



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JULIA DAUERNHEIMER MACHADO

DESAFIOS MICROPOLÍTICOS EM CONTEXTO INTERCULTURAL: REPENSANDO O
PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO AOS GUARANI MBYA DAS
ALDEIAS CAMPO MOLHADO E CAMPO BONITO - DSEI INTERIOR SUL.

SÃO PAULO
2021

JULIA DAUERNHEIMER MACHADO

DESAFIOS MICROPOLÍTICOS EM CONTEXTO INTERCULTURAL: REPENSANDO O
PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO AOS GUARANI MBYA DAS
ALDEIAS CAMPO MOLHADO E CAMPO BONITO - DSEI INTERIOR SUL.

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

As Terras Indígenas (TI) Campo Molhado e Campo Bonito, localizadas nas cidades de Maquiné e Torres, Rio Grande do Sul, representam algumas das possibilidades de ocupação territorial dos Guarani Mbya, integrando um complexo mapa que se estende pelas regiões Sul e Sudeste do Brasil e transcende as fronteiras nacionais. A primeira corresponde à maior Terra Indígena Guarani do estado, ocupada desde a segunda metade da década de 1970 e homologada em 2001 após anos de resistência, localizada em região de difícil acesso e clima rigoroso, afastada da cidade e com amplo acesso a recursos naturais. A segunda, em contrapartida, é Reserva Indígena adquirida em medida compensatória às obras de duplicação da BR-101, localizada às margens da mesma rodovia, em ambiente degradado e com fácil conexão às cidades da redondeza. Geridas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, ambas são atendidas de forma volante pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Polo Base Osório.

O presente trabalho buscou descrever, comparar e contrastar características dessas Terras Indígenas, que na língua guarani recebem o mesmo nome - Nhuu Porã -, e levantar alguns dados sociodemográficos e epidemiológicos que auxiliem na compreensão de suas realidades. A centralidade da espiritualidade e das práticas tradicionais se mantêm em ambas as aldeias, com adaptações às possibilidades locais. Há maior vulnerabilidade socioeconômica do Campo Bonito, com possíveis implicações no padrão morbimortalidade. Campo Molhado encontra-se em declínio populacional há muitos anos, enquanto Campo Bonito recebe novos moradores quase semanalmente. Ambas as aldeias mantêm altas taxas de natalidade e fecundidade. Enquanto Campo Molhado não registrou mortes nos últimos 5 anos, Campo Bonito sustenta elevadas taxas de mortalidade geral e infantil, bem como elevado número de internações hospitalares. A obesidade cresce no Campo Bonito, possível reflexo de mudanças no padrão alimentar. Mesmo mediante boa cobertura de pré-natal, ambas as aldeias mantêm padrão de nascimento de crianças de baixo peso.

Ao final, concluímos ressaltando a importância do conhecimento e discussão dessas realidades pela EMSI, como informações que embasem um processo de planejamento adequado ao enfrentamento das dificuldades particulares de cada localidade, em construção participativa e horizontalizada. Levantamos algumas dificuldades relacionadas ao processo de trabalho em saúde indígena, potencializadas pelos desafios da interculturalidade. Buscamos traçar alguns caminhos para a implementação e condução de práticas transformadoras no âmbito micropolítico da atenção à saúde indígena.

Palavras-chave:

Povos Indígenas. Política de Saúde. Planejamento Estratégico. Equipe Multiprofissional. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

APRESENTAÇÃO

Sou Julia Dauernheimer Machado, médica formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no segundo semestre de 2017. Atuo pelo Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) desde dezembro de 2018, compondo a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Polo Base (PB) Osório, gerido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI ISul). Trabalho com indígenas Guarani Mbya, atendendo de forma volante nove aldeias localizadas em seis municípios da região litoral norte do Rio Grande do Sul (RS).

Meu ingresso na saúde indígena reflete uma série de movimentos pouco planejados que, no entanto, têm me conduzido por um caminho de experiências e descobertas pessoais e profissionais, para além do que poderia projetar *a priori*.

Entrei na faculdade de medicina não por vocação ou por um sonho de infância, mas porque reunia algumas condições para isso: gostava muito de estudar e não me imaginava distante de livros e pesquisas; contava com pleno apoio de uma família zelosa, que sempre priorizava minha formação; tinha o privilégio da dedicação em tempo integral aos estudos, sem necessidade de trabalhar ou realizar outras atividades para meu sustento; vinha alcançando bons resultados em simulados e provas; e, principalmente, buscava uma profissão que possibilitasse a aplicação de habilidades e conhecimentos para benefício direto de outras pessoas. Assim, escolhi a medicina, ficando em segundo lugar as licenciaturas.

Cursei a graduação com empenho, mas a cada novo semestre tornou-se mais clara a limitação de uma formação tecnicista. Os pacientes se mostraram grandes professores, abrindo meus olhos para a complexidade do trabalho na saúde. Conte também com a ajuda de amigos e colegas com maior engajamento político e social para perceber as questões de gênero, raça e classe implicadas em nossa atuação, cronicamente negligenciadas em um currículo conservador, que fomenta opressões e segrega sofrimentos. Havia clara necessidade de mudança e humanização. Na tentativa de não perpetuar o velho modelo médico-centrado, encontrei inspiração em movimentos sociais e amparo nos profissionais da saúde comunitária. Terminei a faculdade com inúmeras angústias e inquietações, traduzidas no desejo de encontrar um caminho pessoal e profissional coerente, ainda a esclarecer.

Nos anos de graduação, inserida em um hospital-escola público com recursos mais abundantes que a média por situação diferenciada de financiamento, vivenciei constantes inovações tecnológicas e acompanhei professores e pesquisadores de referência em suas áreas do conhecimento. Era fácil, no entanto, imaginar a distância entre essa realidade e aquela enfrentada pela maioria da população brasileira. Após a formatura, movida pelo interesse nesse contraste, optei por adiar a especialização e me afastar do meio acadêmico, ingressando no precarizado mercado de trabalho. Iniciei minhas atividades como médica de uma equipe de estratégia de saúde da família na região metropolitana de Porto Alegre, onde tive um ano de trabalho muito intenso e difícil, porém recompensador, inserida integralmente na comunidade, formando vínculos que carrego até hoje. Sentia, porém, a vontade de atuar em um meio de vulnerabilidade socioeconômica mais marcada, onde práticas profissionais críticas e engajadas fossem fundamentais.

Nesse contexto, fui surpreendida pelo anúncio do desligamento dos profissionais cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil, seguido de editais de chamamento a médicos brasileiros para vagas em uma enorme lista de cidades em todo o país. A sigla DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena - aparecia inúmeras vezes, e após uma breve busca, me envergonhei por não a ter conhecido ao longo de toda a graduação. Descobri que seriam muitas as populações indígenas que ficariam desassistidas com a saída dos cubanos e que muitas dessas vagas estavam em cidades conhecidas, próximas ao meu local de moradia no RS. Não fazia ideia da existência de equipes especializadas para atendimento a povos aldeados no estado. Rapidamente, busquei informações sobre como acontecia o trabalho das equipes, quem eram as populações atendidas e quais suas necessidades e particularidades. Em algumas horas, com poucas respostas às minhas dúvidas, mas muito mobilizada pelas descobertas e ansiosa pela possibilidade de ajudar em um momento crítico, decidi que me inscreveria para uma vaga no DSEI ISul, para trabalhar com comunidades Guarani do litoral norte do RS. Iniciei minhas atividades na semana seguinte e sigo, desde então, me surpreendendo e mobilizando diariamente frente a necessidades em saúde cronicamente negligenciadas; aprendendo, com erros e acertos, a atuar em um rico contexto intercultural; reconhecendo, progressivamente, as violências sistemáticas e o insidioso processo de invisibilização a que esses povos têm sido submetidos; e valorizando, cada dia mais, a brava resistência por eles praticada há séculos, conservando firmes seu modo de vida, seu conhecimento, sua espiritualidade e sua saúde.

Sinto-me honrada por estar ao lado dos povos originários em um momento de crescentes ameaças e

retrocessos a nível local, nacional e mundial. Assumo as limitações de minha prática médica e da atuação da equipe de saúde indígena para contribuir ao enfrentamento dos grandes problemas vivenciados por essas populações, mas é preciso, a exemplo destes povos, manter a força e a perspectiva da luta maior. Temos muito a aprender com quem cuida do nosso planeta há tantos anos, e é, para mim, cada vez mais claro que defender os direitos indígenas – à terra, à natureza, ao modo de ser, à saúde – é parte fundamental da luta pela vida.

Figura 1 - Atendimento domiciliar a família Guarani Mbya residente na Retomada Yyurupá em Terra de Areia, RS.



Fonte: Paulo Antônio Souza Marin, 2019.

Figura 2 - Caminhos da mata sagrada. Trabalho na Retomada Ka Aguy Porã em Maquiné, RS.



Fonte: Arquivo da autora, 2019.

Figura 3 - *Kunhangue*. Roda de conversa entre mulheres na Retomada Ka Aguy Porã em Maquiné, RS.



Fonte: Arquivo da autora, 2019.

Figura 4 - Conversa sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos na Aldeia Campo Bonito em Torres, RS.



Fonte: Arquivo da autora, 2019.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

1.1 Definindo e delimitando o DSEI ISul

O DSEI ISul, originalmente, abrange comunidades indígenas localizadas nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, em uma faixa territorial mais a Oeste da área costeira correspondente ao DSEI Litoral Sul (LSul), que, por sua vez, compreende comunidades indígenas localizadas nos estados do Rio de Janeiro e também de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Tal configuração foi estabelecida desde a Portaria N° 852 da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de 30 de setembro de 1999 (BRASIL, 1999b), que criou os 34 DSEIs identificados na Figura 5 e detalhados nas Figuras 6 e 7, cuja delimitação tomou como base especialmente a distribuição territorial das etnias indígenas, entre outros critérios particulares, resultando em DSEIs não correspondentes a limites geográficos usuais, como regiões, estados e municípios do país. Desde a criação dos DSEIs ISul e LSul, no entanto, houve reiteradas manifestações contrárias ao seu processo de delimitação e implantação, realizado de forma verticalizada, sem a participação das comunidades envolvidas (VARGA e GUARANI, 2003), contrariando diretriz definida já em 1993, na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI):

“O modelo assistencial para atenção à saúde indígena tem como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Os DSEI serão formados com base em projeto elaborado junto com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígenas (NISI) e com consultores técnicos, se necessário, definirão as atribuições de cada entidade envolvida.” (BRASIL, 1993)

O tema foi pauta recorrente de reuniões e encontros, por iniciativa das próprias lideranças indígenas, porém com poucos avanços. Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 2010, retornaram à pauta questões referentes à distribuição e execução orçamentária dos DSEIs ISul e LSul, consideradas conflitante na visão de conselheiros distritais de saúde (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2011a, 2011b).

Considerando a sobreposição de estados existente entre os DSEIs do Sul do país, a Portaria N° 32 de 23 de maio de 2012 autorizou, de forma bastante abrangente, a gestão orçamentária compartilhada entre DSEI ISul e LSul, como é possível observar no trecho abaixo:

“Art. 1º Fica subdelegada competência aos Chefes do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI-Interior Sul/SESAI/MS) e do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul (DSEI Litoral Sul/SESAI/MS) para realizarem atos de gestão orçamentária e financeira que atendam ambas as áreas de atuação das respectivas unidades administrativas.

