

A AGÊNCIA INDÍGENA AMAZÔNICA NA PANDEMIA DE COVID-19 NO PERU

The Amazonian indigenous agency in the COVID-19 pandemic in Peru
La agencia indígena amazónica en la pandemia de COVID-19 en el Perú

Cynthia Cárdenas Palacios¹

Resumo

Neste artigo, procuro demonstrar que durante a crise sanitária produzida pelo COVID-19, no Peru, os povos indígenas amazônicos tiveram um papel fundamental na implementação das medidas -tardias- governamentais. Diante de um Estado para o qual os indígenas continuam invisíveis, esses povos estão fazendo uso de seus conhecimentos e sua medicina, assim como de outras estratégias para o enfrentamento ao coronavírus em seus territórios.

Palavras chaves: Agência indígena, amazônia peruana, COVID-19.

Abstract

Through this article I want to show that during the sanitary crisis in Peru caused by COVID-19, Indigenous people have played a key role to reduce the health impact resulting from the delayed governmental response. In response to a government that continues to ignore and invisibilise Indigenous peoples, this group is using their knowledge and medicine as well as other strategies I will describe in the article, to face the presence of COVID-19 in their territories.

Keywords: Indigenous agency, Peruvian Amazon, COVID-19.

Resumen

En este artículo tengo la intención de mostrar que durante la crisis sanitaria producida por el COVID-19, en el Perú, los pueblos indígenas amazónicos han tenido un papel fundamental en la implementación de las medidas tardías gubernamentales. Frente a un Estado para el cual los indígenas continúan invisibles, esta población haciendo uso de sus conocimientos y medicina, así como de otras estrategias conseguirán hacer frente al coronavirus en sus territorios.

Palabras claves: Agencia indígena, amazonia peruana, COVID-19.

Introdução

O hashtag “Emergência Indígena” se popularizou no Peru durante a pandemia de COVID-19, como uma estratégia das organizações indígenas amazônicas, principalmente da Asociación Interétnica de Desarrollo da Selva Peruana (AIDSESP), para tornar visível a vulnerabilidade estrutural e a situação emergencial que atravessavam os povos indígenas. Inicialmente, AIDSESP e suas bases solicitaram ao governo a implementação urgente de medidas para fortalecer os cercos epidemiológicos, formados pelas comunidades com o fechamento de suas fronteiras e o auto isolamento. Apesar das inúmeras alertas, a falta de previsão, orçamento, entraves burocráticos e a lentidão na atuação do governo expôs os povos indígenas ao contágio em massa e à morte. Neste contexto pandêmico, as demandas e denúncias indígenas, as redes de solidariedade, o diálogo de saberes, mas especialmente a aplicação da medicina indígena foram chaves para que com novas e

¹ Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

velhas estratégias enfrentassem o COVID-19, dentro e fora de seus territórios.

Este texto visa refletir sobre as medidas adotadas pelo governo peruano na pandemia por COVID-19 para a Amazônia, bem como as estratégias de AIDSESEP e suas bases para deter a propagação da doença. A partir dos questionamentos indígenas aos discursos e atuações do governo, mostra-se que o aparato estatal, sem a participação e envolvimento da estrutura organizacional e a logística indígena, dificilmente poderá melhorar a assistência sanitária nas comunidades. Estes questionamentos, além disso, tencionam a concepção pública estatal e a aplicação de categorias como interculturalidade, diálogo e participação. Sugiro que a incorporação destas categorias acabam sendo discursos vazios, quase impossíveis de serem aplicados em um contexto, onde as políticas públicas são definidas por aspectos econômicos que não consideram as epistemes e propostas indígenas em sua formulação. Considero significativo (re) pensar além da pandemia o que os povos indígenas estão colocando em torno da relação estado-povos indígenas no campo da saúde.

Durante a pandemia, uma das ferramentas mais empregadas pelas organizações indígenas para difundir suas demandas e propostas tem sido as plataformas virtuais. Através de conferências, animações, cartazes, pronunciamentos públicos, entre outros, nos fizeram conhecer sua problemática. Por isso, neste texto, retomo alguns dos cartazes -gráficos que percebo-os como marco, lembretes virtuais e visuais da agência indígena-elaborados por AIDSESEP e suas bases, para apresentar alguns traços do ocorrido na pandemia, de março a dezembro de 2020. Neste tempo, devido ao meu trabalho prévio no Programa de Saúde Indígena de AIDSESEP, pude acompanhar algumas federações indígenas. Em grande parte, a informação aqui apresentada está baseada em minha participação em reuniões e conversações com profissionais indígenas da saúde, dirigentes e lideranças indígenas, e na informação difundida em suas plataformas virtuais.

Os indígenas são cidadãos de segunda classe?



Os indígenas não são cidadãos de segunda classe, é uma frase utilizada pelo movimento indígena amazônico peruano para enfatizar que têm os mesmos direitos que os demais cidadãos peruanos. Este lema surgiu em 2009, no contexto das mobilizações indígenas lideradas por AIDSESEP contra as “Leis da Selva”, que punham em risco a integridade territorial das comunidades nativas, como uma resposta às expressões do então presidente Alan Garcia. Quem manifestou publicamente que “estas pessoas não são cidadãos de primeira classe, que possam dizer 400 mil nativos a 28 milhões de peruanos você não tem direito de vir aqui (...), quem pensar dessa maneira quer nos levar à irracionalidade, ao retrocesso primitivo”. Este discurso expôs, uma vez mais, a discriminação estrutural existente no Peru, pois os indígenas continuam sendo percebidos, repre-

sentados e tratados como inferiores e não civilizados.

O dia 05 de junho, como se vê no cartaz, representa uma data importante para os indígenas amazônicos. Esse dia lembram que em Bagua-Amazonas, em 2009, após 55 dias de greve, quando os manifestantes Awajún e Wampis estavam por retornar da curva do diabo às suas comunidades, depois que seus líderes concordaram em liberar a estrada, foram violentamente desalojados pela polícia e pelas forças armadas. O Baguazo, como é conhecido este conflito social, foi um ponto de inflexão na história do Peru, já que colocou os indígenas amazônicos pela primeira vez no imaginário nacional enquanto atores chave dispostos a defender seus direitos. Para atender a dívida histórica com esta população, pós-Baguazo, o Estado, enquanto perseguia judicialmente as lideranças envolvidas neste conflito, conformou 4 mesas de diálogo com os representantes indígenas. Apesar do trabalho árduo e da formulação de ações concretas, nem todos os objetivos traçados pelos grupos foram cumpridos, mas se conseguiu avançar na construção de propostas de políticas públicas orientadas a solucionar a problemática indígena (CAVERO, 2011).

