

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E  
DESENVOLVIMENTO SOCIOAMBIENTAL – PPGPLAN**

Henrique Schlossmacher Passos

**A PANDEMIA DE COVID-19 NO TERRITÓRIO GUARANI M'BYA – POLO BASE DE  
FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis  
2021

Henrique Schlossmacher Passos

# **A PANDEMIA DE COVID-19 NO TERRITÓRIO GUARANI M'BYA – POLO BASE DE FLORIANÓPOLIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob orientação da Professora Doutora Glaucia de Oliveira Assis.

Florianópolis  
2021

PASSOS, Henrique Schlossmacher. **A pandemia de covid-19 no território guarani M'bya do Polo Base de Florianópolis.** Dissertação – PPGPlan/UDESC, Florianópolis, 2020.

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da  
Biblioteca Setorial do FAED/UDESC,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Passos, Henrique Schlossmacher  
A PANDEMIA DE COVID-19 NO TERRITÓRIO GUARANI  
M'BYA - POLO BASE DE FLORIANÓPOLIS / Henrique  
Schlossmacher Passos. -- 2021.

140 p.  
Orientadora: Glaucia de Oliveira Assis  
Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de  
Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação,  
Programa de Pós-Graduação Profissional em Planejamento  
Territorial e Desenvolvimento Socioambiental, Florianópolis,  
2021.

1. território guarani M'bya. I. Assis, Glaucia de Oliveira. II.  
Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências  
Humanas e da Educação, Programa de Pós-Graduação  
Profissional em Planejamento Territorial e Desenvolvimento  
Socioambiental. III. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Douglas Ladik Antunes (Udesc)  
Co-orientador

---

Profa. Dra. Lilian Blank de Oliveira (Furb)

---

Profa. Dra. Renata Rogowski Pozzo (Udesc)

---

Profa. Isa de Oliveira Rocha (Udesc)  
Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Gláucia de Oliveira Assis, ao professor Douglas Ladik Antunes e às professoras Renata Rogowski e Lilian Blanck de Oliveira.

Aos amigos e colegas que trabalham junto a povos indígenas, Mízia, Nuno, Fernanda, Isabela, Emiliano, Luizo, Sarinha, Lucas, Murilo, Júlia, Franciane, Sully, João, Ana Lúcia, Juliana, Vanessa, e aos amigos e colegas Filipe e Ronaldo por proporcionarem tanta alegria e exemplos na luta pela implementação e melhoria do SUS.

Especialmente aos colegas indígenas Sandrinha Pankararu, Alexsandro Masckenzie, Leo Tuxá, Matias, Rodrigo e Ismael, que ensinam tanto por meio das suas visões e práticas.

À Kerexu e sua família, ao Seu Arthur, ao Seu Alcindo e à Dona Rosa. Ao povo guarani, exemplo de resistência.

Aos agentes de saúde indígena com quem tive contato nas minhas experiências profissionais, em especial ao amigo Patena Wajápi.

Aos colegas da supervisão em área indígena do PMMB: Willian Luna, Guto, Fernanda, Bruna, Luciano, Thaís, Marina, Fernando, Adriano e Raúl.

Aos médicos cubanos que supervisionei em área indígena e com quem aprendi tanto sobre um olhar humano e comunitário aplicado à medicina.

Aos trabalhadores do SUS e do SASI-SUS: equipes de cada serviço, funcionários da limpeza, motoristas e barqueiros dos DSEIs.

Agradeço ainda ao meu comadre Leonardo Muller, geógrafo genial, ao Eduardo Longo, mestre em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental, e ao Lucas Albertoni, pelas discussões e pelos auxílios técnicos e teóricos que possibilitaram a conclusão deste trabalho.

*Dedico esta dissertação ao povo guarani M'bya.*

## RESUMO

Este trabalho buscou analisar a situação de saúde do povo guarani M'byá durante a pandemia de covid-19 e as ações de saúde realizadas no enfrentamento dela nas aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. Trouxe como premissas para investigação desse objeto de estudo o contexto da saúde indígena no Brasil, a perspectiva de vulnerabilidade em saúde das populações indígenas e a importância de se compreenderem as relações entre território e saúde para a elaboração e aprimoramento de políticas públicas de saúde indígena. A partir de uma metodologia de revisão documental e observação direta como agente do objeto de pesquisa, foi feito um levantamento das reivindicações do movimento indígena e das medidas governamentais tomadas, das vulnerabilidades em saúde frente à pandemia e das ações de política pública de saúde indígena no território durante o período da pesquisa. Esta pesquisa mostra que as ações de saúde realizadas no território foram limitadas pela má gestão nacional, pelas insuficiências históricas do SASI-SUS e por um modelo de atenção à saúde que ainda traz muito pouco à prática os elementos de uma atenção diferenciada à saúde indígena que efetivamente considere aspectos específicos da territorialidade e da saúde guarani.

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyze the health situation of the Guarani M'byá people during the covid-19 pandemic and the health actions taken to fight it in the villages around the Polo Base of Florianópolis of the Special Indigenous Interior South Health District. The premises for the investigation of this object of study are the context of indigenous health in Brazil, the perspective of vulnerability in health of indigenous populations and the importance of understanding the relationship between territory and health for the development and improvement of public policies on indigenous health.

Based on a methodology of document review and direct observation as an agent of the research object, a survey was made on the claims of the indigenous movement and the governmental measures taken, the health vulnerabilities during the pandemic and the actions of public policy on indigenous health in the territory during the survey period. This research shows that health actions carried out in the territory were limited by poor national management, by the historical insufficiencies of the SASI-SUS and by a health care model that still brings very little to a practise of special attention to indigenous health that effectively consider specific aspects of territoriality and Guarani health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ABRASCO** – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

**ADPF** – Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental

**AIS** – Agentes Indígenas de Saúde

**AISAN** – Agentes Indígenas de Saneamento

**APIB** – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil

**CF** – Constituição Federal

**CGY** – Comissão Guarani *Yvrupa*

**CID** – Código de Classificação Internacional de Doenças

**CNDH** – Conselho Nacional de Direitos Humanos

**COIAB** – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira

**CONDISI** – Conselho Distrital de Saúde Indígena

**DSEI** – Distrito Sanitário Especial Indígena

**DSEI-ISUL** – Distrito Sanitário Especial Interior Sul

**EMSI** – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**ERR** – Equipe de Resposta Rápida

**EVS** – Equipes Volantes de Saúde

**FAED** – Centro de Ciências da Educação

**Fiocruz** – Fundação Oswaldo Cruz

**FUNAI** – Fundação Nacional do Índio

**FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IPAM** – Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia

**IRA** – Infecções Respiratórias Agudas

**OIT** – Organização Internacional do Trabalho

**PCdoB** – Partido Comunista do Brasil

**PCR** – Polimerase Chain Reaction

**PDT** – Partido Democrático Trabalhista

**PMDB** – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

**PMMB** – Programa Mais Médicos para o Brasil

**PNASPI** – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

**PPGPlan** – Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental

**PSB** – Partido Socialista Brasileiro

**PSOL** – Partido Socialismo e Liberdade

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**REDE** – Rede Sustentabilidade

**SASI-SUS** – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

**SBMFC** – Grupo de Interesse Especial em Saúde Indígena da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

**SESAI** – Secretaria Especial de Saúde Indígena

**SIASI** – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

**SPI** – Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

**STF** – Superior Tribunal Federal

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TBAS** – Terras baixas da América do Sul

**Udesc** – Universidade do Estado de Santa Catarina

**UPA** – Unidade de Pronto-Atendimento

**VIGITEL** – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	13
Problemática da pesquisa .....	13
Objetivo geral.....	15
Objetivos específicos.....	16
Justificativa e motivação.....	16
METODOLOGIA.....	19
Revisão metodológica .....	20
Características do local de estudo.....	22
Caracterização do estudo.....	27
Etapas metodológicas realizadas .....	28
1. Revisão bibliográfica.....	28
2. Revisão e análise documental .....	28
3. Análise situacional .....	28
CAPÍTULO 1 – A QUESTÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL .....	30
1.1. Breve histórico das políticas e dos modelos assistenciais da saúde indígena no Brasil.....	36
1.2. Sobreposição dos sistemas indígenas e do sistema oficial .....	41
CAPÍTULO 2 – TERRITÓRIO, TERRITORIALIDADE E SAÚDE .....	44
2.1. Territorialidade e os guarani M'bya.....	49
CAPÍTULO 3 – A SAÚDE DOS GUARANI M'BYA NO TERRITÓRIO .....	55
3.1. Infraestrutura sanitária no território .....	55
3.2. As aldeias guarani M'bya no território.....	57
3.2.1. Aldeia do Amâncio .....	59
3.2.2. Aldeia do Amaral (M'baroka).....	60
3.2.3. Aldeia do Massiambu ( <i>pirá rupá</i> ) .....	60
3.2.4. Aldeia Praia de Fora .....	61
3.2.5. A aldeia de Canelinha ( <i>Tava Í</i> ).....	61
3.2.6. A aldeia de Imaruí ( <i>Tekoa Marangatu</i> ).....	61
3.2.7. Aldeia Bonita ( <i>Tekoa Porã</i> ) .....	62
3.2.8. Aldeia <i>Yakã Porã</i> .....	63

3.2.9. Aldeia de Major Gercino ( <i>Tekoa Wy'a Porã</i> ).....	63
3.2.10. Aldeia de M'Biguaçu ( <i>Yynn Moroty Whera</i> ).....	63
3.2.11. Aldeia do Cambirela.....	64
3.2.12. Aldeia do Morro da Palha ( <i>Itanhae</i> ) .....	65
3.2.13. Aldeia do Morro dos Cavalos ( <i>Itaty</i> ) .....	65
3.3. Práticas de saúde no território .....	67
3.4. Aspectos demográficos e morbimortalidade .....	71
3.4.1. Doenças respiratórias nas aldeias do território .....	75
3.4.2. Diabetes, hipertensão e os idosos no território .....	77
3.4.3. (In)segurança alimentar, desterritorialização e a pandemia.....	79
<b>CAPÍTULO 4: VULNERABILIDADE EM SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO TERRITÓRIO.....</b>	<b>81</b>
4.2. Reivindicações do movimento indígena e respostas governamentais.....	85
4.3. A covid-19 no território.....	94
4.3.1. O curso da pandemia no território.....	95
4.3.2. As ações da SESAI e do DSEI Interior Sul .....	99
4.3.3. Falta de transparência e de qualidade dos dados oficiais.....	107
4.3.4. O trabalho das equipes de saúde .....	111
4.3.5. Categorias de vulnerabilidades em saúde .....	113
4.3.6. O <i>guata</i> e a pandemia.....	115
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS NORMATIVAS .....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE: Roteiro semiestruturado de observação .....</b>	<b>139</b>
<b>Geral.....</b>	<b>139</b>

## INTRODUÇÃO

A história dos povos indígenas está marcada por epidemias que levaram muitas etnias ao extermínio. Quando não extintas, diversas etnias tiveram suas relações sociais e sua cultura severamente transformadas a partir dos impactos causados pela mortalidade dessas doenças na população. Segundo Darcy Ribeiro (1996), quase a metade das etnias, a partir do contato com os europeus, desapareceu em menos de cinquenta anos devido principalmente às epidemias de doenças infecciosas como a gripe, o sarampo e a malária, levadas pelos “civilizados” (NUTELS, 1968).

Além dos efeitos imediatos das epidemias, o ciclo de contágio dos “brancos” trouxe e traz a esses povos uma vulnerabilidade socioepidemiológica significativa relacionada à desestruturação social e à precarização da saúde (insegurança alimentar, subnutrição e baixa expectativa de vida) subsequentes a esse ciclo.

### Problemática da pesquisa

Atualmente os povos indígenas no Brasil<sup>1</sup> apresentam vulnerabilidades múltiplas no contexto da pandemia, como será exposto nos resultados deste trabalho. Os impactos da pandemia de covid-19 entre os povos indígenas são aumentados pelo descaso estrutural com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), o congelamento do investimento em políticas públicas e a flexibilização e falta de monitoramento das políticas territoriais. Estes impactos poderiam ser reduzidos a partir de uma coordenação de ações e estratégias de enfrentamento da pandemia. Em junho de 2020 o Grupo de

---

<sup>1</sup> Ao longo deste trabalho procurei ter o cuidado na escrita de utilizar “povos indígenas no Brasil” em vez de “povos indígenas do Brasil”, por não considerar adequado o uso de pronome possessivo entre “povo indígena” e um substantivo relativo ao Estado nacional ou a qualquer instituição não indígena. Essa consideração está relacionada a uma questão político-simbólica de afirmação da autonomia e da autodeterminação desses povos frente ao Estado (que, diga-se de passagem, é historicamente colonizador e genocida). Além disso, esses povos vivem aqui desde antes da existência do Estado brasileiro e há, entre esses povos, povos que são transfronteiriços, como é justamente o caso dos guarani, que atravessam cinco estados nacionais do continente sul-americano: Brasil, Argentina, Uruguai, Bolívia e Paraguai.

Interesse Especial em Saúde Indígena da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2020) fez uma avaliação e pontuou que a postura do governo federal tem sido anunciada como um possível genocídio (FELLET, 2020) ou mesmo como um projeto necropolítico<sup>2</sup>.

Também em junho de 2020, a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), por meio de um estudo em conjunto com o Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (IPAM), divulgou que a mortalidade das populações indígenas em decorrência da covid-19 pode ser maior do que a da população brasileira em geral (FELOWS *et al.*, 2020). A taxa de mortalidade entre indígenas pela doença na Amazônia apresentada em estudo de Prizendt (2020) foi 150% maior do que taxa média da população brasileira. Quanto a essa mortalidade da população indígena, é importante destacar que no contexto de comunidades indígenas há questões específicas: quando falecem pessoas mais velhas<sup>3</sup>, por exemplo, povos de tradição oral perdem fontes de conhecimento, aspectos de sua imaterialidade, bem como importantes lideranças comunitárias na luta por direitos e territórios.

A problemática da saúde indígena no Brasil e no território guarani M'bya analisado neste estudo – aldeias da área de abrangência<sup>4</sup> do Polo Base (PB) de Florianópolis do Distrito Sanitário Especial Interior Sul<sup>5</sup> (DSEI-ISUL) – é agravada pela pandemia de covid-19, tanto pelos impactos diretos dessa doença nas comunidades quanto pela

---

<sup>2</sup> O historiador camaronês Achille Mbembe, em seu livro “Necropolítica”, de 2011, definiu esse termo a partir da obra de Michel Foucault, mais especificamente do conceito de biopoder. Para esse autor, trata-se do poder de ditar quem deve viver ou morrer. Com base no biopoder, “deixar morrer” se torna aceitável. Mas não a todos os corpos: aceitável aos corpos que estão sempre em risco de morte devido ao parâmetro definidor da raça.

<sup>3</sup> Os idosos são considerados grupo de risco da covid-19.

<sup>4</sup> Ao longo deste trabalho optei por usar “aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis” e não simplesmente “aldeias do Polo Base de Florianópolis”, por considerar inadequado o uso de pronome possessivo entre o substantivo “aldeia” e o nome de qualquer instituição não indígena. O objetivo é ao mesmo tempo afirmar a autonomia das aldeias e dar sentido político e simbólico à afirmação de que é o estado que pertence à população, e não o contrário. O mesmo cuidado procurei tomar ao escrever “povos indígenas no Brasil” em vez de “povos indígenas do Brasil” – nesse caso, até porque esses povos vivem aqui desde antes da existência do Estado brasileiro e há, entre eles, povos transfronteiriços, como é justamente o caso dos guarani, nação que atravessa fronteiras de cinco estados nacionais do continente sul-americano: Brasil, Argentina, Uruguai, Bolívia e Paraguai.

<sup>5</sup>O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul é um dos 34 distritos sanitários que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (DSEI-ISUL/SASI-SUS/SESAI/MS).

sobrecarga de um sistema de saúde já previamente subfinanciado e que apresenta diversas fragilidades.

Entre os guarani M'bya em geral, as aldeias localizadas na cidade de São Paulo (Jaraguá e Tenondé Porã) foram as primeiras a registrar surtos de covid-19. Em um segundo momento, houve surto no oeste do Paraná, sobretudo na Terra Indígena (TI) Ocoy, com a contaminação ocasionada por trabalhadores de frigoríficos que não paralisaram suas atividades durante a pandemia. (CGY, 2020)

No território deste estudo, os casos confirmados de coronavírus demoraram mais para aparecer. Há poucos dados disponíveis quanto à situação de saúde e do enfrentamento da pandemia de covid-19 no território, em especial pela falta de transparência sobre dados públicos relativos à saúde do povo guarani e à pandemia da covid-19 nessas aldeias. A partir dessa problemática surgem as perguntas de partida deste trabalho:

1. Quais as vulnerabilidades em saúde desse povo, especialmente no que se refere ao enfrentamento da pandemia de covid-19?
2. Qual a situação de saúde dos guarani M'bya no território de abrangência do Polo Base de Florianópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI-ISUL) e como se dá o enfrentamento da pandemia no território durante a pandemia de covid-19?
3. Quais aspectos da territorialidade e da saúde guarani M'bya são relevantes no enfrentamento da pandemia nesse território?

## **Objetivo geral**

Analizar a situação de saúde do povo guarani M'byá e perspectivas e as ações de saúde no enfrentamento da covid-19 no território do Polo Base de Florianópolis.

## **Objetivos específicos**

Apontar as vulnerabilidades dos povos indígenas frente à pandemia de covid-19; realizar análise situacional da saúde e análise epidemiológica descritiva das aldeias guarani M'bya do Polo Base de Florianópolis durante a pandemia de covid; levantar as reivindicações do movimento indígena e as medidas governamentais tomadas frente à pandemia, de covid-19.

## **Justificativa e motivação**

Este trabalho articula a pesquisa sobre políticas públicas em saúde com o tema do planejamento e gestão territorial, a partir de questões da saúde de população indígena no contexto da pandemia da covid-19. Os conceitos de território e territorialização são amplamente utilizados no campo da Saúde Coletiva e especialmente utilizado em análises situacionais de saúde e em estudos de promoção de saúde.

No contexto do sistema de atenção à saúde dos povos indígenas, considerando as particularidades dos povos indígenas e levando em conta o conceito de atenção à saúde diferenciada preconizado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAISPI), entender as relações entre território e saúde é fundamental para a elaboração e o aprimoramento de políticas públicas. Essa discussão torna-se ainda mais relevante e atual na situação de uma crise sanitária como a ocasionada pela pandemia de covid-19.

Assim, é fundamental elaborar, em confluência com o movimento indígena nacional, análises e planos de ação específicos para cada contexto – estratégias que levem em conta os aspectos da territorialidade e da saúde do povo guarani M'bya –, que permitam a avaliação permanente dessas políticas públicas.

A pesquisa que gerou esta dissertação é perpassada pela minha história de atuação no atendimento a povos indígenas no território nacional como médico. Graduado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especialista em Saúde Indígena

pela Unifesp, trabalho com saúde indígena desde meu primeiro emprego em 2012 até hoje. Fui médico de área indígena em 2012 e 2013 no DSEI Alto Rio Negro, nas comunidades Hupda, Baniwa, Tukano, Tuyuka, Tikuna, Baré, Daw, Kuripako, Tariana, Desana, entre outras nas bacias hidrográficas do rio Içana, Uaupés e Tiquié. Ainda no Alto Rio Negro, em 2013 participei como professor do Curso de Formação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde da FioCruz, experiência realizada junto a indigenistas mais experientes, como Luiza Garnelo e Sully Sampaio, e que reverbera e orienta meu trabalho até hoje.

Em 2015 fui supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Vale do Javari/AM (etnias Matis, Kanamari, Marubo, Matsés, Kulina, Korubo) e em 2016 voltei ao Alto Rio Negro, dessa vez como supervisor. Em 2017 migrei para o Grupo Especial de Supervisão (GES) de Roraima do PMMB, atuando junto ao DSEI Leste (Macuxi, Wapichana, Ingaricó) e acompanhei o trabalho de outros colegas supervisores junto ao DSEI Yanomami. Em 2019, assumi o trabalho que realizo atualmente: supervisão do GES Amapá e Norte do Pará, mais especificamente na terra indígena Wajápi (etnia que, assim como o povo guarani, pertence ao tronco linguístico tupi).

Também trabalhei como médico assistente no DSEI Interior Sul, em 2016, junto ao povo guarani M'bya e ao povo Xokleng/Laklânõ. Em 2020, em meio à pandemia, ingressei como médico da Equipe de Resposta Rápida (ERR) à covid-19 do DSEI Interior Sul e percorri com meus colegas de trabalho boa parte dos territórios indígenas dos polos base do DSEI Interior Sul, em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul.

Os Grupos Especiais de Supervisão do PMMB são destinados à supervisão acadêmica de médicos que atuam em locais de difícil acesso. A supervisão acadêmica dos GES nesses territórios e o trabalho em grupo com outros médicos supervisores proporcionam muita troca de experiências e discussão sobre a saúde indígena e as importantes relações entre os conceitos de território, territorialidade e saúde.

A partir dessas experiências profissionais em territórios indígenas e de singularidades da minha formação médica, que envolvem estudos de disciplinas e participação em projetos de extensão extracurriculares relacionados aos temas da promoção da saúde e de saúde ecossistêmica, busco praticar um olhar e uma conduta profissional em que o conceito de saúde está intimamente ligado aos conceitos de

território e territorialidade. Uma abordagem que relate esses conceitos traz possibilidades de contraponto ao modelo hegemônico de atenção à saúde (cartesiano, reducionista e médico-centrado), que claramente se demonstra inadequado e insuficiente frente aos desafios e especificidades da saúde indígena.

Assim, minha motivação para a escolha desse recorte territorial e do objeto desta pesquisa envolve aspectos de meu campo de atuação profissional e aspectos pessoais relacionados ao vínculo e ao respeito que estabeleci com moradores das aldeias guarani nas quais atuei. Faz muito sentido – tanto para o que busco cumprir no âmbito profissional quanto para o que me move como ser humano que acredita na possibilidade de uma sociedade mais equânime e justa, que preze pelo valor intrínseco das vidas e que respeite a diversidade das formas de viver. Busco, então, compreender a situação de saúde dos guarani nesse território, a fim de dar agência à população e procurar apontar perspectivas que possam subsidiar o planejamento de políticas públicas de saúde.

Esta pesquisa parte também da necessidade de coletar informações dispersas em documentos oficiais e sistematizá-las para análise das condições atuais do sistema de saúde indígena no território em estudo e da necessidade de aprimoramento das políticas públicas em saúde no respectivo território. Cada povo indígena possui peculiaridades em relação às questões de saúde, e a escolha do Polo Base de Florianópolis do DSEI Interior Sul se deu por meu conhecimento anterior sobre sua estrutura, a disposição de documentos dispersos com informações importantes sobre esse amplo território – que envolve diversos municípios – e sua proximidade geográfica com o curso de mestrado do PPGPLAN.

## METODOLOGIA

(...) meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História, mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar mas para mudar. (...) Ninguém pode estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. (...) A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho. (FREIRE, 1997, p. 85-6).

Primeiramente, cumpre destacar os motivos que levaram ao imperativo das mudanças na metodologia em relação à qualificação desta dissertação. Durante o ano de 2020 trabalhei na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vínculo de 40 horas semanais, como médico de área na Equipe de Resposta Rápida para o enfrentamento da Covid-19 do DSEI Interior Sul. Anteriormente à emergência da pandemia, minha carga horária era de 20 horas semanais. Esse trabalho de caráter emergencial e as responsabilidades que o envolveram alteraram significativamente o planejamento e o desenvolvimento desta pesquisa.

Inicialmente, estava prevista a realização de atividades de campo nas aldeias indígenas da Grande Florianópolis. Essas atividades ficaram comprometidas no contexto da pandemia de covid-19, já que a entrada de não indígenas nos territórios indígenas, pelo risco de transmissão do coronavírus, foi adequadamente restrita à realização de atividades consideradas essenciais, conforme o Memorando-Circular n. 1/2020/AAEP da FUNAI de 19/03/2020 (FUNAI, 2020), que suspendeu por tempo indeterminado a permanência de pesquisadores em terras indígenas.

Não menos importante, as próprias comunidades indígenas, como medida de preservação da saúde, interditaram de forma soberana e autônoma todo e qualquer ingresso em seus territórios para atividades que não fossem de extrema necessidade, tais como atendimento à saúde, saneamento e implementação de barreiras sanitárias. Dessa forma, a pesquisa foi reorientada para as questões de políticas públicas da saúde indígena do território em estudo.

## Revisão metodológica

Esta pesquisa passou por diversas alterações quanto à metodologia e aos objetivos de pesquisa. Isso se deu pela questão epistemológica desta pesquisa, por escolha de teoria e visão da ciência como instrumento que levanta questões e aponta respostas sempre transitórias, não dogmáticas, que apresentam mais questões, sempre de forma dialética, não determinista. Porém, tal caráter “mutante” também está relacionado à reestruturação do método de abordagem na conjuntura atual: uma pandemia sem precedentes que configura um novo cenário sobre as questões de saúde pública.

A ciência se baseia principalmente na elucidação sobre algo desconhecido, em que o objeto é a vida real, como já apontado por Minayo (2001) e Demo (1981), entre tantos outros autores e autoras. Meu trabalho me colocou em campo, para onde fui permeado pelos questionamentos de minha atividade profissional.

Pedro Demo (1981) e Maria Cecília Minayo (2001) contribuem para essa abordagem “estruturante” de pesquisa ao utilizar o conceito de *objetivação*. Segundo esses autores, tal conceito metodológico refere-se a uma lógica do olhar de pesquisa que desamarra um tanto a ideia da objetividade como algo dado, construído, estruturado.

A *objetivação* metodológica não tem um princípio estruturado, mas sim um princípio estruturante, de forma que nos oferece o objetivo como plano de fundo, que no campo de pesquisa pode se reorientar conforme o avanço da pesquisa. A *objetivação* se constrói não como uma fotografia dada, mas como algo que vai se montando através da realização do trabalho. Ela se compõe – analogamente –, como uma imagem mais semelhante a um mosaico ou caleidoscópio do que uma fotografia. O conceito de *objetivação* sedimenta o que ocorreu nesse processo de pesquisa e ajuda na desconstrução do mito da neutralidade científica.

Embora não tenha sido colocado na prática como etapa devido às limitações impostas pela pandemia, o conceito de *pesquisa-ação* abordado por Michel Thiolent (2004) foi utilizado como fundamento teórico deste trabalho. Pesquisa e ação são coisas distintas, claramente, mas a *pesquisa-ação* avança sobre a ideia de observação participante por meio da preocupação do pesquisador em ações praticadas na realidade

pesquisada. O próprio Michel Thiolent e outros autores, como Alfredo Wagner Berno de Almeida, fazem pertinente crítica ao conceito de pesquisa-ação ao apontarem para o risco de esse conceito levar para a prática de pesquisa um aspecto militante que tende a aproximar demais o pesquisador do objeto de pesquisa.

Devido à minha proximidade profissional com o tema e o território desta pesquisa, o cuidado em ficar minimamente distanciado do objeto desta pesquisa ao coletar e analisar os dados foi algo que procurei ter sempre em mente durante a pesquisa. Mesmo porque minha atuação como médico se restringiu à atividade profissional, enquanto o recorte desse objeto de pesquisa se delimitou aos aspectos das políticas públicas sobre a saúde indígena. Embora minha ação profissional não se refira objetivamente à coleta de dados, ela permitiu uma perspectiva de análise mais contextualizada sobre o território em questão. Como aponta Thiolent (2004), os objetivos da ação são distintos dos objetivos de pesquisa, embora reconheça que a ação contribui não necessariamente com dados, mas com a perspectiva de análise.

A revisão metodológica desta pesquisa também envolveu a discussão trazida por Maria Cecília Minayo (2001) quanto à criatividade na pesquisa. Criatividade necessária frente às limitações impostas pela pandemia e pelo próprio processo de objetivação descrito anteriormente. A metodologia foi um processo criativo dentro das impossibilidades de trabalho direcionado à pesquisa nas aldeias indígenas e da análise documental sobre as políticas de ação em saúde. Os próprios objetivos originais<sup>6</sup> também foram adequados conforme a dinâmica imposta pela pandemia.

Mais especificamente do campo da saúde coletiva, procurei referenciais de análise situacional de saúde e referenciais da epidemiologia descritiva. A análise situacional de saúde é um processo analítico que permite caracterizar o perfil de saúde e adoecimento de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, buscando facilitar a identificação de necessidades e prioridades em saúde (WERNECK, 2008). O objetivo é proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações em saúde.

---

<sup>6</sup> Que podem ser vistos no projeto de pesquisa inicial, que gerou o relatório de qualificação desta dissertação.

Parte-se da premissa de que condições de saúde e doença não acontecem ao acaso: a distribuição de determinantes e eventos relacionados com saúde e doença em grupos populacionais é diferenciada, produto de um processo de determinação permanente e dinâmico. Nesse processo interagem diversos fatores: habitação e saneamento; alimentação e nutrição; educação; fatores biológicos; práticas e comportamentos; qualidade da atenção à saúde; composição da população, demografia; ambiente físico, social, político, econômico e cultural (VERMELHO; COSTA; KALE, 2003). Esses fatores se relacionam com conceitos fundamentais deste trabalho: território, territorialidade e saúde.

Os estudos epidemiológicos descritivos objetivam determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde de acordo com o lugar, o tempo, as características dos indivíduos e outras variáveis. Ou seja, buscam responder à pergunta “quando, onde e quem adoece?”. A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados preexistentes de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) (MATUS, 1989).

### **Características do local de estudo**

Este estudo foi realizado sobre a política de saúde no território das 13 aldeias guarani atendidas pelo Polo Base de Florianópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul da Secretaria Especial de Saúde Indígena, Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS). Essas aldeias estão situadas dentro do território guarani M'bya, nos municípios de Biguaçu, Canelinha, Major Gercino, Palhoça e Imaruí, em Santa Catarina. Essas treze aldeias têm população estimada de 969<sup>7</sup> indígenas guarani. Embora este estudo tenha pretendido a caracterização da população desse recorte territorial, a rigor não se tratou de um estudo populacional; o objeto deste estudo refere-se ao território e às políticas de saúde indígena.

---

<sup>7</sup> Há divergência de dados quanto à população das aldeias atendidas pelo Polo Base Florianópolis. Nos resultados deste trabalho apresento essas divergências e explico a escolha do uso desse número total da população.

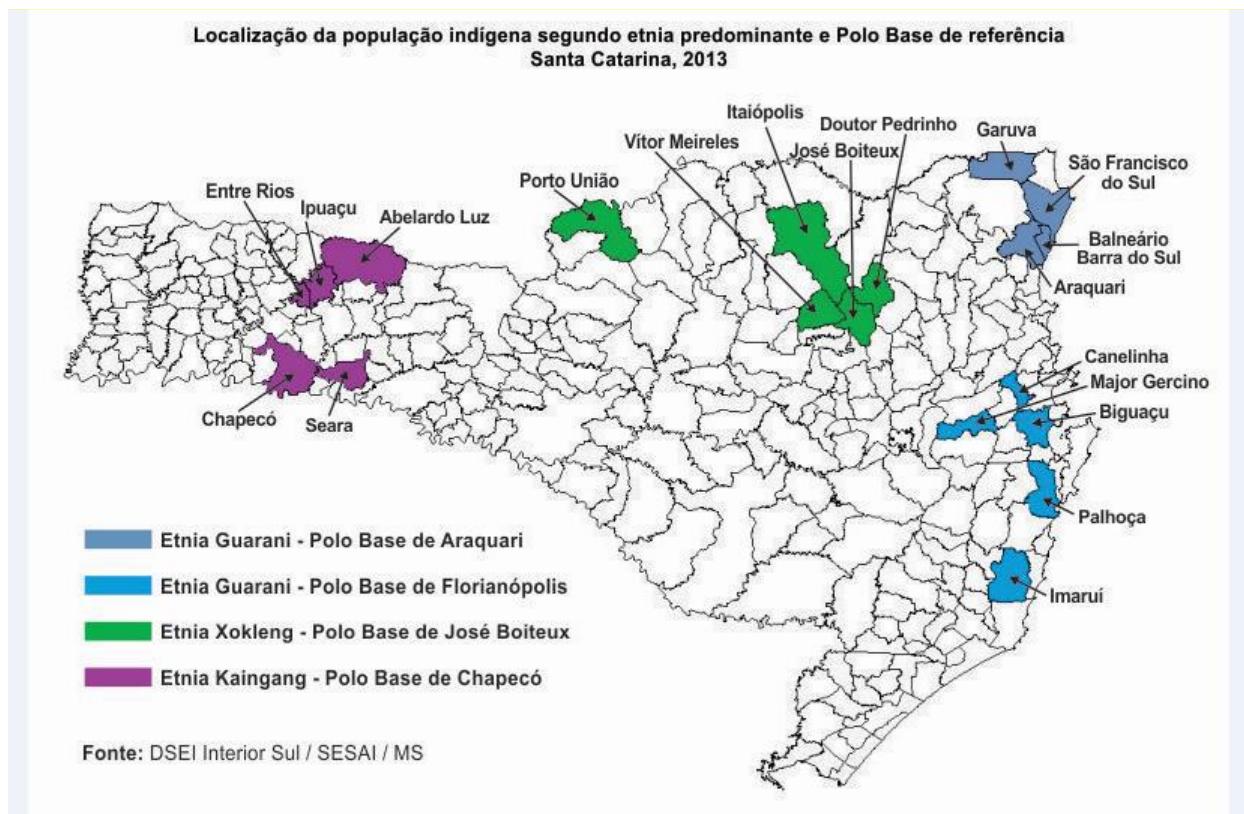


Figura 1: representação dos municípios das aldeias atendidas pelo DSEI Interior Sul em Santa Catarina (em azul claro os cinco municípios das aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis, recorte deste estudo).