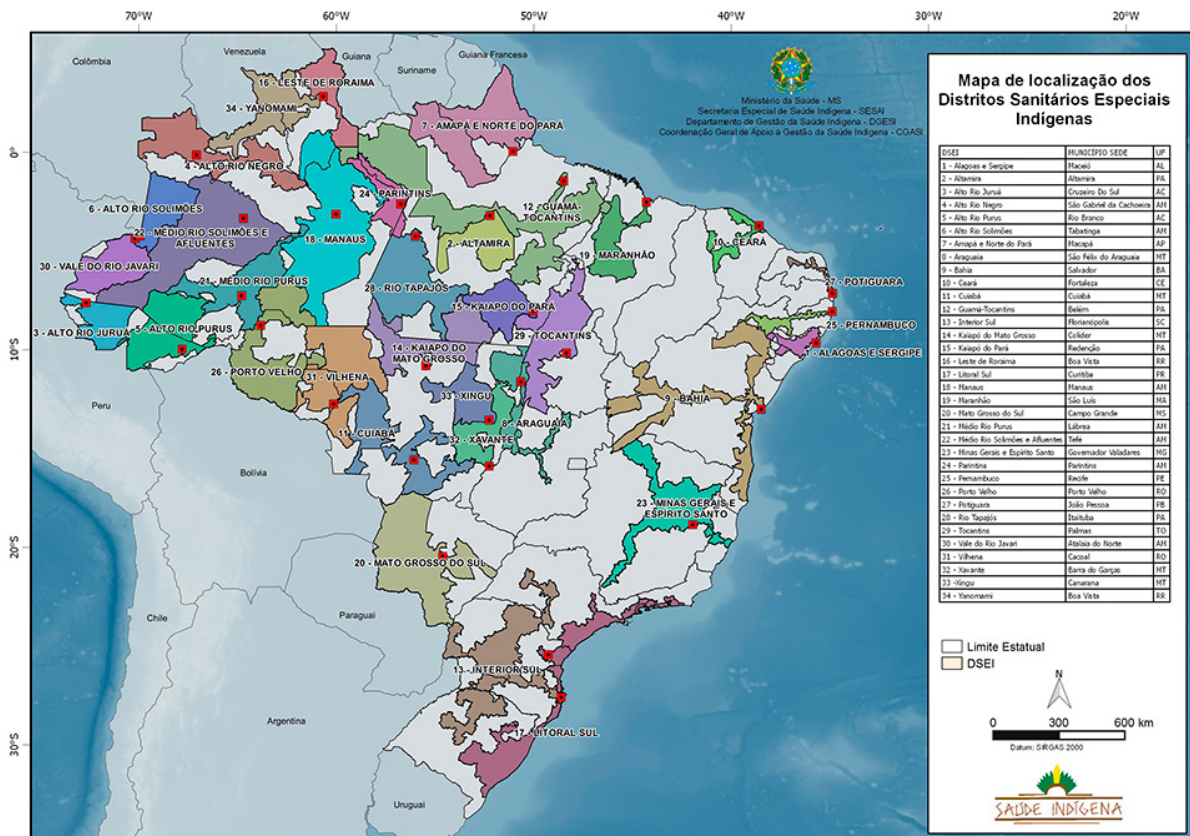
Parágrafo único. A competência subdelegada de que trata este artigo será exercida quando se mostrar conveniente e oportuna para maior eficiência da gestão do DSEI - Interior Sul/SESAI/MS e do DSEI - Litoral Sul/SESAI/MS, devidamente justificada e subscrita conjuntamente pelas respectivas autoridades administrativas.” (BRASIL, 2012b)

As mudanças que se seguiram à promulgação dessa portaria contam com poucos registros oficiais e desencadearam reações divergentes nas comunidades indígenas envolvidas. Houve, a partir de 2012, separação prática quanto à gestão, estando as terras indígenas (TIs) do RS e de Santa Catarina (SC) financiadas e gerenciadas pelo DSEI ISul, enquanto ao DSEI LSul competem Paraná (PR), São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), conforme pode ser verificado no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2012-2015 do DSEI ISul (BRASIL, 2012c). Os efeitos da nova divisão tornaram-se progressivamente mais amplos, até o momento presente em que mesmo dados epidemiológicos são computados conforme a área da gestão, por estados, e não seguindo a delimitação original dos DSEIs. Há grandes implicações dessa divisão, dentre elas a separação étnica artificial, que prejudica a análise dos indicadores de saúde, e a notável discrepância entre as esferas de gestão e de controle social, já que a última permanece respeitando a divisão original dos DSEIs para convocação de conselheiros distritais com direito a voz e voto em deliberações relevantes nas reuniões dos conselhos e conferências, ocasionando que a discussão de necessidades das comunidades e sua execução estejam totalmente apartadas. Há frequentes manifestações de insatisfação com a condução das demandas na atual divisão, com diferentes propostas de reestruturação ou adequação, como a criação de um DSEI específico para os povos Guarani (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2011b; SOUZA, 2014) ou a integração destes ao DSEI LSul (RÁDIO YANDÊ, 2018; COMISSÃO NHEMONGUETÁ, 2019), ou o envolvimento de conselheiros de ambos os distritos em reuniões mútuas e na elaboração dos PDSIs, vide exemplo abaixo da Ata da 3ª Reunião Ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) LSul:

“Os Conselheiros sugeriram que sejam convocados, para além dos Conselheiros do CONDISI LSul, os Conselheiros do Interior de SP e PR com as demandas de suas regiões para a elaboração do PDSI na reunião do CONDISI LSul convocada para fevereiro de 2020. Que estes conselheiros do interior, venham um dia antes de iniciar a reunião para alinhar as demandas junto ao Conselho do Litoral Sul. E que os Conselheiros do CONDISI LSul, que representam as regiões do RS e SC, possam participar da elaboração e aprovação do PDSI 160 ISul 2020-2023, devido a gestão destes territórios ser de responsabilidade do DSEI ISul. A proposta de participação foi aprovada por unanimidade entre os Conselheiros.” (CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA LITORAL SUL, 2019)

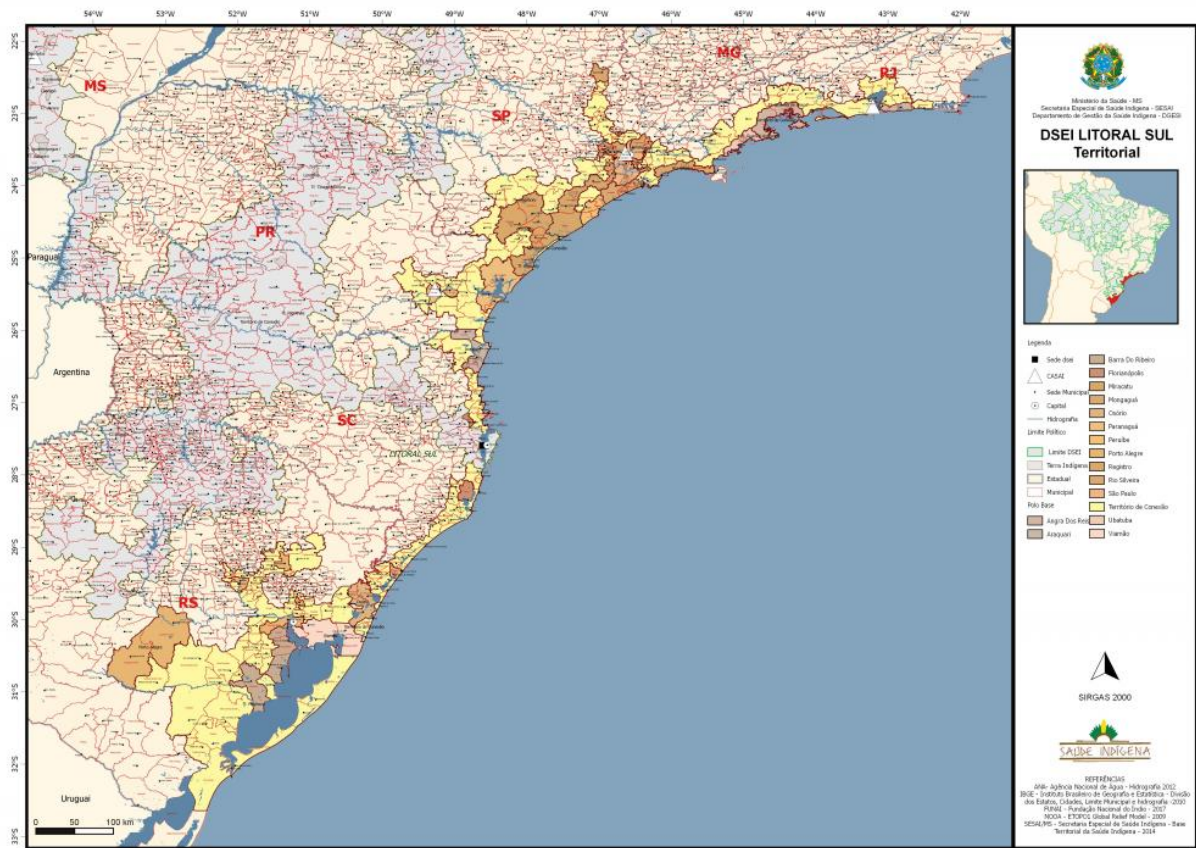
A discrepância entre a delimitação original dos DSEIs e sua operação prática em novas divisões segundo a gestão também contribuiu para a dificuldade em encontrar dados consolidados sobre o DSEI ISul em sua conformação atual, com mapas e tabelas descritivas listados na maioria dos trabalhos e fontes representando somente a configuração original. O próprio site do Ministério da Saúde trazia, até meados de 2020, dados referentes a 31/12/2017 (BRASIL, 2017c), vide Figuras 6 e 7, porém atualmente conta com informações mais atualizadas em seu novo domínio (BRASIL, 2020a).

Figura 5 - Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 2017.



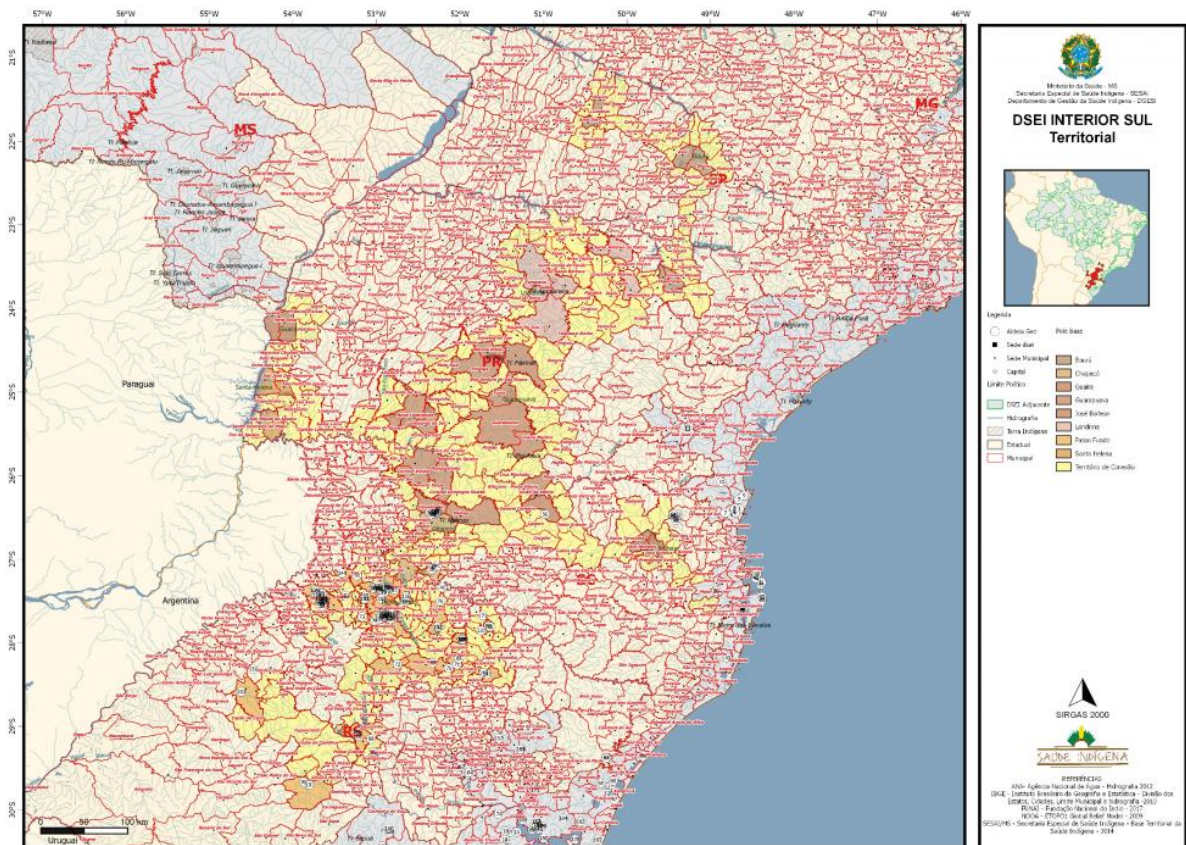
Fonte: DGESI/SESAI. Extraído do Website do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a)

Figura 6 - Mapa territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, 2017.