Com a criação, em 2010, do Ministério da Cultura (MINCU), entidade orientadora das políticas para o desenvolvimento dos povos indígenas e a incorporação da abordagem intercultural nas políticas públicas, tal como a formulação, nos diferentes sectores, de normas que incorporam a interculturalidade em determinados processos, deram a aparência de uma sorte de “avanços”. No entanto, esta tentativa de fortalecer a frágil institucionalidade estatal indígena não impediu que as tensões entre os povos indígenas e o Estado permanecessem. Assim, quando a pandemia do COVID-19 chegou ao território amazônico, fomos testemunhas de que além dos papéis e da retórica intercultural, o Estado continua ausente e são mínimas as ações interculturais ou para esta população postas realmente em prática. No bicentenário, o vírus veio mostrar quão pouco se tinha avançado na relação e atenção dos povos indígenas.

O Peru é um dos países mais afetados pelo COVID-19, já que tem a maior taxa de mortalidade por cada milhão de pessoas, atualmente o número de mortos é maior que 190 mil (MINSA², 2021). Embora se esteja progredindo com a vacinação e o número de casos e mortes tenha diminuído, a situação continua crítica, devido à precariedade do sistema de saúde. O COVID-19 encontrou o Peru com hospitais velhos, especialistas e médicos mal remunerados e sem seguros médicos, falta de materiais, laboratórios especializados, camas UCI³ e ventiladores mecânicos (MAGUIÑA-VARGAS, 2020). Por esta razão, para além da imobilização social, da paralisação das atividades, do subsídio às famílias vulneráveis, as medidas governamentais centraram-se no reforço do sistema de saúde, principalmente nas cidades, a fim de evitar o seu colapso. No entanto, o recrutamento de pessoal, a compra de testes rápidos, insumos, equipamento de biossegurança e medicamentos, a concentração das medidas nos estabelecimentos de alto nível, a saturação dos espaços de cuidados, e a falta de regulação de preços na venda de medicamentos e de oxigênio medicinal acabou provocando uma crise sanitária.

² Ministerio de Salud.

³ São as camas disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No Peru esta área se chama UCI.

Declaração da emergência indígena ante o coronavírus



A crise sanitária provocada pelo COVID-19, foi sentida com mais força nos estratos socioeconômicos mais pobres e nos territórios indígenas amazônicos. O Peru goza de uma diversidade cultural e linguística, já que é habitado por 55 povos indígenas e 12 povos em isolamento voluntário (MINCU, 2021). Esta diversidade não se vê refletida na prestação dos serviços públicos, como assinala AIDSESEP, no cartaz viralizado em 03 de abril de 2020. Esta população está invisibilizada pelos registros e estatísticas nacionais, por mais que existe uma normatização para incorporação da variável étnica nas histórias clínicas, não se conhece com precisão seus indicadores sanitários nem seu perfil epidemiológico.

Cabe precisar que a oferta sanitária no contexto amazônico é de baixa qualidade⁴. Apenas 32% das comunidades contam com um estabelecimento de saúde, a maioria são postos, que estão desabastecidos; pois faltam medicamentos e insumos, e há pouco pessoal de saúde, principalmente médicos, (INEI, 2017; DEFENSORIA DEL PUEBLO, 2017). Para aceder a estes serviços, devido à dispersão geográfica, a população deve percorrer longas distâncias. Neste cenário, os povos e organizações indígenas, conhecedores desta realidade, ao saber do COVID-19, declararam-se em Emergência Indígena, alertaram as autoridades sobre o perigo que esta doença representava para eles e tomaram ações imediatas de proteção. Tais como isolar-se, restringir o trânsito de pessoas nas comunidades, ativar redes de solidariedade, estabelecer vigilância comunitária e protocolos de biossegurança (CÁRDENAS, REYMUNDO, 2021).

Paralelamente, as organizações fizeram incidência política e pressão mediática para que se implemente com urgência um Plano de Saúde diferenciado. Além disso, solicitaram sua participação na abordagem, desenvolvimento e gestão das medidas, e para manter o isolamento a incorporação na ajuda social de um bônus COVID-19 comunidades indígenas, equivalente em víveres e materiais de desinfecção (AIDSESEP, 2020). Como a dispersão e as distâncias geográficas dificultam a chegada do Estado à Amazônia, disponibilizaram sua logística para transportar mais rápida e diretamente os medicamentos, testes e equipamentos.

Em tempos caracterizados por uma redistribuição desigual da vulnerabilidade e por compromissos com formas de violência futuristas e arcaicas (MBEMBE, 2021), apesar da predisposição das lideranças de colaborar com o governo, na pandemia os povos indígenas foram obviados

⁴ O gasto em Saúde do Peru é um dos mais baixos da América Latina, o orçamento para o ano 2020 neste setor foi de 18 milhões 495 novos sóis, o que representa 3,2% do Produto Interno Bruto.

na formulação das estratégias gerais. Somente cem dias após a declaração de Emergência Sanitária, como consequência da pressão mediática, começaram a serem formuladas medidas específicas para esta população.



Neste cartaz com o testemunho de Lizardo Cauper, divulgado no Facebook do AIDSESEP em 21 de abril de 2020, se aprecia o questionamento indígena feito à atuação do governo na pandemia. Por outro lado, revela a falta de um sistema de saúde diferenciado, a exclusão, a discriminação e o racismo estrutural que vivem estes povos. Gostaria notar que esta população vem experimentando uma transição epidemiológica, devido à maior presença de forasteiros em seus territórios, a extração de recursos, a contaminação, o deterioro de seu meio ambiente e a mudança em seus padrões de assentamento (DEFENSORIA DEL PUEBLO, 2018). Isto está causando o surgimento de doenças como dengue, tuberculose, HIV/Aids, malária, parasitose, diabetes, leishmaniose, anemia, entre outras. Em consequência, a alta prevalência destas doenças juntamente com as condições precárias dos serviços de saúde na Amazônia, coloca aos povos indígenas numa situação de vulnerabilidade estrutural.

Propagação do coronavírus nos povos indígenas amazônicos



Não obstante tenham sido tomadas medidas nas comunidades para deter a entrada do coronavírus, este chegou aos territórios amazônicos, especialmente quando se flexibilizou o isolamento

para permitir a entrada e saída de pessoas das comunidades. Embora o isolamento voluntário tenha sido uma prática comum dos povos indígenas para se protegerem das invasões e epidemias, e ainda se mantém entre alguns deles, na pandemia comunidades com um intenso contato optaram por isolar-se (VILAÇA, 2020). Inclusive algumas famílias Urarina no rio Chambira ou Awajún em Imacita deixaram suas casas habituais e buscaram proteção selva dentro. Mas para muitos indígenas, manter o isolamento nas atuais condições foi complicado, pois não têm recursos suficientes para garantir sua autossuficiência e dependem cada vez mais dos produtos de fora, o dinheiro e a assistência social que recebem do Estado.

O isolamento foi flexibilizado, pelo menos, por 4 razões: gerir o apoio com as autoridades, cobrar o dinheiro dos programas sociais, abastecer-se de alimentos e deixar entrar os *retornantes*⁵. Os *retornantes*, indígenas que viviam nas cidades, na pandemia ficaram sem recursos pela quarentena, por isso decidirão voltar caminhando a suas comunidades, seus parentes inteirados da situação, embora pudessem estar contagiados, decidiram recebê-los. Para evitar o contágio, tomaram algumas medidas como relata o técnico Achuar Alfredo Sandi (2020, conversa pessoal); “foi criado um acampamento em frente à Nova Aliança, na boca do Urituyacu, para que os *retornantes* mantivessem sua quarentena. Eles permanecem cerca de 25 dias, e toda a comunidade colabora para a sua alimentação”.

