



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOAO VICTOR FRANCO ASSIS MACHADO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALDEIA PLIPATÓL, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA INTERIOR SUL: AS POTENCIALIDADES ALÉM DA BARRAGEM NORTE

SÃO PAULO
2021

JOAO VICTOR FRANCO ASSIS MACHADO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALDEIA PLIPATÓL, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA INTERIOR SUL: AS POTENCIALIDADES ALÉM DA BARRAGEM NORTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena
da Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do título de Especialista em Saúde
Indígena

Orientação: MAURICI TADEU FERREIRA DOS SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

A Aldeia Plipatól, pertencente à Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ, compõe parte da porção catarinense do Distrito Sanitário Interior Sul. Numa região fria e coberta no passado por araucárias, a população busca se afirmar e não se desconectar de suas origens. Encrustrada em meio a terras colonizadas por italianos e alemães, estes indígenas, de maioria da etnia Xokleng, lutam há décadas para não desaparecerem. Caçados como animais a mando do governo estadual, catequizados e usados como moeda de troca para contato com outras etnias, os Xokleng viram sua cultura ancestral ser desmantelada e suprimida. Hoje, após anos de políticas paternalista, que usaram a biomedicina para afogar a medicina tradicional, os Xokleng mostram que podem se reinventar, se adaptar e se tornar cada vez mais fortes. O escrito a seguir se propõe a demonstrar as possibilidade e potencialidade da Aldeia Plipatól, muito além dos limites que a obra gigantesca da Barragem Norte trouxe a seus moradores. Uma análise dos problemas na condução histórica, social e cultural da cosmologia Xokleng pode nos indicar possíveis caminhos para a autonomia desta população.

Palavras-chave:

Território Sociocultural. Educação em Saúde. Práticas Integrativas e Complementares. Medicina Tradicional Indígena. Culturas das Populações Indígenas.

APRESENTAÇÃO

Foi na interiorana cidade de Jataí, no estado de Goiás que, aos dez dias do mês de abril de 1992, vim ao mundo e vivi a maior parte da minha infância e adolescência. Foi também na universidade federal da região (UFG à época, hoje UFJ) onde tive o primeiro contato com o universo acadêmico, durante o ano de 2010, em minha passagem pelo curso de direito. Experiência curta, porém imprescindível para o desenvolvimento de um “eu” mais crítico e combativo pela justiça social.

No ano seguinte, mudei-me para terras *hermanas* para cursar medicina. Na Argentina, aprendi um novo idioma, defrontei-me com e fortaleci a minha brasilidade, reconheci e abracei a minha latinidade, relativizei antigas crenças, absorvi infindáveis conhecimentos, muito além do contexto universitário. Me graduei em medicina pela Universidad de Morón, na província de Buenos Aires em 2016. Desde então, trabalhei na cidade *misionera* de Puerto Iguazú, na fronteira com o Brasil. Ali, morava do lado brasileiro, na cidade paranaense de Foz do Iguazu e trabalhava do lado argentino. Me dedicava à saúde pública, mas também trabalhava na rede privada. Nesta, prestava serviços em um centro de diálise e em uma clínica, através de planos de seguro, aos viajantes que visitavam o *Parque Nacional Iguazú*, onde estão as *Cataratas del Iguazú* e também à população *Guaraníe*. Em seguida, trabalhei na Patagônia argentina, região dos povos originários *Mapuche*, na cidade de Bariloche ("povo de trás da montanha", em mapuche). Nesta cidade, ao longo da orla do frio lago *Nahuel Huapi*, havia vários tótems entalhados em madeira, mostrando aos turistas de todo o mundo que os povos indígenas latino-americanos continuam a resistir firmemente.

Retornei ao meu país finalmente - depois de três tentativas frustradas - ao ingressar ao *Programa Mais Médicos para o Brasil*. Desde de abril de 2019, trabalho na Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ, entre os municípios de José Boiteux, Vitor Meireles, Doutor Pedrinho e Itaiópolis, em Santa Catarina.

Figura 1: Minha recepção no Polo Base de José Boiteux, 2019.



Fonte: Acervo pessoal.

A região tem sua economia baseada majoritariamente na produção têxtil, na extração madeireira e no cultivo do tabaco (o “fumo”). Os indígenas locais estão empregados em todas essas áreas e de pouco a pouco

logram resilientemente capacitar-se a nível acadêmico e ocupar cargos em espaços que outrora lhes eram relegados, a exemplo da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e outras instituições e empresas, não destinadas especificamente à população indígena.

Os Xogleg muito se mesclaram aos Kaingang, sendo difícil distingui-los atualmente. Existem hábitos curiosos – por vezes preocupantes – como a frequente ingestão de “água doce”, que nada mais é do que água e uma bela colherada de açúcar. Dito costume se atrela de maneira tangível ao contato com o não indígena e não é de se estranhar que haja favorecido a significativa prevalência de diabéticos observada na população. Um aspecto cultural interessante, mas já não tão frequente, é a criação dos primogênitos pelos avós, os “pais velhos”.

Entre os Guarani Mbyá, chama a atenção o hábito de fumar cachimbo, que somado à frequente presença de fornos à lenha dentro das casas, por conta do frio, aumenta a incidência de agravos respiratórios entre estes.

A junção de pequenos detalhes faz-me dia após dia ter a certeza de que vim ao lugar onde deveria estar e me estimula a procurar ser um melhor profissional, buscando contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento das equipes nas quais estou inserido, para que juntos possamos colocar em prática aquilo a que nos propusemos desde o princípio: promover uma saúde acessível, gratuita e de qualidade e prevenir – através da investigação epidemiológica ativa – o aparecimento de padecimentos evitáveis, por meio de uma relação simbiótica e pareada com a comunidade, em que todos possamos aportar diferentes conhecimentos.

Figura 2: Ação em saúde do idoso na Aldeia Pavão, 2019.

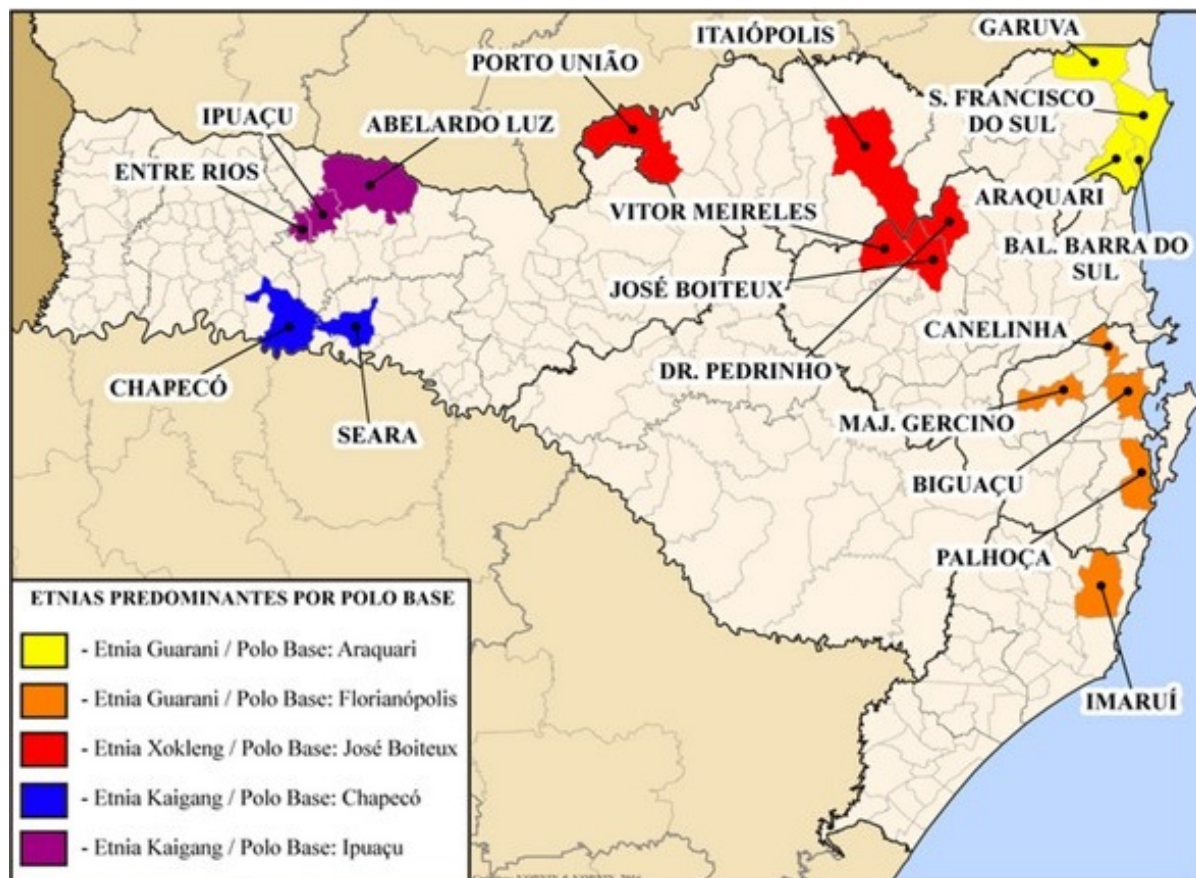


Fonte: Acervo pessoal.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O Distrito Sanitário Especial Interior Sul (DSEI-IS) abrange dois estados, Santa Catarina (figura 3) e Rio Grande do Sul (figura 4), sendo sua sede administrativa localizada no bairro de Barreiros, São José, cidade contígua à parte continental da capital Florianópolis. Presta cuidados à saúde de aproximadamente 33.642 indígenas, distribuídos em 199 aldeias e acampamentos, com destaque – sumamente numérico - para quatro etnias: Kaingang, Xokleng, Guarani Mbyá e Charrua.

Figura 3: Distribuição da população indígena em Santa Catarina



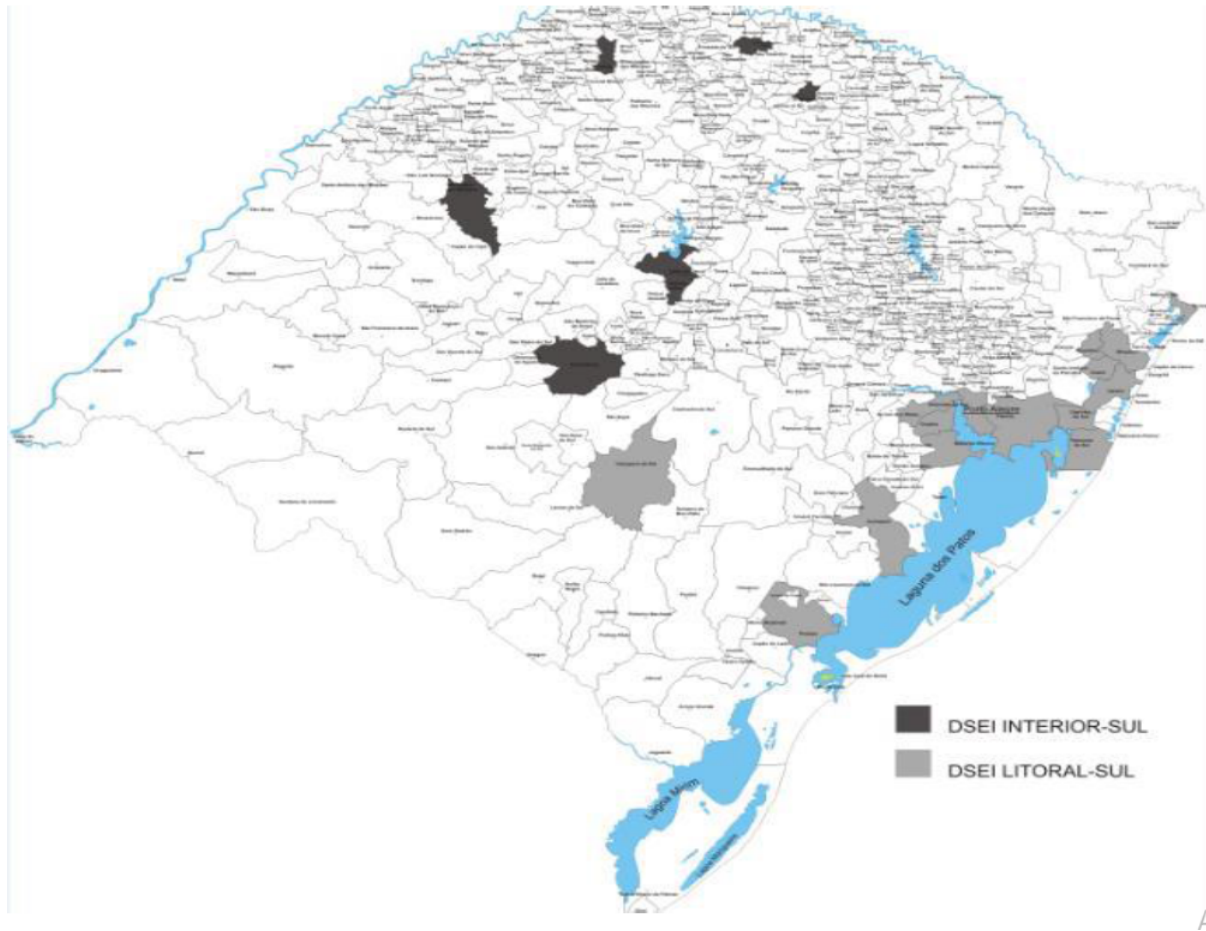
Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2016-2019 / DSEI-IS / SESAI / MS

Atualmente, existem 11 Polos Base (PBs) vinculados ao DSEI-IS. Cinco destes estão localizados em Santa Catarina e seis no Rio Grande do Sul. Os PBs de Florianópolis, Araquari, José Boiteux, Chapecó e Ipuacu correspondem à porção catarinense, enquanto os demais se encontram em território rio-grandense (figura 4), a numerar, os PBs de: Barra do Ribeiro, Porto Alegre, Osório, Viamão, Guarita e Passo Fundo. A abrangência de atuação dos PBs não se restringe aos municípios que lhes conferem nome e, muitas vezes, comportam as sedes administrativas.

