

Mulheres Indígenas de Manaus: Construindo Políticas Afirmativas no SUS

Manaus Indigenous Women: Building Affirmative Policies in SUS

Mujeres Indígenas de Manaus: Construyendo Políticas Afirmativas en el SUS

Vanessa Miranda¹

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Resumo

O presente artigo tem como objetivo apresentar problematizações entre a atenção diferenciada no SUS e políticas afirmativas conquistadas pela ação de mulheres indígenas na cidade de Manaus, Amazonas. Desde a década de 1970, identificamos na Amazônia Brasileira, região de fértil pluralidade étnica, uma rede de relações de gênero sendo tecida no interior do movimento indígena mais ampliado, criando um saldo organizativo de participação social em ações comunitárias que culminaram nas lutas e conquistas pela consolidação da saúde indígena no SUS. À luz da psicologia sócio-histórica e suas interfaces com a antropologia, história e saúde coletiva, buscamos revalorizar experiências de mulheres indígenas na cidade de Manaus, evidenciando suas contribuições à saúde diferenciada no SUS articuladas a outras políticas afirmativas conquistadas, como o direito à cidade, ao trabalho, direito à cultura e o direito à educação.

Palavras-chave: mulheres indígenas, Psicologia, participação social, atenção diferenciada, SUS

Abstract

This article aims to present problematizations between the differentiated attention in SUS and affirmative policies achieved by the action of indigenous women in the city of Manaus, Amazonas. Since the 1970s, we have identified in the Brazilian Amazon, a region of fertile ethnic plurality, a network of gender relations being woven within the broader indigenous movement, creating an organizational balance of social participation in community actions that culminated in the struggles and achievements for consolidation of indigenous health in the SUS. In light of socio-historical psychology and its interfaces with anthropology, history, and public health, we seek to revalue the experiences of indigenous women in the city of Manaus, highlighting their contributions to differentiated health in SUS articulated with other affirmative policies achieved as the right to the city, to work, the right to culture and the right to education.

Keywords: indigenous women, Psychology, social participation, differentiated care, SUS

Resumen

Este artículo tiene como objetivo presentar las problematizaciones entre la atención diferenciada en el SUS y las políticas afirmativas logradas por la acción de las mujeres indígenas en la ciudad de Manaus, Amazonas. Desde la década de 1970, hemos identificado en la Amazonía brasileña, una región de pluralidad étnica fértil, una red de relaciones de género tejidas dentro del movimiento indígena más amplio, creando un equilibrio organizacional de participación social en acciones comunitarias que culminaron en las luchas y logros para consolidación de la salud indígena en el SUS. A la luz de la psicología sociohistórica y sus interfaces con la antropología, la historia y la salud pública, buscamos reevaluar las experiencias de las mujeres indígenas en la ciudad de Manaus, destacando sus contribuciones a la salud diferenciada en el SUS articuladas con otras políticas afirmativas logradas, como el derecho a la ciudad, al trabajo, el derecho a la cultura y el derecho a la educación.

Palabras clave: mujeres indígenas, Psicología, participación social, atención diferenciada, SUS

Introdução

No Brasil, o tema Psicologia e Povos Indígenas vem cada vez mais conquistando espaços de pesquisa, quer seja na academia, quer seja nos movimentos sociais ou na formulação e implementação de políticas afirmativas de setores públicos que consideram o reconhecimento do direito à autodeterminação daqueles povos (Vitale & Grubits, 2009; Ferraz & Domingues, 2016).

¹ Endereço de contato: Policlínica Cardoso Fontes (SES/AM) - Rua Lobo D'Almada, 222, Centro, Manaus, AM. CEP: 69010-030. E-mail: vangmira@hotmail.com

Atualmente, a psicologia está diretamente presente na atenção ao cuidado da saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando metodologias de trabalho que contemplam as especificidades da atenção diferenciada quanto às características do território e terra indígenas, à história das etnias, à prevalência de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis em cada povo, à saúde mental, à segurança alimentar, às questões de gênero e aos direitos humanos (Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas do Sistema Conselhos de Psicologia [Crepop], 2013; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP], 2010; Salem, 2010; Miranda, 2015).

Há também a presença de psicólogos(os) que atuam em equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (Suas) promovendo ações que visam à garantia do acesso das populações indígenas aos benefícios de transferência de renda, como o Bolsa Família, além do acesso aos benefícios previdenciários, como aposentadoria e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Borges, 2016). Na área da educação, a psicologia tem contribuído na defesa das políticas de cotas e inclusão da população indígena em todos os níveis, do básico aos estudos pós-graduados (Salem, 2006).

Entendemos, aqui, por políticas afirmativas, uma pluralidade de processos sociais complexos que buscam definir ações de inclusão em direitos básicos (saúde, educação, trabalho, informação, cultura, alimentação) de minorias excluídas historicamente (povos tradicionais e indígenas, população negra, mulheres e crianças, idosos, população LGBTQIA+, população em situação de rua) na formulação e implementação de políticas públicas. Tais ações afirmativas seguem uma agenda definida por demandas criadas ao longo de décadas nos diversos setores da sociedade brasileira, da qual têm participado diretamente trabalhadores da saúde e educação, especialistas das mais diferentes áreas, movimento negro e indígena, além de lideranças de movimentos de mulheres indígenas. Nesse cenário de criação de políticas afirmativas, a despeito do preconceito e do racismo da classe dominante presente também nesse meio de disputas e luta de classes, é crescente o protagonismo de experiências de participação social de movimentos de mulheres indígenas de todo o Brasil, com destaque ao protagonismo de Associações de Mulheres Indígenas situadas na região norte da Amazônia Brasileira (Projeto Nova Cartografia Social. Série: Movimentos Sociais e Conflitos Sociais nas Cidades da Amazônia, 2008).

Em Manaus, capital do estado do Amazonas, experiências de mulheres indígenas envolvidas em movimentos sociais na cidade combinam suas práticas de artesanato às lutas de valorização da sua cultura e seu reconhecimento profissional como artesãs, participando diretamente de espaços de comercialização em feiras situadas em diferentes pontos da cidade. Hoje, a presença de indígenas de etnias diversas marca socialmente locais de trabalho consolidados na memória urbana, como a feira de artesanato da Avenida Eduardo Ribeiro, feiras e projetos da Fundação Amazonas Sustentável (FAZ), feira do Parque do Mindu, uma Maloca em espaço permanente no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (Inpa), quiosques em shopping centers, loja do Instituto Socioambiental (ISA), feira da Universidade Federal do Amazonas (Ufam), feira do Museu da Amazônia (Musa) no Largo São Sebastião, Centro de Medicina Indígena Bahserikowi, entre outros espaços conquistados em Manaus de exposição permanente da cultura indígena local, como o Centro Cultural Povos da Amazônia, Museu Amazônico da Ufam, Museu do Índio e o Musa, localizado na Reserva Adolpho Ducke da cidade de Manaus.