Assim os indígenas criaram seus próprios protocolos para a quarentena dos *retornantes*, estabelecendo locais fora ou dentro das comunidades ou permitindo que as famílias isolem seus parentes. Além disso, solicitavam ao pessoal de saúde a realização de testes rápidos. Em alguns casos, os testes não puderam ser aplicados a toda a população que regressava, porque não se dispunha de provas suficientes. Em geral, a flexibilização do isolamento foi acompanhada de medidas tais como: criação de seus próprios protocolos para a distribuição de alimentos, remédios e bônus, quarentena dos *retornantes*, manejo de cadáveres. No entanto, revelaram-se insuficientes para conter a rápida propagação do vírus.

Um dos principais agentes de transmissão do coronavírus na Amazônia indígena tem sido as políticas do governo. Como enfatiza o líder Awajún Zebelio Kayap (2020, conversa pessoal) “em vez de resolver o problema, o Governo com sua ajuda trouxe o vírus para lá. Assim como começou a promover os bônus e as pessoas começaram a transitar para os pagamentos, tal como tem que se comprometer com atender à população” (CÁRDENAS ET AL, 2020). Muitos relatos de casos suspeitos de COVID-19, ocorreram depois que as autoridades públicas desrespeitaram os protocolos relativos à entrega de alimentos, à falta de normas para a entrega de bônus e o pagamento de programas sociais. Embora as organizações e a população questionem a forma como esta assistência social foi prestada e a reconheçam como um vetor de contágio, preferiram expor-se já que são necessárias para o contexto atual que vivem.

A propagação desigual deste vírus respiratório deve-se à vulnerabilidade estrutural que afeta mais gravemente os grupos sub-representados (Biehl, 2021). Nesse cenário, a recuperação econômica, os *retornantes*, a entrega de ajuda social de víveres e bônus, e a cobrança dos programas Pensão 65 e JUNTOS⁶, sem protocolos de biossegurança para o contexto amazônico, acabaram se tornando agentes de transmissão. A falta de previsão e vontade política para contemplar a vulnerabilidade dos indígenas, os expôs ao contágio massivo.

Diante do aumento do número de contágios, as lideranças indígenas buscaram formular uma estratégia conjunta com o Estado para a contenção e atendimento dos enfermos. Em 9 de julho de 2020, na conferência “AIDSESEP se mobiliza”, Julio Cusirichi, dirigente da *Federación*

⁵ Decidi manter a palavra em espanhol pois expressa a potencia do que este fenómeno significa.

⁶ A cobrança do dinheiro é feita nas filiais do Banco da Nação, por isso os indígenas se deslocam às cidades mais próximas onde funcionam estes escritórios.

Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes (FENAMAD), perguntou às autoridades: “se em nossas comunidades todos sabemos que faltam postos de saúde, e se os postos de saúde não têm técnicos, não têm medicamentos, como vamos enfrentar esta pandemia?”⁷

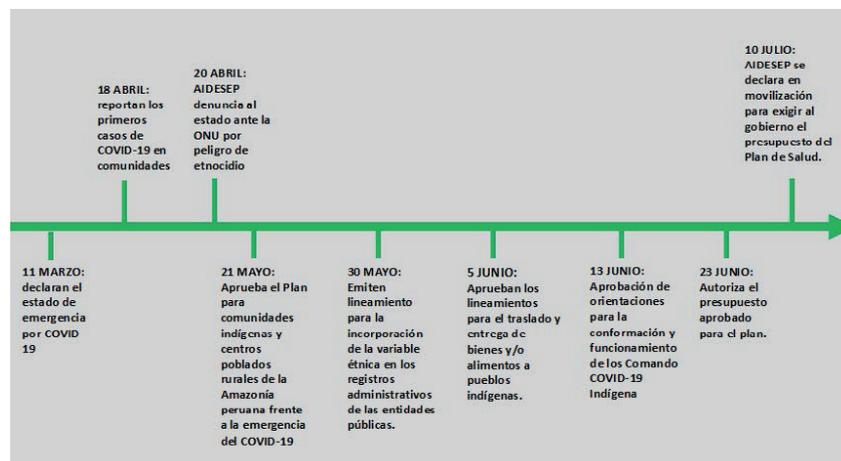
Respostas tardias do governo

Durante a Emergência Sanitária as medidas adotadas pelo Estado, basearam-se em critérios de especialistas e técnicos do nível central, que conheciam muito pouco a realidade amazônica, o que atrasou a formulação de respostas e a transferência de orçamento. O MINSA solicitou à AIDSESEP mapas das comunidades por região para fazer chegar os medicamentos, insumos e materiais, pois não contavam com uma cartografia atualizada, que permitisse calcular as distâncias e fixar pontos de entrega próximos dos estabelecimentos de saúde nessas zonas.

Por outro lado, o MINCU, como responsável das políticas públicas interculturais, em lugar de promover uma maior articulação entre os setores para a adequação das medidas, escolheu desenhar propostas insignificantes (CHIRIF, 2020). Neste cenário pandêmico, a falta de sentido de urgência e emergência nas instituições públicas para atender aos indígenas (CHIRIF, 2020), somado a desconhecimento da Amazônia, a invisibilidade estatística, a desarticulação entre setores e os mecanismos para aprovar determinados processos dentro do setor público foram alguns dos

entraves burocráticos⁸ que dilataram o desenho das medidas e sua posterior execução.

Na próxima linha de tempo, podemos ver com mais detalhe as medidas do governo, as quais ocorreram quando esta população já estava contagiada, e responderam, em parte, às pressões das organizações indígenas.



Como se nota na linha de tempo, em 21 de maio de 2020, setenta dias após o início da emergência sanitária, foi aprovado o “Plano de intervenção para comunidades indígenas e centros povoados rurais da Amazônia peruana frente à emergência do COVID-19”, com um orçamento de 88.426.234 soles. Para contribuir à redução e contenção do impacto da pandemia, foram estabele-

⁷ Inclusive alguns estabelecimentos tiveram que paralisar suas atenções, porque grande parte do pessoal se contagio. Assim, a já precária situação dos serviços de saúde nas comunidades torna-se ainda mais precária.

⁸ Entendo por entraves burocráticos certos mecanismos no interior das instituições públicas que dificultam e atrapalham o desenvolvimento das suas atividades.

cidos dois objetivos: fortalecer as medidas de prevenção desde o nível comunitário e melhorar a capacidade resolutiva dos estabelecimentos de saúde I-3 e I-4 (MINSa, 2021). A aprovação deste plano não garantiu a transferência do orçamento, que foi autorizado o 23 de junho desse ano.