O PB de Florianópolis, por exemplo, se estende por cinco municípios (Biguaçu, Canelinha, Major Gercino e Palhoça) e atende a cerca de 700 pessoas, compartilhando, na cidade de São José, o edifício de sua sede com a do próprio DSEI. O PB de Araquari abrange quatro municípios (Araquari, Balneário Barra do Sul, Garuva e São Francisco do Sul) e presta assistência a cerca de 400 cidadãos. Enquanto isso, o PB de José Boiteux – ao qual me encontro vinculado – atua sobre duas terras indígenas: a *Ibirama-Laklãnõ* (compreendida entre os municípios de José Boiteux, Vitor Meireles, Doutor Pedrinho e Itaiópolis) e a *Rio dos Pardos* (no município de Porto União, a mais de 400 km da cidade de José Boiteux). O PB de Chapecó está encrustado entre dois municípios, o que lhe confere nome e abriga em seu centro sua sede administrativa, além do município de Seara. Dentre os PBs de Santa Catarina, o de Ipuacu é o que se responsabiliza por um maior número populacional. São aproximadamente seis mil indígenas e está encravado entre os municípios de Abelardo Luz, Entre Rios e é claro, Ipuacu.

Segundo o censo demográfico realizado pelo IBGE, havia, só no estado do Rio Grande do Sul em 2010, cerca de 32.989 indígenas, presentes em 65 municípios. Destes, ao redor de 23.000 se encontravam aldeados e eram assistidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Porém, devido ao fato da caracterização territorial dos diferentes DSEIs levar em conta múltiplos fatores, como as distintas relações sociais existentes entre os diferentes povos indígenas, além de sua distribuição espacial tradicional (nem sempre condizente com os limites geográficos municipais e estaduais), os indígenas do estado gaúcho se encontram em parte vinculados à outro DSEI, o Litoral Sul (DSEI-LS).

Figura 4: Abrangência dos DSEIs Interior Sul e Litoral Sul no Rio Grande do Sul.



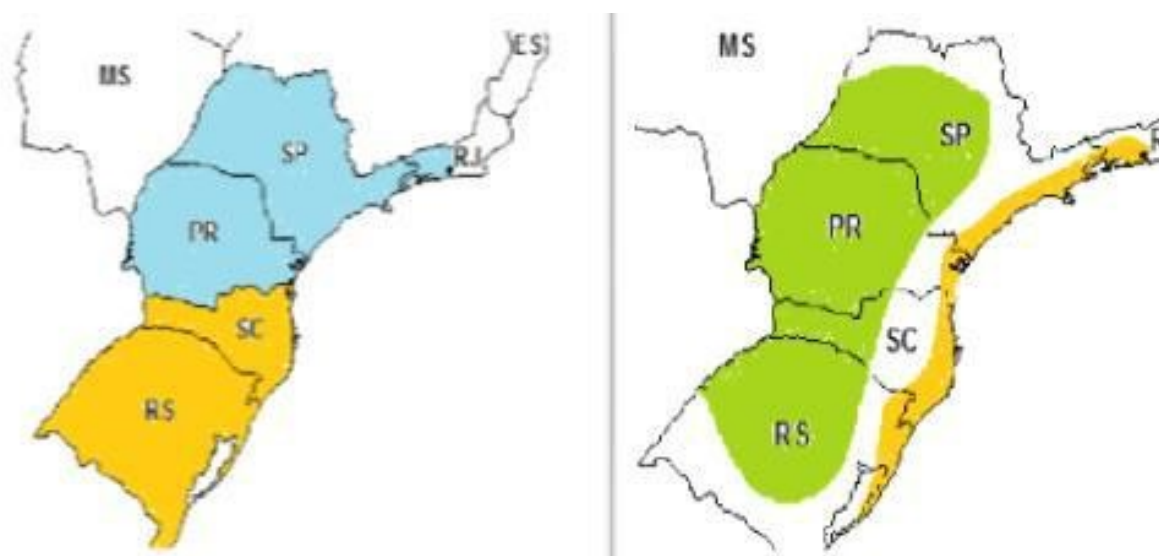
Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2015 / DSEI-IS / SESA / MS

CAPÍTULO 2 - ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DSEI

O Conselho Distrital Indígena, comumente referido simplesmente por sua sigla, CONDISI, é parte fundamental dos espaços existentes de controle social formal dentro do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI-IS), assim como os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI). O CONDISI tem sua composição atual integrada por 64 conselheiros, com formação paritária entre representantes dos usuários (50%), representantes dos trabalhadores (25%) e representantes dos gestores (25%). São 27 Conselhos Locais (CLSI), somando cerca de 200 conselheiros locais, distribuídos nos três estados da região sul, Rio de Janeiro e São Paulo.

Destaco aqui algo peculiar aos DSEIs do sul do país: há uma incongruência entre a gestão e a distribuição dos territórios definidos como Distrito Sanitário Especial Interior Sul (DSEI-IS) e Distrito Sanitário Especial Litoral Sul (DSEI-LS), tal como demonstrado na imagem abaixo (figura 5). A organização da gestão dos distritos indígenas do sul do país (à esquerda), leva em consideração os territórios das unidades federativas, ficando à cargo do DSEI-IS os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul e ao DSEI-LS cabe a gestão dos estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. Já o controle social, personificado na figura dos Conselhos Distritais, possui um território de abrangência mais correlativo ao próprio nome dos distritos, ou seja, o CONDISI-IS fica responsável por territórios mais continentais e o CONDISI-LS, mais litorâneos (à direita). Ao CONDISI, tal qual relatado por Ndili Jeremias Patté (personalidade de destaque no PB de José Boiteux e ex-conselheiro distrital) em entrevista informal, cabe a análise minuciosa dos gastos realizados, segundo o orçamento disponível, além de vistoria do bom uso dos recursos disponibilizados. Tais recursos devem ser aplicados segundo informações oficiais, alimentadas através do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Figura 5: Organização da gestão do DSEI-IS e DSEI-LS (esquerda) e organização do CONDISI-IS e CONDISI-LS (direita), 2019.



Fonte: CONDISI-IS, 2019.

A sede do DSEI-IS localiza-se em São José, Santa Catarina, região metropolitana de Florianópolis e, como já citado previamente, possui cinco Polos Base em Santa Catarina e seis no Rio Grande do Sul. O Serviço de Escritório Local (SEL-RS) desenvolve ações complementares às do DSEI-IS. Não há nenhuma Casa de Saúde do Índio (CASAI) própria do DSEI-IS, porém a CASAI de Curitiba (pertencente oficialmente ao DSEI-LS) é referência local, quando necessário. Além disso, o próprio distrito se encarrega de aportar recursos logísticos, incluindo financeiros, em caso dos pacientes serem referenciados para os níveis secundário ou terciário de atenção à saúde. Existem atualmente 61 Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSIs) nas aldeias, onde prestam serviços à saúde as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs), integradas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal, agentes indígenas de saúde (AISs) e de saneamento (AISANs). Alguns PBs possuem ademais os Núcleos Ampliados de Saúde Indígena, os NASIs, com categorias profissionais adicionais às das EMSIs.

Tabela 1: Número dos estabelecimentos de saúde indígena por subtipo no DSEI Interior Sul, 2019.

Item	Subtipo de estabelecimento	Quantidade
1	CASAI	0
2	UBSI Tipo I	34
3	UBSI Tipo II	13
4	UBSI Tipo III	14
5	Polo Base tipo I -Sede	1
6	Polo Base tipo II -Sede	10
7	Sede do DSEI	1
8	Escritório Local	1

Fonte: DSEI-IS, 2019.

Tabela 2: Quantitativo de profissionais por categoria no DSEI Interior Sul, 2019.

Item	Categoria Profissional	DSEI SEDE	CASAI	NASI/POLO BASE	EMSI	Nº de profissionais
1	Agente Indígena de Saneamento (AISAN)				142	142
2	Agente Indígena de Saúde (AIS)				236	236
3	Apoiador Técnico em Atenção à Saúde	5				5
4	Assessor Técnico Indígena					0
5	Assistente social	1		3		4
6	Auxiliar em saúde bucal				40	40
7	Biólogo	2				2
8	Cirurgião dentista	2			37	39
9	Enfermeiro	5		18	54	77
10	Engenheiro civil	2		2		4
11	Engenheiro sanitário	1				1
12	Farmacêutico	1		5		6
13	Fisioterapeuta			1		1
14	Geólogo			1		1
15	Médico				18	18
16	Nutricionista	1			6	7
17	Psicólogo	1			5	6
18	Químico	1				1
19	Técnico de enfermagem	5		21	146	172
20	Técnico de saneamento, Técnico de edificações, Técnico eletrotécnico	1		9		10

Fonte: SESAI-RH, 2019.

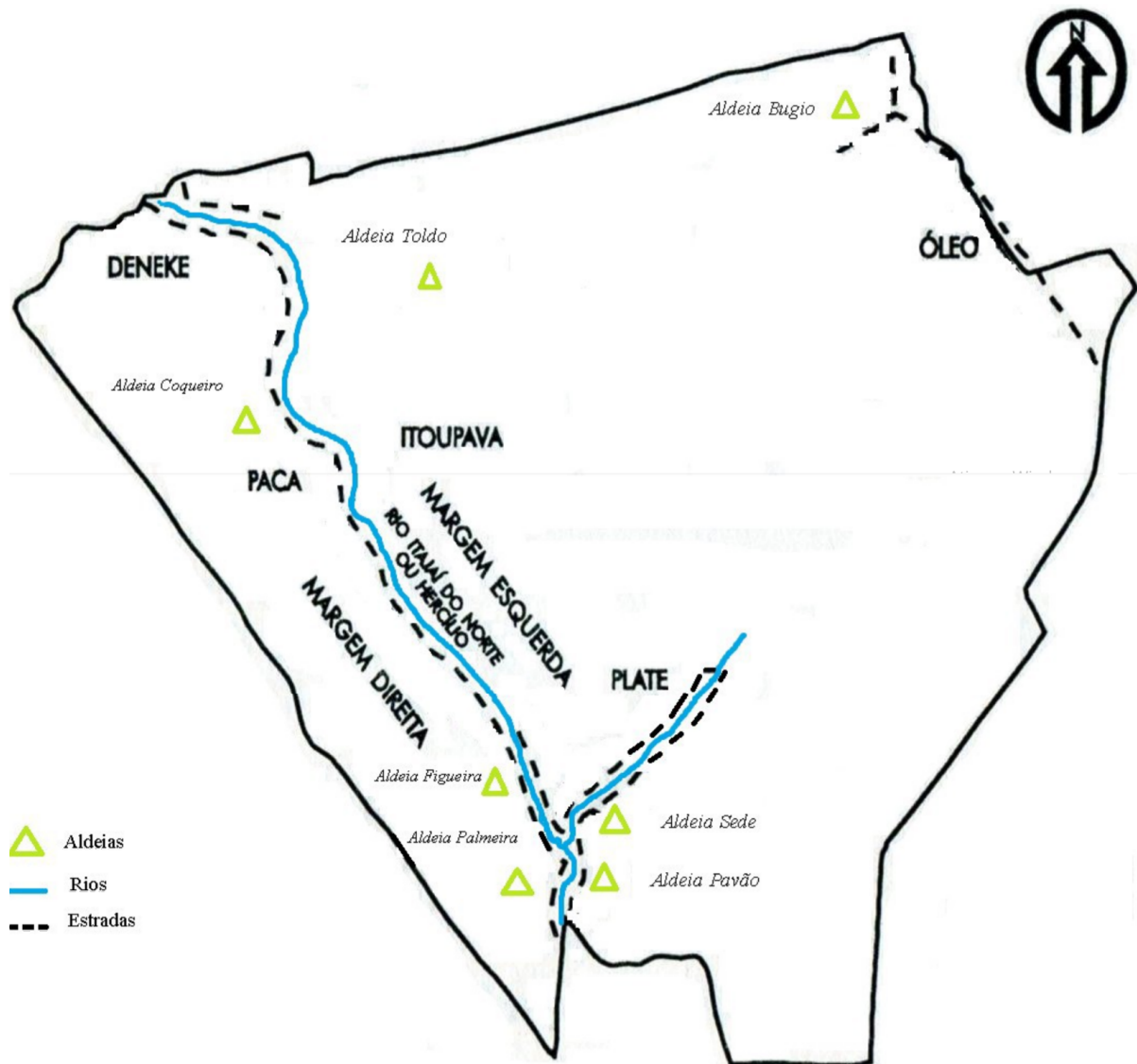
A articulação com as redes de atenção à saúde, para serviços de média e alta complexidade, respeita a um fluxo de serviços, que tem sua primeira instância de referência na atuação em campo dos AISs, considerados