Estudos sobre a trajetória de mulheres indígenas organizadas em associações em Manaus, como a Associação de Mulheres Indígenas Sateré-Mawé (Amism) e Associação de Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro (Amarn), observam que a prática do artesanato é articuladora das lutas pela demarcação e manutenção das Terras Indígenas, pela atenção diferenciada no SUS, pela educação e pelo direito ao trabalho, constituindo a presença organizada daquelas mulheres na cidade em desdobramentos de políticas afirmativas promovidas por órgãos públicos do estado. Contudo, trata-se ainda de escala restrita de atendimento, se considerarmos o volume das demandas dos povos locais (Miranda, 2017; Chernela, 2011).

A história de formação de associações de mulheres indígenas, na cidade de Manaus e nos demais estados brasileiros, remete-nos a uma rede de relações de gênero que vem sendo tecida desde os anos 1970 no interior do movimento social indígena. Entre os anos de 2007 e 2008, o antropólogo Luís Roberto de Paula (2008, pp. 60-61) mapeou 34 associações de mulheres indígenas distribuídas entre os estados da federação, dezoito delas foram localizadas no estado do Amazonas. Sacchi (2003), em estudo anterior ao de Paula, afirma que na Amazônia Brasileira

[. . .] estão situadas a maior parte das organizações femininas e apenas duas surgiram na década de 1980, caso da Associação das Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro (AMARN) e Associação das Mulheres Indígenas de Taracuí, Rio Uaupés e Tiquié (AMITRUT), todas as demais foram fundadas a partir de 1990. Além dessas, outras organizações de Mulheres passam a assumir um papel mais significativo no movimento indígena: como a Associação de Mulheres Indígenas Sateré-Mawé/AMISM. (Sacchi, 2003, pp. 96-97)

Ricardo Verдум (2008) aponta que, no início do período de redemocratização da política brasileira, em meados da década de 1980, as mulheres indígenas organizadas em associações passaram a participar de processos amplos de reivindicações de direitos junto ao Estado brasileiro, enriquecendo o coletivo dos movimentos sociais indígenas e fortalecendo-o internamente, colocando-o no centro da discussão de novas pautas e políticas afirmativas. Nesse sentido, processos de auto-organização desenvolvidos pelas mulheres indígenas têm delimitado ações comunitárias por gestão participativa na saúde indígena do SUS quanto à saúde reprodutiva, à segurança alimentar, ao enfrentamento da violência contra a mulher e à prevenção do alcoolismo. Tais ações coexistem com atividades voltadas ao etnodesenvolvimento, como a produção do artesanato indígena e de outros saberes-fazeres tradicionais voltados, por exemplo, à arte do grafismo, do trançado de palha, da confecção de utensílios de uso doméstico, da produção de gêneros alimentícios e manutenção de rituais.

No texto “Mulheres Indígenas: Representações”, Cristiane Lasmar (1999) apresenta um panorama da presença de estudos etnográficos de gênero realizados na Amazônia Indígena a partir dos anos de 1970 e 1980. Para a autora, a etnologia amazônica experimentou nesse período uma expansão teórica considerável, marcada pelo sentido da “politização e organização crescentes das populações ameríndias, assim como pelo acúmulo e sofisticação da produção etnográfica”, que “têm levado os pesquisadores a uma reflexão mais profunda acerca das formas de sociabilidade próprias aos habitantes” da Amazônia Indígena (Coelho de Souza, 1995, como citado em Lasmar, 1999, p. 144). Problematicando desdobramentos teórico-metodológicos da etnografia de gênero nas sociedades ameríndias, Lasmar constata que o condicionamento do pensamento promovido pelo inculcamento da ideologia do

“Bom Selvagem” e da imagem do “bárbaro” conformou um conjunto de representações estereotipadas acerca do elemento feminino na etno-história. Desse modo, defende a autora que garantir visibilidade e dar voz às mulheres indígenas é a possibilidade de ressignificar e colocar em pé de igualdade os fazeres femininos no interior das ciências humanas, repensando o espaço das mulheres indígenas, quer seja na cena mítica, quer seja na cena da organização político-social de diferentes etnicidades.

Nesse campo de disputas marcado pela divisão de classes, a resistência de mulheres indígenas no campo e na cidade se organiza para enfrentar as constantes tentativas de perspectivas administrativas em gestões públicas de governo e da classe dominante para reproduzir sistematicamente um meio social de exclusões, inclusive pelo ocultamento da presença política desses sujeitos históricos na participação e conquista da sua própria inclusão no SUS, pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus), estabelecido pela Lei Sérgio Arouca n. 9.836 (1999), e na criação da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai), no ano de 2010. Alinhados à defesa da luta histórica dessa população, estão muitos professores, alunos, famílias, mulheres, homens, crianças, idosos e idosas, indígenas e não indígenas, bem como profissionais da área da saúde, que, pelo debate da revalorização dessas experiências, inclusive no campo da formação profissional, na área da pesquisa e na constituição de novos processos de trabalho, associam-se pela reivindicação de espaços de convívio na cidade, pelo direito à participação social e construção de políticas públicas, sem exclusões étnicas (Miranda, Santos, & Azevedo, 2016; Campos, 2003).

O tema em estudo neste artigo, o da construção da sociabilidade de mulheres indígenas em torno de políticas afirmativas articuladas à atenção diferenciada no SUS, na cidade de Manaus, merece que tais discussões acerca de problemas e possibilidades pelo campo da pesquisa em psicologia e saúde possam ser enfrentadas e explicitadas, pois pretende-se, aqui, revalorizar as experiências de participação social desses sujeitos históricos nos processos de formação de políticas públicas direcionadas à população indígena local.

Dados publicados em 2010 pelo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo-se pela primeira vez incluído os quesitos de etnia e de língua falada, preencheram importante lacuna, evidenciando a existência de notável sociodiversidade indígena no país. Como resultado dessa investigação, apontou o referido censo a ocorrência de 274 línguas indígenas faladas por indivíduos pertencentes a 305 etnias diferentes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2012, pp. 85-90).

