca de Manaus, a explosão demográfica da cidade e o novo papel de centro industrial chave pelo Brasil criaram problemáticas de saúde e, mais uma vez, subordinaram o serviço de saúde à produtividade industrial e à eficiência da força de trabalho (GALVÃO 2003). A dependência direta da Fundação do poder federal e seu orçamento fizeram com que a atuação do serviço público de saúde fosse novamente ligada à produção industrial, essencial nessa nova fase da história manauara

1.1.5 Saúde Pública na Manaus moderna

Com o fim da segunda guerra mundial, a reabertura das ligações comerciais com o sudeste asiático e sua borracha, e enfim a descoberta da vulcanização condenaram Manaus e sua borracha ao declínio definitivo. Nos decênios entre o fim da guerra e a fundação da Zona Franca, o volume de negócios diminuiu constantemente e o desemprego aumentou. Os esforços de saneamento do Amazonas, ao mesmo tempo, deram os primeiros resultados concretos, e a população teve um notável crescimento devido ao rápido calo da mortalidade.

Esse declínio econômico da cidade foi subitamente revertido pela implementação da zona franca em 1967. A criação da zona franca, na verdade remonta a dez anos antes, quando, com o decreto lei número 3.173 de 6 de junho de 1957, se imaginava uma zona franca para armazenamento ou depósito de mercadorias em águas tributárias do rio Amazonas. Esse decreto, do governo democrático do presidente Juscelino Kubitschek, nunca foi atuado e no 1967 foi revogado pela ditadura militar e substituído pelo decreto lei 288, assinado no dia 28 de fevereiro de 1967 por Castelo Branco. Nessa nova legislação, a zona franca tinha um papel muito maior, virando um polo industrial com fortes isenções aos impostos de importação e exportação das mercadorias. A ótica era de criar um polo industrial, que atraísse quantas mais indústrias possíveis e que rivalizasse com polos mais antigos como o de São Paulo.

A revitalização de Manaus era vista como peça fundamental para reverter o declínio demográfico e fazer da cidade a cabeça de ponte para uma exploração sistemática e constante da Amazonia. Depois de mais de 50 anos de história e uma explosão demográfica impressionante na cidade de Manaus, é claro que o projeto alcançou os seus objetivos, mas os custos humanos desses desafios foram enormes.

Djalma Batista, traçando um primeiro balanço da zona franca com menos de 10 anos de funcionamento fala:

O grande afluxo de gente de fora de Manaus, vindo principalmente do interior, sem educação sanitária e vivendo miseravelmente, aumentou de muito os problemas médico-sanitários da terra: distúrbios nutritivos, sobretudo atingindo as crianças

(cuja mortalidade continua alta), doenças infecciosas e parasitárias (com ênfase especial para as venéreas que se difundem assustadoramente com o desenvolvimento da prostituição feminina e masculina, além da malária, da amebiana e da leishmaniose. A isso tudo se juntam os acidentes do tráfego, que faz vítimas a toda hora. (BATISTA 1976)

Nesse relato é já claro quanto rápida foi a explosão demográfica da cidade. Somente para evidenciar esse fenômeno que tem poucos paralelos na história recente, a cidade no primeiro censo do IBGE de 1872 tinha 29334 habitantes, no 1960 175343 e depois da implantação da zona franca esse número quase dobrará cada dez anos pelos sucessivos dois censos: 314197 em 1970, 642492 em 1980. A cidade passará de 1 milhão de pessoas em 1991 e, finalmente, chegou ao atual número de 2.063.547 habitantes, segundo os dados do último censo (IBGE 2022). São números impressionantes, sobretudo se levamos em consideração a localização da cidade.

A migração recomeçou com toda a força, e dessa vez interessou grandemente a população do interior do Amazonas. Manaus virou um centro de atração para a população rural, prometendo fácil acesso ao trabalho e renda bem maior daquela que se podia obter com trabalhos agrícolas. Isso abriu as portas para uma dinâmica, que perdura até agora, de movimentação da força trabalho do interior para a cidade que frequentemente era um moto pendular, com os trabalhadores que voltavam para as regiões nativas nos feriados para visitar amigos e parentes. Esse movimento, muito comum nos grandes centros industriais do mundo, terá um papel importante e mortífero na pandemia de COVID, porque criou uma ligação constante entre o centro urbano e as áreas afastadas do interior, que favoreceu o espalhamento do contágio até as áreas rurais mais remotas.

Durante a economia gomífera os povos indígenas tentaram se afastar o mais possível dos centros habitados, e em particular de Manaus. Na época da industrialização da zona franca, esse fenômeno se reverte, e muitos indígenas começam a gravitar em torno de Manaus e de outros centros urbanos. A construção de novas estradas entre a capital e as cidades limítrofes aumentou rapidamente e o transporte via carros e caminhões aumentou tanto e tanto rapidamente que os acidentes de trânsito virarão uma das causas principais de morte em Manaus menos de dez anos depois da implementação da zona franca

(BATISTA 1976). Essa rede de estradas aumentou com constância e rapidez, e isso contribuiu enormemente para reduzir os tempos de viagem de Manaus e as cidades vizinhas, e o incremento do transporte fluvial colocou áreas como o médio e alto rio Negro dentro da área de gravitação da capital amazonense.

As primeiras duas décadas da zona franca de Manaus coincidem com a ditadura militar no Brasil, e serão caracterizadas para uma exploração incontrolada dos recursos da Amazonia. Mineiros de ouro e potássio, exportação de madeira e desenvolvimento industrial da capital foram as principais formas de exploração da região amazônica. O progressivo e rápido aumento dos ingressos em área indígena, e a falta de demarcação e reconhecimento dessas terras aceleraram imensamente o desgaste que tinha se protraído nos séculos precedentes. Os povos indígenas foram dizimados para novas epidemias, e ao mesmo tempo foram ativamente expulsadas dos territórios de assentamento através de ataques, intimidações e destruições do meio ambiente (VILHAÇA 2020). Esse contexto de crescente violência e a falta de qualquer perspectiva de vida nas terras de assentamento tradicional fazer começar a chegar um número a cada ano maior de indígenas nas cidades. Ao mesmo tempo, as populações que já moravam perto de Manaus acabaram

Essas novas dinâmicas pendulares dos povos indígenas quebraram definitivamente os mecanismos de distanciamento que estavam perdurando havia séculos na região. Contatos cada vez mais constantes e estáveis com as cidade e movimentação pendular entre centros urbanos e aldeias aceleraram muitos problemas de saúde pública, velhos e novos. Ao lado das seculares pragas como a gripe, as febres maláricas, sarampo e outras, começaram a aumentar sensivelmente os casos de várias outras doenças como hepatites, cirrose hepática e doenças venéreas (GALVÃO 2003). Em Manaus, os indígenas que chegaram nessa primeira onda migratória, eram marginalizados e geralmente acolhido com suspeito quando não com aberta hostilidade pelo poder público. Geralmente sem uma rede de conhecidos já morando na cidade e sem nenhuma ajuda direta pela administração pública, essas populações, das demais várias etnias e lugares de origem, começaram a morar em terrenos às margens da capital amazônica. Essas ocupações, construídas de zero sem nenhum planejamento e com a constante ameaça de expulsão e destruição das estruturas, se expandiram constantemente ao longo dos decênios da ditadura militar.

Sem ligação à água ou energia elétrica, sem saneamento básico das áreas de ocupação, frequentemente sem possibilidade de construir estruturas de alvenaria, sem acesso à saúde pública, na constante ameaça de expulsão; essas comunidades sofreram as demasiadas formas de violência ao longo dos anos e essas dificuldades e marginalização serão causa de numerosos surtos epidêmicos.

Nessa época de desenvolvimento acelerado, ainda a saúde pública em Manaus era administrada na ótica principal de garantir a saúde dos trabalhadores para garantir os níveis produtivos máximos e ainda não como um direito de cidadania. Mas um elemento separa a saúde na Manaus moderna das épocas antecedentes: agora a formação de médicos locais era garantida a todos os níveis graças à fundação do Hospital Universitário Getúlio Vargas no 1965 e a criação de outras instituições locais muito importantes como o Instituto de Medicina Tropical e o Laboratório Alfredo da Matta. Essa autossuficiência do sistema sanitário amazonense é uma grande e bem-vinda novidade no cenário da saúde local; mesmo se Galvão evidencia como, pelo menos até o fim da ditadura a qualidade do ensino acadêmico era frequentemente escassa, com presença de charlatães (segundo o autor) e o orçamento da faculdade insuficiente para garantir ferramentas de ensino de bom nível (GALVÃO 2003).

Paralelamente ao crescimento demográfico, também nasceram novas estruturas biomédicas para atender a nova população. A expansão é muito rápida: no 1976 o Amazonas contava com 69 estabelecimentos públicos e 24 particulares; em 1980 as estruturas de saúde totais eram 123, com 82 públicas e 41 particulares (SANTANA 1996). Mas a situação de saúde da cidade melhorou só marginalmente nessa época, mesmo com uma maior abundância de pessoal e estruturas médicas: os índices de malária ficaram muitos elevados, os casos de hepatites e doenças veneras subiram, assim como a mortalidade infantil, e se juntaram todas as novas urgências médicas ligadas aos acidentes de trânsito urbano.

A Manaus moderna, então, de uma vila de médio tamanho virou uma metrópole entre as maiores do Brasil na volta de 30 anos, tendo que lidar rapidamente com todos os problemas de saúde que acompanham um crescimento demográfico explosivo. A queda da mortalidade por uma série de doenças bacterianas, como por exemplo a lepra ou a tuberculose, graças à chegada dos antibióticos, contribuiu a acelerar notavelmente essa

explosão demográfica. A biomedicina da segunda metade do século XX fortalecera ulteriormente a prescrição sistemática de fármacos, em particular os antibióticos e os analgésicos, na ótica de manter a força de trabalho ao máximo da eficiência no trabalho (NGUYEN 2010). Esse constante recurso às drogas biomédicas criará uma série de problemáticas como consumo excessivo de antibióticos, consumo de fármacos não indicados para terapia de uma série de doenças e, como será analisado nos próximos capítulos, quebra, esquecimento e marginalização das práticas médicas tradicionais. O poder biomédico, ao seu auge nas décadas que vão do 1950 até o final do século XX, conseguiu, sobretudo em contexto urbano, excluir totalmente do debate da saúde as formas de medicina tradicionais indígenas, já grandemente ameaçadas pela perda da maioria dos conhecedores mais anciões, mortos nas chacinas ou por doenças nos decênios da ditadura.

Durante os dois decênios da ditadura, então, a saúde pública passou principalmente pela prescrição de medicamentos e poucas noções de educação sanitária básicas pela população, mas será somente com a introdução do SUS no Brasil (que no Amazonas será implementado com numerosas dificuldades e iniciais atrasos) que a situação socio-sanitária amazônica terá um melhoramento notável. Somente quando a Fundação SESP foi finalmente fechada e substituída pelo Serviço Único de Saúde, a secular dinâmica de administração da saúde para garantir a produtividade da força de trabalho se quebrou para deixar espaço a uma nova ideia de acesso universal às estruturas de saúde.

O acesso universal a uma assistência sanitária de qualidade e totalmente gratuita que o SUS representou, foi um avanço enorme para uma população que até aquele momento, especialmente pelas camadas mais pobres, recebia uns fármacos depois de uma diagnose sumaria sem nenhuma assistência ulterior. O SUS indígena, também, representará a primeira tentativa de levar até as terras demarcadas uma assistência médica constante, que não tentasse resolver um problema pontual como nas campanhas vacinais, mas que se esforçasse de amenizar problemáticas seculares em larga parte causadas pela presença colonialista. Junto com outras instituições federais e estaduais, como FUNAI, SESAI, FEI entre outras, o SUS contribuiu a construir as bases para uma nova dinâmica entre estado e povos indígenas.

A existência e o papel do SUS na pandemia de COVID serão chave. Então, irei analisar mais no detalhe no próximo capítulo a expansão dos serviços públicos de saúde no Brasil e no Amazonas, e tentarei evidenciar como essa nova visão do acesso à assistência sanitária ajudará a contrastar as necropolíticas do governo federal.

1.2 O macro contexto da pandemia de COVID-19

A história das epidemias evidencia como elas explodam e se propaguem através das redes de contato. Na Europa e Ásia, as epidemias passaram de uma região à outra por causa das relações comerciais ou, mais de frequente, pelas guerras (como as primeiras pestes bubônicas, que chegaram em Roma trazidas de volta pelos veteranos das guerras de invasão do império dos Partas, por exemplo). Nas américas, antes do contato existiam uma série de doenças que tinham uma presença constante, como a sífilis, mas que raramente viviam eventos epidêmicos de grandes dimensões.

A tipologia de moradia dos povos indígenas americanos, e amazonenses em particular, garantia uma defesa constante contra o explodir de fenômenos epidêmicos de grandes dimensões. Mesmo tendo aldeias de grandes dimensões, como os recentes estudos arqueológicos demonstram com crescente probabilidade (HECKENBERGER e NEVES, 2009, HECKENBERGER 2008), a distância entre um centro habitado e outro, por exemplo, garantia uma barreira defensiva contra um espalhamento incontrolado das doenças. Outro fator importante era a escolha bem ponderada do lugar melhor para construir uma nova aldeia, evitando os lugares insalubres e procurando onde pudesse ter um acesso melhor a água limpa e abundância de comida. As medicinas tradicionais indígenas, por fim, nasceram e se fortaleceram nos séculos enfrentando as doenças, ressignificando elas e conseguindo limitar os efeitos mortais que os surtos epidêmicos tinham.

Como falei nos parágrafos anteriores, a chegada dos europeus destruiu esse milenar equilíbrio. Novas doenças, deslocamento de inteiros povos para lugares mais insalubres e um contexto de violência constante onde os expertos de medicina indígenas, frequentemente os mais velhos das aldeias, morriam em grandes números. A nova realidade das Américas era um contexto perfeito para que começassem a se espalhar epidemias das novas doenças.

Mas uma nova dinâmica começou a se desenvolver, entre final do século XIX e início do século XX, começando na Europa e nos EUA, e que se espalhou no resto do mundo: a revolução biomédica e o ‘nascimento da clínica’ (FOUCAULT 1963). A difusão da

biomedicina foi extremamente rápida, e, sobretudo depois da descoberta de antibióticos e das vacinas, teve uma aceleração global que mudou completamente o jeito de interagir com o médico e com o meio de cura (VAN DER GEEST 1988, REYNOLD WHYTE 2002, NGUYEN 2006, BIEHL 2013, PETRYNA 2009). As nações, sobretudo desde a segunda parte do século XX, começaram a criar serviços de saúde pública, onde a biomedicina era a única medicina administrada e onde a terapia era composta unicamente ou principalmente pelas novas drogas de produção farmacêutica industrial.

A abundância dos fármacos no mercado global e a eficácia na terapia de muitas doenças que até aquele momento eram consideradas quase incuráveis (tuberculose, lepra e varíola somente para citar algumas) garantiram um sucesso constante dessa nova abordagem médica. E essa nova dinâmica será importante para entender o contexto em que a pandemia de COVID-19 se desenvolveu.

Para poder falar da pandemia, é necessário contextualizar ela nas dinâmicas globais atuais; assim como para poder entender a história das epidemias do continente americano é fundamental analisar as dinâmicas coloniais. As epidemias são pós-produto do contato entre seres humanos, seja esse contato forçado como na invasão colonialista das américas, ou criado por equilíbrios econômicos como no presente. Por esse motivo, as epidemias podem ser vistas como consequências direta da globalização (WALLACE 2020).

Como tentei ilustrar precedentemente, já na época da borracha, a circulação de pessoas na área de Manaus foi um dos fatores principais pela chegada e difusão de uma série de doenças que provocaram inúmeros surtos epidêmicos ao longo das décadas. Assim, é impossível falar da COVID-19 no Amazonas sem falar das dinâmicas político-econômicas que contribuíram a criar um terreno fértil ao nascimento e difusão desse novo contágio na China. As chamadas '*supply chains*' (correntes de suprimentos) do capitalismo contemporâneo foram as diretrizes de difusão do vírus, e a crise pandêmica marcou o que poderia ser, o auge da globalização neoliberal em construção desde a década de '70 com os 'acordos do ping-pong' entre os EUA de Nixon e a China.

É então preciso fazer uma rápida análise dos equilíbrios (ou talvez melhor dizer, desequilíbrios) que o neoliberalismo introduziu num mundo que já estava se globalizando rapidamente, focando a atenção nos desgastes que foram feitos nos serviços públicos de

saúde e aos ‘*welfare states*’ ao redor do globo em nome da ideologia reaganiana do ‘estado mínimo’. O progressivo abandono a redução dos programas de assistência sanitária em numerosos países tem caracterizado as últimas décadas de política econômica mundial, deixando progressivamente a força de trabalho cada vez mais dependente do trabalho para poder ter planos de saúde particulares cada vez mais caros. A saúde, nesse novo equilíbrio econômico global, é moeda de troca para os empresários manterem imobilizados os trabalhadores e impedir que se sindicalizem. Essas novas dinâmicas e condições de trabalho e de acesso à saúde terão um papel fundamental na difusão do vírus da COVID.

O Brasil ficou entre as poucas nações em contramão nessa política de cortes da saúde, pelo menos do 2002 até o 2015, com planos de fortalecimento do SUS nas cidades e nas áreas indígenas. Mas esse breve momento de construção de uma capilar saúde pública gratuita e de qualidade terminou repentinamente com os governos Temer e Bolsonaro. As políticas de cortes atuadas nos últimos seis anos tiveram gravíssimas consequências na pandemia e custaram a vida a muitos indivíduos, com gravíssimas perdas nos povos indígenas.

1.2.1 Uma nova dinâmica estado-biomedicina

A capilaridade dos sistemas públicos de saúde, com inúmeras unidades locais, médicos de família e pontos de saúde rural, permitiu aos estados uma capacidade de coleta de dados e controle social sem precedentes (FOUCAULT 1963, 2005; FASSIN 1996). O conceito de biopoder, é extremamente precioso para descrever essa penetração do estado na vida de seus cidadãos através do controle dos corpos, da saúde e da subsequente sanção de adequação como componente “normal” de uma sociedade saudável. A possibilidade de determinar a exclusão social de sujeitos considerados incapazes de serem cidadãos “normais” por meio de diagnóstico psiquiátrico, o controle dos corpos, a violência estrutural exercida sobre quem não se conforme às regras biomédicas são apenas algumas das faces desse poder (FOUCAULT 1962, 1963, 2005). O poder de impor um padrão de saúde física e mental de seus cidadãos e a capacidade de implementar medidas de contenção e exclusão social para aqueles que não cumprem esses padrões têm sido historicamente uma prerrogativa exclusiva do estado, exercida por meio do próprio serviço público de saúde.

O poder da biomedicina se globalizou rapidamente graças à fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 e constituiu um pilar fundamental das Nações Unidas. Nos primeiros trinta anos da OMS a expansão da biomedicina no mundo pareceu imparável e sua eficácia difícil de ser criticada, especialmente após as campanhas mundiais de vacinação das décadas de '60 e '70 que tornaram possível declarar erradicadas doenças mortais e incapacitantes, como varíola e poliomielite. Mas a atual pandemia está mostrando como uma nova dinâmica estado/biomedicina se desenvolveu, lenta e silenciosamente, nos últimos quarenta anos.

O exercício da biomedicina e da saúde pública requer constante apoio econômico do estado para poder implantar efetivamente. A máquina de saúde pública exige que investimentos ingentes sejam sempre fornecidos: pessoal qualificado, suprimentos médicos e equipamentos clínicos, com os custos de manutenção e atualização associados são somente alguns dos custos que um serviço público de saúde tem que enfrentar cada ano. Por esses motivos, a saúde pública foi e ainda é um dos principais itens do orçamento

de qualquer nação que implemente um *welfare state* de larga escala. Em tempos de grandes investimentos estatais, a proteção de um nível mínimo de saúde era vista como um meio essencial para evitar o repetir-se de epidemias como cólera, poliomielite e gripe espanhola, vivenciadas durante o século XIX e a primeira metade do século XX, garantindo ao mesmo tempo um reforçamento do poder do estado. Mas decênios de políticas econômicas neoliberais e de cortes ao estado social colocaram em crise possivelmente irreversível essa ideia.

Essa "lua de mel" entre a biomedicina e o estado começou a quebrar-se já no início dos anos '80, com o avanço das forças de inspiração neoliberal, primeiro nos Estados Unidos e depois no resto do mundo. Os níveis de saúde alcançados, a erradicação da maioria das doenças virais com campanhas internacionais de vacinação e a síntese de antibióticos capazes de garantir a recuperação de muitas das infecções bacterianas mais perigosas instilaram a ilusão de que não houvesse mais condições para uma epidemia de grandes proporções ou, se ocorrer, essa pudesse ser rapidamente contida e derrotada. A redução da assistência médica à mera ingestão de um medicamento ou à administração de uma injeção de vacina abriu a possibilidade para as administrações neoliberais de reduzir progressivamente o empenho do estado no campo da saúde pública. Ao mesmo tempo, o consumo indiscriminado de fármacos foi grandemente fomentado pelo sistema de saúde particular, cada vez mais poderoso, fazendo virar o fármaco uma mera mercadoria e colocando progressivamente a medicina no campo do "livre mercado" (NGUYEN 2010, VAN DER GEEST 1988). Essa progressiva comoditização do fármaco empoderou grandemente as grandes casas farmacêuticas e progressivamente expandiu o alcance da biomedicina, gerando demandas de fármacos para condições não consideradas doentias anteriormente (farmacêutica estética, emagrecedores, vitaminas e outros produtos).

Essa explosão de demanda para fármacos, integradores alimentícios e outras drogas biomédicas gerou novos mercados e novos clientes, e as produtoras de fármacos começaram a incluir linhas de produtos assim chamados de 'naturais'. Cada vez mais foram explorados os preparados das medicinas tradicionais indígenas para ser incluídos nessas novas linhas de produtos. Muito frequentemente, as receitas dos remédios eram roubadas ou adquiridas por preços ridiculamente baixos e sucessivamente patenteadas para impedir réplicas comerciais. Irei analisar essas temáticas no capítulo seguinte.

A implementação do assim chamado “estado mínimo” foi um processo lento, que começou com os cortes radicais dos impostos sobre grandes rendas feitos por a administração Reagan no início dos anos 80 nos EUA, cortes substancialmente copiados nos sucessivos anos por muitas outras nações. Com esse primeiro passo, toda a máquina do *welfare state* começou a tornar-se insustentável para os cofres do estado e virou alvo de críticas instrumentais de ineficiência e desperdício de dinheiro público pelos partidos mais marcadamente neoliberais ao longo dos últimos decênios. Países como os Estados Unidos, já extremamente fracos em sua estrutura médica pública, delegaram rapidamente a responsabilidade da saúde inteiramente ao setor privado. Os estados que optaram por manter seu sistema de saúde a níveis comparáveis ao passado foram forçados a recorrer ao aumento da dívida pública para garantir seu funcionamento ou aumentar novamente os impostos, assim ficando alvo dos ataques das forças neoliberais (COLOMBO 2015, NEGRI 2002).

A progressiva privatização da saúde ligou o acesso as curas ao acesso à renda. O paralelo ataque constante aos direitos trabalhistas operados nos últimos quarenta anos é parte integrante e fundamental dessa estratégia neoliberal, que visa quebrar as lutas sindicais através da chantagem de perder não só os meios de sustentamento, mas ao mesmo tempo a cobertura sanitária.

Tudo isso contribui à imobilização da força de trabalho, cada vez mais dependente do seu emprego e mais obrigada a se encaixar num mecanismo que não garante mais a estabilidade do emprego e a equidade salarial, e onde a saúde virou *comodity* acessível somente para quem tenha renda (NGUYEN 2010, VAN DER GEEST 1988, MACKINTOSH 2005). Os relatos dos trabalhadores dos centros de triagem da Amazon nos Estados Unidos são um exemplo perfeito dessa nova dinâmica de negociação trabalhista. No início da pandemia, a empresa negou qualquer licença médica paga, a menos que um certificado de positividade para o teste COVID-19 fosse mostrado e, também neste caso, o período máximo permitido era de apenas duas semanas. A escassez de exames nos hospitais e as filas para acessá-los não permitiam aos trabalhadores tirarem folga do trabalho, sob pena de ameaça de demissão, e qualquer tentativa de sindicalização da força de trabalho foi reprimida com a ameaça de demissão e, portanto, de perda do seguro de saúde (SAINATO 2020; VISSER 2020). O papel fundamental que uma loja

virtual como Amazon teve nessa crise pandêmica, nos EUA como em grande parte do resto do planeta, contribuiu a silenciar esses relatos e enfraquecer as lutas trabalhistas. Algo parecido com a experiência de Amazon nos EUA se reproduziu no Brasil com os protestos dos trabalhadores dos Correios no começo da crise pandêmica, fortemente hostilizados pela greve que organizaram.

Esses representam somente uns dos muitos exemplos de enfraquecimento dos direitos trabalhista através da redução dos serviços públicos de saúde. A pandemia somente exacerbou e rendeu mais evidentes os efeitos nefários dos processos de desmontes dos *welfare state* ao redor do globo.

Após quase quatro décadas de políticas neoliberais, parece então necessária uma atualização do conceito de biopoder, onde o controle dos corpos não é mais exercido através dos sistemas de saúde. Ataques ao direito à saúde pública gratuita, cortes no financiamento do sistema, redução do pessoal médico e falta de investimento na formação de novos profissionais e a clara vontade de delegar a responsabilidade pelos cuidados médicos à seguros particulares, abriram uma crise talvez irremediável entre estados e serviços públicos de saúde. Uma nova dinâmica aparece emergir, onde o estado tenta se libertar da obrigação moral e material de prestar assistência médica gratuita e acessível à sua população, na tentativa de levar a medicina para a esfera do "mercado livre" do setor privado. Os sistemas públicos de saúde, assim como a OMS, por outro lado, estão se configurando cada vez mais como um contrapoder nesta crise, tentando implementar protocolos de segurança biomédicos e quarentena preventiva, muitas vezes em oposição às administrações estatais que pressionam pela volta rápida à normalidade e no mantimento do status quo a qualquer custo, evocando visões de apocalipse econômico como consequência das medidas de segurança propostas.

Portanto, o biopoder nessa nova dinâmica parece estar se configurando como o poder de conceder ou negar assistência médica através do mercado de trabalho. A saúde é ressignificada e, de um direito inalienável de cidadania, torna-se o primeiro benefício concedido ao membro ideal da nova sociedade neoliberal, aquele que não questiona a funcionalidade do sistema e não busca recuperar os direitos trabalhistas cada vez mais erodidos e ameaçados. A possibilidade de negar o acesso integral aos cuidados de saúde através da demissão e a consequente perda de cobertura de seguro médico são cada vez

mais usadas como uma arma para impedir a sindicalização e a luta civil por direitos ao trabalho e à remuneração justa. Tudo isso leva a um darwinismo social, no qual apenas aqueles que consigam manter o trabalho e uma fonte de renda podem sobreviver, cada vez mais imobilizados e dependentes do próprio emprego.

Essa nova dinâmica estado-biomedicina se expressou em todo seu tamanho desde o início da atual pandemia do COVID-19. Quando, após algumas semanas, a OMS declarou o estado de pandemia global, recomendando a implementação ao nível nacional de planos de quarentena e de distanciamento social, a reação da maioria dos estados foi minimizar a extensão do perigo e tentar manter ativas as cadeias de produção e consumo. As crises globais anteriores de saúde da SARS e H1N1 foram usadas nas retóricas estatais como evidência das preocupações infundadas da OMS: após um alarme inicial, essas se revelaram epidemias de pequenas proporções, mas tiveram repercussões imediatas na estabilidade dos mercados financeiros. Se muitos países, cujos serviços públicos de saúde foram logo sobrecarregados pelo número de pessoas infectadas, recuaram parcialmente ou totalmente dessas posições críticas insustentáveis, é evidente que as nações, em particular os Estados Unidos e o Brasil, cujos governos têm inspiração mais notavelmente neoliberais ainda estão tentando minimizar a seriedade da situação, pressionando pela reabertura de fábricas e estabelecimentos comerciais.