Fonte: DGESI/SESAI. Extraído do Website do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b)

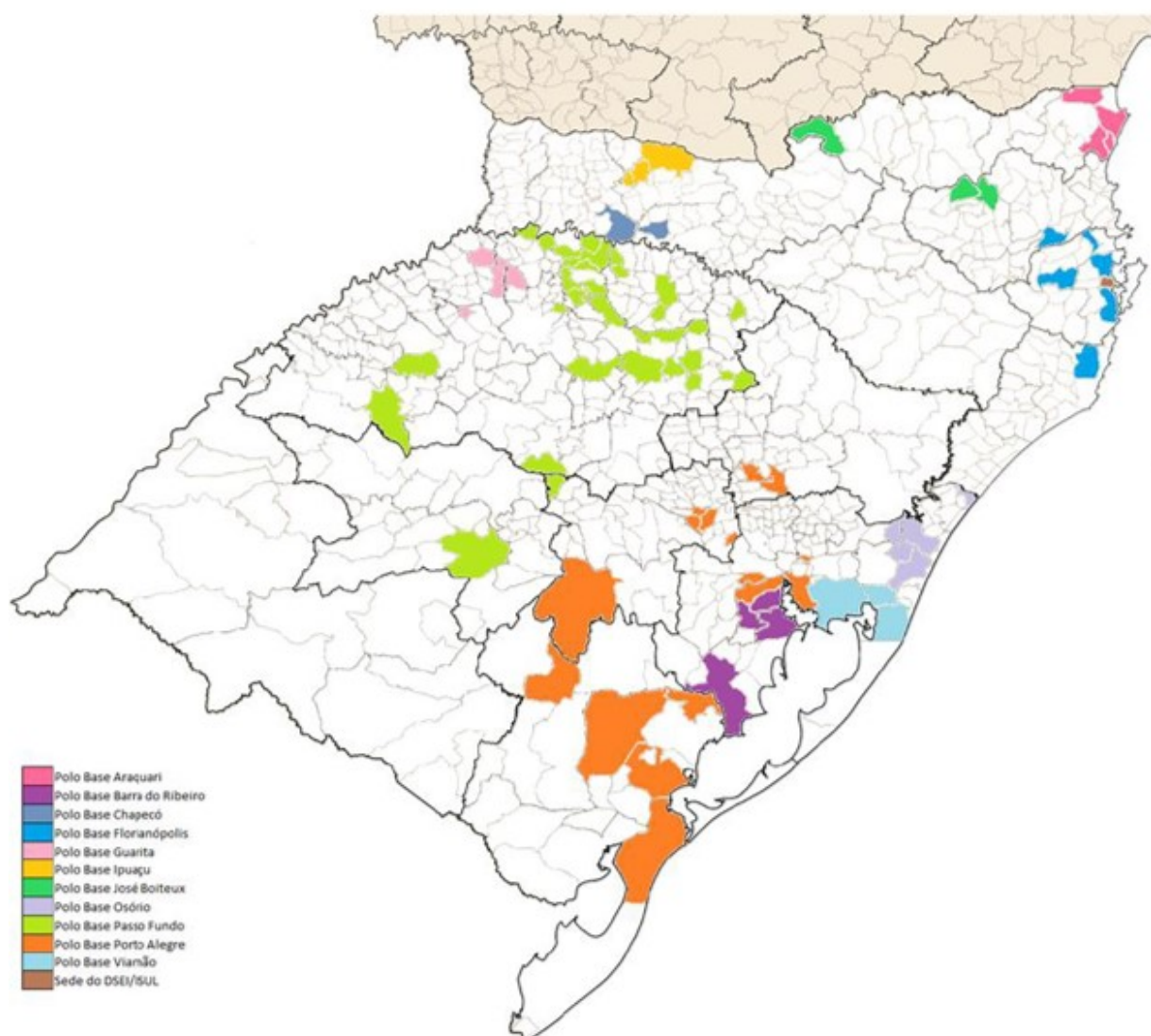
Figura 7 - Mapa territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, 2017.



Fonte: DGESI/SESAI. Extraído do Website do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c)

Para fins deste trabalho, iremos considerar a gestão do DSEI ISul, que atualmente abrange os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com sede administrativa localizada em São José/SC, município da região metropolitana de Florianópolis. A área do DSEI ISul totaliza 165.869 hectares, divididos em 11 Polos Base e 82 municípios (Figura 8). O Rio Grande do Sul tem 129 aldeias e 15 acampamentos, totalizando área de 111.292 hectares e 27.539 habitantes. Já Santa Catarina compreende 47 aldeias e 3 acampamentos, com menor extensão territorial (54.567 hectares) e população (11.406 indivíduos) (DIASI, 2019).

Figura 8 - Mapa do DSEI Interior Sul, 2019 - Localização da sede do DSEI e dos municípios atendidos por seus 11 Polos Base.



Fonte: Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) do DSEI ISul – Dados consolidados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) referentes a novembro de 2019. Extraído de documento interno (DIASI, 2019).

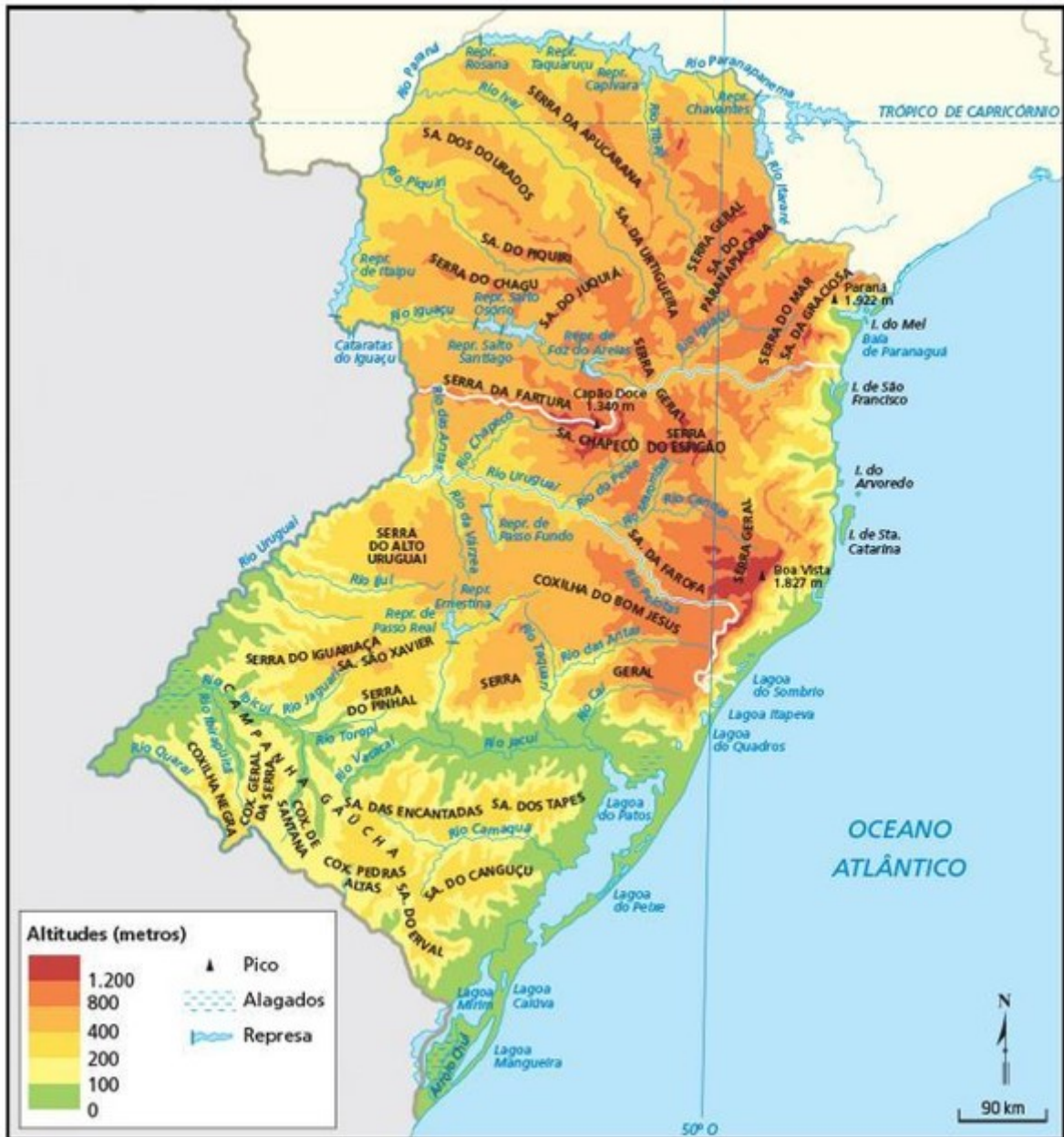
1.2 Aspectos físicos do DSEI ISul

As terras indígenas do DSEI ISul se localizam em cinco das seis mesorregiões de SC (Grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Norte Catarinense, Sul Catarinense e Oeste Catarinense), poupando a região Serrana, e seis das sete mesorregiões do RS (Metropolitana de Porto Alegre, Noroeste Rio-grandense, Nordeste Rio-grandense, Centro-Occidental Rio-grandense, Centro-Oriental Rio-grandense e Sudeste Rio-grandense), poupando a região Sudoeste Rio-grandense (IBGE, 1990). Há aldeias próximas a grandes rodovias e outras em locais mais remotos, de acesso difícil.

O relevo do Rio Grande do Sul divide-se em uma área de planalto ao norte, que compõe o Planalto Meridional, a área das Serras de Sudeste, caracterizadas pela presença de coxilhas (colinas formando ondulações em áreas de campos), entre as duas a área de Depressão Central, com terras baixas que cortam o estado latitudinalmente, e a Planície Costeira, que abrange todo o litoral e boa parte da Região Metropolitana de Porto Alegre (Figura 9) (WIKIPÉDIA, 2020a). É o estado com menores altitudes da região Sul, mas também conta com áreas elevadas a mais de mil metros. Há muitas aldeias em áreas de planalto e na planície costeira, algumas na Depressão Central e poucas nas áreas de coxilhas. Santa Catarina, por sua vez, apresenta grande parte de seu território acima dos 500 metros de altitude, com extensa área de planalto em região oeste e central e serras

próximas ao litoral (Figura 9) (WIKIPÉDIA, 2020b). O prolongamento das Serras Litorâneas em direção ao mar forma as Planícies Costeiras, onde se localiza a maior parte das aldeias de SC. Outras aldeias distribuem-se por áreas de planalto ao norte e ao oeste do estado.

Figura 9 - Mapa de relevo da região Sul do Brasil.



Fonte: Internet. <https://docplayer.com.br/docs-images/77/75211049/images/5-1.jpg>

O clima de ambos os estados é subtropical úmido, com quatro estações consideravelmente bem definidas, grande amplitude térmica e chuvas bem distribuídas ao longo do ano (WIKIPÉDIA, 2020a, 2020b). No entanto, em consonância com as tendências globais de mudança climática, confirmando projeções de anos anteriores, tanto RS como SC têm apresentado, nas últimas décadas, maior incidência de eventos extremos, como chuvas torrenciais, ventos fortes, estiagem prolongada em períodos atípicos, deslizamentos de terra, enchentes e até mesmo ciclones, com o caso marcante do furacão Catarina (MARENGO, 2010).