Atualmente, o Brasil conta com uma população de 896 mil indígenas, sendo que, desse total, 517.383 indivíduos vivem em terras indígenas, e 379.534 residem fora de áreas demarcadas, tanto no meio rural como no espaço urbano. A região norte, ainda segundo o censo de 2010, indica a presença de 342.836 indígenas em seu território, o maior contingente dessa população em âmbito nacional, quando, desse total, 251.891 pessoas encontram-se em áreas demarcadas, e 90.945 em outras localidades (IBGE, 2012, p. 55). O Amazonas é o estado da Federação com o maior número de habitantes indígenas, 183.514, sendo que 129.529 residem nas terras indígenas, e 53.985 encontram-se fora dessas áreas (IBGE, 2012, p. 169). Sem afirmar quaisquer linhas explicativas a partir de argumentos demográficos, o que se apresenta pelos dados numéricos acima é o então aparecimento dessa população, historicamente excluída também dos anuários estatísticos, contribuindo para a construção ideológica da sua invisibilidade. Tal fato, além de encontrar apoio em formas inúmeras da

exclusão social, pode ser respaldado, igualmente, por dados censitários, sendo, essas, fontes históricas que precisam também ser problematizadas. É de se apostar que a continuidade do conjunto de políticas de inclusão instituídas nos últimos anos no país, como também pela luta no campo do direito à saúde, à cultura e à memória indígenas, venha a consolidar números cada vez mais aproximados da sua presença na realidade social brasileira, lugar em que ser índio é ainda sinônimo do que “já não é mais”.

É nesse contexto sócio-histórico que a Psicologia enquanto ciência e profissão tem proposto, junto aos Povos Indígenas do Brasil, uma construção dialógica que integre em sua prática a defesa e a garantia do direito constitucional à autodeterminação dos povos indígenas, conforme artigo 4º, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil (1988); dos direitos sociais, previstos no artigo 5º da mesma Constituição; da Lei n. 9.836 (1999), que dispõe sobre a organização, diretrizes e princípios do Sasisus; e da Portaria n. 2.759, do Ministério da Saúde (2007), que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.

Aporte Teórico-Metodológico

A metodologia de levantamento dos materiais e a seleção das fontes aqui apresentadas seguem em parte resultados de pesquisa de mestrado concluído em 2015, baseada na análise documental de registros arquivados na Amism (Miranda, 2015). Tais registros foram produzidos pelas próprias mulheres artesãs da associação, que, desde 1992, muitas na condição de migrantes da Terra Indígena Andirá-Marau, iniciaram em Manaus as primeiras articulações que culminaram na fundação da associação.

Entre os anos de 1993 e 1995, as reuniões realizadas por famílias Sateré-Mawé moradoras no bairro da Redenção deram início a pequenas ações locais, impulsionando a confecção do artesanato e a realização de um ciclo de viagens à Terra Indígena Andirá-Marau, com o intuito de mobilizar mulheres Sateré-Mawé nas aldeias.

Fundada a Amism em 1995, na aldeia Ponta Alegre do rio Andirá, com sede na cidade de Manaus, esse coletivo de mulheres segue, até os dias de hoje, com sua organização sociopolítica em torno da confecção e comercialização do artesanato e defesa dos direitos indígenas.

Por sua vez, o conjunto de políticas públicas e levantamento bibliográfico apresentado neste artigo, na área dos direitos humanos e da saúde indígena no SUS, segue problematização inspirada na metodologia do Crepop (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Também contribui para o olhar aqui alcançado acerca do tema a minha experiência profissional como psicóloga e servidora pública da Secretaria de Saúde de Estado do Amazonas (Susam), na cidade de Manaus, atendendo diretamente a população indígena urbana (mulheres, homens, crianças e idosos de diferentes etnias) no Programa de Adesão ao Tratamento Antituberculose do Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes, serviço de saúde do estado pertencente à atenção secundária do SUS.

A partir dessa trajetória de pesquisa acadêmica e exercício profissional, as análises pensadas para este artigo encontram na Psicologia Sócio-Histórica aporte teórico-metodológico para a revalorização da participação social de mulheres indígenas como sujeitos históricos, buscando identificar, nas ações registradas em relatórios de encontros temáticos, reuniões e apresentações públicas, aspectos subjetivos presentes nas políticas afirmativas articuladas à atenção diferenciada no SUS.

Para Gonçalves (2003), a Psicologia Sócio-Histórica busca compreender dimensões subjetivas dos fenômenos sociais no movimento histórico-dialético, entendendo que, nas contradições inerentes ao sistema capitalista, a subjetividade também é forjada na sua face de resistência ao liberalismo, engendrando sujeitos históricos capazes de transformarem a realidade e de se transformarem em busca de projetos emancipatórios rumo à autonomia dos sujeitos.

O indivíduo se constitui como sujeito no capitalismo e como sujeito histórico a partir das contradições desse mesmo capitalismo. [. . .]. A dimensão subjetiva se constitui por diversas mediações. Entre elas, a ideologia e as concepções de sujeito e subjetividade. Nossa proposta é que se trabalhe, no campo social das políticas públicas considerando que subjetividades constituídas no processo social e histórico podem ser produzidas na direção desejada. Ou seja, considerando que intervenções no campo das políticas podem contribuir para que se produzam experiências subjetivas que favoreçam subjetividades transformadas e transformadoras da realidade. (Gonçalves, 2003, p. 150)

Nessa perspectiva, Gonzalez Rey (2003) acrescenta que o processo de constituição da subjetividade não deve ser tomado por um psiquismo ou individualidade descolada das determinações da realidade social. Nesse aspecto, Furtado (2011) defende que a dimensão subjetiva da realidade se constitui a partir da historicidade das relações de produção e da luta de classes, engendrando sujeitos históricos que resistem à opressão e à exploração, criando valores coletivos e individuais que aspiram por políticas públicas de igualdade, autonomia e solidariedade.

Olhando por esse prisma, o trabalho de organização e resistência de mulheres indígenas em Manaus revela aspectos da dimensão subjetiva na luta por direitos transformada em conquistas por políticas afirmativas na saúde indígena no SUS contra as relações de exploração. Nesse sentido, observamos que o processo de construção de igualdade em relações de gênero, conquistada pelas experiências de participação social de mulheres indígenas, bem como no interior do movimento indígena mais ampliado em Manaus, é expressão do reconhecimento de dimensões subjetivas pertencentes à diversidade étnica na tessitura da atenção diferenciada no SUS. Um processo longo e árduo, mas que, apesar de todas as adversidades e ameaças constantes dos direitos indígenas já conquistados no Brasil, continua em curso graças à resistência organizada do movimento social indígena pela defesa da saúde e da democracia.

Relações de Gênero, Mulheres Indígenas e a Atenção Diferenciada no SUS

A historiografia dos movimentos sociais tem renovado esforços no sentido de recuperar práticas políticas também pelas sutis formas de organização e solidariedade forjadas no caminho dessas lutas (Antonacci, 1994; Sader, 1988; Silva, 1996), constituindo essa memória importante patrimônio histórico da cidade, quando sujeitos históricos aparecem também por seus gestos, olhares, singularidades e silêncios, sendo significativas todas essas dimensões subjetivas nas conquistas de políticas afirmativas articuladas à saúde diferencial no SUS.