Essa inédita guerra fria entre poder biomédico e poder estatal representa só uma face da crise atual, e é fundamental evidenciar como os próprios equilíbrios econômicos neoliberais sejam a causa direta da explosão da pandemia e da sua difusão incontrolada no mundo inteiro.

1.2.2 A economia neoliberal e o COVID-19

Os brilhantes trabalhos de Robert Wallace, sobre os vínculos diretos entre os equilíbrios econômicos e a propagação do Ebola na mais recente epidemia que afetou principalmente Serra Leoa, Libéria e Guiné-Bissau em 2013, podem ajudar a entender a atual situação global e brasileira no específico (WALLACE 2016). No caso africano, a rápida conversão das economias nacionais dos estados mais afetados pelo contágio para a monocultura da palma de dendê levou uma grande população a entrar em contato direto com o morcego frugívoro que foi o vetor da disseminação do vírus. Esses quirópteros são particularmente atraídos pelos frutos desse tipo de palmeira que, até as mudanças econômicas, cresciam espontaneamente nas florestas tropicais, geralmente em áreas remotas e distantes dos centros habitados. Os fenômenos epidêmicos do Ebola, até então, haviam sido muito limitados, dado o decurso muito rápido do vírus, e permaneceram concentrados em áreas pouco povoadas e geralmente desconectados dos principais centros urbanos. A própria possibilidade de documentar esses surtos rápidos e mortais do vírus foi muito dificultada pelas distâncias e ausência de unidades de saúde rurais próximas e os relatos dessas epidemias são escassos e incompletos. O cultivo massivo do dendezeiro, plantado progressivamente mais perto das aldeias rurais, e os contatos cada vez mais estreitos entre essas e os centros urbanos principais constituíram as bases para a primeira epidemia de grandes proporções desse vírus (WALLACE 2016).

Essa leitura da epidemia pode fornecer ferramentas úteis para a leitura dos vínculos estreitos entre as estruturas econômicas globais e a disseminação da atual pandemia do COVID-19 e as várias fases da difusão global do vírus. A rápida urbanização da China, com a criação de polos industriais que atraíram grandes populações das áreas rurais circundantes, criou simultaneamente um hábito de deslocamento semanal entre cidades e campos. A ascensão econômica que a China teve nos últimos trinta anos não tem comparação na história recente, e seu papel como produtor industrial líder em inúmeros setores-chave da economia global é inegável.

Se as hipóteses avançadas pela OMS sobre a gênese e a propagação inicial forem confirmadas, os animais que têm contribuído à gênese do coronavírus seriam morcegos e uma espécie de cobra. A pandemia teve sua origem nos mercados da cidade de Wuhan, onde um número de pessoas entrou em contato com os animais vetores da atual infecção, expostos vivos pela venda e consumo alimentar (WEI JI et al. 2020). No passado, os contatos com esse tipo de fauna eram extremamente mais raros, rendendo bem mais difícil a passagem de doenças dos animais aos seres humanos e, como no caso africano, se houveram surtos epidêmicos, esses ficavam circunscritos e limitados. Mas, com a crescente urbanização que o país experimentou nas últimas décadas, as áreas rurais não apenas fortaleceram os contatos com as capitais regionais, mas também se tornaram uma espécie de “dormitório” para a força de trabalho industrial, frequentemente de origem rural. Esse movimento entre campos e cidade é fortemente estimulado pelo alto custo dos aluguéis da cidade, que impedem aos operários de ficar estavelmente nos centros urbanos (GAETANO 2015). Essa dinâmica foi fundamental pela disseminação inicial do vírus na região do Hubei, mas como ficará evidente enfrentando a situação pandêmica na Amazonia, também na região de Manaus a mesma movimentação interior- cidade está cada dia se fortalecendo.

Depois das primeiras semanas de lockdown quase total, que afetou basicamente o mundo inteiro, a preocupação principal foi o manutenção dos níveis de produção industrial. A máquina global do capitalismo de consumo não podia de jeito nenhum ficar parada por muito tempo, e então a força de trabalho foi chamada de volta para as fabricas e os centros de distribuição das mercadorias. Muitas vezes, os trabalhadores não tinham nenhum protocolo de segurança para o contágio e, caso ficassem doentes, não tiveram apoio ou permissão para se afastar do trabalho. São inúmeros os casos de surtos epidêmicos nos lugares de trabalho, com os centros de tratamento de encomendas e de laboração da carne entre os mais frequentes. Esses contágios, sucessivamente, se espalharam nas famílias dos trabalhadores e contribuíram a manter altas as taxas de contágio mesmo com protocolos de lockdown rígidos.

Quando o vírus chegou à Europa, os temores de um colapso econômico global foram a principal preocupação da maioria dos governos e os protocolos médicos restritivos sugeridos pela OMS foram implementados completamente somente semanas depois. A

retórica de negação da crise no começo da pandemia desempenhou um papel fundamental na disseminação inicial do contágio, dificultando a contenção da ameaça quando ainda era possível. Quando, enfim, foi impossível negar a gravidade da situação, o acúmulo de dívida pública, inevitavelmente gerado por reduções de impostos para rendas maiores, rendeu extremamente difícil por países como a Itália e a Espanha financiar intervenções médicas e de segurança pública, e garantir uma renda emergencial pela população. A grande maioria dos sistemas públicos de saúde europeus, enfraquecidos por decênios de cortes, não estavam preparados pelo tamanho da crise e pelo número enorme de pacientes.

A pandemia, então, exacerbou e rendeu evidentes as redes de interdependências que se construíram ao longo das décadas de globalização neoliberal, amostrando claramente as fraquezas de um sistema que beirou o colapso total no auge da crise e ainda, mais de dois anos depois do início da pandemia, está lidando com os efeitos. Num mundo onde somente a performance das indústrias nacionais e o consumo de bens são indicadores importantes, a vida humana importa somente como força de trabalho ou como consumidor. Não surpreende então como os países que tenham tido um governo mais marcadamente neoliberal, tenham sido os lugares que mais tiveram vítimas pela pandemia (WALLACE 2020).

Os embalances econômicos causados pela pandemia, foram utilizados ideologicamente pelos governos mais marcadamente neoliberais para puxar agendas econômicas ainda mais extremas. O Brasil foi um exemplo muito evidente disso, com os incentivos ao desmatamento e ao fortalecimento sem limites do agronegócio para aproveitar da crise alimentar que se criou com a ruptura das redes de abastecimento globais, assim como os acenos descarados ao garimpo para aproveitar dos preços muito favoráveis do ouro no auge da crise e, mais recentemente, às tentativas de liberar a mineração de potássio para preencher a vaga aberta recentemente pela guerra na Ucrânia. A COVID-19 pode ser vista como uma doença nascida e propagada através de um modelo econômico que forçou ao longo dos decênios as economias mundiais a se especializar ao extremo e a se encaixar num esquema globalizador que reforçava a especialização das produções nacionais (por exemplo incentivando as monoculturas agrícolas, assim como a extração de minerais raros etc.) dentro de uma rede comercial cada vez mais rápida. Mas assim como pode se dizer que a pandemia surgiu e se propagou por causa de uma globalização neoliberal, ao

mesmo tempo podemos afirmar que o COVID marcou o ponto de ruptura talvez definitivo desse esquema econômico. As evidentes fragilidades de um mundo que non pode perder nem por um segundo o nível produtivo industrial de um país como a China ou as produções agrícolas do Brasil sem ter repercussões imediatas nos preços das mercadorias já estão causando quebras talvez definitivas nos equilíbrios econômicos globais. Ainda não é possível antecipar quais serão as consequências de longa duração da pandemia de COVID-19, mas é possível afirmar que a inteira rede comercial da globalização neoliberal seja profundamente danificada e em risco de cair em pedaços.

1.2.3 A chegada da COVID-19 ao Brasil e sua situação socio-sanitária

O Brasil teve uma trajetória muito diferente das outras nações na saúde pública na última parte do século XX e começo do século XXI. A criação do SUS e sua contraparte indígena, pela primeira vez o país começou a ter um serviço de saúde gratuito e de qualidade em todo seu território. O nascimento do SUS coincide, a nível global, com o começo do progressivo abandono dos projetos de estado social nos países norte americanos e europeus. Com a entrada em cargo do governo Lula em 2002, esse movimento de fortalecimento do recém-nascido serviço de saúde acelerou bastante (GRAGNOLATI 2013). Isso garantiu acesso à assistência médica gratuita, direito que foi estendido a classes sociais, populações e áreas previamente ignoradas ou marginalmente atendidas. Fazer uma análise aprofundada dessa fase expansionista dos serviços públicos de saúde mereceria um trabalho inteiro, mas é importante evidenciar como os esforços feitos para construir quase de zero um serviço historicamente fraco, especialmente no norte do país, contribuíram notavelmente a melhorar os níveis de saúde da população brasileira durante o começo do século atual (GRAGNOLATI 2013).

Em particular, a região amazônica experienciou uma mudança radical na gestão da saúde pública, nessa época de expansionismo do estado social brasileiro. Finalmente parecia começar a mudar o equilíbrio secular que via a saúde pública como importante somente para garantir a produtividade do trabalhador. Também as partes da população mais pobres e desempregadas conseguiram acessar as estruturas de saúde quando necessário e os resultados foram rápidos e evidentes. As mortalidades caíram notavelmente, sobretudo às das crianças recém-nascidas (GRAGNOLATI 2013). Esse período de expansionismo dos direitos à saúde, subsequentes à queda da ditadura militar, viu também um fortalecimento progressivo dos direitos trabalhistas.

Os territórios indígenas também viram um melhoramento das condições de saúde, em muitos casos pela primeira vez desde o contato. Como irei analisar melhor nos capítulos seguintes, essa expansão da biomedicina em territórios indígenas não foi sem problemas, e frequentemente o poder biomédico foi exercido para desvalorizar os conhecimentos

médicos tradicionais. Mas os efeitos positivos no tratamento dos seculares problemas de saúde dos povos indígenas foram evidentes (GRAGNOLATI 2013).

Esse processo parou abruptamente com a entrada em funções do governo Temer, que operou imediatamente cortes de grandes proporções na maioria dos serviços públicos, saúde incluída (SEPÚLVEDA BARROS 2019). Esses cortes foram confirmados e ampliados ulteriormente pelo atual governo Bolsonaro e envolveram também os direitos trabalhistas. Em consequência disso, muitos dos avanços feitos desde a queda da ditadura militar no campo da saúde, especialmente em regiões como o norte do Brasil, foram cancelados ou fortemente ameaçados. O aumento das estruturas particulares de saúde e um diferencial na qualidade do atendimento que começa novamente a se ampliar em favor das mais ricas estruturas particulares recolocou o Brasil no mesmo processo de privatização da saúde. Frequentemente, como evidenciarei sucessivamente, os direitos trabalhistas e o acesso universal aos serviços de saúde pública procedem em paralelo. Depois de três décadas de avanços nesses dois campos fundamentais, os cortes ao estado social causaram retrocessos paralelos

O Brasil foi uma das últimas nações afetadas pela pandemia, mas rapidamente se tornou uma das nações mais severamente afetadas pelo contágio, com epicentros no estado de São Paulo e no norte do país, especialmente no Amazonas. O cronograma do contágio e a gestão da crise pelo governo são talvez a mais clara exemplificação dos vínculos diretos entre a economia neoliberal e a disseminação do COVID-19.

A queda repentina no preço do petróleo, cuja demanda mundial caiu substancialmente a zero durante a quarentena, causou uma escassez imediata de dinheiro público em uma época de crise econômica pregressa que a queda rápida e acentuada no valor do real incrementou ulteriormente. O consequente aumento no preço do ouro e o aumento em valor e demanda dos produtos agropecuários geraram oportunidades de lucro para garimpeiros e ruralistas. Com a disposição e a cumplicidade do governo central, aumentaram os relatos de infiltração de mineradores ilegais na área indígena (ANDERSON, 2020) e qualquer tentativa de se opor à mineração ilegal da Amazônia foi impossibilitada pela paralisação social devida ao contágio, quando não ativamente impedida (ARAUJO, BARROSO e TENHARIN 2020; ALEIXO e LIMA 2020). Essa presença crescente de garimpeiros, cujos contatos comerciais os expuseram ao contágio,

teve papel fundamental na disseminação do vírus na área indígena, como evidenciam vários relatos e como já tinha acontecido historicamente nas precedentes epidemias disseminadas pelos garimpeiros nos anos '80 e '90 (RAMOS 1993; FELLET 2020).

Outro fator que está desempenhando um papel fundamental na explosão do contágio nos centros urbanos, bem como nas áreas indígenas, é representado pelos mecanismos de distribuição da ajuda emergencial (VILHAÇA 2020). A ineficiência do sistema eletrônico, com um cadastro por meio do aplicativo oficial praticamente inutilizável, forçou todos os beneficiados a se amassar em grandes filas fora das agências bancárias, esperando por horas em contato próximo com dezenas de pessoas e em muitos casos sem máscaras protetoras. No interior do Amazonas, receber o benefício tem significado convergir nos centros urbanos que tivessem agências da Caixa Econômica Federal. Esses contatos forçados entre interior e cidade foram e estão sendo causa de difusão do vírus em áreas isoladas e sem estruturas médicas. A incidência de casos ligados à coleta da ajuda emergencial foi tão alta que essa foi chamada 'os 600 reais da morte' (VILHAÇA 2020).

Paralelamente a crise pandêmica, o país vivenciou uma crise política profundíssima, com várias investigações em andamento contra presidente e familiares. O governo substituiu quatro vezes o ministro da saúde, por contínuas intrusões do presidente no operado do ministério e uma necessidade de controle da narrativa. Os constantes pedidos de suavização das medidas de isolamento social e quarentena, a minimização da gravidade da situação, os constantes ataques à imprensa e as campanhas de difusão de notícias falsas denunciam uma progressiva instrumentalização da crise para desviar a atenção pública. Com uma base eleitoral cada vez menor e apoio político em rápida desintegração, a crise foi cada vez mais gerenciada por meio da disseminação de esperanças cientificamente não comprovadas como a pretensa eficácia da hidroxicloroquina e um autoritarismo cada vez maior (WATANABE 2020, VARGAS 2020).

A necessidade de manter o apoio dos grandes grupos industriais do país e, no parlamento, da bancada ruralista e da componente militar do governo, está causando uma forte aceleração do processo de desregulamentação da exploração e desmatamento da região Amazônica (STROPASOLAS 2020, FELLET 2020). Após um ano e meio de ataques diretos às estruturas de controle da região, com um cooptação sem precedentes de órgãos

de tutela como a FUNAI, como denuncia o documento da organização atacando o movimento indígena (FUNAI 2020), a crise atual parece representar cada vez mais uma oportunidade pelas forças neoliberais. A contemporâneas propostas de lei de legalização das ocupações terreiras entre 2011 e 2018, chamada também de “MP da grilagem”, denuncia claramente que o objetivo primário do governo seja a cobertura legal para a ocupação do território Amazônico e a sua exploração incontrolada.

Minimizando intervenções federais a favor do povo, em particular modo no norte do país e ignorando completamente a assistência aos povos indígenas, fica evidente como o governo Bolsonaro esteja aproveitando ativamente da pandemia para acelerar suas políticas de exploração mineira na Amazônia. Nesse projeto, o genocídio indígena que o COVID-19 causou, representou uma ocasião cínica para poder explorar as áreas indígenas enquanto a quarentena garantiu uma cobertura, pelas invasões explorativas. A radicalização do discurso religioso, também teve um papel mortífero pelos povos indígenas amazonenses. Houve campanhas de desinformação contra a vacina e a favor do uso de cloroquina e ivermectina ativamente conduzida pelas missões evangélicas em territórios indígenas.

Essa situação explodiu no final do ano de 2020 com a crise do oxigênio nos hospitais do Amazonas. Anos de cortes de recursos no sistema de saúde e meses de campanha de desinformação sem um plano real de ação para enfrentar a pandemia no Brasil provocaram o que era amplamente previsível. O abastecimento de oxigênio médico pelos hospitais do estado do Amazonas chegou ao nível de emergência com um súbito crescimento de internações em seguida à segunda onda de contágio pandêmico. Apesar dos alarmes que os médicos repassaram às autoridades políticas locais e apesar do fato que o ministério da saúde, então guiado por Pazuello tivesse conhecimento da gravidade da situação de Manaus, nenhuma medida prática foi colocada em ação até que não teve o colapso total das estruturas de saúde.

A saturação dos leitos de UTI em contemporânea em toda a cidade de Manaus e a escassez de oxigênio alimentaram um mercado negro de cilindros de oxigênio, frequentemente falsos ou não cheios. A lentidão extrema na resposta federal, junta a erros logísticos enormes, causaram um número altíssimo de mortes e somente a abertura de uma ponte

aérea para transferir os pacientes de Manaus para outras cidades impediu um desastre ainda maior (LUPION 2021 e GLOBO 2021)

Se essa foi a situação na capital do estado, resultou ainda mais difícil medir as perdas e as condições atuais de vários povos indígenas nos territórios mais distantes da capital. O governo federal se recusou a manter uma contagem estatística das mortes em territórios indígenas e essas informações tiveram que ser levantadas diretamente pelas associações indígenas. Os números levantados pela COIAB resultam acerca do dobro do número ‘oficial’ divulgado pelo governo federal: até janeiro 2022 o número de falecimentos registrado foi de 1032. A incidência entre os povos indígenas e as taxas de mortalidade medidas foram sensivelmente maiores daquelas da população de origem europeia (APIB 2020, CNN Brasil 2020). Somente iniciativas das associações indígenas de base, de ONGs e de núcleos de pesquisa permitiram um real levantamento dos números de perdas indígenas durante a pandemia. O vácuo de iniciativa e de ação do governo Bolsonaro ficam como uma prova gritante do fato que a crise pandêmica representou uma ocasião para puxar políticas de exploração indiscriminada e ao mesmo tempo aproveitar da doença para esvaziar territórios indígenas, como numerosas outras vezes aconteceu na história brasileira (APIB 2020).

As mortes por COVID, muito mais numerosas em porcentagem entre os indígenas que entre a população branca (DARLINGTON 2020), atingiram principalmente a parte mais anciã dos povos indígenas, desprivando-se das mais importantes pessoalidades públicas, dos maiores expertos de medicina tradicional, dos últimos conhecedores das línguas tradicionais que progressivamente estão se perdendo. Essas perdas, já graves em número, são incomensuráveis pela importância, e em vários casos ameaçam de comprometer definitivamente a sobrevivência de línguas indígenas já ameaçadas e a preservação das tradições médicas, em muitos casos tarefa dos anciões dos povos.

O projeto de necropolítica colocado em ação pelo governo federal resumiu o operar dos primeiros colonizadores, com o uso das epidemias como arma biológica. Com o uso sistemático da desinformação, o desinteresse no operar dos serviços de saúde, o enfraquecimento das agências públicas de proteção dos povos indígenas e em geral uma constante tentativa de mudar as leis para um retorno econômico imediato, o governo atual tem semelhanças evidentes com a ação dos barões da borracha e, antes, dos invasores

espanhóis e portugueses. Nesse cenário, o poder judiciário do STF foi frequentemente a única barreira ao operado do governo federal, através de ações que favoreceram a distribuição das vacinas, limitaram a difusão das *fake news* sobre cloroquina e ivermectina e interviram nas políticas contra os povos indígenas, numa inédita oposição constante com o poder legislativo do governo federal (BIEHL 2020).

1.2.4 Conclusões

Nesse primeiro capítulo tentei pensar a presente pandemia como o último desses fenômenos em uma longa lista de eventos semelhantes ao longo da história do Amazonas. Longe de ser algo exaustivo do ponto de vista histórico, espero que tenha conseguido contextualizar a pandemia de COVID-19 e evidenciar como as políticas federais do presente governo representam a mais clara continuação dos genocídios que caracterizaram os séculos da colonização europeia. Tentei também juntar ideias para uma nova leitura das dinâmicas estado/medicina e evidenciar como as condições materiais de existência e os equilíbrios econômicos mundiais tenham papéis fundamentais nas gênesis e difusão das epidemias. O percurso de difusão do coronavírus seguiu as rotas comerciais da economia globalizada, começando na China e se difundindo logo depois da Europa e nos Estados Unidos. As tentativas de mantimento do *status quo* atrasaram e impossibilitaram as medidas de contenção da doença. As oportunidades de lucro abertas pela crise, como a exploração mineira da Amazônia foram a causa da difusão do COVID-19 em área indígena. Essas dinâmicas são extremamente parecidas com as da época da borracha, onde as epidemias se espalhavam pelos trechos comerciais gomíferos, propagadas pelos trabalhadores em condições sanitárias péssimas e pelo total desinteresse das autoridades públicas das condições de saúde da população.

A pandemia de COVID-19 destacou todas as questões críticas acumuladas em quarenta anos de políticas econômicas neoliberais e de globalização assimétrica. O darwinismo social à base dos cortes aos *welfare state* mostrou os seus efeitos mais catastróficos nos milhões de mortos causado pela nova doença ao redor do globo, e o evidente desinteresse das administrações mais marcadamente neoliberais é assustador, mas não surpreendente. Os autoritarismos crescentes nas cenas políticas e um uso instrumental e indiscriminado das *fake news*, gera mais de uma dúvida sobre a capacidade de muitos sistemas democráticos de conseguir sobreviver a esse choque.

Os avanços no campo da saúde pública, que caracterizaram o fortalecimento dos estados sociais na época sucessiva a segunda guerra mundial estão ameaçados de ser cancelados ou reduzido ao mínimo, junto aos direitos trabalhistas, num grande projeto de

imobilização da força de trabalho global. A necessidade de manter em função da máquina econômica global ficou muito mais importante das vidas humanas, numa volta assustadora das dinâmicas econômicas colonialistas.

Nos próximos capítulos tentarei levantar qual foi o impacto da COVID-19 no contexto de Manaus. Quero focar minha atenção sobre os relatos das dificuldades enfrentadas durante essa época incrivelmente desafiadora e ver quais foram as estratégias de sobrevivência da população das ocupações. Outro objetivo será ver como as iniciativas de tutela e fortalecimento das medicinas tradicionais indígenas como o Centro de Medicina Indígena Bahserikowi agiram durante a crise e mais em geral qual papel a medicina tradicional cumpriu durante a crise pandêmica.

CAPÍTULO II: Medicinas tradicionais indígenas no século XXI

A chegada da biomedicina no Brasil e sua rápida difusão durante o século XX foram acompanhadas por uma crescente desvalorização das tradições médicas populares. Muitas vezes, a difusão da biomedicina dentro de um novo contexto tem sido acompanhada ao mesmo tempo por campanhas para dissuadir o uso de qualquer prática médica alternativa. A ideia de modernidade e progresso social que frequentemente se atrelam à biomedicina contribuem a dar força para essas campanhas de desvalorização dos patrimônios de conhecimentos tradicionais. Se isso teve o mérito de destacar uma série de práticas médicas que nada mais eram do que puro charlatanismo, do outro lado contribuiu a subalternizar tradições médicas milenares, herança cultural de gerações de povos indígenas e afrodescendentes.

Além disso, essas campanhas para dissuadir o uso de práticas médicas tradicionais frequentemente ultrapassavam as fronteiras do campo médico e visavam atacar diretamente os costumes e tradições culturais dos povos originários, retratando os povos indígenas como atrasados e permeados por feitiçaria e superstição (MEHRY e MOEBUS 2021, BARRETO 2021). Em outras palavras, a biomedicina tornou-se muitas vezes o principal veículo e arma de uma nova onda de neocolonialismo que via na civilização europeia o repositório da única forma de conhecimento aceitável, mensurável, cientificamente demonstrável e ensinável, em detrimento de qualquer outra visão dos conhecimentos médicos, assim como de qualquer outra forma de viver o mundo (NGOKWEY 1995).

A sensação de quase total infalibilidade que acompanhou a penetração da biomedicina no Brasil rural, assegurada por resultados positivos nas campanhas de vacinação e no combate às endemicidades seculares, fez com que as práticas médicas tradicionais (indígenas, afrodescendentes ou caboclas) fossem progressivamente abandonadas e

esquecidas em grande parte do Brasil ou, quando ainda praticadas, se hibridizassem com as novas formas de tratamento oferecidas pelos fármacos biomédicos.

Outro fator que muito contribuiu para o rápido declínio das práticas médicas tradicionais foi a rápida mudança no modo de vida dos povos indígenas, que de isolados passaram cada vez mais a gravitar em torno dos centros urbanos. Necessidades econômicas, novas dinâmicas sociais onde o interior passou a depender mais dos centros urbanos e uma maior facilidade de se deslocar de áreas remotas para as capitais e cidades principais da Amazonia contribuíram a turbinar o processo de urbanização indígena (PEREIRA 2020). Junto com esse processo de urbanização, o jeito de viver dos indígenas nas cidades mudou radicalmente, com grandes consequências pelos mecanismos de transmissão dos conhecimentos tradicionais de uma geração para a sucessiva. Quase sempre, os conhecimentos tradicionais são ‘incorporados’ pelos indígenas através de um processo de construção social do corpo e de transferência dos conhecimentos através da prática (BARRETO 2021). A progressiva urbanização dos povos indígenas provocou rupturas nesses processos de formação das novas gerações e nos mecanismos de transferência dos conhecimentos tradicionais (BARRETO 2021, ROSA 2020). O envelhecimento dos conhecedores tradicionais, que frequentemente continuaram vivendo nas terras indígenas e não seguiram os mais jovens para as cidades, fragilizou ulteriormente os processos de formação e contribuiu a ampliar a ruptura entre geração que a urbanização tinha aberto.

Fenômenos de racismo constante contra os indígenas urbanizados, marginalização e subalternização contribuíram a isolar os nativos em Manaus e outras cidades amazônicas, puxando-os para as ocupações da extrema periferia. Nas ocupações os povos indígenas ficaram misturados, com pequenos grupos de cada etnia, muitas vezes sem possibilidade de se comunicar na língua originária e quase sempre sem mais acesso aos anciões do próprio povo (PEREIRA 2020, ROSA 2020) Nesse contexto, onde as condições materiais de existência são incrivelmente difíceis, os indígenas não têm possibilidade de seguir os padrões de vida que a formação de novos expertos de medicina tradicional preveria, e mesmo quando isso fosse possível, os expertos não são presentes para poder formar as novas gerações (ROSA 2020). Irei me concentrar na situação das ocupações urbanas de Manaus no próximo capítulo.

Finalmente, uma última e mais recente ameaça à continuidade do desenvolvimento e transmissão do conhecimento foi a penetração das religiões evangélicas nos territórios indígenas demarcados, o que acelerou ainda mais o processo de descrédito social das práticas médicas tradicionais. Todos esses fatores têm exercido pressão sobre os povos indígenas da região amazônica, dificultando a transmissão do conhecimento de uma geração para a outra e colocando tradições médicas inteiras em risco de sobrevivência.

Esse conjunto de pressões tem representado uma violência estrutural que muitas vezes foi utilizada ou controlada diretamente pelo poder estadual e federal, num processo de ‘cancelamento’ silencioso dos povos indígenas em terras demarcadas ou forçá-los a uma urbanização progressiva sem poder usufruir de quaisquer direitos sociais (PEREIRA 2020, REZENDE 2021). A situação na Amazônia difere da do sul do Brasil, onde essa violência estrutural foi exercida com maior força e por muito mais tempo, e onde a presença de grandes centros urbanos próximos a reservas indígenas, com conexões fundiárias bem estabelecidas, já causaram o desaparecimento de inteiros povos indígenas ou já prejudicaram seriamente sua identidade cultural e capacidade de transferência de conhecimentos. Na prática médica, como destacado no capítulo anterior, a chegada relativamente recente da biomedicina no contexto amazônico e sua presença ainda bastante precária, especialmente em territórios indígenas demarcados e no interior de ocupações urbanas, fez com que o uso de medicamentos tradicionais, embora em acentuado declínio, ainda estivesse mais presente e vivo do que em outros contextos do Brasil (BARRETO 2021). Apesar dessa diferença em relação a outros estados brasileiros, a erosão dos mecanismos de transmissão do conhecimento médico de uma geração para outra tem se agravado progressivamente nas últimas décadas e levado à situação atual, em que a sobrevivência do patrimônio do conhecimento médico de povos inteiros está hoje intimamente ligada à sobrevivência dos idosos especialistas que cada vez mais representam os últimos bastiões de tradições médicas seculares.