o elo principal entre comunidade e EMSIs. A segunda referência são as UBSIs e suas respectivas EMSIs, que executam nestes ambientes suas ações, atendimentos e procedimentos. Caso a equipe julgue necessário, os pacientes são referenciados às redes municipais do SUS, onde recebem atendimento especializado médico, odontológico e de outros profissionais, a parte de realizam exames diagnósticos de imagem e laboratoriais. Para tanto, os casos são repassados para os Polos Base, que se conectam à rede municipal, realizando o agendamento e repassando as informações ao nível local, através dos membros das EMSIs, em especial, com o apoio dos AISs. Casos mais graves são referenciados aos hospitais locais, também pertencentes à rede do SUS. É de responsabilidade dos PBs o traslado dos pacientes, desde suas aldeias até os municípios onde serão atendidos ou realizarão exames complementares. Os PBs podem solicitar ao DSEI, caso necessário, apoio logístico e financeiro - para a hospedagem e alimentação dos pacientes - em outros municípios. Ao retornar às aldeias, cabe às EMSIs receber a contra-referência, visitando, quando pertinente, os pacientes e mantendo seus respectivos PBs à par dos casos.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Para este trabalho, o enfoque será a Aldeia Plipatól – localmente conhecida como Aldeia Barragem, por conter a Barragem Norte em seu território –, pertencente à Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ (TI-IL). O motivo pelo qual delimitei-me a abordar este território especificamente, se encontra no fato de que venho desde abril de 2019 trabalhando constantemente com os habitantes ali estabelecidos, por se tratar da aldeia mais populosa e também a que mais foi afetada pela instalação da Barragem Norte, no Rio Hercílio. A TI-IL localiza-se entre os municípios de José Boiteux, Vitor Meireles, Doutor Pedrinho e Itaiópolis, segundo descreve Wiik (2018) e 70% está contida nos limites dos municípios de José Boiteux e Doutor Pedrinho. A etnia Xokleng é a mais antiga habitante das terras próximas ao Rios Hercílio (previamente denominado Itajaí do Norte) e Plate, apesar de também existirem Kaingangs e Guaranis Mbyá nestas terras. A Aldeia Plipatól não consta na imagem a seguir, mas encontra-se ao sul da Aldeia Palmeira.

Figura 6: Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ



Fonte: NAMEM, 2016.

Como agente promotor de saúde – de bagagem carregada de academicismo e de uma abordagem biomédica, apesar da constante busca pela reavaliação e reconstrução pessoal e profissional – noto na sociedade Xokleng uma crescente de demandas em saúde típicas da sociedade não indígena, o que me instiga a pensar o território em outras dimensões. Creio que, dado o meu envolvimento com aquela população, terei condições de levantar dados culturais e epidemiológicos necessários à construção dos capítulos vindouros.

Apesar de a terra indígena contar com dez UBSIs, uma para cada aldeia, nove dessas atendem basicamente à população Xokleng, como é o caso da de nosso território recorte, a Aldeia Plipatól. Apenas a UBSI da Aldeia Takuaty (Bugio Guarani) se destina ao atendimento prioritário da população de Guaranis Mbyá.

Busco neste trabalho reunir fatores históricos e também levar em conta o contexto contemporâneo para tentar compreender um pouco mais sobre o que levou os Xokleng a serem quem e como são na atualidade. Buscando destrinchar - dentro dos limites de materiais de apoio disponíveis e da investigação em campo - alguns dos possíveis fatores que moldaram os integrantes desta etnia, tão ímpar e complexa.

CAPÍTULO 4 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Apesar de os indígenas que habitam a Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ provirem de três etnias originais, ao dialogar com a comunidade da TI-IL, o que se percebe é uma dissolução étnica e, à exceção da Aldeia Takuaty, não se pode facilmente determinar as etnias isoladamente. Houve um intenso processo de interação étnica, incluindo também, neste caldeirão, os brancos – descendentes de imigrantes italianos e alemães – e os negros – descendentes de africanos, outrora trazidos a força ao Brasil como mão de obra escrava – da região.

O que se observa é uma dificuldade de aceitação externa, pelos moradores das cidades circundantes, ainda nos dias de hoje. Há, arrisco em dizer, um certo *apartheid* social velado, em que a suposta boa relação entre colonos e indígenas se mantém desde que os últimos não extrapolem os limites territoriais e culturais impostos pelos primeiros. Devido ao fato de mais indígenas se identificarem como Xokleng, conforme relata a AIS do território recorte, Marlene loco Moconã Criri, darei neste trabalho maior enfoque para esta etnia.

Com uma história de contato entre os indígenas e não indígenas repleta de muito sangue derramado, os Xokleng são atualmente interpretados como “rebeldes” ou “brigões”. Mas não é de se estranhar, uma vez que, desde que contataram pela primeira vez com não indígenas, o que se viu foram reiterados processos de perdas nas mais amplas e variadas áreas possíveis. Perderam território, perderam integrantes para epidemias, para assassinatos cruéis e fome trazidos pelos não indígenas, perderam parte significativa de sua cultura ancestral, afogada e suprimida por novos hábitos, valores e ideais impostos (seja consciente ou inconscientemente) através das relações assimétricas de poder com os não indígenas.

A princípio do século XVIII, em 1728, deu-se início a um processo de construção de uma linha ferroviária que conectaria São Paulo ao Rio Grande do Sul. O trajeto elaborado estava habitado por índios Kaingang e Xokleng. Meio século mais tarde, em 1777, surge a cidade de Lages, em Santa Catarina, e com ela, fazendas com atividades de criação de gado, exploração e cultivo de erva-mate e exploração de madeira. Para tanto, os planaltos de araucária, até então fonte de alimento para esses povos nos meses frios do ano, foram devastados, pondo em risco sua sobrevivência e dando início ao histórico desentendimento com brancos, além de sujeitar os indígenas a disputas entre si devido à escassez gerada com os poucos pinheirais remanescentes.

No século seguinte, a imigração europeia, à princípio em direção ao Rio Grande do Sul, forçou o êxodo dos Xokleng em direção ao norte, gerando conflitos com povos Kaingang. As forças políticas na capital, Florianópolis, se divergiam das religiosas: de um lado, acreditava-se que os indígenas pudessem significar uma barreira para o desenvolvimento econômico regional e eram seres selvagens e sem alma, enquanto do outro, sob uma visão “humanista” dos frades capuchinhos, buscava-se catequizá-los. Em 1879, o governo provincial criou milícias armadas de “bugreiros” (caçadores de indígenas), sob o pretexto falacioso de colocá-los em um lugar seguro. Mas, ao invés do que era propagandeado, os bugreiros covardemente atacavam na surdina da noite, matando famílias inteiras, por vezes poupando algumas mulheres e crianças, que eram batizadas e adotadas posteriormente por famílias ditas religiosas, onde eram treinadas na intenção de atrair seus “parentes”.

Em 1911, a Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ foi criada e o povo Xokleng, até então nômade, forçado a um processo de sedentarização. Após três anos de sua criação, em 1914, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) tem o primeiro contato “pacífico” com os Xokleng da TI-IL. Eduardo de Lima e Silva Hoerhann, o “pacificador”, relata que os Xokleng continuavam a realizar incursões pelas florestas da região e também a ser, muitas vezes, atacados e mortos pelos bugreiros, patrocinados pelo próprio governo e também pelos colonos, até princípios da década de 1940.

O contato com o branco corroborou para que desaparecessem alguns rituais tradicionais, como a colocação do botoque (daí o termo *botocudos*) nos lábios inferiores dos meninos e a tatuagem na perna das meninas. Em sua fala no I Grande Encontro Laklãnõ-Xokleng da ASIE (Ação Saberes Indígenas na Escola) em agosto de 2015, Neli Ndili (*apud* DARELLA, 2018, p. 150) relata

Ela [a velha Angló] tinha aquela marca aqui nas pernas, aqui né [mostrando o joelho]. Aí eu perguntei para ela: “por que vó? O que fez aqui?”. Ela disse: “Isso aqui... Quando a gente se forma mulher... assim... moça, de idade... aí eles fazem festa – ela disse -: um Ágglan”. Aí disse que os rapazes também, quando eles têm idade que sabe caçar, sabe tirar mel, aí já tem idade para casar. Então esse aí, eles botam pintura neles para eles ter coragem e não ter medo, aí ali forma homem já. Para mostrar que ele é homem, aí que eles fazem festa para fazer ali *kynh kyn*... daí eles botam madeira que não apodrece, eles colocam ali.

A cremação dos mortos deu lugar à liturgia fúnebre cristã. Além disso, as igrejas neopentecostais suplantaram as tradições religiosas locais e hoje, infelizmente, o máximo que se vê, são cânticos cristãos sendo entoados em língua Xokleng.

Sendo branco, já deparei-me algumas vezes com frases racistas proferidas por colonos em relação aos indígenas. Comentários – sempre sob panos – de como “esses índios” são isso ou aquilo. Busco sempre lembrá-los do que seus antepassados fizeram aos deles, para que repensem e não reproduzam o mesmo preconceito que justificou e propulsionou inúmeras mortes no passado.

Atualmente, 428 pessoas habitam a Aldeia Plipatól (ou Barragem). Na TI-IL, como um todo, são 2199 indígenas, distribuídos em dez aldeias: Plipatól; Palmeira, com 410 pessoas; Figueira, com 224 pessoas; Coqueiro, com 327 pessoas; Toldo, com 63 pessoas; Kopleng (ou Terra Pelada), com 132 pessoas; Pavão, com 103 pessoas; Sede, com 182 pessoas; Bugio, com 284 pessoas e Takuaty (ou Bugio Guarani), com 46 pessoas. As duas primeiras concentram o maior número de famílias. Cada aldeia conta com sua própria Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), homônima, sob responsabilidade de um(a) agente indígena de saúde (AIS) e um(a) técnico(a) em enfermagem.

As escolas dentro na TI-IL buscam há alguns anos, através de um árduo trabalho desempenhado pelos educadores, ser centros de referência local em que se valorize e garanta a transmissão dos saberes e cultura ancestrais.

Há atualmente em funcionamento na TI-IL uma escola menor, a *Escola Indígena de Educação Fundamental Luzia Meiring Nunc-nfoonro*, na Aldeia Toldo, com aulas direcionadas às séries iniciais - primeiros anos do Ensino Fundamental - e outras duas escolas maiores, a *Escola Indígena de Educação Básica Laklãnõ*, em nosso território recorte e a *Escola Indígena de Educação Fundamental Vanhecú Patté*, na Aldeia Bugio, onde o ensino inclui a educação até o Ensino Médio (DARELLA, 2018, p. 15).

Cabe destacar que, anexa à EIEB Laklãnõ, existe a *Pré-Escola Jõ Tõ Aihú*. Há algum tempo outras escolas estavam em funcionamento nas Aldeias Figueira, Sede, Bugio – eram duas e hoje é apenas uma – e Coqueiro – em processo de reativação.

Existem algumas associações dentro da TI-IL, principalmente voltadas ao fortalecimento do artesanato, como o *Espaço Cultural Ag Mõ Jó U*, na Aldeia Bugio. Nesse mesmo local há uma faixa anunciando os passeios guiados da Trilha da Sapopema, em que os visitantes podem conhecer um pouco mais da cultura local e ter contato com algumas das diversas ervas medicinais disponíveis. Na Aldeia Figueira, sob os cuidados da AIS local, Wailui Marli Camlem, há também uma “casa da cultura” e na Aldeia Takuaty, pode-se encontrar famílias inteiras trabalhando com sementes e cipós a fim de produzir artesanato na porta de suas casas. Em conversas informais com a população, relatam que o artesanato anteriormente era produzido para realizar rituais, como forma de proteção e para subsistência, mas que hoje a produção tem como principal fim a comercialização. Os preços não são tabelados e são determinados por cada artesão.

A comunicação oral se dá tanto em português quanto na língua Xokleng. Hoje, a maioria da população é bilíngue, como relata Pablo Tchuvai da Rocha, funcionário do Polo Base de José Boiteux e habitante da TI-IL. A comunicação escrita se dá majoritariamente através de aplicativos de comunicação, uma vez que o sinal de rede de celulares não alcança a maioria das aldeias e está apenas disponível nas aldeias Plipatól, Kopleng e parte da Palmeira. Muitas aldeias possuem grupos em aplicativos de comunicação, como o *Whatsapp*, onde a população se mantém informada quanto aos eventos, transmite preocupações concernentes à comunidade e usa como forma de se divertir e entreter. O contato com outras redes sociais também é frequente e significativa parte da população possui contas no *Facebook* e no *Instagram*.

A caça, pesca e coleta de alimentos, como relata Pablo Tchuvai da Rocha, já foi muito importante para o “povo Xokleng, que era nômade, migrava constantemente em busca de alimentação para sua subsistência. Com a ‘pacificação’ em 1914, as pessoas começaram a plantar e a trocar especiarias com não indígenas às margens Rio Hercílio. Hoje, pouca gente planta, mas a subsistência ainda é baseada na agricultura”. Muitos dependem de trabalhos informais, como o da colheita sazonal de tabaco – ou “fumo”, como é conhecido a cultura na região – ou o corte e desbaste de madeira, algo que infelizmente também é bastante frequente. Formalmente, há muitos empregados nas confecções – ou facções – de roupas que há nas cidades vizinhas e mesmo dentro das aldeias; no frigorífico *Pamplona*, na cidade vizinha de Presidente Getúlio; na madeireira *Madeiras Bagattoli*, em José Boiteux; no fornecedor de pré-moldados *Pré-Fabricar Construções*, em Ibirama. Muitos deixam as aldeias em direção às

ciudades, buscando estudos a nível universitário ou empregos nas mais variadas áreas.