A trajetória dos movimentos sociais de mulheres indígenas de Manaus, pela sua participação política e social, tem ampliado os debates acerca da criação e formulação de iniciativas de políticas afirmativas em prol da saúde indígena, afirmando as mulheres indígenas, nesse campo, como agentes sociais envolvidos na defesa de seus modos de vida como cultu-

ra. Importante revalorizar formas e estratégias de luta de mulheres indígenas na organização dessas iniciativas. Registros documentais de reuniões, encontros temáticos e de projetos, como veremos a seguir, evidenciam perspectivas, conforme salienta Sawaia (2014), de um “sofrimento ético-político”, dimensão subjetiva que não se separa da seriedade e do compromisso com que aquelas mulheres realizam sua caminhada de luta, quando também suas condições de mãe e esposa estão presentes.

Em 2002, lideranças dos movimentos sociais de mulheres indígenas de Manaus e outras cidades brasileiras reuniram-se em Encontro organizado pela Fundação Nacional do Índio (Funai) sobre Políticas Afirmativas, com o intuito de discutir e traçar diretrizes para a formulação de políticas públicas voltadas à mulher indígena. Consta no relatório final do referido Encontro, documento compilado e comentado pela antropóloga Rita Laura Segato (2002), que mulheres indígenas de vários estados brasileiros discutiram ampla e abertamente “a diversidade dos seus problemas no âmbito da saúde, educação, preservação dos costumes e do meio ambiente, trabalho, situação econômica [...] e experiências relativas à maternidade e criação dos filhos” (Segato, 2002, p. 4). No que tange às questões concernentes às “relações de gênero”, o relatório apresenta ainda categorias de análise (discutidas entre as participantes) que expressam realidades históricas quanto à condição da participação das mulheres indígenas e não indígenas na esfera de decisões públicas, como

os pares de binômios: dominação/subordinação - autonomia/dependência; grau de participação; autonomia de participação e participação nas decisões; prestígios e valor associados ao feminismo e ao masculino; espaço doméstico/espaço público- esfera doméstica/esfera pública. (Segato, 2002, p. 15)

Sobre a temática das relações de gênero, a antropóloga inglesa Marilyn Strathern (2006) estudou aquelas relações em sociedades melanésias, buscando delimitar a partir da antropologia comparativa modos de troca/dádiva que evidenciassem processos de formação nos planos da ideologia, da política e da produção. Ademais, o conceito de gênero elaborado pela autora expressa dinamicidade para a análise de dimensões subjetivas presentes nos movimentos de mulheres indígenas.

[...] categorizações de pessoas, artefatos, eventos, sequências etc., que se fundamentam em imagens sexuais- nas maneiras pelas quais a nitidez das características masculinas e femininas tornam concretas as ideias das pessoas sobre a natureza das relações sociais. (Strathern, 2006, p. 20)

A inevitável presença das relações de gênero nas sociedades melanésias, bem como nas ocidentais, fizeram com que Strathern empreendesse um movimento de aproximação e distanciamento entre o feminismo e as antropólogas feministas, afirmando que “não se pode falar no ‘feminismo’ como um fenômeno unitário” e que “o pensamento feminista, polifônico, por necessidade política, acomoda a antropologia como ‘uma outra voz’” (Strathern, 2006, pp. 54-76). A leitura de Strathern sobre o feminismo impõe distanciamentos e possibilidades de aproximação entre o movimento feminista e os movimentos sociais de mulheres indígenas, que alcançaram uma pluralidade de dimensões pela sua própria criação, não podendo ser reduzidos, como aposta Santos (2012), a um único ponto de partida de formação histórica e antropológica.

Em 2004, na cidade de Manaus, lideranças dos movimentos de mulheres indígenas e pesquisadores envolvidos nos processos sociais de garantia de direitos em saúde e políticas públicas de gênero reuniram-se em Encontro com o objetivo de apresentar e avaliar realidades locais, no contexto pan-indígena da Amazônia Brasileira, do Peru, Colômbia, Equador e Venezuela, enfrentadas no âmbito do direito à saúde reprodutiva (Fiocruz Amazônia, 2004). Sobre a apropriação das relações de gênero na saúde indígena, a liderança Valéria Tiriyo, do Parque do Tumucumaque, no Pará, fez as seguintes considerações, durante o Encontro referido acima:

[. . .] a gente esteve aqui durante dois dias discutindo a questão de gênero, saúde indígena e saúde reprodutiva e, dessas discussões todas, saíram algumas propostas que queremos encaminhar para a Conferência Nacional da Mulher. Mas antes de mais nada queremos que isso passe na Conferência da Mulher Indígena que está sendo planejada. Para nós temas como a questão de gênero não são fáceis. O que é gênero para nós mulheres indígenas? Essas foram algumas palavras que para nós são novas, foram introduzidas. (Tiriyo, V., Transcrição Fiocruz Amazônia, 2004)

A discussão proposta por Valéria Tiriyo nos faz pensar que as dimensões subjetivas do movimento social de mulheres indígenas se constituem por mediações que atravessam tanto sentidos da construção de gênero para este grupo quanto as conquistas na Amazônia brasileira alcançadas pela participação social de mulheres na formulação e implementação da atenção diferenciada da Saúde Indígena no SUS.

As falas das mulheres indígenas, representantes de associações de mulheres naquele Encontro, evidenciam que as formas de sociabilidade e organização próprias desses movimentos, em torno de melhores condições de vida e saúde, partem da experiência do enfrentamento cotidiano, vivido e debatido em ações comunitárias que tratam da violência contra a mulher nas relações de gênero atravessadas pela exploração dos fazendeiros, entrada do garimpo nas terras indígenas e o alcoolismo.

Em 1970 começamos com a organização. Surgiu a ideia de nos organizarmos através de grupos de corte e costura. Nesses encontros a gente aproveitava para trocar ideias sobre como estávamos vivendo, como poderíamos fazer para ajudar os homens. Por quê? Porque com a entrada dos fazendeiros, dos garimpeiros invadindo nossas terras estava judiando com todo mundo. Como falei desde o início, nós não somos contra os brancos; nós somos só contra aqueles que ficam nos explorando. Então é esse tipo de pessoa que machuca nosso sentimento. Enquanto os homens não se preocupavam com a vida tinha muito alcoolismo. Desde o início eu falava que não vou parar de falar sobre o alcoolismo. Antes a gente não tinha voz para dizer que não podia comprar. (Cruz, I., Transcrição Fiocruz Amazônia, 2004)

A narrativa de Ivete Cruz, então coordenadora da Organização de Mulheres Indígenas de Roraima (Omir), remonta a situações-limite de sofrimento psíquico e mental enfrentadas pelas mulheres indígenas, evidenciando relações de dominação e subordinação na divisão social de classes, “porque com a entrada dos fazendeiros, dos garimpeiros invadindo nossas terras estava judiando com todo mundo”. Ivete diferencia, em seu depoimento, a experiência humana entre “nós [mulheres e homens indígenas]” e “os brancos”, a qual é atravessada

pela luta de classes nas complexas relações de contato interétnico, e explica: “Como falei desde o início, nós não somos contra os brancos; nós somos só contra aqueles que ficam nos explorando”.