A região é bem abastecida por rios caracterizados por grandes volumes de água e alto potencial hidrelétrico, que compõe as bacias hidrográficas do Paraná e do Uruguai, com drenagem para o interior do

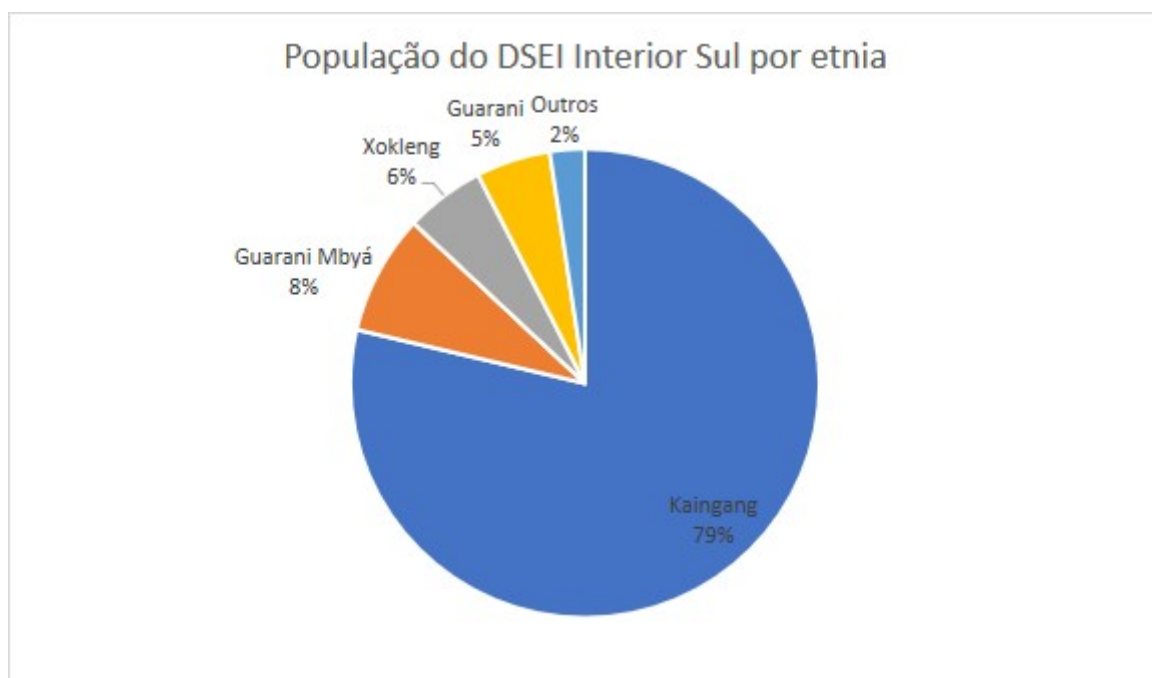
continente. Há ainda a contribuição de rios e lagos que integram bacias hidrográficas menores, com drenagem para o oceano Atlântico. O balanço hídrico atinge níveis críticos em algumas regiões nos meses de verão. A qualidade das águas superficiais piora significativamente próximo a centros urbanos, com aumento de efluentes domésticos e industriais (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Quanto à vegetação, houve grande devastação da Mata de Araucárias e da Mata Atlântica, presentes respectivamente nas áreas elevadas de planaltos e nas encostas da Serra do Mar, hoje em fase de reflorestamento. Há, ainda, áreas de floresta decídua, grande extensão de campos limpos em áreas de planalto e coxilhas, e vegetação litorânea ao longo da costa (WIKIPÉDIA, 2020a, 2020b). Observamos, nas aldeias, reduzido acesso a áreas de mata nativa – para coleta – ou a áreas com adequada fertilidade do solo – para plantio –, dificultando a subsistência alimentar e prejudicando os tratamentos de medicina tradicional, que dependem da presença de determinadas variedades vegetais.

1.3 Aspectos demográficos do DSEI ISul

A população do DSEI ISul totaliza 38.945 indígenas (DIASI, 2019), sendo composta pelas seguintes etnias, em suas respectivas proporções: Kaingang (78,68%), Guarani Mbya (8,29%), Xokleng (5,49%) e Guarani (5,13%), além das etnias Charrua, Guarani Kaiwoá, Terena, Pataxó, Galibi, Saterê-Mauê e Xetá, que totalizam, aproximadamente, 2,41% (Figura 10).

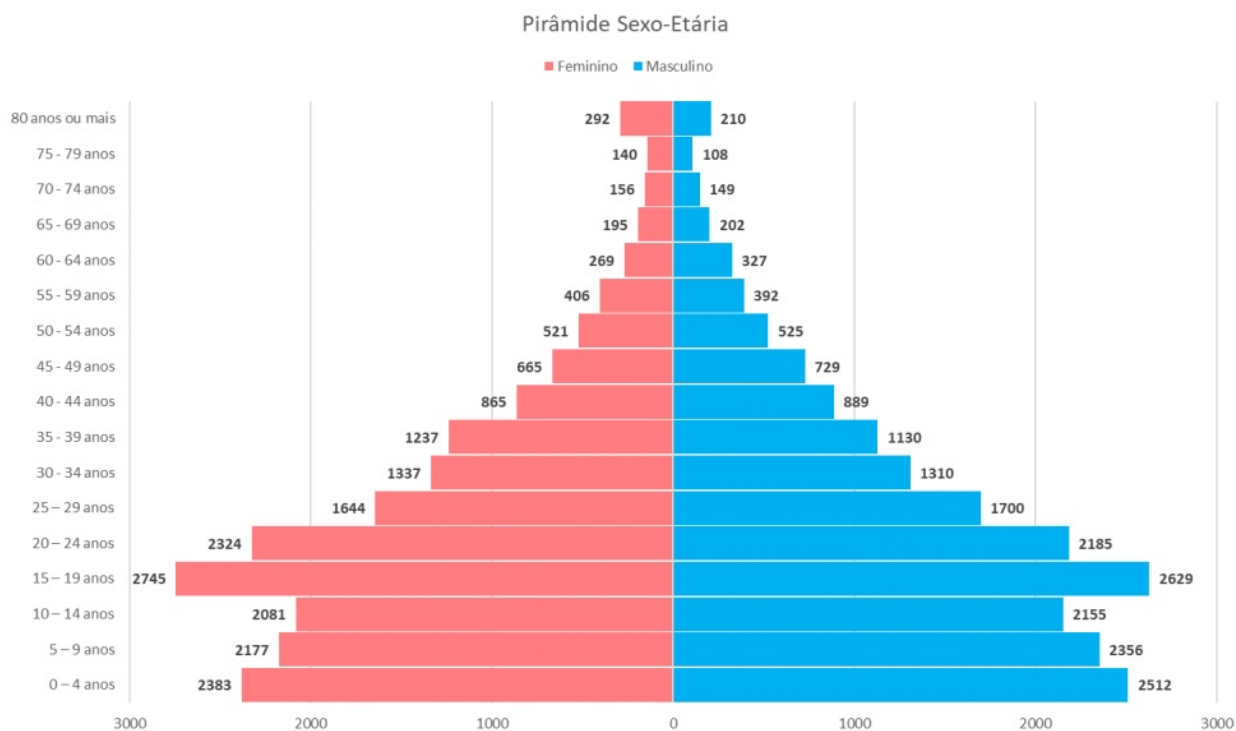
Figura 10 - População do DSEI Interior Sul em 2019, por etnia, em percentual do total geral (%).



Fonte: DIASI/SIASI 2019. Extraído de documento interno (DIASI, 2019).

A pirâmide sexo-etária, reproduzida na Figura 11, tem estreitamento de sua base e alargamento de seu topo, com faixa-etária mais numerosa entre os 15 e os 19 anos, configuração que sinaliza tendência de envelhecimento populacional nas últimas décadas, correspondendo à fase da transição demográfica em que a população do DSEI ISul se encontra. Há leve predominância de homens, com um coeficiente de masculinidade de 100,36 para cada 100 mulheres.

Figura 11 - População do DSEI Interior Sul em 2019, segundo o sexo e os grupos de idade, em números absolutos.



Fonte: DIASI/SIASI 2019. Extraído de documento interno (DIASI, 2019).

1.4 Aspectos socioambientais do DSEI ISul

As fontes oficiais (BRASIL, 2012c) e os materiais compilados pela equipe do DSEI (DIASI, 2019) carecem de dados que informem, de maneira mais abrangente e aprofundada, sobre as condições de vida dos indígenas da região Sul. Alguns elementos de interesse incluiriam escolaridade, acesso a bens e serviços, emprego e renda, saneamento básico, segurança alimentar, condição de moradia, entre muitos outros, reconhecendo também as limitações do uso desses marcadores para o estudo de comunidades tradicionais. Por esse motivo, para traçar um esboço dos aspectos socioeconômicos e socioambientais que caracterizam o DSEI ISul, foi necessário explorar os dados encontrados em fontes externas, relatados a seguir.

1.4.1 Os indígenas no Censo de 2010

Realizamos um primeiro exercício descritivo com base em buscas aos dados levantados no Censo Demográfico de 2010, disponíveis no Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) (IBGE, 2012). Por conveniência, foram analisados somente os dados de pessoas residentes em terras indígenas no RS e em SC. Para cada tabela consultada, também buscou-se utilizar esse descritor de nível territorial - "Terras Indígenas", que as diferencia nominalmente - para deduzir a etnia majoritária em cada local e, a partir disso, agregar os dados disponíveis dos vários territórios para uma representação estimada por etnia. Para esse cálculo, foram excluídas as TIs em que não havia um predomínio tão marcado de uma etnia em específico.

Conforme a Tabela 3477 do Censo 2010, referente à existência e ao tipo de registro de nascimento, considerando indígenas de até 10 anos de idade residentes em terras indígenas, a grande maioria possuía registro em cartório (SC 85,73% e RS 86,84%), mas ainda porção significativa detinha somente o Registro Administrativo de Nascimento Indígena - RANI - (SC 13,03% e RS 11,29%). É possível imaginar impactos da falta de documentação para o acesso a serviços públicos e benefícios sociais, entre outros.

A Tabela 3480 intitula-se "Pessoas indígenas de 5 anos ou mais de idade, residentes em terras indígenas,

por condição de falar português no domicílio, condição de falar língua indígena no domicílio e grupos de idade, segundo as Terras Indígenas” e encontra-se reproduzida de forma sumária na Tabela 1. Quanto à língua falada em casa, observamos uma maior proporção de acesso ao aprendizado e uso da língua indígena no domicílio no estado do RS, onde tanto os Guarani como os Kaingang tiveram elevados percentuais. Em SC, a etnia Xokleng teve menos preservada a fala de sua língua própria em domicílio, com maior acesso à língua portuguesa. Em ambos os estados, os dados referentes aos Guarani e aos Kaingang permitem as seguintes observações: a maioria dos indígenas falava a língua indígena no domicílio, chegando a 98,62% dentre os Guarani do RS; percentual significativo dos indígenas tinha domínio de ambas as línguas, sendo estes já maioria dentre os Kaingang (até 75,8% no RS); no entanto, mais da metade dos Guarani incluídos na pesquisa ainda não falavam português no domicílio, comunicando-se somente na língua indígena (até 56,03% no RS).

Tabela 1 - Indígenas de 5 anos ou mais de idade, residentes em terras indígenas no RS e em SC, por condição de falar português e/ou língua indígena no domicílio, por etnia* e por estado, em percentual (%).

	Total		Xokleng		Kaingang		Guarani	
	SC	RS	SC	SC	RS	SC	RS	
Falavam a língua indígena no domicílio	27,72	80,93	34,25	61,86	85,05	79,85	98,62	
Não falavam português no domicílio	5,92	10,68	0,38	7,25	9,32	50,9	56,03	
Falavam somente a língua indígena	5,45	10,56	0,06	7,06	9,25	50,54	54,65	
Falavam somente português	55,24	14,71	30,29	21,40	6,05	1,28	0	
Falavam ambas as línguas	22,26	70,37	34,19	54,79	75,80	29,31	43,97	

*Dados por etnia calculados pela autora.

Fonte: Tabela 3480 do Censo 2010 (IBGE, 2012).