Os estabelecimentos priorizados no plano são centros de saúde e hospitais localizados em pontos intermediários, de difícil acesso para os indígenas, pelas distâncias a percorrer e o custo que esta deslocação implica⁹. Além disso, estas instituições são percebidas como “lugares onde os indígenas vão morrer”, por isso preferem ficar em suas casas, sendo atendidos por seus familiares e profissionais da saúde em quem confiam.

Quanto ao orçamento e às ações do Plano, como assinala o presidente da ORPIO, Jorge Pérez; os recursos dispostos pelo Ministério de Saúde não são suficientes e a atenção itinerante não está relacionada com o problema e a letalidade (CÁRDENAS, 2020). Devo destacar que, mesmo nas instituições priorizadas no plano, o orçamento, insumos e equipamentos enviados pelo MINSa foram insuficientes para atender a crise sanitária na Amazônia. Diante deste cenário, as organizações indígenas propuseram que se realizem: cuidados de saúde comunitários urgentes e a execução de um sistema de saúde intercultural, baseado nos promotores/agentes comunitários em saúde.

De acordo com o Centro Nacional de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças do MINSa, até o 15 de dezembro de 2020 foram confirmados 19,458 casos de COVID-19 em povos indígenas amazônicos, sendo Loreto a região mais afetada apresentando 6,901 casos (35% dos casos totais), seguido de Amazonas com 6.582 casos (34%) e Ucayali com 2.268 casos (MINSa, 2021). Esta informação epidemiológica diferenciada foi elaborada recentemente a partir do mês de junho do 2020, após a aprovação do plano de saúde e a incorporação da variável étnica nos registros de informação. Apesar das melhorias na recolha de dados e em seu registro, existe uma subnotificação do número de contágios e mortes indígenas por COVID-19, pois nem todos os estabelecimentos tiveram meios e equipamentos para confirmar os casos suspeitos a tempo.

Ações indígenas para enfrentar ao COVID-19



Este cartaz divulgado em 16 de abril na conta oficial do Facebook do AIDSESEP, mostra a campanha de comunicação “Emergência Indígena”, realizada por esta associação para informar a suas bases sobre a doença do coronavírus e a agenda apresentada ao governo. Como já foi dito,

⁹ A maioria das comunidades só dispõe de postos de saúde I-1 e I-2, que carecem de capacidade operacional para responder à acelerada propagação do COVID-19.

desde o início da emergência sanitária, os povos indígenas organizaram suas próprias estratégias para evitar a entrada do vírus em seu território. No nível comunal, o isolamento, o controle do trânsito, o estabelecimento de protocolos sanitários, a formação de comitês de vigilância, as campanhas de comunicação e a coordenação com o pessoal de saúde, foram algumas das medidas tomadas. O empenho em controlar a penetração do vírus foi exemplar, no entanto, com a confirmação dos primeiros casos suspeitos de COVID-19, os seus esforços de contenção foram comprometidos.

No mês de abril do 2020, os primeiros relatos de contágio entre os Shipibo, Awajún, Achuar, Kechwas e Urarinas acenderam os alarmes. Para o mês de maio deste ano o vírus já havia chegado a quase todas as comunidades, principalmente nos lugares mais próximos às cidades e nas zonas de fronteira. Nos meses seguintes, a situação foi dramática; os estabelecimentos de saúde seguiam sem medicamentos e equipes, e não dispunham de pessoal suficiente para tratar o número de casos suspeitos notificados, pois alguns deles se contagiaram e tiveram que paralisar suas atividades até recuperarem-se. Como se pode ver na carta da FECOTYBA¹⁰, enviada em 11 de maio de 2020 ao Ministério da Cultura:

Hoje em dia comunidades, como Bellavista Callarú, Buen Jardín, Yahuma Callarú, San Francisco de Yahuma I Zona, Nova Jerusalém de Erené, Paraiso, Chinería, Gamboa, Cushillo Cocha, San Juan de Barranco e outras comunidades, estão contagiadas pelo COVID-19. A mais atingida de todas as comunidades é a Comunidade de Bellavista Callarú, com uma população de mais de 2500 habitantes, onde há um posto de saúde, com três pessoas que trabalham nela e totalmente desabastecida, sem medicina, sem equipamentos de biossegurança, totalmente em estado de abandono, onde já morreram 7 pessoas, 6 homens e 1 mulher por causa do COVID-19



Gostaria de notar que as organizações indígenas, desde o início da pandemia, ao receberem informações das autoridades comunais sobre pessoas com sintomatologia suspeita de COVID-19, começaram a criar seus próprios registros para exigir a intervenção imediata das autoridades. Cada organização gerou seus próprios formatos, como pode ser observado nos cartazes de 19 de maio

¹⁰ Federación de Comunidades Tikuna y Yahuas del Bajo Amazonas

de AIDSESEP e de 22 de maio de ORPIO. Além disso, a AIDSESEP utilizou seu Geoservidor¹¹ para reportar em tempo real ameaças ao território indígena e contágios de COVID-19. Neste contexto, um caso emblemático é a região de Ucayali, onde foi formada uma rede de aliados entre autoridades sanitárias, líderes indígenas e cooperantes que possibilitou à Direção Regional de Saúde (DIRESA) consolidar uma boa sala situacional COVID-19 de população indígena.

A pandemia por COVID-19 caracteriza-se por uma “infodemia”, excesso de informação (precisa e imprecisa) relacionada a esta nova doença, a qual é compartilhada a uma velocidade sem precedentes (RUI et al., 2021). Este dinamismo na produção e difusão de informação, parece não ter advertido as autoridades peruanas sobre a necessidade de gerar informação oportuna e precisa sobre e para os povos indígenas. Perante as demoras nas comunicações a cargo do MINCU, bem como na adequação e incorporação da pertinência cultural nas informações transmitidas pelo MINSA, as organizações e algumas instituições aliadas do movimento indígena se encarregaram de produzir relatórios a respeito.

Do meu ponto de vista, a difusão de informação por parte das organizações indígenas teve, pelo menos, duas características: informar sobre sua situação, e promover a produção de informação para as comunidades relacionadas ao COVID-19. Inclusive antes que o próprio Estado desenvolva uma estratégia comunicacional, estas organizações, seja de forma independente e/ou em colaboração com seus aliados estratégicos, apesar de suas limitações, desenharam diferentes peças comunicacionais, com mensagens claras sobre a doença, linguagem simples, nas suas próprias línguas e relevante para os seus contextos. É paradoxal que o MINCU e o MINSA, com todo o aparelho público a sua disposição, tenham demorado tanto tempo a elaborar as suas mensagens.

Uma vez mais, as organizações indígenas demonstraram que quando existe um verdadeiro espírito de diálogo de saberes, articular os conhecimentos e experiências entre os indígenas e não indígenas, é muito mais simples e menos burocrático do que a maneira como o Estado o propõe. No cartaz seguinte, elaborado por ORPIO e Tafa¹², pode-se apreciar uma destas iniciativas.