As condições históricas de expropriação de territórios indígenas, como a “entrada dos fazendeiros, dos garimpeiros invadindo nossas terras”, enfrentada por Ivete e seus pares, incidem violentamente nos modos de vida de suas famílias, trazendo com isso problemas crônicos de saúde, como o alcoolismo: “enquanto os homens não se preocupavam com a vida tinha muito alcoolismo. Desde o início eu falava que não vou parar de falar sobre o alcoolismo”. É possível ainda depreendermos da fala de Ivete que as “relações de troca”, forma social da cultura indígena que garante a esses sujeitos históricos sentimento de identidade étnica e de pertencimento, quando atravessadas por condições de alijamento e de exploração do trabalho, são negativamente ressignificadas em vivências interétnicas e relações de gênero injustas e desiguais.

Nossos produtos eram trocados por bebida dos brancos. Nossas criações sempre foram trocadas, nossos trabalhos mesmo, nossos produtos como farinha e as coisas que nós fazemos, eram trocadas. Nós mulheres trabalhamos mais do que os homens. Somos as primeiras a acordar e as últimas a dormir. Nós fazíamos essas coisas mas não tínhamos como dizer para os homens: “não venda porque sou eu quem trabalha; sou quem faço tudo”. Eles dizia: “mulher não pode mandar em mim”. (Cruz, I., Transcrição Fiocruz Amazônia, 2004)

Importante salientar que categorias de análise como “fatores de risco” e “condições de vida” são consideradas no presente artigo “expressões históricas”. Utilizadas em estudos epidemiológicos e de saúde coletiva, essas categorias visam explicitar os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) envolvidos historicamente nos processos de saúde-doença de indivíduos, grupos e coletividades (Buss & Pellegrini Filho, 2007), superando por essa perspectiva “as aproximações metodológicas que conduzem a uma naturalização da sociedade e dos fenômenos da cultura” (Leonardi, 2000, p. 13).

Exemplo dessa concepção de pesquisa, que articula noções de história à saúde coletiva, podemos encontrar no extenso relatório situacional sobre fatores de risco e transmissão do vírus HIV/aids apurados a partir das condições de vida entre índios e não índios em fronteiras Amazônicas do Brasil. Tal estudo, realizado sob a coordenação do historiador Victor Leonardi (2000), com objetivo de embasar diretrizes para políticas de prevenção do Ministério da Saúde, assinala duas preocupações teóricas aqui ratificadas, a primeira

foi a de não fazer das ciências médicas e biológicas um paradigma para se estudar os fenômenos sociais e culturais. Embora preocupado em buscar inter-relações entre saúde e processos sociais, evitei as aproximações metodológicas que conduzem a uma naturalização da sociedade e dos fenômenos da cultura. Nem sempre é fácil romper com esse modelo naturalizado de sociedade quando o tema é doença, que também faz parte da biologia, mas é o que tentei fazer ao longo deste livro. A segunda preocupação foi a de não abordar o fenômeno do contato interétnico de forma dualista: “instituições modernas *versus* costumes tradicionais”. Apesar das especificidades étnicas, todas as sociedades envolvidas no contato são sociedades contemporâneas, e em relação a elas não se pode utilizar categorias classificatórias como aquelas que dividem as sociedades

humanas em “avançadas”, “atrasadas”, segundo o maior ou menor grau de “progresso” nelas contido. (Leonardi, 2000, p. 19)

Ainda que o foco do presente artigo não esteja voltado diretamente às principais epidemias que têm acometido mulheres, crianças e homens indígenas de diferentes povos, o aporte de estudos que abordam a atual situação de saúde de povos indígenas do Brasil, como o realizado por Leonardi (2000), contribui para confrontarmos fontes de informação e documentação e a realidade social, oferecendo parâmetros de análise para a revalorização de experiências de participação social de mulheres indígenas nos processos de resistência, luta e reivindicação pela atenção diferenciada no SUS. Leonardi (2000), analisando relatórios de demarcação de terras pesquisados em arquivos documentais da Funai, observa que neles são anexados os seguintes documentos:

ofícios, cartas e abaixo assinados enviados pelos próprios índios- no decorrer dos anos de 1970, 1980 e 1990-, isso tornou essa documentação duplamente interessante, pois os índios não se limitam a reivindicar terra e fornecem, em cada nova petição, informações precisas sobre invasões de suas áreas por fazendeiros, ou por garimpeiros, e as situações de contato daí decorrentes, dando até mesmo o nome do “branco” que invadiu, ou roubou madeira, ou distribuiu bebida alcoólica em comício eleitoral, ou espancou índio, ou estuprou índia, ou é dono de prostíbulo em corrutela na qual algumas índias se prostituem. (Leonardi, 2000, p. 19)

Valdelice Verón, liderança indígena Guarani-Kaiowá do estado de Mato Grosso do Sul, durante a abertura da 2ª Mostra Nacional de Psicologia realizada em 2012, fez importantes considerações sobre a realidade social enfrentada por seu povo e pelos demais povos indígenas do Brasil.

Hoje, é um dia muito importante porque nós estamos construindo essa homenagem, essa homenagem não é só pra mim. Essa homenagem também são pras pessoas, os caciques que tombaram na luta pela sobrevivência, que tombaram na luta pela vida, pela vida do povo indígena Guarani-Kaiowá no Mato Grosso do Sul. E hoje nós estamos construindo um diálogo intercultural, um diálogo de conhecimento junto com a psicologia. É o que nós estamos precisando, é o que nós estamos necessitando no momento. Construir um diálogo, como a companheira aqui disse: “um diálogo, realmente, que seja das pessoas da base”, das pessoas que estão ali na linha de frente, das mulheres, das crianças, das pessoas da população da rua. Vidas que querem sobreviver, vidas que querem viver o outro dia, vidas que querem viver o amanhã. Então, essa homenagem são pro cacique Marçal de Sousa que tombou pela sua terra, são pro cacique Marcos Véron (meu pai) que também tombou na luta pela terra, são pros professores indígenas Angelindo e Dorival que tombaram na luta pela sobrevivência. São pro cacique Zezinho, da terra indígena Laranjeira Inhänderu, que foi atropelado por um carro (falaram que era acidente), pro cacique Amilton Lopes que até o ano passado nós estávamos aqui em São Paulo falando pros desembargadores, falando pros juízes que quando vem papel de lá pra cá, não assinar mais o nosso despejo. Porque nós estávamos sendo jogados na rua, na beira das estrada. Hoje, das sete pessoas que viemos no ano passado, nós estamos cinco já. (Véron, V., transcrição minha, 2012)

A presença pública de Valdelice, sua fala política, faz-nos pensar sobre a história das mulheres indígenas do ponto de vista de sua participação social nos processos de formação e

consolidação das políticas públicas destinadas aos povos indígenas no país. A narrativa de Valdelice é discurso histórico, rendendo homenagens a todos os “caciques que tombaram na luta pela sobrevivência”. Valdelice transforma sua história de luta em diálogo, buscando evidenciar a presença de mulheres, crianças, população em situação de rua, “pessoas que estão ali na linha de frente” e que reivindicam direito à vida “falando pros desembargadores, falando pros juízes que quando vem papel de lá pra cá, não assinar mais o nosso despejo”. Em outro momento da sua apresentação, Valdelice explicita o quanto a política de demarcação de terras está diretamente relacionada à saúde de seu povo e de sua comunidade.