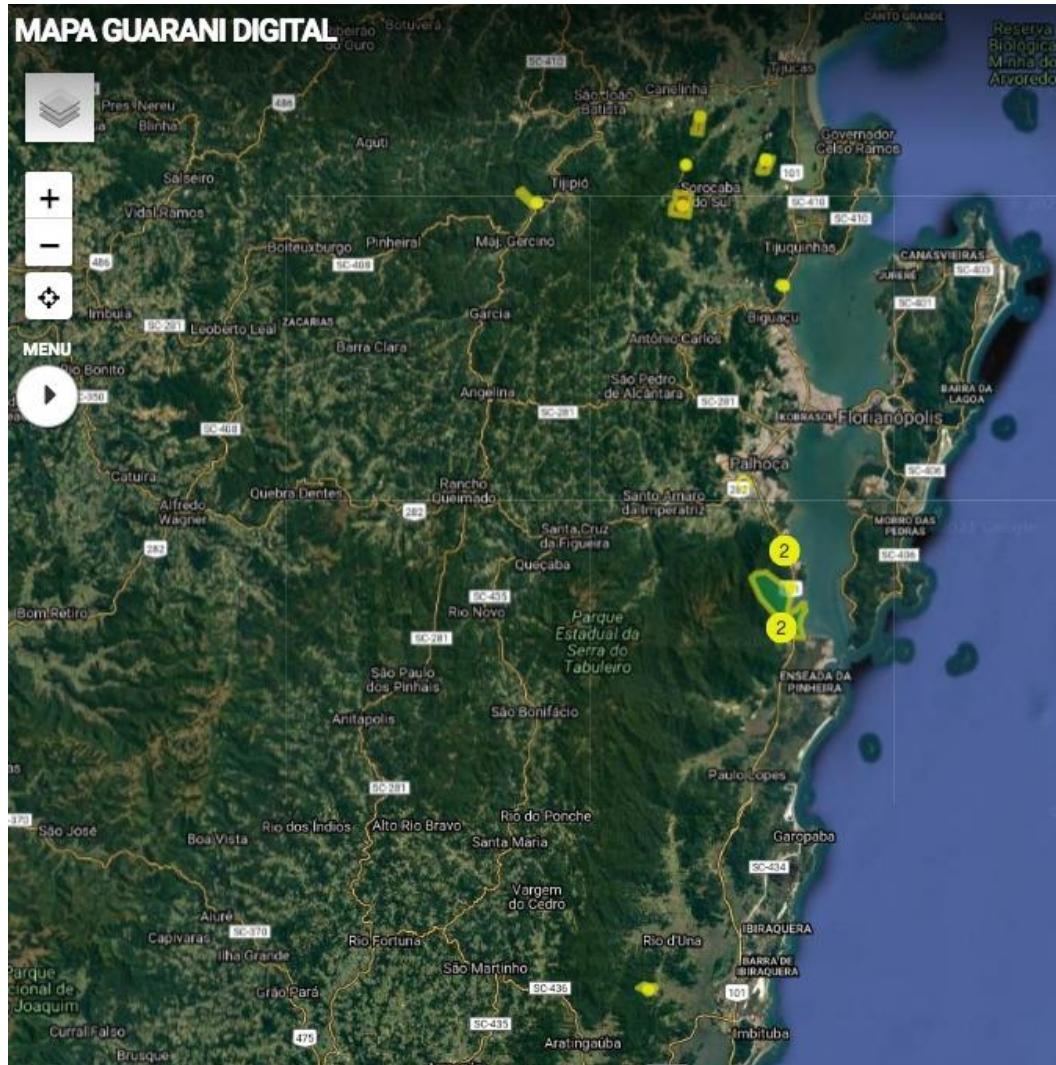


Figura 2: imagem de satélite com representação das 13 aldeias atendidas pelo Polo Base de Florianópolis, recorte total deste estudo.



Figura 3: imagem de satélite com representação das aldeias localizadas mais a norte do recorte do estudo (municípios de Biguaçu, Canelinha e Major Gernino).

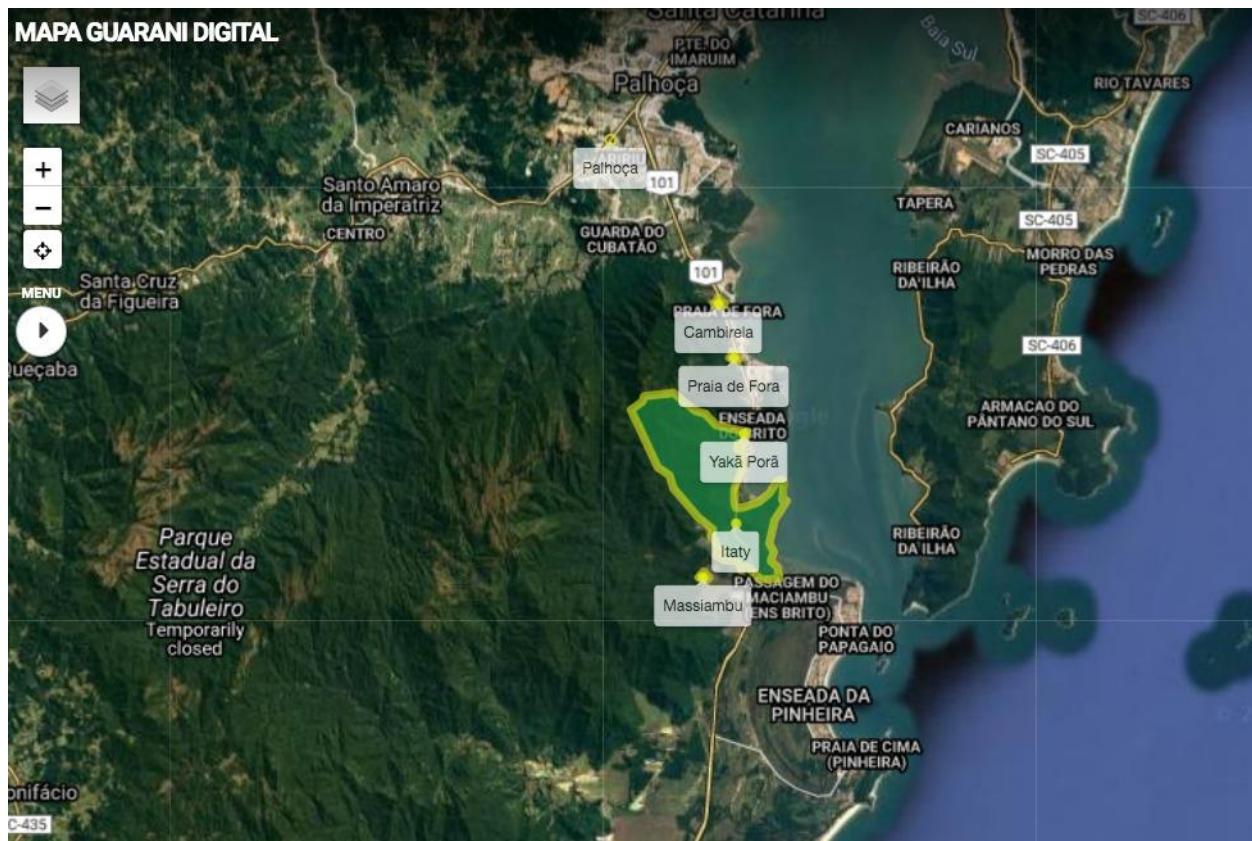


Figura 4: Imagem de satélite da Terra Indígena Morro dos Cavalos (município de Palhoça, com representação das aldeias do Massiambu, Itaty, Yakã Porã, Praia de Fora e Cambirela).

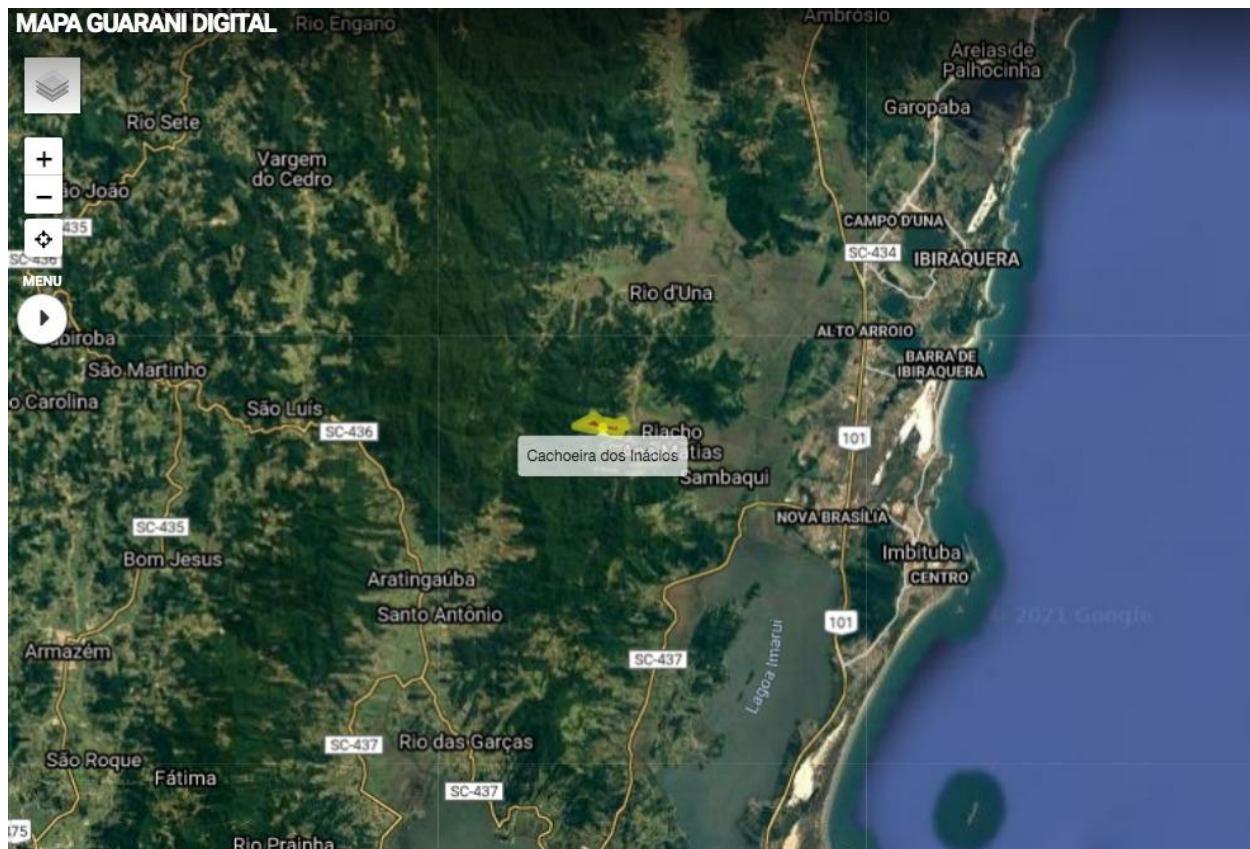


Figura 5: imagem de satélite com representação da aldeia Marangatu, localizada mais ao sul do recorte do estudo (município de Imaruí-SC).

## Caracterização do estudo

Este estudo é do tipo exploratório, descritivo e analítico de natureza qualitativa. A metodologia foi um processo criativo de análise documental frente às possibilidades de observação direta sobre os aspectos sócio-sanitários e de saúde nas aldeias do território. Foram utilizados dados secundários (limitados e insuficientes devido à indisponibilidade de dados oficiais: uma questão crítica e limitante que será objeto de análise deste trabalho) e dados primários qualitativos obtidos por meio da observação das condições de saúde nas aldeias.

Os objetivos foram adequados conforme a dinâmica imposta pela pandemia, as reivindicações do movimento indígena e as interações com a população e os profissionais no território, levando a necessárias adaptações metodológicas. Devido ao caráter adaptativo da metodologia deste trabalho, os resultados obtidos são de natureza

diversa: análise documental, análises situacional e epidemiológica descritiva e descrição qualitativa das ações e de eventos relacionados à covid-19 no território.

## **Etapas metodológicas realizadas**

### **1. Revisão bibliográfica**

Este estudo envolveu revisão bibliográfica sobre a territorialidade e a saúde guarani M'bya, a problemática da saúde indígena no Brasil e, mais especificamente, da saúde indígena na pandemia. Essa revisão foi feita a partir das bases de dados da Capes<sup>8</sup>, da biblioteca virtual da Fiocruz<sup>9</sup> e do acervo digital do Instituto Socioambiental<sup>10</sup>.

### **2. Revisão e análise documental**

Para possibilitar a descrição das reivindicações do movimento indígena e das medidas governamentais adotadas no enfrentamento da pandemia no contexto indígena, foi realizada revisão de documentos (notas, recomendações, boletins, memoriais, portarias e leis) relacionados ao enfrentamento da pandemia no contexto indígena, além de artigos e boletins sobre os temas. Os documentos mais relevantes de análise ou que foram citados ao longo deste trabalho estão relacionados no Anexo 1.

### **3. Análise situacional**

A etapa seguinte foi a análise situacional de saúde e descrição epidemiológica das aldeias guarani do Polo Base de Florianópolis, a partir dos dados disponíveis e da observação direta de aspectos relacionados à saúde e ao saneamento das aldeias. Além da descrição qualitativa de eventos relacionados à covid-19 e das ações em saúde realizadas nas aldeias, considerando os aspectos territoriais e da saúde guarani.

---

<sup>8</sup> Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br/>.

<sup>9</sup> Disponível em: <https://bvsfiocruz.fiocruz.br/>.

<sup>10</sup> Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/>.

As informações da análise situacional da saúde, quanto às condições sanitárias e de saúde da população, foram buscadas no “Plano Distrital de Saúde do DSEI Interior Sul (2012-2015)” e no “Plano de contingência local para infecção pelo novo coronavírus (covid-19) nas aldeias de abrangência do Polo Base de Florianópolis etnia guarani” do DSEI Interior Sul, disponíveis publicamente, e nos sites governamentais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do SESAI.

Para a análise descritiva quanto à covid-19, foram utilizados dados coletados e disponibilizados pela Comissão Guarani Yvrupa (CGY). Além de dados nacionais levantados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) por meio do Comitê Nacional pela Vida e Memória dos Povos Indígenas<sup>11</sup>. Os dados disponibilizados pela CGY foram coletados diretamente em campo por rede de colaboradores e sistematizados em planilha de *Excel*.

Infelizmente os dados epidemiológicos atualizados e completos quanto à covid-19 e os dados do SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena) não foram disponibilizados.

Foi realizada uma entrevista com liderança indígena<sup>12</sup>, bem como diálogos informais sobre a situação de saúde no território e as possibilidades de enfrentamento da pandemia com profissionais de saúde presentes no território, incluindo Agentes Indígenas de Saúde, motoristas indígenas que trabalham no DSEI e a população. Essas conversas usualmente se davam na apresentação da equipe de saúde às comunidades, em momentos de eventuais pausas do trabalho assistencial e mesmo durante o trabalho conforme a demanda de saúde levava à importância da interação e vinculação com a

---

<sup>11</sup> Os dados do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, da APIB, incluem tanto indígenas que vivem nos territórios tradicionais quanto os que vivem em contexto urbano, que se autodeclararam e possuem laços com seu povo, como dispõe a Convenção n. 169 da OIT (ratificada pelo Brasil). A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde, não faz o atendimento nem o registro dos indígenas que vivem em contexto urbano. As fontes dos dados são: organizações indígenas de base da APIB, frentes de enfrentamento à covid-19 organizados no Brasil que colaboraram com a APIB, SESAI, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Ministério Público Federal.

<sup>12</sup> A proposta metodológica inicial do trabalho, antes da pandemia, era de realizar mais entrevistas: inicialmente havia selecionado oito lideranças a serem entrevistadas na pesquisa. Tendo assumido o trabalho de médico na contenção e controle da covid-19 nos territórios indígenas do DSEI Interior Sul, considerando as dinâmicas impostas pela pandemia, optei pela não realização das entrevistas. Uma das entrevistas já havia sido realizada e, então, mais adiante na elaboração dos resultados considerei que as informações contidas nela seriam oportunas na composição do trabalho. Esta entrevista contribuiu significativamente para a elaboração da seção que aborda o *guata* guarani e a pandemia.

população e os demais agentes presentes. Esses diálogos não foram sistemáticos nem pretendiam coletar dados para esta pesquisa: os objetivos de meu trabalho como médico eram distintos dos objetivos desta pesquisa. Porém, sem dúvida, embora minha ação profissional (que incluía a realização desses diálogos) não tenha objetivado a obtenção de dados, ela contribuiu para minha perspectiva de análise.

Foram ainda realizadas anotações sistemáticas das minhas impressões e observações durante o trabalho realizado nas aldeias e sobre aspectos territoriais e de saúde relevantes no enfrentamento da pandemia no território. Observações sobre a situação da infraestrutura sanitária e da assistência de saúde no território guarani, o modelo assistencial executado na prática, as práticas de saúde (o “fazer da saúde indígena na ponta”, *in loco*) e as implicações da territorialidade guarani nas práticas de saúde e especificamente no enfrentamento da pandemia também foram feitas. Para orientar minhas próprias observações utilizei roteiro semiestruturado.

Este estudo, por fim, envolveu breve revisão bibliográfica sobre modelos e normativas de estratégias de contingência da covid-19 implementados em outros distritos de saúde indígena e recomendações internacionais (OMS) para planos de contingência de doenças infectocontagiosas.

## **CAPÍTULO 1 – A QUESTÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL**

Os povos indígenas ocupam o território das Américas há mais de 12 mil anos. Diferentes estimativas apontam que, no Brasil do século XVI, quando da invasão portuguesa, viviam em torno de 800 mil a 2,5 milhões de indígenas e que, até o início do século XX, a população indígena sofreu um declínio populacional acentuado e progressivo, chegando a aproximadamente 230 povos e apenas 100 mil indivíduos no ano de 1900. Esse cenário culminou na perspectiva de um provável desaparecimento dos povos indígenas e apenas na década de 1970, com indícios de crescimento populacional de algumas etnias, houve a reversão dessa previsão (PAGLIARO, 2010).

Em 2010, no território brasileiro, conforme o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, havia 896,9 mil indígenas pertencentes a

305 etnias. Desses, 78,9 mil se declararam de outra cor ou raça, mas se consideravam “indígenas” devido a tradições, costumes, cultura ou antepassados. Do total, 36,2% residiam em área urbana e 63,8% na área rural. O censo também identificou, em parceria com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), 505 terras indígenas, que representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares) (IBGE, 2010).

Do ponto de vista epidemiológico, a partir do contato com os invasores da Península Ibérica, os povos indígenas passaram de uma situação de convívio durante séculos com doenças endêmicas de baixa letalidade para uma situação de surtos de doenças infectocontagiosas, epidêmicas, de alta mortalidade e grandes repercussões em suas organizações sociais.

Os povos indígenas que sobreviveram a essa primeira fase de surtos de doenças transmissíveis passaram então a conviver com problemas dentários, doenças cutâneas, doenças diarreicas, malária, doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose – ou seja, problemas de saúde relacionados à sedentarização forçada, inadequação da higiene pessoal, desequilíbrio alimentar e contato mais próximo com aglomerados urbanos.

Por fim, uma terceira fase epidemiológica ocorre a partir de uma maior interação com a sociedade envolvente, com aumento de doenças crônico-degenerativas, levando a um padrão de morbimortalidade<sup>13</sup> mais semelhante ao padrão das sociedades não indígenas. Há, então, um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, mas devido às iniquidades em saúde não há uma diminuição considerável da incidência de doenças infectocontagiosas.

Além de os povos indígenas terem atravessado uma verdadeira guerra biológica a partir do contato com as doenças trazidas do continente europeu e desses problemas de saúde relativos a essas três fases epidemiológicas descritas, do ponto de vista territorial o que ocorreu (e segue ocorrendo) é um verdadeiro processo de saqueio e usurpação de seus territórios tradicionalmente ocupados, levando à inviabilização dos

---

<sup>13</sup> O termo morbimortalidade, no campo da epidemiologia, refere-se às incidências de doenças e de mortes em uma população.

seus modos de vida e até de suas subsistências. São mudanças sociais, econômicas e ambientais causadas pela expansão de frentes demográficas e econômicas (colonização) que constituem e marcam os determinantes e os perfis do complexo quadro da saúde indígena (COIMBRA; SANTOS, 2001).

Na história recente, a Constituição de 1988 representou um grande avanço nos direitos desses povos, reconhecendo a eles sua autodeterminação e o direito originário aos seus territórios e à saúde. Seu artigo 231 definiu em cinco anos o prazo para a conclusão da demarcação das terras indígenas, porém isso não ocorreu e continua muito longe de ser concretizado. A demarcação de terras ocorre muito aquém da necessidade de reconhecimento da distribuição histórica e da presença territorial atual dos povos indígenas. As terras não são nem foram devidamente demarcadas ou homologadas, especialmente no Nordeste, Sul e Sudeste (onde os territórios guarani são um expressivo exemplo), levando a conflitos permanentes, com os indígenas restritos a territórios diminutos (desterritorialização<sup>14</sup>). Além disso, atualmente há indefinições sobre o reconhecimento de centenas de terras indígenas como repercussão do debate sobre a tese do indigenato<sup>15</sup> e do marco temporal<sup>16</sup> que tramita no STF.

Enquanto o direito básico ao território não existe na prática, as políticas compensatórias de transferência de renda muitas vezes não são adaptadas às realidades indígenas e geram fluxos mais constantes às cidades, nas quais o racismo e a violência estrutural são vividos cotidianamente pela população indígena. A ausência de processos de consulta sobre as políticas do Estado de acordo com a Convenção 169 da OIT<sup>17</sup> agrava ainda mais esse complexo quadro de injustiça.

---

<sup>14</sup> O conceito de desterritorialização será abordado no capítulo 2.

<sup>15</sup> A tese do indigenato baseia-se no artigo 231 da Constituição brasileira e refere-se ao direito que os povos indígenas têm aos seus territórios tradicionais, não podendo haver nenhuma limitação a este direito e sendo dever do poder público federal demarcar e proteger todas essas terras. <https://www.cedefes.org.br/o-direito-originario-dos-povos-indigenas/>

<sup>16</sup> A tese do marco temporal defende que os povos indígenas só têm direito às terras que ocupavam no dia 5 de outubro de 1988, data de promulgação da Constituição Federal. Além de limitar o direito das comunidades indígenas, essa tese visa anistiar os crimes cometidos contra os indígenas, especialmente aqueles cometidos durante a ditadura militar. Nesse período, muitas terras indígenas, consideradas originalmente como terras públicas, foram invadidas e griladas. A tese do marco temporal é defendida pela bancada ruralista no Congresso Nacional Brasileiro. (<https://www.cedefes.org.br/o-direito-originario-dos-povos-indigenas/>)

<sup>17</sup> A Convenção n. 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre povos indígenas e tribais em Estados independentes, é atualmente o instrumento internacional mais atualizado e abrangente em respeito às condições de vida e trabalho dos indígenas. Sendo um tratado internacional ratificado pelo

Além disso, a pressão política de grupos interessados na exploração econômica dos territórios indígenas sempre foi grande e tem encontrado mais espaço e força a partir do discurso e das ações do atual governo. O poder do agronegócio, interessado na expansão da pecuária e do cultivo da soja, e interesses na exploração dos recursos minerais das terras indígenas representam ameaças à soberania dos povos indígenas em suas terras e à preservação da qualidade ambiental e do modo de ocupação de seus territórios que permitem a reprodução de seus modos de vida específicos e da saúde.

A invasão ilegal de garimpeiros nas terras indígenas tem aumentado a partir de declarações do presidente Jair Bolsonaro (SOCIOAMBIENTAL, 2020), que acena para a flexibilização de leis que proíbem o garimpo nas terras indígenas. Mesmo que essa flexibilização não tenha sido efetivada de forma concreta, o discurso de um presidente tem o poder simbólico de uma “autorização moral” e pode levar à sensação de perpetuação da impunidade de quem infringe a lei. A presença desses garimpeiros e o avanço do garimpo sobre essas terras, que segue em curso enquanto escrevo este texto, representam um grande risco de transmissão da covid-19 entre os indígenas (FELLET, 2020) e determinam vulnerabilidade em saúde no enfrentamento da pandemia.

Ainda quanto ao poder de autorização simbólica que o discurso de um presidente pode ter, os guarani de uma das aldeias do recorte territorial desse estudo afirmam que, desde que Jair Bolsonaro chegou ao poder com um discurso racista e de ódio contra minorias, as ameaças sofridas por lideranças do território passaram a ser mais frequentes e violentas. Além disso, a impressão da população é de que os colonos que vivem nos arredores da aldeia estão invadindo porções de terra maiores e de forma mais ousada, com menos cuidado para não serem flagrados.

É evidente e importante pontuar aqui, então, que o processo de invasão de seus territórios e de colonização a que foram submetidos os povos indígenas no Brasil<sup>18</sup>, ao contrário do que diz o senso comum, não é parte apenas da história do “Brasil colônia”,

---

Estado, tem caráter vinculante. Em seu texto está expresso: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.” (SOCIOAMBIENTAL, 2020, p. 1)

mas sim um processo permanente e contínuo de genocídio que segue em curso até os dias atuais.

O que se evidencia das mais diversas formas nos estudos sobre a questão indígena é que o processo histórico de colonização ou de “expansão de frente demográfica e econômica” – que envolveu, como descrito antes nesse capítulo, o atravessamento de epidemias e outros problemas de saúde decorrentes do contato com o “homem branco”, além da usurpação dos territórios por meio de massacres e aniquilações – causou drásticas mudanças sociais e ambientais na realidade indígena. Essas mudanças, somadas à atual não garantia de direitos territoriais previstos constitucionalmente, certamente determinam o amplo panorama de iniquidades em saúde entre os povos indígenas.

Quanto a esse panorama de saúde, Campos *et al.* (2017) apresentam estimativas de mortalidade para indígenas e não indígenas em diferentes grupos de idade, com base no censo demográfico de 2010. Segundo os autores, as expressivas diferenças encontradas nas probabilidades de morte de indígenas e não indígenas em todos os grupos de idade selecionados (porém mais pronunciadas na infância), para ambos os sexos, mostram a situação de extrema vulnerabilidade em termos de saúde na qual os povos indígenas no Brasil se encontram.

O perfil epidemiológico das populações indígenas é específico e denota essa vulnerabilidade, com ocorrência atual do que se denomina de *dupla carga epidemiológica* entre esses povos. Ou seja, a persistência de altas incidências de doenças infectocontagiosas ao mesmo tempo nessa população acompanha a tendência nacional do aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, como diabetes e hipertensão.

A necessidade de um sistema de saúde próprio para os povos indígenas no Brasil surgiu do reconhecimento dessa especificidade epidemiológica e das singularidades do modo de viver indígena, além das dificuldades relacionadas à dispersão geográfica dos povos no território nacional. A partir dessa compreensão, com vistas à equidade e integralidade à saúde, foram criados o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do

Sistema Único de Saúde e suas unidades operacionais, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas<sup>19</sup>, com o objetivo de promover uma assistência que leve em consideração a territorialidade, a cultura e a cosmovisão da saúde dos povos indígenas.

Atualmente, a saúde das populações aldeadas é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Conforme portaria do Ministério da Saúde de 31 de janeiro de 2002<sup>20</sup>, a SESAI é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e realizar a gestão do SASI-SUS. A população não aldeada é atendida como o restante da população brasileira, nas unidades locais de saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família.

Na prática, o que se observa é uma complexa interação de diferentes sistemas médicos nos territórios indígenas. A coexistência de conjuntos de princípios e práticas dos sistemas médicos tradicional e oficial deveria ser trabalhada com cuidado pelas equipes de saúde. Segundo Confalonieri (1989), a sobreposição de diferentes práticas envolve conflitos que necessitam de intermediação antropológica no acompanhamento dos programas de saúde. E como é apontado pela Política Nacional:

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (PNASPI, 2011, p. 17).

---

<sup>19</sup> Os limites territoriais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas não obedecem às fronteiras político-administrativas das unidades federativas ou dos municípios brasileiros, mas foram estabelecidos a partir de critérios epidemiológicos, etnográficos e geográficos (bacias hidrográficas, por exemplo, como é o caso do DSEI Alto Rio Negro).

<sup>20</sup> Portaria n. 254/02 da GM/MS de 31 de janeiro. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_254\\_2002.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf)>

É nítido que há grandes desafios a serem superados pela atual política pública de atenção à saúde dos povos indígenas. Segundo Cardoso (2014), o sistema ainda não foi totalmente consolidado e é um modelo organizacional ineficaz e conflituoso, formado por instâncias não coesas com o SUS, com falta de infraestrutura física e de recursos humanos. Trata-se de um subsistema subfinanciado, com insuficiência das gestões locais e distanciamento da gestão federal, baixa resolubilidade e deficiências na formação profissional em saúde.

Esse quadro de insuficiências e deficiências do SASI-SUS atualmente se agrava a partir das medidas de congelamento de gastos adotadas pelo governo federal e da indicação política para cargos públicos de chefia da SESAI e dos DSEI localmente, de gestores alinhados ideologicamente com os interesses representados pela “bancada ruralista” e pela “bancada da bíblia” do Congresso Nacional. O expresso posicionamento do presidente da república contrário a qualquer demarcação de terra indígena e a articulação política para a interrupção dos processos jurídicos demarcatórios também afastam a perspectiva de melhoria e de avanços na questão da saúde indígena no Brasil.

Neste capítulo apresento brevemente um histórico das políticas e modelos assistenciais da saúde indígena no Brasil.

### **1.1. Breve histórico das políticas e dos modelos assistenciais da saúde indígena no Brasil**

Ao longo da história, ocorreram distintas práticas relacionadas à saúde, modelos assistenciais e políticas públicas de saúde indígena no Brasil. Ainda durante o período colonial, algumas ações em saúde já eram realizadas pela igreja e por missionários. Esse período foi marcado por diversas epidemias que assolaram os povos indígenas e pela escravatura. Já no período do Brasil República há aumento de contatos entre indígenas e colonizadores por meio da construção de linhas ferroviárias e telégrafos (“expansão de frente demográfica e econômica”, ou seja, processo de colonização), provocando numerosos massacres e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis.

Com essa situação de elevada mortalidade, em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), de cunho ideológico iluminista e

evolucionista, ou seja, positivista. O SPI atuava de maneira protecionista e visava o que se denominava de “pacificação”, considerando os indígenas um estágio anterior de evolução e que deveriam ser “integrados” à sociedade nacional. Era um serviço que trazia consigo presentes, doenças e remédios, marcado pela desorganização e pela descontinuidade, praticamente restrito a intervenções de emergência (PNASPI, 2002).

Na década de 1950 é criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), voltado especificamente para realizar vacinação, tratamentos de tuberculose e de doenças infectocontagiosas. O discurso corrente nessa instituição à época era de que “os índios são primitivos e devem ser integrados à nação a todo custo”. Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), as quais foram se fixando nos centros urbanos e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. (PNASPI, 2002).

Na primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, o Estado brasileiro pela primeira vez reuniu representantes de diversas nações indígenas para discutir diretrizes relativas à saúde indígena.

No seu relatório final (BRASIL, 1986) se afirmou: I) a importância da elaboração de políticas para os indígenas com a sua participação extensiva; II) que a saúde das nações indígenas é determinada num espaço e tempo histórico e na particularidade do seu contato com a sociedade nacional, pela forma de ocupação do seu território e adjacências; III) que a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade dos seus ecossistemas específicos, sejam assegurados e garantidos; IV) que a cidadania plena, assegurando todos os direitos constitucionais, seja reconhecida como determinante do estado de saúde; V) que o acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde é dever do Estado; VI) a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde; VII) a importância de respeitar as especificidades étnicas e socioculturais e as práticas terapêuticas de cada grupo; e VIII) a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde.

Após essa conferência, então, a Constituição Federal de 1988 estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar a questão indígena. A Constituição de 1988 representa um grande marco em relação à possibilidade de um sistema de atenção à saúde específico e de acordo com as particularidades dos povos indígenas no Brasil.

O capítulo V da Lei 8.080 de 1990 trata do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena:

Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1999, p. 1)

O período desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 até a criação da Lei Arouca, em 1999, foi marcado pela divisão de responsabilidades entre a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), pela realização de ações de saúde fragmentadas e conflituosas e diversas reformas na Saúde Indígena.

O Decreto Presidencial n. 23 de 1991 transferiu da FUNAI para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde (BRASIL, 1991).

A Resolução n. 11, de 13 de outubro de 1992, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), que deveria assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena (BRASIL, 1992). Já em 1993, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas reforçou a defesa do modelo dos DSEI e propôs a criação de uma secretaria especial do MS para a gestão da política de saúde indígena. No ano seguinte, o Decreto n. 1.141/94, que revogou o Decreto n. 23/1991, constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde e devolveu a coordenação da assistência à saúde indígena para a Funai, deixando ao Ministério da Saúde as ações de prevenção (BRASIL, 1994).

Em 1999 foi criada a Lei Arouca (BRASIL, 1999), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Trata-se de um marco importante ao determinar que a atenção à saúde indígena deve ter uma abordagem diferenciada desde a assistência à saúde até questões de saneamento básico, meio ambiente e demarcação de terras.

Três anos depois, em 2002, foi publicada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que também representa um marco importante na história da saúde indígena ao buscar garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio de um modelo de atenção à saúde diferenciado e que contemple a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses povos.

Em 2004, a Funasa divulgou as portarias n. 69 e 70 (BRASIL, 2004), que determinam as novas diretrizes da saúde indígena. Com essa ação a Funasa recupera a execução direta do atendimento e limita o papel das conveniadas à contratação de recursos humanos, à compra de insumos e ao deslocamento dos indígenas das aldeias.

Apenas em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena, vinculada ao Ministério da Saúde e responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde. A estrutura da Secretaria Especial de Saúde Indígena é composta por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 360 Polos Base, 68 Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), aproximadamente 1000 unidades básicas de saúde indígena e 14.000 profissionais de saúde que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (SESAI, 2018).

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é um modelo de organização dos serviços, sendo a unidade gestora descentralizada do SASI-SUS, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social. Os DSEI possuem Polos Base, que cobrem um conjunto de aldeias e são a primeira referência para as EMSI.