Como dizia o Apu Alberto Pizango, ex-presidente do AIDSESEP (2010, conversa pessoal), “os povos indígenas passaram do protesto à proposta”. Na pandemia esta população não só teve um papel vigilante, de denúncia, como também mostrou uma atitude colaborativa com o governo para que a ajuda possa chegar a todo o território amazônico. Como resultado dessas ações foram criados espaços de diálogo e participação, como o Comando COVID-19 Indígena. Lamentavel-

¹¹ Este Geoservidor de AIDSESEP, é um sistema que permitia às comunidades e povos indígenas antes da pandemia reportar em tempo real a deflorestação na Amazônia. Ademais era usado para monitorar a poluição, o tráfico de drogas, o desmatamento e a mineração legal, e gerar informação sobre as demandas territoriais, diagnósticos, entre outros.

¹² Tafa – Taller Ambulante de Formación Audiovisual é um grupo de cineastas e audiovisuais que fazem oficinas de cinema, animação com populações indígenas.

mente, este envolvimento não garantiu a participação indígena na distribuição de orçamento (DEFENSORIA DEL PUEBLO, 2021), isso continua sendo “uma coisa de técnicos”.

Reconhecer a importância da participação indígena na prestação de serviços de saúde, foi antes e durante a pandemia outra das principais reivindicações indígenas.

A importância das plantas e da medicina indígena na atenção dos contagiados



Em resposta à demora, inflexibilidade e anacronismo das iniciativas estatais na pandemia, estes povos apostaram em fortalecer o autocuidado comunitário e a autogestão para conseguir doações de medicamentos. O cartaz tem uma imagem do *Comando Matico COVID-19*, uma iniciativa de luta coletiva e solidariedade, surgida entre os Shipibo em Ucayali para oferecer tratamento com plantas medicinais às pessoas com COVID-19.

Quando ocorreram os contágios, embora a população indígena se tratasse com medicamentos, também usaram plantas medicinais. Da mesma forma que este novo vírus se espalhou rapidamente, o conhecimento e a informação sobre a preparação de plantas para tratar o coronavírus foram disseminados na Amazônia. Por exemplo; o *Comando Matico* enviou matico de Pucallpa para seus parentes em Lima, e através de diferentes plataformas compartilhou seus tratamentos, receitas e vaporizações. Na comunidade Yine de Ramón Castilla em Atalaya, frente ao contágio em massa, as mulheres aprenderam um tipo de vaporização da parte alta do corpo. Por sua vez, AIDSESEP criou um canal de comunicação telefônica entre suas bases para trocar as práticas e plantas que estavam funcionando nas comunidades. Estes são apenas alguns exemplos que mostram como os conhecimentos indígenas têm sido chave para enfrentar desde o local a pandemia.

Ainda que esses povos procurem cada vez mais acesso aos serviços de saúde, e historicamente ocorra um forte processo de satanização do uso da medicina indígena,

especialmente sobre o consumo de plantas o que provocou o esquecimento de vários de seus conhecimentos, essas continuam sendo utilizados na prevenção e cura de doenças. Nas comunidades é frequente que quando uma pessoa adocece, a escolha do repertório terapêutico, por parte da família, se baseie nas noções indígenas de saúde e doença, e se empreguem plantas na sua cura. No caso da afecção da pessoa seja de gravidade, costumam procurar xamãs ou curandeiros, que identificam as causas do mal-estar e proporcionam o tratamento adequado.

Na pandemia praticar, voltar a praticar e/ou aprender a medicina indígena foi fundamental para recuperar a saúde dos contagiados. O papel que os vegetais desempenham na cura é decisivo, não só pela sua função terapêutica, mas porque são fonte de conhecimento, na linguagem xamânica conhece-se o seu espírito ou mãe como entidades que ensinam e agem por si mesmas (REATEGUI, 2003). Algumas das plantas utilizadas para o COVID-19 foram: gengibre, ajosacha, folhas

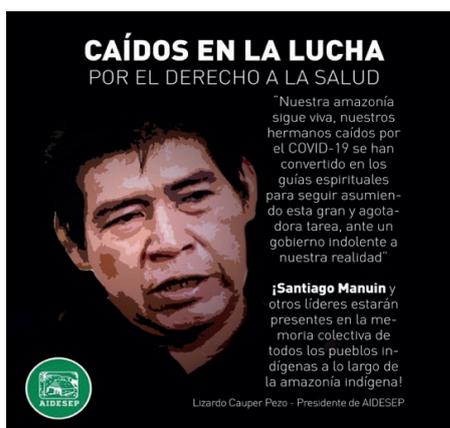
de goiaba, pão de árvore, vara de remo, matico, sangue de grau, folhas de ayahuasca, mucura, chicória, eucalipto, camomila, herva luisa, pinhão colorado e malva. Além de mel, cebola, limão, laranja, toranja e alho. Estas plantas combinavam-se para fazer preparações, infusões, massagens, vaporizações, banhos e incenso.

Por outro lado, alguns doentes Awajún, Yine e Shipibo manifestarão que enquanto dormiam uma pessoa os vigiava e incomodava, fazendo-os sentir intranquilos, delirar e ter dificuldade para respirar. Para alguns curandeiros o coronavírus tem seu dono, sua mãe, seu pai ou seu espírito. Este espírito é uma pessoa, que às vezes se apresenta em sonhos e/ou ronda a casa da pessoa afetada. No caso dos Yine e Shipibo, o curandeiro, costumava *fumar* (passar fumaça de tabaco) pelo corpo do doente, principalmente a cabeça, para que possa descansar, assim como a casa para afastar o espírito do COVID-19. No caso Awajún, além disso, o COVID-19 aparecia-lhes em sonhos, e aí deviam vencê-lo para recuperar-se, como se vê no seguinte relato da liderança Edwin Montenegro (2020, conversa pessoal):

O COVID é uma pessoa que me apareceu no meu sonho. Tem o seu pai, esse pai era muito feio e tinha as suas crias, isso é o que penetra as pessoas, mas eu quase o matei no meu sonho, assim que o vi peguei numa faca e essa pessoa levantou-se e fugiu. Cada vez que eu suspirava sentia seu pai do COVID, isso era o que me matava, eu penso assim, e isso tinha que dominá-lo, e assim o fiz.

Uma vez que a pessoa havia se recuperado, um dos principais cuidados era evitar o frio, pois certas dores voltavam. Nesses casos era proibido tocar ou consumir água fria, estar em lugares com vento e se tomavam preparados que aqueciam o corpo. Incluso um grupo de enfermeiros técnicos interculturais de AIDSESEP, que vivem em Atalaya, depois de serem infectados, optaram por consumir preparações de mel, aguardente e *chuchuwasa*. Como profissionais de saúde estavam altamente expostos ao contágio, para evitar que o vírus penetre em seu corpo, em vez de usar equipamentos de proteção, os quais eram incômodos pelo calor, preferiram cuidar-se com plantas. Mostrando que para combater este vírus é preciso ter primeiro cuidado e depois coragem (Krenak, 2020). Assim tomaram preparados para fortalecer seu corpo, levaram folhas de matico dentro de suas roupas o em suas mãos, e antes de ir ao estabelecimento se passaram fumaça de matico para gerar uma espécie de barreira de proteção.