Não dá pra atacar um comprimido anti-etanol num índio que você vê bêbado. Você não sabe, porque a dignidade deles tá lá embaixo. [todos aplaudem nesse momento da fala de Valdelice]. Eu digo que está a saúde mental, mas a saúde mental nossa está lá na terra, a terra é a essência da vida pro povo Guarani-Kaiowá, no Mato Grosso do Sul. [. . .] É assim que aconteceu com nós, e hoje nós estamos reunindo como membro pra retomada das terra tradicional, se reunindo nós vamo voltá, nós vamo retomá a nossa terra. Não adianta essas pessoas que se dizem civilizadas falá que nós queremos guerra, então vai te guerra. Nós não queremos guerra, nós tamo retomando esse pedacinho de terra pra nossa sobrevivência, pra nossa vida, pra construção de nossa autonomia, pra construção, pra reestruturação de nossa organização porque nas reservas indígena, área reservada pra índio nós não conseguimos respirá. Nós não temos autonomia, nós não temo dignidade. Lá nas terras indígena retomando, Sr. Paulo Maldos, lá nós temos de volta a nossa organização própria. Nós construímo de volta nossos saberes próprio, o nosso saber tradicional, o nosso modo de ser, a nossa dignidade, a nossa autonomia de volta. Sorrimos de volta, apesar de ter, de serem morto os nosso bisavô, os nosso avô, o nosso pai. (Véron, V., transcrição minha, 2012)

Assim como Leonardi localizou nos arquivos da Funai ofícios, cartas e abaixo-assinados escritos pelos indígenas que dão “informações precisas sobre invasões de suas áreas por fazendeiros, ou por garimpeiros, e as situações de contato daí decorrentes”, Valdelice, por meio de sua fala, teceu igual percurso político, reivindicando direitos pelo cumprimento da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Portaria n. 2.759, de 25 de outubro de 2007, do Ministério da Saúde), não pela ação assistencialista da distribuição de “um comprimido anti-etanol”, mas antes pelo direito de sua comunidade criar e manter formas de organização coletiva e saberes tradicionais em terras indígenas, que antes eram habitadas por seus parentes e que “tombaram” por elas. Assim, “sorrimos de volta, apesar de ter, de serem morto os nosso bisavô, os nosso avô, o nosso pai”, conclui Valdelice.

A concretização de parte das políticas afirmativas na saúde indígena do SUS é fruto de saldo organizativo de experiências sociais de indígenas do país, presentes entre essas mulheres também as indígenas de Manaus. Pela análise sócio-histórica de documentos (registros fotográficos, ata de fundação, atas de assembleias, relatórios de encontros e cartas) preservados no Arquivo da Amism, Miranda (2015) conclui que as atividades regulares daquela Associação contribuíram como força modeladora do social para a conquista do que hoje compreendemos ser a articulação entre políticas afirmativas e a atenção diferenciada no SUS. A luta contra o alcoolismo e o enfrentamento da violência contra a mulher indígena, contra a desnutrição de crianças e os altos índices de mortalidade materna e da primeira

infância atravessam todo o histórico da Amism, desde a ata de fundação nos anos 1990 até os dias de hoje, reafirmando pelo trabalho comunitário a continuidade da confecção de artesanato e a manutenção de modos de vida na cidade.

No aprimoramento desses dispositivos de participação e controle social atrelados às dimensões subjetivas das relações de gênero presentes no interior do movimento indígena mais amplo, acompanhamos a formalização de necessidades reivindicadas pelos movimentos de mulheres indígenas em Manaus em políticas afirmativas que contemplam as especificidades da saúde diferenciada no SUS.

30 Anos de SUS

20 Anos do Subsistema de Saúde Indígena (Sasisus)

Pouco mais de uma década após a instituição da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 (1990) do SUS, e com a Constituição de 1988, foi aprovada a Lei Sérgio Arouca n. 9.836 (1999), que incluiu os artigos 19A a 19H na Lei n. 8080 (1990). O conteúdo da Lei Arouca define as diretrizes do Sasisus, formado hoje por 34 Distritos Sanitários Especiais (DSEIs) distribuídos nas quatro regiões do Brasil, buscando atender a critérios de territorialidade, de diversidade étnica e planejamento de ações com equipe de saúde multiprofissional, de acordo com dados epidemiológicos de incidência e prevalência de doenças transmissíveis e não transmissíveis entre a população indígena de cada região. A Lei n. 9.836 (1999) também previu a participação social de indígenas em instâncias de controle social nos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisis), nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, nas Conferências de Saúde do SUS e Conferências de Saúde Indígena.

Na primeira e segunda década dos anos 2000, mulheres indígenas organizadas em movimentos sociais participaram ativamente de Encontros locais em Manaus, regionais e nacionais, tendo conquistado também, nesse período, assentos no Conselho Municipal da Saúde, Conselho Estadual da Saúde e Conselho Estadual da Mulher. Suas reivindicações nesses espaços mantiveram a luta pelo reconhecimento da atenção diferenciada no SUS, principalmente nos equipamentos de saúde (atenção básica e secundária) da rede pública de saúde de Manaus, que são mais comumente utilizados pela população não indígena em geral. Nem toda a população indígena amazonense vive em terras indígenas, aldeias urbanas ou assentamentos indígenas rurais ou urbanos cobertos territorialmente pelos seis DSEIs do estado (DSEI Manaus, DSEI Alto Rio Negro, DSEI Alto Rio Solimões, DSEI Médio Rio Purus, DSEI Médio Rio Solimões e DSEI Parintins). Há um número considerável de famílias que se autodeclararam indígenas e que residem pelos diversos bairros periféricos da capital. Essa presença indígena na cidade, de grupos étnicos que moram em área urbana, passou a ser parcialmente atendida, como afirmam as autoras Miranda, Santos e Azevedo (2016), a partir da participação social do movimento indígena local articulada à implantação de políticas públicas no âmbito estadual e municipal, como o Incentivo à Atenção Especializada dos Povos Indígenas (IAE-PI) e o Incentivo à Atenção Básica dos Povos Indígenas (IAB-PI).