Já a tabela 3478, intitulada “Pessoas de 10 anos ou mais de idade, residentes em terras indígenas, total e indígenas, por alfabetização e as classes de rendimento nominal mensal, segundo as Terras Indígenas”, traz informações mais interessantes se comparadas a um panorama mais amplo, conforme dados também obtidos no Censo de 2010. Considerando o total da população, incluindo indígenas e não-indígenas, as pessoas não alfabetizadas somavam 9,02% no Brasil, 3,86% em SC e 4,25% no RS. Dentro das terras indígenas, o mesmo percentual sobe para 12,34% em SC, sendo 6,05% entre os Xokleng, 11,48% entre os Kaingang e 19,73% entre os Guarani, e atinge 18,77% nas aldeias do RS, sendo 15,78% entre os Kaingang e 49,52% entre os Guarani. A maioria dos entrevistados em ambos os estados e de todas as etnias se declarava sem rendimentos (SC 51,96% e RS 55,58%), categoria que também incluiu as pessoas que recebiam somente em benefícios. Considerando o valor do salário-mínimo da época (R\$ 510,00), quem possuía algum rendimento afirmava receber, em SC, de mais de meio a um salário mínimo (19,48%) ou mais de um a dois salários mínimos (14,15%) e, no RS, até meio salário mínimo (18,36%) ou de mais de meio a um salário mínimo (16,96%), com proporções similares entre as etnias, sendo os valores mais baixos encontrados para os Guarani do RS.

A Tabela 3481 intitula-se “Domicílios particulares permanentes localizados em terras indígenas, por existência de energia elétrica, condição de ocupação do domicílio, existência de banheiro ou sanitário e tipo de esgotamento sanitário, forma de abastecimento de água e destino do lixo, segundo as Terras Indígenas” e contribui para a caracterização da situação de moradia e saneamento das localidades pesquisadas. Nesse ponto, é importante ressaltarmos que apenas as TIs que estavam nas situações fundiárias de *declarada*, *homologada*, *regularizada*, ou *em processo de aquisição como reserva indígena* até a data de 31 de dezembro de 2010 foram incluídas nas análises do Censo, não contemplando, por exemplo, acampamentos e retomadas que certamente se encontrariam em situação estrutural mais precária.

Quanto ao tipo de domicílio, em todas as TIs da região predominavam casas, chegando a 90,55% no RS (com menor proporção nas terras Guarani, onde 78,9% residiam em casas, atingindo 98,7% entre os Kaingang) e 97,57% em SC (com porcentagens similares nas três etnias). Os demais entrevistados, ao critério do Censo, residiam em ocas, malocas ou outras formas de moradia.

Energia elétrica estava disponível em 91,05% dos domicílios no RS, sendo 95,19% entre os Kaingang e 70,43% entre os Guarani, e em 93,69% dos domicílios em SC, sem diferença relevante entre as etnias.

Ainda que residissem em casas, tratando-se de saneamento, nas TIs do RS, apenas 13,09% dos entrevistados tinham acesso a rede geral de esgoto, rede coletora de águas pluviais ou fossa séptica; 41,39% utilizavam fossa rudimentar; 11,22% utilizavam vala; 0,34% eliminavam dejetos em rio, lago ou mar; 6,42% utilizavam outro tipo e sistema; e 27,54% se declaravam sem sanitário ou banheiro de uso exclusivo. As aldeias Guarani apresentavam maior proporção desta última categoria (36% se declarando sem banheiro, caso de 17,2% dos Kaingang) e maior proporção de outro tipo de banheiro (15,3%), enquanto as aldeias Kaingang apresentavam maior acesso a rede geral de esgoto (17,9%, caso de 13,6% dos Guarani), fossa rudimentar (45%, sendo apenas 30,8% entre os Guarani) e vala (15,8% contra 4,1% nas aldeias Guarani). Nas TIs de SC, houve percentual menor de entrevistados que se declararam sem sanitário ou banheiro de uso exclusivo (14,7%) e maior proporção de pessoas com acesso a rede geral de esgoto, rede coletora de águas pluviais ou fossa séptica (22,54%); similarmente ao RS, 46,27% utilizavam fossa rudimentar; 12,35% utilizavam vala; 1,57% eliminavam dejetos em rio, lago ou mar; e 2,57% utilizavam outro tipo e sistema. Quanto às diferenças entre as etnias, as aldeias Kaingang de SC, ao contrário do RS, foram aquelas com maior percentual de entrevistados que se declaravam sem sanitário ou banheiro de uso exclusivo (11,85%, em comparação a 5,08% dos Guarani e 0,95% dos Xokleng) e com menor acesso a rede geral de esgoto, rede coletora de águas pluviais ou fossa séptica (11,18%, em comparação a 23,62% dos Guarani e 32,4% dos Xokleng), predominando o uso de fossa rudimentar (72,47%, em comparação a 59,65% dos Guarani e 28,94% dos Xokleng). Na etnia Xokleng, apesar do acesso mais estruturado aos sistemas de saneamento (61,4% da rede geral, pluvial, fossa séptica ou fossa rudimentar), maior proporção dos entrevistados relatava uso de rio, lago ou mar (12,54%, em comparação a 2,08% dos Guarani e 0,19% dos Kaingang) e outro tipo de sanitário (21,93% X vs 0,53 G e vs 0,32 K). Os dados estão reproduzidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Domicílios localizados em terras indígenas no RS e em SC, por tipo de esgotamento sanitário, por etnia* e por estado, em percentual (%).

	Total		Xokleng		Kaingang		Guarani	
	SC	RS	SC	SC	RS	SC	RS	
Rede geral de esgoto, pluvial ou fossa séptica	22,54	13,09	32,46	11,18	17,99	23,63	13,66	
Fossa rudimentar	46,27	41,39	28,95	72,47	45,05	59,66	30,87	
Vala	12,35	11,22	3,16	3,97	15,87	9,02	4,14	
Rio, lago ou mar	1,57	0,34	12,55	0,19	0,57	2,08	0	
Outro tipo	2,57	6,42	21,93	0,32	3,24	0,54	15,34	
Sem banheiro de uso exclusivo ou sanitário	14,70	27,54	0,97	11,86	17,29	5,08	36,00	

*Dados por etnia calculados pela autora.

Fonte: Tabela 3481 do Censo 2010 (IBGE, 2012).

O abastecimento de água nas TIs do RS ocorria em 71,51% dos casos pela rede geral, em 25,39% dos casos por poço ou nascente e em uma minoria de domicílios por outras fontes (3,1%). O uso de rios, açudes ou lagos pelos Guarani (14%) era bastante maior que entre os Kaingang (0,11%). Em SC, apenas 30,11% dos domicílios eram abastecidos pela rede geral, predominando o uso de poços ou nascentes (69,28%). O acesso à rede geral era maior entre os Kaingang – 40,74%, em comparação a 26,37% entre os Guarani e 16,14% entre os Xokleng (no entanto, para estes últimos, constava outra fonte de abastecimento, não especificada, responsável pelo abastecimento de 100% dos domicílios de uma das aldeias).

A questão do destino do lixo também figurou entre os temas pesquisados no Censo. Nas TIs do RS, somente 22,59% do lixo era coletado, sendo 62,09% queimado, com proporções similares em ambas as etnias. Em SC, os valores gerais foram similares, com 20,75% de lixo coletado e 66,83% queimado. Entretanto, os dados apontaram maior acesso à coleta de lixo nas aldeias Guarani (61,9%, em comparação a 28,0% dos Kaingang e 10,26% dos Xokleng), com redução da necessidade de queima (30,98%, em comparação a 45,37% dos Kaingang e 37,28% dos Xokleng). Houve maior proporção de lixo enterrado pelos Kaingang (9,95%, em comparação a

3,89% dos Guarani e 1,40% dos Xokleng). Além disso, tal como ocorrido para o abastecimento de água, os Xokleng relataram dar outro destino, não descrito na pesquisa, a metade do seu lixo (50,35%, em comparação a 28,7% dos Kaingang e 2,11% dos Guarani).

1.4.2 A região Sul/Sudeste no Inquérito Nacional

Ampliando nosso olhar além dos dados obtidos através do Censo Demográfico de 2010, mas mantendo o enfoque nas terras indígenas, exploramos as informações provenientes do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, realizado entre 2008 e 2009 com intuito de caracterizar o estado nutricional e outros indicadores de saúde de mulheres indígenas entre 14 e 49 anos e crianças indígenas menores de cinco anos de idade (COIMBRA JR et al., 2013). Nesse estudo, foram visitadas 113 aldeias em todo o país, selecionadas de forma a representar, estatisticamente, uma amostra da população indígena residente no Brasil e em suas regiões geopolíticas; para as finalidades da pesquisa, no entanto, as regiões Sul e Sudeste foram agregadas. A coleta de dados nas aldeias foi realizada por censo (se o número total de mulheres e crianças nas faixa-etárias preconizadas fosse de até 150 indivíduos) ou amostragem. Aldeias vazias, desativadas ou com menos de 31 habitantes foram excluídas do estudo. Na região Sul/Sudeste, foram avaliadas 20 aldeias, cujas características sociodemográficas, infraestruturais e sanitárias reproduzimos na Tabela 3, na Figura 12 e nos parágrafos a seguir.

O número médio de habitantes por aldeia na Região Sul/Sudeste (S/SE) foi de 472,3, tendo metade das aldeias menos de 320 habitantes. Ainda que esses valores pudessem estar falsamente elevados pela exclusão de aldeias com menos de 31 habitantes, vemos uma região caracterizada por aldeias pequenas, mais populosas apenas que as aldeias da região Norte (N) do país. As maiores aldeias se encontravam na região Centro-Oeste (CO) – superando os 7000 habitantes –, seguida da região Nordeste (NE). Quanto ao número de habitantes por domicílio, houve padrão similar entre as regiões (mediana de 5 e média de 5,2 a 5,5 para S/SE, NE e CO), exceto para a região Norte, com média de 7,4 habitantes por domicílio, alguns com mais de 40 habitantes. Quanto ao número de crianças menores de 5 anos por domicílio, todas as regiões apresentaram a mesma mediana (1 criança), com média de mesmo valor nas regiões S/SE e NE, aumentando nas regiões CO e N (1,2 e 1,5, respectivamente).

O Inquérito também avaliou a escolaridade das mulheres entre 14 e 49 anos. Na região Sul/Sudeste, a maioria das mulheres havia estudado por 1 a 4 anos (34,4%) ou 5 a 9 anos (31,7%), porém ainda 14,6% das entrevistadas não possuía qualquer educação formal e apenas 19,3% havia estudado por 10 ou mais anos. Os valores para a região estavam próximos às médias nacionais. A maior disparidade coube à região NE, que apresentou menor proporção de mulheres sem acesso a educação formal (8,2%) e número significativo de mulheres com 10 ou mais anos de estudo (29,7%).

A infraestrutura dos domicílios pode ser bastante característica de cada etnia indígena, mas, ainda assim, o levantamento de dados sobre essas edificações fornece elementos contextuais interessantes. Na região Sul/Sudeste, os principais materiais utilizados para a construção dos domicílios eram industrializados, predominando cerâmica ou cimento para o piso (53,8%), tijolos para as paredes (44,8%) e telhas de barro para cobertura (55,5%). Proporções ainda maiores de materiais de construção industrializados foram encontradas no Nordeste, estando acima de 75% para todos os quesitos. Na região CO, predominavam casas de chão batido (58,2%), ainda que os demais elementos fossem industrializados. Já no Norte, a maioria das casas era confeccionada em madeira, tanto no piso (55,6%) como nas paredes (64%). O acesso a energia elétrica era bastante desigual entre as regiões, atingindo quase a totalidade das casas na região NE (94,4%), 85,6% na região S/SE, 66,4% na região CO e apenas 30,1% das casas na região N, onde também outros 34,5% dos domicílios tinham acesso à eletricidade somente de forma intermitente, com o uso de geradores.

Outra variável considerada no Inquérito buscou refletir, de forma indireta, o *status* socioeconômico das aldeias, a partir de um índice de bens duráveis presentes nos domicílios. O estudo encontrou índices mais elevados nas regiões NE e S/SE, e menores índices na região N.

Tabela 3 - Características sociodemográficas da amostra e distribuição dos domicílios por características de infraestrutura, presença de eletricidade e condições sanitárias, na região Sul/Sudeste, 2008-2009.