No final de 2015, o Programa Mais Médicos do Brasil, no seu eixo de provimento emergencial feito pela seleção de profissionais para atuarem nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade, estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, fazendo com que, pela primeira vez na história, todos contassem com médicos para atender sua população. O impacto dessa política pública na saúde indígena ainda carece de estudos suficientes para ser avaliado (PINTO *et al.*, 2017).

De 2015 para cá, poucos avanços têm sido observados na política de saúde aos povos indígenas. Pelo contrário, o que se observou foi a tentativa de desmonte do Programa Mais Médicos para o Brasil e o subfinanciamento cada vez mais crítico do SASI-SUS a partir da adoção da *emenda constitucional do teto de gastos* por parte do governo<sup>21</sup>. Além disso as insuficiências de gestão tanto na SESAI quanto em nível local nos distritos têm sido agravadas pela crise política nacional marcada pelo início do processo de *impeachment* da ex-presidente Dilma Rousseff no final de 2015, a partir do qual alguns cargos de chefia dos Distritos Indígenas têm sido oferecidos como instrumento de negociação política.

Numa tentativa de impedir o procedimento do *impeachment*, boa parte dos cargos de coordenação de distrito foram oferecidos pelo governo aos interesses e indicações do PMDB. Pude presenciar a situação de um coordenador que tinha larga experiência como gestor de políticas públicas e vinha fazendo uma boa articulação com o controle social indígena – o que costuma ser algo raro de se observar – e, apesar dos limitados recursos, implementando ações de capacitação para os profissionais das equipes de saúde do DSEI e de formação específica para os Agentes Indígenas de Saúde, por exemplo. De um dia para outro, esse coordenador foi exonerado e substituído por um jovem político do PMDB que não tinha experiência como gestor em saúde, muito menos em Saúde Indígena.

Mais recentemente, a partir da posse de Jair Bolsonaro na presidência, tem sido notável a nomeação de milhares para cargos de chefia dos distritos e especialmente de

---

<sup>21</sup> A Emenda Constitucional n. 95, conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, alterou a Constituição de 1988 para instituir um novo regime fiscal.

coordenação. Esses militares costumam apresentar, como pude verificar durante meu trabalho como supervisor do Programa Mais Médicos, posicionamentos e condutas alinhadas com um discurso similar ao discurso institucional, descrito anteriormente nesta seção, do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas lá na década de 1950: “os índios são primitivos e devem ser integrados à nação a todo custo”. Um discurso racista e desenvolvimentista que perpetua a manutenção de um modelo de atenção e de práticas de saúde que reforçam os determinantes do complexo quadro de iniquidades em saúde da população indígena.

## **1.2. Sobreposição dos sistemas indígenas e do sistema oficial**

Mesmo com a criação do SASI-SUS, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e com a presença dessas estruturas de saúde descritas anteriormente neste capítulo, os sistemas indígenas de saúde ainda são o principal recurso para a interpretação, prevenção e tratamento de doenças da população indígena. Esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com o processo de saúde e doença, com os serviços e profissionais de saúde e suas interpretações nos casos de doença.

As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde (PNASPI, 2002, p. 17).

Alguns autores, como Marilene Cabral do Nascimento, Paulo César B. Alves e Iara Maria A. Souza, trazem a discussão quanto à impossibilidade de buscar validade de um sistema médico dentro de outro sistema médico, porque são racionalidades diferentes. Há de se criarem métodos de validação próprios. Os diferentes sistemas médicos estão sempre em disputa política e em uso comum. Vale notar que o uso do sistema médico-científico é muito recente e, mesmo nas sociedades ditas ocidentais (na

Europa, por exemplo), até o século XX o sistema médico usado não era o sistema médico-científico.

No campo da saúde indígena “oficial”, na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), preconiza-se um modelo de *Atenção Diferenciada em Saúde* que começa a ganhar forma conceitual. Segundo Rodrigues (2016), o modelo de Atenção Diferenciada à Saúde é entendido por meio da inter-relação entre a integralidade do SUS e a diversidade cultural dos povos indígenas na busca pela superação das vulnerabilidades histórico-sanitárias desses povos. É entendido também como um movimento contínuo, permanente, dentro do protagonismo indígena e como um processo criativo na articulação de práticas de autocuidado das comunidades junto às políticas públicas.

A Atenção Diferenciada assume, então, um potencial de avanço no enfrentamento das iniquidades de saúde entre os indígenas como um modelo de atenção à saúde que traz práticas contra-hegemônicas que superem o modelo positivista médico-centrado. Esse modelo vai considerar a integralidade do cuidado nos diversos níveis de complexidade, a dispersão geográfica do sistema considerando aspectos culturais e epidemiológicos, indo além das fronteiras geopolíticas, além de buscar o diálogo com as rationalidades e os sistemas médicos indígenas. Esse modelo, porém, é ainda pouco elaborado e efetivado na prática, tanto pelas equipes de saúde que trabalham na ponta quanto pelos diversos níveis de gestão do subsistema SASI-SUS.

Apesar desse potencial, alguns autores afirmam que a definição de Atenção Diferenciada no PNASPI (2002) está opaca (DIHEL; LANGDON, 2015) e etnocêntrica, com ênfase na diferenciação formal, hegemonia de abordagem biomédica nos serviços, assistencialista e com normatização inclusiva (CARDOSO, 2015). Além disso há dificuldades formais, pois o sistema SASI-SUS tem logística e organização separadas da Atenção Primária universal do SUS. Há dificuldades que podemos chamar de “epistemicidas”, em que as “verdades” científicas são imperativas, ou seja, há valorização assimétrica do modelo explicativo científico e também dificuldades relacionadas à iatrogenia: uma medicina ineficaz, hipermedicalizante e farmacologizante que leva à dependência e perda de autonomia e sociabilidade comunitária. Quer dizer,

na teoria e na prática, o modelo de Atenção Diferenciada ainda é muito próximo e pouco diferenciado do modelo biomédico hegemônico.

Quando alocamos o modelo biomédico hegemônico dentro de contextos indígenas, suas insuficiências e limitações se mostram ainda mais notáveis que no contexto não indígena. A hiperespecialização do conhecimento, o excesso de intervenções médicas, o determinismo biológico que ignora as subjetividades no processo de saúde e doença e a dependência de tecnologias duras do modelo biomédico têm levado esse modelo a falhar em produzir saúde individual e coletiva, mesmo em contextos urbanos, justamente por compor conceitualmente e perpetuar a engrenagem de um modelo de desenvolvimento que determina os próprios processos de adoecimento e sofrimento<sup>22</sup>.

Essa insuficiência se acentua num contexto interétnico, com a complexidade (não possível de ser reduzida a explicações “científicas”) das cosmovisões e dos modelos explicativos de saúde dos povos indígenas. As culturas indígenas não costumam ter caráter determinista, reducionista ou cartesiano.

É necessário um modelo que comporte a possibilidade de diálogo e interação entre diferentes sistemas e modelos explicativos de saúde e que leve em conta as especificidades da saúde de cada povo indígena, bem como a complexidade das relações que se estabelecem entre saúde, cultura, território e territorialidade, entre os indivíduos, suas comunidades e o espaço histórico e político que ocupam.

Assumo neste trabalho o uso do conceito “oficial” de Atenção Diferenciada à Saúde da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) porque, apesar de suas insuficiências e limitações apresentadas anteriormente, representa um grande avanço na história dos modelos assistenciais propostos pelas políticas públicas de saúde indígena. Esse conceito foi adotado também porque um dos objetivos desta pesquisa é analisar a situação de saúde e as ações de saúde envolvendo um Distrito Sanitário Especial Indígena pertencente ao SASI-SUS – ou seja, ao sistema de saúde oferecido pelo Estado. Essa escolha é também uma opção estratégica e prática que visa ao aprimoramento de políticas públicas já existentes.

---

<sup>22</sup> Mais adiante no Capítulo 2, volto a tratar das insuficiências do modelo de saúde hegemônico.

## CAPÍTULO 2 – TERRITÓRIO, TERRITORIALIDADE E SAÚDE

Diversos estudos recentes sobre saúde, saúde pública e, em especial, sobre a saúde indígena, têm incorporado e privilegiado uma perspectiva multicausal e multi-interdisciplinar (MENDONÇA *et al.*, 2014). Alguns conceitos essencialmente (ainda que não exclusivamente) geográficos, tais como espaço, ambiente, território, territorialidade e territorialização, têm sido particularmente importantes nesses trabalhos (MONKEN *et al.*, 2008), pois possibilitam análises detalhadas das estruturas sociais que formam e se relacionam com a saúde pública.

Considerando o objeto e os objetivos desta dissertação, é indispensável compreender alguns desses conceitos e como eles se relacionam com a saúde pública e, mais especificamente, com a discussão da saúde indígena e seus desafios apresentados no capítulo anterior e na introdução deste trabalho. A partir da problemática da saúde indígena, a compreensão desses conceitos é fundamental para a elaboração e o aprimoramento de políticas públicas em saúde para os povos indígenas.

Na visão do geógrafo Milton Santos:

O espaço não é nem uma coisa, nem um sistema de coisas, senão uma realidade relacional: coisas e relações juntas. Eis por que sua definição não pode ser encontrada senão em relação a outras realidades: a natureza e a sociedade, mediatisadas pelo trabalho. [...]. O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento (SANTOS, 1988, p. 26).

Santos afirma que o espaço geográfico é, portanto, o conjunto inseparável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente. Os elementos que o constituem são: os homens; o meio ecológico (base física do trabalho humano); as infraestruturas (materialização do trabalho humano); as “firmas” (responsáveis pela produção de bens, serviços, ideias); e as instituições encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações (SANTOS, 1988).

Assim, o reconhecimento e a localização desses objetos (fixos), seus usos pelas sociedades e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias são centrais para a análise da dinâmica social, de hábitos e costumes, e para a determinação dos processos e das vulnerabilidades de saúde originados das interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos (MONKEN *et al.*, 2008).

Porém, de acordo com Barcellos *et al.* (2008), apesar da diversidade de estudos espaciais disponíveis na literatura, estes foram muito pouco incorporados de maneira efetiva às políticas de saúde. O que se observa é que há certa dificuldade, no planejamento de políticas públicas, de que recortes espaciais não coincidentes com os territórios político-administrativos sejam aceitos, talvez porque:

[...] entre as muitas diferenças dos conceitos de espaço e território, a mais marcante talvez seja a de que a ideia de espaço não faz referência a limites e ao acesso, enquanto a de território imediatamente nos recorda dos limites e das restrições ao acesso dos que a ele não “pertencem” (MONKEN *et al.*, 2008, p. 3338<sup>23</sup>).

É a partir dessa perspectiva que reside a principal diferença entre os conceitos de espaço e território, segundo Santos (1988). O território é lugar com limites definidos em que as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele também fazem parte os ambientes construídos e os ambientes naturais, mas, sobretudo, é um espaço no qual se articulam as relações de poder, de informações e de trocas.

O território como conceito e categoria e análise é utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento, como a biologia, a antropologia, a sociologia, a ciência política e a ecologia, bem como a própria geografia. Também é abordado por diferentes correntes teóricas, a partir de diferentes perspectivas e dimensões.

Assim, este trabalho se apoia em uma perspectiva multidimensional de território (e territorialidade), como uma combinação de estruturas naturais e produzidas, uma construção social, histórica, econômica, política, cultural e simbólica, tal como pensado por Santos (1988) e desenvolvido por outros autores, como Haesbaert (2004 e 2011), Souza (2009 e 2011) e Porto-Gonçalves (2006 e 2012). Esse entendimento é necessário para compreender o planejamento e na prática de políticas de saúde indígena, pois,

---

<sup>23</sup> Edição do Kindle. Posição (*location*) 338.

como descrito anteriormente, há uma sobreposição da lógica de saúde dos indígenas com a lógica de saúde do estado. **Logo, as relações territoriais são sempre determinantes para a saúde.**

Sob essa perspectiva, Porto-Gonçalves afirma que o

(...) território deixa de ser pensado como a base física de exercício da soberania do estado, tal como consagrado no direito internacional e sua ciência jurídica e política, e passa a ser visto como o processo de apropriação e controle do espaço geográfico com seus recursos e suas gentes, revelando as tensas relações de poder que lhes são constitutivas. (...) Nesse sentido, a natureza e a cultura são politizadas. Enfim, território é igual à natureza mais cultura através das relações de poder" (PORTO-GONÇALVES, 2012, p. 34).

Ou seja, o território é o espaço apropriado: é instituído por grupos sociais que se afirmam através dele. Sempre há território e territorialidade, processos sociais de territorialização. Entre os indígenas, o território é espaço de apropriação material e cultural, base física e simbólica (PORTO-GONÇALVES, 2006).

Souza (2009) ressalta que o que “define” o território é, em primeiro lugar, o poder. Nesse sentido, a dimensão política é aquela que, antes de qualquer outra, lhe define o perfil. Isso não implica, porém, que a cultura (o simbolismo, as identidades, as teias de significados) e a economia (o trabalho, os processos de produção e circulação de bens) não sejam relevantes ou não sejam considerados ao se lidar com o conceito de território.

O território (...) é fundamentalmente um espaço *definido e delimitado por e a partir de relações de poder*. A questão primordial, aqui, não é, na realidade, *quais são as características geoecológicas e os recursos naturais de uma certa área, o que se produz ou quem produz em um dado espaço*, ou ainda quais as ligações afetivas e de identidade entre um grupo social e seu espaço. Estes aspectos podem ser de crucial importância para a compreensão da gênese de um território ou do interesse por tomá-lo ou mantê-lo (...), mas o verdadeiro *Leitmotiv* é o seguinte: *quem domina ou influencia e como domina ou influencia esse espaço?* Este *Leitmotiv* traz embutida, ao menos de um ponto de vista não interessado em escamotear conflitos e contradições sociais, a seguinte questão inseparável, uma vez que o território é essencialmente um instrumento de exercício de poder: *quem domina ou influencia quem nesse espaço, e como?* (SOUZA, 2009, p. 78-79, grifo no original).

Para além do território e sua contribuição na análise dos processos e serviços de atenção à saúde, é preciso considerar também o conceito de territorialidade. Para Sack (1986) ela pode ser compreendida como a “qualidade necessária” para a construção do território, incorporada ao espaço quando este intermedeia uma relação de poder que

efetivamente o utiliza como forma de influenciar e controlar pessoas, coisas e/ou relações sociais.

A territorialidade estaria assim intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar. A territorialidade de Sack está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico (MONKEN *et al.*, 2008, p. 351<sup>24</sup>)

Ainda que se atenha, com centralidade, ao horizonte político-econômico, a territorialidade, ao ser pensada em um contexto de múltiplas escalas, se pauta nos sistemas e nas dimensões do lugar e das resistências e identidades, propondo uma questão territorial não resumida ao Estado territorial. Dessa maneira, pensar o mundo e as relações que estão atreladas ao domínio de novas formas de constante territorialização é imprescindível, pois revela novas condições que podem comprometer a saúde das populações. Essa possibilidade sempre existiu, mas nunca nos níveis atuais de experimentar simultânea ou sucessivamente diferentes territórios, reconstruindo constantemente o próprio (HAESBAERT, 2011).

Essa perspectiva enriquece a presente pesquisa ao demonstrar que a pressão sobre os diferentes territórios, que se evidencia hoje em escala mundial, pode ser vista como uma verdadeira guerra contra os mundos relacionais, com a intenção de desmantelar práticas e cosmovisões em que prevalecem o coletivo e relações mais profundas entre sociedade e natureza. Nessa complexa situação, as lutas pelos territórios se convertem em lutas pela defesa dos muitos mundos que habitam o planeta (ESCOBAR, 2014). Adiante, neste capítulo, demonstra-se como os conceitos de território e saúde para os guarani estão estreitamente relacionados.

Nessa perspectiva, o conceito de desterritorialização é fundamental. Haesbaert (2011) explica que vastos espaços no mundo contemporâneo, especialmente nas chamadas “novas fronteiras” de ocupação, exibem os efeitos de uma modernização que “arrasam” e padronizam os espaços à feição do modelo hegemônico de sociedade. Esses espaços e paisagens homogeneizados, transformados em ritmo alucinante pelas

---

<sup>24</sup> Edição do Kindle. Posição (*location*) 359.

novas tecnologias, incorporam áreas imensas numa mesma rede hierarquizada de fluxos alinhavada em escalas que vão muito além do nível local e “regional”.

Mas este mesmo processo que, por um lado, produz redes que conectam os capitalistas com as bolsas mais importantes do mundo e aceleram a circulação da elite planetária, por outro gera uma massa de despossuídos sem as menores condições de acesso a essas redes e sem a menor autonomia para definir os seus “circuitos de vida”. Essa massa “estrutural” de miseráveis, fruto em parte do novo padrão tecnológico imposto pelo capitalismo fica totalmente marginalizada do processo de produção [...] Muitos autores [...] se reportam a essa dinâmica como um processo de “desterritorialização”, o qual seria, se não a marca fundamental do nosso tempo, uma de suas marcas fundamentais. [...] Na verdade, [...] podemos afirmar que o mundo vive atualmente um de seus períodos mais contraditórios e complexos, em que se mesclam os mais diversos níveis de desterritorialização. (HAESBAERT, 2011, p. 166-167).

O interesse da aplicação desses conceitos geográficos por sanitaristas e estudiosos da saúde é fenômeno recente e partiu principalmente dos gestores de saúde e dos próprios trabalhadores desses serviços, principalmente os que atuam na ponta do atendimento (MONKEN *et al.*, 2008). Essa reflexão propiciou a redefinição do próprio conceito de território utilizado nas políticas públicas de saúde, dando lugar a propostas mais amplas do que a de território político-administrativo, conferindo-lhe maior densidade teórico-metodológica.

O conceito de território aplicado à saúde pode ser entendido como o conjunto de situações históricas, ambientais e sociais que levam a condições específicas que produzem doenças. No campo da saúde pública, o reconhecimento do território é uma ação básica para a caracterização da saúde de uma população ou para medir os impactos de determinada política de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2014).

Portanto, os territórios da saúde coletiva, onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, com base em um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, eles pressupõem limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Assim, o território de que falamos é, ao mesmo tempo: o território suporte da organização das práticas em saúde; o território suporte da organização dos serviços de saúde; o território suporte da vida da população; o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar; e o

território da responsabilidade e da atuação compartilhada (MONKEN *et al.*, 2008, p. 572<sup>25</sup>).

## 2.1. Territorialidade e os guarani M'bya

Já em 1974 o relatório intitulado *A new perspective on the health of Canadians* (BUSS, 2005) chamava a atenção para o fato de que as intervenções biomédicas não eram primariamente responsáveis pelo bem-estar e pela melhora da saúde da população. Outros fatores – que estabelecem relação estreita com as condições do território e a territorialidade de uma população – são determinantes e condicionantes sobre a saúde. Esses fatores são apontados, inclusive, em textos normativos: o artigo 3º da Lei 8.080 de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde e dispõe sobre as condições para prevenção, manutenção e promoção da saúde, enfatiza que:

**Art. 3º** Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2013, p. 1)

Ou seja, há uma direta inter-relação entre os processos de saúde e doença dos seres humanos e as modificações ambientais e os movimentos político-econômicos. As condições de transmissão das doenças ou de patogênese<sup>26</sup> são propiciadas pela forma com que são realizadas as intervenções humanas nos territórios. No que se refere à questão da saúde indígena e suas particularidades, essa concepção que considera as relações de poder no território como determinantes primários de saúde é particularmente estratégica para a avaliação e o aprimoramento de políticas públicas de saúde. A seguir, este capítulo apresenta brevemente características da cultura guarani M'bya e, então, aborda aspectos relacionados à sua territorialidade e da ocupação territorial desse povo,

<sup>25</sup> Edição do Kindle. Posição (*location*) 572.

<sup>26</sup> O termo *patogênese* na medicina refere-se à origem ou à criação das doenças.

especialmente no litoral de Santa Catarina, em que se encontram as aldeias do recorte territorial deste estudo.

Os guarani, povo indígena das terras baixas da América do Sul (TBAS), estão presentes em várias aldeias no Paraguai, Argentina, Uruguai, Bolívia e Brasil. Assim, são um povo transfronteiriço, que se considera uma única nação que vive em diferentes estados-nação. Devido a essa característica transfronteiriça que ocorre entre algumas etnias, ao longo deste trabalho procurei ter o cuidado de utilizar “povos indígenas *no* Brasil” em vez de “povos indígenas *do* Brasil”, conforme destaquei anteriormente.

No Brasil, os guarani encontram-se principalmente junto à Mata Atlântica em aldeias no interior e no litoral dos estados do Sul e em São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. São falantes da língua guarani, da família tupi-guarani, tronco linguístico tupi. Dividem-se em três principais subgrupos: *Mbya*, *Nhandeva* e *Kaiowa*. Essas classificações referem-se a diferenças linguísticas entre eles, mas também às diferenças entre os modos de vida (*nhandereko*, o “nosso sistema” ou a “nossa cultura”) de cada subgrupo (LADEIRA, 2008).

A língua dos guarani M’bya constitui o mais forte elemento de sua identidade, e a transmissão oral é o sistema eficaz na educação das crianças, na divulgação de conhecimentos e na comunicação dentro e entre aldeias. Além da linguagem do dia a dia, os guarani têm uma linguagem religiosa que chamam de “belas palavras” (*ayvu porã*). Segundo Bartolomeu Melià (1995), alma e palavra têm o mesmo significado e essa unidade linguística e religiosa dos guarani M’bya os permite se reconhecer, mesmo havendo distâncias muito grandes entre as aldeias, até mesmo em diferentes nações.

Para os guarani, a agricultura é a atividade estrutural da vida comunitária, com significados na sua organização interna, reciprocidade, intercâmbios de sementes e espécies, experimentos, rituais, renovação dos ciclos, que envolvem aspectos da organização social e princípios éticos e simbólicos fundamentados mais na dinâmica de renovação dos ciclos que na quantidade e disponibilidade de alimento para consumo (LADEIRA, 2001).

Os guarani *Mbya* constroem e mantêm uma casa que denominam de *opy*, para a prática de rezas e rituais. Essas práticas são realizadas por meio de cantos, danças e discursos e se relacionam muitas vezes com suas práticas de saúde. As rezas guarani constituem prática de saúde usual tanto no autocuidado cotidiano da população quanto nos cuidados relativos aos eventuais agravos de saúde. A cerimônia do *Nheemongarai* marca o calendário agrícola guarani *M'bya*: é realizada quando o milho (*avaxi ete*) é colhido e “abençoado”. Essa época coincide com os “tempos novos” (*arapyau*), em que ocorrem as tempestades no início do verão. É nesse tempo que devem ser dados os nomes às crianças. (LADEIRA, 1992).

Um aspecto muito importante da cultura guarani que merece especial destaque é o *guata*. O *guata* tem estrutura e função bastante complexas, mas pode ser traduzido de maneira simplificada como “caminhada” ou “deslocamento”. Essas caminhadas são parte fundamental da cultura e do modo de vida guarani, contribuindo, por exemplo, para a consolidação de laços de parentesco e sociais – já que por meio dos deslocamentos buscam parentes, cônjuges e mesmo terra para se viver.

O *guata* está bastante relacionado às atividades agrícolas: é por meio dele que realizam intercâmbios de sementes guarani e de plantas medicinais, plantios, colheitas e os rituais de benzimento de sementes, de mudas e de pessoas do *nheemongarai*. Também está ligado ao ritual de revelação dos nomes das crianças do *nhemongarai*, a rituais de cura e à busca de xamãs. Em sentido metafísico, representa a caminhada aqui nesta terra (*yvyva ë*, a terra imperfeita). Seguir as prescrições do bem viver (*tekoporã*) e afastar as doenças (*atchyvaikue*) é uma das principais condutas éticas que orientam essa caminhada. Ou seja, o *guata* configura um elemento da territorialidade guarani que orienta e possibilita modo de viver guarani (*nhandereko*).

Esses aspectos relativos ao *guata* envolvem a sanidade necessária para a integração da aldeia (*tekoá*) ao território e estão vinculados ao conceito de saúde e “bem viver”: alimentação apropriada, manutenção das práticas de cura tradicionais e das redes de solidariedade e reciprocidade. De forma geral, com exceção do deslocamento que ocorre para a criação de uma nova aldeia, não se pode considerar o *guata* uma forma de migração, já que, conceitualmente, *movimento migratório* se dá na busca de um lugar

onde se possa viver de outra forma, enquanto a realização dos deslocamentos do *guata* se dão justamente para a reprodução do modo de vida guarani.

Segundo a estudiosa do povo guarani M'bya Maria Inês Ladeira, a mobilidade espacial dos guarani indica sua concepção de mundo: a noção de território está baseada nas dinâmicas sociais, econômicas e políticas entre as aldeias (*tekoá*) e com outros grupos étnicos, supera os limites físicos das aldeias e trilhas, compondo o que podemos chamar de “mundo”, e implica a redefinição constante das relações interétnicas, por meio do compartilhamento de espaços (1997). Os M'bya do litoral procuram fundar suas aldeias com base em conceitos míticos que se relacionam com a mata atlântica, que condiciona simbólica e praticamente sua sobrevivência (1992; 1997).

Os guarani têm contato com a sociedade nacional há mais de quatro séculos, processo que se deu de maneira exploratória e etnocêntrica. Eles tiveram sua cultura desvalorizada, considerada inferior ou atrasada, além de sofrer massacres, humilhações e padecer de doenças infectocontagiosas transmitidas pelos brancos. O violento processo de colonização ao longo da história e o atual processo de desenvolvimento expansivo da sociedade nacional determinaram a fragmentação e desterritorialização dos espaços tradicionalmente ocupados pelos guarani, causando grande impacto nas condições sanitárias das aldeias, na disponibilidade de alimentos e outros recursos fundamentais, na possibilidade de realizar o *guata* e, portanto, na sua saúde.

Por utilizarem roupas e outros produtos industrializados e por não costumarem “brigar” pela terra, carregam o estigma de “aculturados” ou mesmo estrangeiros. Há casos de aldeias do litoral de Santa Catarina fundadas por indígenas guarani que vieram do Paraguai fugindo da guerra que leva o nome desse país, entre 1864 e 1870, o que particularmente reforçou esse estigma no senso comum. Esses estigmas favorecem interesses latifundiários e da especulação imobiliária ao descharacterizar esse povo para negar seu direito à terra (LADEIRA, 1992). A resistência dos guarani não exclui o inevitável contato com não indígenas e a demonstração de respeito a outros costumes – e até mesmo o uso das mesmas vestimentas, por exemplo. Mais que qualquer tipo de submissão, são estratégias de autopreservação (LADEIRA, 1989).

Sobraram ao povo guarani diminutas terras, em comparação com o território que um dia ocuparam, em que resistem às atividades econômicas e ao desenvolvimentismo

da sociedade nacional. Há um conflito permanente com a sociedade nacional, especificamente relacionado a questões fundiárias, de demarcação e homologação das terras. Nessa luta vivem um clássico paradoxo indígena: o de terem de, por sobrevivência, adotar hábitos da sociedade nacional em relação à educação, moradia e saúde e, por outro lado, também por sobrevivência, terem de manter hábitos culturais e características étnicas bem próprias para que sejam reconhecidos como indígenas e terem seus direitos básicos. Apesar de diplomáticos, consideram os *juruá* claramente responsáveis pela situação vulnerável em que se encontram (LADEIRA, 2001).

Já a partir do século XX, vem ocorrendo um processo de *recomposição étnico-territorial* guarani. Há o que podemos chamar de um processo de *reterritorialização* por meio da reivindicação dos guarani M'bya por direitos culturais e históricos de ocupação do território. Hoje, as aldeias guarani M'bya se encontram separadas, muitas vezes por grandes distâncias, formando um território descontínuo, mas bem configurado. (GARLET, 1997).

A análise mais recente da presença guarani no litoral de Santa Catarina mostra maior visibilidade desse povo e da ocupação que faz de seu território tradicional. Nas últimas décadas, observa-se uma intensificação da reocupação territorial, como bem resumiu Sergio Eduardo Quezeda na sua dissertação intitulada *A terra de Nhanderu: organização sociopolítica e processos de ocupação territorial dos Mbyá-Guarani em Santa Catarina, Brasil*:

Nas três últimas décadas o litoral catarinense vem experimentando a reocupação de assentamentos guarani, especialmente do subgrupo Mbyá, processo que se apresenta tanto como uma reivindicação dos direitos do grupo, quanto pela própria necessidade destes em procurar espaços adequados para manter e reproduzir sua cultura. Paralelo a isto, os governos federal e estadual incentivam a realização de obras de desenvolvimento na região (construção de gasoduto, duplicação de rodovias, construção de linhas de transmissão elétrica, além do investimento na indústria turística), situação que compromete ainda mais a realização dos processos fundiários das áreas indígenas guarani. Nesse contexto apresenta-se a aquisição de áreas destinas para os Guarani como forma de diminuir os problemas fundiários e a reivindicação do grupo sobre as terras que tradicionalmente ocupam.

Maria Dorothea Post Daralla, em seu trabalho *Territorialidade e territorialização guarani no litoral de Santa Catarina* (2004), demonstra que há uma territorialização singular em curso e que os guarani estão desafiando a sociedade nacional a perceber e reconhecer suas especificidades e direitos territoriais de ocupação. A singularidade desse processo de territorialização tem a ver com estratégias atualizadas frente a projetos externos que desfiguram o território, como a duplicação da rodovia BR-101, e que desafiam os guarani a defender de forma mais incisiva suas necessidades territoriais. Em diversas conjunturas, esse povo está continuamente construindo o sentido da sua ocupação no litoral e está praticando sua territorialização à medida que reconhece e legitima seu direito ao território.

A formação de novas aldeias pelos guarani M'bya geralmente ocorre em áreas de domínio público, como à beira da BR-101, ou em outros casos em propriedades particulares cedidas ou “retomadas”. Mesmo estando cientes da morosidade dos processos fundiários e da falta de vontade política ou incapacidade administrativa da FUNAI, os guarani não têm deixado de se deslocar e formar novas *tekoas* (aldeias).

A relação da territorialidade guarani com sua saúde e a discussão que envolve essa relação compõem parte do resultado desta pesquisa. A seção “O *guata* guarani e a pandemia”, do capítulo 4 deste trabalho, discute inicialmente como o *guata* representa uma costura conceitual e prática entre a saúde, o território e sua ocupação na busca deste povo em “bem viver”, ou seja, em promover sua saúde.

## CAPÍTULO 3 – A SAÚDE DOS GUARANI M’BYA NO TERRITÓRIO

Neste capítulo de resultados da pesquisa, há elementos importantes que devem compor uma análise situacional de saúde e que não foram abordados ou foram descritos de maneira incompleta devido à falta de dados consistentes. Especialmente no que se refere aos demográficos e epidemiológicos, não tive acesso a dados brutos que pudessem ser processados para que obtivesse informações relativas apenas ao Polo Base de Florianópolis ou, o que seria ideal, a cada uma das aldeias desse recorte territorial.

Como médico trabalhando no DSEI Interior Sul, pude obter dados brutos de atendimentos realizados em cada aldeia e o Código de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) respectivo de cada um dos atendimentos, mas não havia organização desses dados por qualquer grupo de doenças ou programa de saúde (doenças respiratórias, doenças e afecções não transmissíveis, hipertensão e diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, doenças infectocontagiosas e parasitárias, saúde da mulher, saúde mental, etc.) e não obtive autorização para uso desses dados para pesquisa.

Nos tópicos ou seções sem dados ou informações específicos quanto às aldeias desse Polo Base, procurei trazer dados relativos ao território guarani M’bya do Sul e do Sudeste do Brasil disponíveis em alguns estudos, por se tratar do recorte desta pesquisa, ou então dados relativos aos territórios indígenas no Brasil todo.

### 3.1. Infraestrutura sanitária no território

O povo guarani neste território constitui famílias com número relativamente grande de indivíduos. Boa parte das moradias são precárias, sem condições sanitárias mínimas. Restam ainda poucas moradias construídas de forma tradicional, e isso se dá tanto pela existência prévia de moradias em terras que foram retomadas, principalmente nas últimas décadas, a partir do que denominamos no capítulo anterior de processo de *reterritorialização* ou de *recomposição étnico-territorial*, quanto pela construção de casas

comuns de alvenaria, sem projeto algum de adequação ao modo de vida guarani, por meio de ações compensatórias relativas aos impactos de projetos estatais realizados nas últimas décadas dentro de territórios guarani (como a construção de rodovias e torres de transmissão de energia elétrica que atravessam e desfiguram o território indígena). Em geral, são moradias pequenas e sem a mínima estrutura de saneamento básico. A presença de fogo de chão dentro de casas de alvenaria, sem a devida dissipação da fumaça como ocorreria nas casas tradicionais de pau a pique e teto de palha, pode constituir um condicionante de agravo sobre a morbimortalidade por doenças respiratórias da população (DSEI ISUL, 2020).

Quanto ao saneamento, apenas quatro das aldeias da área de abrangência<sup>27</sup> desse polo base possuem rede de tratamento e distribuição de água. As demais aldeias contam apenas com captação de água individual ou familiar. Todas as aldeias do território delimitado por esta pesquisa têm insuficiente quantidade de unidades sanitárias, individuais ou coletivas. Algumas aldeias possuem fossas sépticas individuais (DSEI ISUL, 2020).

Nas aldeias com obras sanitárias realizadas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena, é muito comum que essas obras tenham sido subdimensionadas e não tenham sido acompanhadas de um devido processo de diálogo com a população e de planejamento e manutenção. Assim, é recorrente que essas infraestruturas estejam abandonadas e em desuso (DSEI ISUL, 2020).

Já a coleta do resíduo sólido produzido nas aldeias não ocorre na maior parte das aldeias e, nas poucas aldeias em que ocorre, é pouco frequente. Esse resíduo sólido muitas vezes é enterrado, queimado ou deixado ao ar livre em alguma área específica da aldeia. Há aldeias que têm um plano de gestão ambiental, porém com poucos recursos para efetuá-lo. Em alguns casos realizam-se mutirões de limpeza e há aldeias, como a de *M'Biguaçu* com regimento interno que limita a possibilidade de desmatamento e define áreas específicas para atividades específicas como plantio ou construção de novas casas, por exemplo. (DSEI ISUL, 2020).