Nesse cenário extremamente difícil, nas últimas duas décadas, várias iniciativas surgiram para recuperar e salvaguardar a riqueza do conhecimento médico indígena acumulado ao longo de gerações de especialistas (BARRETO 2021). O objetivo comum de todas estas iniciativas era revitalizar os processos de formação das novas gerações de expertos, antes que fosse tarde demais e os anciões dos povos, muitas vezes já na avançada velhice, não fossem capazes de transmitir os seus conhecimentos. Nesse movimento, que já envolveu

muitos povos indígenas e vem ganhando cada vez mais força, insere-se o trabalho do Centro de Medicina Indígena de Manaus – Bahserikowi. Minha colaboração com a equipe da estrutura começou antes mesmo da minha chegada a Manaus em 2019, quando ainda vivia em São Paulo, e remonta ao final do ano de 2017, logo depois da fundação do projeto. Através dessa colaboração de vários anos, pude entrar em contato com as práticas médicas Tukano e ver em primeira mão como esse projeto realmente construiu uma estrutura que promulgou o conhecimento médico indígena e dialogou diretamente com a biomedicina em uma perspectiva de igualdade. Focalizarei a estrutura mais adiante e a medicina Tukano será meu principal ponto de referência neste capítulo, que tentará destacar como as formas de resistência das medicinas tradicionais indígenas se organizaram durante a crise pandêmica.

A pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais a fragilidade do sistema de transferência de conhecimento médico e não apenas dentro das sociedades indígenas, com o componente mais velho da população sendo a faixa etária estatisticamente mais afetada pelo vírus e com maior risco de morte (APIB 2020). Como já tentei destacar no capítulo anterior, a COVID-19 é simplesmente o fenômeno mais recente de uma longa história de epidemias causadas pelo contato entre povos indígenas e europeus. Esse contato causou enormes perdas humanas entre os povos indígenas e muitas vezes mudou radicalmente a forma como o território é ocupado, mas também mudou frequentemente as concepções médicas dos povos afetados por epidemias.

Neste capítulo tentarei destacar como o conceito de tradicional na expressão "medicina tradicional" indígena não se coaduna com o significado que a biomedicina, e às vezes também as ciências sociais, dão a esse conceito. As muitas tradições médicas indígenas não estão congeladas no tempo e os conceitos transmitidos de uma geração para a outra não são um conjunto de noções canônicas que são sempre as mesmas, mas sim conceitos vivos, modos de ação que os especialistas em medicina indígena tiveram que aprender a operar para responder a uma realidade em constante mudança (BARRETO 2021).

A medicina tradicional indígena, ou melhor, as medicinas tradicionais indígenas, são o resultado de centenas de anos de acúmulo de conhecimento e experiência direta no tratamento e cura de muitas doenças e enfermidades. O conhecimento médico é transmitido oralmente de uma geração de especialistas para a seguinte, muitas vezes

através de um longo processo de aprendizagem que pode começar na infância e terminar na transição oficial para a idade adulta dos futuros especialistas. Esses processos, baseados inteiramente na transferência de conhecimentos pela prática, pela construção corporal e pela passagem oral da sabedoria, são objeto de constante reelaboração e rediscussão. Dependendo das situações e crises que os povos indígenas tiveram que enfrentar durante os séculos que se seguiram ao contato com os europeus, o saber médico mudou enormemente, tendo que integrar e dar sentido a doenças e enfermidades nunca enfrentadas antes. A crise da pandemia de COVID-19 foi apenas o exemplo mais recente desse processo de adaptação do conhecimento médico a uma situação em constante mudança e, como tentarei mostrar, ao lado de métodos de intervenção que lembravam respostas indígenas a epidemias anteriores, novas formas de abordagem foram ladeadas, muitas vezes resultado de um trabalho colaborativo entre especialistas médicos de diferentes povos.

Neste capítulo, usando principalmente o exemplo do povo Tukano, tentarei destacar como as medicinas tradicionais são construídas e mudam através da contribuição de especialistas, e como os mesmos mecanismos de preparação das novas gerações de especialistas são o motor dessa constante mudança e aumento do conhecimento. Tentarei também questionar a noção clássica do termo tradição e tradicional como algo congelado no tempo e oposto ao dinamismo da contemporaneidade, pelo menos no campo das medicinas indígenas que dificilmente podem ser definidas como imóveis no tempo (BARRETO 2021).

2.1 – Crise e readaptação da medicina indígena em contexto urbano

2.1.1 O processo de formação de expertos de medicina Tukano e os desafios da urbanização indígena

As medicinas tradicionais indígenas diferem enormemente entre si, tanto na forma como são operadas quanto na construção e transmissão do conhecimento entre gerações. Esse *corpus* de tradições seculares é por larga parte oral, custodiado pelos anciões de cada povo, revelado aos poucos para as novas gerações de expertos durante os longos processos de formações da futura leva de conhecedores. A prática médica indígena está intimamente ligada às concepções cosmogônicas e espirituais, e o médico especialista é um dos mais importantes conhecedores e expertos de cada povo. O especialista deve atuar tanto no nível espiritual quanto no físico para reequilibrar um embalance causado por uma doença, num *unicum* entre corpo e espírito (NEAI 2018), mas essa prática e atuação difere enormemente de uma tradição indígena para outra, conforme como são elaborados os conceitos de doença e saúde.

Por muito tempo, e em larga parte ainda hoje, as medicinas tradicionais foram vistas como algo parado no tempo, onde um conjunto de conhecimentos imutáveis é transmitido de uma geração para outra, seguindo um processo de formação sempre igual. Mas essa visão precisa ser mudada e é necessário reconhecer como as medicinas indígenas, enfrentando os desafios constantes das novas doenças trazidas pelos colonizadores europeus, na realidade mudaram constantemente para incluir novos conceitos médicos que pudessem explicar as novas doenças e indicar remédios para elas.

Tentar uma descrição detalhada de cada medicina tradicional indígena seria uma tarefa titânica e certamente fora do escopo e das possibilidades desta pesquisa. Mas acredito ser importante mostrar, usando o exemplo da medicina Tukano, como os processos de formação de especialistas e os mecanismos de transmissão de conhecimento de uma geração de especialistas para a próxima são os principais vetores da constante mudança das medicinas tradicionais. Ao mesmo tempo, num contexto de passagem oral dos

conhecimentos médicos, o próprio processo de formação dos novos especialistas representa a principal fraqueza dos sistemas médicos indígenas, em particular pelas populações urbanas de Manaus. As mudanças que a vida urbana impôs às populações indígenas de Manaus dificultaram enormemente a passagem de conhecimentos de uma geração para a sucessiva e ao mesmo tempo contribuíram a ampliar a distância entre a geração dos anciões que ficaram nas aldeias e os jovens que se mudaram para a cidade.

A segunda metade do século passado foi marcada por um aumento repentino e acentuado da população da capital amazonense, em especial devido à fundação da Zona Franca de Manaus, como falei no capítulo precedente. A Zona Franca foi um catalisador de mão de obra industrial de todo o Brasil e foi vetor de novos problemas, crises sanitárias e desafios à sobrevivência de povos indígenas. Muitos indígenas começaram a gravitar em torno de Manaus, para procurar trabalho ou para se reconectar com parentes que se mudaram para cidade. Esse movimento de urbanização dos povos indígenas teve repercussões consideráveis no modo de vida e na transmissão dos conhecimentos tradicionais (PEREIRA 2020, OLIVEIRA 1998). As novas gerações passaram a ter vidas cada vez mais ligadas à metrópole e com hábitos muito diferentes dos seguidos na área indígena. Os desafios econômicos, a constante violência exercida pelo racismo estrutural e a geral rejeição dos hábitos indígenas pelas populações urbanas de origem europeia forçaram os indígenas de Manaus em condições materiais de existência muito precárias que puxaram muitos deles na pobreza extrema ou na criminalidade (PEREIRA 2020). Esse processo de urbanização rápida provocou uma quebra geracional muito forte, onde as novas gerações perderam progressivamente contato com as aldeias de origem e ficaram cada vez mais separados dos anciões ou incapazes de receber os conhecimentos (REZENDE 2021, PEREIRA 2020).

Na medicina Tukano, a dieta é um elemento essencial não somente para garantir o manutenção da plena saúde, mas também para construir corretamente o corpo dos futuros expertos de medicina (NEAI 2018). A correta construção do corpo através da ingestão dos alimentos permitidos, e paralelamente o respeito dos tabus alimentares, se abstendo de uma série de alimentos, na visão médica Tukano é considerada como um ato médico em todos os aspectos. Ainda mais, a dieta representa a base fundamental para os candidatos a serem os futuros expertos de medicina, *kumu* e *yai*, construírem corretamente

o próprio corpo antes de poder receber as noções médicas dos anciões durante o longo processo de formação (NEAI 2018).

Os futuros médicos especialistas começam a ser formados desde a infância, ou melhor, como João Paulo me disse em várias conversas que tivemos ao longo dos anos, já que o feto está sendo formado através da dieta da mãe (BARRETO 2021). Do nascimento até o ritual de passagem para a idade adulta, o futuro especialista literalmente come e bebe conhecimento médico formando seu corpo para receber e, posteriormente, ser capaz de usar o conhecimento intelectual que os mais velhos passarão a eles (BARRETO 2021, NEAI 2018). Os processos de formação dos *kumu* e *yai* são muito complexos, e levam anos para serem completados com sucesso, e precisam de uma rotina de vida que é praticamente impossível reproduzir nas cidades. Sendo a dieta extremamente rígida, e numerosas as proibições (não somente alimentares, mas também sexuais), o processo formativo era extremamente difícil a ser completado com sucesso até nas aldeias, e o papel de *yai*, o maior nível de conhecedor de medicina Tukano, era tão difícil a ser obtido que, infelizmente, na região do Alto Rio Negro desapareceu com a morte do último experto no final dos anos '90 (BARRETO 2021). Esse processo de construção física não é exclusivo da etnia Tukano, bem pelo contrário, e a impossibilidade de poder manter uma dieta certa representa uma das numerosas problemáticas ligadas à vida de cidade que foram mais evidenciadas durante minhas entrevistas com indígenas morando na cidade de Manaus (PEREIRA 2020).

Os indígenas urbanos são forçados a viver as margens da cidade, morando frequentemente em áreas de ocupação, sem saneamento e com energia elétrica e água precárias e sujeitas a corte ou quedas. Um difuso e constante racismo estrutural impediu aos nativos que foram morar na cidade uma vida digna e acesso a grande parte dos trabalhos formais, contribuindo a piorar as condições materiais de existência (PEREIRA 2020, REZENDE 2021). Nessas ocupações os indígenas vivem frequentemente um completo desenraizamento, com pequenos grupos de indivíduos para cada povo, tendo que usar o português como língua de intercâmbio e quase sempre sem ter contato direto com os anciões (PEREIRA 2020, REZENDE 2021). Por fim, a falta de recursos econômicos e a marginalização dos indígenas no mercado de trabalho de Manaus forçaram muitos dos jovens a buscar dinheiro na economia informal quando não for no tráfico de drogas (PEREIRA 2020). Vou me concentrar especificamente nas condições das ocupações no

próximo capítulo, mas os problemas que nesses contextos ficam ainda mais exacerbados são os mesmos que os indígenas vivem também morando nos outros bairros da cidade.

A falta de espaços para se poder reunir, a distância dos lugares ancestrais e a falta dos anciões dos povos fazem com que os indígenas urbanos tenham enormes dificuldades para manter vivos os conhecimentos ancestrais. As grandes mudanças no modo de vida, ligadas à urbanização das populações da etnia Tukano ao longo do Rio Negro, nos dois grandes centros da região, em São Gabriel da Cachoeira e Manaus, colocaram em grave crise esses mecanismos de construção dos novos especialistas. Frequentemente, os *kumuã* mais velhos e experientes permaneciam vivendo em áreas tradicionais, tendo contato pela maior parte do tempo esporádico com os centros urbanos, perdendo, muitas vezes, o contato direto com as novas gerações que cresceram num contexto radicalmente diferente sob todos os pontos de vista.

A população urbana indígena de Manaus sofreu constantemente uma violência estrutural profunda, perpetrada seja pelo estado e poder público, seja pelo racismo constante da população urbana de origem europeia. As populações indígenas urbanas foram vistas por décadas como não “nativos de verdade”, como se pertencer aos povos originários implicasse viver em aldeia. Essas concepções são ainda profundamente enraizadas na população de origem europeia de Manaus e somente nos últimos anos, com o aumento do associacionismo indígena no Amazonas, lentamente está nascendo uma nova visão do indígena em contexto urbano.

Discriminados na cidade pela população de origem europeia, os indígenas urbanos muitas vezes se viram estigmatizados até mesmo pelas gerações mais velhas dos povos de origem que permaneceram nas aldeias. As mudanças de estilo de vida e de dieta, assim como a perda da língua tradicional e recentemente o uso das mídias sociais contribuíram a gerar e ampliar uma ruptura geracional dentro dos povos originários do Amazonas.

O espaço urbano de Manaus, então, foi sempre pela maior parte hostil aos indígenas, privando-os de reconhecimento social e político, de espaços para se reunir e viver. Por décadas, essa violência silenciosa conseguiu manter fragmentada a população indígena de Manaus, marginalizada na cidade e incapacitada a manter as correntes de conhecimentos ativas de uma geração para a sucessiva. Como falei precedentemente, os danos dessa violência exercida ao longo do tempo são imensuráveis em termos de perdas

humanas e de conhecimentos tradicionais médicos, linguísticos e práticos. A perda da figura do *yai* entre os Tukanos brasileiros representa somente um exemplo dos muitos que pontearam a história indígena após o contato com os europeus.

Essa perda de conhecimentos milenários evidencia a fragilidade de um sistema de transferência oral de uma geração para outra, no meio de mudanças epocais que a população indígena urbana vem experimentando nas últimas décadas. Cada epidemia, cada deslocamento, cada massacre perpetrado pelo poder colonial e, posteriormente, pelo poder federal brasileiro, erodiu a população indígena e puxou os sobreviventes a viver às margens da cidade de Manaus.

Nesse contexto de constante erosão das comunidades indígenas amazônicas, a pandemia representou, portanto, uma ameaça existencial por vários povos indígenas. Durante a pandemia de COVID-19, os maiores de 60 anos foram de longe a faixa etária mais afetada, tanto em termos de taxas de infecção quanto de mortalidade. A grande maioria dos atuais especialistas em medicina tradicional indígena do Brasil está atualmente nesse grupo demográfico, e a gravidade das perdas sofridas durante a pandemia tem sido enfatizada pelas associações indígenas (APIB 2020). Em muitos casos esses especialistas não são apenas os principais especialistas médicos do inteiro povo, mas em muitos casos são os últimos repositórios de todo um legado de conhecimentos linguísticos e filosóficos. Com uma população de expertos cada vez mais velha e uma juventude que perdeu contato com os conhecimentos tradicionais, o futuro poderia parecer fadado ao desastre. Mas essa situação, nas últimas duas décadas começou a mudar com um incremento claro do número, atividades e capacidade de ação do associacionismo indígena na cidade de Manaus e no Amazonas em geral. Houve um incremento de indígenas participando da vida acadêmica na UFAM e nas outras universidades locais, assim como nasceram novas iniciativas para tutela e fortalecimento dos conhecimentos tradicionais nativos. Esse movimento estava ganhando cada vez mais força nos anos anteriores ao 2020 e ao começo da pandemia, apesar de um contexto político federal e estadual mais hostil depois da eleição de Bolsonaro no 2018.

Atualmente, a ameaça existencial representada pela pandemia de COVID-19 parece ter sido superada e as perdas severas resultantes representaram um duro golpe nos esforços dos movimentos indígenas surgidos nas últimas décadas com o objetivo de recuperar e

revitalizar ativos de conhecimento em risco de desaparecer. No entanto, a gravidade da crise parece ter provocado uma nova resposta, baseada em um diálogo muito mais estreito entre as entidades, novas e já estabelecidas, que protegem os patrimônios do conhecimento médico indígena (DI BELLA 2020, MEHRY e MOEBUS 2021). Nesse novo cenário, o compartilhamento de conhecimentos e um diálogo maior entre as associações a tutela das medicinas tradicionais parece se delinear, assim como uma maior produção de material escrito que possa garantir uma sobrevivência dos patrimônios de conhecimentos indígenas.

Antes de me focar especificadamente na experiência do Centro de Medicina Indígena de Manaus – Bahserikowi, irei analisar melhor os desafios das associações indígenas a tutela da medicina tradicional desde o começo do século até a pandemia.

2.1.2 – Medicinas tradicionais e associações indígenas no século XXI

Além de todas as dificuldades ligadas às condições materiais de existência dos indígenas urbanos que tentei analisar no parágrafo anterior, há uma outra camada de problemas, de cunho legal, que contribui para deixar as medicinas tradicionais indígenas do Brasil sem um estatuto legal claro. Um elemento-chave que já foi destacado por outros trabalhos em antropologia médica é o fato de que, no Brasil, as medicinas tradicionais indígenas estão em um status legal precário e pouco claro, enquanto uma série de medicinas alternativas, como acupuntura ou medicina ayurvédica e homeopatia, são reconhecidas como práticas médicas legítimas.

Questionei e a resposta foi que a medicina indígena ainda era alternativa, que não sabiam como classificar. Isso está errado. Nós estamos aqui, conforme dados arqueológicos, há mais de dez mil anos, nos relacionando política e socialmente, e alguém vai me dizer que não tenho medicina? Só os asiáticos, só os ocidentais, só os indianos têm medicina? É isso que estão dizendo? Medicina é a arte de cura e cada povo tem seu modo de ver o corpo. (João Paulo)

As medicinas tradicionais indígenas são permitidas em áreas demarcadas e caso paciente e médico sejam ambos indígenas, mas a situação é extremamente mais complexa quando o paciente não seja indígena, como, por exemplo, as sessões rituais de ingestão de ayahuasca, cada vez mais procuradas pelo público branco e de classe média. Quando tenham pacientes brancos que participam de cerimônias de cura indígenas, caso surjam problemas ou acidentes ocorram, campanhas de ódio contra o que muitas vezes é visto como uma forma de bruxaria, ineficaz se não abertamente prejudicial, são rápidas de explodir. Em geral, essa área legal ‘cinza’ impede que os medicamentos tradicionais indígenas obtenham o status de plena legitimidade, desprivando de consequência os expertos e anciões de um povo da legitimidade do conhecimento (BARRETO 2021).

Esse vácuo legal cria também um curto-circuito, onde se tornam mais consolidadas e legítimas as tradições médicas exóticas, que começaram a se difundir no Brasil somente nos últimos decênios, deixando as medicinas nativas locais em um status de "tolerância sem respeito" que há décadas as esvazia de credibilidade e autoridade pela população de origem europeia (BARRETO 2021, DI BELLA 2020). Esse status de ‘semilegabilidade’

deu força a atos de intolerância religiosa, com campanhas de difamação que comparavam o conhecimento médico indígena à feitiçaria ou bruxaria. Foram inúmeras as campanhas de ódio contra os povos indígenas por parte de membros de grupos cristãos extremistas, que pontearam a história amazônica após o contato com os europeus, e na pandemia esses tipos de ataques ganharam ulterior força.

Manter estrategicamente um vácuo de legislação não é exclusivo da situação brasileira, e em muitos outros contextos em que a biomedicina convive com práticas médicas ancestrais, é comum que as medicinas tradicionais tenham um status legal mais fraco do que outras medicinas alternativas codificadas e estabelecidas. Situações parecidas podem ser encontradas, por exemplo, na África subsaariana, onde frequentemente o poder estatal local tenta estancar o uso da medicina tradicional e estimular o uso da biomedicina, deixando as medicinas tradicionais num status legal muito confuso e precário.

A chegada da biomedicina no Brasil e na Amazonia foi acompanhada, como dito precedentemente, por uma tentativa de cancelamento e supressão das outras medicinas tradicionais locais, não somente as medicinas indígenas, mas também as medicinas caboclas e de matriz africana. Essa chegada foi parte integrante de um projeto de modernização do estado, onde as tradições dos povos nativos foram incrementalmente vistas como um legado indesejado que precisava desaparecer, e a falta de respaldo legal para as medicinas tradicionais sempre fez parte dessa estratégia de longa duração que o estado exerceu sobre os povos originários (BARRETO 2021).

Ao mesmo tempo que essa estratégia modernista e culturalista iniciava a se realizar, a escassa difusão das estruturas de saúde no território amazônico, especificadamente fora dos centros urbano principais, criou situações extremamente problemáticas. As condições sociais e de saúde da população indígena brasileira (urbana ou residente em territórios demarcados) sempre foram difíceis e, muitas vezes, consideravelmente piores do que os demais estratos sociais da população nacional, mesmo os estratos sociais mais pobres. A escassez de estruturas de assistência à saúde, especialmente nas áreas mais remotas, tem sido um problema crônico do sistema público de saúde brasileiro, que junto às campanhas de desvalorização dos patrimônios de conhecimentos médicos tradicionais indígenas, provocaram uma ausência de estruturas e de expertise médica pelos indígenas no interior amazônico.

Para poder cobrir com eficácia o enorme território brasileiro, o serviço público de saúde deveria ser financiado constantemente, para poder atender uma população que, fora dos centros urbanos principais, se encontra muito dispersa num território amplíssimo. Infelizmente, o financiamento público à saúde teve uma queda a nível global desde o início das políticas neoliberais na década de '80. Se o Brasil ficou na contramão desses cortes na saúde no começo do século XXI, investindo maciçamente no SUS, já com a chegada do governo Temer voltou a cortar os financiamentos públicos (BARROS 2019). Essa disparidade no acesso aos serviços públicos básicos de saúde tem sido uma constante na situação brasileira e o acesso aos serviços de saúde sempre foi um campo de batalha para os povos indígenas do Brasil e, por muito tempo, uma demanda não atendida, e nos últimos anos da história brasileira, a ausência de assistência médica tem sido uma arma no claro projeto genocida do governo Bolsonaro.

A biomedicina, portanto, sempre representou um duplo problema para os povos indígenas: por um lado, é um direito básico negado, com consequências mortais sobre a saúde e o desenvolvimento das novas gerações, e, por outro, é uma arma frequentemente usada para desacreditar as tradições médicas nativas. A progressiva dependência dos povos indígenas pelo atendimento biomédico, consequência direta das campanhas 'modernistas', causou gravíssimas consequências pela saúde rural ao longo das últimas décadas e contribuiu a agravar a crise pandêmica no interior amazônico (BARRETO 2021).

No contexto urbano de Manaus, os problemas de acesso às estruturas de saúde se somam aos problemas financeiros e às condições de vida que os indígenas urbanos sofrem morando na capital, como falei precedentemente. As características da migração das áreas indígenas para a capital fazem com que a população urbana seja extremamente diversificada e muitos grupos étnicos não tenham acesso a um especialista tradicional de seu próprio povo, nem a possibilidade de ter acesso a serviços públicos de saúde. Nessa difícil situação, os indígenas de Manaus muitas vezes recorrem ao autocuidado sem consulta médica, ou, caso decidam recorrer à medicina tradicional, muitas vezes o fazem recorrendo a especialistas de outras etnias.

Em minhas muitas conversas com João Paulo Tukano e a equipe do Centro de Medicina Indígena, a urgência dos problemas relacionados ao uso indiscriminado de medicamentos

biomédicos sem consulta médica prévia tem sido enfatizada muitas vezes (BARRETO 2021). Abordarei a situação médica variada das ocupações com mais profundidade no próximo capítulo, mas vale destacar como uma nova dinâmica está emergindo dentro das medicinas tradicionais indígenas. Se antigamente o conhecimento dos especialistas em medicina tradicional era um segredo cuidadosamente guardado dentro de cada povo indígena e raramente compartilhado fora de uma troca de conhecimentos, os novos problemas da vida urbana, onde a população indígena é muitas vezes tão fragmentada que não é possível para as comunidades menores recorrerem à especialistas de sua própria tradição médica, estimulou uma nova dinâmica de compartilhamento e salvaguarda das medicinas tradicionais. Nos últimos anos, os povos indígenas do Brasil começaram a construir uma rede interétnica para proteger as práticas médicas ancestrais e ter um reconhecimento legal mais claro e estável.

Isso significa que está surgindo uma nova forma de praticar a medicina tradicional nos centros urbanos, com muito mais ênfase no compartilhamento do conhecimento médico entre os povos e uma nova forma, mais ativa e militante do que na segunda metade do século passado, de salvaguardar e proteger esse conhecimento do risco de desaparecimento (DI BELLA 2020, REZENDE 2021, BARRETO 2021). A fragmentação étnica dos indígenas urbanos de Manaus, que sempre representou um problema para a afirmação dos movimentos de luta e das organizações de base, e sempre foi uma ferramenta do poder para subalternizar e enfraquecer os nativos, está progressivamente sendo superada. A presença cada vez maior de indígenas nas universidades, o nascimento de novas organizações de base e o fortalecimento das associações indígenas mais antigas que está se afirmando nos últimos anos em Manaus está contribuindo para uma mudança de cenário e de perspectivas, particularmente evidente na medicina tradicional. Esse maior compartilhamento de conhecimento tem sido crucial para a organização da resposta indígena à crise pandêmica, como tentarei destacar melhor nos próximos parágrafos.

A nova dinâmica de compartilhamento do conhecimento médico, aliada a uma crescente organização dos povos indígenas na defesa dos saberes tradicionais, fez com que o movimento de redescoberta das medicinas tradicionais ganhasse nova força a partir do início do presente século e instituições de recente fundação como o Centro de Medicina Indígena – Bahserikowi e o Centro de Ciências e Saberes, entre outros, estão sendo

fundamentais para oferecer espaços para o fortalecimento dos conhecimentos tradicionais e a divulgação das medicinas indígenas.

Esse movimento de recuperação das medicinas tradicionais está nascendo num momento histórico onde a biomedicina está vivendo uma crise de popularidade muito grande, sobretudo nos países da Europa e da América do norte. Está se criando, também, um novo interesse pelas medicinas tradicionais indígenas por parte de setores da população brasileira que até pouco tempo atrás não demonstravam esse tipo de interesse ou até, ao contrário, faziam parte do mecanismo de desvalorização das tradições médicas ancestrais indígenas. Nas últimas duas décadas, a população em procura de formas alternativas de tratamento à biomedicina tem aumentado muito, na tentativa de buscar formas de tratamento vistas como mais naturais e menos invasivas que as drogas biomédicas. Essa camada da população é composta, pela maioria, de brancos da classe média, com instrução universitária, que até pouco tempo atrás representavam uma das partes da população mais hostis às medicinas tradicionais indígenas.

Essa situação inédita abriu novos cenários para essas novas estruturas médicas indígenas, especialmente nas áreas urbanas do Brasil. Não é incomum que a população que frequenta esses estabelecimentos para obter assistência médica seja composta pela maioria de brancos de classe média, geralmente de extração universitária, e apenas uma pequena parcela da população indígena (). Vale a pena destacar que a situação é diferente quando a estrutura é teatro de eventos de divulgação de conhecimentos tradicionais indígenas (sem ser atendimento médico tradicional), e nesses casos o atendimento desses eventos é bem mais participado para público indígena.

Mas se o cenário parece estar mudando lentamente para o melhor, para a tutela das medicinas tradicionais indígenas nos centros urbanos, a situação permanece extremamente complexa e difícil. A eleição de Bolsonaro e, posteriormente, a explosão da pandemia da COVID-19 desferiram duros golpes nos movimentos sociais indígenas e reacenderam o fogo do ódio racial contra os povos nativos. Um aumento geral da hostilidade contra as tradições indígenas, incluindo as práticas médicas, marcou a nova administração federal desde o início, com as igrejas evangélicas sendo centrais para a criação e gestão de maciças campanhas de ódio contra os indígenas. Com a chegada da pandemia, além dessas campanhas de ódio, se somaram também correntes de

desinformação sobre vacinas nas mídias sociais e nas igrejas evangélicas, com alvo principal os povos indígenas, propagando o uso de remédios ineficazes como a hidroxicloroquina ou a ivermectina (SENADO FEDERAL 2021).