Nos anos 2000, as reivindicações dos movimentos sociais indígenas em Manaus convergiram para uma possibilidade real de aplicabilidade da lei de recursos públicos previstos à saúde indígena no âmbito direto da gestão em saúde municipal e estadual. Dessa forma, para além dos recursos destinados aos DSEI, os estados e municípios brasileiros

passaram a contar com recursos específicos para o cumprimento integral das políticas de saúde indígena previstas no Subsistema de Saúde Indígena, como o IAE-PI e o IAB-PI. (Miranda, Santos, & Azevedo, 2016, p. 117)

No entanto, a aplicabilidade desses recursos, tanto na esfera estadual quanto municipal, não alcança, na maioria das vezes, as demandas locais por atenção diferenciada. É nesse aspecto que a participação social de mulheres e homens integrantes de Associações e movimentos indígenas em Manaus tem pressionado a gestão pública local para o cumprimento do que já foi conquistado em termos constitucionais.

Em 2008, estive em Manaus uma equipe de especialistas da Plataforma Dhesca Brasil para inspeção de violações de direitos humanos no atendimento da atenção diferenciada da população indígena local. A visita foi motivada por contato realizado pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) e por pesquisadores da Coordenação de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), que apresentaram à Plataforma Dhesca Brasil (2008) violações das condições de saúde sofridas pelos indígenas da Amazônia brasileira. A visita se deu em período anterior ao da implantação da Sesai, momento em que a saúde indígena estava sob a gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão público federal, assim como a atual Sesai.

Os problemas verificados, e que são as causas das violações ao direito à saúde indígena encontradas, vão desde a própria lógica organizacional dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, até a atenção concreta à saúde dos povos indígenas, em especial no Estado do Amazonas. (Plataforma Dhesca Brasil, 2008, s.p.)

A inspeção que ocorreu no DSEI Manaus, na Funasa e Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai), também visitou a aldeia Sateré-Mawé, no bairro da Redenção, e a aldeia Tikuna, no bairro Cidade de Deus, onde foram constatadas más condições de saúde ambiental, como a falta de saneamento básico e difícil acesso à rede de transporte urbano. Sobre a percepção dos indígenas que vivem em áreas urbanas, o documento fez a seguinte afirmação:

Os índios que migram para a cidade de Manaus estão à margem do sistema de atenção à saúde indígena no Brasil, em decorrência da má organização dos serviços da FUNASA que ignora os indígenas que habitam áreas urbanas. Isto se deve ao fato de que, ao se integrarem ao espaço urbano, os índios passam a ocupar um curioso papel social na medida e que não são mais reconhecidos como índios, mas também não são considerados cidadãos como todos os demais. (Plataforma Dhesca Brasil, 2008, s.p.)

Desde a criação do IAE-PI em 1999 até a missão de inspeção efetuada pela equipe da Dhesca Brasil, mudanças aconteceram na afirmação da atenção diferenciada no SUS. A criação da Sesai no ano de 2010, como já mencionamos, é uma delas. A realização da III, IV e V Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) nos anos de 2001, 2006 e 2014, respectivamente, do ponto de vista dos princípios da participação social e da equidade no SUS, é outra conquista significativa concretizada. Mas é a partir da III CNSI (2001) que, conforme observamos pelos relatórios finais, a participação social de mulheres indígenas nessas instâncias de decisão é confirmada, bem como aparecem as suas demandas pela atenção diferenciada em propostas e em moções de repúdio acerca das dificuldades e dos agravos à saúde enfrentados.

Nós, Delegados na III Conferência Nacional de Saúde Indígena, nos manifestamos a favor da construção de um novo Modelo de Assistência à Saúde às Mulheres Indígenas, garantindo: atendimento diferenciado voltado para as diversas realidades das comunidades em todo Brasil; Programa de atendimento à saúde integral da mulher nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, exames preventivos de câncer da mama e de colo uterino, participação da mulher nas ações de saúde, acesso a acompanhamento de pré-natal, criação de um programa de capacitação das parteiras tradicionais visando a valorização do parto natural e criação de um sistema de vigilância nutricional adequado à realidade de cada povo. (III CNSI, 2001, s.p.)

Ministério da Saúde realizará, com apoio da Funasa, atividades de educação permanente para a formação das mulheres indígenas e sua integração às equipes multidisciplinares de saúde indígena e às atividades de saúde da mulher e da criança. Deve garantir a contratação de parteiras tradicionais, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saúde bucal do sexo feminino, para as equipes multidisciplinares indígenas. (IV CNSI, 2006, p. 126)

No relatório final da V CNSI (2014), precisamente na seção que trata do perfil dos participantes, a presença das mulheres é tão destacada quanto o aumento do número total de delegados indígenas em relação à realização da IV CNSI.

vamos mais além na transparência [. . .] esmiuçando e apresentado essa paridade e participação conforme resultados [. . .] que rompem os paradigmas culturais da participação de gênero (com uma razão entre sexo de aproximadamente 1:2, em outras palavras, uma delegada para cada dois delegados). (V CNSI, 2014, p. 194)

Trata-se aqui da expressão social e politicamente consolidada de um saldo organizativo de décadas dos movimentos de mulheres indígenas, o resultado de dimensões subjetivas presentes nas relações de gênero transformadas e transformadoras em pequenas/grandes conquistas de ações afirmativas pela atenção diferenciada no SUS. São conquistas históricas que avançaram a experiência de cidadania na região, demarcando novos patamares de direitos e igualdades sociais e econômicas em 500 anos de resistência indígena no Brasil.

Financiamento

Este artigo contou com apoio de bolsa concedida pelo Conselho Nacional Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

- Antonacci, M. A. (1994). Cultura, trabalho e meio ambiente: Estratégias de empate no Acre. *Revista Brasileira de História. SP: Anpuh/Marco Zero*, 14(28), 1994. pp. 247-67.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. (2003). 32a ed. São Paulo: Saraiva.
- Borges, J. C. (2016). A sociedade brasileira nos fez pobres: Assistência social e autonomia étnica dos povos indígena. O caso de Dourados, Mato Grosso do Sul. *Horizontes Antropológicos*, 22(46), pp. 303-328, Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832016000200011>