Desafortunadamente, as práticas tradicionais de atenção, autocuidado, prevenção e cura se tornaram cada vez mais escassas e hoje é difícil identificá-las à primeira vista. Devemos nos aprofundar e escutar bem, principalmente aos mais velhos, pois muitas vezes, de forma tímida e receosa, revelam um pouco dos segredos ancestrais de cura, como chás com raízes, brotos, folhas e flores e as “garrafadas” com diversos ingredientes naturais. No passado, como nos informa o colega Pablo Tchuvaí, os curandeiros cuidavam dessa parte, porém algumas coisas se perderam com o tempo. Na atualidade, há ainda algumas parteiras vivas, mas já não praticantes, como a ex-técnica de enfermagem Favey Morló, avó da atual técnica de enfermagem da Aldeia Plipatól, Ceila Morló. Além dela, a conhecida Vavanda é muitas vezes requisitada para fazer massagens em grávidas. Já não existem mais pajés, ou como eram chamados pelos Xokleng, os *kujá*, porém, o já falecido Kamlem é vivo ainda na memória coletiva e, segundo relatos, praticava rituais espirituais e de cura, mas com a inserção das igrejas neopentecostais, muito se dissolveu e se perdeu. Na terra indígena, se diz que o senhor Edú Priprá, falecido a princípios de 2020, também sabia realizar ditos rituais. Haverá levado consigo definitivamente toda essa bagagem de conhecimentos?

CAPÍTULO 5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Antes de apresentar qualquer dado referente ao território de escolha, a Aldeia Plipatól (Barragem), vale ressaltar a existência de um problema que ainda encontramos durante nossas atividades em campo, e quando buscamos aplicar o conceito de vigilância em saúde: a invisibilidade epidemiológica da Saúde indígena (RABELO, 2020).

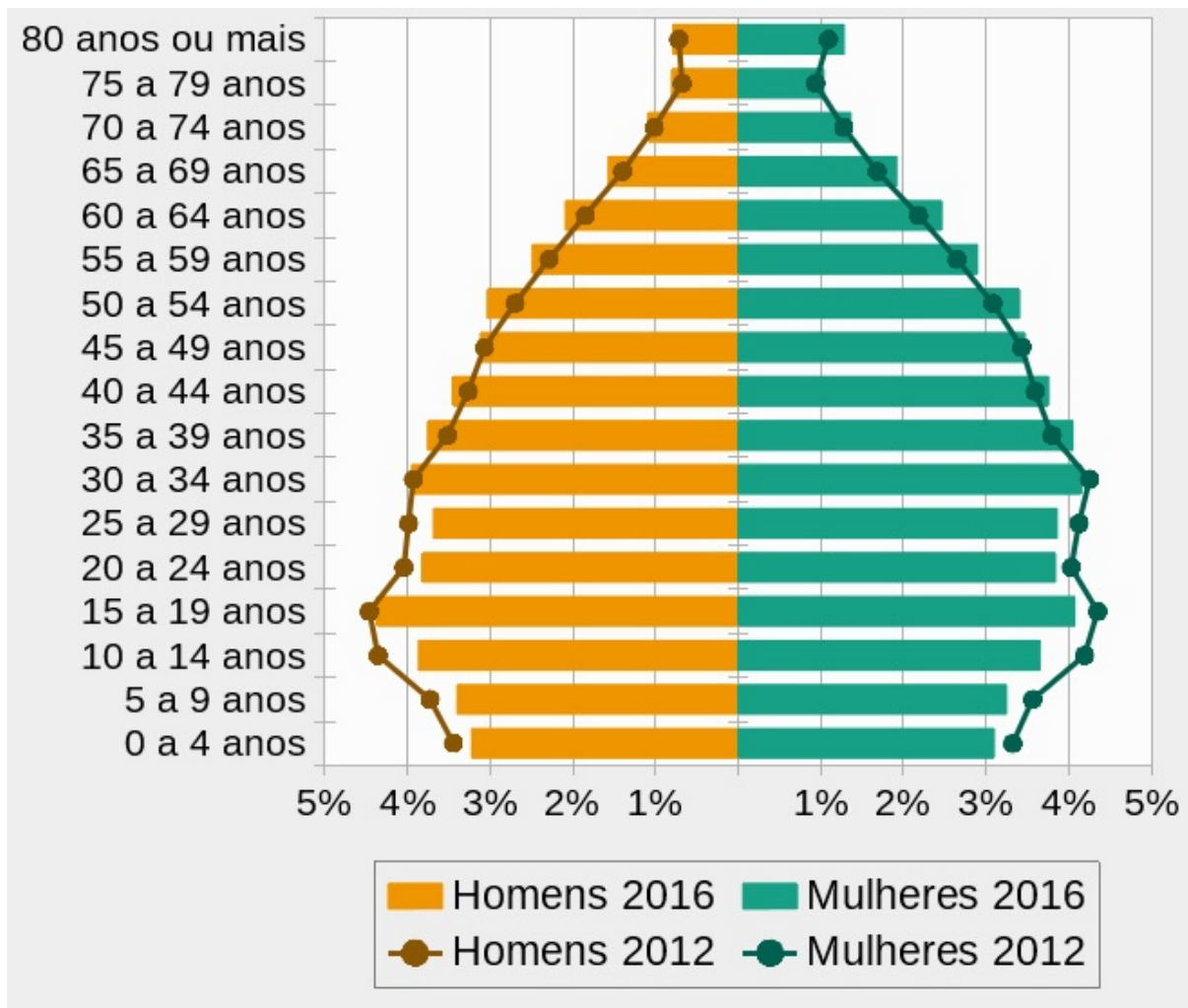
Tal problemática se deve ao fato do SIASI ser um sistema de informações ainda em construção e, no caso do Polo Base de José Boiteux, que abriga a aldeia em questão, soma-se a ausência de um SLIS, ou seja, um sistema local de informações de saúde. Há uma enorme dificuldade por parte dos profissionais que atuam no território supracitado em ter acesso aos dados epidemiológicos locais. Este fato se deve à carência de profissionais que se dediquem de maneira exclusiva ao monitoramento e a atualização de dados, de forma contínua. Fato que nos leva a suspeitar da inabilidade de gestão, incapaz de transformar dados em conhecimento e evitar o retrabalho. Além disso, muitas vezes, os dados enviados se fragmentam antes de que haja uma retroalimentação na forma de informações epidemiológicas aplicáveis à prática diária. Superadas as barreiras acima, há ainda que se considerar a existência de um outro fator complicador da análise das informações produzidas: a variação aleatória (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2017).

A variação aleatória ocorre quando os resultados dos indicadores se baseiam em números pequenos. Portanto, variações em números absolutos, mesmo que de pequena monta, podem se refletir em alterações significativas nos indicadores. É o caso dos índices de mortalidade infantil, por exemplo.

Não há o registro adequado da quantidade de pessoas de cada etnia vivendo dentro da aldeia. Porém, sabe-se que a enorme maioria se identifica como Xokleng, apesar do nítido processo de miscigenação racial e étnica observado (principalmente nesta aldeia). Nela, talvez mais do que nas demais localidades da TI-IL, a interação com não indígenas foi muito intensa, talvez por se tratar da aldeia mais próxima à cidade de José Boiteux, colonizada notadamente por imigrantes de origem alemã e italiana. Porém, há também pessoas com raízes Kaingang e Guarani Mbyá vivendo no território, declarando-se ou não como pertencentes a estas etnias.

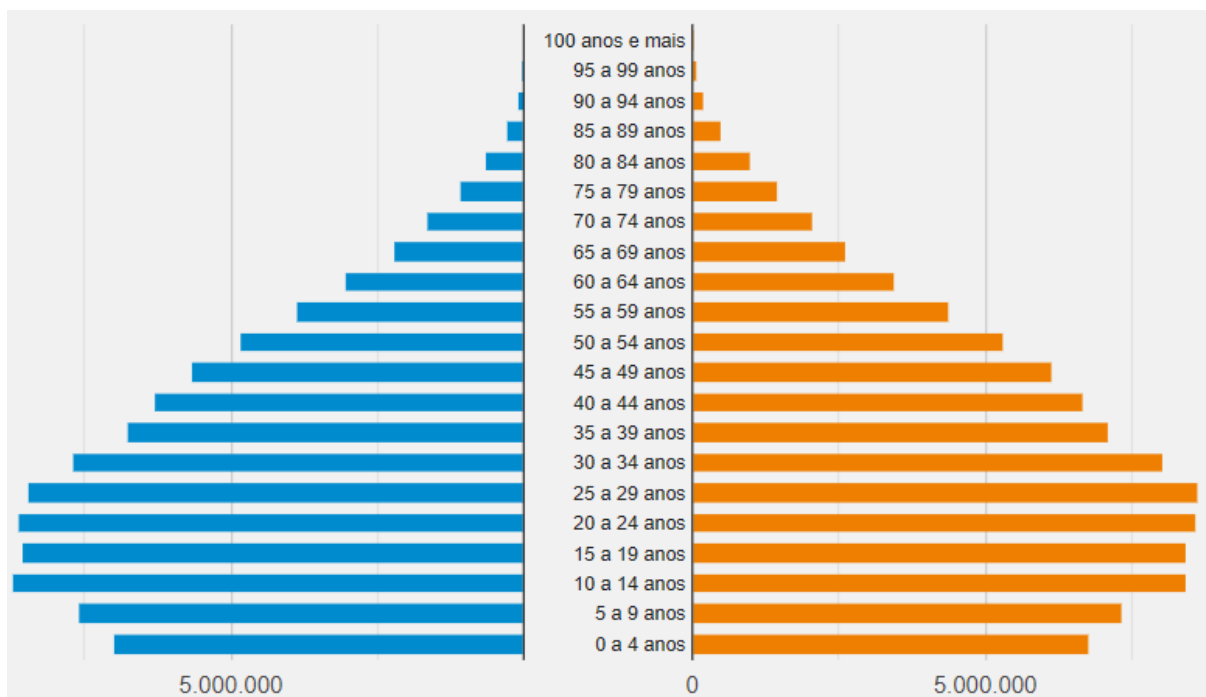
Apesar de tratar-se de um gráfico relativamente fácil de se confeccionar, a partir da pirâmide etária da população de um território, algumas informações valiosas podem ser extraídas. O envelhecimento populacional, por exemplo, pode ser observado de maneira concreta ao se comparar séries históricas de pirâmides etárias. No Brasil - assim como em outros países em desenvolvimento - há um progressivo estreitamento da base piramidal. Em termos práticos, portanto, há uma diminuição na taxa de natalidade. Ademais, a pirâmide apresenta, cada vez mais, um alargamento das porções superiores, o que é indicativo de um aumento na longevidade. Ambos os dados, em conjunto, demonstram ainda a diminuição da mortalidade geral. Em uma comparação cronológica, entre os anos 2012 e 2016 (gráfico 1), é possível substanciar o enunciado anteriormente, fenômeno atualmente designado como transição demográfica.

Gráfico 1: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no Brasil em 2012 e 2016.



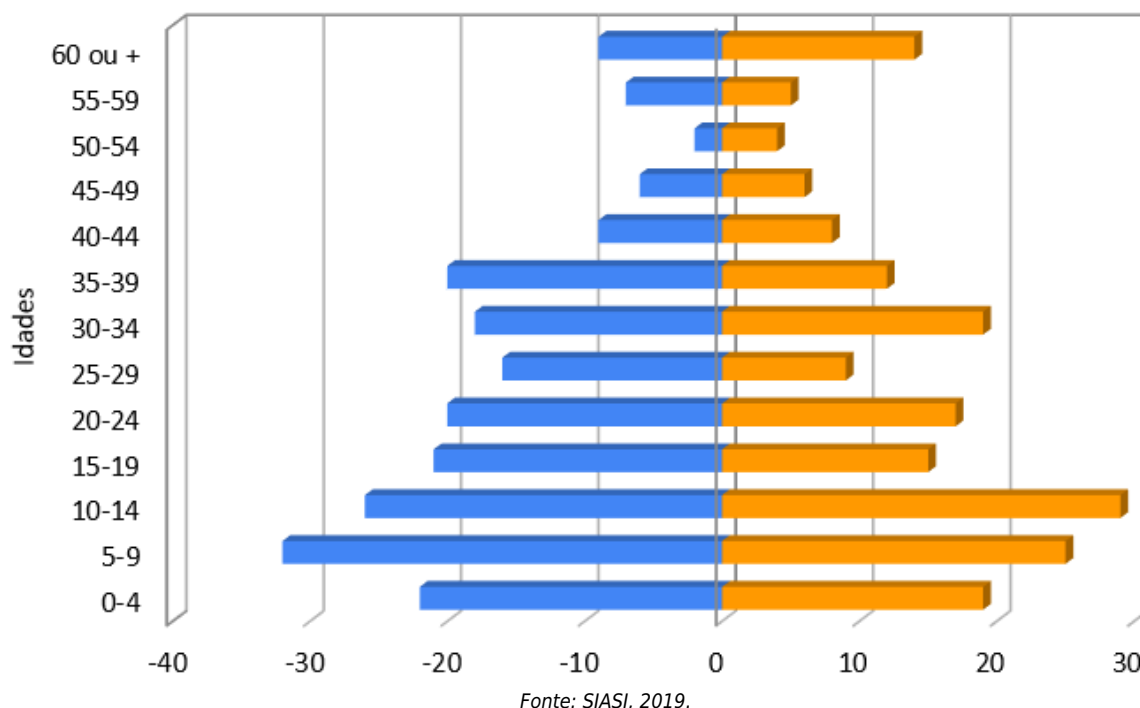
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2016.