A crise pandêmica expôs todas as lacunas que os serviços públicos de saúde em todo o mundo acumularam durante os últimos anos de cortes orçamentários. O Brasil, que tinha investido notavelmente no SUS na primeira década do século XXI, ainda permanecia com grandes atrasos sobretudo nas áreas mais remotas do país, e a chegada dos governos Temer e Bolsonaro e os subsequentes cortes orçamentários do setor público contribuíram a piorar o impacto do contágio e a dificultar a resposta médica. Em particular, nas áreas mais remotas do país, as instalações médicas, ainda precárias, viram-se sem recursos para continuar funcionando e a maioria das populações indígenas no interior se viu sem acesso aos serviços básicos de saúde.

A pandemia, então, atingiu o Brasil em um momento de grande fragilidade de seu sistema nacional de saúde, e a parcela mais afetada da população foi o componente indígena, sem acesso aos serviços públicos de saúde, e com o próprio território invadido constantemente por garimpeiros e grileiros (DA ROCHA 2020). Nessa situação tão delicada, as associações de base dos povos indígenas tiveram que reutilizar estratégias de sobrevivência que remontavam à época do primeiro contato com os colonizadores, como o autoisolamento e o afastamento na floresta.

Com a retirada do pessoal biomédico de muitas das áreas mais remotas do Amazonas, as únicas contagens regularmente atualizadas das taxas de infecção e mortes por COVID-19 foram mantidas por associações indígenas, como a APIB e a COIAB, e seus dados representaram, em muitos casos, a única fonte estatística disponível para mortalidade em territórios indígenas. Essas associações também foram a única fonte de recomendações médicas em territórios indígenas, e as campanhas a favor do uso de máscaras e a favor das vacinas tiveram que se chocar diretamente com campanhas de desinformação em massa orquestradas pelo componente militante evangélico, politicamente próximo ao governo Bolsonaro.

Diante de uma gravíssima crise, os atritos que se acumularam ao longo dos anos entre as associações indígenas e o Serviço Nacional de Saúde foram, ao menos temporariamente, deixados de lado para lidar com uma ameaça crescente representada por campanhas de

desinformação destinadas a desacreditar as vacinas nas áreas indígenas. O trabalho de persuasão que foi feito em terras indígenas e, como analisarei no próximo capítulo, em ocupações urbanas por associações e ativistas indígenas (COIAB, APIB só para citar alguns), foi fundamental para evitar que mensagens falsas se espalhassem sem resposta. Na quase total ausência de pessoal médico, muitas vezes era responsabilidade de ativistas individuais organizar o combate à pandemia, como foi o caso de Wanda Witoto nas ocupações do Parque das Tribos. Antes de me concentrar na época pandêmica, quero me concentrar especificadamente no Centro de Medicina Indígena de Manaus, na história do seu nascimento e nas mudanças que foram feitas ao longo do seu funcionamento, antes de analisar como a equipe da estrutura operou e reagiu durante a pandemia.

2.2 O Centro de Medicina Indígena – Bahserikowi

Nos últimos anos, uma série de museus vivos e iniciativas comunitárias surgiram na área de Manaus com o objetivo de proteger, recuperar e fortificar as medicinas indígenas. Como falei precedentemente, essas iniciativas têm sido fundamentais para construir ligações entre os povos indígenas de Manaus e fortalecer a luta pelos direitos nativos, superando divisões alimentadas e aproveitadas pelo poder estadual e federal ao longo das décadas passadas.

Uma das iniciativas que tem tido maior repercussão em nível local, nacional e até internacional é representada pelo Centro de Medicina Indígena – Bahserikowi (CMI). Idealizado e fundado por João Paulo Lima Barreto em junho de 2017, o CMI rapidamente ganhou muita atenção, por ser a primeira estrutura de atendimento de medicina tradicional indígena a ser construída no centro da cidade de Manaus, e cujo atendimento seja aberto a todos.

O CMI está localizado em uma das ruas mais antigas do centro urbano da capital amazonense, a Rua Bernardo Ramos, em um prédio histórico não muito distante da Praça do Paço da Liberdade. O edifício foi concedido pela prefeitura em comodato de uso gratuito para a associação *yepa-mahsã*, fundada por João Paulo Lima Barreto como base jurídica para a constituição do CMI. Como irei analisar sucessivamente, o edifício estava em condições de preservação muito precárias e isso afetou o início das atividades do Bahserikowi.

Para administrar o *bahsese*, o ritual de cura na base da medicina tradicional Tukano, foram chamados dois *kumu*, que desde o início do funcionamento do CMI alternavam desde o início dois *kumu*, Ovídio (pai de João Paulo) e Durvalino (pai de Carla, que também é integrante fixa da equipe da estrutura). A rotação entre os dois *kumu* é constante, dada a distância entre Manaus e Pari Cachoeira, para permitir que os especialistas possam retornar para a aldeia e possam manter uma presença contínua de atendimento e de formação de possíveis novos expertos lá também.

Comecei a colaborar com o CMI no final de 2018, participando de suas iniciativas culturais e ajudando a estrutura com uma arrecadação de fundos através de uma ONG italiana, A Maloca, para financiar uma série de reformas que a estrutura estava precisando urgentemente. Através desta colaboração, pude acompanhar constantemente as atividades do CMI e ver em primeira mão as dificuldades que a equipe teve que enfrentar ao longo dos anos. Também, depois das reformas que aconteceram na estrutura durante a pandemia, pude acompanhar o nascimento do Biatuwi, o primeiro restaurante dedicado à comida indígena que começou a funcionar dividindo a mesma estrutura do Bahserikowi.

Acho importante traçar a história do nascimento do CMI, porque resume muitos dos problemas que as associações indígenas têm que enfrentar constantemente no contexto amazônico. Além disso, o percurso que o projeto teve ao longo dos anos resume as potencialidades enormes do associacionismo indígena, especialmente no âmbito médico, bem como todas as problemáticas, os obstáculos e os potenciais desvios que essas associações enfrentam na prática.

2.2.1 A história do nascimento do CMI

A história do nascimento do Centro de Medicina Indígena de Manaus - Bahserikowi é muito interessante, porque representa um exemplo claro de como a medicina tradicional indígena tem sido regularmente subalternizada pela biomedicina, e reduzida a uma prática sem eficácia ou na pior paragonada abertamente à bruxaria.

Os eventos que levaram João Paulo a fundar o CMI e iniciar a luta para o reconhecimento da medicina tradicional indígena como prática de cuidado de saúde legítima e no mesmo nível de legitimidade da biomedicina, revolvem em torno das modalidades de cuidado médico que a sua prima, Luciane, recebeu depois de ser mordida por uma cobra venenosa.

Luciane, mordida por uma jararaca no pé enquanto ela estava em São Gabriel da Cachoeira, foi prontamente transferida para Manaus, para o Hospital João Lúcio. Logo na chegada na estrutura, os médicos declararam impossível salvar sua perna e disseram que uma amputação era necessária para que a menina sobrevivesse. Diante dessa notícia, João Paulo e os demais familiares da menina se opuseram firmemente à possibilidade de amputação. Afirmavam que, em São Gabriel, os *kumuã* já tinham cuidado de outras situações como essa, obtendo a sobrevivência dos pacientes e não precisando de amputar os membros afetados. A demanda de João Paulo e dos familiares era de poder atender Luciane com um acompanhamento conjunto, onde o *kumu* Ovidio teria praticado o bahsese ao mesmo tempo que os médicos do hospital continuassem com os cuidados biomédicos e que não praticassem a amputação da perna até que não fosse inevitável. Os médicos se opuseram a essa ideia, afirmando, como me contou João Paulo em várias ocasiões:

que eles estudaram medicina por oito anos para chegar aonde estavam e que, portanto, não aceitavam nenhuma crítica daqueles que não tinham conhecimento médico e nunca tinham estudado na universidade

Os pais de João Paulo e Luciane iniciaram uma longa negociação com a equipe médica do hospital, que, no começo, não se dispôs a acolher os pedidos da família e nem quis escutar os pedidos de adiamento da amputação. Nesse ponto, a única esperança de conseguir o adiamento da amputação e conseguir autorização para o acompanhamento

médico de um *kumu* estava em iniciar uma ação judicial no Ministério Público Federal. O MPF acolheu a demanda dos parentes de Luciane e pediu imediata interrupção do procedimento de amputação. Também teve sucesso a batalha legal para o atendimento da paciente com assistência do *kumu* Ovidio e o hospital foi intimado de permitir a presença constante do experto Tukano ao longo da internação de Luciane.

O procedimento de *bahsese* foi administrado pelo *kumu* Ovidio, pai de João Paulo. O processo de cura foi longo e difícil, e Luciane precisou passar pela retirada de uma pequena parte da pele do pé na área de contato com a mordida da jararaca. Mas não somente não perdeu a perna, mas também teve uma plena recuperação física sem sequelas de longo prazo e atualmente voltou a viver em São Gabriel da Cachoeira com a família.

Esse episódio representou um dos primeiros, senão o primeiro, evento na Amazônia de compartilhamento de cuidados médicos entre biomedicina e especialistas em medicina tradicional indígena. Mas esse cuidado conjunto precisou de uma decisão do MPF porque pudesse acontecer e nunca poderia ter acontecido de forma espontânea, se os comentários dos médicos do hospital representam a maioria da opinião dos biomédicos sobre as medicinas indígenas. Foi exatamente por essa razão que desse episódio nasceu a ideia de João Paulo de iniciar um projeto de grande escala que visasse valorizar a medicina indígena e dar-lhe um status de paridade com a biomedicina.

A história da fundação do Bahserikowi é um exemplo claro das tensões entre biomedicina e medicina indígena. A ênfase da equipe médica do hospital de que a formação acadêmica em biomedicina era a única maneira legítima de reivindicar o papel de especialista em cuidados médicos é um elemento-chave da dinâmica de poder que a biomedicina exerce nas sociedades contemporâneas.

A biomedicina, e as chamadas "ciências exatas", criaram um processo de aquisição de conhecimento, iniciação científica e capacitação profissional que padronizou a formação dos médicos. Essa padronização, por sua vez, cria a aura de legitimidade que a profissão médica detém no mundo contemporâneo, dando a ideia de que um médico formado por meio desse processo quantificável é treinado exatamente no mesmo nível de qualquer outro colega que tenha seguido o mesmo processo, garantindo um standard de preparação que deveria garantir a eficácia do cuidado médico (SINGER et al. 2011). Como resultado, a duração do processo de formação, o custo enfrentado pelos candidatos médicos e a

dificuldade de seleção acadêmica projetam a imagem de uma profissão difícil de alcançar e que, por essa razão, os candidatos que obtêm sucesso nessa formação profissional estão preparados para enfrentar os desafios da profissão médica (SINGER et al. 2011).

Qualquer um que não passe por esse processo de formação e treinamento mensurável é, na melhor das hipóteses, considerado um especialista menor, se não um charlatão que nem merece ser ouvido, na opinião da maioria dos profissionais biomédicos. Assim, no caso de João Paulo, a tentativa de agregar um especialista em medicina indígena ao trabalho dos médicos do hospital foi vista pela equipe biomédica como um pedido absurdo, feito por pessoas que não tinham formação formal e, conseqüentemente, não tinham legitimidade para se declarar médicas.

O rigor do método científico subjacente à disciplina biomédica teve enorme força ao longo do século XX e tem sido uma das principais forças por trás de sua difusão pelo mundo inteiro. No entanto, nas duas primeiras décadas do presente século, essa aura de infalibilidade e eficácia tem sido cada vez mais questionada, não somente pela opinião pública, mas também pelos ambientes acadêmicos. Numerosos são os trabalhos em antropologia médica, por exemplo, que criticam a ideia que vê a biomedicina como uma disciplina monolítica, onde as opiniões e o vivido dos médicos não influa nas decisões profissionais (VAN DER GEEST e REYNOLDS WHYTE 1988). Progressivamente, a prática biomédica vem sendo analisada a partir do trabalho em cada contexto específico, e as diferenças na abordagem dos médicos são evidentes, dependendo de concepções pessoais prévias, da qualidade da formação recebida, da disponibilidade de estruturas e recursos em cada contexto e, por último, mas não menos importante, da progressiva mercantilização da prática médica por meio da prescrição excessiva de medicamentos (VAN DER GEEST e REYNOLDS WHYTE 1988).

O que tem sido, durante décadas, provavelmente o fruto mais universalmente reconhecido e globalmente aceito do pensamento científico europeu e norte-americano, é hoje visto sob uma luz muito mais crítica também pela sociedade civil. Situações graves como a prescrição excessiva de analgésicos à base de opioides, que teve enorme impacto nos Estados Unidos, contribuíram para minar, talvez definitivamente, a imagem da biomedicina como uma disciplina voltada exclusivamente para o bem do paciente, como afirma o Juramento de Hipócrates. Essa crise da biomedicina na opinião pública se

estende a muitos outros países, e o Brasil não é uma exceção, como demonstra o renovado interesse de amplas partes da população de remédios mais naturais em comparação com os fármacos biomédicos, percebidos como demasiadamente invasivos. Infelizmente, de outro lado, essa nova visão muito crítica do operado da biomedicina abre espaços para a disseminação de desinformação médica, como demonstra amplamente a época pandêmica, mas por outro lado abre novos espaços para que as medicinas tradicionais encontrem um novo reconhecimento popular e tenham uma possibilidade de legitimidade à nível jurídico (MEHRY e MOEBUS 2021, DI BELLA 2020).

A "rebelião" à autoridade biomédica por trás do nascimento do CMI é simbólica dessa mudança profunda que vem erodindo a centralidade da biomedicina na esfera da atenção à saúde. Provavelmente, a ação do Ministério Público Federal para barrar o procedimento médico de amputação da perna de Luciane não poderia ter tido qualquer esperança de sucesso somente poucas décadas atrás, ou nem teria sido acolhida pelo MPF. Se essa vitória tem uma grande importância simbólica, e pode abrir novas possibilidades de afirmação para os direitos dos povos indígenas de ter reconhecido o direito de tutela jurídica das medicinas tradicionais, precisa ainda de muito trabalho para que esse direito possa se concretizar. Na falta de leis que equiparem as medicinas indígenas a outras formas de cura não biomédicas que são reconhecidas como medicinas alternativas legítimas, como por exemplo a medicina ayurvédica, os povos indígenas precisam lutar para cada reconhecimento pontual. Mas o novo ativismo indígena, e o nascimento de importantes iniciativas de relance e fortalecimento dos conhecimentos tradicionais como o Centro de Ciências e Saberes e o Bahserikowi dão renovadas esperanças de um futuro possível para as medicinas tradicionais.

Grande parte do futuro das iniciativas ligadas à medicina tradicional indígena depende diretamente da capacidade de reconstruir os processos de passagem de conhecimentos entre a geração dos anciões dos povos e as novas gerações de potenciais expertos, e esses desafios será o maior de todos para a sobrevivência das medicinas tradicionais, como já falei precedentemente. O paradoxo do aumento de interesse pelas medicinas tradicionais por parte da população urbana de origem branca é que a visibilidade pelos conhecimentos se concentra nos centros urbanos, enquanto nos territórios indígenas (onde esses conhecimentos são produzidos e onde os expertos são formados) as condições necessárias para criar novos conhecedores ainda são muito difíceis a se recriar e manter (BARRETO

2021). Esse paradoxo ficou muito evidente na prática do Bahserikowi, como vou analisar no próximo parágrafo, com uma clara prevalência de pacientes brancos no atendimento médico da estrutura.

2.2.2 – Funcionamento e dificuldades encontradas pelo Bahserikowi

O nascimento do CMI teve grande repercussão na imprensa amazônica local, como evidenciado no parágrafo precedente já desde o evento que causou o seu nascimento. A importância do primeiro atendimento conjunto biomedicina/medicina indígena fez com que o subsequente nascimento do Bahserikowi fosse muito seguido pela imprensa local. Isso se deve também à importância da figura do seu fundador, João Paulo Lima Barreto. Já antes de virar o primeiro indígena a obter o doutorado em antropologia pela UFAM, João Paulo era uma figura de grande importância na comunidade indígena de Manaus e na Amazônia e um ponto de referência fundamental pelo povo Tukano, seja na capital como na área indígena de Pari Cachoeira.

A escolha do local para a sede do CMI é particularmente interessante também e fez do Bahserikowi a primeira iniciativa indígena de cunho médico a ser sediada no centro da cidade. A localização central garantiu imediatamente grande visibilidade ao CMI, e às iniciativas culturais e de divulgação das práticas do Bahrein que foram aí organizadas desde os primeiros meses de existência da estrutura. Presidir um prédio histórico do centro da cidade teve um sentido simbólico muito forte, sendo que, pelas palavras do mesmo João Paulo, Manaus, pelo tamanho da sua população indígena é *‘a maior aldeia do Brasil’*. Ocupar o centro da cidade, desde sempre símbolo da colonização, representou então uma reapropriação de espaços furtados muito tempo atrás, uma *‘re-indigenização’* de Manaus (BARRETO 2021).

No entanto, mesmo com um início muito positivo sob o ponto de vista da visibilidade e da localização, a iniciativa do CMI rapidamente encontrou uma série de dificuldades. Em primeiro lugar, e talvez o problema principal que muitas iniciativas indígenas têm que enfrentar, o Bahserikowi teve enormes problemas de financiamento para o funcionamento regular da estrutura e o pagamento das diárias dos colaboradores da estrutura. A falta de apoio financeiro e as dificuldades de arrecadar com constância financiamentos e bolsas sempre representou um freio grande pelas iniciativas indígenas de base, e uma das principais razões que causaram o encerramento de projetos culturais ao longo dos anos. Apesar do apoio acadêmico, tanto do PPGAS/UFAM através da colaboração com o NEAI, quanto através de colaborações recorrentes com as faculdades de medicina de

Manaus, o financiamento sempre foi escasso e isso afetou desde o começo a capacidade operativa do CMI.

A estrutura escolhida para abrigar o Bahserikowi, embora muito central e localizada em uma das ruas mais antigas e centrais da capital amazonense, estava degradada e precisando de reformas urgentes. Grande parte do piso em madeira era danificado e precisava de reforço estrutural, assim como o forro e a fiação elétrica que nunca tinha sido reformada ao longo da história do edifício. Minha colaboração com a estrutura começou cerca de um ano depois da sua fundação, mas os problemas estruturais do edifício tinham permanecido e até piorado quando comecei a frequentar a estrutura no junho de 2018, tendo recebido somente pequenas reformas pontuais desde a abertura do CMI.

A escassez de financiamento afetava grandemente também a operatividade diária da estrutura, não podendo ser garantido um salário pelos membros da equipe da estrutura e pelos colaboradores. A equipe do CMI era composta por um grupo de quatro pessoas permanentes (João Paulo, Ivan, Carla, Beny) mais os *kumu* Ovidio e Durvalino, aos quais se juntaram por alguns períodos outros colaboradores. O compromisso de manter a instalação aberta de segunda a sábado pelas sete horas diárias (o horário de funcionamento da instalação vai das 9h às 16h) sempre foi muito oneroso, especialmente considerado que, como mencionado, o pessoal frequentemente estava trabalhando sem nenhuma compensação financeira. Todos os funcionários sempre tiveram que contar com outras fontes de renda, pelo menos no primeiro período de abertura da unidade. Apesar de muita dedicação por parte de todos, essas necessidades econômicas têm causado muitas dificuldades no funcionamento do próprio centro, com dias em que não foi possível manter a estrutura aberta por ausência de pessoal, por causa de empenhos de outros trabalhos.

Essas dificuldades financeiras foram à base da decisão de pedir uma pequena quantia de dinheiro para cada atendimento médico realizado na unidade. Pedir uma compensação financeira pelos cuidados recebidos abriu um segundo conjunto de problemas, particularmente com as comunidades de origem da equipe em São Gabriel da Cachoeira e Pari Cachoeira. O cuidado médico é muitas vezes visto como uma das áreas de conhecimento mais importantes e valiosas em uma sociedade, tendo que lidar com doenças, sofrimento e riscos à sobrevivência dos pacientes. A capacidade de restaurar a

saúde de um paciente ou salvar sua vida é uma habilidade fundamental dentro de qualquer grupo humano e, em geral, aqueles encarregados do conhecimento médico ocupam alguns dos papéis mais prestigiosos e respeitados dentro de uma sociedade. No entanto, tem uma proximidade entre a medicina e a sacralidade que fez com que os cuidados médicos fossem oferecidos gratuitamente dentro do mundo indígena. No caso do mundo Tukano, então, a esfera da medicina ainda está completamente ligada a uma dinâmica de gratuidade.

Somente muito recentemente o exercício da medicina começou a assumir as conotações de uma profissão, que deve ser remunerada financeiramente diretamente pelo paciente se não houver serviço médico público capaz de oferecer assistência médica à população. Essa profunda mudança na relação médico-paciente coincidiu com a afirmação global da biomedicina, que tornou os meios de cura acessíveis a todo mundo por meio da comercialização dos fármacos (VAN DER GEEST e REYNOLDS-WHYTE 1988). A decisão do CMI de oferecer assistência médica remunerada abriu uma série de problemas com as populações residentes nos territórios do alto Rio Negro, e foi levantado o paralelo entre o Bahserikowi e os hospitais biomédicos. Os Tukanos do Alto Rio Negro criticaram também a ausência de retornos econômicos pelas comunidades, imaginando ganhos econômicos muito maiores do real pelo CMI. O caso da CMI não é isolado e, de fato, é bastante comum que centros médicos tradicionais decidam pedir contribuições dos pacientes para a aplicação de tratamentos, sobretudo quando esses pequenos recursos econômicos constituem a única forma viável de sustentamento. O lucro da prática médica tradicional é geralmente muito limitado, como no caso de Bahserikowi, mas a simples abertura à comercialização da medicina é suficiente para gerar críticas.

Graças ao pequeno retorno econômico das doações pelos atendimentos, o Bahserikowi conseguiu segurar a sua equipe e superar os difíceis primeiros meses de funcionamento. Como falei no parágrafo precedente, o CMI começou a operar em um cenário em que a biomedicina é vista numa luz cada vez mais crítica e em que uma parcela crescente da população prefere ampliar as próprias escolhas de cuidado e olha para outras tradições médicas. A localização do Bahserikowi, no centro histórico da capital amazonense, contribuiu a dar um destaque particular à estrutura, e a população universitária de Manaus se envolveu rapidamente nas atividades culturais que o centro promoveu. A visibilidade de João Paulo como liderança Tukano ajudou muito o Bahserikowi também, garantindo

uma cobertura mediática que começou com a imprensa local e adquiriu ressonância nacional.

Esse tipo de visibilidade gerou um aparente paradoxo no público que desde o começo frequentou a estrutura para atendimento médico. Conversando com João Paulo, me foi confirmado que no primeiro ano de funcionamento da unidade, Bahserikowi praticou pouco mais de 3 mil intervenções médicas, um número muito alto. Um elemento interessante é representado pelo tipo demográfico da clientela: desses atendimentos, cerca de 95% foram pessoas brancas de origem europeia (BARRETO 2021). Em vários casos, esses atendimentos foram feitos também em turistas do sul do Brasil ou estrangeiros em visita à Manaus. A população indígena urbana sempre frequentou o Bahserikowi, mas muito raramente utilizou seus serviços médicos, limitando-se, em geral, a participar dos eventos culturais e de convívio que têm sido organizados com muita frequência.

A grandíssima diferença entre o número de pacientes brancos e indígenas é espelho claro da mudança profunda que nos últimos decênios tem caracterizado as escolhas médicas da população de classe média e com formação universitária. A posição central do CMI ao mesmo tempo foi crucial para que os brancos tivessem um acesso muito fácil aos seus serviços médicos, e a população indígena tivesse uma maior dificuldade em chegar na estrutura, sendo muito distante dos bairros de moradia das comunidades indígenas urbanas. É difícil estabelecer quais foram as principais causas desse grande desequilíbrio entre pacientes de origem europeia e indígenas, mas certamente a dificuldade de se deslocar da periferia para o centro representou um fator importante, assim como o atendimento pago foi outro fator que fez com que os pacientes indígenas buscassem curas tradicionais de forma privativa com os *kumuã* do Bahserikowi nos dias de folga do atendimento no centro. Se do lado médico a presença indígena tem sido fortemente minoritária, é interessante notar que o CMI tem representado um ponto de encontro muito importante para a comunidade indígena manauara na sua forma de centro cultural e espaço de eventos.

Desde o início, uma das principais articulações da equipe de Bahserikowi tem sido um diálogo paritário com a biomedicina, buscando formas de divulgar os princípios da medicina Tukano à população manauara. Desde os primeiros momentos de existência do CMI, a estrutura organiza eventos e jornadas de visitas com a Faculdade de Medicina da

UEA e seus alunos. O objetivo de reequilibrar o cenário médico da região amazônica, promovendo a medicina tradicional indígena como uma forma médica digna de ser considerada em pé de igualdade com outras formas de medicina reconhecidas no Brasil ainda está longe de ser alcançado, mas houve vários eventos em colaboração com estudantes de medicina organizados ao longo dos anos de funcionamento do CMI que pude documentar e nessas ocasiões os participantes sempre foram muito interessados a conversar com João Paulo e os *kumuã*. O interesse dos estudantes de medicina nas formas de conhecimento médico tukano foi sempre evidente e será importante ver como essa nova abordagem formativa dos médicos influenciará a visão da biomedicina sobre as medicinas indígenas no próximo futuro.

Apesar da cobertura mediática inicial, dos sucessos óbvios do público e da crescente importância local do CMI como ponto de encontro de eventos e debates, a capacidade econômica para operar consistentemente a plena capacidade continuou a ser um problema constante, mesmo depois da introdução das doações pelo atendimento médico. Após um primeiro ano de grande frequência da unidade, como comprovam as mais de 3 mil intervenções médicas realizadas, o número de acessos se reduziu drasticamente a partir do final de 2018. A falta de meios de comunicação constantes do calendário de eventos da estrutura causou uma queda forte de interesse no público do centro de Manaus. O desgaste cada vez maior do edifício contribuiu para afastar progressivamente também o público de turistas e, no final de 2018 a frequência da estrutura era limitada aos alunos da UFAM, principalmente do PPGAS, e aos indígenas envolvidos nos eventos culturais e conviviais.

Entre o final de 2018 e 2019, quando comecei a viver em Manaus, passei a colaborar mais estreitamente com João Paulo e a equipe do Bahserikowi. Os riscos de interrupção dos serviços da instalação eram cada vez mais reais devido à falta crônica de recursos devido também à queda nos atendimentos e aos custos com pessoal e instalações. Desde o início, ficou claro que as dificuldades de autofinanciamento eram muito graves e o projeto precisava de uma forma de financiamento de longo prazo para poder esperar de sobreviver. João Paulo tinha plena consciência de que, mesmo que tivesse a possibilidade de obter financiamento público ou privado, pensando no futuro o CMI riscava de voltar a apresentar os mesmos problemas se não houvesse uma forma de autossustentar a iniciativa. Assim começou a ser elaborado o projeto de fundação do Biatuwi, um

restaurante e comida indígena que pudesse abrir numa ala do mesmo prédio do Bahserikowi.

No início de 2019, a equipe do CMI teve uma reunião com os gerentes do restaurante Caxiri de Manaus, para começar a traçar as linhas desse novo projeto. A ideia de abrir na mesma estrutura do CMI um restaurante de comida indígena, vista a enorme importância da dieta na medicina tukano. Clarinda, esposa de João Paulo, se tornaria a cozinheira da nova unidade do projeto, junto com uma nova leva de colaboradores indígenas para ajudar no serviço de cozinha e mesas. O projeto foi aperfeiçoado e finalizado em março de 2019 e a partir desse momento teve início a busca por financiamentos das obras necessárias.