	Sul/Sudeste
Residentes por aldeia – Média / Mediana (Mín-Máx) – n	472,3 / 320 (81-1500)
Residentes por casa – Média / Mediana (Mín-Máx) – n	5,4 / 5 (2-20)
Crianças de até 5 anos por casa – Média / Mediana (Mín-Máx) – n	1 / 1 (0-7)
Mulheres de 14 a 49 anos conforme escolaridade (%):	
Nenhuma	14,6
1-4 anos	34,4
5-9 anos	31,7
10+ anos	19,3
Características das casas (%):	
Piso:	
Cerâmica ou cimento	53,8
Madeira	22,1
Chão batido	24,1
Paredes:	
Material	44,8
Madeira	31,9
Barro ou sapê	9,9
Papel, plástico ou outro	13,4
Teto:	
Telhas de barro	55,5
Folhas de zinco	39,8
Madeira ou sapê	2,6
Papel, plástico ou outro	2,1
Eletricidade em casa (%)	85,5
Local de defecação (%):	
Estrutura própria dentro de casa	25,7
Estrutura própria fora de casa	38,1
Céu aberto	35,9
Destino de resíduos humanos (%):	
Rede de esgoto	8,3
Fossa séptica	62,5
Fossa rudimentar	28,8
Rio, lago ou oceano	0,4
Destino do lixo doméstico (%):	
Coletado	23,3
Enterrado, descartado ou queimado na aldeia	74,4
Fonte de água para beber (%):	
Sistema municipal	8,6
Poço artesiano ou nascente	78,4
Poço raso	8,6
Rio, lago ou reservatório	2,3

Fonte: I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, 2008-2009 (COIMBRA JR et al., 2013).

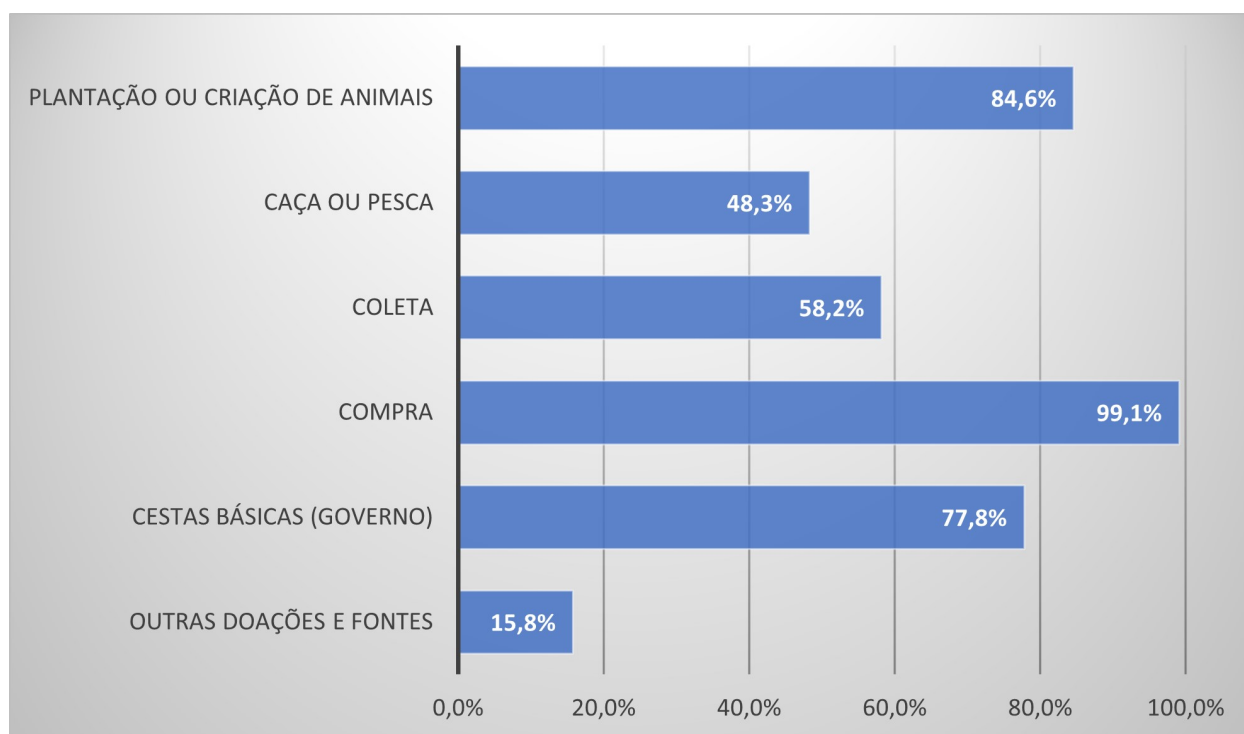
Apesar dos materiais pouco tradicionais utilizados na construção dos domicílios, sugerindo a presença de casas com estrutura similar às de regiões externas às aldeias, apenas 25,7% dos domicílios pesquisados na região S/SE dispunham de banheiro ou outra estrutura sanitária em área interna. Grande proporção dos entrevistados reportava defecação a céu aberto (35,9%), acima da média nacional (30,6%) e atrás apenas da região N (40,4%). Para o destino de resíduos, no entanto, a região S/SE apresentava maiores proporções de acesso a rede de esgoto (8,3%) e fossa séptica (62,5%) em relação às médias nacionais, que demonstraram predomínio de fossas rudimentares (63,3%). O lixo doméstico, similarmente ao encontrado no Censo de 2010, era em sua maior parte

enterrado, descartado ou queimado na aldeia (74,4%). A coleta de lixo estava disponível em 23,3% dos domicílios, taxa menor que a da região NE (38,4%), porém muito maior que a das regiões N (1,1%) e CO (0%). De forma geral, no país e em todas as regiões, as principais fontes de água foram aquelas localizadas dentro ou nas proximidades das aldeias, sem tratamento prévio, como poços artesianos ou nascentes (55,2%), atingindo 78,4% na região S/SE; no entanto, os autores frisaram que, mesmo quando a aldeia dispunha de fonte local, a água nem sempre chegava às bicas, por problemas como “bomba d’água quebrada, falta de combustível para ligar o motor gerador, registro defeituoso, ou mesmo encanamento furado ou cuja instalação se deu de maneira incompleta” (COIMBRA JR, 2014), situações que testemunhamos ainda hoje no dia-a-dia das aldeias.

O escasso suprimento de serviços públicos para as aldeias indígenas, conforme encontrado no Inquérito, fica mais evidente se comparado à realidade da população geral do Brasil em período semelhante. Dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico - PNSB - de 2008 (IBGE, 2010), cruzados a dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - do mesmo ano (IBGE, 2008), mostram que as regiões Sul e Sudeste apresentavam, respectivamente uma cobertura de 84,2% e 87,5% dos domicílios abastecidos de água por rede geral, proporção muito maior que em outras regiões do país (e.g. Norte com 45,3%). Em todo o país, 44% dos domicílios tinham acesso à rede geral de esgoto, porém apenas na região Sudeste mais da metade (69,8%) dos domicílios eram esgotados; essa cobertura, na região Sul, atingia somente 30,2% dos domicílios, proporção ainda bastante maior que a encontrada nas terras indígenas. Na PNSB, verificou-se que a quase totalidade dos municípios brasileiros dispunha de serviço de manejo de resíduos sólidos, motivo pelo qual os dados apresentados enfocaram mais o destino desse lixo que o acesso à coleta, sem detalhamento por domicílio, impossibilitando a comparação aos dados do Inquérito Nacional. Cabe ressaltar, porém, que houve destaque à região Sul, pelas menores proporções de destinação dos resíduos sólidos aos lixões (chegando a apenas 2,7% em SC e 16,5% no RS) e grande número de municípios (46,0%) com programas de coleta seletiva que cobriam todo o município.

Finalmente, o inquérito quanto às fontes utilizadas para obtenção de alimentos nas aldeias gera a interessante constatação de que, em praticamente todo o país, pelo menos um item de consumo regular necessitava ser comprado (96,4%). Ainda assim, na região S/SE (Figura 12), proporção significativa dos entrevistados também reportava plantar ou criar animais (84,6% - similar à média nacional), bem como caçar ou pescar (48,3%) e coletar (58,2%), práticas mais difundidas na região N (94% e 85,4%, respectivamente), provavelmente refletindo a heterogeneidade de acesso a locais próprios para essas atividades (mata nativa, rios, entre outros). O recebimento de cestas básicas de instituições governamentais na região S/SE (77,8%) foi maior que a média nacional (41,1%) e especialmente significativa se comparada à região N, que demonstrou difícil acesso a esses insumos (apenas 3,5%).

Figura 12 - Formas de produção e obtenção de alimentos em aldeias indígenas da região Sul/Sudeste do Brasil em 2008-2009, por fonte alimentar, em percentual de domicílios que reportaram seu uso (%).



Fonte: I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, 2008-2009 (COIMBRA JR et al., 2013).

1.4.3 Condições atuais de saneamento no DSEI ISul

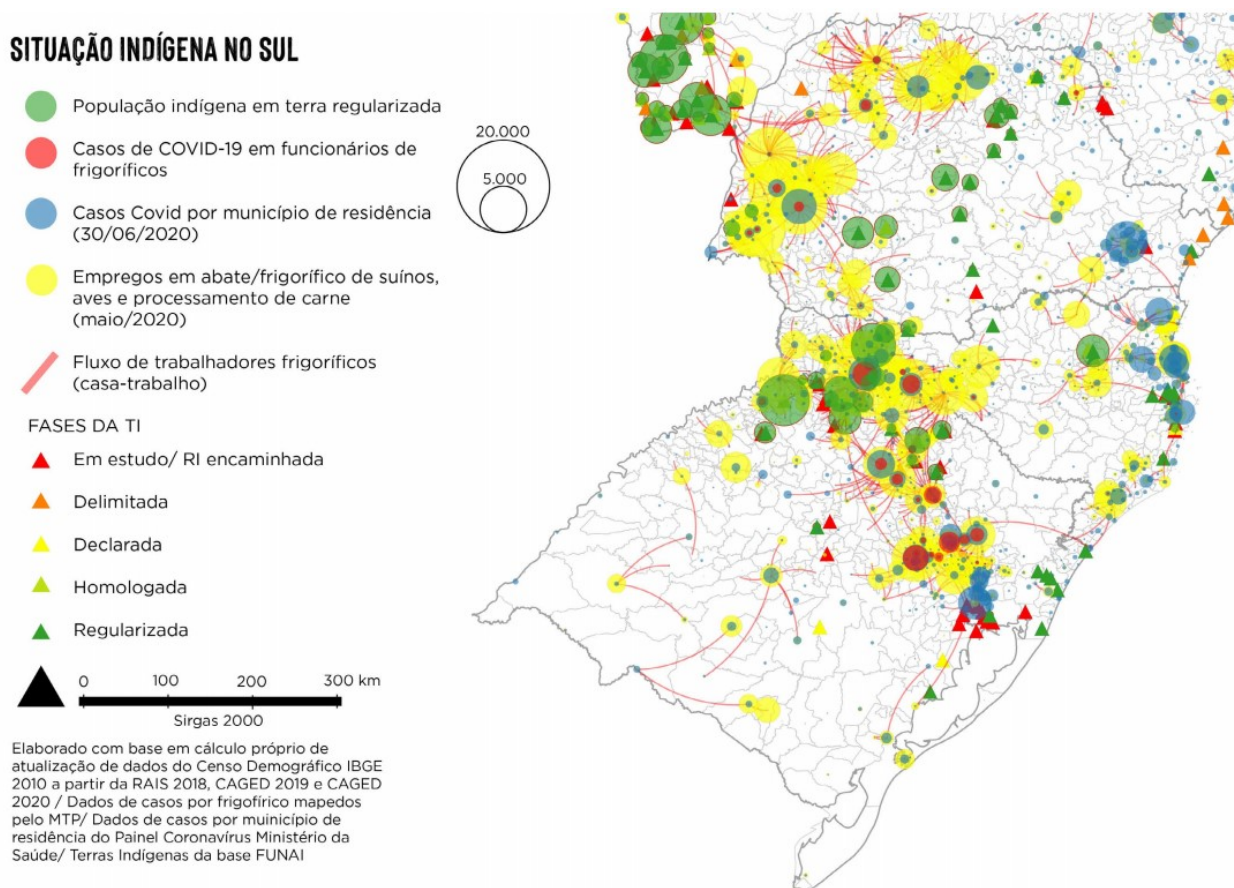
Dados informados pelo Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI) do DSEI ISul referentes ao ano de 2019 (DIASI, 2019) corroboram e atualizam as informações levantadas há mais de uma década pelo Censo Demográfico e pelo Inquérito Nacional. Infelizmente, quanto às estruturas de saneamento, resta a impressão de estarmos parados no tempo. Os sistemas de abastecimento de água das aldeias foram, em sua grande maioria, construídos pela FUNASA, e se encontram próximos ao fim de sua vida útil, necessitando de frequentes reparos. O SESANI conta com reduzido quadro de funcionários, sem renovações recentes, e enfrenta recorrente falta de insumos, prejudicando sua capacidade de realizar as manutenções necessárias. Com isso, também ficam comprometidas as demais atividades que seriam de sua atribuição, como as ações de educação ambiental, a implantação dos planos de gerenciamento de resíduos sólidos, o monitoramento da qualidade da água, a realização de reparos em edificações e sistemas de esgotamento, a supervisão e o treinamento dos AISAN, entre outras. Segundo as informações obtidas, no DSEI ISul aproximadamente 24% das famílias estão sem água tratada e 2,5% das famílias sem acesso à água. Considerando dados gerais por localidade, sem detalhamento quanto aos domicílios, 65% das aldeias e acampamentos têm infraestrutura de abastecimento de água, 16,75% recebem água fornecida por concessionária, 8,12% recebem água por caminhão-pipa e 10,15% utilizam alternativa individual para o suprimento de água; apenas 35,02% possuem banheiros em funcionamento; e 79% têm alguma coleta de resíduos domésticos.