- Buss, P. M.; Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 77-93.
- Campos, G. W. S. C. (2003). Saúde Paideia. São Paulo: Editora Hucitec.
- Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas do Sistema Conselhos de Psicologia. (2013). *Atuação das(os) Psicólogas(os) em Questões Relativas a Terra*. Brasília: CFP, 122 p.
- Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas do Sistema Conselhos de Psicologia. (2012). *Metodologia de Pesquisa do Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas*. Brasília: CFP, 64 p.
- Chernela, J. M. (2011). Indigenous Rights and Ethno-Development: The Life of an Indigenous Organization in the Rio Negro of Brazil. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 9(2), pp. 92-120. Disponível em <http://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/vol9/iss2/5>
- Conselho Federal de Psicologia. *Metodologia do Centro de Referências em Psicologia e Políticas Públicas*. (2012). Brasília: CFP/Sistema Conselhos de Psicologia. Disponível em http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2015/08/CREPOP_2012_Metodologia.pdf
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2010). *Psicologia e povos indígenas*. São Paulo: CRP-SP.
- Cruz, I. (2004). *Encontro Estados Nacionais, Saúde e as Mulheres Indígenas na Amazônia: políticas públicas, cultura e direitos reprodutivos no contexto Pan-Amazônico*. Transcrição em CD-ROM. Fiocruz Amazônia [Consulta local na Biblioteca Fiocruz Amazônia].
- Ferraz, I. T., & Domingues, E. (2016). A psicologia brasileira e os povos indígenas: Atualização do estado da arte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), pp. 682-695. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001622014>
- Fiocruz Amazônia (2004). *Encontro Estados Nacionais, Saúde e as Mulheres Indígenas na Amazônia: políticas públicas, cultura e direitos reprodutivos no contexto Pan-Amazônico*. Transcrição em CD-ROM [Consulta local na Biblioteca Fiocruz Amazônia].
- Fundação Nacional do Índio. (2002). *Encontro Uma Agenda de Ações Afirmativas para Mulheres Indígenas do Brasil*. Relatório Final, Brasília, DF. 62 p. Compilado por Rita Laura Segato.
- Furtado, O. (2011). Trabalho e Solidariedade. São Paulo: Cortez.
- Gonçalves, M. G. M. (2003). *Psicologia Socio-Histórica e Políticas Públicas: A dimensão subjetiva de fenômenos sociais* (Tese de Doutorado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica-SP).
- Gonzalez Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Censo Demográfico ano de 2010 - Características gerais dos indígenas*. Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE, 244 p.
- II Mostra Nacional de Práticas em Psicologia. (2012). Centro de Convenções Anhembi Morumbi. São Paulo. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=k2_E6iV67w8
- III Conferência Nacional de Saúde Indígena. (2001). *Relatório Final*. Brasília. Disponível em: <https://6cnsi.com/historico/>
- IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. (2006). *Relatório Final*. Brasília. Disponível em: <https://6cnsi.com/historico/>

- Lasmar, C. (1999). Mulheres indígenas: Representações. *Revista Estudos Feministas*, 7 (1,2), pp. 143-156. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11989>
- Leonardi, V. P. de B. (2000). *Fronteiras amazônicas do Brasil. Saúde e história social*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Marco Zero.
- Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.759*, de 25 de outubro de 2007. (2007). Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. Brasília-DF.
- Miranda, V. (2017). Lutas de mulheres indígenas por saúde e outros direitos. *Revista Projeto História*, 58, 363-382. Disponível em <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2767.2017v58p363-382>
- Miranda, V. (2015). *Mulheres indígenas na cidade: cultura, saúde e trabalho* (Manaus, 1995-2014) (Dissertação de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Fiocruz/Ufam). Disponível em <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4642/statistics>
- Miranda, V., Santos, F. V., & Azevedo, P. F. da S. (2016). Participação Social E Saúde: Experiências do movimento social e a construção da saúde indígena em Manaus. In Ceccim, R. B. et al. (Org.), *Informes da atenção básica: Aprendizados de intensidade por círculos em rede*. Porto Alegre: Rede Unida. doi: <http://dx.doi.org/10.18310/9788566659597>
- Paula, L. R. (2008). A organização institucional do movimento das mulheres indígenas no Brasil atual: Notas para começar a pensar. In Verdum, R., *Mulheres indígenas, direitos e políticas públicas*. Brasília: Inesc, pp. 55-66.
- Plataforma Dhesca Brasil. (2008). *Missão de investigação do direito humano à saúde: A Saúde Indígena em Manaus/AM – Brasil*. Disponível em http://www.dhnet.org.br/dados/relatorios/r_dhescas_br/missao_2008_am_manaus_saude_indigena.pdf
- Projeto Nova Cartografia Social (2008). *Série Movimentos Sociais e Conflitos Sociais nas Cidades da Amazônia*. Disponível em <http://www.novacartografiasocial.com.br>
- Sacchi, A. (2003). Mulheres indígenas e participação política: A discussão de gênero nas organizações de mulheres indígenas. *Revista Antropológicas*, 14(1/2), pp. 95-110.
- Sader, E. (1988). Quando novos personagens entram em cena. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Salem, E. N. (2006). Educação e saúde: A Psicologia na formação de professores Sateré-Mawé. (Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal do Amazonas).
- Salem, E. N. (2010). *Encontro com o Povo Sateré-Mawé para um Diálogo Intercultural sobre a loucura* (Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto).
- Santos, F. V. (2012). Mulheres indígenas, movimento social e feminismo na Amazônia: Empreendendo aproximações e distanciamentos necessários. *EDUC Amazônia Educação, Saúde e Meio Ambiente*, 8, pp. 94-104.
- Sawaia, B. B. (2014). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão-inclusão. In Sawaia, B. B. (Org.), *As artimanhas da exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.
- Segato, R. L. (2002). *Uma agenda de ações afirmativas para mulheres indígenas no Brasil*. Brasília: Funai.
- Silva, M. A. (1996). A cidade e seus patrimônios (textos, imagens e sons). *Revista Projeto História*, 13, pp. 71-80.
- Strathern, M. (2006). O gênero da dádiva: Problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia. Tradutor: André Villalobos. Campinas, SP: Editora da Unicamp.

- Tiriyó, V. (2004). Fiocruz Amazônia. *Encontro Estados Nacionais, Saúde e as Mulheres Indígenas na Amazônia: políticas públicas, cultura e direitos reprodutivos no contexto Pan-Amazônico*. Transcrição em CD-ROM [Consulta local na Biblioteca Fiocruz Amazônia].
- V Conferência Nacional de Saúde. (2014). *Relatório Final*. Brasília. Disponível em: <https://6cnsi.com/historico/>
- Véron, V. (2012). In *II Mostra Nacional de Práticas em Psicologia*. Centro de Convenções Anhembi Morumbi. [Transcrição própria]. São Paulo. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=k2_E6iV67w8
- Verdum, R. (Org.). (2008). *Mulheres indígenas, direitos e políticas públicas*. Brasília: Inesc.
- Vitale, M. P., & Grubits, S. (2009). Psicologia e povos indígenas: Um estudo preliminar do “Estado da Arte”. *Revista Psicologia e Saúde*, 1(1), pp. 15-30.

Recebido em: 30/07/2019

Última revisão: 03/12/2019

Aceite final: 17/01/2020

Sobre a autora:

Vanessa Miranda: Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos de Psicologia: Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP). Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas e Fiocruz Amazônia. Psicóloga da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES/AM), na cidade de Manaus. **E-mail:** vangmira@hotmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-7570-3155>