Desde o início da minha colaboração com o Bahserikowi, alternei o estudo de campo na estrutura com uma atuação mais operacional, buscando virar uma interface para receber as demandas de João Paulo e da equipe da estrutura e tentar arrecadar recursos italianos através de uma ONG, com base na região do Trentino-Alto Adige, 'A maloca'. Na época imediatamente pré-pandêmica, os recursos econômicos disponibilizados para essa região italiana eram ainda suficientemente abundantes para tentar a aplicação de um projeto de financiamento internacional.

A seleção dos projetos vencedores foi oficializada em setembro de 2019, com resultado positivo para o projeto do CMI, mas com a chegada dos financiamentos prevista somente para março de 2020. Infelizmente, o início previsto do projeto foi adiado de vários meses, devido ao início da pandemia que paralisou os pagamentos das primeiras parcelas que foram pagas somente em junho 2020. Ao mesmo tempo a pandemia complicou enormemente a atuação das obras, e posteriormente houve enormes dificuldades para a execução segura das obras de reforma, dada a explosão do contágio no Brasil. O próprio João Paulo foi infectado e teve uma longa e difícil internação relacionada à COVID-19, o que o obrigou a ficar meses em casa, assim como Clarinda.

Quando a obra finalmente começou em plena capacidade, a reforma foi radical e o edifício sede do Bahserikowi mudou completamente. Atualmente, toda a sala interna, que já era a cozinha dos integrantes da equipe do CMI se tornou a cozinha do Biatuwi e o salão principal da estrutura virou a sala principal do restaurante. O pátio interno do restaurante foi ampliado e reformado para poder virar um espaço servindo como um espaço adicional para adicionar mesas caso seja necessário. O restante da estrutura passou por uma reforma

geral no piso, telhado e circuito elétrico, com uma reorganização da sala do lado da Rua Bernardo Ramos, onde ainda permaneceu a pequena loja de artesanato indígena e onde são organizados os eventos culturais da estrutura, e da sala de atendimento dos *kumuã*.

O primeiro teste do restaurante, quando ainda a nova estrutura não estava completada, foi feito se apoiando a estrutura já muito forte do renomado restaurante Caxiri, que garantiu apoio de cozinha e de estrutura para as primeiras semanas. A colaboração com o Caxiri foi essencial, também, para mobiliar a sala do Biatuwi e para comprar os equipamentos da cozinha. O teste do cardápio foi bem-sucedido apesar das dificuldades dos lockdown, podendo pedir os pratos do Biatuwi somente por entrega em domicílio sendo naqueles primeiros meses impossíveis ainda abrir aos clientes.

Mas o início das operações em Biatuwi foi muito lento e o público foi inicialmente escasso ao longo dos primeiros meses de abertura do local, apesar da boa cobertura da mídia local. No entanto, a situação mudou muito quando, com a reabertura total e a retirada de muitas das restrições relacionadas à pandemia, começaram a voltar os primeiros grupos de turistas de outras regiões do Brasil e do exterior.

Em particular, o evento que mudou radicalmente o fluxo de clientes foi a resenha do Biatuwi escrita pelo New York Times na sua seção de gastronomia, após que um dos seus críticos experimentou, disfarçado de turista, os pratos do restaurante. A visibilidade obtida com essa cobertura garantiu um interesse renovado da imprensa local e nacional, e a cobertura da mídia resultante finalmente gerou um fluxo constante de clientes.

Atualmente, portanto, os problemas operacionais da estrutura parecem estar amplamente superados agora, mas novas questões surgem sobre o futuro. A parte médica da estrutura, que foi o projeto original, evidentemente não tem possibilidade de ser financeiramente autossustentável a longo prazo, e sem a contribuição do restaurante teria que contar com financiamento público ou privado constante, e esperar que a procura pelo atendimento médico aumentasse. Por outro lado, o Biatuwi teve um grande sucesso tardio, e alcançou uma capacidade de autofinanciamento que pode garantir a operatividade de longo prazo de ambos os projetos e ainda permitir um fortalecimento da oferta de eventos culturais.

Quais serão as consequências desse novo equilíbrio é difícil dizer. Por um lado, poderia abrir a possibilidade de oferecer serviços médicos gratuitos e continuar oferecendo espaço

para iniciativas culturais da comunidade indígena de Manaus, mas também poderia representar um risco para a sobrevivência da parte médica da instalação, dada a idade avançada do *kumu* e os espaços dedicado à prática médica que se reduziram para acolher o restaurante.

2.3 – A pandemia de COVID-19 no Amazonas, a resposta indígena e o papel do CMI

2.3.1 – A COVID-19 na Amazônia

A pandemia de COVID-19 teve uma rápida disseminação global e, depois de atingir duramente toda a Europa a partir da segunda quinzena de fevereiro de 2020, finalmente chegou ao Brasil entre o final de fevereiro e os primeiros dias de março. Depois de atingir os grandes centros urbanos do Sul do Brasil, o contágio também atingiu a região Norte, e Manaus teve seus primeiros casos a partir de meados de março de 2020. A situação começou a se deteriorar rapidamente e a gravidade da situação, inicialmente amplamente subestimada globalmente (com exceção do epicentro, a China, que imediatamente decretou lockdowns extremamente rigorosos), foi reavaliada quando os níveis de mortalidade começaram a ser muito mais altos do que se supunha.

Os lockdowns começaram no Amazonas em meados de março de 2020, com a interrupção das operações da UFAM, seguida do fechamento das outras universidades locais logo em seguida, e se tornaram cada vez mais rígidos entre o fim do mês e abril. A impressionante velocidade de propagação do contágio e a ausência de terapias ou vacinas estabelecidas contribuíram para criar uma situação de pânico generalizado. A completa incapacidade da biomedicina de abordar diretamente a nova doença de forma direta representou um evento novo, que não acontecia desde pelo menos o início da epidemia de AIDS nos anos '80. Essa vulnerabilidade e o pânico que seguiu, abriu as portas para campanhas de desinformação sobre as origens, causas e possíveis terapias, que desde os primeiros momentos caracterizaram a narrativa pública da pandemia.

Na história relativamente curta da biomedicina, apenas a gripe espanhola de 1919-20 pode oferecer um paralelo em termos de magnitude, rapidez e gravidade do contágio, e somente esse fenômeno ganhou universalmente o nome de pandemia, antes da COVID-19. Depois de décadas de aumento da expectativa de vida em todo o mundo, diminuição das taxas de mortalidade e indiscutíveis sucessos biomédicos no campo do combate às infecções bacterianas com antibióticos e virais cada vez mais eficazes com a criação de vacinas e

sua disseminação com campanhas globais, parecia impossível que uma nova epidemia pudesse atacar com a mesma extensão e gravidade da pandemia anterior.

A rapidez da propagação da infecção e a gravidade das consequências respiratórias excederam em muito a capacidade de atuação das unidades de terapia intensiva dos hospitais, dando instantaneamente a impressão à população de que a situação estava fora de controle. As teorias médicas iniciais sobre a transmissão do contágio por contato físico como primeiro vetor foram rapidamente desmentidas, mas a demora em aconselhar o uso de máscaras e evitar aglomerações de pessoas contribuiu de forma talvez decisiva para a perda do controle dos contágios nas primeiras semanas da epidemia (SENADO FEDERAL 2021). O resultado foi algo que por gerações inteiras não tinha acontecido: uma pandemia se espalhou pelo mundo, sem protocolos terapêuticos, curas eficazes ou vacinas preventivas. Nos primeiros meses da pandemia a única recomendação médica era aquela de evitar o máximo possível o contato social, se isolando.

Como tentei destacar no primeiro capítulo, as memórias de epidemias fatais, que testaram os sistemas de saúde, e forçaram ao isolamento são muito mais vividas e próximas no tempo pelos povos indígenas. As epidemias que pontuaram constantemente a história dos povos indígenas, desde o contato até tempos extremamente recentes, mantiveram viva a memória das estratégias de luta e de resistência que foram utilizadas para sobreviver aos desafios do mundo após o contato com os europeus.

Um elemento claro e recorrente em inúmeros artigos e produções acadêmicas indígenas desde a proclamação da pandemia pela OMS e o início dos lockdowns obrigatórios é a semelhança desta epidemia com as mais graves que eles tiveram que lidar desde o contato. Na narrativa indígena, fica evidente o quão historicamente familiar seja o sentimento de total impotência inicial diante da chegada de uma doença desconhecida e, ao mesmo tempo, como era automática e óbvia a estratégia de autoisolamento e fuga dos centros urbanos (MEHRY e MOEBUS 2021). O equilíbrio de poder, nesses artigos, parece assim inverter-se, após décadas de aparente invulnerabilidade da população branca, induzida pelos sucessos biomédicos, com os povos indígenas muito mais prontos a implementar as estratégias de isolamento testadas a cada epidemia do que os seus descendentes europeus.

A pandemia atingiu a Amazônia de forma particularmente violenta, expondo todas as questões críticas de um sistema de saúde público despreparado e inadequadamente

financiado para lidar com uma crise tão repentina e um setor privado regulado por dinâmicas capitalista que desconsideram o valor da vida dos pacientes. A escassez de recursos, combinada com uma preparação médica muitas vezes deficiente, contribuiu para gerar e alimentar um colapso progressivo do sistema de saúde, que culminou no final de 2020 e início de 2021 com a crise de oxigênio nas unidades de terapia intensiva do estado inteiro.

A estratégia de isolamento, apesar de ser a única recomendação médica eficaz na primeira parte da pandemia, não serviu a impedir ou obstaculizar significativamente a rapidez do contágio. E, mesmo tentando se isolar dos centros urbanos principais, as modalidades de socialização e de moradia dos povos indígena, onde um real isolamento social dos indivíduos é quase impossível. Isso resultou nos povos originários serem mais uma vez um alvo entre os mais atingidos pela onda pandêmica, e a taxa de mortalidade resultante foi demograficamente uma das mais altas registradas no Brasil (APIB 2020). Décadas de progressiva gravitação em torno dos centros urbanos tornaram impossível alcançar um isolamento comparável ao aplicado séculos antes. Laços pessoais e econômicos forçaram o contato constante com Manaus ou outros grandes centros urbanos do Amazonas mesmo durante o pico de infecções, ajudando a espalhar a COVID-19 para as áreas mais remotas do estado.

Um exemplo entre muitos, o auxílio emergencial concedido pelo governo federal tem contribuído muito para intensificar esse vínculo com os centros urbanos. O aplicativo de smartphone de distribuição de recursos da Caixa Econômica Federal nunca funcionou de forma confiável, constantemente sobrecarregado pelo número de usuários solicitando acesso ao sistema. Por causa disso, a maioria dos beneficiários do auxílio emergencial precisou se apresentar à agência física do banco durante o período do incentivo para recolher o dinheiro. As enormes filas que eram constantemente criadas, sem espaços entre uma pessoa e outra e com muitos sem usar máscaras ou baixando-as repetidamente por causa do calor, foram vetor para a propagação do contágio, nas cidades como nas áreas rurais do Amazonas, tanto que o dinheiro do auxílio foi definido como "*os 600 reais da morte*".

Mesmo ficando evidente como a força do contágio não se estancou, os lockdowns foram a única resposta possível a uma situação sanitária que o mundo inteiro não via há quase

um século. Sem cura ou vacina disponível, a COVID-19 antes ou depois forçou o mundo inteiro a interromper qualquer atividade não estritamente necessária e forçar os cidadãos de cada estado a ficar nas próprias residências para evitar sobrecarregar as unidades de terapia intensiva. No Amazonas, essa situação também resultou em uma interrupção quase total dos serviços de controle ambiental, que já haviam sido severamente enfraquecidos e subfinanciados pelo governo Bolsonaro. Num momento em que a quase totalidade das atividades econômicas parou pelos lockdown, um dos poucos recursos que subiu de valor, e subiu enormemente foi o ouro, impulsionando ulteriormente as atividades de garimpo. O resultado foi que os garimpeiros conseguiram operar quase sem controle ao longo dos meses de lockdown, invadindo reservas indígenas de forma ainda mais constante, com quase nenhuma oposição ativa do estado. Além da destruição ambiental e da violência cometida contra os povos indígenas na área do garimpo, essas invasões foram outro importante vetor de infecção, fundamental para a disseminação da COVID-19 nas reservas indígenas.

Ao mesmo tempo, os serviços do SUS foram quase totalmente interrompidos nos territórios indígenas e todos os funcionários não locais retornaram às suas cidades de origem devido aos lockdowns. Os povos indígenas, já fortemente penalizados no acesso aos serviços de saúde antes da pandemia, viram-se com pouco ou nenhum acesso a um médico de serviço público em seu território. Ao mesmo tempo, como falei precedentemente, os decênios de sistemático enfraquecimento das medicinas tradicionais atuado pelos profissionais de biomedicina, assim como o descrédito desses conhecimentos operado pelas missões evangélicas, cada vez mais presentes e fortes nos interiores e nos territórios indígenas, tem deixado muitos povos com poucos ou nenhum experto de medicina tradicional, também.

Um exemplo dramático desse período é representado pela tragédia dos Yanomami. As unidades de saúde do território deles ficaram completamente não presidiadas, deixando o inteiro povo sem nenhuma assistência médica durante a pandemia, enquanto ao mesmo tempo as invasões de garimpeiros se intensificaram. As constantes violência dos invasores, a sistemática destruição do meio ambiente do território e o surto de casos de COVID-19 provocaram uma tragédia humanitária de enormes proporções (SENADO FEDERAL 2021).

Por fim, o impasse que a biomedicina teve no início da pandemia abriu caminho para uma campanha constante, que acompanhou toda a duração dos lockdowns e da pandemia, de notícias falsas sobre a origem da doença, sobre terapias ineficazes e sobre a inutilidade ou, pior, nocividade das vacinas quando elas se tornaram disponíveis. Na Amazônia, essas campanhas de fake news foram alimentadas principalmente por círculos próximos ao governo Bolsonaro, evangélicos e conservadores, e claramente visavam desacreditar os avanços biomédicos na síntese de vacinas. O resultado dessas campanhas foi a divulgação de remédios completamente ineficazes para tratar os sintomas da COVID-19, principalmente hidroxicloroquina (medicamento dedicado ao tratamento da malária) e ivermectina (vermífugo), além de uma suspeita geral de que as vacinas eram eficazes quando finalmente estavam disponíveis.

A ineficácia clínica dos medicamentos impulsionados pelo governo Bolsonaro ficou evidente desde o início, apesar das tentativas de criar uma aura de cientificidade nas prescrições desses remédios, através de artigos que tentavam achar evidências da eficácia com manipulação de dados (SENADO FEDERAL 2021). As campanhas de descrédito público sobre a eficácia das vacinas têm tido, especialmente na Amazônia, o claro objetivo de atingir duramente a população mais pobre e os povos indígenas, num projeto de limpeza étnica que reproduzia o uso instrumental dos contágios que caracterizou toda a época colonial no Brasil (SENADO FEDERAL 2021).

Nas áreas indígenas, o governo federal estava tão ausente que não teve nenhum órgão oficial que manteve as estatísticas de infecções e mortes relacionadas à pandemia atualizadas durante todos os meses do lockdown, e a tarefa de acompanhar o que estava acontecendo coube inteiramente às associações indígenas, principalmente COIAB e APIB (APIB 2020). Os dados foram coletados em campo, pessoalmente, aldeia por aldeia, e combinados em relatórios semanais e mensais que foram durante toda a duração da pandemia a única fonte de dados confiável pelo inteiro território do interior do Amazonas e na Amazonia legal em geral.

Um dos primeiros e, até o momento, poucos trabalhos que tentaram sistematizar esses dados comunitários coletados pela COIAB e pela APIB foi realizado pelo Projeto Nova Cartografia Social do Amazonas (PNCSA), que desenvolveu um cartaz em homenagem às perdas humanas indígenas durante a pandemia. Além disso, outro produto muito

importante e um dos primeiros a ser desenvolvido na região amazônica foi o livro de três volumes "Pandemia e Território", para o qual tive a honra de contribuir com um artigo meu, e que representa um dos poucos trabalhos antropológicos desenvolvidos logo nos primeiros meses da pandemia, articulando análises e narrativas da Amazônia legal e além.

Mais um trágico ponto de contato entre as inúmeras epidemias do passado colonial e a pandemia da COVID-19, a total invisibilização das mortes indígenas perpetrada pelo governo Bolsonaro deixou claro como é possível, em meio à chamada "era da informação", dificultar, senão impossibilitar, ter um quadro completo da gravidade do fenômeno pandêmico nos territórios indígenas. Assim como séculos atrás, somente a obra de quem coletou dados permitiu ter uma aproximação do tamanho da gravidade do que aconteceu.

No entanto, a total ausência de atenção do governo federal na região amazônica deixou a tarefa de limitar os enormes danos da pandemia recaiu completamente sobre as organizações indígenas. Assim, uma nova dinâmica começou a se afirmar, onde as associações indígenas tenderam a se unir e a lutar contra a onda de fake news, trabalhando pela conscientização da população nativa sobre o uso de máscaras e vacinas e na tentativa de desmentir as falsidades generalizadas sobre terapias ineficazes. Após anos de dificuldades entre as associações indígenas e o sistema público de saúde brasileiro, onde, por um lado, os povos indígenas reivindicavam maior e melhor acesso à assistência médica e, por outro, exigiam mais respeito às tradições médicas ancestrais, diante de uma estratégia genocida orquestrada no âmbito do governo federal, as duas instâncias se viram trabalhando juntas contra uma ameaça maior (REZENDE 2021).

Não somente as associações fizeram o trabalho que o serviço de saúde público deveria ter feito nas áreas indígenas, mas durante esse período de total ausência do estado, o trabalho conjunto dos povos nativos não somente reforçou as ligações que já vinham se criando na articulação de uma luta unitária, mas nessa articulação começou uma dinâmica de compartilhamento de conhecimentos médicos entre expertos de diferentes povos. Nesse processo, os *kumuã* do Bahserikowi, que ficaram na área de São Gabriel da Cachoeira ao longo de toda a época pandêmica, tiveram um papel muito importante de articulação entre expertos da área alto rionegrina.

Essas trocas de conhecimentos médicos não se limitaram às áreas indígenas, mas se repetiu também nas áreas urbanas, onde João Paulo houve um papel de mediação entre associações indígenas de Manaus, e nas ocupações de Parque das Tribos. Irei me concentrar nessas articulações e na luta comum das associações indígenas contra a pandemia e a ameaça das fake news e retomarei esse assunto no capítulo sucessivo para analisar a situação das ocupações.

2.3.2 – A ação das associações indígenas durante a pandemia em Manaus e no Alto Rio Negro

O Centro de Medicina Indígena estava em fase inicial de reforma quando a Covid-19 chegou ao Amazonas, como falei precedentemente. Mas, mesmo se as obras foram retomadas, seguindo os cuidados de segurança, qualquer atividade presencial do CMI ficou interdita por meses.

Em julho de 2020, aliás, João Paulo e o próprio Clarinda foram infectados e a recuperação foi muito complexa, com João Paulo tendo várias crises respiratórias e também uma recaída após um momento inicial de melhora. Durante a infecção de João Paulo e Clarinda, que ocorreu muito cedo na evolução da pandemia, os medicamentos eficazes disponíveis para o tratamento dos sintomas da COVID-19, eram extremamente limitados e restritos aos antipiréticos para baixar a febre, com ainda nenhuma vacina ainda disponível.

João Paulo, portanto, recorreu ativamente ao conselho de seu pai, o *kumu* Ovídio, e foi submetido a repetidos procedimentos de *bahsese*. Mas sendo a COVID-19 uma doença nunca vista antes, também os procedimentos de *bahsese* existentes precisavam ser adaptados à nova ameaça. Ovídio, então, iniciou uma articulação para pedir conselho aos expertos das medicinas dos outros grupos indígenas da região de São Gabriel da Cachoeira. Se formaram então uma série de ‘grupos de trabalho’ interétnicos para compartilhar ideias e tentar achar modalidade de contraste à doença. Essa troca de conhecimentos e de ideias mudou ativamente a formulação do *bahsese* de Ovídio para incluir esse novo conceito médico e contrastara-lo com maior eficácia.

O resultado desse enriquecimento dos processos de cura de Ovídio foi que, segundo o relato do mesmo João Paulo, a recuperação sua e de Clarinda foi completa, mesmo tendo tido uma versão muito poderosa da doença:

Eu passei 15 dias com covid, foi horrível, mas resolvi fazer o tratamento com as possibilidades que tinha na minha frente. Tomei todos os cuidados. Fiz bahsesé, defumação, tomei chás de plantas medicinais e decidi que não ia

para o hospital, se fosse para morrer ia morrer aqui mesmo [...] Nossas concepções de saúde e doença passam por outra lógica. E nossas técnicas são muito mais voltadas a partir da consideração de que o corpo é afetado por uma rede de relações com a água, a floresta e o ar. Tudo isso está em jogo quando se fala na questão da saúde. Espero que um dia as pessoas entendam isso.

Quando João Paulo conseguiu se recuperar plenamente, começou também a construir um diálogo entre os especialistas de medicina indígena residentes na cidade de Manaus, para coordenar uma versão urbana do mesmo diálogo que as lideranças alto rionegrinas estavam tendo na região de São Gabriel da Cachoeira.

Toda a população indígena urbana de Manaus se viu numa situação muito difícil, em caso de contágio. E a taxa de infecção foi altíssima, ainda mais na cidade, onde os indígenas frequentemente moravam em grupos numerosos na mesma casa sem possibilidade de real isolamento individual. A confusão de notícias e narrativas conflitantes dos primeiros meses da epidemia abriram as portas para o consumo de medicamentos ineficazes, muitas vezes comprados sem prescrição ou consulta médica prévia, e o pânico causado pela força da doença e pela inexistência de protocolos médicos eficazes em caso de sequelas graves contribuíram para agravar ainda mais a situação. Essa falta de defesa biomédica empurrou a população indígena de Manaus para duas reações: por um lado, muitos passaram a consumir drogas biomédicas seguindo as narrativas predominantes, muitas vezes adquirindo os remédios no mercado cinza, debaixo do balcão e sem consulta médica, ou, por outro, um grande número deles decidiu recorrer a remédios tradicionais, administrado por um especialista do próprio povo se possível ou de um outro grupo.

A pandemia marcou um ponto de inflexão para o CMI, principalmente após a recuperação de João Paulo e Clarinda. A percepção da gravidade da situação e dos riscos decorrentes da circulação de notícias levou a equipe do CMI a iniciar uma campanha de informação sobre a COVID-19 e a dissuadir o uso de medicamentos biomédicos ineficazes. O processo de compartilhamento de conhecimentos e de ideias entre tradições médicas diferentes, frente a uma situação grave e inédita, na procura de formas de cura que

podessem ser eficazes, desafia muitas das ideias preconcebidas que a biomedicina tem sobre as medicinas tradicionais.

Frequentemente, os pesquisadores europeus e norte americano de biomedicina (mas também, em alguns casos, de antropologia) têm a ideia de que os conhecimentos tradicionais de um povo sejam como ‘calcificados’ e imóveis no tempo, um patrimônio imutável que nunca incrementa ou se atualiza. Nesse momento de crise ficou claro que, ao contrário, as medicinas indígenas foram mudando ao longo do tempo, adaptando conceitos médicos anteriores e criando novos conceitos para incorporar as novas categorias médicas do mundo pós-contato. Cada experto de medicina indígena interpreta as noções recebidas pela geração anterior de curadores de forma pessoal, adaptando esses conceitos na prática médica. Embora de maneiras muito diferentes, as medicinas indígenas construíram sua riqueza de conhecimento ao longo dos séculos por meio de pesquisas constantes e compartilhamento de conceitos que muitas vezes se acredita serem exclusivos da biomedicina e das "ciências exatas".

A ausência quase total das vozes indígenas na história do Brasil desde o começo da época colonial até poucas décadas atrás não permite saber se as crises epidêmicas constantes tinham provocado as mesmas formas de compartilhamento de conhecimentos entre povos indígenas. Mas a quantidade de relatos que mostram como durante a pandemia de COVID-19 tenha sido muito frequente um diálogo direto entre expertos de diferentes tradições, assim como um compartilhamento espontâneo de remédios, principalmente chás e infusões herbais, das tradições médicas familiares como aconteceu nas ocupações, evidencia como frente a uma ameaça, os povos indígenas conseguiram organizar uma resistência.

Numa situação de total desarranjo institucional, e com uma estratégia de uso ativo da pandemia para causar quantas mais perdas humanas possíveis nas áreas indígenas, as associações indígenas, como dito, ficaram a única fonte de dados e notícias confiáveis. Ao mesmo tempo, foram as únicas instâncias sociais a se opor ao trabalho constante operado pelas missões evangélicas em território indígena, que trabalharam contra uso de máscara e para o uso de remédios ineficazes impulsionados diretamente pelas lideranças brancas das igrejas. Nas entrevistas e conversas informais que tive com João Paulo

durante os anos de colaboração, a religião praticada parece ser um dos principais elementos de discriminação entre as duas escolhas de cuidado:

‘onde não tinha pastor ou igreja evangélica foi muito bem aceita [a vacina n.d.a.], como por exemplo no Rio Tiquié ninguém teve resistência, muito pelo contrário. Onde teve presença evangélica, teve muita resistência, porque diziam que dentro da vacina tinha chip, e essas mentiras foram muito fortes entre os evangélicos. Muitas comunidades ficaram com medo por causa disso. Foi muito difícil quebrar essa barreira’ (João Paulo)

A população indígena de fé evangélica tem recorrido muito mais a tratamentos sem base clínica à base de cloroquina e ivermectina, usando menos as máscaras e mantendo mais frequentemente suspeitas sobre as vacinas, enquanto a população católica ou de espiritualidade tradicional indígena tem recorrido com muito mais frequência aos remédios tradicionais e acolhido mais facilmente as recomendações biomédicas.

Quando as primeiras vacinas finalmente foram disponibilizadas e disseminadas pelo país, as campanhas de fake news se concentraram principalmente em alimentar medos irracionais relacionados a efeitos colaterais. Mais uma vez, igrejas evangélicas em territórios indígenas estiveram ativamente envolvidas nessas campanhas de suspeita e dúvida sobre o único dispositivo biomédico que demonstrou eficácia na mitigação dos piores efeitos da COVID-19. Essas campanhas de fake news foram muito bem-sucedidas, infelizmente, e como me foi confirmado por várias fontes, não era incomum que os profissionais de saúde tivessem que lidar com resistências da população indígena ou mesmo fugas quando os primeiros postos de vacinação foram instalados:

‘Quando eles souberam o que estava acontecendo com a pandemia, que estava morrendo muita gente, eles foram para longe. Lentamente começaram a voltar, mas aí quando chegou a vacina muitos deles estavam querendo, mas tinham medo e aí fugiam de novo. Eles tinham ouvido coisas sobre a vacina e você via que eles

estavam querendo ser imunizados, mas também eram receosos porque estavam com medo da vacina’ (Maria Menezes, técnica de enfermagem na saúde indígena)

Nesse cenário, mais uma vez, foram as associações e organizações indígenas de base que tiveram que assumir o ônus de combater essas campanhas. Durante décadas, associações e representantes indígenas lutaram, por um lado, para ter serviços públicos de saúde mais presentes, eficientes e acessíveis e, por outro, para poder garantir às medicinas tradicionais de todos os povos o respeito que a biomedicina muitas vezes não garantiu (BARRETO 2021, MEHRY e MOEBUS 2021). O trabalho incansável das associações indígenas para coletar dados sobre infecções e mortes, para garantir a chegada de medicamentos durante o pico dos lockdowns e, posteriormente, para o direito à vacinação não foi apenas precioso, mas por muito tempo a única esperança para a população indígena da região amazônica.

CAPÍTULO III: A pandemia em Manaus e a resistência indígena

Manaus, segundo o último censo do IBGE de 2022, se tornou a cidade com a maior população indígena do Brasil, com 71.700 indivíduos, superando São Gabriel da Cachoeira que precedentemente tinha esse primado e que agora está em segundo lugar nessa classificação com 48300 (IBGE 2010, IBGE 2022). No Brasil, o número de autodeclarados indígenas subiu de 896.917 para 1.693.535 indivíduos, quase dobrando, em 10 anos, o número total.