Gráfico 2: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no Brasil em 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Gráfico 3: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na Aldeia Plipatól em 2019.



Além disso, a pirâmide populacional nos permite inferir a população economicamente ativa (PEA). Este índice é calculado a partir da relação entre as pessoas de 15 a 60 anos de idade e o total populacional, no mesmo tempo e espaço. Os países que apresentam a base piramidal muito alargada (alta taxa de natalidade) são considerados jovens, enquanto que aqueles cujo topo é alargado, onde se vê um envelhecimento da população devido a um crescimento da expectativa de vida, são conceituados como países velhos.

Em termos econômicos, a melhor PEA é justamente a que o Brasil apresenta atualmente: com a maior parte da população nas faixas intermediárias da pirâmide etária. Como é a PEA a principal responsável pelo pagamento de impostos, que mantêm a previdência e a aposentadoria. Num país velho, os institutos de seguridade social (tal qual o nosso INSS), podem se sobrecarregar. Já em um país jovem, se não são invertidos os recursos necessários em educação e saúde públicas, também haverá uma saturação da PEA.

Na Aldeia Plipatól, a PEA em 2019 correspondia a 54,87% da população total (SIASI, 2019), enquanto que a PEA no Brasil era em 2010 de 59,4% (IBGE, 2010). Se destrincharmos segundo gênero, veremos que na aldeia os homens correspondem a 30,51% do total da PEA, frente a 33,44% na média nacional. Assim como no resto do país, no território recorte em estudo, as mulheres correspondem à menor porção: cerca de 24,35% contra 25,95%, a nível nacional.

Outro indicador muito relevante para avaliar as condições de saúde de uma população é sem dúvida alguma o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). Esta taxa é calculada através do número de óbitos infantis (menores de um ano) a cada 1000 nascidos vivos. Tomando como referência a taxa de mortalidade infantil brasileira no ano de 2015, que era de 17,56‰ (IBGE, 2015) e a do resto do estado de Santa Catarina, no mesmo ano, que era de 11,7‰, o CMI da Aldeia Plipatól nos assusta: 250‰ no ano de 2019. Aqui vale ressaltar o conceito de variação aleatória, uma vez que se trata de uma população pequena, e também o de invisibilidade epidemiológica, pois carecem dados que nos permitiriam uma comparação temporal mais fidedigna. Em números absolutos, houve duas mortes infantis no período supracitado dentro da aldeia, ambas de crianças no período pós-neonatal (a partir de 28 dias de vida e antes de completar 1 ano de idade), invisibilizando o componente neonatal do CMI, que, se considerado separadamente seria de 0‰. Sob estas circunstâncias, poder-se-ia classificar o CMI da aldeia como nível alto (valores superiores a 50‰), contrapondo-se às realidades estadual e nacional, que já no ano de 2015 apresentavam nível baixo (valores inferiores a 20‰).

O Coeficiente (ou a taxa) de Mortalidade Geral (CMG) da aldeia, no ano de 2019, foi de 7,69‰, discretamente superior à taxa nacional no ano de 2015, que foi de 6,08‰. Desta forma, podemos induzir que o risco de morte (sem pormenorizar causas ou faixas etárias) é um pouco superior ao do restante do país.

A taxa de natalidade local era de 20,51‰ no ano considerado, enquanto que a nacional foi de 14,6‰ em 2015, apontando para um crescimento da população da aldeia superior à média nacional. Essa ideia é reforçada ao se analisar a taxa de fecundidade, que é o indicador capaz de nos traduzir a capacidade reprodutiva de uma dada população em um dado período de tempo. Leva em consideração, para tanto, o número de nascidos vivos neste mesmo período e nesta mesma população delimitados em relação às mulheres de 15 a 49 anos, ou seja, a fins didáticos, mulheres em idade reprodutiva (menacme). A taxa de fecundidade era de 9,3% a nível local, contra 1,72%, se considerarmos todo o Brasil. Assim sendo, a população indígena demonstra uma capacidade de expansão superior a 440% dos indicadores do país. Vale frisar que, no panorama nacional, a tendência é o encolhimento populacional, pois o valor se encontra abaixo da taxa de reposição populacional (que é de 2,1 filhos por mulher em menacme).

Devido à relativa facilidade de acesso às cidades próximas, os partos são realizados em ambiente hospitalar, principalmente no Hospital Doutor Waldomiro Collauti, na cidade de Ibirama, a cerca de 40 quilômetros da TI-IL. As parteiras locais, outrora tão requisitadas, já idosas e não mais atuantes, são ainda referências no imaginário coletivo, mas já não realizam partos domiciliares há muitos anos, segundo informações colhidas na própria população da aldeia.

Para se analisar a cobertura de uma ação/intervenção sobre uma população-alvo, em geral, usamos valores percentuais. A Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza que a redução na mortalidade por câncer de colo uterino terá resultados concretos quando a cobertura do exame de rastreamento for equivalente ou superior a 80%. Infelizmente, no território descrito, este valor foi de apenas 9,72% no ano de 2020 (SESAI, 2020), enquanto que a média nacional, apesar de ainda ser inferior ao recomendado, era no ano de 2008 de 79,32% (PNAD, 2008). Muitos fatores parecem influenciar para a baixa cobertura, elenco aqui a pandemia de coronavírus e seus desdobramentos, como o isolamento social e a focalização das atividades da EMSI em sua contenção e uma educação em saúde deficitária, o que parece explicar parcialmente a significativa recusa ao exame.

As populações indígenas apresentam taxas de incidência de tuberculose muito superior às da população geral (tabela 1). Enquanto a taxa de incidência no Brasil foi de 35,0/100 mil habitantes em 2019, no mesmo ano, a aldeia registrou um valor de 256,41/ 100 mil habitantes, número sete vezes superior à taxa ao nacional.

Tabela 3: Populações vulneráveis para tuberculose no Brasil, em 2015.

Populações mais vulneráveis	Risco de adoecimento por tuberculose	Carga entre os casos novos
Indígenas	3x maior	1,0%
Privados de Liberdade	28x maior	11,1%
Pessoas que vivem com HIV/Aids	25x maior	8,4%
Pessoas em situação de rua	56x maior	2,5%

Fonte: SES / MS / SINAN, IBGE TBWEB, SP, 2015 e Pessoa em Situação de Rua: Censo São Paulo, capital (FIPE, 2015)

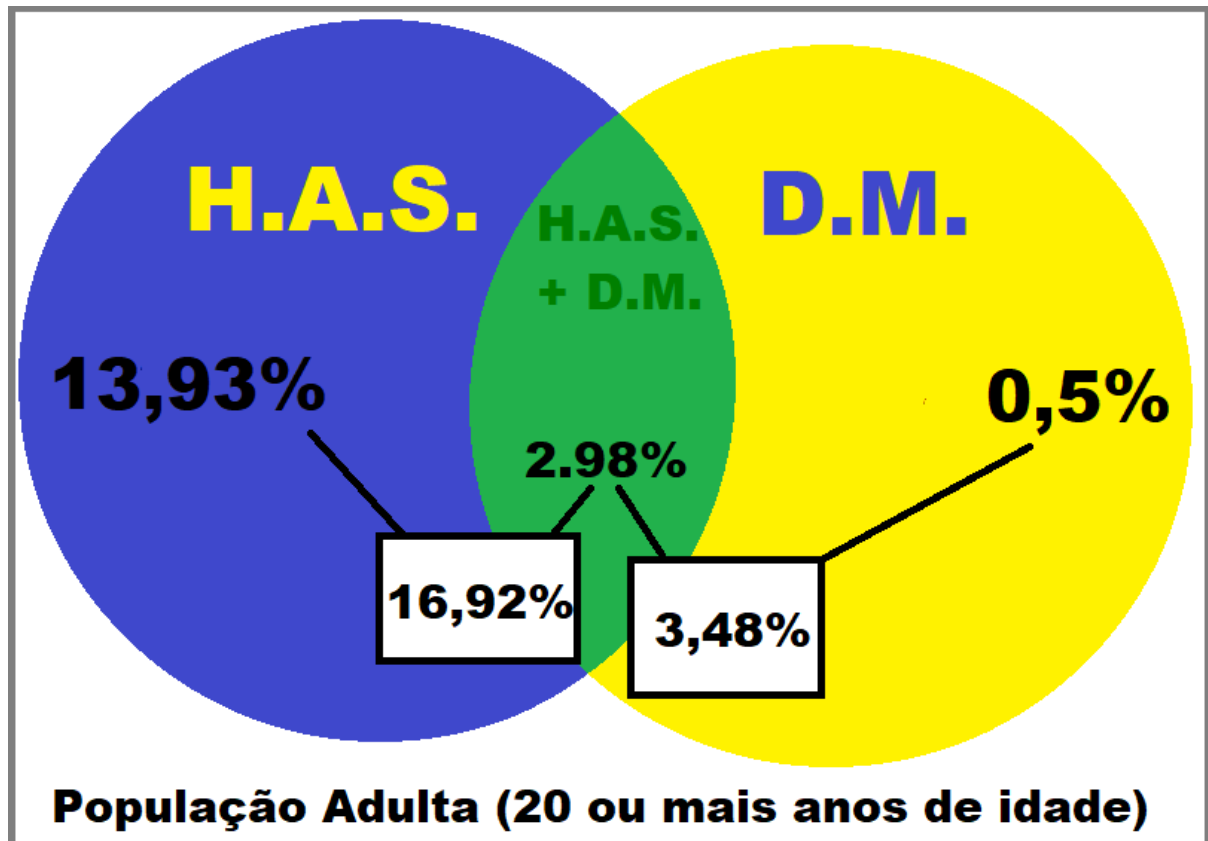
A COVID-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, geradora da pandemia vivenciada desde o primeiro trimestre de 2020, registrava - até o dia 27 de agosto de 2020 - 21 casos na comunidade, atingindo, portanto, 5,38% da população local até aquele momento. Para sua prevenção, foram instaladas barreiras sanitárias ao longo da estrada que cruza a TI-IL, em pontos considerados estratégicos, como nos acessos principais e também entre diferentes aldeias. Adicionalmente, buscando-se um diagnóstico temporalmente oportuno, foram enviados cerca de 2000 kits de testagem rápida (Ig total) para serem usados por toda a população (não só a da Aldeia Plipatól). Somando esforços, os municípios circundantes - a esclarecer, José Boiteux e Vitor Meireles - realizam a testagem por PCR após a coleta *in loco* dos *swabs* pela própria equipe do Polo Base.

Por se tratar de agravos de caráter crônico, tanto a hipertensão arterial sistêmica (HAS) quanto o Diabetes *mellitus* (DM) são mais facilmente registrados na forma de prevalência. De tal forma, pode-se visualizar a magnitude da doença na população em questão. Devido ao subdiagnóstico e ao subregistro, de maneira generalizada, é difícil afirmar que haja uma transição epidemiológica em curso. Para tanto, careceriam dados das doenças infecciosas e parasitárias, tratadas muitas vezes de maneira empírica, devido a sua alta incidência.

Segundo Ingrid Castilho, da Agência Saúde (CASTILHO, 2019), “em 2018, 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão”. Enquanto que, no ano de 2019, a prevalência de HAS na Aldeia Plipatól era de 16,92%, abaixo da média nacional, portanto. A DM apresentava em 2014-2015,

uma prevalência de 8,4% no total da população brasileira (MALTA, 2019). Quando analisamos os dados de 2019, do território em análise, mais uma vez observamos um resultado abaixo da média nacional, 3,48%, menos da metade dos valores gerais. A prevalência de adultos vivendo com DM e HAS concomitantemente é de 2,98% (figura 1). Conforme visualizado na figura a seguir, a maioria significativa dos diabéticos na aldeia é também hipertensa.

Figura 7: Prevalência de HAS, DM e HAS + DM na Aldeia Plipatól em 2019.



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SIASI, 2019.

Outro dado promissor vem da avaliação do estado nutricional das crianças. Em 2019, no território, cerca de 97,56% dos menores de cinco anos, apresentavam peso adequado para idade (PAI) e 2,44% possuíam um peso elevado para idade (PEI), enquanto que nenhuma criança estava abaixo das recomendações do SISVAN.

Segundo Márcio Oleszczuk, responsável técnico pelo saneamento no Polo Base, em 2017 foi realizado um levantamento que apontava que: das 68 residências, um total de 49 precisavam de sistemas novos de captação de esgoto e 19 precisavam de limpeza/reforma. Como agravante, cerca de 53 casas não possuíam módulos sanitários. O profissional refere haver redigido um ofício em que descrevia a situação e solicitava ao DSEI as devidas providências. No entanto, até momento, nenhuma medida foi tomada, uma vez que as reformas necessárias não foram incluídas dentro do valor orçamentário. Em contrapartida – de forma positiva –, o mesmo profissional afirma que o acesso a água potável e a energia elétrica possui uma cobertura de 100% em toda a Aldeia Plipatól.

O SIASI não pôde repassar os dados de CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), relevantes para a avaliação da saúde bucal do território em questão. Apesar de serem informações inseridas, carecem de relatório, conforme explica Édipo E. Przybulinski, da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI).