A medicina indígena, nos testemunhos, é ressaltada como fundamental para enfrentar o coronavírus, no entanto; nem todas as suas estratégias foram eficazes e o uso de seus repertórios terapêuticos não foi suficiente para impedir as mortes. Por exemplo, os Awajún perderam vários de suas lideranças e sábios. Isto não significa que as explicações ocidentais sobre este vírus tenham relegado ou subordinado às explicações indígenas. Como assinala Aparecida Vilaça (2020) “o que eles querem é capturar a diferença em seus corpos, mantendo-se fortemente enraizados em seu mundo, que é onde buscam o sentido para as novidades”. Grande parte das explicações sobre o COVID,19 estão associadas às percepções sobre o processo saúde - doença- cura.



Enquanto comunidades inteiras já haviam se contagiado e as ações do Estado se concretizavam lentamente, a nível local, os povos indígenas, independentemente ou com apoio de seus aliados, levaram a cabo estratégias nas quais combinaram as melhores

práticas da biomedicina e da medicina indígena. Assim solicitaram doações de medicamentos para reativar os botiquins comunais e o uso de plantas foi acompanhado da administração de medicamentos. Por exemplo, o Comando Matico recomendou tomar o xarope de laranja junto com 2 comprimidos de paracetamol. Com um olhar otimista, considero que estas práticas indígenas mostram que estabelecer um diálogo de saberes entre ambos os sistemas médicos é possível e é muito menos complicado e violento do que o Estado pensa, se reconhecida a agência desta população.

Outros caminhos possíveis para pensar o sistema de saúde na Amazônia



Ao longo deste texto, a tentativa foi trazer uma visão caleidoscópica do sucedido nas comunidades indígenas no Peru, para mostrar que diante da inflexibilidade e das demoras do governo para melhorar a prestação dos serviços de saúde no território amazônico, os indígenas enquanto exigiam a realização de ações, desenvolveram estratégias para conter a propagação do vírus e atender os doentes. Agora gostaria de apresentar algumas reflexões surgidas da análise de suas ações e os desafios que suas propostas trazem para (re) pensar a prestação de serviços de saúde, o mito da interculturalidade, e o lugar que as iniciativas e conhecimentos indígenas ocupam na formulação de propostas do Estado.

“Se o MINSA não chega à alternativa são os promotores comunais”, foi uma das proposições levantadas pelas organizações, diante da incapacidade do Estado para enfrentar de forma rápida a realidade indígena. Quando se produziu o contágio, quase de forma imediata, os sábios, os promotores de saúde¹³, em coordenação às vezes com o pessoal, começaram a atender às pessoas atingidas pelo vírus. Mesmo quando o pessoal foi infectado e suspenderam temporariamente suas atividades, os promotores, indo contra as normativas, assumiram a responsabilidade de cuidar dos doentes. Embora as autoridades sanitárias se recusem a reconhecer a participação destes atores, nas comunidades, a primeira linha na luta contra o coronavírus também foram os promotores, os sábios, as famílias e os grupos conformados autonomamente.

Neste contexto, a figura do promotor torna-se novamente relevante, principalmente nas comunidades onde não há estabelecimentos de saúde, pois eles prestaram as primeiras atenções às pessoas com sintomas suspeitos de coronavírus. Enquanto para o MINSA o promotor é um acompanhante do pessoal médico e não médico, que se dedica a atividades de prevenção e promoção, para os indígenas o promotor está treinado para prestar cuidados e administrar tratamento em casos de emergência, até o pessoal chegar. Nas comunidades, onde não há estabelecimentos, os promotores são a primeira porta de acesso ao sistema de saúde, por isso para as lideranças é fundamental reativar os botequins comunais, dotá-los de medicamentos, incorporá-los na rede de cuidados e melhorar os seus meios de comunicação.

Ainda quando as comunidades desejem um melhor sistema de saúde, isso não significa que tenham deixado de lado seus próprios sistemas médicos. Na Amazônia, ambos sistemas se desenvolvem como linhas paralelas, que às vezes se cruzam, combinam ou complementam, especialmente, no atendimento das “doenças vindas de fora ou trazidas pelos não indígenas”. Para as quais não contam com tratamentos próprios, mas às vezes até nesses casos preferem usar seus próprios conhecimentos, como sublinha o testemunho de Delfina Katip (2020, conversa pessoal);

O MINSA só sabe injetar ou dar pílulas, não sabe diagnosticar, conversar com as pessoas que comeu, que fez. Por isso, nesta pandemia não nos garantiu atenção. Nós, com base na nossa experiência, de como nos temos atendido com plantas e medicina farmacêutica, assim temos enfrentado o coronavírus, porque o governo não chega às comunidades.

Este tipo de rejeição dos serviços de saúde, num cenário marcado por uma forte autome-dicação, explica-se porque existe uma desconfiança em relação aos serviços públicos. Estes são geralmente vistos como deficientes e onde, muitas vezes, o pessoal maltrata. Além disso, devido às mortes por coronavírus que ocorreram nos centros de saúde e hospitais, a percepção destas instituições como um lugar onde os indígenas

morrem, aumentou. Consequentemente, os doentes graves recusam-se a serem transferidos para estes estabelecimentos e preferem ficar nas suas casas, perto dos seus parentes.

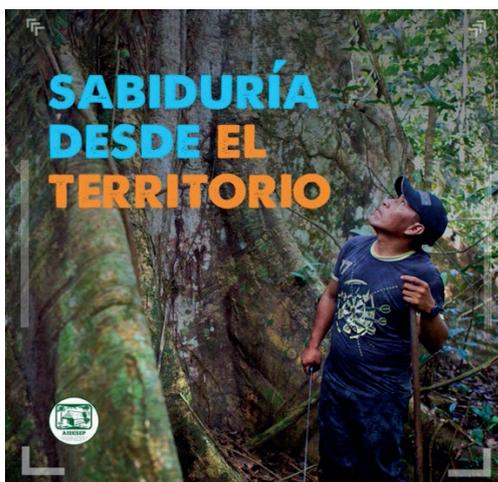
A meu ver, neste cenário pandêmico, AIDSESEP e suas bases colocaram de novo no centro do debate a necessidade de criar um sistema de saúde intercultural amazônico, baseado nos seus conhecimentos e na realidade regional e local. Esta não é uma proposta nova, pelo contrário, desde o ano 2000, AIDSESEP incorporou na sua agenda a saúde intercultural, como uma estratégia po-

¹³ Embora o MINSA não utilize mais o termo promotor, opte por manter esta denominação porque nas comunidades continua a ser utilizada.

lítica para que o Estado reconheça a existência de outros sistemas de conhecimentos, tão válidos como a biomedicina, e que a população, apesar da repressão e erosão de suas práticas ainda utiliza.