Os números de Manaus são particularmente interessantes e não podem ser explicados simplesmente com aumento demográfico e incremento das chegadas de novos indígenas dos arredores da cidade. Os dados demográficos do último censo estão mostrando como, depois de décadas de subalternização e desvalorização da identidade indígena no Brasil, atualmente tenha uma nova percepção dos povos originários na população brasileira. Muitas mais pessoas, em particular em Manaus, se declararam indígenas comparado com o censo precedente, mostrando como o orgulho de se definir indígena esteja caracterizando os nativos, sobretudo nas cidades. De somente 3837 indivíduos que se declararam indígena no 2010, a população passou a ter mais de 70000 pessoas, marcando um aumento de cerca de 1700%.

Se a população indígena de Manaus cresceu sem dúvida por causa de novas chegadas do interior do Amazonas, forçada a se deslocar na capital por mineração, garimpo ou necessidades econômicas ou de saúde, e teve um natural aumento demográfico pelo grande número de filhos que caracterizam os núcleos familiares indígenas, isso não pode explicar um aumento tão marcado da população indígena da capital. Como tentarei evidenciar no parágrafo sobre Parque das Tribos, acho que o aumento da população que se reconhece como indígena seja o reflexo positivo de anos de lutas dos movimentos sociais e identitários que contribuíram a modificar radicalmente a imagem do indígena urbano no curso dos últimos dois decênios. As difíceis, mas constantes conquistas do

movimento indígena manauara, junto com um progressivo aumento dos nativos nas universidades da cidade, contribuiu a mudar radicalmente o papel do indígena urbano.

Nesse capítulo, me concentrarei especificamente na população indígena residente na cidade de Manaus, que em grande maioria vive às margens da sociedade manauara, desconsiderada pelas políticas sociais, sem serviços básicos ou saneamento, vivendo em condições precárias nas ocupações da cidade. As ocupações urbanas são uma constelação de aglomerações de casas e abrigos de tamanhos variáveis, que ocuparam terrenos baldios da periferia da cidade, muitas vezes com os serviços básicos negados ou ausentes. O número dessas ocupações é em constante aumento, e a conformação delas é extremamente variável, reunindo ao seu interno não somente indígenas, mas também imigrantes e ribeirinhos que chegaram em Manaus a busca de emprego. Poucas dessas ocupações têm uma organização bem estruturada, e isso dificulta muito a capacidade de luta unitária dos povos residentes.

Essa variedade demográfica que caracteriza a composição das ocupações urbanas de Manaus fez com que sempre tivesse uma hibridação entre as diferentes práticas tradicionais de cura, assim como uma hibridação entre curas tradicionais e biomédicas. Também, como tentarei destacar sucessivamente, essas ocupações representam o ambiente, ao mesmo tempo, mais difícil para a sobrevivência das medicinas tradicionais e mais fértil para um diálogo entre diferentes tradições e a elaboração de uma síntese entre diferentes formas de cura. De um lado, as dificuldades econômicas extremas e as condições materiais de existência que caracterizam as ocupações, dificultam ou impedem completamente os processos de formação de novos expertos de medicina tradicional; mas de outro lado a completa falta de serviços de saúde pública puxam muitas pessoas a recorrer à medicina tradicional nesses bairros, mantendo vivas essas práticas.

Nesse capítulo tentarei traçar uma breve análise da geografia, composição demográfica e situação socio-sanitária das ocupações urbanas de Manaus, usando como exemplo a comunidade de Parque das Tribos, antes de focar mais atenção na pandemia. Para a análise do impacto da pandemia nas ocupações, me focarei na intervenção que um grupo de professores e profissionais do INPA organizaram durante o auge da primeira onda de contágios na ocupação maior e entre as mais antigas da cidade, Parque das Tribos. Essa tentativa de mapeamento dos contágios e das condições sanitárias da população do bairro

representou de fato a única intervenção organizada, feita durante a pandemia dentro das ocupações urbanas de Manaus. Apesar dessa pesquisa, basicamente todo o peso da resistência contra a pandemia recaiu nas costas dos moradores locais e das lideranças que fizeram todo o possível para arrecadar recursos e insumos médicos para atender os moradores doentes.

A completa falta de atenção das autoridades pelas condições de saúde de uma parcela enorme da população manauara que mora as margens da cidade fica evidente, e nesse vácuo institucional a resistência médica foi organizada pelas associações indígenas, que se ativaram para organizar os espaços disponíveis no bairro para atender os doentes da melhor forma possível num contexto de completo abandono. Como tentarei mostrar, nesse atendimento médico de fortuna, um papel muito importante tiveram as medicinas tradicionais indígenas. Muitos são os relatos de uso de chás medicinais, e sobretudo muitos foram os exemplos de trocas de receitas de remédios tradicionais entre indivíduos de diferentes povos nativos, que caracterizou todo o combate ao vírus da população indígena de Manaus, como antecipei também no capítulo precedente.

Mais uma vez, isso aponta para uma resistência médica indígena onde o diálogo entre tradições foi fundamental para construir novos conceitos médicos e elaborar ou readaptar terapias, receitas de medicamentos e rituais de cura para a COVID-19. E também aponta a uma renovada atenção para a medicina tradicional como meio de cura para as populações urbanas, que estavam progressivamente abandonando-a para a biomedicina.

3.1 Composição e situação socio-sanitária das ocupações indígenas de Manaus: o exemplo de Parque das Tribos

Manaus foi o destino de um grande fluxo de indígenas ao longo do século passado, e em particular desde a fundação da Zona Franca. A magnitude desse número de indivíduos é difícil a se reconstruir com exatidão, por um conjunto de razões. Primariamente, a população indígena urbana não rompeu, na maioria dos casos, os laços com o interior e o parentesco que ficou nas aldeias. Os indígenas então ficam viajando muito entre cidade e aldeia e isso dificulta uma reconstrução certa do número de residentes em Manaus (PEREIRA 2020). Em segundo lugar, o estigma social de se reconhecer indígena acompanhou as populações nativas que foram viver na cidade por longo tempo, e ainda hoje essa concepção negativa do indígena urbano se reverbera na vida do dia a dia dos povos originários na capital. Marginalizados, muitos indígenas se recusaram de se reconhecer oficialmente nos censos e na vida pública por décadas (PEREIRA 2020, IBGE 2010, IBGE 2022). Finalmente, a maior parte da população indígena de Manaus, vive em condições muito precárias nas periferias da cidade, frequentemente em ocupações sem serviços básicos. Esses lugares são rotineiramente esquecidos pela administração pública municipal e estadual, deixando essas populações sem nenhum reconhecimento oficial, desprivados dos direitos e serviços básicos, e muitas vezes sem nenhum mapeamento oficial pela administração pública (PEREIRA 2020, PONTES et al 2021).

Os povos indígenas chegaram a capital do Amazonas pelas mais várias razões diferentes; alguns chegaram porque a mineração em terra indígena ou o garimpo destruíram as aldeias originárias e não tiveram outra solução que migrar para a cidade, outros chegaram à busca de trabalho para ajudar economicamente a família no interior, outros para se reunir com parentes ou para contribuir nas iniciativas das associações culturais indígenas, outros para procurar curas médicas ausentes em território indígena. Esse conjunto de motivações contribuiu a gerar a grandíssima variedade étnica que caracteriza as populações das ocupações urbanas de Manaus (PEREIRA 2020).

O racismo estrutural que caracteriza a cidade de Manaus frequentemente impediu aos indígenas que chegavam na capital de poder se abrigar em casas documentadas nos bairros centrais da cidade. A maioria dos indígenas chegaram em Manaus com poucos ou nenhum recurso econômico, e o alto custo dos aluguéis foi uma barreira frequentemente insuperável para ter uma moradia regular. Em geral o custo da vida na cidade foi um dos problemas principais pelos indígenas que chegavam em Manaus, muitas vezes eles viajando sem dinheiro ou com o mínimo indispensável.

Logo depois de ter chegado na metrópole, então, a necessidade de ganhar dinheiro para poder se sustentar e se abrigar obrigou esses indivíduos a procurarem trabalhos, com pouco ou nenhum conhecimento da cidade e com contatos limitados no mercado de trabalho. O baixo nível de instrução formal dos indígenas que chegam na cidade, impede a essas populações de acessar os trabalhos com salários melhores. Mais uma vez, o racismo dos empregadores contra os indígenas causou a negação de direitos trabalhistas básicos ao longo dos anos. Com salários insuficientes e sem os devidos benefícios trabalhistas, ganhar recursos suficientes trabalhando no setor formal sempre foi muito difícil, quando não impossível pelos homens indígenas, puxando muitos pelo setor informal ou a ilegalidade através do contato com tráfico e criminalidade. Ao mesmo tempo as mulheres indígenas, frequentemente empregadas como faxineiras, enfrentam racismo e sexismo, com muitos relatos de assédio moral e violência sexual (FRANÇA 2022, ALBUQUERQUE 2021, REZENDE 2021).

Essas condições materiais de existência forçaram a maioria da população indígena urbana de Manaus a ocupar terrenos baldios nas periferias da cidade, cada família construindo a própria habitação, com os poucos recursos disponíveis e frequentemente compartilhando mão de obra e recursos com os vizinhos. Assim nasceram as primeiras ocupações, que rapidamente se expandiram de tamanho e rapidamente aumentaram de número, que até hoje em dia é ainda em crescimento (IBGE 2022). Nas ocupações acharam abrigo, ao longo do tempo, não somente povos indígenas, mas também migrantes venezuelanos, colombianos e outros, contribuindo a render muito varia a população dessas comunidades.

As necessidades econômicas, a rejeição social, os direitos negados e as condições materiais de existência que os indígenas enfrentaram nas ocupações urbanas, puxaram

alguns para o narcotráfico, a criminalidade ou a dependência por álcool e drogas. As diferenças etnolinguísticas entre os povos indígenas e os outros moradores das comunidades contribuíram a gerar conflitos internos às comunidades, que frequentemente foram alimentadas e exploradas pelo poder central para garantir que não se gerasse uma resistência unitária.

A posse das terras onde as ocupações cresceram é um outro ponto crítico, sendo que em origem os terrenos eram baldios e inutilizados, muitas vezes sem dono, mas a legalização da posse quase nunca foi oficializada nos começos, abrindo a porta a violências e ameaças orquestradas por empresários interessados aos terrenos. Ameaças contínuas por parte de empresários interessados aos terrenos ocupados foram apoiadas ilegalmente por policiais e também por facções criminais para tentar expulsar os moradores (FARIAS e TRAJANO 2016).

Um exemplo de todos esses processos é representado pela comunidade de Parque das Tribos, uma das mais antigas ocupações indígenas de Manaus e uma das maiores por tamanho. A comunidade nasceu no 1986, com o casal João Diniz, Baré, e Raimunda da Cruz Ribeiro, Kokama, que chegaram na cidade buscando trabalho e cuidados médicos e acabaram ficando. Eles construíram a própria habitação num terreno baldio do Tarumã, na zona Oeste de Manaus, que naquela época ainda era uma área muito pouco habitada da cidade. Ao longo do tempo muitas outras famílias indígenas chegaram e integraram à população dessa comunidade que atualmente compreende cerca de 700 famílias de 35 etnias indígenas diferentes, lideradas pela filha do primeiro casal da comunidade, Lutana Kokama.

A comunidade sempre teve que enfrentar o estigma social do indígena urbano, que não se encaixa nas ideias preconcebidas de muitos moradores da cidade. Como a professora Claudia Baré, minha referência na pesquisa de campo na comunidade, falou que um dos comentários mais recorrentes ao longo da sua vida e da sua luta foi *‘lugar do índio é no mato’*. Nas concepções da população manauara, o indígena não tem lugar na cidade, ele só pode morar na floresta, pelado, e caso for para a cidade, ele automaticamente perde seu status.

Como falou Vanda Witoto:

‘Diante desses aspectos, essa vulnerabilidade é gigantesca, porque sem o território não há vida, nem cultura, identidade, saúde e alimentação para esse povo. Para nós é negado o direito de viver fora do território. E essa vulnerabilidade se intensifica uma vez que não se reconhece sua identidade. Somos considerados tudo que não presta pela sociedade. O Estado se acha no direito de não prestar assistência porque ele diz ao mesmo tempo que não nos reconhece. Se é índio, a Sesai [Secretaria Especial de Saúde Indígena] é que cuida, mas nós estamos na cidade. Então, quem tem que cuidar é o Estado e o município. E nesse embrulho todo, quem sofre somos nós’ (VANDA WITOTO em FRANÇA 2022).

Parque das Tribos foi tratado como um apêndice da cidade pela administração municipal, que não se preocupou por longo tempo de garantir os serviços básicos à comunidade, como a ligação com a rede hídrica, a eletricidade, o esgoto e o acesso a serviços de saúde mínimos. O bairro que cerca a comunidade é um dos mais perigosos e com maior taxa de criminalidade da cidade de Manaus, e o tráfico ameaça constantemente a segurança da comunidade.

A posse da terra foi um problema constante durante a inteira existência da comunidade, como é o caso por todas as ocupações indígenas da cidade. No caso de Parque das Tribos, o terreno foi registrado aos órgãos competentes já em 1986 pelo pai de Lutana, mas quando ele faleceu no 2004 os impostos deixaram de ser pagos, abrindo as portas para vários pedidos de reintegração das terras levantado por um grupo de empresários locais. Esse pedido, caso fosse acolhido poderia tirar o direito de uso das terras do povo de Parque das Tribos e despejar a inteira ocupação. Lutana, como herdeira da terra podia requerer ela e assim, para fortalecer o pedido na justiça decidiu fundar uma associação que tutelasse os direitos dos moradores da comunidade. Durante os anos seguintes Lutana construiu um projeto de moradia inovativo em Parque das Tribos, com a ajuda e a liderança do então cacique Messias Kokama. O projeto visava construir uma comunidade multiétnica, onde os povos indígenas pudessem ter um reconhecimento e um lugar de moradia, compartilhando os conhecimentos tradicionais e os espaços comuns, para criar a maior aldeia urbana do Brasil.

Tiveram numerosos ataques a ameaças às lideranças e membros da comunidade, seja do lado dos empresários que queriam a reintegração das terras da ocupação, seja do lado da criminalidade local, que dominava os arredores da comunidade, seja pela mesma polícia que os acusava de ser invasores de terras (FARIAS e TRAJANO 2016). Mas, depois que mais de 200 famílias se cadastraram na comunidade, finalmente a justiça acolheu o pedido e reconheceu oficialmente a fundação de Parque das Tribos em 2014 como primeira comunidade e bairro indígena da cidade de Manaus (DOS SANTOS 2020). Essa conquista representa um *unicum* ainda no cenário manauara, e as outras ocupações ainda têm que lidar com a constante precariedade da posse das terras, com a ameaça de pedidos de reintegração que podem se concretizar a qualquer momento.

Mesmo com a própria existência sancionada pela lei e seu status plenamente reconhecido, a situação sócio sanitária do local continuou sendo extremamente precária, e as administrações públicas permaneceram ausentes quando não abertamente antagonistas à existência da comunidade. Os pedidos de ligação à rede elétrica, ao esgoto e à rede hídrica foram ignorados ainda por vários anos depois do reconhecimento oficial da comunidade. Somente no ano de 2018 a comunidade recebeu iluminação pública, asfaltamento e água, mas o asfaltamento foi feito rapidamente e de mal jeito, como foi evidenciado por muitos moradores, e a distribuição de energia elétrica é extremamente limitada.

Do ponto de vista da saúde pública, houve promessas no mesmo 2018 de construção de uma unidade básica de saúde, mas os trabalhos nunca começaram e quando a pandemia começou, o bairro estava sem estruturas e pessoal formado em saúde biomédica.

Mas as lutas da comunidade não se limitaram ao acesso aos serviços básicos, e nos anos Parque das Tribos virou um exemplo de autogestão e criação de comunidade urbana no mundo indígena manauara e amazônico. A falta de estruturas escolares nas redondezas de Parque das Tribos privou por longo tempo as crianças e adolescentes indígenas de oportunidade de escolarização e alfabetização. Desde o começo, a escolarização das crianças da comunidade foi um dos principais pontos de pauta das lideranças locais e Claudia Baré, que já tinha fundado o Centro Cultural da comunidade no 2013, começou a ensinar português e artesanato para cerca de 40 crianças e adolescentes.

Os começos foram muito difíceis, como me confirmou durante as entrevistas, com a escola que era abrigada num edifício de medias dimensões, sem cadeiras e lousa e sem

materiais didáticos para o ensino. Claudia começou a obra de alfabetização e ensino bilíngue português-nheengatu trabalhando sem receber salário, e nessas condições muito precárias, mas no 2014 entrou na faculdade de pedagogia e aí se formou no 2016. No mesmo ano, ela foi selecionada num concurso para professores indígenas na Secretaria Municipal de Educação (SEMED) e escolheu de trabalhar de forma estável e oficial na comunidade Parque das Tribos, finalmente tendo um papel oficialmente reconhecido.

Atualmente a escola conseguiu vários materiais didáticos, e os alunos, que de 40 passaram para cerca de 80 totais, agora têm cadeiras e mesas para poder escrever, e chegou um quadro branco para poder ter aulas de caligrafia e melhorar os processos de alfabetização de crianças e adolescentes. Mas a situação está longe de ser ideal, como a professora Claudia afirmou, e faltam seja materiais didáticos que estruturas para abrigar tantos alunos. Sobretudo, um dos sonhos da professora seria ter materiais didáticos especificamente dedicado aos indígenas, com conteúdo que fossem mais pertos da realidade do dia a dia dos alunos, para poder ser assimilados mais facilmente.

Os métodos didáticos da professora Claudia parecem vir diretamente das ideias de Paulo Freire e a sua ideia de ‘círculo de cultura’, onde as vivências dos alunos viram material didático na hora da alfabetização, sob a supervisão e guia do professor na aula (FREIRE 2005 e 2008), mas foram elaboradas bem antes que as ideias do pedagogo fossem assimiladas pela professora na sala de aula da universidade. Hoje em dia, objetos materiais que fazem parte da vivência do dia a dia dos alunos indígenas da escola viram materiais didáticos, na espera da produção de livros indígenas que possam pelo menos parcialmente integrar e substituir esses objetos nas aulas.

Outra figura extremamente importante da comunidade Parque das Tribos é sem dúvida Vanda Witoto, a primeira pessoa formada como técnica de enfermagem da comunidade. Trabalhou incansavelmente como única pessoa formada em biomedicina que operou diretamente dentro Parque das Tribos durante a pandemia de COVID-19, e foi selecionada simbolicamente como primeira pessoa a ser vacinada no Amazonas quando começou a campanha vacinal em Manaus. Ela sempre foi a frente da luta pelo reconhecimento dos direitos indígenas.

Originaria de Amaturá, no Alto Solimões, é parte do povo Witoto que foi massacrado e obrigado a se deslocar do Rio Putumayo para o Alto Solimões durante a época da extração

da borracha, no início do século XX. Nascida em Amaturá, morou aí por 16 anos sem nunca sair da aldeia, até que o pai a colocou num barco direto a Manaus. Chegada na cidade começou a ganhar dinheiro como faxineira, e exatamente como muitas outras mulheres indígenas que começaram a trabalhar assim logo que chegaram em Manaus, também Vanda teve que enfrentar numerosas violências e assédios morais. O dinheiro, sempre insuficiente, não permitiu para ela viajar e voltar na aldeia de origem.

As coisas mudaram para ela quando decidiu prestar prova no vestibular para curso de técnica de enfermagem. A necessidade de comprovar sua origem indígena com o RANI (Registro Administrativo de Origem Indígena) desencadeou um processo de redescoberta das próprias raízes que foi fundamental para definir o traçado de ativista política pelo movimento indígena. Só através do documento, que foi enviado de Amaturá para ela da mãe, ela descobriu, já com 27 anos de idade, qual era o seu nome indígena, Derekine. Essa informação gerou uma série de perguntas pelos pais sobre a sua origem, mas inicialmente o pai não estava querendo responder diretamente e parecia receoso em falar das origens do povo Witoto. Só através da busca das próprias raízes Vanda conseguiu reconstruir as violências que deslocaram o inteiro povo Witoto, e como as ameaças recebidas naquela época se reverberaram num silenciamento do seu povo e no esquecimento das próprias origens (REZENDE 2021).

Na faculdade, Vanda também viu como o próprio povo foi desprivado de uma das suas tradições médicas mais importantes, a folha de coca. Mesmo se, como ela relata, nas aldeias os Witoto continuaram a seguir as dietas tradicionais e conseguiram manter pelo menos uma parte do patrimônio de conhecimentos médicos, isso não pode ser falado pelo consumo da folha de coca. A mastigação da folha de coca, chamada de mambear, era um dos rituais principais do povo Witoto, e a proibição do cultivo da planta da coca impediu que essa parte fundamental da medicina tradicional desse povo se preservasse. Atualmente, a luta da Vanda para a reparação dos massacres sofridos durante a economia gomífera inclui um pedido de legalização especial para o cultivo da planta de coca do povo Witoto.

A formação como profissional de saúde de Vanda marcou um outro avanço da comunidade, sendo a primeira moradora com formação em biomedicina de Parque das Tribos. Ter uma liderança tão importante como Vanda formada em saúde foi chave para

dar força aos pedidos da comunidade pelo direito a ter uma unidade de saúde básica dentro a comunidade ou nos arredores. Os pedidos feitos para a administração pública ficaram sem resposta, e a chegada da crise pandêmica achou a comunidade sem estruturas médicas. Mas a figura de Vanda é extremamente importante para ser um ponto de encontro entre a luta para o direito à saúde biomédica e ao mesmo tempo para um maior reconhecimento das medicinas tradicionais indígenas, como demonstra a campanha para a liberalização do cultivo da planta de coca para os Witoto que ela aviou (REZENDE 2021).

Lutana, Claudia e Vanda são três exemplos claros de como o ativismo indígena conseguiu se erguer no meio de uma situação extremamente difícil e construir um futuro num contexto que tinha toda as condições para disgregar uma comunidade. Cada uma delas vem de um povo diferente, Kokama, Baré e Witoto, assim como a população da comunidade Parque das Tribos é uma constelação de povos indígenas diferentes, onde tem moradia também venezuelanos e outros migrantes. Essa fragmentação poderia ter sido um obstáculo para uma luta coesa e unitária da comunidade, e por um tempo fomentar as divisões foi uma arma do poder para tentar manter o *status quo* na gestão dos indígenas urbanos. Mas os indígenas de Manaus começaram a coordenar cada vez mais as lutas identitárias e por direitos dos povos individuais, criando redes fortes e associações que pudessem coordenar as lutas comuns. É também extremamente interessante notar como o ativismo indígena seja cada vez mais não somente participado, mas liderado por mulheres, que estão ganhando cada vez mais centralidade nos movimentos sociais.

Essa nova onda de ativismo indígena em Manaus teve, provavelmente, seu ponto de inflexão quando foi fundada a COPIME (Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno) no 2011. Antes as lutas indígenas eram pontuais, peroradas por associações individuais e com falta de coordenação coletiva, o que rendia mais fácil pelo poder público recusar as demandas. A COPIME agiu desde o começo como fosse uma coordenação geral das associações indígenas de Manaus e dos centros aos arredores da capital, conseguindo dar muita mais repercussão às demandas dos povos indígenas urbanos e disseminando informações sobre os pedidos de uma associação entre as outras da rede. Desse momento, as informações sobre os direitos indígenas foram disseminadas com muita mais eficácia entre as comunidades e associações indígenas e as lutas ficaram mais organizadas e coordenadas.

Outro fator fundamental para sustentar e fortalecer a luta indígena foi o mecanismo de cotas das universidades, que permitiu a cada vez mais pessoas indígenas de entrar nas universidades do Brasil, se formar e capacitar e criar redes com os outros movimentos sociais. Muitas das novas lideranças e personalidades do movimento indígenas são formadas ou em processo de formação universitária, como Claudia Baré, Vanda Witoto ou João Paulo.

Não é por acaso que o processo de acesso dos indígenas às universidades do Brasil, que teve uma fortíssima aceleração depois da implementação dos programas de cotas no 2012, coincida com um claro fortalecimento dos movimentos sociais identitários. Ganhar cada vez mais pessoal capacitado nas demais várias áreas de competência não somente garantem maior capacidade de autogestão e autodeterminação pelos povos indígenas em áreas como educação e saúde, mas aumenta a força dos movimentos sociais indígenas e o reconhecimento entre a sociedade civil brasileira.

Parque das Tribos começou como uma ocupação de terras baldias num bairro periférico de Manaus, acolheu um povo extremamente vário, de pessoas indígenas que chegaram de muitos lugares diferentes do Amazonas e conseguiu cada conquista enfrentando inúmeras dificuldades, ameaças e violência através de uma luta cada vez mais organizada e liderada com eficácia e competência. A história dessa comunidade é representativa da luta por direitos de todas as comunidades indígenas urbanas de Manaus e é um exemplo de como, apesar das dificuldades, as comunidades indígenas consigam se organizar e lutar juntas.

Quando a COVID-19 chegou em Manaus, muitas das conquistas que a comunidade estava tendo eram muito recentes, como a escola, que tinha acabado de receber quadro branco e cadeiras, com a professora Claudia que tinha acabado de passar na seleção para professores indígenas; ou como a recente formatura de Vanda como técnica de enfermagem. A crise pandêmica atingiu a comunidade com muita força, com uma enorme quantidade de contágios desde o começo, num contexto que não tinha nenhuma estrutura de saúde para acolher e atender os doentes. Na comunidade, a maior parte dos homens trabalhavam como pedreiros e as mulheres primariamente ganhavam dinheiro com artesanato, fazendo faxina e na organização de eventos culturais. Todas essas formas de ganhar recursos financeiros ficaram parados.

Mais uma vez, nesse momento de enormes dificuldades, Vanda e Claudia foram duas das pessoas mais ativas para organizar a resistência médica da comunidade, e se ativando para arrecadar recursos, insumos médicos e mantimentos pela comunidade. Mas antes de falar da resposta da comunidade de Parque das Tribos à pandemia, é preciso falar do contexto pandêmico em Manaus, e de como a cidade virou uma testagem da estratégia da imunidade de rebanho, com os êxitos nefários que o mundo inteiro pode ver.

3.2 A crise pandêmica em Manaus

Quando a pandemia chegou em Manaus, o sistema público de saúde estava muito longe de ser preparado pelo desafio e o sistema de saúde particular era também insuficientemente predisposto para uma crise de tamanhas proporções. Já a primeira onda do vírus testou duramente o sistema sanitário local, com um altíssimo número de casos e de mortes. As limitadas UTIs locais ficaram superlotadas e houve vários problemas para garantir leitos para todos os necessitantes. O número de mortes foi tão grande já nessa primeira onda pandêmica que foram abertas as primeiras valas comuns nos cemitérios da cidade (FERRANTE e FEARNSIDE 2020).

Durante a primeira onda de contágios, os lockdowns foram rígidos, mas duraram muito pouco e, quando os novos casos começaram a diminuir por volta do final de maio e começo de junho, a administração local decidiu retirar a maior parte deles, convencida erroneamente que a crise fosse já superada. Pior ainda, nenhuma medida foi atuada para corrigir a excessiva dependência do Amazonas da sua única fonte de oxigênio médico produzido localmente, a fábrica da White Martins, que tinha um desempenho muito inferior às necessidades locais sob estresse da pandemia. Desde o começo pesquisadores de saúde como o epidemiologista da FIOCRUZ Jesem Orellana alertaram sobre as condições do sistema de saúde local e sua inadequação aos desafios dessa nova doença, tão rápida a se disseminar (ORELLANA, MARRERO e HORTA 2021).