1.4.4 Os indígenas do DSEI ISul e a sociedade envolvente

Ao longo dos séculos, a empreitada colonial e suas ambições econômicas avançaram sobre os territórios tradicionais da região Sul do Brasil às custas de grande violência, reduzindo os contingentes populacionais indígenas a pequenos grupos; confinando-os a porções territoriais diminutas e ambientalmente degradadas; cercando-os de empreendimentos agrários e urbanos; e submetendo-os a vulnerabilidades crescentes, sem contrapartida. Nesse contexto, perante relações forçadas de contato, cada comunidade indígena precisou encontrar seus meios de resistência e sobrevivência. A escassez de terra e recursos naturais, em muitos casos, tornou insuficientes as atividades produtivas tradicionais, levando à necessidade de insumos externos, com o

incremento de circuitos comerciais. Para a geração de renda, atualmente, as principais atividades realizadas incluem o artesanato, o trabalho em lavouras fora das TIs e, como destacado negativamente no ano de 2020, os trabalhos assalariados na cadeia agroindustrial da carne (ARPINSUL, 2020). Os deslocamentos às cidades também decorrem da necessidade de acesso a serviços diversos (e.g. bancos, cartórios, escolas) e transportes para aldeias mais distantes. A situação dos indígenas na região Sul no ano de 2020, considerando as rotas mais frequentes de fluxo para trabalho em redes frigoríficas, bem como os casos da doença pelo novo coronavírus (COVID-19), está retratada na Figura 13.

Figura 13 - Mapa representativo da situação da população indígena na região Sul do Brasil durante a pandemia de COVID-19 em 2020, incluindo população em terra indígena regularizada, casos de COVID por município e condições relacionadas ao trabalho na cadeia agroindustrial da carne (número de indígenas empregados, casos de COVID-19 em funcionários e fluxos migratórios mais frequentes entre casa e trabalho).



Fonte: Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul | Comissão Guarani Yvyrupa. Plano regional de combate à pandemia de COVID-19 entre povos e territórios indígenas na Região Sul (ARPINSUL, 2020).

Revisando alguns estudos de anos anteriores, é possível obter mais informações contextuais quanto às interações das comunidades indígenas da região Sul com a sociedade envolvente. Em estudo sobre a organização e a qualidade do atendimento em saúde prestado aos indígenas Kaingang da região noroeste do RS, Hokerberg, Duchiad e Barcellos (2001) relatam que, nessas aldeias, entre as atividades realizadas para o sustento, predominavam o artesanato e o cultivo de pequenas lavouras de subsistência. Entretanto, era frequente, ainda então, a prática do arrendamento de terras para colonos da região, atividade que contribuía à concentração de renda e poder político – pois favorecia apenas uma pequena parcela dos indígenas – e ao desgaste das áreas, por desmatamento e amplo uso de agrotóxicos. Os autores descrevem aldeias situadas em municípios com distintas realidades – econômicas, estruturais, demográficas –, porém conectadas por rodovias pavimentadas e geograficamente próximas de locais de interesse para a condução de condições de saúde, como hospitais, laboratórios e farmácias. Ainda assim, os maus indicadores sinalizavam problemas mais profundos que apenas o acesso a esses serviços de saúde, com grande número de óbitos por causas sensíveis à atenção primária, entre elas a desnutrição infantil. Os autores também destacam o impacto negativo da dualidade institucional então presente, entre FUNAI e FUNASA, cujos recursos humanos eram pouco qualificados para uma

atuação intercultural, havendo importantes dificuldades de relacionamento entre indígenas e profissionais da saúde.

Já Diehl (2001), no mesmo período, também aborda com similar interesse alguns determinantes em saúde entre os Kaingang da região de Chapecó, SC. A autora descreve o processo de crescimento da aldeia Sede, cuja facilidade de acesso e avanços estruturais – com construção de escola, ginásio, posto de saúde e até mesmo igrejas – conduziram a aumento populacional, sem, no entanto, garantir melhores condições de vida para os aldeados. A maioria dos indígenas residia em domicílios precários, com restrito acesso a energia elétrica e água potável, sem sistema de esgoto e com lixo deixado a céu aberto ou queimado. Na aldeia, não havia terra disponível para roças, e mesmo as famílias que possuíam acesso a lavouras localizadas a maior distância não produziam o suficiente para garantir sua subsistência, tornando-se dependentes do comércio. A autora destaca que o ecossistema local se encontrava “bastante degradado, com pouquíssimos espécimes de mata nativa e de animais silvestres, assim como uma terra depauperada pelos arrendamentos a agroindústrias”. Esse cenário, combinado aos dados epidemiológicos encontrados, com alta ocorrência de doenças infecto-parasitárias e desnutrição, entre outros, posicionavam a comunidade em uma realidade típica das demais populações pobres do país. Mesmo frente a isso, a atuação dos profissionais da saúde permanecia centralizada na prescrição e dispensação de medicamentos. Nesse contexto, a implantação do DSEI figurava como promessa de mudança de modelo de atenção à saúde indígena.

As dificuldades enfrentadas pelos Kaingang também são corroboradas na história de contato dos Xokleng, revisada por Vieira (2004). A autora demonstra que, após grande extermínio, os Kokleng passaram de grupos nômades praticantes de caça e coleta a comunidades agrícolas e sedentárias, fixadas em um território exíguo e vulnerável a intempéries, como enchentes. Práticas tradicionais foram gradativamente deixadas em segundo plano – pois não garantiam, então, sua sobrevivência dentro do sistema local –, substituídas pela produção agrícola de espécies priorizadas a nível regional. Outras fontes de rendimento passaram a ser a extração e venda do palmito e a exploração de madeira – espécies de mata nativa que deram lugar ao Pinus. Também ocorria o arrendamento de terras a colonos, prática que tensionou ainda mais conflitos fundiários. As mudanças desencadeadas pelo contato acarretaram, além do adoecimento da população, o empobrecimento das famílias, levando muitos indígenas aos centros urbanos em busca de emprego e renda para garantir sua sobrevivência, enfrentando uma sociedade repleta de preconceitos, que os marginaliza, e um mercado de trabalho saturado.

As condições de vida e as relações de contato dos Guarani, por se tratarem de objetos de estudo centrais deste trabalho, serão abordadas mais à frente.

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

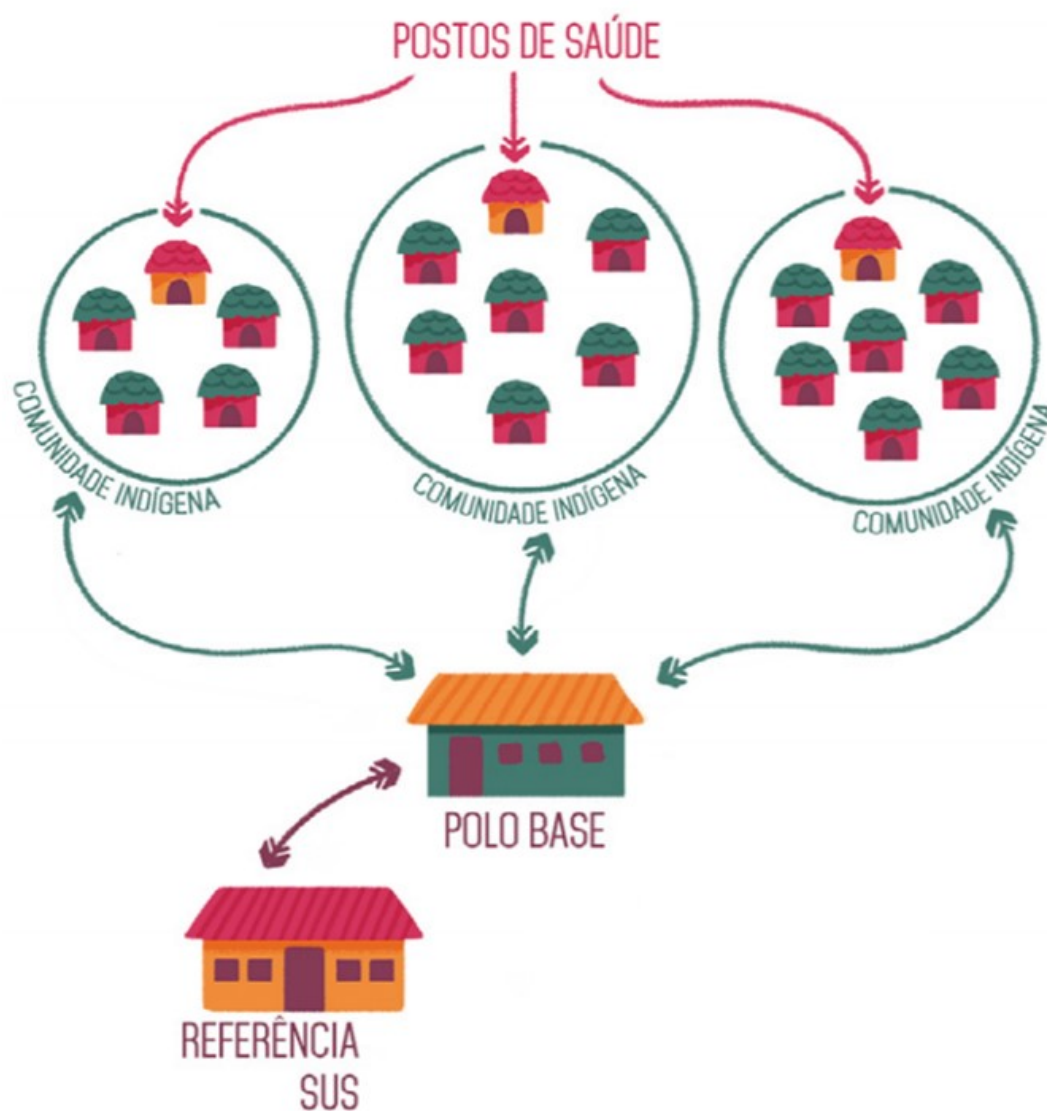
2.1 Estrutura atual do DSEI ISul

O DSEI ISul organiza-se em 11 Polos Base, sendo cinco em SC e seis no RS, com 62 Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSIs) instaladas em aldeias, sendo 18 em SC e 44 no RS. Considerando, como visto anteriormente, que há 50 aldeias e acampamentos em SC e 144 no RS, concluímos que poucas localidades dispõem de espaço próprio para atendimento de saúde (36% em SC e 30,6% no RS), escassez agravada pelo estado de conservação dos imóveis, com 22,58% em situação crítica ou inabitável (DIASI, 2019). O DSEI ISul não possui Casa de Saúde do Índio (CASAI), porém tem recursos logísticos implantados para o acompanhamento e apoio a pacientes que necessitam de atendimento em serviços de referência (Figura 14). Um Serviço de Escritório Local (SEL), localizado em Passo Fundo/RS, desenvolve ações complementares e de suporte ao DSEI.