A população da Aldeia Plipatól, como discorrido, apresenta um padrão de adoecimento similar ao do restante da população do país, porém, há fragilidades a serem reforçadas, a exemplo das ações de rastreamento, tão relevantes à prevenção secundária, ou seja, para a detecção precoce dos problemas em saúde. É de suma relevância que se dê o devido valor ao registro de dados epidemiológicos para que se possa falar posteriormente em um adequado planejamento.

CAPÍTULO 6 - REDE EXPLICATIVA E PLANO DE SOLUÇÕES DE UM PROBLEMA DE SAÚDE DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Neste capítulo, pretende-se delinear uma **rede explicativa**, buscando reconhecer qual seria o problema fundamental, esboçado na rotina de trabalho em campo através de uma observação participante e procurando inundar-me na realidade local. Tal meta só seria possível através de uma ausculta qualificada, obtida por meio de diálogos com membros da população e outros profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

Contei para tanto, com o auxílio fundamental de duas pessoas que se dispuseram a auxiliar-me neste processo: a Técnica de Enfermagem local Ceila Morló – indígena e moradora da Aldeia Barragem – e uma ex-moradora desta aldeia, Salimar dos Santos, que atualmente vive na Aldeia Palmeira, ao lado – também integrante da EMSI, presentemente exercendo suas funções no Polo Base de José Boiteux.

Cada uma elencou diferentes e diversos problemas que consideram relevantes e que merecem uma atenção especial. Segundo a técnica local, o território apresenta múltiplos problemas, contudo, estariam todos entrelaçados de alguma forma, mas faz grifos aos agravos de caráter mental e ao modo contemporâneo de se alimentar. Refere, no entanto, que a população reluta em aceitar os diagnósticos de cunho psicológico e seus respectivos tratamentos, refugiando-se por vezes na religião. Ressalta ademais que a obesidade é extremamente prevalente entre os idosos e acredita que seja possível - com esse dado - relacionar causalidade para outros agravos, como dores crônicas de joelhos e coluna.

Paralelamente, Salimar, ex-moradora do local, destaca que ao longo dos anos muito se perdeu dos antigos hábitos alimentares e que hoje existem inúmeros casos de neoplasias, fato não observado anteriormente. Assinalou também uma assistência à saúde que acredita ser corresponsável pelos casos de câncer na população. Segundo aponta, “em 1992, veio a FUNASA, que trouxe uma camioneta de medicamentos e a partir de então, as coisas começaram a piorar. Até então, dificilmente se via alguém morrer por câncer”, finaliza analisando que acredita que “a própria medicação fez com que a população adoecesse, porque tiveram acesso muito fácil”.

Ambas acreditam que a saúde do povo piorou ao longo do tempo, concomitantemente a outras mudanças. A técnica Ceila foi taxativa e afirmou que “as pessoas eram mais saudáveis, não menos doentes, eram mais saudáveis mesmo. A minha avó tem 86 anos, está ‘no cerne’. Eu nunca vou chegar a isso”. Simetricamente, a funcionária Salimar confirma sua crença de que “a gente vivia uma pobreza saudável. Não era uma pobreza de não ter um alimento. Nós éramos felizes e não sabíamos”.

Parto da consideração de que o problema mais tangível e destrinchável seria portanto, não de saúde *a priori*, mas resultante de um **problema de condução histórica, social e cultural** que culminou no dismantelamento da cosmologia – utilizada aqui no sentido de visão de mundo – e identidade cultural do povo Xokleng. Por meio de bate-papos informais com a população, pude diferenciar alguns **fatores** que parecem estar envolvidos e compor o emaranhado de **determinantes** que são capazes de – pelo menos parcialmente – clarear-nos o caminho para o entendimento das mudanças comportamentais, culturais e sociais que afetaram e afetam a coletividade. Pretendo, nesta abordagem, consolidar o problema aqui retratado, como tal.

O **primeiro** fator determinante que emerge e parece possuir um elo causal com o problema em pauta é a existência da Barragem Norte. Sua construção inundou terras agricultáveis e centrifugou a população a áreas mais íngremes, dificultando o cultivo de “roças”, além de alterar a rota reprodutiva dos peixes, outra importante fonte nutricional. Segundo relatório da FUNAI (IMPACTOS..., 1992),

Na década de 70, o Governo Federal realizou estudos sobre a construção de uma barragem no rio Hercílio (então denominado Itajaí do Norte) para solucionar os problemas das frequentes enchentes que afligiam e arrasavam as áreas urbanas e rurais da região. Assim, decidiu-se pelo empreendimento, cujas obras preliminares iniciaram-se em 1974. Sua localização distaria 35 km do município de Ibirama e, malsinadamente, abrangeria parte das terras indígenas Duque de Caxias, por sinal, sua parte mais fértil, ou seja: justamente as fecundas margens daquele rio se incluíam na bacia de alagamento para contenção das Águas de represa.

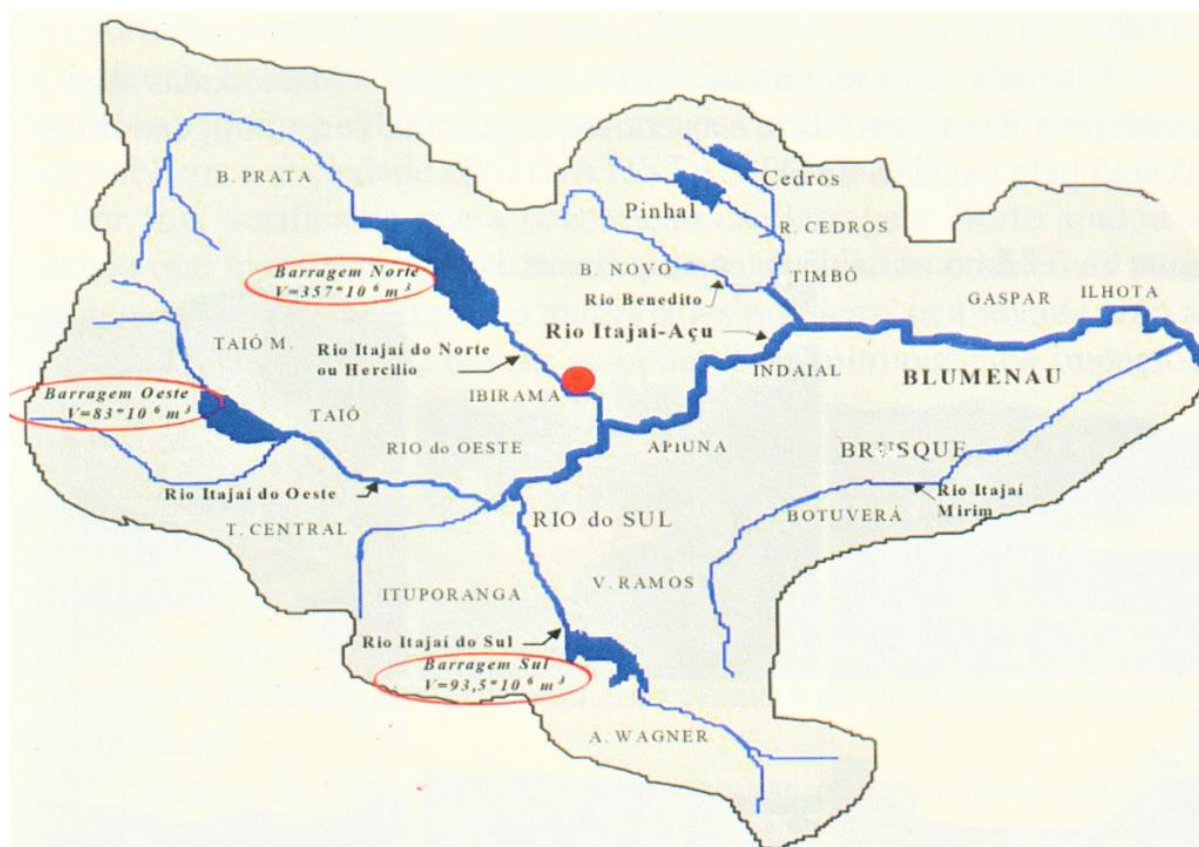
Contudo, na ocasião, não foi levado em consideração a possibilidade de se ouvir a comunidade diretamente afetada, ou sequer seu órgão tutor, a FUNAI.

Também não houve estudo do impacto ambiental que decorreria da obra, aliás, coerente com a postura

governamental predominante à época, conforme o contexto político que vigia.

Salimar opina que a obra foi extremamente prejudicial à população do local, beneficiando unicamente outras localidades do Alto Vale do Itajaí. Justifica que “nós seguramos a água e ele (Alto Vale) fica tudo bem”, mas questiona “e nós aqui? Ninguém pensa que, quando as cheias vem, nós não temos lugar para passar”. De acordo com suas queixas, a população precisa – em períodos de cheias – tomar rotas alternativas que adicionam vários quilômetros ao trajeto.

Figura 8: Bacia do Itajaí e as três barragens de contenção de cheias.



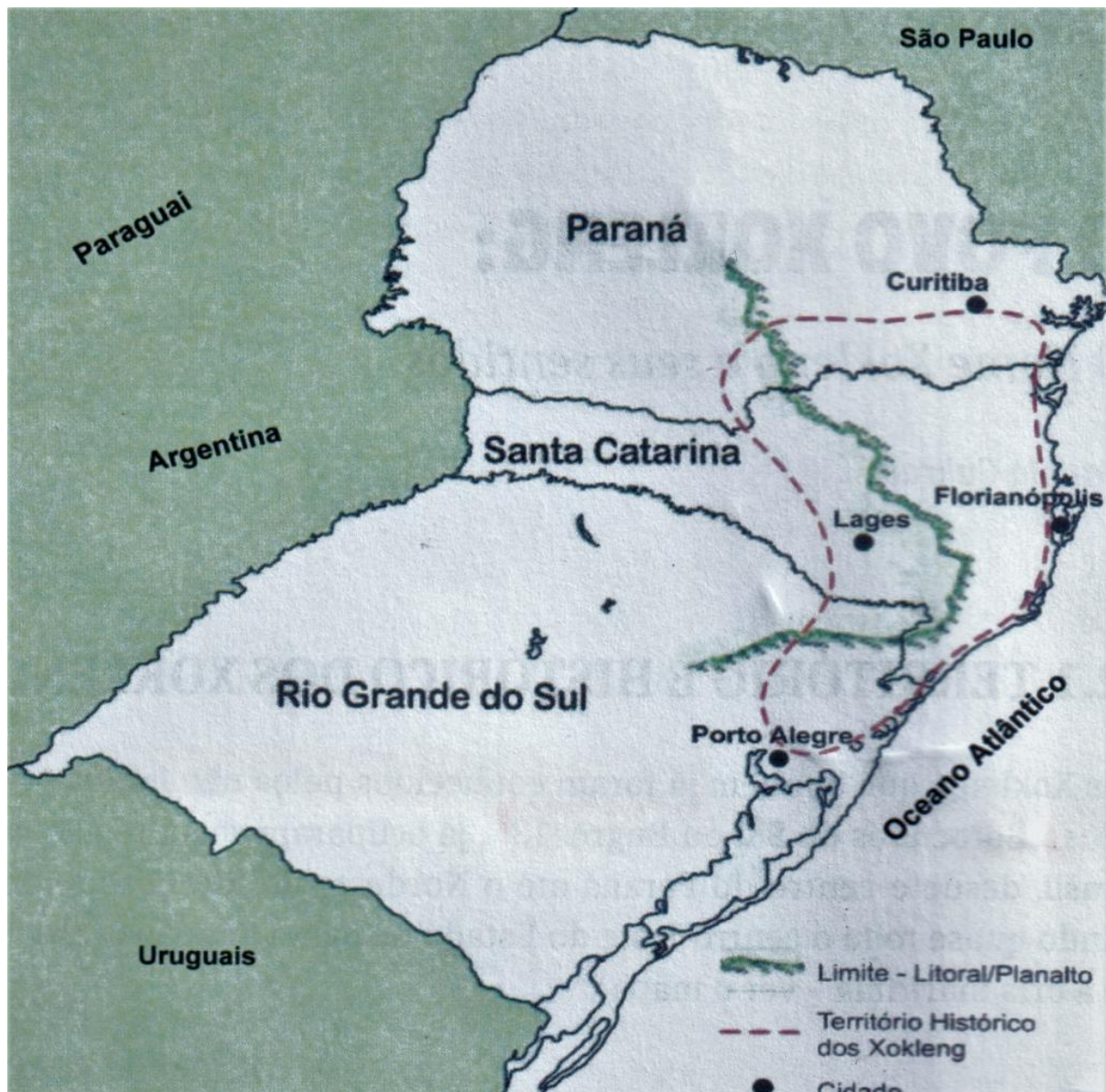
Fonte: Adaptação de SCHMITZ, 2019 apud CORDEIRO; SILVA; SEVERO, 2010.

Como **segundo** fator determinante, elenco as políticas públicas voltadas à saúde indígena, reiteradamente alienadas às especificidades locais, ineficientes, paternalistas, hospitalocêntricas e potencializadoras da hipermedicalização da população. Conforme traduz Salimar, “era mais fácil buscar uma medicação em cima da estante, do que ir ao mato para poder fazer seus remédios”. Ceila endossa, afirmando que “hoje em dia, é tudo no médico, é tudo no hospital, ‘Deus me livre de um parto em casa’”, afirma, reproduzindo fala que comumente escuta das parturientes. Continua, “quase ninguém mais ganha de parto normal, todo mundo ‘cesárea’”.