De final de junho, os casos começaram a diminuir e a tendência continuou em julho e agosto do 2020, como no resto do globo, dando uma ilusão geral de vitória sobre a pandemia. As atividades retomaram e em geral, apesar das universidades que continuaram com os campuses fechados pelas aulas presenciais, mantendo somente o ensino remoto, os lockdowns pareciam ter acabado e a vida retomado uma aparência de normalidade. Nessa janela de tempo, Orellana recomendou ao prefeito David Almeida e ao governador Wilson Lima de implementar um plano coordenado de lockdowns preventivo por volta de setembro-outubro de 2020, quando globalmente os casos voltaram a subir, para evitar que a situação pudesse sair do controle. Se inicialmente o

epidemiologista relatou que os administradores pareceram abertos para esse plano preventivo, rapidamente essa disponibilidade para implementar as medidas foi retirada.

A administração federal Bolsonaro foi inqualificável na gestão da crise de Manaus e sua responsabilidade direta nos eventos trágicos que caracterizaram o Amazonas é evidente e fora de discussão. O ministério da saúde foi forçado a aceitar sem discussões o que a presidência mandava em termo de gestão da pandemia e os dois primeiros-ministros, Mandetta e Teich, foram demitidos ambos para divergências nesse assunto. Ambos queriam implementar lockdown obrigatórios e seguir as diretrizes da OMS, enquanto a presidência Bolsonaro era concentrada em manter todas as atividades aberta ao máximo possível, deixando a epidemia se difundir sem contraste direto, apostando na ‘imunidade de rebanho’. Também, pelo que emergiu sucessivamente, Teich era fortemente contrário à propaganda de terapias sem comprovada eficácia pela COVID-19, e isso custou a pasta depois de menos de um mês. Para puxar essa agenda de imunidade e terapias falsas, foi selecionado o terceiro ministro da saúde, Eduardo Pazuello, que foi o encarregado da pasta no final da primeira onda de COVID-19 no Brasil.

Pazuello atuou desde o começo de um jeito extremamente submisso às ordens da presidência, com um claro projeto de gestão da pandemia quase completamente livre de restrições sociais. Junto com essa estratégia completamente em contraste com as diretrizes a OMS, a pasta da saúde começou a propagandear o uso da cloroquina e da ivermectina como remédios eficazes para contrastar os sintomas da COVID-19. O objetivo, como dito, era de formar na população a imunidade de rebanho, ou seja deixar o vírus se espalhar e contagiar um número de pessoas suficiente para garantir nos sobreviventes uma imunidade natural que, na hora que os contagiados e curados tivessem chegado na porcentagem de 80-90% teria em seguida garantido a interrupção do contágio (SENADO FEDERAL 2021). Essa ‘estratégia’ caracterizou a atuação na saúde da grande maioria dos governos mais marcadamente neoliberais no poder na época, com Estados Unidos, Reino Unido e Brasil como principais exemplos. Mas somente no Brasil essa linha de atuação ficou tão monolítica que não foi mudada nem depois dos seus resultados nefários.

O darwinismo social é evidente nessa estratégia do ‘fazer nada’, esperando que se recuperar do contágio do vírus fosse suficiente a construir uma imunidade natural, para

não dever enfrentar o custo econômico dos lockdowns. Apesar da clara falta de consideração e de valor pela vida humana, esse planejamento e estratégia se revelou fundamentalmente errada. O COVID-19 se revelou ser um vírus de altíssima mutabilidade e desde o início da pandemia foi evidente que se recuperar de uma infecção não garantia uma imunidade adquirida suficiente a ficar imune a sucessivas exposições à doença (ORELLANA, MARRERO e HORTA 2021).

É difícil acreditar que Pazuello e o governo Bolsonaro não fossem cientes da presença, documentada já desde os primeiros meses de pandemia, de grandes quantidades de pacientes reinfetados depois de uma recuperação do COVID-19. Então, fica evidente como planejar de poder chegar a uma imunidade de rebanho seria simplesmente acobertar com um objetivo irrealizável um plano de limpeza étnica e social que o governo Bolsonaro teria operado durante os anos da pandemia, com nenhuma objeção por parte do ministério da saúde. A tentativa de oferecer uma esperança médica com as terapias a base de cloroquina e ivermectina também se inscreve nesse plano, e os artigos que saíram em defesa da eficácia dessas terapias são um dos exemplos mais claros de como se pode dobrar o discurso científico em favor de uma tática política de baixo nível (SENADO FEDERAL 2021).

Nesse clima político e com poucas ou nenhuma medida de controle dos novos contágios do vírus ativas, a situação do Amazonas estava ficando fora do controle por volta do final de novembro. Sendo Manaus o único centro urbano de grande tamanho do estado do Amazonas, a maioria das estruturas hospitalares de grandes dimensões e equipadas com leitos de UTI se concentram na capital (LAWANI 2021). A ausência de estruturas médicas adequadas para enfrentar uma crise epidêmica dessas proporções em outros centros urbanos do estado fez com que todo o excesso de pacientes do interior amazônico com necessidade de internação em UTIs se concentrasse na capital. Esse fluxo de pacientes do interior, combinado com o aumento constante dos casos autóctones da capital colocou uma pressão enorme nas limitadas estruturas da cidade.

Como já dito, a falta de preparo nos meses relativamente calmos da parte central do 2020 impediu aos hospitais de ser reabastecidos com insumos médicos adequados, e nenhuma medida foi atuada para garantir uma produção maior de oxigênio médico no estado. O Amazonas, então, ficou completamente dependente da disponibilidade de cilindros

produzidos pela White Martins, a única produtora local, que garantia em torno de 15 mil litros de oxigênio por dia. Com os casos em crescimento repentino também no sul do Brasil, a superlotação das UTIs locais impediu qualquer redistribuição de insumos médicos entre estados, colocando ulterior pressão no sistema de saúde manauara.

Sem adequadas medidas de isolamento social implementadas a nível institucional em Manaus, houve a sensação de que a situação tivesse voltado ao normal e que a crise tivesse passado. Por volta de novembro as UTIs locais começaram a ter uma lotação muito alta, e os novos casos eram numa curva de aumento exponencial. A essa altura da crise, qualquer intervenção para reduzir a disseminação de casos era demasiadamente tardia e a pandemia de novo completamente fora de controle.

O governo estadual estava completamente despreparado para essa segunda onda, e quando finalmente se rendeu conto do tamanho da crise e da quase completa impossibilidade de reverter a situação, era já meados de dezembro de 2020 e os casos estavam sobrecarregando as UTIs. Wilson Lima proclamou a volta de medidas de lockdown rígidas no dia 23 de dezembro, mas logo Bolsonaro definiu sem cabimento a medida e começou a descreditar essa abordagem (SENADO FEDERAL 2021). Ao mesmo tempo, uma grande manifestação de rua de simpatizantes bolsonaristas forçou o governo estadual a retirar a medida e deixar todas as atividades abertas.

Em dezembro 2020 a taxa de ocupação das UTIs chegou ao 100% e a curva de aumento dos contágios era ainda em crescimento, seja na cidade, seja no interior do Amazonas. Nesse ponto a situação não era mais gerenciável pelo sistema de saúde de Manaus, e as reservas de oxigênio médico estavam já num nível crítico. O prefeito e o governador do Amazonas afirmaram de ter comunicado ao ministério da saúde no começo de dezembro sobre a falta de insumos médicos, e especialmente sobre os cilindros de oxigênio, mas que não receberam resposta nessa época. Como evidenciam as deposições da CPI da COVID, Pazuello na mesma época, em conversações privadas estava falando em usar Manaus como laboratório ao ar aberto para testar em grande escala a estratégia da imunidade de rebanho, deixando as coisas procederem sem intervenção direta (SENADO FEDERAL 2021).

Logo antes da situação colapsar, Pazuello fez uma visita oficial em Manaus, do dia 11 a 13 de janeiro, onde espalhou dúvidas na eficácia do isolamento social e das máscaras para

se proteger do vírus, e propagandeou a efetividade dos remédios do ‘kit covid’ que o governo tinha escolhido como terapia base. Hidroxicloroquina e ivermectina foram os dois tipos de fármacos que tiveram a maior repercussão como ‘terapia’ contra a COVID-19, não somente no Brasil, mas também nos EUA. Os artigos científicos que deram uma frágil base científica nessas terapias foram rapidamente desmentidos e retratados (SCHWARTZ 2022), e ainda parece incrível como remédios contra a febre malárica (hidroxicloroquina) e vermífugo (ivermectina) pudessem, na opinião de alguém, ter uma eficácia clínica de qualquer tipo contra um vírus que primariamente atacava as vias aéreas e tinha alta capacidade de mutação. Como já dito no capítulo precedente, a narrativa da eficácia dessas terapias foi a mais puxada pela administração federal Bolsonaro, e basicamente não mudou minimamente durante os anos de pandemia, nem quando a situação de Manaus começou a entrar em espiral destrutiva. O pior disso, foi que num evento em Manaus, dentro dessa visita de dois dias na capital, Pazuello afirmou de estar ciente da existência de uma crise de falta de oxigênio médico nos hospitais locais, no dia 11 de janeiro (SENADO FEDERAL 2021), e mesmo assim nenhuma medida foi tomada naquele momento para tentar reverter o inevitável.

O consumo de oxigênio no estado do Amazonas disparou e chegou a quase 75 mil litros diários, mais de 5 vezes o tamanho da produção local, no dia 7 de janeiro e as autoridades locais pediram para a abertura de uma ponte aérea para a chegada dos cilindros necessários. A organização logística do transporte de novos cilindros de oxigênio para a cidade de Manaus foi inqualificavelmente lenta e mal pensada. Sem ter predisposto nenhum plano de ação emergencial caso o pior tivesse acontecido em Manaus, como vários epidemiologistas tinham avisado, a produção de cilindro e a predisposição de uma ponte aérea foi feita somente quando os hospitais começaram a colapsar e não foi mais possível acobertar a gravidade da situação. Os primeiros cilindros chegaram à cidade no dia 8, mas em quantidade extremamente inferior ao necessário. A combinação de aumento de demanda e incapacidade de reposição dos consumos fizeram com que todas as reservas de oxigênio se esaurissem no dia 13 de janeiro, exatamente em concomitância com a ida de Pazuello da cidade, depois do seu tour de dois dias da cidade, propagandeando falsos remédios. É, mais uma vez, trágico constatar como as autoridades da época tenham desconsiderado Manaus, mesmo conhecendo a amplitude da crise que estava eclodindo.

O resultado dessa corrente de eventos foi letal pela cidade de Manaus, e foi uma das páginas mais trágicas da pandemia a nível global. O 14 de janeiro de 2021, depois de semanas de aumento de casos e chegado finalmente a completa saturação, o sistema de saúde de Manaus colapsou de forma imediata, com pacientes, da cidade e do interior, que continuavam a chegar em grandes números e nenhum leito de UTI disponível na inteira cidade. Vários desses pacientes foram abrigados nos corredores dos hospitais superlotados, sem cilindros de oxigênio disponíveis. Somente nesse primeiro dia de colapso, 60 pessoas morreram asfixiadas (SENADO FEDERAL 2021).

Na cidade se abriu uma procura por cilindros de oxigênio pelos familiares dos doentes, o que criou um mercado negro que fez disparar os preços dos cilindros e gerou vários golpes, onde cilindros vazios ou cheios de outros gases eram vendidos como oxigênio médico. Em breve, a única possibilidade para quem estava precisando de oxigênio foi recorrer, pagando de próprio bolso, às UTIs aéreas. Os custos exorbitantes dessa solução excluíram a grandíssima maioria da população manauara, que precisou esperar a chegada das encomendas de novos cilindros de oxigênio através da ponte aérea.

A lentidão da resposta do ministério da saúde e a incapacidade da única produtora local de oxigênio de subir a produção até depois que a crise tinha eclodido foram nefárias pela cidade de Manaus. Nesse cenário de colapso total, somente nas primeiras semanas de 2021, os mortos por asfixia causada pela COVID-19 assomaram várias centenas, se não milhares de indivíduos (ORELLANA, MARRERO e HORTA 2022). Infelizmente, exatamente como aconteceu com as estatísticas dos territórios indígenas e do interior do Amazonas, os números oficiais das mortes devidas a essa crise são quase impossíveis a se reconstruir com exatidão, mas o tamanho da tragédia é ilustrado pelas valas comuns que tiveram que ser cavadas nos cemitérios da capital amazônica para poder abrigar as sepulturas das centenas de pessoas que morreram sem dinheiro para enterro e dentro de pouquíssimas semanas.

Por meses a situação permaneceu crítica, com hospitais ainda superlotados, insumos insuficientes e alto número de casos diários. As relevações estatísticas sempre foram escassas e incluíam somente os casos de internação que tivessem a positividade à COVID-19 confirmada com teste. Nenhum levantamento foi feito, antes ou depois da crise, na cidade para entender quantos casos tiveram fora das hospitalizações, e também os

números oficiais desconsideram completamente quem morreu fora das estruturas de saúde (FERRANTE et al. 2020). Mais uma vez, a tarefa de tentar reconstruir o tamanho da tragédia manauara recaiu nas costas das associações indígenas e da sociedade civil, com pouca ou nenhuma ajuda do sistema de saúde, e uma tarefa enorme e quase impossível a ser completada.

Manaus foi a vítima sacrificial de um plano sem alternativas as saídas emergenciais, onde a continuação das atividades econômicas de produção, consumo e exportação eram claramente mais importantes do que as vidas humanas. A corrente de erros, atrasos, desconsiderações e estratégias perversas conduzidas pelo governo Bolsonaro não podiam que provocar o genocídio que aconteceu. A aposta da administração federal da época era aquela de manter ativas toda as atividades econômicas, e aproveitar da falta de escrutínio social para deixar mão livre à mineração ilegal e à grilagem, e ao mesmo tempo se livrar aos poucos dos povos indígenas em terra demarcada.

Como já tentei evidenciar, esse uso estratégico de uma epidemia para deixar inteiras populações indígenas sem ajuda frente ao contágio e sucessivamente fazer colheita das terras esvaziadas e suas riquezas, ecoa a época colonial e seus massacres. Também, o total desinteresse pelos acontecimentos, ao ponto de não manter dados atualizados ou um mínimo mecanismo de coleta de dados, repete as modalidades de supressão dos relatos e das memórias das consequências das políticas genocidas.

A eclosão da crise de Manaus impediu ao governo Bolsonaro de continuar acobertando as mortes, e teve uma tal repercussão no país e no mundo inteiro que colocou holofotes nas necropolíticas atuada ao longo da pandemia. Os milhares de mortos da capital do Amazonas foram uma consequência não planejada de um plano de genocídio lento e fora dos olhos da imprensa, algo que quebrou os sigilos da necropolítica que estava sendo puxada no interior amazônico, denunciado somente pelas associações indígenas e pelos movimentos sociais.

Manaus conseguiu sair da crise sanitária somente depois de semanas, quando a White Martins conseguiu aumentar a produção local de oxigênio e a ponte aérea de insumos conseguiu garantir a chegada de um número suficiente de litros de oxigênio líquido. As autoridades, meses em atraso, começaram a construção de outra fábrica de produção de

oxigênio médico no Amazonas, mas quando a produção ficou prestes a começar a crise pandêmica já estava acabando.

O início da campanha vacinal foi o evento que marcou o ‘começo do fim’ da pandemia no mundo. Mas as modalidades de distribuição no Brasil foram lentas e difíceis e a direita ultraliberal montou campanhas de suspeita sobre eficácia e riscos ligados ao uso do imunizante.

O Brasil não foi o único país onde tiveram essas campanhas de desinformação de grande porte, mas foi sem dúvida o único país onde o governo federal diretamente foi responsável pelo suporte e difusão dessas notícias falsas. Os ataques contínuos aos imunizantes foram parte fundamental da retórica política do governo Bolsonaro, e o presidente chegou à altura de forjar documentos falsos que atestassem sua imunização para poder viajar pelos EUA, onde o ingresso era limitado somente a quem tivesse já completado o ciclo de imunização (SENADO FEDERAL 2021).

Em Manaus e no Amazonas essa oposição à vacina se concretizou em atrasos na distribuição, em particular nas aldeias e no interior do estado, e em campanhas miradas em particular aos indígenas aldeados e veiculadas através das igrejas evangélicas locais. Essas campanhas representaram a última estratégia de uma longa corrente de ataque à ciência, com o claro objetivo de deixar o vírus fazer o maior dano possível entre os povos indígena aldeados e as populações do interior amazônico. Mais uma vez, nas aldeias assim como em Manaus, a obra incansável das associações indígenas foi fundamental para desarticular essas necropolíticas.

À medida que a cobertura vacinal aumentou na população, a crise do sistema de saúde finalmente pude se dizer superada. A pandemia foi um evento que evidenciou as falhas do sistema de saúde manauara e amazônico, e os mais afetados foram os mais pobres, quem não pude se permitir de não trabalhar para seguir o isolamento social, ou quem morava em condições precárias em casas sobrepovoadas.

A população indígena das ocupações foi entre as mais duramente atingidas pela pandemia, e ao mesmo tempo foi a mais esquecida pelas políticas de controle e combate a COVID-19. O compito de conter e limitar os danos do vírus, caíram quase exclusivamente nas costas das mesmas comunidades indígenas, que tiveram que

organizar uma resistência difícil. Mais uma vez, a comunidade de Parque das Tribos representou um exemplo de como a resistência médica indígena conseguiu enfrentar a ameaça mortal da COVID-19 e superá-la.

3.3 A pandemia nas ocupações urbanas

A falta de preparo das autoridades, do sistema de saúde e do pessoal biomédico manauara para enfrentar com eficácia a crise pandêmica foi remarcada muitas vezes, muitos meses antes da eclosão da segunda onda de casos (FERRANTE et al. 2020, FERRANTE e FEARNSSIDE 2020). Se os erros e descuidados foram fatais por milhares de pessoas na cidade de Manaus e no estado do Amazonas, esses efeitos nefários foram ainda mais graves nos bairros periféricos e nas ocupações urbanas, onde a presença de estruturas de saúde e de pessoal médico é quase completamente ausente desde sempre.

A pandemia de COVID-19, como foi evidenciado em numerosos artigos e trabalhos, teve uma difusão desproporcionada entre as camadas mais pobres da população (PONTES et al. 2021, LAWANI et al. 2021, FERRANTE 2020). As razões dessa disparidade clara de morbidade e mortalidade entre ricos e pobres são múltiplas. Primeiramente, sem adequada assistência do estado e compensação financeira, os mais pobres não podem se permitir de respeitar um rígido isolamento e confinamento em casa, e precisam continuar trabalhando para poder ganhar o dinheiro suficiente para se sustentar e garantir os mantimentos pela própria família. Mesmo quando praticar o autoisolamento é possível do ponto de vista econômico, os núcleos familiares mais pobres vivem em casas de pequenas dimensões, com muitos indivíduos abrigados nesses espaços de tamanho insuficiente para garantir uma eficácia do distanciamento social. Por fim, os mais pobres não têm acesso a estruturas de saúde pública adequadas, e ao mesmo tempo não tem o dinheiro para poder assinar um plano de saúde com estruturas particulares.

Essas desigualdades são ulteriormente exacerbadas no caso da comunidade de Parque das Tribos e das outras ocupações indígenas de Manaus. Os indígenas urbanos não somente devem enfrentar um racismo difuso e constante com a população urbana não indígena e com os empregadores locais, mas também são marginalizados pelo mesmo sistema público de saúde. Os indígenas urbanos não têm a própria identidade étnica reconhecida oficialmente pelo SUS nas cidades, e ao mesmo tempo a SESAI, que seria o órgão do ministério da saúde preposto ao atendimento específico dos pacientes nativos, não atende

os indígenas porque eles estão fora das áreas cobertas pelo serviço (FRANÇA 2022, REZENDE 2022, PONTES et al. 2021).

Então, a ideia de que *‘lugar do índio é no mato’* não é simplesmente ditado racista usado para desvalorizar o indígena urbano, mas é a todos efeitos parte integrante das políticas públicas de saúde no Brasil. A população da comunidade Parque das Tribos se achava nessa situação de limbo jurídico, com a própria identidade indígena negada e desprivada de qualquer serviço de saúde, às vésperas da eclosão da primeira onda de COVID-19.

A luta para ter uma unidade de saúde básica tinham sido sem resposta por parte da administração pública, como já dito, e a situação socio- sanitária da comunidade era muito problemática. O centro comunitário, prometido pela prefeitura, era ainda incompleto, assim como a distribuição de energia elétrica era muito precária. Sobretudo, o acesso a água potável era quase ausente na comunidade e os igarapés pertos de Parque das Tribos eram fortemente poluídos (PONTES et al. 2021).

Quando a COVID-19 chegou no Amazonas, Parque das Tribos e em geral todas as ocupações urbanas de Manaus estavam já em condições socio- sanitárias críticas antes que o contágio se espalhasse. Logo quando foram implementados os primeiros lockdown, nas primeiras semanas da pandemia em Manaus, as populações das ocupações não tinham as possibilidades econômicas para poder se ausentar do trabalho. As necessidades econômicas foram uma das principais problemáticas pela eficácia do afastamento social, como dito antes, porque quem precisava mais de recursos econômicos imediatos foi forçado a continuar ir trabalhar diariamente, se expondo muito mais ao contágio comparado com quem pude ficar em casa. A grandíssima maioria dos moradores de Parque das Tribos, o 83%, vive com menos de um salário-mínimo por mês (PONTES 2021 et al., IBGE 2010). Essa falta de recursos obriga a uma constante procura de trabalho e impediu de poder se isolar socialmente, mesmo durante o pique de infecções da pandemia.

Mesmo tentando respeitar o isolamento social e os lockdowns, as condições materiais de existência dos moradores de Parque das Tribos impediam que pudessem ter um real afastamento e isolamento dos contagiados. As modalidades de moradia, na comunidade Parque das Tribos como em todas as outras ocupações urbanas, eram parecidas: vários indivíduos, geralmente de mais de um núcleo familiar, morando na mesma casa,

geralmente de pequeno tamanho e com poucos ou nenhuns espaços para poder abrigar um contagiado para ter menos interações possíveis com ele (PONTES et al. 2021, LAWANI et al. 2021).

Nessas condições, desde o começo da pandemia, Parque das Tribos teve um número altíssimo de casos. O serviço de saúde pública, nos primeiros meses não fez nenhuma intervenção ou mapeamento dos casos e das criticidades da população da comunidade, que ficou completamente sem ajuda da parte da administração local. A falta de informação foi uma característica fundamental da pandemia no Amazonas, como já tentei evidenciar: falta de informação vindo do interior e dos bairros periféricos de Manaus e falta de informação chegando nesses lugares.

Nos meses do primeiro lockdown ficou claro como o mundo do afastamento social estava exacerbando as diferenças econômicas e de acesso à informação já presentes. O acesso à informação, e a capacidade de manter contato e comunicação, num mundo parado e em isolamento, era largamente ligado às capacidades financeiras das pessoas. Quem tinha internet em casa e um computador, ou podia pagar por um plano de dados para o celular, podia ter acesso a informações que amplas partes da população de Manaus e do interior amazônico simplesmente não puderam acessar ao longo de boa parte da pandemia. Isso se refletiu também na capacidade de acompanhar as aulas em formato remoto pelos alunos das universidades fechadas que moravam nas periferias ou no interior do estado, gerando e ampliando desigualdade de acesso à instrução.

No caso de Parque das Tribos, o acesso à informação foi muito difícil, durante a pandemia, e também a comunicação ficou extremamente problemática (PONTES et al. 2021). Falta de informação e comunicação e ausência completa do sistema de saúde deixaram a população completamente sem acompanhamento médico, deixando o ônus de organizar uma resposta e uma resistência nas mãos dos moradores da comunidade.

Essa ausência quase total de dados, e a necessidade de ver diretamente como fossem as condições da população local foram a base da intervenção na comunidade, coordenada pelo professor Gemilson Soares Pontes e a professora Ana Carla Bruno. A equipe era composta por outros funcionários e professores ligados ao Centro de Imunologia e Virologia do Instituto Nacional de Pesquisas Amazônicas (INPA), mas essa pesquisa não foi diretamente patrocinada pelo INPA. A gestão do INPA da época era alinhada com as

políticas federais ultraliberais, e não somente esse estudo não teve um aval oficial do instituto, mas a equipe foi bastante hostilizada e intimada de não proceder com a intervenção em Parque das Tribos.

De qualquer forma, a intervenção foi a frente e dentro dessa campanha foram coletadas amostras de sangue de 280 voluntários indígenas moradores da comunidade, junto com a aplicação de um questionário para reconstruir a situação socioeconômica dos sujeitos que se voluntariaram e da comunidade em geral. Através da procura da presença dos anticorpos contra a COVID, o IgA e o IgG, a equipe pude mapear quantas pessoas entraram em contato com o vírus no passado (PONTES et al. 2021, LAWANI et al. 2021). Os testes e o questionário foram aplicados entre 10 de outubro e 14 de novembro de 2020, no começo da segunda onda de contágios.

Em particular, a testagem para a positividade ativa da infecção de COVID-19 foi muito pouco utilizada no Brasil e isso ajudou muito a narrativa da administração federal na hora de reduzir fortemente o número de contágios e sobretudo de mortes. As estatísticas oficiais brasileiras contaram sempre os óbitos como provocados pela pandemia somente se tivesse antes da morte uma testagem positiva pela COVID-19. Em caso contrário, aquela morte não cabia na estatística pandêmica. Isso certamente contribuiu a acobertar e cancelar uma enorme quantidade de mortes a mais que foram claramente provocadas pelo vírus, mas que não foram refletidas nas estatísticas finais, que mesmo assim colocaram o Brasil como o segundo país para óbitos totais, atrás somente dos EUA (FERRANTE e FEARNSIDE, 2020).

Os resultados dos testes de antígenos foram impressionantes pela magnitude do número de contagiados presentes e passados: a presença dos anticorpos IgA foi detectada em 55.71% dos casos e os anticorpos IgG no 60.71% (PONTES et al. 2021). Esses números mostram como já nos primeiros meses da pandemia os atingidos pelo vírus fossem a grande maioria dos moradores da comunidade. Isso se somava aos casos de infecção ativa, que eram muito numerosos.

Mesmo com capacidades limitadas e a falta de apoio direto da instituição do INPA, a equipe conseguiu distribuir máscaras, álcool em gel e luvas, e levar alguns cilindros de oxigênio para atender as necessidades dos casos mais graves da comunidade, que estavam

sendo atendidos, nessa época, basicamente somente por Vanda Witoto, do ponto de vista de curas biomédicas.

Os contagiados que apresentavam sintomas não tinham na maioria dos casos possibilidade de ser internados nos hospitais mesmo se fortemente sintomáticos e necessitantes de curas, principalmente por razões econômicas e de distância das estruturas de saúde. Eles eram abrigados principalmente na estrutura da escola da comunidade, como a professora Claudia Baré me confirmou nas entrevistas. As aulas foram interrompidas logo que a pandemia chegou em Manaus e foram implementados os primeiros lockdown, e com o número de infectados sintomáticos em rápido crescimento, se rendeu necessário reutilizar o espaço disponível para abrigar os doentes e tentar prestar assistência.

No espaço da escola, nessa primeira fase da pandemia, os doentes ficavam em redes, e eram atendidos por Vanda pelos exames biomédicos de pressão e saturação de oxigênio no sangue e pela administração de antipiréticos para controlar a febre. Vanda também foi a frente de uma campanha de arrecadação de recursos e de insumos médicos para poder atender os doentes da comunidade. Os pacientes que estavam em condições mais críticas e precisavam de atendimento numa UTI equipada, não tendo recurso para se poder locomover independentemente, foram levados pelos hospitais com o carro pessoal da Vanda, que na comunidade virou a ‘ambulância’ de Parque das Tribos.