---

Considerando que a covid-19 é uma doença infectocontagiosa e que a prevenção do seu contágio envolve medidas sanitárias e de higiene, a situação sanitária precária nas aldeias guarani da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis é um elemento crítico no enfrentamento da pandemia e pode constituir um determinante da vulnerabilidade desta população quanto a essa doença.

### **3.2. As aldeias guarani M'bya no território**

O Polo Base (PB) de Florianópolis pertence ao DSEI Interior Sul e é responsável pelo atendimento à saúde de aproximadamente 969 indivíduos que vivem em aldeias guarani nos municípios de Imaruí, Palhoça, Biguaçu, Canelinha e Major Gercino, todos no estado de Santa Catarina. Esses territórios são territórios litorâneos, com clima subtropical úmido e vegetação de Mata Atlântica.

Cabe ressaltar que as informações descritas no Plano de Contingência do Polo Base de Florianópolis quanto à população das aldeias divergem dentro do próprio documento. O texto inicialmente afirma que o número total de indígenas das treze aldeias é de 933 indivíduos, porém mais adiante, na caracterização do plano para cada aldeia, é descrita a população de cada aldeia e a soma dessas populações resulta em 969 indígenas. Optei, então, por utilizar os dados apresentados na descrição de cada aldeia por saber que essa descrição provavelmente foi realizada a partir dos censos populacionais que a equipe de saúde do polo utiliza e atualiza na prática cotidiana do trabalho nas aldeias, enquanto o texto inicial do documento pode ter sido escrito a partir de dados desatualizados do Sistema de Informação da Saúde Indígena, utilizados pela gestão do DSEI, e também porque os dados da descrição de cada aldeia foram confirmados por alguns moradores de algumas das aldeias com os quais tenho contato.

As aldeias do território localizam-se próximas ou marginalmente ao trajeto da rodovia BR-101. Portanto, as condições de vida e de trabalho no território são fortemente condicionadas pelos impactos da construção e da presença dessa rodovia (LADEIRA et al., 1996).

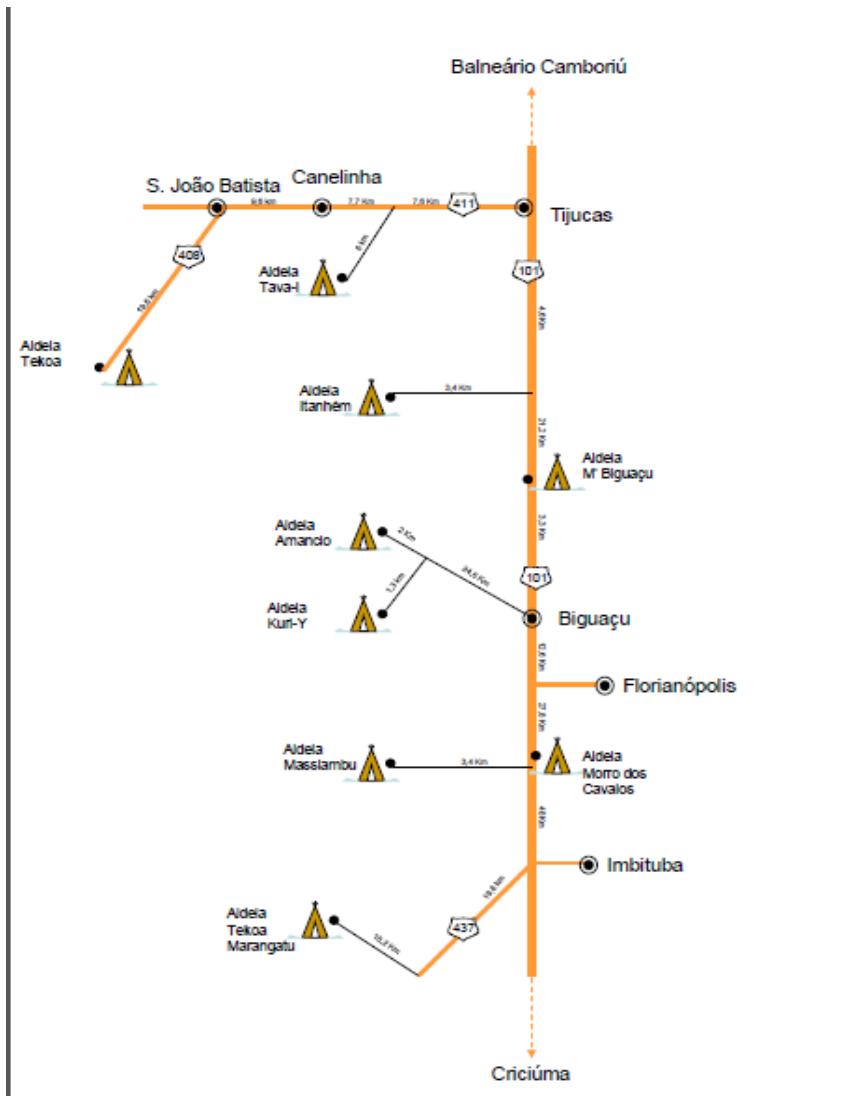


Figura 6 – acesso rodoviário às aldeias do PB Florianópolis<sup>28</sup> (Plano Distrital do DSEI Interior Sul de 2012-2015)

O Polo Base de Florianópolis abrange 13 aldeias. Em Imaruí-SC localiza-se a aldeia *Marangatu*. Em Palhoça-SC, estão a aldeia do Morro dos Cavalos (*Itaty*), a aldeia *Yakã Porã* – criada recentemente por um grupo que saiu da aldeia do Morro dos Cavalos numa estratégia de resistência dentro do território contra os interesses de ocupação da terra por não indígenas – a aldeia *Pirarupa*, na localidade do Massiambu (pertencente

<sup>28</sup> Nesta figura não estão representadas quatro aldeias que foram criadas após a elaboração do Plano Distrital do DSEI Interior Sul de 2012-2015. São elas: aldeia Praia de Fora, aldeia Cambirela, aldeia *Tekoa Porã* e a aldeia *Yakã Porã*.

ao município da Palhoça-SC), a aldeia de Praia de Fora – que consiste em uma família e está numa região que por força da luta do movimento indígena e de ação do ministério público é hoje considerada terra indígena – e a aldeia do Cambirela.

Nessa região da cidade da Palhoça-SC, em torno da terra indígena Morro dos Cavalos, há muitos interesses envolvendo o turismo e a especulação imobiliária. No município de Biguaçu/SC, estão as aldeias *M'Biguaçu* e *Tekoa Porã*, além da aldeia Morro da Palha (*Itanhanhém*) e as aldeias do Amaral (*M'baroka*) e do Amâncio, localizadas em Timbé (município de Biguaçu). No município de Canelinha-SC está a aldeia *Tavaí* e em Major Gercino-SC a aldeia *Iuwá*.

A seguir, uma breve descrição simplificada de cada aldeia do território, a partir dos poucos dados disponíveis em documento do Polo Base de Florianópolis (DSEI, 2020) e observações realizadas durante o trabalho que realizei a partir do início da pandemia.

### 3.2.1. Aldeia do Amâncio

Localiza-se no interior do município de Biguaçu-SC, com distância de 40 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente tem uma população total de 25 pessoas, sendo dois idosos (com mais de 60 anos). Em relação às morbididades que configuram fator de risco para covid-19, há um indivíduo portador de Amaral, de oitenta e oito anos de idade. Além disso, há um indivíduo portador de necessidades especiais. No momento da coleta de dados não havia nenhuma gestante ou puérpera nessa aldeia.

A comunidade do Amâncio conta com um agente indígena de saúde e um agente indígena de saneamento. A equipe de saúde do polo se comunica com a comunidade pelo telefone celular do agente indígena de saúde. Não há infraestrutura instalada: não há escola, nem centro comunitário, nem unidade de saúde. A estrutura de saneamento é insuficiente. Há uma casa de reza (*opy*) e um *karaí* (“xamã”). A população produz alimentos para subsistência e cerimônias tradicionais. As fontes de renda são o programa Bolsa Família, aposentadorias, serviços temporários prestados no entorno da aldeia.

### 3.2.2. Aldeia do Amaral (M'baroka)

Localiza-se no interior do município de Biguaçu-SC e está a 35 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente tem população total de 88 pessoas, sendo quatro idosos (com mais de 60 anos). Há um indivíduo idoso portador de diabete mellitus e um portador de diabetes e hipertensão arterial. A comunidade não conta com um agente indígena de saúde, mas com um agente indígena de saneamento. A comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone do cacique. A aldeia também conta com uma escola, uma casa de reza (*opy*) e um *karaí*. O saneamento é “insuficiente”. Há produção de alimentos para a subsistência. E as fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública.

### 3.2.3. Aldeia do Massiambu (*pirá rupá*)

Localiza-se no interior do município da Palhoça-SC e está a 35 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 47 pessoas, sendo dois idosos (com mais de 60 anos). Há dois indivíduos portadores de diabete mellitus e três indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica. A comunidade conta com um agente indígena de saúde e um agente indígena de saneamento, e a comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone do agente indígena de saúde. A aldeia tem uma escola ampla, uma casa de reza (*opy*) e estrutura de saneamento considerada “regular”. Não há presença de *karaí* nessa aldeia. Existe criação de alguns animais de terreiro, e as fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública.

### 3.2.4. Aldeia Praia de Fora

Localiza-se na marginal da BR-101, no município de Palhoça-SC, e está a 25 km ao sul da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 21 pessoas, sendo um idoso (com mais de 60 anos). Há um indivíduo portador de hipertensão arterial sistêmica. A comunidade não conta com agente indígena de saúde ou de saneamento contratados. A comunicação da aldeia com o polo base se dá pelo telefone de moradores. A aldeia ainda não conta com nenhuma estrutura pública ou de uso coletivo, e as fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias e serviços pontuais temporários.

### 3.2.5. A aldeia de Canelinha (*Tava’i*)

Localiza-se no interior do município de Canelinha-SC e está a 65 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 53 pessoas, nenhum desses é idoso nem possui diabetes ou hipertensão arterial sistêmica. Há um indivíduo diagnosticado com leucemia e outro com lúpus. A comunidade conta com um agente indígena de saúde e um agente indígena de saneamento, e a comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone do agente indígena de saúde e de lideranças. A aldeia conta com uma escola ampla, uma casa de reza (*opy*) e estrutura de saneamento “regular”. Há presença de *karaí* nessa aldeia. A população cria animais de terreiro e realiza culturas de subsistência. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública.

### 3.2.6. A aldeia de Imaruí (*Tekoa Marangatu*)

Localiza-se no interior do município de Imaruí-SC e está a 140 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 176 pessoas, sendo quatro

idosos (com mais de 60 anos). Não há indivíduos portadores de diabete mellitus ou hipertensão arterial sistêmica. A comunidade conta com um agente indígena de saúde e um agente indígena de saneamento, além de uma técnica de enfermagem alocada de maneira fixa nessa aldeia. A comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone da técnica de enfermagem e do agente indígena de saúde. A aldeia conta com uma escola ampla, uma casa de reza (*opy*) e estrutura de saneamento “regular”, além de um posto de saúde no qual são realizados os atendimentos da EMSI. Há presença de *karaí* nessa aldeia. A população cria animais de terreiro e realiza culturas de subsistência. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública.

### 3.2.7. Aldeia Bonita (*Tekoa Porã*)

Localiza-se na margem da BR-101, no município de Biguaçu/SC e está a 35 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 29 pessoas, sendo quatro idosos (com mais de 60 anos). Há um indivíduo portador de diabete mellitus e hipertensão arterial sistêmica, e um indivíduo portador de hipertensão arterial sistêmica isoladamente. A comunidade não conta com agente indígena de saúde nem agente indígena de saneamento. A comunicação da aldeia com o polo base se dá pelo telefone de moradores. Há uma igreja instalada dentro da aldeia e não há casa de rezo (*opy*). A princípio, não há presença de *karaí* nessa aldeia. Há criação de alguns animais de terreiro. E as fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários e venda de artesanato.

### 3.2.8. Aldeia *Yakā Porā*

Localiza-se às margens da BR-101, no município de Palhoça e está a 30 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 26 pessoas, nenhum idoso (com mais de 60 anos). Há um indivíduo portador de diabetes mellitus. A comunidade não conta com agente indígena de saúde nem agente indígena de saneamento. A comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente através do telefone de lideranças. A aldeia conta com uma casa reza (*opy*) e estrutura de saneamento “insuficiente”. Há presença de *karaí*, e a população cria animais de terreiro. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários e venda de artesanato.

### 3.2.9. Aldeia de Major Gercino (*Tekoa Wy’á Porā*)

Localiza-se no interior do município de Major Gercino-SC e está a 145 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 152 pessoas, sendo dez idosos (com mais de 60 anos). Há dois indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica. A comunidade conta com um agente indígena de saúde e um agente indígena de saneamento e a comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente através do telefone do agente indígena de saúde e de outros moradores.

A aldeia tem uma escola com estrutura bastante precária, uma casa de reza (*opy*) e estrutura de saneamento “insuficiente”. Há presença de *karaí*, e a população cria alguns animais de terreiro e realiza culturas de subsistência. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública.

### 3.2.10. Aldeia de M’Biguaçu (*Yynn Moroty Whera*)

Localiza-se às margens da BR-101 no município de Biguaçu-SC e está a 22 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 110 pessoas, sendo cinco idosos (com mais de 60 anos). Há quatro indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica. A comunidade conta com dois agentes indígenas de saúde e um agente indígena de saneamento e a comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone do agente indígena de saúde. A aldeia conta com uma escola ampla, uma casa de reza (*opy*) e uma estrutura de saneamento “relativamente boa”. Há presença de *karaí*, e a população cria alguns animais de terreiro e realiza plantios de culturas de subsistência. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública, além de empregos formais nas áreas urbanas ou rurais do entorno.

### 3.2.11. Aldeia do Cambirela

Localiza-se na margem da BR-101, município de Palhoça-SC, e está a 21 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 12 pessoas, sendo um idoso (com mais de 60 anos). Não há indivíduos portadores de diabetes ou hipertensão arterial sistêmica. A comunidade não conta com agente indígena de saúde ou agente indígena de saneamento e a comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone das lideranças. A aldeia não conta com estrutura pública instalada nem com casa de reza (*opy*). Não há presença de *karaí*, e a população cria animais de terreiro e realiza cultivos de subsistência. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato.

### 3.2.12. Aldeia do Morro da Palha (*Itanhae*)

Localiza-se no interior do município de Biguaçu-SC e está a 52 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 79 pessoas, sendo seis idosos (com mais de 60 anos). Há quatro indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica. A comunidade conta com um agente indígena de saúde e um agente indígena de saneamento, e a comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone do agente indígena de saúde. A aldeia conta com uma escola ampla, uma casa de reza (*opy*) e estrutura de saneamento “regular”. Há presença de *karaí*, e a população cria animais de terreiro e realiza o plantio de culturas tradicionais de subsistência. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública.

### 3.2.13. Aldeia do Morro dos Cavalos (*Itaty*)

A aldeia do Morro dos Cavalos localiza-se na margem da BR-101, no município da Palhoça-SC, e está a 34 km da sede do Polo Base Florianópolis. Oficialmente, tem população total de 151 pessoas, sendo quatro idosos (com mais de 60 anos). Há um indivíduo portador de diabete mellitus e um indivíduo portador de hipertensão arterial sistêmica. A comunidade conta com dois agentes indígenas de saúde e um agente indígena de saneamento. A comunicação da aldeia com o polo base se dá principalmente pelo telefone do agente indígena de saúde e de lideranças. A aldeia conta com uma escola ampla, uma casa de reza (*opy*) e estrutura de saneamento “regular”. Há presença de *karaí* nesta aldeia e criação de alguns animais de terreiro. As fontes de renda são o programa Bolsa Família; aposentadorias; serviços pontuais temporários; venda de artesanato; trabalho formal na atenção à saúde (AIS/AISAN) e na educação pública.

A Tabela 1 traz os principais dados das descrições anteriores, referentes às 13 aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis, minimamente processados e sistematizados.

Nome da Aldeia	Distância do Polo Base (Km)	População	Idosos	Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica	Indivíduos com Diabetes Melitus	Indivíduos com Hipertensão e Diabetes	Quantidade de agentes de saúde/saneamento	Quantidade escolas	Quantidade de unidade de saúde	Estrutura Sanitária	Produção própria de alimentos
Amâncio	40	25	2	0	1	0	1/1	0	0	insuficiente	Sim
Amaral (M'baroka)	35	88	4	0	1	1	0/1	1	0	insuficiente	Sim
Massiambu	35	47	2	3	2	0	1/1	1	0	regular	Não
Praia de Fora	25	21	1	1	0	0	0/0	0	0	?	Não
Canelinha	65	53	0	0	0	0	1/1	1	0	regular	Sim
Imaruí	140	176	4	0	0	0	1/1	1	1	regular	Sim
Aldeia Bonita	35	29	4	1	0	1	0/0	0	0	?	Sim
Tekoa Yakã	30	26	0	0	1	0	0/0	0	0	insuficiente	Sim
Major Hercílio	145	152	10	2	0	0	1/1	1	0	insuficiente	Sim
M'Biguaçu	22	110	5	4	0	0	2/1	1	0	?	Sim
Cambirela	21	12	1	0	0	0	0/0	0	0	?	Sim
Itanhaém	52	79	6	4	0	0	1/1	1	0	regular	Sim
Morro dos Cavalos	34	151	4	1	1	0	2/1	1	0	regular	Sim
Total: 13 aldeias		969	43	16	6	2	10/9	8	0		

Tabela 1: Informações sobre as 13 aldeias da área de abrangência do Polo Base Florianópolis do DSEI Interior Sul.

Cabe destacar a insuficiência dos elementos apresentados nessa descrição das aldeias, sistematizados na tabela, para supor ou considerar alguma análise comparativa consistente das aldeias quanto às suas vulnerabilidades em saúde específicas. Os elementos presentes nessas descrições das aldeias não são diversos e algumas categorias são inconsistentes para realização de qualquer análise situacional. Por exemplo, no que se refere ao saneamento, as categorias utilizadas pelo Polo Base foram

“insuficiente” e “regular” apenas, não havendo qualquer menção quanto a algum critério relativo a essas categorias.

O fato de que esses são os únicos elementos de caracterização de cada uma das aldeias do território utilizados pelo Polo Base na elaboração de seu plano de contingência à covid-19 pode ser um demonstrativo da fragilidade da execução de políticas públicas em saúde nessas aldeias. É muito importante desenvolver futuramente um estudo descritivo territorial e uma análise mais profunda das condições sanitárias, ambientais e de saúde de cada uma dessas *tekoá*.

### 3.3. Práticas de saúde no território

Como explicado anteriormente, o conceito de saúde para os guarani envolve a relação entre corpo, alimento, relações sociais e território. Para eles, a alegria favorece a saúde e é obtida pelo cultivo da terra e pela proximidade da mata atlântica. O *guata guarani* é a maneira de aperfeiçoar a espiritualidade e a saúde.

Segundo relato de importante liderança guarani no território, a alimentação está relacionada com a maioria das doenças, tanto do corpo quanto do espírito. Afinal, é na alimentação “que se consagra o corpo”. É comum a percepção de que os guarani não se alimentam mais como antigamente e, então, agora necessitam tanto do *karaí* (“xamã”) quanto do “médico da SESAI” para o tratamento de suas doenças.

Entre a população das aldeias, a definição de qual recurso terapêutico deve ser utilizado é normalmente definida pelo *karaí*. Conforme o diagnóstico do *karaí* se sabe se a doença é “de branco” (“doenças de *juruá*”) ou se é doença espiritual – causadas por desrespeito à natureza, por influências exercidas por outras pessoas ou por pensamentos nocivos. As “doenças do branco” podem ser causadas pela má alimentação e normalmente provocam manifestações secundárias a algum evento concreto.

Assim como observado pelo estudo de Eliana Diehl e Francielly Grassi *Uso de medicamentos em uma aldeia guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil*, a eficácia de

medicamentos prescritos pelas equipes de saúde do distrito é reconhecida pelos indígenas, mas também é muito comum a interrupção dos tratamentos assim que há alguma melhora dos sintomas (DIEL, 2010).

A população costuma buscar os próprios recursos, procura orientação das pessoas mais velhas da comunidade, utiliza plantas medicinais e os medicamentos deixados pelas equipes. Também recorre ao médico, à equipe multidisciplinar de saúde indígena, normalmente com objetivo de resolver os sintomas ou tratamento de "doenças de branco". Concomitantemente, busca as casas de reza (*opy*) para harmonização das doenças do espírito.

As práticas de fitoterapia estão disseminadas nas aldeias do território. Normalmente há algum vizinho ou parente que é sabidamente detentor de conhecimentos sobre as plantas, mas também há o uso concomitante (e não hierarquizado) de medicamentos industriais, sintomáticos em geral, disponibilizados pelo distrito indígena. É muito comum encontrar nas casas, indistintamente, medicações industriais e ervas medicinais.

Além disso, os guarani praticam medidas preventivas relacionadas principalmente a dieta e atividades físicas. Essas prescrições preventivas se dão conforme os tipos de adoecimento e os ciclos de vida (criança, adolescente, gestante, adulto, idoso) e envolvem resguardos e dietas específicas. Além disso, os adoecimentos podem estar relacionados a um corpo coletivo ou familiar, não necessariamente ao indivíduo.

Xamãs, ou *karaís*, estão presentes no território. É notável que em tantos séculos de relação com a sociedade nacional, numa relação de poderes tão assimétrica e envolvida em tanta violência, e mesmo por meio de um intenso processo de desterritorialização, os guarani tenham mantido de maneira tão viva a expressão de sua cultura e suas práticas de saúde tradicionais. A persistência da língua guarani, falada nas aldeias e praticada cotidianamente por meio das rezas, é um veículo da manutenção desses saberes e práticas. Algumas doenças são consideradas tratáveis apenas se tratadas com reza. O conhecimento ancestral do rezador (*karaí*) é passado de geração em geração dentro de uma mesma linhagem familiar e é comum que esses rezadores realizem deslocamentos percorrendo diversas aldeias guarani no território.

Em relação aos serviços de Atenção à Saúde do Polo Base de Florianópolis, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Polo Base de Florianópolis é composta pelos seguintes profissionais: dez agentes indígenas de saúde (AIS), nove agentes indígenas de saneamento (AISAN), cinco técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, um cirurgião dentista, um médico e uma nutricionista (chefe do polo base), além de oito motoristas. Todos esses em regime de trabalho de quarenta horas semanais e contratado por processo seletivo terceirizado por organização não governamental. Não são profissionais concursados.

O transporte desses profissionais para a realização da assistência à saúde nas aldeias se dá por via terrestre. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena chega a percorrer, entre a sede do polo base e as aldeias, uma distância de aproximadamente 130 km na direção sul pela BR-101 para chegar à aldeia de Imaruí e uma distância de aproximadamente 105 km na direção norte pela BR-101 para chegar à aldeia de Major Gercino. Esses são os maiores deslocamentos e levam aproximadamente uma hora e cinquenta minutos. A média de tempo para o deslocamento da equipe até as demais aldeias varia de trinta minutos a uma hora. Os locais de atendimento na maioria das aldeias são cedidos pelas lideranças (em geral são oferecidos espaços de moradias ou escolas) e em algumas situações o atendimento da equipe é realizado ao ar livre. Em geral, os atendimentos da equipe de saúde são realizados em locais com precárias condições de infraestrutura.

O deslocamento dos pacientes com necessidade de acompanhamento de parente ou agente indígena de saúde aos serviços de referência são realizados, na sua quase totalidade, pelos veículos do Polo Base de Florianópolis. A dificuldade logística fica evidente ao considerarmos o número de profissionais, o número de aldeias, as distâncias envolvidas, as diferenças operacionais entre os diversos serviços de referência, os atendimentos de urgências e emergências, o transporte de equipamentos e insumos, a manutenção necessária dos veículos e os congestionamentos de trânsito nas estradas.

Quanto à rede de referência e assistencial do SASI-SUS, existem dificuldades na garantia do princípio da integralidade do SUS. É comum encontrar entre os secretários municipais de saúde dos municípios da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis o discurso de que a saúde indígena já recebe muitos recursos federais e

que, então, os municípios não deveriam se responsabilizar pelos serviços de atenção secundária ou pela realização de exames complementares da população indígena atendida pelo DSEI. Esse pensamento demonstra desconhecimento sobre a estrutura organizacional do SUS e sobre os fluxos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A rotatividade dos profissionais costuma ser alta, com pouca longitudinalidade<sup>29</sup> no cuidado e, portanto, vínculo frágil com a população. Muitas vezes, a periodicidade do trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena em cada aldeia não é suficiente para atender às demandas de saúde da população. Assim, é comum que tenham de recorrer aos serviços (UPAs e pronto-atendimentos) dos municípios em que se situam as aldeias ou em municípios próximos para poderem ter um atendimento em saúde. É comum o relato, entre os guarani, de experiências bastante negativas nesses serviços. São relatos de situações de negligência, racismo e outras formas de violência.

Como apontado anteriormente no capítulo sobre a questão da saúde indígena no Brasil, há insuficiências de formação nos profissionais da atenção à saúde indígena. É comum que profissionais da saúde indígena sejam mal preparados tecnicamente, sem formação específica em atenção primária à saúde e muito menos quanto às especificidades do trabalho no contexto da saúde indígena. A maioria dos profissionais desconhece o conceito de Atenção à Saúde Diferenciada da PNASPI.

Além do despreparo técnico, as abordagens em saúde – tanto as institucionais quanto as dos profissionais –, de forma recorrente, deslegitimam outros modos de explicar os adoecimentos ou de ver o mundo (epistemicídio). Além disso não é comum a integração efetivamente participativa dos agentes indígenas de Saúde (AIS) nos processos de trabalho da equipe. Apesar dos avanços representados pela estruturação de um sistema de saúde distrital desde 1999 e pela política pública em saúde indígena apresentada na PNASPI desde 2011, ainda há na prática, na ponta do sistema, um

---

<sup>29</sup> Longitudinalidade é um conceito que trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde (APS). É considerada característica central desse nível assistencial. O atendimento a esse atributo está relacionado com resultados positivos, o que justifica sua utilização para fins de avaliação da APS (longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro (CUNHA; GIOVANELLA, 2011)

modelo de atenção à saúde demasiadamente biomédico, intervencionista, médico-centrado e medicalizante.

No sentido de estabelecer uma abordagem em saúde diferenciada, é fundamental reconhecer que os guarani respeitam muito o silêncio e a fala do outro. Eles indicam que os profissionais do DSEI costumam ter uma abordagem a partir de “demandas prontas” e metas programáticas que pouco se ajustam às demandas comunitárias. Não há efetivamente espaço para escuta de qualidade das perspectivas e percepções da população. As tomadas de decisão e as condutas são pouco compartilhadas pelos profissionais com a população. Especificamente entre os guarani isso se agrava, pois são um povo que valoriza muito as palavras e a escuta. Como apontou o autor Almir Von Held (2008) em seu trabalho sobre a percepção de saúde dos Guarani M’bya: “para os M’bya, falar confunde-se com o próprio ser”.

### **3.4. Aspectos demográficos e morbimortalidade**

Como já expressei no início deste capítulo, não consegui acesso a indicadores demográficos e epidemiológicos, como as taxas de natalidade e mortalidade infantil, relativos à população atendida pelo Polo Base de Florianópolis. Há outros elementos que devem constituir uma descrição epidemiológica, como perfil nutricional e dados quanto ao consumo de álcool, que não puderam ser descritos nesta parte do trabalho ou que foram abordados de forma parcial. Assim, busquei apresentar dados e indicadores quanto à população guarani M’bya do Sul e Sudeste brasileiros como um todo, para que esta análise compreendesse pelo menos a descrição de um recorte territorial maior, mas que comporta o recorte desta pesquisa.

De acordo com documento produzido pelo Polo Base de Florianópolis (DSEI-ISUL, 2020) a partir de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), a população das treze aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis corresponde a 969 indivíduos. Esse é um número aproximado, e determinar

de forma precisa o número total dessa população não é tarefa simples, já que ele sofre flutuações em decorrência dos frequentes deslocamentos, em sua maioria relacionados ao *guata*<sup>30</sup>, que a população realiza em todo o território guarani. Esses deslocamentos do *guata* ocorrem entre as diversas *tekoas* (aldeias) do território guarani no Sul e Sudeste brasileiros e não devem ser, a princípio, considerados movimentos migratórios<sup>31</sup>. A dificuldade em quantificar os guarani é abordada por Bartolomeu Melià (1997) e se relaciona tanto com a dinâmica social de mobilidade espacial quanto pela compreensão acertada, dos próprios guarani, de que os censos servem como uma forma de controle do Estado.

Segundo o mesmo documento, o perfil etário dessa população guarani, demonstra que se trata de uma população muito jovem, já que a faixa etária de zero a 24 anos representa 66,88% da população. Os idosos, faixa etária maior de 60 anos, proporcionalmente não representam um número expressivo de indivíduos: são apenas 3,4% da população. Mas é notável a elevada proporção de idosos com mais de 80 anos, que representam 53,3% do total de idosos da população (DSEI-ISUL, 2020).

O trabalho de Sofia Pereira Madeira *Perfil demográfico e algumas medidas de fecundidade dos povos guarani no Sul e Sudeste do Brasil* (2010) traz resultados que resumem o perfil demográfico da população: (i) a pirâmide etária para o conjunto da população guarani no Sul e no Sudeste apresenta uma base larga, com elevada proporção de crianças e jovens e poucos idosos; (ii) há um significativo declínio da mortalidade (sobretudo infantil) entre os povos indígenas estudados, relacionado a medidas preventivas como vacinação, uso de antibióticos e tratamento de diarreia por meio de soro de reidratação oral; (iii) a fecundidade mantém-se elevada ao compará-la à fecundidade geral brasileira; e (iv) há um processo de rejuvenescimento populacional (os grupos etários menores de 15 anos representam mais da metade da população total).

---

<sup>30</sup> Ver tópico 2.1 do capítulo 2 desta dissertação.

<sup>31</sup> Conceitualmente, *movimentos migratórios* se dão quando indivíduos ou grupos procuram outras formas de se viver. No caso dos deslocamentos guarani, tradicionalmente eles se dão justamente para perpetuação do próprio modo de vida guarani (*nhandereko*), com exceção dos deslocamentos que ocorrem especificamente para a criação de novas aldeias, que, estes sim, podem ser considerados movimentos migratórios.

Atualmente as principais causas de óbitos na população guarani do território deste estudo estão relacionadas ao aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas – consequente ao envelhecimento da população, à maior sedentarização e às mudanças de hábitos alimentares – e da incidência de doenças infectocontagiosas, que ainda é alta se comparada à incidência dessas doenças na população não indígena. Dessaas doenças infectocontagiosas, é mais significativa a incidência das respiratórias, principalmente entre as crianças.

Conforme dados extraídos do SIASI, no ano de 2019 houve um óbito infantil causado por pneumonia (CID10 18.9) e a taxa de mortalidade infantil<sup>32</sup> foi de 34,48 óbitos por 1000 nascidos vivos (DSEI-ISUL, 2020). No mesmo ano, conforme dados da *Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil de 2019* do IBGE (BRASIL, 2019), a taxa de mortalidade infantil no Brasil foi de 11,90 óbitos por 1000 nascidos vivos.

O estudo, bastante consistente e relevante, sobre a mortalidade indígena guarani no Sul e Sudeste do Brasil realizado na tese de doutorado em Saúde Pública do pesquisador Andrey Moreira Cardoso, publicada em 2011, vai ao encontro da afirmação de que as doenças infectocontagiosas respiratórias são bastante significativas na população guarani. Nessa pesquisa, foram acompanhados 6483 indígenas guarani residentes no Sul e Sudeste do Brasil, entre 2007 e 2010, e os resultados desse trabalho demonstram que:

- (i) a taxa anual de hospitalização global de 8,1 a cada 100 pessoas por ano, o que é 70% superior à taxa correspondente verificada no Brasil e 40% e 210% superior às da população geral nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente;
- (ii) a taxa de hospitalização de crianças guarani menores de cinco anos de 31,3 hospitalizações a cada 100 pessoas por ano (71,4 hospitalizações a cada 100 pessoas em menores de um ano de idade e 21,0 hospitalizações a cada 100 pessoas entre um e quatro anos de idade), sendo a maioria

---

<sup>32</sup> No documento está originalmente escrito apenas “taxa de mortalidade”, não há indicação se significa *taxa de mortalidade infantil* (menores de um ano) ou *taxa de mortalidade em menores de cinco anos*. Como anteriormente no texto é descrito, o caso de um óbito infantil e pelo próprio valor da taxa, presumi que se trata da *taxa de mortalidade infantil*. A má qualidade textual e no tratamento dos dados é marcante nos documentos do DSEI.

- dessas hospitalizações (76,3%) devidas às IRA (Infecções Respiratórias Agudas);
- (iii) as Infecções Respiratórias Agudas foram 71,4% das causas definidas de mortalidade em menores de cinco anos;
  - (iv) as doenças respiratórias foram as principais causas da hospitalização (64,6%), sobretudo em menores de cinco anos (menores de cinco anos: 77,6% e menores de um ano: 83,4%);
  - (v) as hospitalizações guarani são devidas a condições sensíveis à atenção primária;
  - (vi) as taxas de mortalidade infantil e em menores de cinco anos guarani são duas vezes maiores que as taxas verificadas no Sul e Sudeste para as crianças da população geral;
  - (vii) a taxa bruta de mortalidade se assemelha à nacional, mas a taxa de mortalidade em menores de cinco anos (44,5/1000) e a taxa de mortalidade infantil (29,6/1000) são duas vezes maiores que as taxas correspondentes nas regiões Sul e Sudeste;
  - (viii) as proporções de causas mal definidas (15,8%) e de evitáveis por intervenções do SUS (51,6%) foram elevadas;
  - (ix) ao verificar as principais causas de morte definidas em menores de cinco anos, encontramos as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em 71,4% dos óbitos e as diarreias em 21,4% deles, totalizando 92,8% das causas de morte em menores de cinco anos guarani (CARDOSO, 2011).