O **terceiro** determinante pode causar estranhamento quando posicionado como fonte de um problema, mas, conforme ressalta lucidamente Salimar, “o Bolsa Família é uma ajuda extra. Mas nem toda ajuda extra é para o bem”. A introdução do Programa Bolsa Família, notadamente uma estratégia válida de política de redistribuição de renda, desconsiderou as especificidades locais, inserindo no cardápio da população alimentos hipercalóricos, superprocessados e de procedência nem sempre confiável.

Destaco, em **quarta** instância, a restrição gradual do território, motivo de disputas judiciais e conflitos locais. A fins do século XVIII, a expedição financiada pela coroa portuguesa para reconhecimento dos campos de Guarapuava, Paraná, conduzida por Afonso Botelho de Sampaio e Souza, registrou os aldeamentos dos povos indígenas visitados, os quais, à época, denominou de “gentio Xaclan” (SERPA, 2015).

Figura 9: Território tradicional ocupado pelos Xokleng na Região Sul do Brasil antes da colonização portuguesa.



Fonte: Acervo pessoal de Nanblá Gakran.

Apenas em 1998, foi criado um grupo de trabalho pela FUNAI, que reconheceu o confinamento dos indígenas em área reduzida pelo próprio Estado e constatou a necessidade de ampliação dos seus limites. Em 2003, o Ministério da Justiça publicou Portaria Declaratória, restando pendente apenas a homologação da demarcação pelo Presidente da República, a última etapa da demarcação.

Hoje, mais de dois mil indígenas de três povos, Xokleng, Guarani e Kaingang, residem na Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ, com 37 mil hectares, à margem do rio Itajaí do Norte, em Santa Catarina. Estão sobrepostas sobre 10% do território a Reserva Biológica Sassafrás e a Área de Relevante Interesse Ecológico Serra da Abelha.

A Portaria que declarou a terra como tradicionalmente ocupada pelos indígenas foi questionada na Justiça pelo estado de Santa Catarina, por empresas madeireiras e por particulares. O processo tramita no Supremo Tribunal Federal (ACO 1100). O relator é o Ministro Edson Fachin. Foram apensadas a esse processo outras ações relacionadas à demarcação, à posse da terra e à área de proteção ambiental.

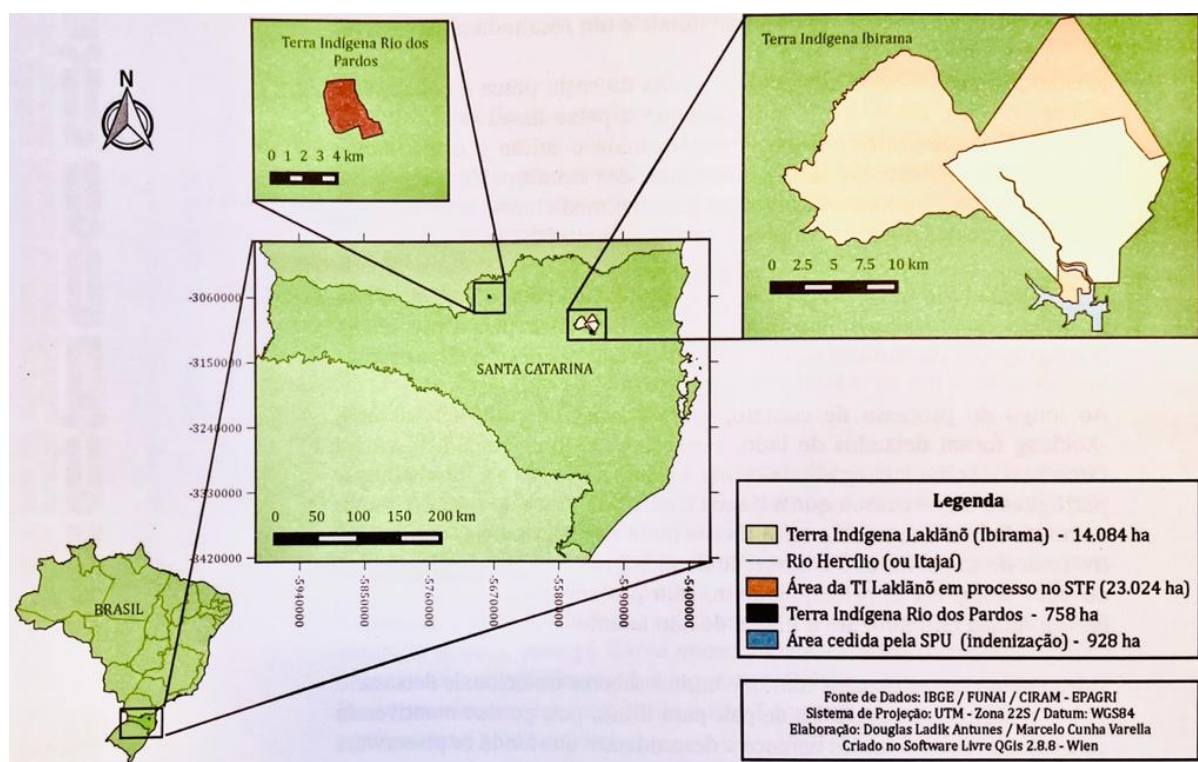
Em uma dessas ações, havia decisão da segunda instância autorizando reintegração de posse contra os indígenas. O argumento do Tribunal Regional Federal da 4ª Região foi o de que a posse somente precisaria ser assegurada aos indígenas após a conclusão do processo de demarcação. A FUNAI recorreu à Suprema Corte, que reconheceu a repercussão geral do recurso (RE 1017365), uma vez que condicionar o direito de posse dos índios à homologação do procedimento demarcatório viola o que dispõe a própria Constituição, no seu artigo 231 da Constituição. Como bem lembrou o Ministro, essa interpretação equivocada ainda é frequentemente adotada pelo Judiciário.

O plenário do Supremo, ao reconhecer a repercussão geral, asseverou que a Corte precisa se debruçar mais uma vez, e com efeito vinculante, sobre temas não pacificados da questão indígena, como o marco temporal, a caracterização do esbulho possessório das terras indígenas, a relação entre os poderes de posse dos índios e o procedimento administrativo de demarcação, entre outras questões.

O Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados se manifestou perante o Ministro Fachin, relator do Recurso Extraordinário, denunciando uma série de violações advindas do próprio poder público aos direitos dos índios e solicitando a imediata suspensão de parecer da Advocacia-Geral da União que limita as demarcações (TRINDADE, 2020).

O território da Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ, como um todo, continua sem uma demarcação definitiva, conforme explanado anteriormente e ilustrado a seguir (Figura 10). Está rodeado e encravado de plantações, sendo muitas destas da cultura de fumo (tabaco), que necessita da utilização de enormes quantidades de agrotóxicos, alterando a qualidade, não só da terra, mas também do ar e indubitavelmente das águas que banham o território indígena.

Figura 10: Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ.



Fonte: DARELLA, 2018, p. 23.

Em **quinta** e última instância, relaciono a existência de um isolamento social - anterior à sua concepção pandêmica atual. Entre outras possíveis explicações, destaco o fato de a TI-IL possuir um acesso relativamente dificultoso. Apesar de o território recorte corresponder à aldeia mais próxima ao Polo Base - na cidade de José Boiteux -, as estradas principais de acesso nunca foram pavimentadas e, como abordado anteriormente, as enchentes inundam parcialmente o território, isolando fisicamente essa população. Adendo o isolamento de caráter cultural, pois reitero que a população não indígena local, de maneira geral, é extremamente preconceituosa, mesmo velando quando lhes é conveniente.

Uma vez ressaltados os fatores determinantes do problema central de nossa **rede explicativa**, devemos partir para as hipóteses causais que os fundamentam, ou seja, as repercussões ou consequências ligadas à nova conjuntura e estrutura de vida da população do território em voga, que corroboram a visão de que o problema, seja realmente um problema na visão da população. A partir daqui, não é possível estabelecer a mesma pontualidade recentemente utilizada, tendo-se em vista que as hipóteses causais são multifatoriais e nem sempre unidirecionais. Para mais tátil percepção, elenco as hipótese levantas em itens:

- ♦ Sedentarização forçada e concomitante sedentarismo de uma população originalmente nômade, encurralada dentro de uma área delimitada e limitada, conforme observável com concretude através das imagens até aqui apresentadas;
- ♦ Acesso dificultoso, infrequente e inapropriado à EMSI, devido a sucessivos projetos governamentais em saúde indígena, sempre desconectados entre si e da realidade local e suas especificidades;
- ♦ Surgimento de hábitos alimentares conformados por comidas ultraprocessadas, de qualidade nutricional questionável, em substituição aos alimentos consumidos em décadas passadas, essencialmente obtidos através da pesca, da caça, do extrativismo e da cultura de roças;
- ♦ Falta de espaços destinados à prática de exercícios físicos e ao lazer. Ademais, inexistem projetos ou ações voltados a quaisquer dos extratos etários da população;
- ♦ Xenofobia percebida e relatada quando a população busca se empregar ou estudar nas cidades dos arredores principalmente, mas não exclusivamente.

Neste contexto, de profundas inquietudes de caráter estrutural e conjuntural, visualiza-se a consolidação de uma **transição epidemiológica** de muito clara observação. No território adscrito, os problemas de saúde de caráter infeccioso e parasitológico – perfil frequente e comum à grande parte das comunidades indígenas por todo o país – perdem espaço para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Dentre essas, identifica-se uma maior prevalência de obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doenças mentais. Porém, em diálogo com a população, repetidamente aparecem outros dois agravos que a instiga, os quais, a posteriori, buscarei estabelecer dados de maior concretude. São elas, as neoplasias de forma geral – acreditadas pela população como cada vez mais incidentes, conforme exterioriza Salimar – e as dislipidemias, passíveis de uma investigação laboratorial de rastreamento (*screening*) em um momento futuro.

De maneira a corroborar os reflexos sentidos na forma de DCNTs, retomo aqui alguns dos dados apresentados no capítulo anterior, no que concerne aos aspectos demográficos e epidemiológicos da aldeia. Dentre a população adulta, ou seja com 20 ou mais anos de idade, 16,92% apresentavam em 2019 diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), enquanto que 3,48% apresentavam, no mesmo ano, o diagnóstico de diabetes *mellitus* (DM), sendo 3 o total de insulino dependentes. A obesidade entre adultos atinge 8,46% da população da aldeia, mas se restringirmos nossa análise apenas aos idosos (pessoas com 60 ou mais anos de idade), o recorte da população acima do peso sobe exponencialmente para impressionáveis 95%, sendo que 28,5% apresenta sobrepeso (IMC acima de 30 kg/m²) e 66,5% apresenta obesidade de diferentes graus, conforme destrinchado na tabela a seguir a partir dos dados disponibilizados pela técnica de enfermagem, Ceila.

Tabela 4: Estado nutricional dos idosos (> 60 anos) da Aldeia Barragem, outubro de 2020.

IMC	Significado	%	Nº absoluto
≤ 22	Baixo Peso	0,0%	0
>22 - <27	Peso Adequado	4,7%	1
≥27 - <30	Sobrepeso	28,5%	6
≥30 - <35	Obesidade Grau I	42,8%	9
≥35 - <40	Obesidade Grau II	4,7%	1
≥40	Obesidade Grau III	19,0%	4
			Total = 21

Fonte: Elaborada pelo autor com os dados de peso e estatura fornecidos pela técnica de enfermagem.

Quanto aos problemas de caráter psicológico, utilizo aqui principalmente a observação participante, pois carecem dados que possibilitem um aval epidemiológico. Muitos são os pacientes que se queixam principalmente de quadros crônicos de depressão e ansiedade. No ano passado, inclusive, esteve em destaque a ocorrência de

casos de lesões autoprovocadas em adolescentes que, sob a influência de um jogo virtual conhecido como Baleia Azul, eram desafiados a se submeterem a diversas provas humilhantes e degradantes, cujo desfecho final, última prova, era o suicídio. Inclusive, a situação só veio a tona após a concretização de um caso, porém na Aldeia Bugio. De maneira ativa, a equipe tomou prontamente as rédeas da situação e buscou identificar aqueles jovens envolvidos no jogo, desencorajando-os e encaminhando-os para acompanhamento psicológico quando necessário, para tanto, a acolhida foi multidisciplinar e envolveu toda a EMSI.

Subdivido adiante duas frentes de abordagem na busca de soluções, a primeira, formada por propostas de ações educativas e outras formas de intervenção que alterem, de forma prática, o perfil epidemiológico atual, aplicando a **Clínica Ampliada**, mas tendo claro o fato de que é apenas a ponta do iceberg. A segunda, considerando o problema inicialmente abordado, de aspecto estrutural e conjuntural.

Figura 11: Iceberg da Rede Explicativa.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Focando (Zoom In)

Trata-se da ponta do iceberg, portanto, pode aparentar ser a totalidade da problemática encontrada. Aqui pretende-se intervir de forma efetiva nos índices e taxas dos agravos de saúde observados. Sob essa perspectiva, podemos aplicar o conceito de Clínica Ampliada, pois só com uma equipe multidisciplinar – que acolha as queixas dos pacientes, mesmo que aparentemente não esboçam relação direta com diagnósticos e tratamentos biomédicos – e uma escuta qualificada seremos capazes de auxiliar o paciente a entender as causas de seu padecimento e tornar-se partícipe do próprio processo saúde-doença.