Mas ao mesmo tempo que Vanda tentava quase sozinha enfrentar a crise pandêmica através de atendimento biomédico, como a professora Claudia me confirmou na entrevista, os expertos de medicina tradicional da comunidade estavam preparando chás de ervas medicinais adaptando as receitas para curar outras doenças ao novo vírus:

‘no começo da pandemia aqui [na escola da comunidade (n.d.a.)] tinha muitos doentes nas redes, e a Vanda os ajudava. E lá na cozinha sempre tinha água fervendo para fazer chá medicinal. Remédio não dava certo, então quem sabia a receita de um chá falava para os outros e aí sempre tinha alguém fazendo as receitas que seus parentes conheciam (...) todo mundo queria colaborar nisso’ (Entrevista à professora Claudia Baré)

A população de Parque das Tribos se achou completamente abandonada pelas autoridades de saúde, como já dito, e teve que resistir com os meios disponíveis. Na falta de insumos médicos, a grandíssima maioria recorreu aos especialistas de medicina tradicional. Na hora de aplicar o questionário, a equipe do INPA achou que o 95% dos moradores da comunidade tinham usado a medicina tradicional, exclusivamente ou em suporte aos fármacos biomédicos (PONTES et al. 2021).

A forte presença da medicina tradicional nas curas contra a COVID-19 na comunidade Parque das Tribos não pode ser explicada somente pela ausência de alternativas no local, sobretudo quando o acesso aos fármacos biomédicos sem atendimento é tão fácil como hoje-em-dia. Também, no local o uso de curas ineficazes como a hidroxicloroquina ou a ivermectina ficaram pouco utilizadas, como a professora Claudia me disse durante a entrevista, muito menos que em outros contextos no Amazonas. Falta de recursos para comprar fármacos biomédicos com certeza foi uma razão para recorrer à medicina tradicional indígena, mas não pode explicar completamente a amplitude da difusão dos meios de curas tradicionais na comunidade.

Como Krenak ressalta, o fortalecimento da luta indígena desses últimos decênios contribuiu de jeito fundamental a devolver orgulho de se sentir indígena, e desejo de se definir indígena mesmo em contextos urbanos, que sempre foram hostis para eles. Esse novo orgulho identitário deu um novo impulso também ao uso da medicina indígena, numa obra de resistência, ou re-existência, como o autor fala (KRENAK, in MEHRY e MOEBUS 2020). O movimento de resistência indígena na saúde é uma reapropriação dos meios de cura, numa situação em que a biomedicina está progressivamente virando refém de dinâmicas capitalistas, ampliando as desigualdade de acesso e impedindo curas adequadas às camadas mais pobres da sociedade. Em particular na pandemia, onde as autoridades de saúde esqueceram completamente a população das ocupações, e onde por muito tempo a biomedicina não ofereceu fármacos eficazes para curar ou prevenir o vírus, os indígenas recorreram em massa às medicinas tradicionais como reapropriação dos meios de luta e resistência.

O diálogo entre tradições de cura, durante a pandemia, envolveu os expertos de medicina de todos os povos presentes em Manaus, e foi um processo de elaboração de significados que desafia a noção clássica de ‘tradicional’. A busca por uma cura eficaz com os meios

da medicina indígena, através da ressignificação e adaptação de terapias por outras doenças, da mudança de receitas de chás terapêuticos para enfrentar o coronavírus e da reelaboração das fórmulas rituais de cura, mostra como as medicinas tradicionais nunca tinham ficado paradas no tempo, mas bem pelo contrário sempre tenham buscado enfrentar os desafios de saúde que o mundo pós-contato proporcionou aos povos indígenas.

Quando, finalmente, as vacinas contra a COVID-19 começaram a ser distribuídas no Brasil e chegaram enfim em Manaus, Vanda Witoto foi escolhida como primeira pessoa a ser imunizada no estado do Amazonas. Essa decisão abriu as portas a muitas mensagens nas mídias sociais de ódio racista contra a decisão de imunizar uma pessoa indígena, mas não aldeada, como primeira a ser imunizada. Mais uma vez, isso evidencia como o indígena urbano não tenha estatuto de ‘indígena de verdade’ na ótica da população branca de Manaus.

A campanha vacinal no Brasil foi, como dito precedentemente, caracterizada por uma constante oposição por parte da administração federal e por campanhas de fake news que colocavam em dúvida a eficácia da imunização. A distribuição das vacinas procedeu a um ritmo muito lento no Amazonas, sobretudo no interior do estado e nos territórios indígenas. A luta indígena pelo direito a saúde de Vanda e Claudia em Parque das Tribos continuou durante os meses da campanha de imunização, para evitar que a vacinação de Vanda ficasse simplesmente um evento simbólico para depois deixar os moradores da comunidade na espera no fundo da fila. Paralelamente, as lideranças da comunidade foram à frente das campanhas contra as fake news que descreditavam a vacina e sua eficácia.

Essa dúplici luta e resistência médica, no plano da medicina tradicional paralelamente ao plano da biomedicina, é muito interessante. Os povos indígenas urbanos não têm problema em usar medicina tradicional de outros povos, bem como usam fármacos biomédicos conjuntamente aos remédios tradicionais. O projeto do Centro de Medicina Indígena nunca buscou substituir a biomedicina com as medicinas tradicionais, mas procura dar uma nova dimensão às tradições médicas indígenas e uma nova perspectiva sobre elas no mundo urbano contemporâneo. Ao mesmo tempo, a presença extremamente difusa da medicina tradicional nas curas da COVID-19 em Parque das Tribos não

significou que quem tomava chás ervais não recorria também aos cuidados biomédicos de Vanda e aos fármacos biomédicos quando fossem disponíveis. Nessa ótica, a grande mobilização indígena em favor da imunização vacinal é mais uma evidência de como biomedicina e medicina tradicional não estão em oposição, porque em definitiva o fundamental é o ato de curar e a possibilidade de recuperar a plena saúde.

A resistência médica indígena, visa com certeza valorizar novamente as tradições médicas dos povos originários, mas pede também maior atenção pela condição dos indígenas urbanos na saúde pública biomédica. O que a luta dos povos originários pede, em definitiva, parece ser um retorno da medicina (entendida como um todo) às suas raízes de cuidado e cura do paciente, acessível e que não exclua do seu atendimento amplas camadas da população por dinâmicas capitalista de lucro.

Num mundo onde o acesso ao atendimento médico é cada vez mais ligado às possibilidades financeiras do paciente, ou à cobertura oferecida no contrato de trabalho, para assinar planos de saúde particulares, e onde a relação médico-paciente vira frequentemente impessoal ou até hostil no atendimento de pessoas indígenas, negras ou sem recursos financeiros, a resistência médica indígena é, no fundo, uma luta para salvar a alma da medicina.

Recorrer massivamente aos remédios tradicionais durante uma crise pandêmica que marginalizou ulteriormente a população indígena urbana, e utilizar remédios de tradições diferentes daquelas do próprio povo de origem, e ao mesmo tempo lutar pelo acesso à vacina e para uma maior possibilidade de acesso ao serviço de saúde pública não representam uma contradição, muito pelo contrário. A resistência médica indígena não viu esse uso híbrido das medicinas disponíveis como contraditória, mas como uma forma de se reapropriar dos meios de cura e colocar novamente a gratuidade e a acessibilidade do cuidado de saúde como central no ato da cura médica.

Que seja estar no mundo fora desta perspectiva da mercadoria, do capitalismo, onde o saber é um capital, o saber é patrimonial, se você está fora disso, aí então o saber, as práticas de cuidado, fluem de uma maneira vital, tirando os corpos do lugar de flagelados e pondo os corpos nesse lugar de fricção criativa. Os corpos deixam de ser esses objetos vulneráveis a qualquer peste, a qualquer ataque externo a sua

ecologia, e os corpos viram ativos criativos, ativos agentes criadores de histórias de vida, saem fora deste campo que a Medicina entende como saúde, criando corpos que estejam fora deste mercado da saúde. (KRENAK em MERHY e MOEBUS 2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi muito difícil a ser escrito e concluído. As mudanças radicais de conteúdo que levaram uma tese sobre o relacionamento entre medicinas tradicionais indígenas e biomedicina a virar um trabalho sobre a pandemia de COVID-19 foram somente um dos desafios desse trabalho.

Como italiano no Brasil, teve que decidir se voltar na Itália e esperar lá a pandemia passar, com a grande possibilidade de perder meu visto de estudante, ou ficar no Brasil. Decidi ficar no Brasil, e não pude tornar na Itália pelos sucessivos dois anos por causa das restrições de entrada e saída. Ver o que acontecia no meu país sem poder voltar, para depois ver acontecer o mesmo ou até pior em Manaus foi algo que me deu grande dor e grande raiva, sobretudo por como foi gerenciada toda a crise e o desrespeito constante da vida humana pelos governos da época.

Escrever essa tese fez voltar lembranças dos meses de reclusão passados vendo acontecer coisas que pareciam ligadas a um passado que nunca poderia acontecer de novo. Os eventos de Manaus, com o colapso completo do sistema de saúde, público e privado, culminante na crise do oxigênio de janeiro 2021, foram difíceis a ser vividos em primeira pessoa, e muito mais difíceis a ser colocados em palavras e racionalizados num trabalho científico. A imensidão da tragédia da pandemia, para o mundo indígena e para a cidade de Manaus, é impossível a poder ser relatada com aquela distância do pesquisador que a antropologia pediria. A mistura de incompetência da administração, federal de Bolsonaro e estadual de Wilson Lima, e de ativa estratégia de limpeza étnica e de classe que foi operada no Brasil e no Amazonas durante a pandemia, impede qualquer tipo de imparcialidade do pesquisador na hora de analisar os acontecimentos.

Outra coisa que foi extremamente difícil ver foi o apoio político que as piores figuras da época pandêmica continuaram tendo nas eleições que tiveram depois da pandemia. Numa cidade como Manaus, devastada por uma necropolítica claramente mirada a ‘varrer’ os indígenas urbano e a população mais pobre e fragilizada, ver o bolsonarismo se afirmar localmente com números assustadores foi uma dor difícil a se aceitar. O mesmo pode ser

dito pela quase reafirmação eleitoral de Trump nos EUA, ou os ganhos que as direitas mais neoliberais economicamente e iliberais do ponto de vistas da liberdade de expressão fizeram na Europa e em países sul-americanos como a Argentina.

Agora, nos meados do 2024, a pandemia está completamente superada, pelo menos na sua forma de ameaça mortal para os repositórios de conhecimentos indígenas, mas o que está em risco agora é a memória dos meses e anos de sofrimento. Passada a crise, o trauma dificulta o processo de lembrança daqueles eventos e falar daquele período é cada vez mais complicado, assim como reconstruir o que foi acobertado pelos governos federais e estaduais no Amazonas e conseguir um quadro oficial completo. As vítimas indígenas estão sendo traída outra vez: depois de ter sido esquecidas durante o auge da pandemia, estão sendo esquecidas outra vez, desapropriadas do direito a memória coletiva.

Mas, apesar de tudo, a tragédia pandêmica parece ter fortalecido a luta do mundo indígena, o que traz um pouco de otimismo pelo futuro. Os dados do último censo IBGE mostram como muitas mais pessoas em Manaus estejam se declarando indígenas do que dez anos atrás. Isso reflete muito bem nos números estatísticos o processo de recuperação das raízes indígenas que muitos moradores da capital estão operando, se envolvendo no movimento indígena e participando da luta pelos direitos dos povos originários. Por décadas a identidade indígena foi fortemente desvalorizada em Manaus, tanto que muitas pessoas de origem indígena se recusavam a assumir essa identidade, na hora das autodeclarações do censo como no dia a dia. Essa tendência parece ter se invertido no começo do século XXI e hoje em dia, o mundo indígena está vivendo uma nova temporada de fortalecimento das associações e das lutas pelos direitos nativos. Será interessante acompanhar as lutas dos povos originários pelas próprias tradições médicas, frente aos desafios de saúde que o mundo globalizado continuará proporcionando no futuro.

Como tentei evidenciar na minha tese, durante a pandemia os povos indígenas se organizaram para resistir, na capital assim como no interior amazônico, e a medicina tradicional foi uma das ferramentas principais dessa luta. O diálogo, que começou durante o auge da crise, entre expertos de medicinas tradicionais de diferentes tradições, representou um momento de articulação importante. O uso das práticas de cuidado e cura indígenas estava em aumento antes da pandemia, mas nos meses iniciais da pandemia,

quando nenhum remédio biomédico parecia ter eficácia, o uso aumentou muito entre a população indígena de Manaus. A resistência médica que a população indígena montou no começo da pandemia representa uma inversão das relações de poder que dominaram a saúde indígena no século passado e início do presente: num momento de ausência de remédios eficazes contra a COVID-19, os indígenas utilizaram a própria medicina tradicional, compartilhando conhecimentos e reelaborando categorias médicas no processo.

Se o perigo mortal da pandemia parece ter fortalecido o movimento de recuperação das tradições médicas que já estava em ato antes da explosão dos contágios, muitos são, ainda, os desafios que precisam ser enfrentados para garantir a sobrevivência das tradições de cura. O envelhecimento dos maiores expertos de medicina tradicional impõe urgência nessa obra de reconstrução das correntes de passagem de conhecimentos de uma geração para outra.

Em particular, será muito complicado garantir a reconstrução do processo de formação das novas gerações de expertos de medicina tradicional para os povos indígenas estabelecidos dentro da cidade de Manaus, pelas diferenças ambientais e de estilo de vida que a cidade impõe. Também, as mudanças na socialização e nas interações interpessoais que os novos meios de comunicação produzem serão uma fonte de problemas na hora de formar novos expertos.

Mas as novas lideranças que se formaram na luta por direitos e nos movimentos sociais no contexto de Manaus deixam bem esperar pelo futuro. O aumento constante dos indígenas formados nas mais várias áreas de conhecimento vai com certeza, com o tempo, mudar as perspectivas de ensino e de atuação em muitas áreas profissionais. Um dos principais campos de conhecimentos que acho serão fortemente revolucionados nos próximos anos e decênios, será a área da saúde. Conforme o aumento de indígenas formados e capacitados no campo da biomedicina e da saúde básica, maior será a capacidade de atendimento de populações que foram demasiadamente esquecidas ao longo dos séculos. Isso, claramente, se as forças políticas que querem assimilação ou morte pelos povos indígenas serão impedidas de puxar agendas genocidas como aquelas que foram implementadas durante a pandemia.

Nos meus anos de permanência em Manaus teve o prazer e a honra de conhecer e colaborar com algumas dessas novas lideranças: João Paulo, Ovidio e Iván do CMI, Cláudia e Vanda de Parque das Tribos, ou Maria Alice Karapano, são somente alguns dos muitos novos intelectuais e líder indígenas que o contexto de Manaus oferece hoje. Cada um num campo diferente, lutando com ferramentas diversas, mas com capacidade de se unir para uma causa, eles são uma esperança de um futuro melhor pelos indígenas da capital amazônica. Trabalhar com eles tem sido muito estimulador e acho que a luta indígena não poderia estar em mãos melhores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACUÑA, Cristobal de. 1994. Novo descobrimento do Rio Amazonas. Editora Agir.

ALBUQUERQUE. Liege. A técnica de enfermagem indígena que montou hospital de campanha com doações em Manaus. BBC News Brasil, 19/02/2021.

ALEIXO, Eriki e Ariene dos Santos Lima. 2020. **Pandemia e Territórios Indígenas em Roraima** in *Pandemia e Território*. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA.

ANDERSON, Jon Lee. **The Coronavírus Hits Brazil Hard, but Jair Bolsonaro Is Unrepentant**. New Yorker, 22 maio 2020.

APIB. 2020. Nossa luta é pela vida. Covid-19 e povos indígenas – O enfrentamento das violências durante a pandemia.

ARAÚJO, Jordeanes do N.; Suellen Andrade Barroso e Angelisson Tenharin. 2020. Cenários do Sul do Amazonas: os Tupi Kagwahiva e as formas de enfrentamento do Covid-19 em Terras Indígenas in *Pandemia e Território*. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA.

BAINES, S. G. As chamadas aldeias urbanas ou índios na cidade. Revista Brasil Indígena, Brasília, DF, v. 1, n. 7, p. 15-17, nov./dez. 2001.

BARRETO, João Paulo Lima. 2021. **Kumuã na kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro.** Manaus.

BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda e Ângela Ernestina Cardoso de Brito. 2019. **A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista.** O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. 1995. 1942 – Evolução Histórica – 1991. Ministerio da Saude.

BATISTA, Djalma. 2003 Amazonia – Cultura e Sociedade. Valer/UFAM, Manaus.

_____. 2007. O Complexo da Amazônia – Análise do processo de desenvolvimento. INPA/Valer/Edua, Manaus.

BENCHIMOL, Samuel. 1977. Amazonia. Um pouco antes e além-depois. Editora Umberto Calderaro.

BIEHL, João. 2012. Care and Disregard. In *A companion to Moral Anthropology*. Wiley Blackwell.

_____. 2013. The Judicialization of Biopolitics: Claiming the Right to Pharmaceuticals in Brazilian Courts. *American Ethnologist*, 2013, 40 (3):419–436.

_____. 2021. Supreme Court v. Necropolitics - The Chaotic Judicialization of COVID-19 in Brazil. *Health and Human Rights Journal*. 2021 Jun; 23(1): 151–162.

BOURDIEU, P. 2003. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes.

_____. 2007. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

CALEGARE, Marcelo e Renan Albuquerque. *Processos psicossociais na Amazônia: reflexões sobre raça, etnia, saúde mental e educação*. Alexa Cultural: São Paulo.

CANCLINI, N. *Culturas híbridas*. São Paulo: EDUSP, 2011.

CARVALHO DE SOUZA, Islandia Maria, e Charles Dalcanale Tesser. 2017. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*, 2017;33(1).

COLOMBO, Dario. 2015. **Neoliberalismo e stato sociale**. Aracne.

CRUZ, Oswaldo; CHAGAS Carlos; PEIXOTO, Afranio. 1972. Sobre o saneamento do Amazonas. P. Daou.

DI BELLA, Gabi. 2020a. Indígenas recorrem à medicina tradicional no tratamento contra a covid-19. *National Geographic*, 3 agosto 2020.

_____.2020b. Em meio a apagão de dados, iniciativas tentam compilar os números da pandemia no Brasil. National Geographic, 5 novembro 2020.

DA MATTA, Alfredo. 2003. Flora médica brasiliense. Valer, Manaus.

DA ROCHA, Bruna Cigaran; Rosamaria Santana Paes Loures. 2020. **A expropriação territorial e o Covid-19 no Alto Tapajós, PA** in *Pandemia e Território*. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA.

_____. 1909. Paludismo, Variola, Tuberculose em Manaus. Typographia Brasil.

DARLINGTON, Shasta; José Brito e Flora Charner. 2020. Covid-19: taxa de mortalidade entre indígenas é o dobro da média brasileira. CNN Brasil 25/05/2020. <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/covid-19-taxa-de-mortalidade-entre-indigenas-e-o-dobro-da-media-brasileira/>

DOS SANTOS, Glademir Sales. Cacique Messias Kokama, “o espírito do guerreiro”: estratégias, resistência e a construção do reconhecimento do Parque das Tribos. Projeto nova cartografia social do Amazonas 22/05/20 <http://novacartografiasocial.com.br/cacique-messias-kokama-o-espírito-do-guerreiro-estrategias-resistencia-e-a-construcao-do-reconhecimento-do-parque-das-tribos/>

FRANÇA, Elvira Eliza. Vanda Ortega Witoto: o protagonismo da mulher indígena da Amazônia. Amazônia Real, publicado em Publicado em: 11/04/2022.

GALVÃO, Manoel Dias. 2003. História da medicina em Manaus. Valer/UFAM.

GARNELO, Luiza. 2014. Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Fiocruz.

_____. 2019. Atenção Diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro. Fiocruz.

HECKENBERGER, Michael J., J. Christian Russell, Carlos Fausto, Joshua R. Toney, Morgan J. Schmidt, Edithe Pereira, Bruna Franchetto, and Afukaka Kuikuro. 2008. **Pre-Columbian Urbanism, Anthropogenic Landscapes, and the Future of the Amazon.** *Science* 321(5893):1214-1217.

HECKENBERGER, Michael, e Eduardo Góes Neves. 2009. **Amazonian Archaeology.** *Annual Review of Anthropology* 38:251-266.

FARIAS, Elaíze e TRAJANO, Andrezza. Empresário quer expulsar índios da ocupação Parque das Tribos para construir um Minha Casa, Minha Vida que não existe. Amazônia Real, publicado em 09/07/2016.

FASSIN, Didier. 1996. **L'espace politique de la santé : Essai de généalogie.** Presses universitaires de France.

FELLET, João. **Em meio à covid-19, garimpo avança e se aproxima de índios isolados em Roraima.** Epoca, 9 abril 2020.

FERRANTE, L. et al. Brazil's policies condemn Amazonia to a second wave of COVID-19. Nat Med 2020; 26:1315.

FERRANTE, L. e FEARNSIDE, P. M. O porquê precisamos de lockdown em Manaus. Amazônia Real, Publicado em 13/05/2020.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Entre discursos oficiais e vozes indígenas: a emergência dialógica das medicinas tradicionais indígenas no campo das políticas públicas. Tese (Doutorado) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

FLEURY, Sonya. **Reshaping Health Care in Latin America a Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico.**

FOUCAULT, Michel. 1962. **Maladie mentale et psychologie**, Paris, [Presses universitaires de France](#).

_____. 1963. **Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical**, Paris, Presses Universitaires de France.

_____. 2005. **Nascita della biopolitica** (corso al [collège de France](#) anni 1978-1979), a cura di François Ewald, Alessandro Fontana e Michel Senellart, trad. Mauro Bertani e Valeria Zini, Feltrinelli.

FREIRE, Paulo. 2005. *Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo: Ed. Moraes.

_____. 2008. *Pedagogia do Oprimido*. 47ª ed. São Paulo, SP; Paz e Terra.

FUNAI. **Os fatos**. Assessoria de comunicação \ Fundação Nacional do Índio. 4 maio 2020. <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/6079-osfatos>.

GAETANO, Arianne. 2015. **Out to Work: Migration, Gender, and the Changing Lives of Rural Women in Contemporary China**. University of Hawaii Press.

GLOBO AM. 2021. Crise do oxigênio: um mês após colapso em hospitais, Manaus ainda depende de doações do insumo.

<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/14/crise-do-oxigenio-um-mes-apos-colapso-em-hospitais-manaus-ainda-depender-de-doacoes-do-insumo.ghtml>

GRAGNOLATI, Michele et al. 2013. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde**. Directions in Development. Washington.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2022. *Contagem populacional 2021*. Rio de Janeiro, RJ.

JUCÁ, Felipe Pereira. 2020 **Autoritarismo político em tempos de Pandemia in Pandemia e Território**. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA.

KRENAK, Ailton. 2019. Ideias para adiar o fim do mundo.

LANGDON, Esther Jean. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro, Simone; Sansone, Livio (Org.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.211-226. 2004.

LAWANI, Pritesh et al. 2021. SARS-CoV-2 seroprevalence and associated factors in Manaus, Brazil: baseline results from the DETECTCoV-19 cohort study. International Journal of Infectious Diseases 110 (2021) p. 141–150

LOUREIRO, Antonio. 1982. Amazonia – 10000 anos. Editora metro cúbico.

LUPION, Bruno. 2021. A sucessão de erros que levou à crise de oxigênio em Manaus. DW 21/01/2021. <https://www.dw.com/pt-br/a-sucess%C3%A3o-de-erros-que-levou-%C3%A0-crise-de-oxig%C3%AAnio-em-manaus/a-56275139>

MACKINTOSH, Maureen e Meri Koivusalo. 2005. **Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses**. Palgrave Macmillan.

MARCHAL DE QUEIROZ, JONAS e Mauro Cezar Coelho. 2001. **Amazônia. Modernização e Conflito (Séculos XVIII e XIX)**. Universidade Federal do Pará.

MAXIMIANO, Claudina Azevedo e Marcelo Horta Messias Franco. 2020. **Lábrea e o “Novo Coronavírus”: biopolítica e os impactos do isolamento social para os povos e**

comunidades tradicionais no Médio Purus, AM in *Pandemia e Território*. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA.

MERHY, Emerson Elias; MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. *Re-existir na diferença*. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020.

NAKASHIMA, Edson Yukio; ALBUQUERQUE, Marcos Alexandre dos Santos. 2011. A cultura política da visibilidade: os Pankararu na cidade de São Paulo. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 47, p. 182-201, jan./jun..

NEAI. 2018. OMERÕ Constituição e circulação dos conhecimentos Yepamahsã (Tukano). Edua

NEGRI, Toni e Michael Hardt. 2002. **Impero. Il nuovo ordine della globalizzazione**. con, Milano, Rizzoli.

NGOKWEY, Ndolamb. Home remedies and doctors' remedies in Feira (Brazil). *Social Science & Medicine*. 1995; 40 (8), 1141–1153.

NGUYEN, Vinh-Kim e Margareth Lock. 2010. **An Anthropology of Biomedicine**. Wiley-Blackwell.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; MARRERO, Lihsieh; HORTA, Bernardo Lessa. Excesso de mortes por causas respiratórias em oito metrópoles brasileiras durante os seis primeiros meses da pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00328720, 2021.

PACHECO DE OLIVEIRA, J.1998. Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 47-77, 1998.

_____. 2016. O nascimento do Brasil e outros ensaios: “pacificação”, regime tutelar e outros ensaios. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

PEREIRA, J. C. M. 2020. Indígenas na cidade de Manaus. *Novo Cadernos NAEA*, v. 23, n. 3, p. 11-31, set-dez 2020.

PONTES, G. S. et al. Increased vulnerability to SARS-CoV-2 infection among indigenous people living in the urban area of Manaus. *Sci. Rep.* 11, 17534 (2021).

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. 1955. Primeiro Plano Quinquenal. SPVEA Setor de Coordenação e Divulgação.

RAMOS, Alcida Rita. 1993. **O papel político das epidemias: o caso yamomami.**

REZENDE, Marília. *Vanda: do Alto Solimões para o mundo.* Rio de Janeiro: Sabre Consultoria, 2021.

ROSA, Marlise. 2018. Indígenas em Manaus: a manutenção da identidade étnica no meio urbano *em* CALEGARE, Marcelo e Renan Albuquerque. *Processos psicossociais na Amazônia: reflexões sobre raça, etnia, saúde mental e educação.* Alexa Cultural: São Paulo.

SAINATO, Michael. 'Jeff Bezos values profits above safety': Amazon workers voice pandemic concern, The Guardian, 7 abril 2020.

SCHWARTZ Ilan S, David R Boulware e Todd C Lee. 2022. Hydroxychloroquine for COVID19: The curtains close on a comedy of errors. Lancet, Volume 11 July 2022.

SENADO FEDERAL. 2021. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021). Relatório Final.

SINGER Merrill et. al. 2011. A Companion to Medical Anthropology. Wiley-Blackwell.

S.P.V.E.A. 1955. Primeiro plano quinquenal (Iº Volume).

STROPASOLAS, Pedro. Covid-19 será cortina de fumaça para desmatamento, alerta especialista do Greenpeace. 20 abril 2020. <https://amazonia.org.br/2020/04/covid-19-sera-cortina-de-fumaca-para-desmatamento-alerta-especialista-do-greenpeace/>.

VAN DER GEEST, Sjaak e Susan Reynolds Whyte. 1988. **The context of medicines in developing countries**. Springer.

VARGAS, Mateus. **Bolsonaro impõe e Ministério da Saúde libera cloroquina para todos os pacientes com COVID-19**. Estadão 20 maio 2020.

VILHAÇA, Aparecida. 2020. Morte na floresta. Editora Todavia.

VISSER, Nick. **Amazon Worker Fired After Staging Walkout Over Company's Handling of Coronavirus Risk**. HuffPost US, 31 março 2020.

WALLACE, Robert G., e Wallace, Rodrick. 2016. *Neoliberal Ebola - Modeling Disease Emergence from Finance to Forest and Farm*. Springer.

WATANABE, Philippe. **O que Bolsonaro, Mandetta, a OMS e os hospitais de ponta dizem sobre a cloroquina**. Folha de São Paulo 31 março 2020.

WEI JI et al. 2020. **Homologous recombination within the spike glycoprotein of the newly identified coronavirus may boost cross-species transmission from snake to human**. Wiley Blackwell.

ZANK, Sofia e Natalia Hanazaki. The coexistence of traditional medicine and biomedicine: A study with local health experts in two Brazilian regions. PLoS One. 2017 Apr 17;12(4).