Esses resultados revelam e confirmam duas questões muito relevantes ao objeto e à problemática desta dissertação. A primeira afirma mais uma vez a relevância epidemiológica e social das infecções respiratórias agudas entre os guarani M'bya do Sul e Sudeste brasileiros. Esses resultados são expressivos quanto à suscetibilidade dessa população em relação a agravos respiratórios.

Por sorte, a covid-19 não tem se mostrado uma doença alarmante quanto à morbimortalidade em crianças, o que pode ser considerado um viés ao fazermos um paralelo entre os resultados atingidos por Cardoso em sua tese e uma prospecção dos impactos da covid-19 na população guarani. Isso porque esses resultados referem-se a

todas faixas etárias a população ou a recortes de menores de cinco anos e que, como descrito anteriormente quanto ao perfil etário dessa população, jovens e crianças representam mais da metade dos indivíduos das populações guarani – tanto considerando o território guarani do Sul e Sudeste, quanto se apenas considerarmos as treze aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis.

A segunda refere-se ao resultado de que as causas de hospitalização entre os guarani são sensíveis à atenção primária, ou seja, podem ser revertidas por meio da elaboração de políticas públicas de saúde indígena de aprimoramento do SASI-SUS. As deficiências e fragilidades apresentadas pelo modelo de atenção à saúde executado na prática por esse subsistema e a importância de avançarmos quanto às especificidades e particularidades da saúde dos povos indígenas já foram tratadas anteriormente neste trabalho, especialmente no capítulo 1. Não custa repetir: a superação dessas fragilidades e o aprimoramento do modelo assistencial devem passar pela compreensão de aspectos territoriais e da territorialidade de cada povo indígena.

### 3.4.1. Doenças respiratórias nas aldeias do território

Não obtive acesso aos dados epidemiológicos referentes às doenças respiratórias na população atendida pelo Polo Base de Florianópolis, mas apenas às seções *Situação epidemiológica das infecções respiratórias do DSEI-Interior Sul e Perfil epidemiológico de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave do Plano de contingência local para infecção pelo novo coronavírus (covid-19) nas aldeias de abrangência do Polo Base de Florianópolis etnia guarani*, produzido no começo de 2020.

A primeira seção traz dados relativos a todo o DSEI Interior Sul (população de 42518 indivíduos em 199 aldeias atendidas por nove polos base, conforme dados disponíveis no *site* da SESAI<sup>33</sup>) e indica que foram identificados 1287 casos de síndrome gripal no ano de 2019 no distrito. Desses casos 46% eram do sexo masculino e 54% do sexo feminino. Os casos em menores de cinco anos de idade representaram 38% dos

---

<sup>33</sup> <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>

casos e 80% dos atendimentos ocorreram em até três dias a partir do início do aparecimento dos sintomas.

Estas eram basicamente todas as informações da seção, que é composta por apenas três parágrafos curtos, contendo 234 palavras. A informação quanto à porcentagem de atendimentos que ocorreram até o terceiro dia desde os primeiros sintomas é relevante para o enfrentamento da pandemia, já que a covid-19 é uma doença que se manifesta como uma síndrome gripal e é altamente contagiosa. Logo, o quanto antes forem identificados e isolados os casos suspeitos, melhor para a contenção da doença no território.

Já a seção *Perfil epidemiológico de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave* (SESAI, 2020) se refere à "situação de saúde local" do Polo Base de Florianópolis, mas não faz jus à denominação de perfil epidemiológico: é composta por uma única frase contendo erros ortográficos e problemas de coerência:

Em relação ao ano de 2019, o Polo Base Florianópolis teve 04 casos de SG (Síndrome Gripal), destes sendo um 01 caso com idade de 5 anos aldeia M' Baroka, 01 caso com idade de 11 meses aldeia de Tekoa Marangatú (Imaruí), 01 caso com idade de 6 anos na aldeia de Massiambu (Pirá Rupá), 01 caso com idade de 6 meses da aldeia Ytaty (Morro dos Cavalos), 01 caso de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave), com idade de 5 anos com internação Hospitalar, destes casos 03 receberam a dose de vacina da Influenza (Anual), os demais não receberam pois não tinham idade para fazer no período de vacinação.

Essas informações quanto à síndrome gripal contradizem a observação dos profissionais de saúde de uma maior quantidade de casos de síndrome gripal no território ao longo de um ano. Além disso, o texto descreve apenas os casos de síndrome gripal em crianças. Considero que os dados apresentados nesse documento, bem como em outros documentos internos do DSEI a que já tive acesso, podem ser dados subnotificados. Além disso, é muito comum que esses dados não recebam qualquer tratamento antes da sua publicação. Não se demonstra adequado rigor metodológico

para que haja confiabilidade das mensurações e existem erros sistemáticos (*viés*<sup>34</sup> de aferição ou de seleção) que colocam em xeque a validade das mensurações.

### 3.4.2. Diabetes, hipertensão e os idosos no território

Ter mais de 60 anos, ser portador de hipertensão arterial sistêmica ou de diabetes mellitus constituem três relevantes fatores de risco para a covid-19. Identificar e fazer a vigilância dos indivíduos que apresentam esses fatores de risco é fundamental na priorização das ações frente à pandemia nos territórios indígenas. Deve-se proteger, auxiliar e oferecer condições para que os mais velhos e os portadores de doenças crônicas se mantenham isolados, por exemplo. Estratégias de vigilância em saúde e de vigilância territorial devem mapear em que aldeias estão esses indivíduos e identificar seus riscos de exposição à covid-19 e suas susceptibilidades ou capacidades de enfrentamento em relação a essa doença.

A presença de barreiras sanitárias, a proximidade a centros urbanos e a situação epidemiológica da covid-19 nesses centros urbanos, além da presença ou do fluxo de pessoas de fora da aldeia nela, são indicadores de risco. Já o tipo e o local da atividade laboral que realizam, a capacidade de suporte familiar e comunitário para que esses indivíduos se mantenham isolados, a infraestrutura sanitária da aldeia e os recursos territoriais presentes são indicadores da susceptibilidade ou da capacidade de enfrentamento desses indivíduos à pandemia.

Conforme as informações sistematizadas na Tabela 1 do tópico 3.2 deste capítulo, há oito pacientes diagnosticados com diabetes melittus, 18 pacientes diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e 43 idosos nas aldeias do território. Esse número de idosos diverge em relação ao número de idosos apresentados no SIASI, que é de 32. Essa divergência é justificada por quem trabalha no território, em parte, pelo frequente deslocamento da população, citado no início deste tópico, entre as aldeias guarani de

---

<sup>34</sup> *Viés* é um termo empregado em estudos epidemiológicos para designar erros sistemáticos na validação das mensurações. Uma perda seletiva pode ser denominada de *viés de seleção*.

Santa Catarina, do Paraná e do Rio Grande do sul, o que é realizado de forma ainda mais frequente pelos indígenas guarani mais velhos.

Considerando a população das aldeias atendidas pelo Polo Base de Florianópolis estimada em 969 indígenas e que a proporção de indivíduos da faixa etária de zero a 24 anos é de 66,88% – logo, a faixa etária de 25 anos ou mais representa 33,12% da população, totalizando aproximadamente 321 indivíduos<sup>35</sup> –, a taxa de prevalência de hipertensão no território é de 5,6%. E a partir da planilha de faixa etária, por aldeia, criada com dados extraídos do SIASI, disponível no Plano de Contingência do Polo Base de Florianópolis (DSEI-ISUL, 2020), cheguei à soma de 430 indivíduos com 20 ou mais anos no território<sup>36</sup> e uma taxa de prevalência de 1,9%.

Mesmo essas prevalências podendo estar sendo calculadas a partir da subnotificação de dados – já que a população não tem garantido de forma plena o seu acesso ao serviço de saúde e, logo, ao diagnóstico, podemos afirmar que essas taxas ainda são bastante inferiores às taxas de prevalência dessas duas doenças na população brasileira. Segundo dados do Ministério da Saúde quanto à pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) de 2019, no Brasil a taxa de prevalência de hipertensão foi de 24,5% e a taxa de prevalência de diabetes foi de 7,4% (BRASIL, 2019). Ainda que algumas populações indígenas ainda tenham esses indicadores melhores que os da população em geral, essas taxas nas populações indígenas estão subindo a cada ano. Os relatos de quem trabalha há mais tempo em contextos indígenas indicam que esse aumento é perceptível e há estudos, como a revisão sistemática com meta-análise realizada por Filho *et al.* (2015),<sup>37</sup> que apontou um aumento de 12% a cada ano, de 1970 a 2014, na chance de

<sup>35</sup> O cálculo da quantidade de indivíduos na população com 25 anos ou mais se faz necessário para o cálculo da taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica: percentual de indivíduos com 25 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão. As categorias de análise são variáveis. Há estudos, por exemplo, que utilizam os indivíduos maiores de 18 anos (adultos) para análise.

<sup>36</sup> A taxa de prevalência de Diabetes Mellitus calcula-se pelo porcentual de pacientes com diagnóstico de diabetes (1 ou 2) na população da amostra. Em geral, se usam as faixas etárias acima de 20 anos como categoria de análise.

<sup>37</sup> Foram incluídos 23 artigos nessa revisão. Houve ausência de hipertensão nos indígenas em 10 estudos e as prevalências foram crescentes e variadas, atingindo níveis de até 29,7%. A prevalência combinada de hipertensão nos indígenas no período de 1970 a 2014 foi de 6,2% (IC95%, 3,1%-10,3%). Na regressão, o valor da razão de chances foi de 1,12 (IC95%, 1,07 - 1,18;  $p < 0,0001$ ), indicando aumento de 12% a cada ano na chance de um indígena apresentar hipertensão arterial.

um indígena desenvolver hipertensão arterial, que confirmam essa percepção. É evidente que à medida que os povos indígenas sofrem processos de desterritorialização as subsequentes mudanças de hábitos culturais, econômicos e de estilo de vida, resultantes da interação com a sociedade não indígena, a prevalência dessas doenças crônicas aumenta.

A *dupla carga epidemiológica* sobre as populações indígenas no Brasil, apresentada no primeiro capítulo deste trabalho, acomete também o povo guarani M'bya. O aumento progressivo da prevalência de doenças crônico-degenerativas na população acompanha a tendência global da sociedade nacional e decorre principalmente de processos de sedentarização, de perda progressiva de territórios (*desterritorialização*) e, portanto, da segurança alimentar. Com isso há persistência histórica de elevadas incidências de doenças infectocontagiosas na população devido às vulnerabilidades sociais e sanitárias decorrentes do processo histórico de contato e colonização.

### 3.4.3. (In)segurança alimentar, desterritorialização e a pandemia

Em relação a essa dupla carga epidemiológica, é importante salientar que doenças crônico-degenerativas configuram fator de risco para mortalidade por covid-19 e que essa é uma doença infectocontagiosa respiratória. Há uma “cascata retroativa”, encadeamentos causais ou condicionantes: as doenças infectocontagiosas respiratórias estão diretamente relacionadas aos aspectos infraestruturais e sanitários descritos anteriormente neste capítulo e com a desnutrição. A desnutrição, por sua vez, assim como as doenças crônico-degenerativas, relaciona-se diretamente com a insegurança alimentar no território e com o conceito de vulnerabilidade – abordado no próximo capítulo – como impossibilidade de manejar recursos territoriais para a promoção de saúde.

A insegurança alimentar e nutricional do povo guarani pode ser atribuída à perda de hábitos alimentares tradicionais ocasionados pela usurpação de seus territórios – e consequente impossibilidade de seu modo de vida tradicional – ao longo do violento

processo histórico de contato e colonização a que esse povo foi e continua sendo submetido. A interrupção precoce do aleitamento materno, o acesso aos componentes da cesta básica com muitos farináceos e alimentos de baixo valor proteico, a presença de pequenos comércios de gêneros alimentícios industrializados de baixo custo e valor nutritivo, além de doenças degenerativas causadas pelo alcoolismo endêmico secundário à perda da coesão social por meio do processo de colonização também constituem fatores que levam à insegurança alimentar e nutricional no território.

A segurança alimentar e nutricional do povo guarani é uma questão fundamental diante da pandemia. Com a pandemia, houve diminuição temporária do ganho de renda nas aldeias. Campanhas de arrecadação de alimentos foram organizadas pela comissão guarani Yvyrupá desde o início da pandemia, no intuito de fornecer condições para que a população permanecesse em isolamento nas aldeias.

## CAPÍTULO 4: VULNERABILIDADE EM SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO TERRITÓRIO

O conceito de vulnerabilidade envolve um conjunto amplo e multifacetado de fenômenos. É uma abordagem que vai ao encontro da complexidade das questões que envolvem a saúde indígena abordadas em capítulos anteriores. Assim, considero que o conceito de vulnerabilidade seja adequado para compor uma análise que relaciona saúde e território.

Estudiosos do campo da demografia têm elaborado o conceito de vulnerabilidade como incapacidade de enfrentar os riscos ou como impossibilidade de manejar ativos para proteger-se (CEPAL, 2002; RODRÍGUEZ, 2000). Essa elaboração pode facilmente ser relacionada com os conceitos de território e desterritorialização abordados no capítulo 2. Isso porque, trazendo para o âmbito da saúde indígena, a vulnerabilidade, no sentido de enfrentar riscos, pode ser relacionada com a impossibilidade de manejar recursos territoriais para a promoção de saúde ou, no caso específico do objeto deste trabalho, para a prevenção e o controle de uma pandemia.

Se utilizarmos o exemplo da importância da soberania alimentar (que se perde no processo histórico de desterritorialização a que foi e é sujeito o povo guarani) para possibilitar a estratégia de isolamento de comunidades indígenas frente à covid-19, a relação entre vulnerabilidade em saúde e capacidade de manejar recursos para proteger-se fica evidente.

Segundo José R. de C. Ayres (1997; 2006) o termo *vulnerabilidade em saúde* designa suscetibilidades das pessoas a problemas de saúde. Vulnerabilidade contém a ideia de risco, mas são conceitos diferentes. Risco tem relação com indivíduos sob maior ou menor risco de serem expostos a determinado evento, ou seja, trata da probabilidade de grupos populacionais adoecerem e morrerem por algum agravio de saúde. Já a vulnerabilidade traz elementos abstratos associados aos processos de adoecimento: as interações entre esses processos são o objeto dos estudos de vulnerabilidade, que é um indicador de iniquidade que antecede o risco e o determina.

Considerando aspectos individuais e condições coletivas que produzem maior suscetibilidade, a *vulnerabilidade em saúde* expressa tanto os potenciais de adoecimento

aos agravos quanto as possibilidades para o enfrentamento destes. Ao adotar a vulnerabilidade como marco conceitual, procura-se não reproduzir a clássica naturalização (“mera probabilidade”) do processo saúde-doença.

Conforme o modelo de Solar e Irwin (2010), há determinantes de vulnerabilidade conjunturais e sociais (cenário político, política pública e cultura, por exemplo), determinantes de vulnerabilidade estruturais e sociais (classe, gênero e raça, por exemplo) e determinantes de vulnerabilidade intermediários (condições materiais, condições de trabalho e fatores biológicos, por exemplo). Essas três categorias de determinantes relacionam-se de forma permanente e os determinantes intermediários são a forma mais aparente da causalidade entre as condições sociais e a vulnerabilidade em saúde.

Há diversas histórias sobre a altíssima letalidade de viroses de rápida disseminação entre povos indígenas, logo quando da intensificação dos contatos com a sociedade envolvente. Entre tantos, o caso da etnia *Ka'apor* abordado por Darcy Ribeiro em seu livro “Uirá sai à procura de Deus” é um exemplo dramático. Essas histórias podem levar à ideia comum de que os povos indígenas têm uma “deficiência imunológica”. Porém, esse é um argumento falacioso, pois, do ponto de vista imunológico e considerando o potencial imunogênico das técnicas disponíveis de imunização ativa (vacinas), indígenas são tão “imunocompetentes” quanto o restante da população. Existem diversos estudos (MENZIES; MCINTYRE, 2006; CARDOSO, 2019; LEHMAN, 2005) feitos após a introdução de vacinas em indígenas mostrando que elas são tão imunogênicas para eles quanto para não indígenas.

Os povos indígenas têm sim vulnerabilidades biológicas, mas não estão relacionadas a uma “deficiência imunológica”. O problema por trás dos dramáticos relatos que descrevem a altíssima letalidade de viroses entre povos indígenas decorre de uma questão “ecológica”, e não de uma fragilidade relacionada à imunidade dos indivíduos. Isso porque são populações que se desenvolveram “isoladas” das populações do Velho Mundo por milênios e, portanto, sofreram pressões seletivas distintas das populações europeias.

Além disso, existem questões ecológicas (sobretudo quanto às imunidades cruzadas) intrínsecas à organização das populações indígenas que as tornam mais

vulneráveis a vírus emergentes e ainda mais a vírus “invasores”: a maioria das etnias brasileiras é composta por populações relativamente pequenas, com baixa variabilidade genética, e, assim, a partir do momento em que ocorre a introdução de um novo patógeno, há menores chances de que uma parcela da população tenha imunidade inata a esse novo patógeno. Em populações maiores, ao se introduzir um novo patógeno, a diversidade genética é um fator de proteção populacional, na medida em que aumenta as chances de haver indivíduos “naturalmente resistentes”. As questões ecológicas relacionam-se com a organização social dos povos indígenas.

Mesmo levando em consideração essas questões ecológicas, é importante ressaltar que quanto à covid-19 é perverso usar esse tipo de argumento de vulnerabilidades intrínsecas, inatas ou ecológicas para justificar mortalidade entre os indígenas. Estão morrendo proporcionalmente mais indígenas<sup>38</sup> porque o seu direito à saúde integral é restrito em comparação aos cidadãos não indígenas. A mortalidade pela covid-19 é maior entre os indígenas não por qualquer fator imunológico específico desses povos, mas por uma questão de dificuldade de acesso à saúde e outros direitos fundamentais, como o direito ao território. Ou seja, pela negação histórica dos direitos dos povos indígenas, perpetuada até hoje e agravada pela política atual do governo brasileiro.

Estudos conduzidos durante a pandemia demonstram vulnerabilidade dos povos indígenas em relação ao enfrentamento da pandemia de covid-19. O estudo de vulnerabilidade demográfica e infraestrutural das terras indígenas à covid-19 elaborado por Azevedo *et al.* (2020) teve o objetivo de avaliar informações demográficas, infraestruturais e geográficas sobre as terras indígenas, além de oferecer subsídios para as ações dos indígenas e governamentais durante a pandemia.

Os autores construíram um índice de vulnerabilidade das terras indígenas em relação à covid-19 com dados do censo demográfico de 2010, a partir das seguintes variáveis:

---

<sup>38</sup>Em 10 de dezembro de 2020, a partir de dados coletados pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, criado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, foi divulgado relatório que demonstra que a mortalidade por covid-19 entre a população indígena é de 991 por milhão, enquanto a mortalidade geral pela doença no Brasil é de 852 por milhão. Ou seja, a mortalidade por covid-19 é 16% maior entre os povos indígenas.

i) o comportamento da transmissão do vírus; ii) os fatores de risco associados à letalidade (mortalidade); iii) a capacidade de manter isolamento social; iv) a capacidade de manter uma rotina de prevenção; v) a disponibilidade de atendimento em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) nos hospitais para casos graves da doença; e vi) a segurança da situação de regularização fundiária da Terra Indígena. (AZEVEDO *et al.*, 2020)

A nota técnica de 18 de abril de 2020 da Fiocruz, em resposta à intimação n. 2636/2020 do STF, analisa o risco de espalhamento da covid-19 em populações indígenas por meio de uma caracterização geográfica das diversas regiões do Brasil. O objetivo foi monitorar a atividade da covid-19 em municípios localizados nos territórios de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, uma vez que são áreas de maior concentração de residentes indígenas e maior circulação. Quatrocentos e oitenta municípios brasileiros se localizam em territórios dos DSEIs. Nesses lugares, parcela considerável dos indígenas são atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (ABRASCO *et al.*, 2020). O estudo caracteriza, então, as regiões do Brasil, com dados relacionados aos DSEI.

Também a partir do Censo demográfico de 2010, esse documento procura descrever as terras indígenas a partir de dados relevantes quanto à organização da resposta à covid-19, como: acesso a eletricidade, proporção de domicílios com abastecimento de água e banheiro ou sanitário (ABRASCO *et al.*, 2020). São informações que contribuem para caracterizar a vulnerabilidade socioeconômica e sanitária das populações que vivem nas terras indígenas.

Tornando mais grave a vulnerabilidade desses povos, no atual governo os povos indígenas seguem sendo vistos como entraves ao modelo de desenvolvimento econômico (uma visão que, como vimos anteriormente neste trabalho, remonta à época do Serviço de Proteção ao Índio, uma visão claramente retrógrada e preconceituosa). O documento final do XVI Acampamento Terra Livre 2020, de 30 de abril de 2020, organizado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, além de expor o desmonte das políticas públicas e dos órgãos indigenistas realizado pelo atual governo, denuncia:

(...) estamos na mira e somos vitimados por um projeto genocida do atual governo de Jair Messias Bolsonaro, que já desde o início de seu mandato nos escolheu como um de seus alvos prioritários, ao dizer que não iria demarcar mais nenhum centímetro de terra indígena, e que as demarcações realizadas até então teriam sido forjadas e que, portanto, seriam revistas. (APIB, 2020b).

Outra questão relacionada à vulnerabilidade em saúde dos povos indígenas são os dados demográficos misturados ou inexistentes. Por muitos anos, até a década de 1990, os indígenas eram considerados, nos censos oficiais realizados, como “pardos”. Em suma, o que se tem de dados demográficos relativos a essas populações são dados imprecisos, o que leva a grandes dificuldades no planejamento das ações em saúde e na consolidação de políticas públicas (COIMBRA; SANTOS, 2000).

A população guarani M’bya das aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis apresenta diversos aspectos relacionados às vulnerabilidades em saúde descritas anteriormente. Os aspectos condicionantes ou determinantes de vulnerabilidade em saúde estão relacionados – vale afirmar repetidamente –, principalmente aos processos históricos de contato, contágio e colonização, aos conflitos e dinâmicas territoriais e às iniquidades previamente instaladas nas condições sócio-sanitárias e de acesso à saúde da população.

#### **4.2. Reivindicações do movimento indígena e respostas governamentais**

Ao final da Assembleia de Resistência Indígena da *Articulação dos Povos Indígenas do Brasil*, realizada em 9 de maio de 2020, foi divulgada carta denunciando a situação dos povos indígenas no Brasil em relação à covid-19. Apresento logo no início deste tópico o texto integral dessa carta por considerar que é bastante significativo quanto à postura e às reivindicações do movimento indígena durante a pandemia. As respostas governamentais – quando não foram contrárias às demandas dos indígenas, às recomendações técnicas da mais destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina (a Fiocruz), às recomendações do Ministério Público Federal, à resolução do Conselho Nacional de Direitos Humanos e até às determinações do Superior Tribunal Federal – foram tardias, insuficientes e realizadas sem adequada articulação.

A mãe terra enfrenta dias sombrios. O mundo atravessa sua maior crise social, econômica e política provocada pela pandemia do covid-19 que atinge apenas seres humanos, colocando a humanidade em profunda reflexão e resistência pela

preservação da vida. Nós, povos indígenas, assim como os brancos também sofremos e somos vitimados por este vírus que já ceifou milhares de vida no planeta. É hora de refletir sobre o modo de vida que exercemos até os dias atuais, pois as diversas crises ambientais como aquecimento global e o forte desmatamento foram o prenúncio do que estamos vivendo hoje, foram os alertas da mãe terra de que nosso modo de existir necessita ser repensado e por hora nossa solidariedade precisa ser exercida. Para o Brasil e o mundo, pode até ser novidade essa guerra viral, mais para nós povos Indígenas não. Já conhecemos porque fomos vítimas destas doenças utilizadas como estratégias em pleno processo de invasão do Brasil usadas para exterminar nossos povos, nossa identidade e nosso modo de vida. No Brasil atravessamos dias difíceis, de muita tristeza e diversas crises, já são mais de 10 mil vidas, dentre as quais somam-se 64 indígenas vítimas fatais, que tiveram suas histórias cerceadas devido ao profundo descaso e ausência de políticas públicas capazes de assegurar a manutenção dessas vidas. Não são apenas números, são pessoas, são memórias e histórias dos povos Apurinã, Atikum, Baniwa, Baré, Borari, Fulni-ô, Galiby Kalinã, Guarani, Hixkaryana, Huni Kuin, Jenipapo Kanidé, Kariri Xocó, Kaingang, Karipuna, Kokama, Macuxi, Mura, Munduruku, Pandareo Zoro, Pankararu, Palikur, Pipipã, Sateré Maué, Tariano, Tembé, Tikuna, Tukano, Tupinambá, Tupiniquim, Warao e Yanomami, todos afetados pela pandemia! A crise política em curso no Brasil para além de acentuar as sombras sobre o nosso sistema democrático mostra a face cruel do fascismo em marcha dividindo o país em dois polos; os que defendem as vidas; e o lamentável lado dos que defendem apenas o sistema econômico, o latifúndio, a grilagem de terras que são as bases históricas do racismo provedor de desigualdades sociais e econômicas. Esta ala responsável pela disseminação do fascismo e autoritarismo em curso no Brasil que defende apenas as elites genocidas deixa nítido seu racismo institucional. Para tanto, usam da estratégia da subnotificação para minimizar os impactos dessa crise sanitária que acomete fortemente as populações indígenas e o povo brasileiro. São diversas as burocracias estabelecidas para questionar a autodeclaração dos povos em casos como dos kokama da região amazônica que foram questionados se de fato eram indígenas cobrando a apresentação de seu RANI, ou seja, identidade de indígena. Além de outros povos que tiveram seu direito ao acesso a cestas básicas negados, a exemplo dos kaingang, que ao solicitarem tais benefícios receberam como devolutiva a necessidade de comprovarem não apenas a real necessidade mas a sua identidade enquanto povo, comprometendo a sua segurança alimentar e o seu isolamento social. É nítido que o Estado Brasileiro cria barreiras para impedir que povos indígenas tenham seus direitos assegurados e que promove deliberadamente uma política de higienização social por meio de sua tática de subnotificação. A inanição da Sesai promovida de maneira deliberada pelo governo Bolsonaro com seu gradual desmantelamento, só reforça a sua face higienista e genocida. Desde o seu início é nítida a tentativa de extinção da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do modelo de contratação de profissionais da saúde indígena, além da fragilização do controle social com a extinção do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e os cortes orçamentários. Em outras palavras, medidas que expressam a determinação em desmontar a política diferenciada de saúde indígena. Somam-se mais de 30 etnias impactadas por vítimas fatais do covid-19 em todo território nacional, dentre as quais, em sua maioria idosos que são nossos tesouros vivos, nossa fonte de manutenção ancestral e cultural. A atitude de suspensão das demarcações de terras indígenas, a fragilização das atribuições constitucionais da FUNAI por meio da IN 09/2020, a militarização sobre o comando dos órgãos de controle ambiental por meio do Decreto no 10.341/2020, os ataques a Mata Atlântica promovidos pelo Ministro do Meio Ambiente, o avanço do garimpo ilegal e as ações de milícias rurais que provocam queimadas e invasões ilegais na Amazônia, estimuladas por esse

governo são fatores que colaboram diretamente com a fragilização nos territórios indígenas e são responsáveis pelos acirramentos dos conflitos de terras no país. Essas medidas ampliaram o desmatamento na Amazônia e deixando vulnerável nossa biodiversidade em todo país. São diversas as dificuldades a serem mensuradas no enfrentamento ao covid-19: escassez de água potável nos territórios indígenas para garantir as medidas sanitárias como recomenda a Organização Mundial de Saúde; transporte para os casos mais graves por infecção da covid-19; o deslocamento até as áreas urbanas para saques do auxílio emergencial; o respeito às recomendações sanitárias pelos órgãos no tratamento com os indígenas; o acolhimento adequado nas Casais e outros... São muitos os desafios diante da enorme crise humanitária e civilizatória. Para tanto, seguimos firmes, assim como nossos ancestrais, que há mais de 520 anos resistem lutando seja pelo direito ao território, para superar os ditames da ditadura, bem como outras epidemias, as balas do latifúndio e a tentativa diurna de invisibilizar nossas culturas e modo de vida. Em tempos de pandemia a luta e a solidariedade coletiva que reacendeu no mundo só será completa com os povos indígenas, pois a cura estará não apenas no princípio ativo, mas no ativar de nossos princípios humanos. (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2020)

A Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde do Ministério da Saúde forneceu as primeiras orientações de prevenção da covid-19 em indígenas e profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas por meio da Nota Informativa n. 2/2020 – COGASI/DASI/SESAI/MS, de 28 de janeiro de 2020. A nota, no entanto, não traz nenhuma informação relacionada às especificidades dos povos indígenas (SESAI, 2020d).

Com objetivo de apresentar um plano de contingência nacional, a SESAI, em 13 de março de 2020, divulgou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus em Povos Indígenas (BRASIL, 2020). Esse documento defendeu que os planos de contingência locais deveriam ser organizados em níveis de resposta: Nível 1, alerta; Nível 2, perigo iminente; e Nível 3, emergência de saúde pública, seguindo os critérios estabelecidos, e que cada distrito sanitário indígena deveria criar seu próprio plano de contingência à covid-19<sup>39</sup>. Segundo o plano, três questões deveriam ser pensadas na elaboração e adequação dos planos: a vulnerabilidade epidemiológica, a atenção diferenciada à saúde (inerente à atuação em contexto intercultural) e a influência

---

<sup>39</sup> Até a realização desta pesquisa, alguns distritos haviam criado seus próprios planos de contingência e alguns desses planos estavam disponíveis no site da SESAI, porém não encontrei informação de se todos os DSEI elaboraram seus planos de contingência.

de aspectos socioculturais no fluxo de referência no Sistema Único de Saúde (SUS) (SESAI, 2020b). As instituições deveriam levar em consideração as especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas, “sempre que possível”. Esse plano de contingência para covid-19 é inespecífico, não detalha ações necessárias aos contextos indígenas e não foi elaborado a partir das exigências da Convenção 169 da OIT quanto à consulta dos povos indígenas<sup>40</sup>.

Especialistas de diferentes entidades, como a Fiocruz, consideraram que tal estratégia em níveis de resposta, “em caso de surto” – como se esses territórios estivessem isolados ou como se não houvesse indígenas fora das terras indígenas –, poderia atrasar a resposta de combate ao vírus (ABRASCO, 2020). Além disso, a SESAI deixou a responsabilidade da elaboração dos planos locais aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sem uma adequada coordenação nacional.

Em 16 de março de 2020 a SESAI divulgou o Primeiro Informe Técnico durante a pandemia, no qual recomenda que os indígenas que apresentassem sintomas leves de covid-19 deveriam realizar isolamento domiciliar. Considerando que muitos indígenas no Brasil vivem em habitações coletivas, essa recomendação representou um risco aos povos indígenas.

Outros informes técnicos foram problemáticos. O Informe técnico n. 4/2020 SESAI/MS, de 30 de março, por exemplo, ignorou que as aldeias indígenas estivessem em situação de transmissão comunitária da covid-19 – o que apresentou consequências lá na ponta, na prática do trabalho dos DSEIs, como será discutido na terceira seção desse capítulo – e não recomendou às equipes de saúde a realização de testagem para o coronavírus nos pacientes sintomáticos, ou seja, com suspeita de covid-19.

Apenas em 8 de maio a SESAI publicou um novo informe técnico, o Informe Técnico n. 5<sup>41</sup>, com a função de:

orientar a rede de estabelecimentos de saúde indígena do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para atuação na identificação, notificação, e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, com base nos protocolos e documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da

<sup>40</sup> A convenção 169 reforça a liberdade expressiva dos povos indígenas ao reformular a convenção 107 e, por isso, a consulta prévia constitui nela um elemento central e não periférico. Ver: <https://reporterbrasil.org.br/2016/08/a-convencao-169-da-oit-e-o-direito-a-consulta-previa-livre-e-informada/>

<sup>41</sup> Informe Técnico n. 5/2020 SESAI/MS.

Saúde, bem como ajustar as orientações e recomendações ao contexto específico da atenção aos povos indígenas. (SESAI, 2020)

Frente à falta de respostas governamentais adequadas e efetivas para o enfrentamento da covid-19 entre a população indígena no Brasil, em 27 de abril de 2020, no documento “Mobilização Nacional Indígena exige medidas urgentes em defesa da saúde e da vida dos povos originários do Brasil”, a APIB aponta diversas reivindicações e recomendações para o enfrentamento da pandemia de covid-19, envolvendo medidas fundiárias e territoriais, legais, sanitárias, de infraestrutura e operacionais em saúde.

O documento exige imediata demarcação, regularização e proteção de todas terras indígenas; revogação de pareceres desfavoráveis à saúde dos povos indígenas; retirada de invasores das terras indígenas; adoção de medidas que restrinjam acesso de pessoas estranhas nas comunidades (comerciantes, garimpeiros, religiosos e madeireiros); medidas de saneamento básico e de infraestrutura sanitária; garantia de boa situação nutricional nas comunidades indígenas; viabilização da permanência das equipes de saúde nos territórios; garantia de atendimento à população indígena nos serviços de saúde de média e alta complexidade dos municípios; contratação de profissionais para a composição e ampliação das equipes de saúde, bem como a capacitação dos profissionais (especialmente de agentes indígenas de saúde) em relação ao enfrentamento da covid-19; aquisição de testes diagnósticos e equipamentos de proteção individual; notificação de todos os casos de covid-19 em indígenas, independentemente se ocorreram em terras indígenas regularizadas ou não; formação de um comitê de crise interinstitucional e a incorporação das Coordenações Regionais da Funai e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) aos Centros de Operações de Emergência em Saúde Pública.