Para AIDSESEP, desenvolver um sistema de saúde intercultural é complexo, por isso é necessário formar profissionais indígenas, desde uma abordagem que articule o melhor de ambos sistemas médicos. Isto possibilitará que, ao inserirem-se no sistema de saúde oficial, estes profissionais, irão incorporando desde dentro parâmetros de trabalho diferentes, e assim com o tempo conseguirão modificar as estruturas rígidas e homogêneas do setor saúde (REATEGUI, 2003; CÁRDENAS, PENSANTES, 2017). Esta não é uma tarefa fácil, mas eles estão tentando fazer com que a visão indígena intercultural de saúde ganhe espaços nas políticas públicas atuais.

Fazer em lugar de ficar no discurso: a saúde intercultural feita pelos indígenas



Entre 2005 e 2013, a AIDSESEP e suas bases formaram 69 enfermeiros técnicos em saúde intercultural da Amazônia, provenientes dos povos Shipibo, Yine, Asháninka, Asheninka, Kechwa, Awajún, Wampis e Achuar. Um número ainda insuficiente para produzir transformações significativas no sistema de saúde. Na pandemia, a maioria dos

técnicos estava trabalhando em estabelecimentos do MINSA, e nas suas estratégias de luta contra o COVID-19, quase todos coordenaram estreitamente com as autoridades comunais e municipais as medidas tomadas. Para prestar atenção a todas as comunidades dentro de sua jurisdição, inclusive aquelas onde não há estabelecimentos, treinaram os promotores sobre o coronavírus, e embora a normativa os impeça, lhes entregaram medicamentos básicos para serem usados em caso de emergência. Paralelamente, alguns deles conversaram com os especialistas indígenas em saúde, para que tenham cuidado com o uso da saliva em suas curas, pois o vírus se transmite por este meio.

Gostaria de destacar uma iniciativa implementada por um dos técnicos formados por AIDSESEP, que é um exemplo concreto da visão indígena de interculturalidade. A qual não pretende somente adequar e/ou incorporar certos elementos da língua e da cultura dos indígenas aos serviços, como o faz o MINSA, subalternizando e instrumentalizando de certa maneira os conhecimentos e práticas indígenas à biomedicina¹⁴. A interculturalidade em saúde para os indígenas se constrói em base a diálogo e intercâmbio de saberes e perspectivas para criar novas respostas concretas. Estas respostas, de certa forma, desafiam a noção intercultural do Estado e as estruturas ho-

¹⁴A proposta estatal de interculturalidade em saúde, principalmente incorpora certos aspectos da língua e a cultura em seus serviços para desta maneira acercar aos indígenas a sistema de saúde estatal.

mogéneas e rígidas da prestação de serviços de saúde, pois mostram que, ao simplificar os trâmites burocráticos e flexibilizar os protocolos de atenção, é possível gestar outras novas possibilidades para o sistema de saúde na Amazônia.

Gilto Samekash é um enfermeiro técnico intercultural awajún que, em fevereiro de 2021, devido à falta de pessoal, assumiu a chefia da microrede da Galilea, que funciona no Rio Santiago, na região do Amazonas, e dentro de sua jurisdição atende principalmente a população Awajún e Wampis. Devido às mortes por coronavírus, as pessoas contagiadas com um quadro grave rejeitavam ser levadas aos centros e hospitais, pois tinham medo de morrer sozinhos, sem companhia de seus parentes. Diante da recusa das pessoas de ir ao estabelecimento, decidiu implementar a *hospitalização domiciliar*. Assim as pessoas podem permanecer em suas casas, perto de seus parentes, recebendo cuidados por parte deles, ao mesmo tempo que são monitorados pelo pessoal de saúde, que lhes administra medicamentos e permite o uso de terapias indígenas, como a vaporização para limpar os pulmões. É interessante que esses profissionais, tendo em conta as necessidades da população, tenham optado por adaptar as normas rígidas do MINSA, por atender coordenadamente com os especialistas e famílias indígenas.

A meu ver, o conflito que está por trás é como lidar com a diferença, como assinala Vilaça (2020). O Estado por mais discursos interculturais, reconhecimento da diversidade e/ou políticas interculturais aprovadas, lida geralmente com a diferença tratando de ignorá-la ou homogeneizá-la. Na pandemia, por mais que os indígenas buscassem estabelecer espaços de diálogo com os representantes do governo, para participar no desenvolvimento das medidas e estas se adaptassem aos diversos contextos amazônicos, a sua incorporação ocorreu após uma série de denúncias. Criados estes espaços de diálogo, as propostas indígenas foram dificilmente consideradas, pois estas reuniões não tinham a capacidade de tomar decisões. Assim, mais uma vez, a maior ou menor participação destas populações esteve condicionada à força que seus representantes puseram em suas reivindicações e demandas.

Como assinala Mbembe (2021); no meio da cratera fazer um arranjo não será suficiente, é necessário reinventar tudo começando pelo social. No caso da saúde intercultural estatal, é preciso reorientar o rumo e deixar de pensar que a única via de fazer interculturalidade é a preconizada pelo Estado, a qual não contempla a medicina indígena nem os aspectos que produzem os desencontros com esta população e afastam, ainda mais, os já distantes serviços públicos. Por outro lado, a interculturalidade por si só não poderá resolver os problemas de saúde se não se abordam os problemas estruturais que os provocam. Nesse sentido, são necessárias respostas criativas para pensar em outros cenários, como de certa maneira nos tem demonstrado os indígenas na pandemia.

Considerações Finais

Sugiro que na pandemia, enquanto a visão indígena da interculturalidade, produziu em algumas comunidades respostas criativas, a perspectiva estatal da interculturalidade acabou-se tornando um obstáculo. Os trâmites burocráticos e o aparelho pensado para a sua implementação, somado à falta de orçamento e vontade de alguns funcionários, enquistados nos escritórios encarregados da sua operacionalização, contribuem para que a interculturalidade permaneça no discurso e seja difícil aplicá-la nos serviços públicos.

Ainda que o diálogo seja uma parte fundamental da abordagem intercultural para o Estado, parece que no momento de estabelecer estes diálogos após tivesse “esquecido”

que um princípio básico deste processo é a capacidade de saber escutar para aprender do/ com o outro. Assim o diálogo que põe em prática, é sobretudo um mecanismo para validar com os indígenas as propostas técnicas desenhadas previamente por seus especialistas desde Lima. Implementando desta maneira, um diálogo de uma só via, onde os indígenas, geralmente, são percebidos como ouvintes passivos, pois suas reflexões e propostas não são consideradas ou somente tomadas em conta, quando o diálogo se põe tenso ou se rompe passando ao plano do confronto.

O entendimento que têm os povos indígenas sobre a necessidade de seu envolvimento no desenvolvimento de um sistema de saúde pensado nas comunidades, motivou-os a propor mais uma vez, um sistema de saúde intercultural amazônico, baseado nos seus conhecimentos e relevante para cada realidade regional e local. Neste sistema, a medicina indígena e a biomedicina são colocadas no mesmo nível de valorização, possibilitando um verdadeiro diálogo de saberes, a articulação de conhecimentos e iniciativas, a tomada de decisões conjuntas, e a incorporação de promotores e especialistas indígenas. Para que esse sistema seja posto em prática a vontade política do Estado é importante, mas requer principalmente contar com profissionais indígenas que com criatividade e flexibilidade, assumam o desenvolvimento deste sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESEP). Carta pública às autoridades peruanas. Lima, 07 abr 2020. Disponível em: <http://aideseep.org.pe/sites/default/files/media/COMUNICADOS/V3%20Carta%20AIDSESEP%20GOBIERNO%20-rev.pdf>. Acesso em: 29 jun 2021.