Neste contexto, poderíamos propor ações educativas, como palestras, encontros e oficinas que tenham por objetivo o estímulo à alimentação saudável - incluindo de forma ativa o usuário, ajudando-o a perceber a relação de causalidade entre uma dieta adequada e a prevenção de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, depressão e tantos outros agravos crônicos -, à prática regular de exercícios físicos, fomentando e promovendo a criação, por exemplo, de grupos de caminhada para a população idosa ou atividades lúdicas e educativas para a população mais jovem. Outras formas de intervenção, como o screening/rastreamento para as dislipidemias ou para as neoplasias, por exemplo - obviamente, de forma adicional ao que já é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Desfocando (Zoom Out)

Aqui, busca-se abordar possíveis ações que interfiram de maneira efetiva no problema mais visceral, aquele que foi nosso ponto de partida. Faz-se necessário levar em consideração o máximo possível de condições que contribuíram para o dismantelamento desta cultura. Deve-se, portanto, procurar alternativas para solucionar - ou ao menos alterar o problema, que é de ordem estrutural e conjuntural. Para tal, a busca por mudanças na

estrutura de atenção deve ser estimulada e objetivada, alterando aos poucos a rede de cuidados de maneira positiva. Só assim será possível a realização de um trabalho mais adequado, com olhar sistêmico, com novas metas que, somente serão alcançáveis através de uma rede intersetorial, que envolva o trabalho de antropólogos, nutricionistas, cientistas sociais e outros tantos profissionais que podem ser requisitados ao decorrer do percurso. Apoiando-nos mutuamente e intercambiando informações e dados coletados, visões e opiniões recebidas, poderemos conjuntamente - sempre contando a população como denominador *sine qua non* para este processo - buscar alternativas para o fortalecimento da cultura local em sua pluralidade de determinantes. Elaborando possíveis alternativas que devolvam à população a sua autonomia e a empodere, para que se torne o principal ator a conduzir a reafirmação identitária da cultura do povo Xokleng, traspassando os limites da Aldeia Barragem/Plipatól, estendendo-se para toda a Terra Indígena.

CAPÍTULO 7 - REFLEXÃO SOBRE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO “TERRITÓRIO RECORTE”

Porquanto se reconheça o problema como pertencente ao universo sociocultural, uma ação educativa, tal qual previamente explanado, teria efeitos mais razoáveis e palpáveis sobre a ponta do “iceberg”, mas objetivando-se alcançar - com o tempo - zonas mais profundas. As atividades a serem desenvolvidas deverão ter como público alvo os diferentes estratos etários da população, uma vez que se pretende agir de forma antecipada, não desconsiderando os efeitos deletérios já sentidos por significativa parte da comunidade. Destarte, e ressaltando o papel essencial da observação participante, creio que o local mais adequado dentro da Aldeia Plipatól/Barragem para a execução de uma ação educativa efetiva seria o ambiente da Escola Indígena de Educação Básica Laklãñõ.

A supracitada ação poderia, a título ilustrativo, consistir em um momento de intensa interação entre a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e o maior contingente plausível de participantes que possam comparecer ao ambiente, após devido processo de divulgação. De forma concreta, se trataria de um dia voltado para a reflexão quanto aos hábitos alimentares atuais e suas consequências inevitáveis e inerentes à saúde. Para tanto, valeríamos-nos de rodas de conversa, buscando elucidar de forma palatável o vínculo causal existente entre a alimentação de má qualidade nutricional e o surgimento e crescimento exponencial dos agravos de caráter crônico não transmissíveis. De forma integrada aos profissionais da educação, buscaríamos também executar um momento de cozinha coletiva, no qual, a culinária local seria empoderada e exaltada em seus aspectos nutricionalmente positivos, procurando-se também repensar conjuntamente a gama de opções dietéticas desprendíveis a partir dos elementos contidos na cestas básicas do programa Bolsa Família, objetivando a troca de diferentes receitas de melhor qualidade nutricional. Num terceiro momento, refletiríamos acerca da importância de se cultivar roças, sejam comunitárias e compartilhadas ou mesmo, restritas a cada residência, mas estimulando o intercâmbio dos diferentes produtos plantados para possibilitar o maior acesso aos diferentes frutos.

A ideia de feiras comunitárias ser alavancada e estimulada, uma vez que seriam ambientes de trocas que iriam muito além daquilo que se cultivou. Em se tratando de um espaço com significativo fluxo de pessoas, outras atividades de promoção em saúde e prevenção de agravos teriam um espaço adicional para serem postos em prática. Ali poderão se dar rodas de conversa abordando os mais diversos temas, de acordo com as demandas locais apresentadas pela população e também buscando contemplar as metas gerais estabelecidas pelos órgãos de saúde competentes. Entretanto a concretização deste plano só será viável se contar com o apoio e engajamento dos diversos grupos e agentes sociais, congregando ademais dos profissionais da saúde e da educação, outros institutos, a exemplo, dos templos religiosos e seus membros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos chegando ao final do trabalho, após uma jornada longa, cansativa, mas gratificante. Neste ponto, cabe destacar alguns fatos relevantes. Quanto aos aspectos físicos, demográficos e socioambientais do Distrito Sanitário Especial Interior Sul, fica evidente que, contradizendo à falácia de que os indígenas no Brasil se restringem à região amazônica, existem ainda diversas etnias nas porções mais austrais de nosso país, estejam aldeados ou inseridos em contexto urbano. Apesar da coleta de dados ser dificultada pela ausência de sistemas de informações que funcionem adequadamente, muito se pode extrair de diálogos informais a partir do ponto em que estejamos inseridos no cotidiano da população de nosso território recorte.

Através do curso de especialização em saúde indígena, pude aprimorar minhas habilidades e ferramentas como profissional e como ser humano. Ao mesmo tempo que em campo encarava diariamente situações que fugiam à minha zona de conforto, com o curso me sentia cada vez mais capacitado para realizar o melhor trabalho que estivesse ao meu alcance. Com uma visão mais ampla e crítica e muito menos presunçosa. Percebi que os serviços, conforme exposto no *Capítulo 2*, dependem do bom desempenho de uma rede ampla de serviços, composta por diversos profissionais em inúmeras instâncias, cujas atividades se conectam e se fortalecem mutuamente.

Destaquei a importância das questões culturais, como o racismo sentido a diário pela população indígena, independentemente de a história demonstrar claramente que, antes de alemães ou italianos, haviam Xoklengs habitando o Alto Vale do Itajaí. O passado são máculas que mancham nossas retinas e se transforma em uma lembrança constante de que o sofrimento infligido a esse povo não mais deverá se repetir em qualquer grau ou contexto. Mesmo com a dissolução de práticas ancestrais, a cultura Xokleng resiste e se reinventa através das mãos resilientes de cada morador. Corre em suas veias o sangue guerreiro de quem já sofreu perseguições por bugreiros e se mantém de pé.

A relativização cultural muito me serviu para conseguir colocar em prática o método clínico centrado na pessoa, pois sob um contexto totalmente diferentes do meu, a experiência do adoecer e as definições de saúde e doença também o são. Mas, conforme visualizado no *Capítulo 5*, a morbimortalidade na Aldeia Plipatól reflete um padrão nacional e são os agravos crônicos e não transmissíveis os que mais geram preocupações em nossa rotina de trabalho, já não mais doenças infectoparasitárias, como em décadas anteriores.

Pli Pa Tól, do Xokleng significa algo como “samambaia desfiada” e tal qual, mesmo depois de ter suas folhas arrancadas desde a base até a ponta, continua brotando, crescendo e mostrando que suas raízes são fortes. Buscando traçar uma rede explicativa, tive antes de fazer uma imersão no meu território recorte e ouvir a fundo seus integrantes e seus distintos pontos de vista. Foi quando dei-me conta que, muito além de tratar-se de um problema de saúde isoladamente, o que se tem é um problema de condução histórica, social e cultural, que possui profundas raízes, como o desrespeito longo ao seu território – através da construção de uma faraônica barragem de contenção dentro de seus limites. Ademais, as políticas de estado nunca respeitaram suas especificidades e autonomia, seja no planejamento de ações em saúde, na condução de programas de distribuição de renda ou na delimitação definitiva de seu território, invadido constantemente há tempos por agricultores e madeireiros.

Depois de anos recebendo um tratamento paternalista e nada dialógico do Estado, não é de se estranhar que muito da ancestralidade tenha se perdido ou que de alguma forma esteja latente. O objetivo final deste trabalho é de se postular um caminho que permita a autonomia da população, para que se sintam partícipes. Não será de um dia para o outro e nem pelas mãos de um “branco salvador” que chegarão a este ponto. Nosso papel, enquanto equipe multidisciplinar de saúde indígena, é justamente permitir que potencialidades sejam postas a luz. A hipermedicalização da população e o modelo hospitalocêntrico e médico-centrado já não mais cabem quando se intenciona o verdadeiro bem estar de uma comunidade. Por isso, propus atividades em educação que empoderem e revelem fortalezas apesar das sabidas fragilidades, utilizando ferramentas que já estão presentes, só precisam ser valorizadas e ganhar espaço.

Obviamente os problemas de saúde percebidos deverão ser tratados com seriedade, mas acredito que só despertando a autonomia da população que chegaremos a resultados concretos. Com todo o embasamento teórico que o curso me proporcionou, me sinto cada vez mais à vontade para atuar na saúde indígena, mais humano, mais sensível e mais estimulado. Hoje sei que mesmo que a Barragem Norte exista, a Aldeia Plipatól resiste e esperançosamente se tornará cada vez mais independente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Beth. **DSEI Interior Sul realiza capacitação em sala de vacina e rede de frio**. Ascom/MS, Brasília, 10 de agosto de 2018. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/noticias/sesai/43999-dsei-interior-sul-realiza-capacitacao-em-sala-de-vacina-e-rede-de-frio> >. Acesso em: 06 de fevereiro de 2020.

ALMEIDA, João Adão Nunc-Nfoonro de. **Vivências e sentimentos do povo Laktlãõ / Xokleng**. Blumenau: Gráfica e Editora 3 de Maio, 2017.

CASTILHO, Ingrid. **Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel**. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < [DARELLA, M. D. P.; HEINEBERG, M. R.; CONCEIÇÃO, L. C.; GUEROLA, C. M.; COLOMBERA, A. C. **Consciência Laktlãõ Xokleng em ação: Jeitos de ensinar e aprender na Terra Indígena Laktlãõ**. Florianópolis: UFSC|SED/SC|SECADI-MEC, 2018.](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao#:~:text=Apliativos-,Hipertens%C3%A3o%20%C3%A9%20diagnosticada%20em%2024%2C7%25%20da,popula%C3%A7%C3%A3o%20segundo%20a%20pesquisa%20Vigitel&text=Em%202018%2C%2024%2C7%25,afirmaram%20ter%20diagn%C3%B3stico%20de%20hipertens%C3%A3o.> . Acesso em: 27, ago. 2020.</p></div><div data-bbox=)

DOS SANTOS, Silvio Coelho. **Índios e Brancos no Sul do Brasil: A dramática experiência dos Xokleng**. Porto Alegre: Movimento, 1987.

IMPÉRIO DO BRASIL. Carta Régia de 5 de Novembro de 1808: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1808, Página 156 Vol. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/carreg_sn/antioresa1824/cartaregia-40263-5-novembro-1808-572442-publicacaooriginal-95554-pe.html>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE MEIO AMBIENTE. **Impactos da Barragem Norte na Comunidade Indígena de Ibirama**. Instituto Socioambiental, 1991. Disponível em: < <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/impactos-da-barragem-norte-na-comunidade-indigena-de-ibirama> >. Acesso em: 1 de novembro de 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira**. Pesquisa Nacional de Saúde. Rev. Bras. Epidemiol., Rio de Janeiro , v. 22, supl. 2, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000300408&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30, ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2012 - 2015**: DSEI Interior Sul. Florianópolis, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2016 - 2019**: DSEI Interior Sul. Florianópolis, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 - 2023**: DSEI Interior Sul. Florianópolis, 2019.

NAMEN, Alexandro Machado. **Os Botocudos no Vale do Itajaí, Santa Catarina**. Blumenau: Edifurb, 2020.

RABELO, Vânia. **Sistema Local de Informação em Saúde**. 2020. (12m15s). Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=X87g7ACB9qk&>>. Acesso em 17 ago. 2020.

ROSA, J. C. de S.; MULLER, G. de S. **Saúde da População Indígena**. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-indigena>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2020.

SCHMITZ, Stefan. **Os indígenas Xokleng e a justiça estadual**. Blumenau: 3 de Gráfica e Editora 3 de Maio, 2019.

SERPA, Ivan Carlos. **Os índios Xokleng em Santa Catarina**. Blumenau: IFC, 2015.

SERPA, Ivan Carlos. **Os Índios Xokleng em Santa Catarina: Uma abordagem a partir da relação pesquisa, ensino e extensão no Instituto Federal Catarinense**. Blumenau: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, 2015.

SOARES, Darli A.; ANDRADE, Selma M. de; CAMPOS, João José B. Batista de. **Bases da Saúde Coletiva**. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017.

TRINDADE, Mariana. **Quem são os Xokleng, os indígenas que podem mudar a trajetória jurídica das demarcações**. Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/quem-sao-os-xokleng-os-indigenas-q-e-podem-mudar-a-trajetoria-juridica-das-demarcacoes>>. Acesso em: 1 de novembro de 2020.