Além da APIB, o Ministério Público Federal e o Conselho Nacional de Direitos Humanos também tomaram ação, no curso da pandemia, frente à falta de elaboração de normas específicas e à inefetividade no cumprimento de normas já previstas pelo estado brasileiro que representaram violações graves dos direitos indígenas. O Ministério Público Federal teve importante envolvimento e buscou garantir que medidas governamentais fossem efetivadas considerando o avanço da pandemia sobre as terras

indígenas, as dificuldades de acesso dos indígenas a serviços de saúde de qualidade e a sobrecarga ou até o colapso do sistema de saúde em algumas regiões.

Nesse papel, tem destaque a *Recomendação n. 11/2020 do Ministério Público Federal* (MPF, 2020) – em resposta à *Portaria no 419 da FUNAI*. Essa portaria suspendeu a autorização de entrada em terras indígenas, mas não garantiu proteção contra invasões que já estavam nos territórios, como garimpeiros e madeireiros, e que representam risco de transmissão da covid-19 para os indígenas. Na terra indígena Yanomami, por exemplo, foram os garimpeiros que levaram a covid-19 à população indígena<sup>42</sup>.

Além disso, a portaria previa exceções que poderiam permitir a presença de missionários em territórios de povos indígenas isolados ou de recente contato e atribuiu o poder de avaliar o contato com esses povos às Coordenações Regionais da FUNAI, o que é contrário à legislação. Outras recomendações importantes foram estabelecidas pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos a partir da *Resolução n. 13* de 15 de abril de 2020, que estabelece “recomendações quanto aos cuidados de saúde e garantias de direitos de grupos especialmente vulneráveis no contexto da pandemia de covid-19” (CNDH, 2020).

É importante dar especial destaque à estratégia central, utilizada pelo movimento indígena, que foi a petição de uma Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) junto ao Superior Tribunal Federal (STF), a ADPF n. 709, movida em julho de 2020 pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil e pelos partidos políticos PSB, PSOL, PCdoB, REDE, PT e PDT, com o objetivo de defender a integridade dos direitos dos povos indígenas sob a pandemia de covid-19.

O ministro do STF Luís Roberto Barroso deferiu liminar a respeito da ADPF 709, determinando que o governo federal instalasse barreiras sanitárias em mais de 30 territórios em que vivem povos indígenas em isolamento voluntário ou de recente contato, bem como a retirada imediata de invasores das terras indígenas Yanomami, Karipuna, Uru-Eu-Wau-Wau, Kayapó, Araribóia, Munduruku e Trincheira Bacajá. A ADPF ainda solicitou que a SESAI elaborasse um plano de enfrentamento à covid-19

---

<sup>42</sup> Ver “Covid-19 ameaça aldeias yanomamis vizinhas a garimpo”. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52886924>

para os povos indígenas e atendesse os indígenas que estão em contexto urbano ou em terras indígenas não homologadas.

Quanto à divulgação dos dados relativos à covid-19 entre os indígenas, desde o início da pandemia se deu uma disputa narrativa entre SESAI e o movimento indígena, com disparidade dos dados apresentados. A APIB produz boletins epidemiológicos que incluem – além dos dados da população indígena aldeada e atendida pela SESAI – os dados da população indígena urbana ou que vive em territórios não demarcados. Devido à falta de transparência e detalhamento das informações oficiais – denunciada ao Ministério Público pela APIB –, é impossível conferir se há dados duplicados nesses boletins da APIB, já que os números apresentados nesses boletins representam a soma dos dados informados pela SESAI com os dados apurados pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória dos Povos Indígenas.

A APIB e a organização da rede COIAB realizaram esforços para que a contagem e divulgação de dados oficiais incluíssem os dados referentes à população indígena não aldeada. A imposição de critério racial às notificações epidemiológicas e casos de covid-19 realizadas em todo o Brasil também foi articulada. No contexto dessa pauta, o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, destacou que:

(...) o Ministério Público Federal do Estado do Amazonas (MPF/AM) fez a Recomendação Legal n. 07/2020 ao Ministério da Saúde para que este efetivamente cumpra a obrigatoriedade do preenchimento do campo raça/cor, além da inclusão da informação sobre o povo, nos casos indígenas. Além disso, a lei 14.021/2020, aprovada em 07 de julho de 2020, altera a lei 8.080, no artigo 19-G, determinando: “§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriedade fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. § 1º B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (COMITÊ NACIONAL PELA VIDA E MEMÓRIA INDÍGENA, 2020, p. 77)

Já em agosto, o Supremo Tribunal Federal (STF) atendeu à ação movida pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, determinando que o Governo Federal adotasse as seguintes medidas de proteção aos povos indígenas durante a pandemia: (i) instalação de grupo de trabalho, com participação de representantes do governo e dos indígenas, para acompanhar o andamento das ações gerais de combate à pandemia; (ii)

instalação de sala de situação para a gestão de ações para os povos indígenas em isolamento e de recente contato; (iii) criação de barreiras sanitárias em terras de povos isolados; (iv) em trinta dias a partir da notificação da decisão, o governo deveria elaborar um plano de enfrentamento da covid-19; (v) garantir que indígenas em aldeias tenham acesso ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, independentemente da fase de demarcação da TI; (vi) indígenas não aldeados (urbanos) também deveriam acessar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena caso não haja oferta na Estratégia da Saúde da Família ou na rede assistencial da Atenção Primária do SUS.

A demora para a criação desse plano de enfrentamento da covid-19 para os povos indígenas exigido pela ação demonstra a incompetência e negligência ou da deliberação de uma política de propagação do coronavírus entre os povos indígenas no Brasil. Mais de três meses depois da determinação do STF quanto à ADPF 709, em 18 de dezembro de 2020, o ministro Luís Roberto Barroso rejeitou a terceira versão do plano apresentado pelo governo, destacando que o plano continuava com “deficiências essenciais de exequibilidade e efetividade”. Ou seja, após quase um ano de pandemia, a União foi incapaz de oferecer os mínimos elementos essenciais de um plano de enfrentamento para os povos indígenas.

É notável que o discurso governamental frente à pandemia no Brasil, como se não houvesse estratégias para diminuir infecções e mortes, foi de “deixar o vírus correr sua história natural”. Em todo o Brasil – e claramente não foi diferente entre os povos indígenas – poucas medidas governamentais foram efetivadas e as medidas que ocorreram apresentaram forma limitada e baixa articulação, entre elas: (i) Equipe de Resposta Rápida com possibilidade de contratação de um médico, dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem para cada DSEI pelo período de três meses, renováveis por mais três; (ii) criação de alas indígenas em hospitais de campanha em Manaus em 23/05/2020; (iii) as Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI), voltadas ao atendimento dos casos de covid-19 nos territórios indígenas, mas com falta de clareza quanto ao aporte de recursos para sua implementação (25/05/2020); (iv) Comitê de Crise Nacional com pouca representatividade dos conselheiros dos CONDISI (Conselhos Distritais de Saúde Indígena) e pouquíssima articulação com lideranças indígenas; e (v) inclusão dos indígenas no acesso aos auxílios emergenciais, que foi uma iniciativa

importante, mas não contou com adequadas estratégias de viabilização – o que gerou deslocamentos, exposição e contágio dos indígenas nos centros urbanos. Além dessas medidas limitadas, o governo, por meio do Ministério da Saúde, ainda estimulou a utilização de tratamentos sem comprovação científica, infringindo a Lei 12.401/2011<sup>43</sup>.

Em termos orçamentários, houve baixa execução de recursos governamentais. Segundo nota técnica do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC, 2020), dos 500 bilhões autorizados pelo Congresso Nacional para enfrentamento da covid-19, 61% foram executados até o dia 25 de agosto de 2020. Em junho, esse percentual era de apenas 30%. A FUNAI, por exemplo, dos mais de 11 milhões de reais que recebeu até junho de 2020, como recursos emergenciais contra a covid-19 entre os povos indígenas, gastou apenas 39% (TRANSPARÊNCIA BRASIL, 2020).

Piorando o cenário, demonstrando mais do que a omissão na realização de medidas adequadas e a realização de medidas pouco eficientes, o governo federal chegou a vetar 22 dispositivos de lei relativos a medidas de prevenção da covid-19 entre os povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais. Segundo a décima edição do boletim “Direitos na Pandemia”, elaborado pelo CEPEDISA em parceria com a Conecta<sup>44</sup>, o governo chegou a vetar medidas de proteção aos povos indígenas, negando até mesmo o acesso à água potável, a materiais de higiene, leitos hospitalares e de UTI, insumos hospitalares e informativos sobre a covid-19. Foi vetada também a obrigação da União em distribuir aos indígenas cestas básicas, ferramentas e sementes durante a pandemia.

O resultado: até o início de dezembro de 2020, conforme relatório do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, a pandemia de covid-19 causou a morte de 889 indígenas de um total de 41250 parentes infectados de 161 povos indígenas. A partir

---

<sup>43</sup> A lei 12.401 de 2011 alterou expressamente a Lei 8.080/90 para exigir que, na incorporação de novas tecnologias no SUS, sejam observadas “as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso” (art. 19-Q, § 2º, I).

<sup>44</sup> A 10ª edição do Boletim *Direitos na Pandemia: direitos na pandemia mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil*, uma iniciativa do Cepedisa (Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo), em parceria com a Conecta Direitos Humanos, revela a existência de uma estratégia institucional de propagação do coronavírus, promovida pelo governo federal sob a liderança do presidente Jair Bolsonaro. Os dados do estudo foram produzidos ao longo do ano de 2020, quando foram observadas 3.049 normas federais e 4.427 normas estaduais relativas à covid-19 com o intuito de avaliar o seu impacto sobre os direitos humanos.

desses dados, calcula-se que a taxa de mortalidade pelo coronavírus entre os indígenas no Brasil foi de 991 por milhão. Essa taxa de mortalidade é 16% maior que a taxa de mortalidade geral pela covid-19 no Brasil, no mesmo período.

#### 4.3. A covid-19 no território

Não foi possível descrever a incidência, a mortalidade ou a letalidade por covid-19 em cada aldeia do território ou em todo o Polo Base de Florianópolis. Também não foi possível descrever a quantidade de testes rápidos de anticorpo e de testes diagnósticos por swab (RT-PCR) realizados por habitante em cada aldeia ou em todo o polo base. A partir de boletins epidemiológicos internos do DSEI Interior Sul, tive acesso a alguns dados (número de casos suspeitos, casos confirmados, casos descartados e óbitos) divulgados apenas por polo base do DSEI, mas não obtive autorização para o uso dessas informações na pesquisa. A SESAI apenas divulgou boletins com dados por DSEI, sem informações quanto à etnia, aldeia ou mesmo polo base. Esses são dados que deveriam ser públicos para que se pudesse realizar o monitoramento e o aprimoramento da política pública. A discussão quanto à não disponibilidade desses dados será desenvolvida mais adiante.

Logo, devido à falta desses dados fundamentais, o objetivo inicial de realizar uma análise epidemiológica descritiva da covid-19 nas aldeias do território teve de ser adaptado, então, para uma análise mais qualitativa de eventos relacionados à covid-19 no território delimitado, como o surgimento dos primeiros casos nas aldeias e as estratégias e ações de saúde adotadas no enfrentamento da pandemia. Essa análise se fez a partir de: i) dados nacionais divulgados pela SESAI e pela APIB; ii) alguns dados parciais coletados por uma rede de colaboradores da CGY<sup>45</sup>; iii) observações realizadas enquanto médico no território e iv) relatos de lideranças, da população das aldeias e de outros profissionais.

---

<sup>45</sup> Disponíveis no memorial da Comissão Guarani Yvyrupa do julgamento da AFPF 709 no STF (e na sustentação oral da CGY neste julgamento).

#### 4.3.1. O curso da pandemia no território

Logo no início, alguns profissionais de saúde foram afastados do trabalho em área por comporem grupo de risco à covid-19 e permaneceram realizando trabalho remoto. Além disso, os profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, incluindo os motoristas, que apresentaram quadro de suspeita de covid-19, eram imediatamente afastados. Assim, as dificuldades relacionadas à falta de profissionais, somada ao aumento da demanda em saúde devido à pandemia, foram uma constante desde o início da pandemia. A Equipe de Resposta Rápida foi contratada pelo DSEI e tinha, entre outras funções, o papel de ajudar os polos base que apresentassem carências de profissionais em decorrência dos afastamentos dos profissionais que pertenciam a grupo de risco ou que eventualmente apresentavam suspeição de covid-19. Infelizmente a quantidade de profissionais da ERR não foi suficiente pra cobrir as necessidades de todo o distrito.

Também como medida inicial, a partir da nota informativa n. 8/2020-ISUL/DIASI/ISUL/DSEI/SESAI/MS, referente à “orientação e atenção para os acompanhamentos de gestantes, crianças e idosos frente ao contexto da infecção causada pelo covid-19, novo coronavírus (SARS-COV-2)” e da nota informativa n. 12/2020-ISUL/DIASI/ISUL/DSEI/SESAI/MS, que “trata das orientações a serem adotadas para o acompanhamento na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos frente ao contexto da infecção causada pelo covid-19, novo coronavírus (SARS-COV-2)”, o DSEI orientou quais ações de saúde essenciais deveriam ser mantidas e como deveriam ser realizadas nas aldeias durante a pandemia. Ou seja, as equipes foram orientadas quanto à determinação de que a entrada da equipe nas aldeias deveria realizar-se apenas para ações consideradas essenciais.

Essas ações deveriam ser realizadas sempre que possível por meio de visitas domiciliares para que não houvesse aglomeração da população em torno da presença da equipe em determinado espaço da aldeia em que normalmente a equipe se instala para realizar os atendimentos. Além disso, um protocolo de higienização e utilização de EPI foi instaurado para a realização do trabalho nas aldeias.

Em 15 de abril de 2020, o Polo Base de Florianópolis concluiu seu plano de contingência para à covid-19. Esse documento foi elaborado em conjunto com conselheiro do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), mas, conforme relato e evidente desconhecimento da população quanto ao seu conteúdo, a população das aldeias da área de abrangência do polo base suas lideranças não conheciam o plano e não participaram da sua elaboração.

Os primeiros casos de notificação de caso suspeito de covid-19 no território guarani deste estudo ocorreram na terceira semana de maio de 2020 e foram, conforme relatado pela população e pela equipe de saúde, descartados laboratorialmente. Um dos casos suspeitos notificados ocorreu na aldeia do Morro dos Cavalos e outro na aldeia M'Biguaçu.

Considerando a dinâmica temporal da pandemia no Brasil, esse aparecimento de caso suspeito é tardio, demonstrando provável pouca sensibilidade da equipe de saúde para a suspeição de casos de covid-19. Quanto a isso, a própria orientação oficial da SESAI aos DSEI, por meio de um plano de ação “em caso de surto”, desconsiderando o estabelecimento do caráter de transmissão comunitária da pandemia em território nacional já desde 20 de março, pode ter contribuído para a baixa sensibilidade à suspeição de casos de covid-19 no território.

Ainda no final do mês de maio, ocorreram os primeiros casos de covid-19 confirmados em profissionais do DSEI Interior Sul. Nesse momento da pandemia, pela pouca capacidade de monitoramento, por parte das equipes dos diversos polos base do distrito, dos contatos de casos confirmados, havia relativamente muito pouco diagnóstico de covid-19 sendo realizado por vínculo epidemiológico em relação à quantidade de casos confirmados por critério laboratorial<sup>46</sup>. Essa baixa proporção de diagnósticos por vínculo epidemiológico pode também ser atribuída à perspectiva definida pela SESAI, como exposto anteriormente no primeiro tópico deste capítulo, de resposta “em caso de surto”.

Na segunda semana de julho de 2020, aconteceu o primeiro caso confirmado de covid-19 em uma das 13 aldeias delimitadas neste estudo. Mesmo a partir desse primeiro

---

<sup>46</sup> Enquanto médico obtive acesso a esses dados, mas são dados sobre os quais não obtive autorização para o uso em pesquisa. São dados que verifiquei em boletins internos do DSEI.

caso, o distrito manteve às aldeias da área de abrangência do PB de Florianópolis a definição de “ausência de transmissão comunitária”. É razoável presumir, então, que o distrito indígena considerou – já que manteve a definição de ausência de transmissão comunitária no polo base – que se tratava de um caso exógeno, ou seja, que teria vindo de fora da aldeia, e que esse indivíduo infectado estaria em adequado isolamento na aldeia. Nesse momento havia poucos casos suspeitos monitorados e pouca testagem realizada na população do PB de Florianópolis<sup>26</sup>. Considerando a confirmação de um primeiro caso, houve insuficiente vigilância em saúde.

No final de julho de 2020, o PB de Florianópolis apresentou então um aumento expressivo do número de casos notificados como suspeitos – demonstrando possível maior vigilância por parte da equipe de saúde do Polo Base de Florianópolis ou até mesmo a presença da Equipe de Resposta Rápida à covid-19, que, então, vinha trabalhando nesse polo base. A equipe de resposta rápida agiu em diferentes sentidos: atuou como força tarefa para a realização de testagens nas aldeias (tanto teste rápido quanto swab-PCR), buscou realizar o monitoramento dos casos suspeitos e dos vínculos epidemiológicos, fez buscas ativas e atendimentos de sintomáticos respiratórios e procurou cumprir outras ações de saúde não diretamente relacionadas à covid-19, mas que eram essenciais, como consultas de pré-natal, puericultura, atendimento de diabéticos e hipertensos e ações do SISVAN, por exemplo.

De fato, os casos de covid-19 nas aldeias guarani do Polo Base de Florianópolis demoraram mais a aparecer em relação às aldeias guarani de São Paulo e Paraná. Mas a partir do momento que começaram a ser realizadas as testagens, a proporção de casos confirmados subiu vertiginosamente. Na aldeia de M'Biguaçu, após exigência do Ministério Público de que todos os indígenas da aldeia deveriam ser testados, a testagem da população apresentou resultado positivo em mais de 80% dos indivíduos, evidenciando que a aldeia já havia sido contaminada anteriormente, mas os casos não haviam sido devidamente detectados e monitorados pelo serviço de saúde.

Ao longo do trabalho, possivelmente pelas características do modo de viver guarani, foi observada dificuldade na efetivação das recomendações de isolamento e distanciamento social. Além disso, foi evidente a dificuldade em se realizar um isolamento comunitário efetivo das aldeias, tanto pela ausência da implementação de

barreiras sanitárias em nenhuma das 13 aldeias do território (pelos órgãos competentes – SESAI e FUNAI) quanto pelo fato de a maioria das aldeias estarem localizadas muito próximas à rodovia BR-101 ou terem estradas secundárias que atravessam a aldeia e são utilizadas pela população em geral, de forma que comerciantes e outros não indígenas são personagens que usualmente entram no território. A dificuldade do isolamento efetivo também está relacionada às necessidades de trabalho e de consumo – que leva a população a sair da aldeia – e à insegurança alimentar, questão muito relevante no enfrentamento da pandemia, como já discutido no capítulo 3.

As lideranças guarani das aldeias destacam a importância do apoio recebido na forma de doação de alimentos e produtos de higiene. Infelizmente, essas ações não foram ações de políticas básicas durante a pandemia (distribuição de sementes e de cestas básicas, por exemplo). Por outro lado, a manutenção da entrega da alimentação escolar nas aldeias foi articulada e o polo base atuou na realização da higienização desses produtos, além de realizar a centralização e a logística de distribuição. Vale lembrar que muitas das atividades de subsistência guarani estão relacionadas ao *guata* (deslocamentos) e tornam-se inviáveis durante a pandemia se considerarmos a necessidade de isolamento.

Não foi observada no território a realização de qualquer tipo de quarentena dos indígenas que voltavam da cidade para as aldeias e pouco se observou quanto à articulação para que a população compreendesse a importância dessa medida na contenção do coronavírus. As aldeias do território têm pouca infraestrutura e não houve, por parte da FUNAI ou da SESAI, iniciativa de viabilizar um espaço no qual o indígena que voltasse da cidade pudesse realizar quarentena.

Em suma, de acordo com os relatos e dados coletados, desde o início da pandemia até setembro de 2020, houve 151 casos confirmados de covid-19 no território do PB de Florianópolis. Os primeiros três casos confirmados ocorreram no início de julho de 2020 na aldeia Tekoa Wy'a e depois ainda em julho houve mais três casos na aldeia M'Baroka. Em agosto de 2020, após determinação do Ministério Público de que o distrito realizasse testagem em massa, foram confirmados 66 casos na aldeia M'Biguaçu, 28 casos na aldeia Morro dos Cavalos, oito casos na aldeia Morro da Palha, três casos na aldeia Tekoa Porã e 35 casos na aldeia tekoa Wy'a. Em setembro foram confirmados

quatro casos na aldeia Marangatu (Imaruí), um caso na aldeia do Massiambu e um caso no Morro da Palha. As aldeias do Amâncio, Cambirela, Canelinha, Praia de Fora e Tekoa Yakã Porã não tiveram casos confirmados. Conforme relato da população, até março de 2021 houve quatro óbitos em decorrência da covid-19 – um caso em cada uma das seguintes aldeias: Major Gercino, Biguaçu, tekoa Porã e praia de fora.

#### 4.3.2. As ações da SESAI e do DSEI Interior Sul

Nesta seção, inicialmente a partir de dados nacionais disponibilizados pela SESAI e dos resultados apresentados no tópico “Reivindicações do movimento indígena e resposta governamentais durante a pandemia” para analisar ações da SESAI durante a pandemia – que implicam, claro, sobre o trabalho realizado pelo DSEI Interior Sul –, o texto trata das ações do DSEI localmente, em relação ao enfrentamento da pandemia no Polo Base de Florianópolis.

Desde o início da pandemia os povos indígenas têm realizado várias reivindicações por meio de diversos mecanismos. A maioria dessas reivindicações não esteve presente na pauta da SESAI ou do DSEI Interior Sul. Não foram observadas, durante esta pesquisa, nas aldeias do Polo Base de Florianópolis, medidas relacionadas à ampla maioria das reivindicações do movimento indígena, representadas no documento “Mobilização Nacional Indígena exige medidas urgentes em defesa da saúde e da vida dos povos originários do Brasil” da APIB:

Reivindicação	Ações do DSEI
1. A imediata demarcação, regularização, fiscalização e proteção de todas as terras indígenas.	Reivindicação não relacionada ao DSEI Interior Sul. Competência da FUNAI.
2. A revogação do Parecer 001/17 da Advocacia Geral da União.	Reivindicação não relacionada ao DSEI Interior Sul.

3. A retirada de todos os invasores de terras indígenas – garimpeiros, grileiros, madeireiros, fazendeiros – dado que eles são agentes propagadores de doenças e em especial, neste momento, da covid-19, e constituem um grave risco para todos os povos, em especial os povos indígenas voluntariamente isolados.	Reivindicação não relacionada ao DSEI Interior Sul. Competência da FUNAI.
4. A adoção de medidas que restrinjam o acesso de pessoas estranhas nas comunidades indígenas, entre eles garimpeiros, comerciantes, madeireiros, bem como de grupos religiosos fundamentalistas proselitistas que propagam, nas terras indígenas, a demonização de modos de vida, espiritualidades, saberes tradicionais, formas de tratar as doenças.	<b>Não</b> foi observada ou relatada a adoção de qualquer medida para a restrição do acesso de pessoas estranhas nas comunidades.
5. A implementação de ações que visem garantir saneamento básico, água potável, habitação adequada e demais equipamentos que assegurem boa infraestrutura sanitária nas comunidades.	<b>Não</b> ocorreu, no período, implementação de ações que buscassem melhorar o saneamento básico, ou a construção de estruturas que auxiliassem os guarani M'bya na realização de quarentena ou de isolamento de casos suspeitos ou confirmados.
6. A adoção de medidas que garantam boa situação nutricional em todas as comunidades indígenas.	<b>Sim.</b> O Polo Base de Florianópolis articulou e centralizou os produtos da Alimentação Escolar das aldeias do território, além das doações de alimentos e de materiais de higiene, e realizou a prévia higienização, no polo base, e a distribuição desses produtos nas aldeias.
7. A viabilização de ingresso e permanência das equipes de saúde em área, assegurando-se com isso, que as ações de prevenção e proteção a pandemia sejam efetivas e continuadas.	<b>Sim.</b> Tanto a equipe de saúde do polo (EMSI) quanto a Equipe de Resposta Rápida à covid-19 do DSEI, tiveram ingresso e a permanência em área viabilizadas.
8. A infraestrutura e logística adequadas para as equipes de saúde, destinando-lhes todos os equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações de proteção e prevenção às doenças, tais como medicamentos, soros, luvas, máscaras, transporte, combustível.	<b>Não (parcial).</b> Para as equipes de saúde foram destinados os equipamentos necessários (exceto oxímetro digital e, em algumas situações, medicamentos sintomáticos) para realização das ações de saúde, incluindo o transporte até as aldeias.
9. A garantia de que haja, para além das comunidades – nos municípios e capitais – hospitais de referência para o atendimento de média e alta complexidade, em que se poderá realizar exames clínicos e promover adequada internação para tratamento dos doentes do covid-19 e de outras doenças.	O DSEI não tem a competência de garantir que haja hospitais de referência de média e alta complexidade para a adequada internação de pacientes. É, porém, competência do DSEI a articulação com esses outros níveis de assistência a viabilização do fluxo dos pacientes indígenas nesses serviços.
10. A destinação de recursos financeiros para a aquisição de materiais de proteção para todas as pessoas das comunidades indígenas, tais como	<b>Não.</b> Não foi observada a destinação de recursos para aquisição de EPIs (luvas e máscaras) para a

<p>água limpa, sabão, água sanitária, álcool gel, luvas e máscaras, bem como que haja a adequada orientação das pessoas quanto a uso e sua importância neste período de pandemia.</p>	<p>população das aldeias, apenas para os profissionais das equipes.</p> <p><b>Sim.</b> Houve destinação de materiais de higiene como água sanitária e sabão, para as comunidades.</p>
<p>11. A capacitação dos agentes indígenas de saúde, dos agentes sanitários e ambientais, das parteiras e de todos os que atuam na área da saúde, dentro das comunidades, tendo em vista a proteção e prevenção da covid-19.</p>	<p><b>Não.</b> Não houve qualquer capacitação específica, dos agentes indígenas de saúde ou de qualquer outro profissional, em relação à covid-19, por parte do distrito.</p>
<p>12. A imediata contratação de profissionais em saúde – médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, epidemiologistas – para atuarem em áreas indígenas, compondo e ampliando as atuais equipes de saúde.</p>	<p><b>Não (insuficiente).</b> Houve a contratação, a partir da portaria que instituiu as Equipes de Resposta Rápida à Covid-19, de dois médicos, três enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Insuficiente porque estes profissionais devem atuar em todos os DSEIs (nove polos base).</p>
<p>13. A contratação, de imediato, de testes, para realização de exames da covid-19 em todas as comunidades, em todas as pessoas, para com isso se obter um diagnóstico efetivo sobre a atual situação da pandemia dentro das terras indígenas e aprimorar as ações quanto a sua prevenção, controle e tratamento.</p>	<p><b>Não.</b> Não foi realizada contratação de testes suficientes para que se pudesse realizar a testagem de toda a população.</p>
<p>14. A subnotificação de indígenas deve ser interrompida, pois todos os agravos de indígenas devem ser notificados, independentemente de estarem em terras indígenas regularizadas ou não. Que o Ministério da Saúde e o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública garantam que o Boletim Epidemiológico da covid-19 inclua todos os casos de contaminação e óbitos de todos os indígenas, inclusive a fim de apoiar a inclusão de dados que orientem as políticas públicas.</p>	<p><b>Não.</b> Houve baixa identificação de casos suspeitos, burocratização e demora nas notificações. Além de baixa proporção de casos confirmados por vínculo epidemiológico – caracterizando falha na vigilância no território – e alta porcentagem de casos confirmados em relação ao número de testes realizados – evidenciando subnotificação.</p>
<p>15. A formação de um Comitê de Crise Interinstitucional, com assentos assegurados para os povos indígenas, nomeados pela APIB, para definição das estratégias de proteção dos povos indígenas, visando o monitoramento conjunto de ações de proteção territorial, segurança alimentar, auxílios e benefícios, insumos e protocolos contra transmissão, para todos os povos indígenas. Esse comitê não se confunde com o Comitê de Crise Nacional, o qual envolve unicamente a Secretaria Especial de Saúde Indígena e exclui cuidados junto aos indígenas fora das Terras Indígenas.</p>	<p>Reivindicação não relacionada ao DSEI Interior Sul.</p>

<p>16. Que a Funai e a Sesai, assim como as Coordenações Regionais da Funai e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sejam incorporados nos Centros de Operações de Emergência em Saúde Pública em níveis nacional, estaduais e municipais (APIB, 2020c).</p>	<p>Reivindicação não relacionada ao DSEI Interior Sul.</p>
--	--

Tabela 2: Reivindicações do movimento indígena e ações do DSEI Interior Sul.

No Brasil, os dados epidemiológicos disponibilizados e atualizados pela SESAI mostraram, proporcionalmente, um baixo número de casos suspeitos, o que demonstra uma má organização da resposta do sistema de saúde à covid-19 com pouca busca ativa de casos sintomáticos. Estes dados também mostram baixa proporção de casos confirmados por confirmação clínica epidemiológica, o que demonstra uma dependência da confirmação laboratorial. Esses dois aspectos denotam falha na vigilância epidemiológica da covid-19.

Além disso, a alta proporção de casos confirmados de covid-19 perante o total de testes realizados desde o início da pandemia demonstra que foram realizados poucos testes e que existiu expressiva subnotificação dos casos de covid-19 na população indígena. Devido à falta de testagem em massa em todo o país, pode-se estimar que há uma diferença significativa entre o número oficial de casos confirmados e a quantidade de pessoas que foram de fato infectadas. A questão de que o conjunto de indígenas urbanos ou que vivem em terras não demarcadas não são assistidos pelo SASI-SUS e tampouco são visibilizados pela rede assistencial do SUS<sup>47</sup> também contribui para essa subnotificação oficial.

A SESAI sempre sinalizou a responsabilização dos distritos, sem uma ação coordenada em nível federal. A ausência da centralização pelo governo federal de um plano consistente de prevenção e controle da covid-19 também não contribui para a adequação das práticas na ponta, nos territórios indígenas. Na realidade, as ações governamentais no enfrentamento da pandemia, mais que incompetentes ou

<sup>47</sup> Não há obrigatoriedade do preenchimento do campo “raça/cor” na ficha de notificação epidemiológica. A reivindicação de que a informação sobre a “raça/cor” componha obrigatoriamente a notificação é pauta do movimento indígena.

negligentes, representaram uma política deliberada de não contingência ou até de propagação do vírus.

Um exemplo prático de ação dessa política institucional de propagação do vírus envolveu lideranças indígenas guarani do território delimitado nessa dissertação. Em 27 de junho, ocorreu evento na sede da Companhia Nacional de Abastecimento (Conab) em Santa Catarina<sup>48</sup>. O evento contou com a presença de uma comitiva de representantes dos poderes públicos federal, estadual e municipal, incluindo o presidente da FUNAI e a ministra da Mulher, Damares Regina Alves, com o objetivo de realizar ato de entrega simbólica de cestas básicas para os indígenas no estado. O evento gerou aglomeração e exigiu a presença de lideranças indígenas, expondo-as ao risco de contágio. A própria ministra Damares, na época do evento, foi considerada pelo ministério que representa como um caso suspeito de covid-19, já que apresentava sintomas. Foi aberto inquérito para apurar as condutas desses representantes e eventuais atos de improbidade administrativa pela exposição de indivíduos vulneráveis ao coronavírus.

Ainda em relação à exposição, causada por instituições e ações governamentais, dos povos indígenas ao coronavírus, é importante destacar que a SESAI não criou, durante a pandemia, qualquer protocolo de entrada em área indígena para seus profissionais de saúde e que foram esses profissionais que, em diversos contextos indígenas, levaram a doença para dentro das aldeias. Inclusive, o primeiro caso de covid-19 entre indígenas no Brasil foi transmitido por um médico da SESAI (UOL, 2020).

Quanto ao DSEI Interior Sul, a pandemia expôs as fragilidades que as equipes de saúde e os DSEIs já enfrentam há anos e evidenciou problemas estruturais e de gestão históricos: déficit crônico de acesso ao sistema de saúde agudizado pelo congelamento de gastos na saúde e pelo não cumprimento de orçamentos destinados à saúde; falta de infraestrutura adequada; insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI); reduzido estoque de insumos e medicamentos; alta rotatividade de profissionais; dificuldades de garantir formação adequada e implementar educação permanente nas

---

<sup>48</sup> O próprio governo federal divulgou este evento: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/aviso-de-pauta-ministra-damares-alves-acompanha-ra-entrega-de-alimentos-a-indigenas-em-santa-catarina>

equipes; problemas de integração com a rede de saúde; má articulação do sistema de atenção primária à saúde indígena com os outros níveis da rede assistencial, contratos de trabalho precários e falta de diálogo com os movimentos indígenas (SBMFC, 2020).

As respostas institucionais para o enfrentamento da pandemia, no nível local, do DSEI Interior Sul, na área de abrangência do Polo Base, deram pouco destaque para as vulnerabilidades do povo guarani no planejamento e na execução das ações em saúde. A Equipe de Resposta Rápida, por exemplo, não teve nenhuma forma de preparo ou de formação quanto aos aspectos culturais e de saúde das populações indígenas atendidas pelo DSEI e tampouco quanto aos aspectos mais relevantes do território.

De fato, poucos ajustes de fluxos de serviço e de atenção à saúde foram realizados considerando as realidades de cada aldeia. Em maio, apenas uma Equipe de Resposta Rápida (ERR) foi contratada para o enfrentamento da pandemia em todo o distrito, realizando trabalho itinerante nos territórios indígenas atendidos pelo DSEI, em Santa Catarina e Rio Grande do Sul, percorrendo praticamente todos os polo base do Distrito. Meses depois, em dezembro, uma segunda ERR foi contratada, também para atuar em todos os polos base do distrito. A disponibilização de aparelhos de oxímetro de pulso para os técnicos de enfermagem e demais profissionais da Equipe de Resposta Rápida, embora estivesse prevista na portaria que criou essas equipes, não ocorreu.