_____. Denuncia al Estado del Perú ante el Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos. Lima, 20 abr 2020. Disponível em: <http://aideseep.org.pe/sites/default/files/media/noticia/Denuncia%20AIDSESEP%20ante%20la%20%20ONU.pdf>. Acesso em: 20 jun 2021.

_____. Conferencia de prensa “AIDSESEP se moviliza”, Lima: 9 jul 2020. Disponível em: https://www.facebook.com/watch/live/?v=3061679693916483&ref=watch_permalink. Acesso em: 10 jul 2021.

BIEHL, Joao. Descolonizando a saúde planetária. In: *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, v. 27, nº 59, pp. 337-359, jan./abr., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/mYh65g7LyM-WLJhfP9XvcTnn/>. Acesso em: 15 jun 2021.

CÁRDENAS, Cynthia. Promotores de salud, una alternativa para atender el COVID-19 en las comunidades indígenas. In: *La Mula*, Lima, 09 ago 2020. Disponível em <https://www.salsa-tipiti.org/category/covid-19/covid-19-lowland-south-america/>. Acesso em: 30 jun 2021.

CÁRDENAS, Cynthia; PESANTES, María. *ENTRECRUZANDO RÍOS. Sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeiros técnicos en salud intercultural de AIDSESEP*. Lima: IEP, 2017

CÁRDENAS, Cynthia; BELAUNDE, Luisa y REYMUNDO, Lucero. Las políticas del gobierno como um vector de contagio. In: *Servindi*, Lima, 27 jun 2020. Disponível em [Servindi](https://bit.ly/3aNX45M). <https://bit.ly/3aNX45M>. Acesso em: 15 jul 2021.

CÁRDENAS, Cynthia; REYMUNDO, Lucero. ¿A donde vamos a llevar a nuestros enfermos? Narrativas de dos líderes awajún sobre el COVID-19 en Condorcanqui, Amazonas. In: *Mundo Amazónico*. Amazonas, v. 12, n. 1, pp. 151-168, jan./jun., 2021. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/88499/78205>. Acesso em: 5 jul 2021.

CAVERO, Omar. *Después del Baguazo: informes, diálogo y debates*. Lima: PUCP, 2011. Disponível em: https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/52663/baguazo_cavero.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 jul 2021.

CHIRIF, Alberto. 2021. ¿Cónocen en el Mincú qué significan las palabras emergencia y urgencia? 202. In: *Servindi*, Lima, 22 abr 2020. Disponible em: <https://bit.ly/3aLztCB>. Acceso em: 18 jul 2021

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Salud de los pueblos indígenas amazónicos y explotación petrolera en los lotes 192 y 8 ¿Se cumplen los acuerdos en el Perú?* Informe N° 001-2018-DP. Lima: Defensoría del Pueblo, 2018. Disponible em: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/10/Informe-de-Adjunt%C3%ADa-N%C2%BA-001-2018-DP-AMASPPI-PI.pdf>. Acceso em: 2 jul 2021.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La participación de los pueblos indígenas durante la emergencia sanitaria por el COVID-19*. Informe de Adjuntía n° 03-2020-DP. Lima: Defensoría del Pueblo, 2020. Disponible em: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Inf-Adj-003-2020-AMASPPI-PPI-Participaci%C3%B3n-PPII.pdf>. Acceso em: 3 jul 2021.

FEDERACIÓN DE COMUNIDADES TICUNAS Y YAHUAS DEL BAJO AMAZONAS (FECOTYBA). Carta dirigida al Ministerio de Cultura. Cushillo Cocha, 11 mai 2020. Disponible em: <https://www.servindi.org/actualidad-noticias/13/05/2020/edit-pueblo-ticuna-clama-atencion-ante-expansion-del-covid-19-en-sus>. Acceso em: 5 jul 2020.

FLORES, Ximena; LAZO, Rodrigo. Veinticinco pruebas rápidas y una ambulancia fluvial son las armas del Estado contra la Covid-19 en El Cenepa. In: *La Mula*, Lima, 11 jun 2020. Disponible em: <https://redaccion.lamura.pe/2020/06/11/veinticinco-pruebas-rapidas-y-una-ambulancia-fluvial-son-las-armas-del-estado-contra-la-covid-19-en-el-cenepa/redaccionmulera/>. Acceso em: 10 jul 2021

GARCIA, Alan. Conferencia de prensa sobre el Baguazo. Disponible em: <https://www.servindi.org/file/alan-garcia-indigenas-ciudadanos-de-segunda-clase>. Acceso em: 18 jul 2021

KRENAK, Ailton. *O Amanha não está a venda*. São Paulo: COMPANHIA DAS LETRAS, 2020.

MAGUIÑA-VARGAS, Ciro. El COVID-19 en el Perú. In: *Revista Sociedad Peruana Médica*. Lima, v. 33, n. 4, pp. 129-131, 2020. Disponible em: <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/558/630>. Acceso em: 10 jul 2021.

MBEMBE, Achille. O direito universal à respiração. In: *Coleção Pandemia Crítica*, São Paulo, 2020.

MINISTERIO DE SALUD (MINSA). *Informe de Evaluación del Plan de Intervención del Ministerio de Salud para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonia Peruana frente a la emergencia del COVID-19*. Lima: MINSA, 2021.

MINISTERIO DE CULTURA (MINCU). Base de Datos de Pueblos Indígenas u originarios – BDPI. Disponible em: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>. Acceso em: 01 jul 2021

REATEGUI, Juan. Articulación de conceptos y conocimientos indígenas. In: HAVLKOF, Soren. *Sueños Amazónicos. Un Programa de Salud Indígena en la Selva Peruana*. Lima: Fundación Karen Elise Jensen, 2003, pp. 186-189.

RUI, Taniele; LINS, Isadora, FONSECA, Bernardo; ROSSI, Gustavo, ARRUTÍ, José. Antropologia e pandemia: escalas e conceitos. In: *Horizontes antropológicos*, Porto

Alegre, v. 27, nº 59, pp. 337-359, jan./abr., 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ha/a/Rh4p4H9Vp9fMDf8Jy39z38C/>. Acesso em: 29 jun 2021.

SANDI, Alfredo; CÁRDENAS, Cynthia; Reymundo, Lucero. Río Urituyacu: “No queremos que pase aquí lo que está pasando con nuestros hermanos achuar en Corrientes”. In: *Servindi*, Lima, 3 jun 2020. Disponível em: <http://bit.ly/3eQUjiR>. Acesso em 02 jul 2021

VILAÇA, Aparecida. 2020. *Morte na floresta*. São Paulo: Editora Todavia, 2020.

Recebido em: 01/11/2021

Aceito em: 31/01/2022