Quanto à elaboração do plano de contingência à covid-19 para o Polo Base de Florianópolis, o DSEI não considerou os aspectos territoriais e da territorialidade guarani mais relevantes, nem realizou um diagnóstico inicial com identificação e mapeamento das aldeias mais vulneráveis e dos indivíduos mais vulneráveis (idosos, hipertensos, diabéticos, portadores de doenças crônicas – grupos de risco para a covid-19); tampouco estabeleceu sistemas de monitoramento e avaliação dos casos confirmados e suspeitos (a transparência no acesso aos dados é condição fundamental), por aldeia, realizando estudos regulares para avaliar a eficácia do plano e a situação epidemiológica do território. Além disso, como demonstrado no capítulo anterior<sup>49</sup>, esse plano de contingência apresenta limitações técnicas substanciais em relação à qualidade do texto e aos dados apresentados.

---

<sup>49</sup> Ver seção 3.4.1: Doenças respiratórias nas aldeias do território.

Além disso, não foi possível articular com os municípios que a população indígena atendida pelo distrito fosse colocada como grupo prioritário em relação a estratégias de diagnóstico e distribuição de testes e insumos. A articulação do Distrito Sanitário Especial Indígena com os municípios foi deficitária, levando a dificuldades na realização de testagens por swab (RT-PCR), tanto para coleta das amostras dos indivíduos considerados casos suspeitos quanto para o transporte das amostras aos laboratórios de referência. Ou seja, foi notável a existência de problemas de integração do serviço de atenção primária com os demais níveis de atenção da rede de saúde. Ainda em relação aos municípios da área de abrangência do polo base, não foi realizado o monitoramento da situação epidemiológica da covid-19 desses municípios, para que se pudesse determinar quais as aldeias estão em maior risco de contágio.

A insuficiência da realização de testagens na população, a não suspeição de casos sintomáticos respiratórios e o pouco monitoramento realizado no território, sabendo-se que a covid-19 é uma doença altamente contagiosa e espalha-se rápido, especialmente em comunidades com vivência caracteristicamente coletiva e nas quais o isolamento social é pouco praticável (tanto por aspectos culturais cotidianos quanto por aspectos relacionados à infraestrutura das aldeias) caracteriza falha nas ações de prevenção e controle da pandemia no território. Essa falha pode ser considerada ainda mais grave ao levarmos em conta, como descrito no capítulo anterior, que as doenças respiratórias agudas já eram, antes da covid-19, uma das principais causas de mortalidade e morbidade entre o povo guarani.

O número proporcionalmente baixo de casos suspeitos em relação aos casos confirmados evidencia uma subnotificação dos casos e demonstra resposta inadequada do serviço de saúde no enfrentamento à covid-19, com pouca busca ativa de casos sintomáticos e testagem insuficiente (falha de vigilância). O fato de poucos casos terem sido confirmados por vínculo epidemiológico demonstra a dependência excessiva de testes laboratoriais, o que pode levar à demora nos diagnósticos, subnotificação e atraso nas ações de contingência. Foi evidente que a notificação e a vigilância dos casos de covid-19 desse território, realizada pelo DSEI, foi falha, com dados defasados e baixa cobertura de monitoramento.

Durante o período desta pesquisa, identificaram-se: falta de infraestrutura adequada de equipamentos de proteção individual (EPI) para as comunidades (para as equipes de saúde o provimento foi suficiente); reduzido estoque de medicamentos sintomáticos; dificuldades em garantir atualização adequada dos profissionais das equipes de área quanto aos protocolos e condutas para o enfrentamento da covid-19 – vale ressaltar que a epidemia é dinâmica e as evidências sobre as melhores condutas no seu controle vão sendo elaboradas da mesma forma.

Além disso, por parte do DSEI, não foi observada a realização de estratégias de educação em saúde quanto à covid-19 nas aldeias do território. Não houve, por exemplo, produção de material informativo como cartilhas traduzidas para o guarani que informassem sobre os aspectos mais importantes na prevenção e na contenção da doença nas aldeias. Tampouco houve comunicação, de forma coordenada, com as lideranças presentes no território, no sentido de informar os riscos e os aspectos mais importantes da doença e de seu enfrentamento nas aldeias. Nesse sentido, as informações disponíveis deveriam ser compartilhadas de forma clara e sincera quanto ao grau de incertezas e traduzidas para língua guarani.

Ainda quanto à importância da educação em saúde no enfrentamento de uma epidemia, não ocorreu incentivo especial ao trabalho dos profissionais indígenas das equipes de saúde, especialmente dos Agentes Indígenas de Saúde, para que tivessem protagonismo no trabalho e na comunicação com a população. Esses profissionais não foram posicionados estrategicamente. Os conhecimentos específicos desses profissionais e suas habilidades de comunicação, além de sua familiaridade com a língua, a cultura e o território guarani, poderiam ser cruciais para dar conta das questões e especificidades que envolvem o atendimento e as ações em saúde dentro de um contexto pandêmico (urgente). Esses profissionais poderiam agir desde um lugar de familiaridade e pertencimento com a população e com as lideranças das aldeias, o que facilitaria a implementação mais efetiva de estratégias de contingência.

Essas ações realizadas pelos Agentes Indígenas de Saúde, por exemplo, podem vir no sentido da importância de legitimar os modelos explicativos em saúde dos guarani, mesmo num contexto de urgência pandêmica e no qual a demanda de saúde e doença se apresentam como algo novo. Os saberes tradicionais e as experiências dos indígenas

mais velhos quanto ao enfrentamento de outras epidemias do passado podem ter efeitos positivos no controle da covid-19.

Considerando a importância do isolamento e do monitoramento dos casos confirmados, a capacitação dos AIS para a avaliação de sinais vitais e sinais de alarme é outra estratégia não realizada e que produziria autonomia às aldeias diminuindo a necessidade de entrada de profissionais em área – especialmente levando em conta que as aldeias da área de abrangência do Polo Base de Florianópolis possuem sinal de internet 3G e que, então, a comunicação remota com os AIS é possível e pode ser utilizada como estratégia de isolamento. Vale lembrar que os profissionais de saúde são potenciais veículos de entrada do vírus nas aldeias. Além disso, a capacitação dos agentes de saúde quanto a esse tipo de avaliação pode diminuir os casos de encaminhamentos desnecessários aos serviços de referência em que as chances de exposição ao contato com o coronavírus são evidentemente maiores.

#### 4.3.3. Falta de transparência e de qualidade dos dados oficiais

Não há transparência, como vem sendo denunciado pelo movimento indígena, por parte da SESAI – e, portanto, do DSEI – quanto aos dados da covid-19. A dificuldade no acesso a dados brutos ou a baixa qualidade dos dados processados quanto a aspectos demográficos ou indicadores epidemiológicos importantes, relativos a cada uma das aldeias ou a todo o polo base, também prejudicam o alcance da análise da situação da saúde no território durante a pandemia. Não é possível realizar uma análise situacional e epidemiológica consistente. Dificuldades de acesso aos dados e má qualidade dos dados disponíveis já eram observados – anteriormente à pandemia – por profissionais de saúde que trabalham nos DSEIs.

Além disso, foram observados durante o trabalho problemas quanto à notificação dos casos (subnotificações, atraso das notificações, erros de registro e demora no encerramento dos casos, por exemplo). Contribuíram para esses problemas: (i) a burocratização do trabalho das equipes de saúde em área para a realização das notificações, com necessidade do preenchimento de múltiplas fichas de registro para que

a notificação pudesse ser concretizada (a quantidade de procedimentos exigidos pela SESAI e pelo DSEI para a realização das notificações variou ao longo do tempo, mas as equipes de saúde chegaram a ter de preencher manualmente até cinco documentos diferentes para que a notificação de um único paciente pudesse ser processada pelo DSEI); ii) como já expresso nesse capítulo, houve demora na sensibilização dos profissionais quanto à suspeição dos casos de covid-19; e iii) em alguns contextos houve falha de vigilância dos contatos de casos confirmados e pouca busca ativa de pacientes sintomáticos.

A negação histórica do direito dos indígenas ao acesso à saúde, por motivos já apresentados neste trabalho, determina a subnotificação de outras doenças e agravos. A falta de padronização da infraestrutura computacional, da rede lógica e da internet, com ausência de suporte técnico do DATASUS na ponta, e limitações importantes na formação técnica dos profissionais, também determinam a subnotificação de dados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Além disso, não há adequado cruzamento dos dados do SIASI com os dados de outros sistemas de informação do Ministério da Saúde (os sistemas “não conversam”), fazendo com que os dados tenham de ser inseridos em mais de um sistema de informação pelas equipes dos polos base.

Durante a pandemia, a SESAI optou por não apresentar os dados relativos à covid-19. Disponibilizou apenas alguns boletins, sem divulgar dados quanto à etnia ou às aldeias dos territórios. A princípio, os dados brutos do SIASI são disponibilizados, somente mediante aplicação da Lei de Acesso à Informação, o que causa demora e burocratização do processo de pesquisa e avaliação de políticas públicas, que deve ser dinâmico e ágil, especialmente frente à emergência de uma pandemia.

A Comissão Guarani Yvyrupá chegou a solicitar acesso aos dados epidemiológicos do território guarani M'bya, por meio da lei de acesso à informação, mas o relato da comissão foi de que, ainda assim, os dados não foram disponibilizados. Até mesmo a demanda do Ministério Público Federal – de que os dados de saúde deveriam ser disponibilizados e detalhados por etnia e por procedência de Terra Indígena – não foi atendida. Esse detalhamento de informação é de fato fundamental, pois ajuda nas tomadas de decisão quanto às ações necessárias em cada aldeia e, justamente por essa especificidade, influenciaria no enfrentamento da doença em todo o território.

Mesmo para os profissionais da equipe de área do polo base ou para os profissionais da Equipe de Resposta Rápida do DSEI, não foram disponibilizados os dados epidemiológicos referentes à covid-19 ou os dados de morbimortalidade que pudessem orientar o planejamento e a priorização das ações nas aldeias. O distrito, seguindo orientações da SESAI, apenas disponibilizou alguns boletins epidemiológicos com dados já processados e informações incompletas. Assim, o planejamento das ações da equipe não foi realizado a partir da análise desses dados epidemiológicos ou a partir da análise de informações relativas a cada aldeia que poderiam determinar maior ou menor vulnerabilidade no enfrentamento da pandemia.

As justificativas institucionais para o não acesso aos dados oficiais partiram da alegação de que a divulgação desses dados poderia levar à identificação, à quebra de sigilo ou a situações de discriminação. Em trecho de resposta à solicitação de dados realizada por um conselheiro distrital de saúde de um dos DSEI no Brasil, que tem conteúdo similar a outras respostas institucionais a solicitações realizadas pelo controle social indígena ou por outras instituições, observa-se que essa justificativa parte dos seguintes argumentos:

(i) o DSEI prima pelo respeito às especificidades dos povos indígenas. Ressaltamos que os indígenas têm direto ao sigilo de suas informações garantidos por lei 13.709/2018;

(ii) em relação à divulgação por etnia, a SESAI salienta que, por ser um dado considerado restrito, que pode possibilitar a identificação do indígena e/ou acarretar situações de discriminação, a etnia não é informada nas demandas de acesso à informação;

(iii) os DSEIs são subordinados à SESAI. Os dados da covid-19 estão disponíveis no site do Ministério da Saúde e qualquer outra informação deve ser formalizada com o devido objetivo para análise da SESAI.

Esses três argumentos não se sustentam. Na realidade, a lei 13.709 de 2018 define a necessidade de dar transparência a todos os dados gerados pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, da mesma forma que as demais bases e sistemas de informação em saúde de órgãos oficiais do país. Ao contrário do que é afirmado no terceiro argumento apresentado, os dados da covid-19 não estão disponíveis no site do Ministério da Saúde. O que há são boletins epidemiológicos com informações insuficientes relativas à covid-19 em cada distrito, não mais que isso. Não há dados por

etnia indígena, não há dados por polo base e muito menos por aldeia. Tampouco há informações sobre o número e o tipo de testagem realizadas ou a proporção de diagnósticos realizados laboratorialmente ou por vinculação epidemiológica.

Quanto ao argumento relacionado à identificação e à quebra de sigilo que deve ser garantida aos indígenas, há muito tempo se utilizam dados epidemiológicos e demográficos para a realização de pesquisa sem infringir o direito ao sigilo de cada indivíduo. Em nota técnica em resposta à intimação do STF<sup>50</sup>, pesquisadores da Fiocruz são categóricos: “É completamente compatível com procedimentos técnicos de rotina na produção de estatísticas para acesso público, o uso de dados individuais devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, Polo Base e DSEI”.

A disponibilidade de dados é prerrogativa para que as informações possam ser monitorada. Os dados brutos permitiriam, por exemplo, que calculássemos o excesso de mortalidade e, então, pudéssemos estimar a mortalidade por covid-19 mesmo em cenários de evidente subnotificação dos casos. Além disso, há muito poucos dados na literatura em relação às dinâmicas de transmissão da covid-19 e os seus aspectos clínicos e epidemiológicos nas populações e aldeias indígenas. Assim, a investigação e descrição adequadas desses eventos é fundamental para que se produzam conhecimentos que permitam uma melhor resposta em cenários futuros.

Para que se possa fazer o cálculo de indicadores demográficos e epidemiológicos que auxiliem a avaliação e a elaboração de políticas públicas, é fundamental ter informações consistentes referentes aos casos: dados demográficos básicos (como idade, sexo, comorbidades), dados clínicos epidemiológicos (data de início dos sintomas, presença de comorbidades, gravidade da doença, presença de complicações, evolução para cura, óbito ou sequela, tipo de testes realizados, data e resultado dos testes realizados, quais foram os contatos próximos de cada caso, como se deu a transmissão dentro das residências e entre as residências, entre outros). Esses dados permitirão

---

<sup>50</sup> Nota Técnica da Fiocruz em resposta à intimação n. 2636/2020 do STF. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/08/Resposta-intimacao-Fiocruz-Abrasco-Final-17-08-c2-2.pdf>

descrever como se deu a dinâmica de transmissão nas aldeias, qual foi o impacto real da epidemia e sua gravidade, o que possibilita inclusive traçar cenários preditivos para surtos em outras aldeias.

A coleta e análise de dados demográficos e epidemiológicos é um exercício político ao evidenciar contrastes e desigualdades. São, portanto, uma ferramenta poderosa para que populações marginalizadas pressionem pela execução de políticas que resultem em maior equidade em saúde. Daí que a falta de transparência desses dados revela uma estratégia de invisibilizar a situação dos povos indígenas em relação à covid-19 e tirar desses povos essa ferramenta que pode evidenciar desigualdades e falhas das políticas públicas.

#### 4.3.4. O trabalho das equipes de saúde

Além de todas dificuldades e problemas de estratégia e gestão no enfrentamento da pandemia – tanto nacionalmente pela SESAI quanto localmente pelo DSEI Interior Sul – na ponta do sistema, na execução das ações pelas equipes de saúde, também foram observadas falhas substanciais. Essas falhas relacionam-se a problemas já apresentados no primeiro capítulo deste trabalho: deficiências na formação profissional dos trabalhadores do SASI-SUS, com ausência de formação específica em saúde indígena, vínculos contratuais precários e uma base de práticas em saúde bastante etnocêntrica e alinhada com concepções e conceitos de saúde hegemônicos.

Um capítulo particular no enfrentamento da pandemia em territórios indígenas têm sido as falsas polêmicas em torno de medicamentos prescritos para tratamento da covid-19. Há diversos relatos, da parte de quem trabalha de forma crítica nos diversos DSEIs no Brasil, quanto a profissionais que compõem as EMSIs e têm discursos e práticas negacionistas em relação à covid-19. Não é incomum encontrar nos contextos indígenas médicos que prescrevem medicamentos sem validação científica. No território dessa pesquisa não foi diferente, essas práticas e discursos também foram observados.

Foi usual, no PB de Florianópolis, encontrar pacientes que receberam prescrições de medicamentos (especialmente hidroxicloroquina, azitromicina e ivermectina) que não têm validação científica sobre sua eficácia ou segurança. Até o momento, as equipes de saúde não deveriam oferecer nenhum tratamento medicamentoso específico para covid-19. Considero muito importante a sensibilização das lideranças e das comunidades sobre essa questão e a criação de um protocolo de condutas baseado em evidências científicas e nas especificidades da cultura guarani.

A pouca quantidade de testes indicados, mesmo em situação de disponibilidade desses insumos, e a baixa suspeição de casos de covid-19 observada, especialmente antes do trabalho da Equipe de Resposta Rápida no Polo Base de Florianópolis, condiz com o relato da população de que em duas aldeias do território havia indígenas com sintomas respiratórios semanas ou até meses antes da notificação dos primeiros casos suspeitos de covid-19 no polo base. Foi relatado por diferentes lideranças das aldeias que um membro da equipe de saúde do polo afirmava aos indígenas que os sintomas respiratórios que eles apresentavam eram uma “gripezinha” ou eram em decorrência do fato de que eles, os guarani, “viviam em casas com muita fumaça”<sup>51</sup>.

Considerando que as aldeias guarani do território não são isoladas, pelo contrário, estão próximas à BR-101, e que há motoristas e outros profissionais indígenas que trabalham no distrito e vivem nas aldeias, não levantar suspeita de covid-19 – e, então, não indicar a testagem laboratorial – em pacientes com sintomas respiratórios (“síndrome gripal”) durante fase de transmissão comunitária da pandemia, atribuindo os sintomas a “gripezinha” ou fumaça, é o mesmo que considerar que os guarani vivem isolados do restante da sociedade ou denota, simplesmente, negligência e preconceito.

Como dito anteriormente, a própria orientação oficial da SESAI “em caso de surto” – desconsiderando o caráter de transmissão comunitária da pandemia no território nacional já desde 20 de março de 2020 - pode ter contribuído para a baixa sensibilidade para a suspeição de caso de covid-19 no território. O discurso oficial do governo federal

---

<sup>51</sup> A definição de caso suspeito de covid-19 é, a partir da fase transmissão comunitária da doença, qualquer pessoa com “síndrome gripal”. E não é possível, clinicamente, sem realização de testagem laboratorial, fazer o diagnóstico diferencial de gripe ou covid-19. Pode-se fazer um diagnóstico clínico epidemiológico ou clínico laboratorial de covid-19, mas não apenas clinicamente.

que nega a gravidade da pandemia de covid-19 e desinforma a população quanto às condutas adequadas do ponto de vista médico e sanitário, pode também contribuir para que haja, nos territórios indígenas, condutas profissionais em discordância com os protocolos clínicos científicos e a ética.

Também foram observados, na prática do trabalho nas aldeias, erros técnicos na interpretação de resultados de testes rápidos, erros quanto à não aplicação de critérios adequados para a suspeição de caso e para a realização de testagens – podendo ter levado a atraso nos diagnósticos dos primeiros casos nas aldeias –, falta de disposição de alguns profissionais para a realização de visitas domiciliares – levando à possibilidade de aglomeração durante os atendimentos –, não cumprimento de protocolos científicos oficiais e falhas de comunicação quanto às medidas a serem adotadas na prevenção e controle da covid-19.

#### 4.3.5. Categorias de vulnerabilidades em saúde

Nesta seção apresento, de forma bastante resumida, alguns fatores relacionados a vulnerabilidades em saúde observados no território. Esses fatores já estão descritos de forma cursiva e não sistemática ao longo do texto deste capítulo e foram categorizados na tabela abaixo de acordo os seguintes critérios: sanitário, político, fundiário, ambiental e de vigilância.

<b>Sanitário</b>	Ações de atenção à saúde precárias e insuficientes. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena subfinanciado já não cumpria seus objetivos anteriormente à pandemia, com o aumento da demanda em saúde relacionada à covid-19 a tendência é de piora nesse cenário.
<b>Político</b>	Práticas institucionais que configuram racismo institucional. Os relatos da população guarani das aldeias do território deste estudo são diversos quanto a situações vividas nos serviços de saúde, especialmente nas

	redes de referência quanto à dificuldade de acesso e até mesmo injúria racial.
<b>Fundiário</b>	A falta de regularização fundiária dos territórios indígenas estimula invasões e até mesmo ataques. Diversas lideranças do território sofrem ameaças. Essas invasões ameaçam a soberania do povo guarani e, no atual contexto, representam ameaça de contágio da covid-19. Além disso, a SESAI responsabiliza-se apenas pelo atendimento da população indígena em territórios demarcados. Isso é relevante no contexto guarani considerando o grande número de retomadas e acampamentos (criação de novas <i>tekoas</i> ) com péssimas condições sanitárias. Mesmo que a equipe de saúde se disponha a atender nesses locais, há entraves na disponibilização de recursos e até mesmo na contratação de agentes indígenas de saúde e de saneamento.
<b>Ambiental</b>	Desterritorialização e condições ambientais inadequadas dos territórios, levando à dificuldade em realizar atividades de subsistência que possibilitariam o isolamento da população. Em alguns casos até a má qualidade da água nos territórios dificulta a higienização pessoal. Esse fator se relaciona claramente com a prevenção da covid-19.
<b>Vigilância</b>	A ausência de informações atualizadas e qualificadas que deveriam ser divulgadas pelas instituições competentes impede a elaboração de avaliações e a tomadas de decisões estratégicas.

Tabela 3: Fatores de agravamento da vulnerabilidade em saúde observados nas aldeias durante a pandemia.

#### 4.3.6. O *guata* e a pandemia

Um dos aspectos mais centrais do modo de viver guarani (*nhandereko*) e da territorialidade do povo guarani M'bya é o *guata*. As características práticas que envolvem esse “deslocamento” do povo guarani – abordado de maneira inicial no referencial teórico deste trabalho, no capítulo 2 – devem ser observadas e consideradas com a devida atenção numa análise de saúde para o planejamento de políticas públicas em saúde efetivas.

Algo especialmente notável que pude observar desde que comecei a trabalhar com os guarani e que se apresenta novamente – agora como resultado deste trabalho, por meio de observações durante o trabalho e dos diálogos com a população e as lideranças das aldeias – é que as interpretações guarani sobre os determinantes de saúde se relacionam, em seus discursos, com problemas relacionados ao território – especialmente com problemas relacionados às questões fundiárias e de justiça. Os guarani M'bya consideram o contato com a sociedade envolvente como fator de adoecimento importante e enfatizam as “prescrições” do bem-viver (*teko porã*) para a manutenção da saúde. O povo guarani adverte que o modo de viver do homem branco, chamado por eles de *juruá*, leva ao adoecimento da terra. Nesse sentido, para esse povo, a saúde deriva da manutenção do modo de vida tradicional no território. Ou seja, deriva de se viver segundo o “jeito de ser guarani”. Resistir à imposição do modo de viver do *juruá* é garantir esse modo de vida, é produzir saúde.

Um *tamõi* (“avô”) relatou memórias de outras epidemias. Referiu que os guarani tinham estratégias de auto isolamento no passado, quando havia “muita gente” morrendo por sarampo, por exemplo. Contou ainda que iam pro mato, pras roças, ficavam o mais longe possível das cidades até a doença ir embora, até o *karaí* (“xamã”) dizer que a gente podia voltar, mas que agora: “não tem mais mato e tem pouca roça né?”.

A melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorrerá pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias médicas. É necessário dar agência e voz para esses povos, além de legitimidade para seus modelos explicativos e sistemas de interpretação, prevenção, cura e promoção de saúde. No sentido da efetivação de medidas eficazes no enfrentamento da covid-19, é crucial levar em conta aspectos da

territorialidade do povo guarani. Há uma grande complexidade envolvida em planejar e realizar ações de saúde que levem em conta a relação entre um aspecto fundamental da territorialidade guarani M'bya – os deslocamentos relacionados ao *guata* – e a saúde do povo guarani.

O *guata* guarani é um elemento de soberania, de promoção de saúde, um caminho de autonomia, de ocupação do território, de territorialização e de política no espaço, mas também pode constituir um elemento de vulnerabilidade em saúde durante a pandemia de covid-19, já que uma das primeiras e mais importantes estratégias de prevenção e controle dessa doença é o isolamento. Parece muito difícil discutir e compreender a saúde do povo guarani M'bya – de modo geral ou especificamente quanto ao enfrentamento da covid-19 – sem discutir e compreender mais profundamente o que é o *guata* guarani e qual o sentido dele na saúde e no modo de viver desse povo. Uma importante liderança da qual me aproximei durante essa pesquisa me perguntou:

Mas doutor, como que vai funcionar essa tal de *hashtag fica em casa* para o nosso povo? E logo agora em setembro que a gente troca as sementes e planta *avaxi*?

Nessa parte do trabalho, a partir da pesquisa realizada e das observações e diálogos realizados durante a pesquisa no território, busquei compreender melhor o significado do *guata* para os guarani e as suas implicações para a saúde desse povo e no enfrentamento da pandemia de covid-19 no território. Na realidade, se trata de uma discussão inicial que busca observar a importância e o potencial de levarmos em conta o *guata* no planejamento e na execução de ações de saúde no território. É também uma tentativa de ouvir e dar agência ao povo guarani quanto às possibilidades de enfrentamento da pandemia durante e por meio do *guata*.

Como visto no referencial teórico desta pesquisa: o conceito de território para o guarani M'bya supera os limites físicos das aldeias e implica na redefinição constante das relações interétnicas, no compartilhamento de espaços e os deslocamentos – o *guata* – fazem parte da cultura e modo de vida guarani e contribuem para a consolidação dos laços de parentesco e sociais, além de possibilitarem as prescrições do “bem-viver” (*tekoporã*) e afastar as doenças (*atchyvaikue*).

Segundo liderança de uma das aldeias do território, o período do *guata* guarani começa aproximadamente no final de julho e início de agosto, com as trocas de sementes, especialmente da semente de milho guarani – *avaxi ete*. A mobilidade guarani não é uma migração propriamente dita. São deslocamentos que cumprem uma função cosmológica. Além das trocas de sementes, ocorrem trocas de materiais e animais de estimação, por exemplo. É comum os guarani se referirem aos deslocamentos que realizam usando também o termo *Guata Porã*, que pode ser traduzido como: “caminhar bem e caminhar junto”.

Essa liderança se refere ao *guata* como um aspecto da cultura guarani que tem a função de dar força para a terra e de dar energia para outras vidas: as sementes, em especial à de milho guarani (*avaxi ete*). O *guata* é descrito como uma maneira de dar oportunidades às sementes a partir das mudanças de solo proporcionadas pelas caminhadas. Afinal de contas, o *guata* cumpre um papel importante no fortalecimento dos bancos de sementes guarani. Pensando em termos de segurança alimentar e de soberania alimentar, o *guata* se apresenta como crucial para a promoção da saúde desse povo.

(...) e quando se planta a semente na terra e se faz essa consagração da semente com a terra, é quando se abre o portal do céu, a energia do céu, e é quando então as crianças podem receber os nomes para que permaneçam nessa terra. Quando chega a temporada dos temporais e abre o portal do céu, quem ainda é inocente enxerga o outro lado e pode acabar indo se não tiver recebido um nome (...) – fala de liderança entrevistada.

Após as trocas de sementes, o *guata* continua. Mais adiante em dezembro, há um grande encontro, com muitas pessoas de diversas aldeias do território: o *Nhemongaraii* das sementes, em que ocorrem trocas diversas. Os *xondaro* (guerreiros espirituais) fazem *tataxina*: benzem as sementes e tiram o mal da semente. Além disso, é nessa cerimônia, o *Nhemongaraii*, em que ocorre o os *juruá* chamariam de “batismo” das crianças, os “recebimentos dos nomes” das crianças.

Esse período relativo ao *guata* guarani, de agosto até começo de março, “período de sol quente”, é tipicamente um período de encontros. A semente plantada no final de agosto ou no início de setembro vai ser colhida em dezembro – quando acontece o *Nhemongaraii*: a benção das sementes, a consagração dos alimentos e a nomeação das

crianças. Dentro de todos os rituais que ocorrem por meio e a partir do *guata*, o período da consagração do alimento é o período da consagração do povo guarani, do corpo guarani. Os *xeramoi* (anciãos) costumam falar que quando uma pessoa se alimenta e faz todo ritual das sementes, o corpo é então purificado. É, afinal, um período relacionado ao que os guarani traduzem como cura. Só que a cura, nesse sentido, é coletiva.

Antes do contato com o homem branco havia o período de *ara agudjé* (o tempo sagrado, dentre os 4 tempos do ciclo de vida). Nesse período sagrado os Guarani do litoral (Mbya) faziam os rituais próximos do mar. Todo mundo ia para o mar. Traziam caça, milho, feijão, mel... *Agudjé* é ir para a terra sem males em vida, com o corpo consagrado, esse é o sentido da vida guarani. Antes não existia morte. A morte é um castigo quando não se obedecem a regras e o parente não vai, então, pra terra sem males. – fala de liderança indígena entrevistada.

Nesse sentido e por essa complexa cosmovisão, os adoecimentos entre os guarani são coletivos, envolvendo ciclos de tempos e prescrições de *Nhandereko*, que é o sistema de viver guarani. Mais que isso, envolvem corpos e vidas não humanas. Para o guarani, há de se dar energia para todo o sistema, para “todos os elementos”. E isso se dá por meio do *guata*. Assim, o *guata* guarani se relaciona à saúde do povo guarani a partir de uma perspectiva de saúde do sistema de saúde oficial – ao, por exemplo, determinar indicadores como segurança e a soberania alimentar – e também a partir de uma perspectiva da própria cosmovisão guarani, da própria saúde guarani, considerando que o *guata* é a caminhada que possibilita o sistema de vida guarani: o modo de viver no local em que se vive.

Durante o trabalho da equipe de saúde em área, os guarani manifestaram preocupação com a recomendação de isolamento social. Diziam que estavam preocupados sobre como as crianças receberiam os nomes sem o *guata* e o *Nhemongaraii*. Como simplesmente ficar em casa numa época tão importante para o sistema de vida guarani? Aqui se delimita um grande desafio em saúde: como enfrentar a pandemia de covid-19 sem interromper o *guata*?

O enfrentamento desse desafio – da manutenção do *guata* durante a pandemia – deveria partir de grande articulação intersetorial com manutenção da autonomia das decisões comunitárias de cada aldeia. Na busca da efetivação de uma atenção diferenciada em saúde, é necessário, como política pública de saúde, pensar estratégias

intersetoriais e que vão além da assistência à saúde propriamente dita realizada pelas equipes de saúde no território, mas que a incluem e a atravessem.

Algumas ações foram apontadas nesta pesquisa sugeridas a partir de conversas com diferentes personagens no território: agentes indígenas de saúde e outros profissionais de saúde, por exemplo:

(i) criar protocolos de contingência específicos para cada aldeia guarani considerando aspectos territoriais como: localização, proximidade de centros urbanos, meios de transporte utilizados e aspectos específicos como a presença ou não de *karaí*, disponibilidade de insumos e estrutura física local;

(ii) criar protocolo específico para os moradores que necessitem sair da aldeia realizando comunicação prévia da aldeia de origem para a aldeia de destino e entrando diretamente em contato com a liderança. É considerada aqui a importância da comunicação se realizar não apenas por meio da plataforma das redes sociais – *Facebook*, por exemplo – de modo a não diminuir a autonomia das lideranças de cada aldeia que, em geral, são anciãos que não utilizam redes sociais.

(ii) criar uma rede articulada de informação e cuidados relativos ao enfrentamento da pandemia. Tanto de informações oficiais e do sistema médico do *juruá*, quanto de informações relativas ao sistema médico tradicional guarani;

(iii) incentivar os “parentes” que estejam em deslocamento a cumprirem todo protocolo oficial de medidas comportamentais (máscaras, limpeza das mãos, isolamento, quarentena e distanciamento social) e, ao mesmo tempo (de forma concomitante, sem contradição alguma), utilizarem as medicinas tradicionais guarani. Foi sugerido que as medicinas tradicionais sejam levadas durante os deslocamentos. Os guarani consideram que o momento pandêmico atual pode ser um momento de fortalecimento das práticas tradicionais de medicina guarani, até porque nenhum tratamento medicamentoso da medicina dos *juruá*, até agora, se demonstrou seguro e eficaz no tratamento da covid-19.

(iv) uma ação sugerida no intuito de garantir a troca de sementes propiciada pelo *guata*, visando que não se agrave a situação de insegurança alimentar e nutricional da população Guarani, foi a de que as equipes de saúde do Polo Base de Florianópolis

realizem o transporte e a distribuição de sementes guarani entre as aldeias do território. Considerando que as equipes já realizam esse trânsito para o enfrentamento da covid-19 e outras atividades de saúde essenciais que devem ser mantidas durante a pandemia, essa ação também fortaleceria o vínculo das equipes de saúde com as comunidades e criaria laços de aproximação e reciprocidade, potencializando as demais ações do trabalho em saúde e aproximando a prática das equipes de área do conceito de Atenção à Saúde Diferenciada.

(v) aprimoramento dos serviços de internet das aldeias para a realização de cerimônias virtuais, encontros e trocas digitais. Os guarani mais velhos desconfiam dessa possibilidade, mas especialmente os mais jovens consideram que essa possibilidade supriria algumas das funções e alguns dos sentidos do *guata*, pelo menos simbolicamente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho de pesquisa, resulta em mim um sentimento – compartilhado por outros colegas que trabalham no enfrentamento à pandemia em contextos indígenas – de que nosso trabalho como indigenista, inclusive esta pesquisa, “chega tarde” e de que estamos sempre atrasados em relação à dinâmica e às demandas de enfrentamento da pandemia de covid-19. Esse sentimento de atraso se dá justamente pela falta de políticas públicas, é resultado de estarmos sujeitos a um governo que não faz as ações executivas que deveria. Um governo que deixa de fazer não apenas o que deve em termos ideais ou em termos dos avanços possíveis e mais consistentes da ciência quanto à elaboração e execução de políticas públicas, mas também não faz o mínimo, o mais básico: aquilo que já está dado e determinado inclusive constitucionalmente, como a defesa da vida e a garantia do direito dos povos indígenas aos seus territórios e à saúde.

Profissionais de saúde observamos que, devido à falta dessas ações executivas e à falta de planejamento, estamos sempre apagando incêndios e não conseguimos trabalhar a partir da lógica da previsão e da antecipação. A negação das instituições de saúde governamentais em disponibilizarem dados epidemiológicos, que deveriam ser utilizados para avaliação e planejamento de ações em saúde, contribui ainda mais para que não possamos trabalhar com essa lógica fundamental para a prevenção, a manutenção e a promoção da saúde. Se a gestão do sistema de atenção à saúde indígena tivesse uma lógica minimamente antecipatória, os próprios contratos de trabalho não seriam tão frágeis e precários.

É importante ressaltar que essa falta de lógica é sim uma estratégia de governo, já que se repete sistematicamente: é, no que se refere ao enfrentamento da pandemia, como apontado nos resultados deste trabalho, uma estratégia deliberada de propagação do coronavírus – daí que alguns autores denunciam o projeto do atual governo como um genocida e necropolítico, de naturalização da morbimortalidade de alguns grupos sociais, especialmente daqueles grupos historicamente racializados. O não planejamento é justamente o plano de governo, não se trata apenas de incompetência ou negligência. É

na “bagunça” que se perpetua a manutenção das estruturas históricas de injustiça que determinam a maior vulnerabilidade em saúde dos povos indígenas no Brasil. É na “bagunça” que se permite escamotear processos de corrupção e a manutenção de absurdos inacreditáveis no sentido da ética e da justiça.

A pesquisa deste trabalho se mostra relevante ao trazer resultados que podem servir de instrumento referencial para o aprimoramento de políticas em saúde e é relevante também por demonstrar a lógica por trás da política pública e do (não) planejamento que vêm sendo executados.

Uma lógica pautada, por exemplo, na não transparência dos dados referentes à covid-19 nos territórios indígenas. Uma lógica que leva até ao que temos assistido mais recentemente: o aparecimento de novas cepas do coronavírus que são mais transmissíveis e capazes de driblar a imunidade adquirida de indivíduos que já contraíram a doença. Este trabalho acadêmico procura retirar o véu sobre a lógica da política governamental, justamente porque no senso comum, sem ciência, essa política pode parecer que não tem lógica alguma.

O objetivo desta pesquisa, de apontar vulnerabilidades dos povos indígenas frente à pandemia, foi alcançado nos resultados deste trabalho, em que pude caracterizar essas vulnerabilidades como socioeconômicas e sanitárias, determinadas por fatores relacionados ao processo histórico de contato, contágio e colonização, a conflitos e dinâmicas territoriais e às iniquidades previamente instaladas no acesso à saúde.

A vulnerabilidade em saúde do povo guarani M'bya frente à covid-19 não é determinada por característica específica desse povo, mas pela negação dos seus direitos perpetuada atualmente pelo governo brasileiro. Não foi possível detalhar as vulnerabilidades em saúde específicas de cada aldeia. Atingir esse resultado envolveria a necessidade de obtenção de dados mais diversos e consistentes, além de uma maior complexidade metodológica. Uma nova pergunta de partida – “quais as vulnerabilidades em saúde das aldeias da área de abrangência do polo base de Florianópolis e quais seus determinantes?” – pode apontar para esse resultado mais específico, relativo a cada uma das aldeias e configura um recurso oportuno no sentido do aprimoramento e do planejamento de políticas públicas em saúde orientadas, então, para cada uma das aldeias.

Quanto ao objetivo de realizar uma análise situacional da saúde e uma análise epidemiológica descritiva das aldeias guarani M'bya durante a pandemia, considero que foi alcançado de forma incompleta, pois faltaram, ou tiveram descrição relativamente superficial ou inconsistente, alguns elementos que devem constituir essas análises. Não foi possível realizar uma análise epidemiológica satisfatória, mas sim uma descrição de eventos relacionados à covid-19 observados no território junto a alguns dados epidemiológicos disponíveis.

Por outro lado, a inacessibilidade aos dados que deveriam ser públicos se tornou – em acordo com o aspecto “mutante” desta pesquisa, definido no referencial metodológico por meio dos conceitos de *objetificação* e de *pesquisa criativa* – objeto de pesquisa e foi apresentado como resultado e análise.

Para contornar a incompletude desse objetivo e considerando que a falta de acesso aos dados epidemiológicos impede o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde, tornam-se necessárias, então, novas perguntas de partida para pesquisa no campo do planejamento territorial e no campo das políticas de saúde indígena: (i) quais estratégias o movimento indígena pode adotar para garantir o acesso aos dados epidemiológicos que possibilitam a avaliação e o planejamento das políticas públicas de saúde nos territórios?

O acesso a esses dados é um direito fundamental para o planejamento das ações em saúde. Essa é uma situação gravíssima que precisa ser denunciada. Os monitoramentos comunitários são legítimos e importantes, devem continuar e devemos dar apoio a eles no sentido da autonomia para o controle social, mas precisamos exigir o direito dos povos indígenas ao acesso a seus dados oficiais.

Já quanto ao terceiro objetivo específico, de levantar as reivindicações do movimento indígena e as medidas governamentais tomadas frente à pandemia, este trabalho demonstra que a maioria das reivindicações e recomendações realizadas pelo movimento indígena não foram atendidas e a pandemia avançou sobre os povos indígenas. Trata-se de uma opção política a execução de uma estratégia institucional de propagação do coronavírus: a maioria das mortes em decorrência da covid-19 no Brasil poderiam ter sido evitadas por estratégias de contenção, o que é uma violação inadmissível do direito constitucional à vida e do direito à saúde.

Por fim, ainda em relação aos resultados alcançados, observo com entusiasmo a na seção que aborda o *guata* e a pandemia e discussão que se inicia ali. Com essa discussão inicial e buscando a elaboração e a efetivação de um modelo de atenção diferenciada à saúde indígena, levanto aqui questões de partida para pesquisas futuras: (i) como elaborar políticas públicas de saúde tendo em vista a estreita relação dos aspectos do *guata* guarani com a saúde desse povo?; e (ii) quais podem ser os indicadores de saúde na perspectiva da territorialidade do povo guarani M'bya? (ou melhor, como criar um instrumento de indicadores de saúde a partir dos aspectos da territorialidade guarani M'bya?)

O conceito do *guata* guarani, a caminhada dos guarani nesta terra, por meio da qual se realizam as prescrições do “bem-viver” em busca da “terra sem males”, é um aspecto estrutural desse povo, um conjunto de práticas sustentada pela sua cosmovisão que determina a ocupação e a relação com o território. Ou seja, é um aspecto da territorialidade dos guarani que condiciona o “modo de ser guarani” (nhandereko) e, portanto, sua saúde.

O *guata* é um aspecto da territorialidade guarani que configura – se levarmos a discussão nos termos do campo da saúde pública – uma verdadeira estratégia de promoção de saúde. Uma estratégia de promoção de saúde específica desse e para esse povo. Melhor ainda, a saúde nesse sentido, abordada a partir desse aspecto, recebe um contorno conceitual mais complexo e adequado para fundamentar e aprimorar o modelo de atenção à saúde (política pública) que possa enfrentar efetivamente os desafios da problemática da saúde indígena.

A abordagem em saúde orientada a partir da territorialidade, a partir do aspecto central do *guata* na territorialidade do povo guarani M'bya, leva à elaboração de práticas de saúde que não visam apenas ao tratamento de doenças, mas que partem de uma noção positiva de saúde. Como discutem Lefevre e Lefevre na obra *Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética*, a saúde deve ser entendida não de forma simplesmente negativa, como a ausência de doenças (ou a realização de seus tratamentos)<sup>52</sup>, mas a partir de uma forma positiva, como o enfrentamento dos

---

<sup>52</sup>Segundo Lefevre e Lefevre, esse conceito de saúde negativo é tomado de forma hegemônica por um sistema de produção da saúde que tem como objeto o doente-consumidor e reproduz de forma

determinantes e condicionantes de saúde – que no caso da saúde indígena são intimamente relacionados ao território e à territorialidade dos povos indígenas.

O *guata*, então, a partir da análise deste estudo, aparece como conceito norteador potencial na avaliação e na elaboração de políticas em saúde específicas para os guarani M'bya. As formas metodológicas a partir das quais esse conceito pode estruturar a avaliação e a elaboração de políticas em saúde nos territórios guarani são uma problemática pertinente e que podem ser investigadas por estudos futuros.

A partir do papel político que a ciência deve assumir – mais ainda na conjuntura atual e especialmente em pesquisas realizadas no âmbito de instituições públicas – cumpre denunciar aqui, com o devido perdão sobre o caráter repetitivo dessa denúncia ao longo do trabalho, que o ataque aos direitos do povo guarani, perpetrado há séculos, está sendo intensificado por meio da atual política governamental genocida. Essa política claramente perpetua e agrava a vulnerabilidade em saúde dos povos indígenas no Brasil e especificamente do povo guarani M'bya.

Direito nunca foi algo dado a nenhum grupo social, muito menos aos povos indígenas. Vale, então, olharmos ao conjunto rico de aprendizados, tecnologias e formas de organização dos povos indígenas, para praticarmos resistência à necropolítica, a essa visão de mundo que não respeita e que tem medo da diversidade. Lembro aqui – com graça e admiração – de uma entrevista com o filósofo e ambientalista indígena Aílton Krenak, em que ele, quando perguntaram se estava preocupado com a eleição de um presidente declaradamente contrário à demarcação de terras indígenas, fazia declarações racistas e até sinalizava a autorização de projetos de mineração em terras indígenas, respondeu algo como: “olha, a gente já tá resistindo há mais de 500 anos, eu estou é preocupado se vocês brancos vão resistir ao governo Bolsonaro e ao fim desse mundo”.

Vale a pena a gente articular e dar visibilidade e agência aos povos indígenas.

Vale sempre afirmar o valor intrínseco das vidas, de todas as vidas.

---

permanente os bens e serviços de saúde que atendem esse doente-consumidor. A perspectiva contra-hegemônica trazida por um conceito de saúde como “negação da negação, ou seja, positivo, considera a promoção de saúde o enfrentamento das causas básicas e estruturais das doenças e do adoecer.

## REFERÊNCIAS NORMATIVAS

ABRASCO; FIOCRUZ. **Nota técnica em resposta à intimação nº 2636/2020: manifestação enviada ao Supremo Tribunal Federal do grupo de consultores do GT de saúde coletiva e Fundação Oswaldo Cruz referente a medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 709.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/08/Resposta-intimacao-Fiocruz-Abrasco-Final-17-08-c2-2.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

APIB. **Documento final:** acampamento Terra Livre 2020. Brasília, DF: APIB, 2020a.

APIB. **Memorial do argente ADPF N° 709-MC-Ref.** Brasília, DF: APIB, 2020b. Disponível em: <http://apib.info/files/2020/07/Memorial-da-APIB-ADPF-709-.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

APIB. **Nota:** mobilização nacional indígena exige medidas urgentes em defesa da saúde e da vida dos povos originários do Brasil. Brasília, DF: APIB, 2020c. Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/04/nota-mobilizacao-nacional-indigena-exige-medidas-urgentes-em-defesa-da-saude-e-da-vida-dos-povos-originarios-do-brasil/>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BOLSONARO sanciona com vetos lei para proteger indígenas durante pandemia.

**Agência Senado**, Brasília, 8 jul. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/07/08/bolsonaro-sanciona-com-vetos-lei-para-proteger-indigenas-durante-pandemia>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constiticao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constiticao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 17 abr. 2021.

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

BRASIL. **Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Casa Civil, 1999.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Casa

Civil, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm). Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020.** Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da covid-19 nos territórios indígenas [...]. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2020a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/32440002/publicacao/32440835>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico da SESAI.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavírus/mapaEp.php>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico 10:** situação epidemiológica da covid-19: doença pelo coronavírus 2019. Brasília: Centro de Operações de Emergência em Saúde, 2020b. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/17/2020-04-16---BE10---Boletim-do-COE-21h.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNS. **Coletânea de norma para o controle social no Sistema Único de Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19: 17 de abril de 2020: versão 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/Diretrizes-Covid19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico 01/2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Publica%C3%A7%C3%A3o%20em%20PDF/Secretaria%20Especial%20de%20Sa%C3%A3o%20Ind%C3%ADgena%20-%20Informe%20T%C3%A3o%20cnico%2001.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico 05/2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JUtx7pXb3hEvIB4TycLCWb-B7ZDu39tD>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico 1/2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Publica%C3%A7%C3%A3o%20em%20PDF/Secretaria%20Especial%20de%20Sa%C3%A3o%20Ind%C3%ADgena%20-%20Informe%20T%C3%A3o%20cnico%2001.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico 4/2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020g. Disponível em: <https://www.prg.unicamp.br/wp->

content/uploads/2020/04/26\_Informe-t%C3%A9cnico-n.4-SESAI-Coronav%C3%ADrus.pdf. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 2/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS de 28 de janeiro de 2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 6/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020i. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/1570/1/Martins%2C%20Andr%C3%A9%20Luiz%20-%202020%20-%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2062020-COGASIDASISESAIMS.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 8/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020j. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/nota-informativa-ACE-Covid-19-27mar20.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil epidemiológico da população brasileira.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência local para infecção pelo novo coronavírus (Covid-19).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020L. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus (covid-19) em povos indígenas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020m. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 32 de 23 de maio de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Plano distrital de saúde indígena 2012-2015.** Governador Valadares: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidades da Atenção Primária Indígena (UAPI) da COVID-19:** versão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020n.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNAI. **Portaria conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018.** Brasília: Diário Oficial da União, 2018. Disponível em: [http://portal.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/57220459](http://portal.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/57220459). Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Recomendação nº 11/2020-MPF**. Brasília: MPF, 2020o. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/RecomendacaoSaudelIndigenaCOVID19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. SESAI/MS, 2020. Nota informativa Nº 2/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS de 28 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/to/sala-de-imprensa/docs/Recomendao1.pdf>

BRASIL. Superior Tribunal Federal. **Plenário referendo na medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 709 Distrito Federal**. Brasília, DF: Superior Tribunal Federal, 2020p. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/autenticarDocumento.asp>. Acesso em: 17 abr. 2021. (Acesso sob o código DA7F-B29B-88E1-E274 e senha BDF9-43DF-2A82-F558).

CGY. **Nota da Comissão Guarani Yvyrupa sobre o novo Corona Vírus – COVID-19 – suspensão temporária das ações**. [S. I.]: CGY, [2020]. Disponível em: <http://www.yvyrupa.org.br/nota-da-comissao-guarani-yvyrupa-sobre-o-novo-corona-virus-covid-19-suspensao-temporaria-das-acoes/>. Acesso em: 17 abr. 2021.

CGY. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) nº 709**. São Paulo: CGY, 2020a.

CGY. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) nº 709**. São Paulo: CGY, 2020b.

CIMI. Nota de repúdio à portaria da Funai que possibilita contato com povos indígenas isolados. 20 de março de 2020. Brasília: CIMI, 2020. Disponível em: <https://cimi.org.br/2020/03/nota-repudio-portaria-funai-possibilita-contato-povos-indigenas-isolados>. Acesso em: 17 abr. 2021.

CNDH. Resolução nº 13, de 15 de abril de 2020. Disponível em: Brasília: CNDH, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/SEI\\_MDH1158329Resolucao.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/SEI_MDH1158329Resolucao.pdf). Acesso em: 17 abr. 2021.

COIAB. **Informativo COIAB**: Covid-19 e povos indígenas na amazônia brasileira. [S. I.]: COIAB, 2020. Disponível em: <https://coiab.org.br/conteudo/1589305472205x204329225459859460>. Acesso em: 22 jul. 2020.

COVID-19: Funai acata recomendação do MPF para garantir proteção a indígenas isolados. Portal do MPF, Brasília, 23 mar. 2020. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/covid-19-funai-acata-recomendacao-do-mpf-para-garantir-protecao-a-indigenas-isolados>. Acesso em: 17 abr. 2021.

DSEI ISUL, 2020. “Perfil Epidemiológico de Síndrome Gripal e infecções respiratórias do Polo Base Florianópolis” p.27 do Plano de Contingência Local Para Infecção pelo

Novo Coronavírus (Covid-19) nas Aldeias de Abrangência do Polo Base de Florianópolis Etnia Guarani.

**FIOCRUZ. Interiorização do Covid-19 e as redes de atendimento em saúde:** Nota técnica 02 de maio de 2020. [S. I.]: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/monitoracovid\\_notatecnica\\_04\\_05\\_20.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/monitoracovid_notatecnica_04_05_20.pdf). Acesso em: 22 jul. 2020.

**FUNAI.** Portaria nº 419 de 17 de março de 2020. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-419-de-17-de-marco-de-2020-248805811>. Acesso em: 17 abr. 2021.

**FUNASA. Vigilância em saúde indígena:** síntese dos Indicadores 2010. 2. ed. Brasília, DF: FUNASA, 2002.

**IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2019:** breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb\\_2019.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2019.pdf). Acesso em: 17 abr. 2021.

SESAI/MS, 2020. Nota Informativa n. 02/2020 SESAI/MS - Recomendações às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e equipes das CASAI dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (25000.011608/2020-42)

SESAI/MS, 2020. Nota informativa nº12/2020-ISUL/DIASI/ISUL/DSEI/SESAI/MS. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-lanca-medidas-para-prevenir-coronavirus-em-povos-indigenas>>

ZIGONI, C. Nota técnica: orçamento público voltado para as comunidades quilombolas no contexto da pandemia Covid-19. Brasília: INESC, 2020. Disponível em: [https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/09/NT\\_Orcamento-Quilombolas\\_SET2020.pdf](https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/09/NT_Orcamento-Quilombolas_SET2020.pdf)?x13944. Acesso em: 17 abr. 2021.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, H.; COLI, L. R. Disputas territoriais e disputas cartográficas. *In:* ACSELRAD, H. (org.). **Cartografias sociais e território.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008.

ALMEIDA, A. W. B. de. Nova cartografia social: territorialidades específicas e politização da consciência das fronteiras. *In:* ALMEIDA, A. W. B. de; FARIA JÚNIOR,

E. de A. (org.). **Povos e comunidades tradicionais**: nova cartografia social. Manaus: UEA Edições, 2013.

ALVES, P. C. B; SOUZA, I. M. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In:* RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

ANTUNES, D. L.; SOUZA, R. M. de. Tempo, território e conflitos territoriais: práticas tradicionais e desterritorialização de cipozeiros. *In:* SOUZA, R. M. de (org.). **Identidade coletiva e conflitos territoriais no sul do Brasil**. Manaus: UEA Edições, 2014.

ARAUJO, Z. *et al.* The effect of Bacille Calmette-Guérin vaccine on tuberculin reactivity in indigenous children from communities with high prevalence of tuberculosis. **Vaccine**, [s. l.], v. 26, n. 44, out. 2008.

ATOJI, M. Apenas 39% das verbas federais para combate à pandemia entre povos indígenas foram de fato executadas. **Transparência Brasil**, São Paulo, 22 jun. 2020. Disponível em: <https://www.transparencia.org.br/blog/apenas-39-das-verbas-federais-para-combate-a-pandemia-entre-povos-indigenas-foram-de-fato-executadas/>. Acesso em: 17 abr. 2021.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am. J. Public. Health**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 1001-1006, 2006.

AYRES, J. R. C. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. **Bol. Epidemiol.**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.

AZEVEDO, A. *et al.* Análise de vulnerabilidade demográfica e infraestrutural das terras indígenas à COVID-19: caderno de insumos. [S. l.]: [S. n], [2020]. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/Caderno-Demografia-Indigena-e-COVID19.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2019**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde no Brasil**. Apresentação. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde; 10 Mai 2005.

CAMPOS, M. B. *et al.* Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, 2017. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000506001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000506001). Acesso em: 16 abr. 2021.

CARDOSO, A. M. *et al.* Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of Influenza A(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. **Plos One**, [s. l.], 8 jul. 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0218925>. Acesso em: 16 abr. 2021.

CARDOSO, A. M. *et al.* Mortalidade indígena guarani no Sul e Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, sup. 2, p. s222-s236, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2011001400010&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2011001400010&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt). Acesso em: 16 abr. 2021.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.4, p. 860-866, abr. 2014.

CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da. C; CORRÊA, R. L. (org.). **Geografia**: conceitos e temas. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

CEPEDISA. **Boletim nº 10**: Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil. São Paulo: CAPEDISA, 2021.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS R. V. Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais. In: GOLDBAUM, M. (org.). **Perfil epidemiológico da população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro Nacional de Epidemiologia, 2001.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A; SANTOS, R. V. Perfil Epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações Gerais. In: GOLDBAUM, M. (org.). **Perfil epidemiológico da população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia; 2001. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

COIMBRA JÚNIOR; C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>. Acesso em: 16 abr. 2021.

COIMBRA JÚNIOR; C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.). **Epidemiología e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Abrasco, 2003.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. **Socio-demographic vulnerability: old and new risks for communities, households and individuals**: summary and conclusions. Brasília: CEPAL, 2002.

CONFALONIERI, U. E.C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n. 4. 1989.

DEMO, P. Demarcação científica. In: DEMO, P. **Metodologia científica nas ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1981. P.13-28.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000800009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800009). Acesso em: 16 abr. 2021.

ESCOBAR, A. **Sentipensar con la tierra**: nuevas lecturas sobre desarrollo. Medellín: UNAULA, 2014.

FELLET J. Coronavírus pode dizimar povos indígenas, diz pesquisadora. **BBC News Brasil**, São Paulo, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52030530>. Acesso em: 31 maio 2020.

FELLET, J. Covid-19 ameaça aldeias yanomamis vizinhas a garimpo. **BBC News Brasil**, São Paulo, 2 jun. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52886924>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FELLET, J. Em meio à covid-19, garimpo avança e se aproxima de índios isolados em Roraima. **BBC News Brasil**, São Paulo, 8 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52225713>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FELLOWS, M. et al. **Não são números, são vidas!** A ameaça da COVID-19 aos povos indígenas da Amazônia brasileira. [S. l.]: IPAM: COIAB, 2020. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/nao-sao-numeros-sao-vidas-ameaca-da-covid-19-aos-povos-indigenas-da-amazonia>. Acesso em: 16 abr. 2021.

FIOCRUZ; FGV. **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas**: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica: 4º relatório, 18 abril 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40980/2/EspalhamentoCovidIndigenasRelat%c3%b3riosT%c3%a9cnicos.pdf> . Acesso em: 22 jul. 2020.

FRAZÃO, F. Indígena no Amazonas é primeiro caso de covid-19 em aldeias. **Estadão Conteúdo**, Brasília, 2 abr. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/04/02/indigena-no-amazonas-e-primeiro-caso-de-covid-19-em-aldeias.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. São Paulo: Cortez, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GARLET, I. J. **Mobilidade Mbyá**: história e significação. 1997. 246 f. Dissertação (Mestrado em História Iberoamericana) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

HAESBAERT, R. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. *In:* CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011. p. 165-206.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **COVID e os povos indígenas**: plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (covid-19) no Brasil. 2020. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>. Acesso em: 17 abr. 2021.

LADEIRA, M. I. M. Aldeias livres Guarani do litoral de São Paulo e da periferia da capital. *In:* MONTEIRO, J. M. *et al.* (org.). **Índios no estado de São Paulo**: resistência e transfiguração. São Paulo: Yankatu: CPI, 1984. p. 123-44.

LADEIRA, M. I. M. **Espaço geográfico Guarani-Mbya**: significado, constituição e uso. São Paulo: EDUSP, 2008.

LADEIRA, M. I. M. **O caminhar sob a luz**: o território mbya à beira do oceano. São Paulo: UNESP; 2007.

LADEIRA, M. I. M.; DARELLA, M. D.; FERRAREZ, J. A. **Relatório sobre as áreas e comunidades Guarani afetadas pelas obras de duplicação da BR 101 no estado de Santa Catarina, trecho Garuva**. Palhoça: [s. n.], 1996. Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:guarani\\_Mbya](https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:guarani_Mbya). Acesso em: 17 abr. 2021.

LAGO, P. F. **Geografia de Santa Catarina**: instrução programada. Florianópolis: FTD, 1971.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEHMAN, T. J. A. *et al.* Indigenous peoples' health—why are they behind everyone, everywhere? **The Lancet**, [s. l.], v. 366, n. 9479, jul. 2005. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)66801-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66801-8/fulltext). Acesso em: 17 abr. 2021

MADEIRA, S. P. Perfil demográfico e algumas medidas de fecundidade dos povos guarani no sul e sudeste do Brasil. *In:* ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambu. **Anais** [...]. Caxambu: ABEP, 2010.

MARANHÃO, R. A. Os cientistas sociais no combate ao coronavírus e contra a necropolítica: primeiras batalhas. **Boletim de Conjuntura(BOCA)**, [s. I.], v. 2, n. 5, p. 1-14, 2020.

MARINHO, G. L. *et al.* Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 57-63, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100057&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100057&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 abr. 2021.

MELIÀ, B. **Elogio de la lengua guaraní**: contextos para una educación bilingüe en el Paraguay. Assunção: Centro de Estudios Paraguayos Antonio Guasch, 1995.

MELIÁ, B.; FARRÉ, L.; PÉREZ, A. **El guaraní a su alcance**: un método para aprender la lengua guaraní del Paraguay. Assunção: Centro de Estudios Paraguayos Antonio Guasch, 1992.

MENDONÇA, F.; ARAÚJO, W. M. de; FOGAÇA, T. K. A geografia da saúde no Brasil: estado da arte e alguns desafios. **Investig. Geogr. Chile**, [s. I.], v. 48, p. 41-52, 2014.

MENZIES , R.; MCINTYRE, P. Vaccine preventable diseases and vaccination policy for indigenous populations. **Epidemiologic Reviews**, Oxford, v. 28, n. 1, p. 71-80, 2006. Disponível em: <https://academic.oup.com/epirev/article/28/1/71/569750?searchresult=1>. Acesso em: 17 abr. 2021.

MENZIES, R. I. Vaccine preventable diseases and vaccination policy for indigenous populations. **Pediatr. Clin. North Am.**, [s. I.], v. 56, n. 6, p. 1263 -1283, p. 2009.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MONKEN, M. *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. E-book.

NASCIMENTO, M. *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.3595-3604, 2018.

NUTELS, N. Medical problems of newly contacted Indian groups. Biomedical challenges presented by the american indian. In: MEETING OF THE ADVISORY COMMITTEE ON MEDICAL RESEARCH, 7., 1968, Washington. **Proceedings** [...]. Washington, DC: PAHO, 1968.

OBSERVATÓRIO DOS DIREITOS HUMANOS DOS POVOS INDÍGENAS ISOLADOS E DE RECENTE CONTATO. **Informe OPI nº 02**: a ameaça do COVID-19 e o risco de genocídio dos povos indígenas isolados e de recente contato. [S. I.]: Povos Isolados, 2020. Disponível em: <https://povosisolados.com/2020/05/14/informe-opi-n-2-a-ameaca-do-covid-19-e-o-risco-de-genocidio-dos-piirc/>. Acesso em: 17 abr. 2021.

- PAGLIARO, H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabí do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. **Cadernos da Saúde Pública**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 579-590, 2010.
- PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, sup. 1, p.1087-1101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>. Acesso em: 17 abr. 2021.
- PORTO-GONÇALVES, C. W. A ecologia política na América Latina: reapropriação social da natureza e reinvenção dos territórios. **INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 16-50, 2012.
- PORTO-GONÇALVES, C. W. De saberes e de territórios: diversidade e emancipação a partir da experiência Latino-Americano. **GEOgraphia**, [s. l.], v. 8, n. 16, p. 41-55, 2006.
- PRIZENDT, S. A estratégia indígena para enfrentar o vírus. **Outras Palavras**, [s. l.], 9 jul. 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/terraeantropoceno/a-estrategia-indigena-para-enfrentar-o-virus>. Acesso em: 17 abr. 2021.
- RACISMO e subnotificação de casos. *In: ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL* (APIB). [S. l.]: APIB, 2020. Disponível em: <http://apib.info/2020/04/18/alerta-apib-02-covid-19-e-povos-indigenas/>. Acesso em: 16 abr. 2021.
- RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**: A integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- RODRIGUES D. Curso de especialização em Saúde Indígena, UNIFESP. (2016)
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, J. Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales. Santiago del Chile: Cepal, 2000. (Serie Población y Desarrollo, n. 5).
- SACK, R. D. **Human territoriality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- SANTOS, M. **Metamorfose do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Editora Record, 2000.
- SANTOS, R. V. *et al.* Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census. **SSM - Population Health**, [s. l.], v. 10, 2020. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352827319303180?token=5A1CDCEE51645706F421E39D9CC3A00976FF5D89AFED87A5FC800B0CE2FABE2B1AE33863685ECDF86256A384A3C59CCB>. Acesso em: 17 abr. 2021

SHIRASHI NETO, J. **Direitos dos povos e comunidades tradicionais do Brasil: declarações, convenções internacionais e dispositivos jurídicos definidores de uma política nacional.** Manaus: UEA, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Avaliação do Grupo de Interesse em Saúde Indígena da SBMFC sobre a situação da atenção aos povos indígenas frente a pandemia de COVID-19.** Rio de Janeiro: SBMFC, 2020. Disponível em <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Avaliacao-GIE-SBMFC-sobre-situac%CC%A7a%CC%83o-povos-indigenas-na-Covid-19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SOLAR, O; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Genebra: World Health Organization, 2010. (Discussion Paper Series on Social Determinant of Health, n. 2).

SOUZA FILHO *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000601012&script=sci\\_arttext&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000601012&script=sci_arttext&tlang=pt). Acesso em: 16 abr. 2021.

SOUZA, M. J. L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. *In:* CASTRO, I. E. *et al.* (org.). **Geografia: conceitos e tema.** São Paulo: Bertrand Brasil, 2005.

SOUZA, M. L. de. “Território” da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. *In:* SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. (org.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos.** São Paulo: Editora Expressão Popular, 2009, p. 57-72.

TESTA, M. O diagnóstico de saúde. *In:* RIVERA, F. J. U. (org.) **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

THIOLLENT, M. **A metodologia da pesquisa-ação.** 13. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

VERMELHO, L. L.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. *In:* MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu. p. 33-55, 2003.

VON HELD, A. A. Percepção de saúde na etnia guarani mbyá e a atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 11, 2011.

VON HELD, A. **Percepção de saúde na etnia guarani mbyá e a atenção à saúde.** Brasília: Universidade de Brasília, 2008.

WALSH C. Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des) de el insurgir, re-existir y re-vivir. **Revista (Entre Palabras)**, [s. l.], v. 3, 2009.

WERNECK, G. L. Georeferenced data in epidemiologic research. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1753-1766, 2008.



## **APÊNDICE: Roteiro semiestruturado de observação**

### **Geral**

1. Dados sobre a covid-19 no território: número de casos suspeitos, confirmados, descartados, curados e mortes.
2. Dados demográficos das populações indígenas do território por aldeia e/ou por município.
3. Perfil epidemiológico de doenças crônicas da população geral do território e de cada aldeia e perfil de morbimortalidade da população.

### **Territorialidade, saneamento e infraestrutura**

4. Situação da infraestrutura de saneamento no território como um todo e em cada aldeia.
5. Infraestrutura para realização dos atendimentos de saúde no território.
6. Personagens não indígenas no território (comerciantes, ONGs, etc...)
7. Deslocamentos de indígenas dentro do território: entre quais aldeias e para quais municípios, qual meio de transporte utilizado.
8. Veículos de comunicação utilizados no território.
9. Distância de cada aldeia às rodovias e aos centros urbanos mais próximos
10. Indígenas que trabalham no SASI-SUS em cada aldeia. (AIS, AISAN, motoristas, profissionais da EMSI)
11. Questões culturais e territoriais relevantes em relação ao enfrentamento de uma pandemia. Por exemplo: rituais funerários e estratégias ancestrais de enfrentamento de epidemias?

### **Relações institucionais**

12. Como foi elaborado o Plano de Contingência do DSEI para este Polo Base? Foi elaborado com consulta e/ou com participação da população? Como se deu essa consulta?
13. Foi realizada/implementada algum tipo de Barreira Sanitária no território durante a pandemia? Os pontos de entrada dos territórios indígenas estão de alguma forma monitorados, seja pelos indígenas ou por órgão competente (FUNAI)?
14. Quando voltam da cidade, os indígenas realizam quarentena? Há espaço físico dentro da aldeia ou outras estratégias locais para realização de quarentena? Quais protocolos ou recomendações frente à pandemia estão sendo seguidas por cada aldeia? Há consenso comunitário sobre esses protocolos e recomendações?
15. Os casos confirmados e os casos suspeitos de covid-19 estão sendo monitorados pelas EMSI? Se sim, estes dados de vigilância estão disponíveis? Há testagem (swab PCR ou Teste Rápido) disponível e sendo realizada no território? Se sim, qual o quantitativo desta disponibilidade?
16. Foi realizada alguma estratégia de educação em Saúde nos Territórios quanto ao enfrentamento da covid-19? Cartilhas traduzidas na língua, capacitação de AIS? (Comunicação de riscos e participação das comunidades.)

17. Há algum protocolo terapêutico (oficial ou não) sendo realizado nesses territórios para o tratamento da covid-19?
18. Como é a articulação do Polo Base do DSEI com os outros níveis de atenção da rede de referência dos municípios? Funciona?
19. Quanto à garantia da possibilidade de isolamento social, está sendo garantida a entrega da alimentação escolar das aldeias do território? Há ou houve alguma estratégia de segurança alimentar efetuada no território desde o início da pandemia?
20. Há Equipe de Resposta Rápida nos DSEI do território?
21. Que ações o distrito tem realizado no território? Os demais atendimentos de saúde, não relacionados à covid-19 foram reduzidos à priorização da nota técnica? Os atendimentos estão sendo realizados por Visita Domiciliar para evitar aglomerações? Os profissionais das EMSI possuem insumos e EPIs adequados?