As EMSIs formam a base da prestação de serviços de saúde do DSEI, atuando como equipes de atenção primária à saúde. Uma EMSI pode ser composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB), agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN); somam-se a esses os profissionais de transporte e higienização. Poucos Polos Base contam também com a atuação de Núcleos Ampliados em Saúde Indígena (NASIs), equipes multidisciplinares complementares às EMSIs, compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde (como psicologia, nutrição e assistência social), que atuam de forma integrada prestando suporte às EMSIs.

Os atendimentos ambulatoriais e hospitalares de referência, bem como os serviços de apoio diagnóstico, são coordenados a nível local, majoritariamente por pactuações municipais ou serviços de regulação estaduais, seguindo os fluxos de encaminhamento do SUS. O indígena ingressa nessa rede de referência como munícipe, mas são os profissionais dos Polos Base que organizam desde a solicitação do atendimento ou exame, a discussão do caso para autorização e marcação, o agendamento de transporte, o acompanhamento durante o atendimento e seus possíveis desdobramentos, o fornecimento de vale-alimentação, até o retorno à aldeia, fornecimento de medicamentos e insumos, agendamento de seguimento, entre outros. No caso de atendimentos agendados em localidades distantes, como as capitais, o acompanhamento costuma ser realizado por profissionais da chamada "equipe de referência e contrarreferência", lotada no Polos Base mais central. Situações de urgência e emergência também seguem os fluxos pactuados pelo SUS, com acionamento de serviço móvel de urgência – municipal ou regional – e remoção para os hospitais de referência. Para situações que demandam atendimento com brevidade, porém sem risco à vida, ou para necessidades surgidas fora do horário de trabalho das EMSIs, preconiza-se o uso do transporte da SESAI, realizado por motoristas em regime de plantão. É importante pontuar que a logística relacionada às atividades que necessitam ser realizadas fora das aldeias demanda grande organização das equipes e torna-se bastante dispendiosa em termos de recursos humanos e financeiros. Surgem, ainda, como agravantes, as frequentes situações relatadas de uso do transporte ofertado para outras finalidades, não relacionadas à saúde.

Figura 14 - Modelo básico de organização de um Polo Base do DSEI ISul



Fonte: Adaptado de INESC, 2018.

2.2 Aspectos históricos e políticos do DSEI ISul

Conforme introduzido no primeiro capítulo deste trabalho, a implementação dos DSEIs ISul e LSul se deu em processo mutuamente dependente e ainda atual, com divisão territorial que segue em disputa (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2011b; SOUZA, 2014; RÁDIO YANDÊ, 2018; COMISSÃO NHEMONGUETÁ, 2019). Portanto, uma abordagem histórica da construção e organização do DSEI ISul passa, necessariamente, pela consideração da concomitante constituição do DSEI LSul.

O SUS, desde sua criação em 1988 (BRASIL, 1988) e operacionalização em 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b), tem como diretriz a descentralização, por meio da municipalização de serviços e ações de saúde. Nas discussões que precederam a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no entanto, considerando as diversas realidades locais, bem como as relações das comunidades indígenas com a sociedade envolvente, havia preocupação quanto à potencial ameaça representada pela municipalização, com a convicção de que este modelo não se adequava à realidade da saúde indígena (CHAVES, 2006). Fazia-se necessária outra forma organização, que permitisse a descentralização e a especificidade dos serviços e ações de saúde, mas protegesse os povos indígenas das oscilações políticas locais. Após longo período de mobilização, a Lei Arouca (BRASIL, 1999a) instituiu o subsistema de atenção à saúde indígena, de responsabilidade da união, mas organizado territorialmente em Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O processo de distritalização ocorreu com grande variabilidade entre os 34 DSEIs do país (ATHIAS e MACHADO, 2001; GARNELO e SAMPAIO, 2005; MARTINS, 2013), e o caso dos DSEIs ISul e LSul é muitas vezes citado como exemplo negativo deste espectro (VARGA e GUARANI,

2003), em consonância com os apontamentos do capítulo 1.

O financiamento e o gerenciamento do SasiSUS, desde sua instituição, couberam à União, com previsão de participação complementar de outros agentes, governamentais ou não (BRASIL, 1999a). Entretanto, os primeiros anos de implantação do subsistema foram marcados pela transferência de atribuições da FUNASA para organizações não governamentais ou, na ausência destas, para os próprios municípios, especialmente nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste (ATHIAS e MACHADO, 2001; VARGA e GUARANI, 2003; GARNELO e SAMPAIO, 2005). Essa terceirização irrestrita, sem precedentes em outras áreas do SUS, comprometeu significativamente a regularidade e a eficiência das ações de saúde em áreas indígenas (ATHIAS e MACHADO, 2001; GARNELO e SAMPAIO, 2005). As inúmeras contradições implicadas nessas relações foram estudadas por alguns autores, que demonstram a redução do papel do Estado no contexto do fortalecimento do neoliberalismo (NORONHA e SOARES, 2001).

A criação da SESAI, em 2010 (BRASIL, 2010), foi consequência de anos de mobilização em prol da maior autonomia administrativa e financeira dos DSEIs, visando ao aumento da qualidade e à maior regularidade dos serviços de saúde em áreas indígenas (MARTINS, 2013). Um aspecto fundamental dessas reivindicações era a contraposição à tendência privatista demonstrada até então, por meio da extinção de convênios e da realização de concursos públicos para contratação de profissionais, garantindo sua estabilidade e trabalho continuado; porém, os anos se passaram e o modelo de terceirização via convênios permaneceu, com frequentes denúncias de corrupção (CIMI, 2014). Houve um incremento gradual do orçamento do subsistema, mas manteve-se tímida a melhora dos indicadores de saúde dos DSEIs (CIMI, 2014).

Utilizando-nos do exemplo local, é possível perceber que mesmo a noção de Distrito Sanitário tem esmaecido, manifesta na instabilidade da configuração dos DSEIs ISul e LSul ao longo do tempo. Athias e Machado (2001), ao analisarem os primeiros anos do processo de implantação dos DSEIs, e revisando o trabalho de Mendes (1995) ressaltam:

“Portanto, a noção de Distrito Sanitário indígena está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local.

Os distritos sanitários, na qualidade de processos sociais de mudança das práticas sanitárias, não são entendidos como tal pela maioria dos profissionais de saúde que atuam no âmbito da saúde pública e, tampouco, pelos administradores de sistemas locais de saúde, dando lugar a duas estratégias bem identificadas por Mendes (1995). O autor assinala que, no âmbito dos processos de implantação dos distritos sanitários, observam-se duas práticas recorrentes. Uma, que identifica como "topográfica-burocrática", a qual reduz as atividades de organização dos serviços de saúde no âmbito de território específico sem se desvencilhar dos vícios existentes na prática administrativa. Ou seja, não rompe com o paradigma assistencial; apenas criam-se novos espaços burocráticos sem mudar de fato as formas de prestação de serviços e, por consequência, o distrito não vai além de uma reforma administrativa. A outra estratégia referida pelo autor é a que identifica o distrito como "processo social", procurando atuar no âmbito das mudanças na prestação de serviços e na inclusão de práticas sanitárias de modo a obter impacto na situação de saúde da população.” (ATHIAS e MACHADO, 2001, p. 427)

Neste espectro de compreensão dos distritos sanitários, podemos alocar a atual divisão operacional dos DSEIs ISul e LSul como estratégia “topográfica-burocrática”, pautada primordialmente pela divisão geográfica do território (DSEI LSul abarcando PR, SP e RJ; DSEI ISul, RS e SC), ignorando, por exemplo, particularidades étnicas. Mais recentemente, seguiram-se sugestões de outras divisões ainda mais restritas, como no projeto de lei que propunha a criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI) em 2014, que subdividiria os DSEIs em quatro, com base somente nos estados: RS, SC, PR e SP/RJ (BRASIL, 2014). Por outro lado, a compreensão dos distritos sanitários como processos sociais também ressalta a importância do controle social em sua formulação, implementação e adequação, participação esta que poderia, em tese, ser facilitada em DSEIs de menor extensão territorial. Em nosso caso local, conforme abordado no capítulo 1, há tanto lideranças que defendem os distritos limitados às fronteiras dos estados, com menor extensão territorial e maior mistura de etnias, como lideranças que criticam este modelo, defendendo o retorno à divisão original apesar de sua grande extensão, priorizando a uniformidade étnica. Mais adiante no texto, Athias e Machado (2001) debatem a complexidade da definição do território distrital e complementam:

“No entanto, a questão de definição de um território distrital tem sido um dos elementos mais conflitantes

no processo de distritalização nas áreas indígenas. Essa discussão merece debate mais amplo com possibilidades bastante inovadoras, uma vez que permite o desenvolvimento de sistemas locais de saúde que tomem em conta as bases geopolíticas e os sistemas médicos dos grupos indígenas. Um território distrital, em nossa concepção, vai além de uma base física relacionada ao solo, constituindo uma extensão definida em termos de organização social dos grupos indígenas, portanto, um território econômico, político, cultural e, sobretudo, epidemiológico. Em virtude da incompreensão de uma geopolítica indígena e da falta de conhecimento mais aprofundado acerca da epidemiologia, a discussão dos territórios distritais torna-se ainda mais importante no sentido de garantir serviços eficientes de saúde.” (ATHIAS e MACHADO, 2001, p. 430)

É importante termos em mente o processo ainda vigente de distritalização, comprometendo-nos enquanto agentes ativos de transformação dessa realidade. Ainda que operacionalmente limitados pela divisão distrital “topográfica-burocrática”, ter ciência do conceito ampliado de distrito sanitário pode guiar nossa atuação profissional, evitando práticas centradas somente na organização dos serviços e no cumprimento de metas, mas sim buscando compreender especificidades locais e enriquecer o modelo de atenção à saúde proposto.

2.3 O controle social e suas particularidades em nossa localidade

Os CONDISIs são órgãos colegiados, deliberativos e de natureza permanente para o exercício do controle social das ações de saúde indígena, vinculados jurídica e administrativamente aos respectivos DSEIs, tendo como finalidade primordial aprovar os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSIs), devendo também acompanhar, planejar, avaliar, fiscalizar, supervisionar e deliberar sobre as ações relacionadas à saúde indígena no território de abrangência dos DSEIs, sobre quaisquer serviços de saúde prestados por instituições públicas, privadas e entidades não-governamentais, conveniadas ou não e as suas prestações de contas. Os CONDISIs têm composição paritária, sendo 50% usuários, 25% trabalhadores da saúde indígena e 25% representantes do governo ou prestadores de serviços (CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA INTERIOR SUL, [?]; MOURA, 2016).

Desde a criação do SasiSUS, está prevista a participação dos indígenas nos órgãos colegiados, não havendo menção a espaços de controle social específicos para os povos indígenas (BRASIL, 1999a). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), de 2002 (BRASIL, 2002), menciona os conselhos de saúde indígena, mas é somente com publicação da Portaria GM/MS nº 755/2012 (BRASIL, 2012a), que se institucionalizaram as instâncias de controle social na saúde indígena: os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), os CONDISIs e o Fórum de Presidentes de CONDISIs (FPCONDISIs).

Moura (2016) e outros autores, pela análise das mudanças ocorridas após 2010, destacam que a criação da SESAI “favoreceu de forma sistemática e estrutural o fortalecimento do controle social da saúde indígena, principalmente na regulamentação dos papéis de cada instância de controle, na capacitação e formação dos conselheiros e conselheiras da saúde indígena, no crescente investimento nos programas e ações voltados ao controle social no subsistema e, ainda, na garantia do respeito aos processos democráticos estabelecidos pela atual organização do controle social da saúde indígena, representada hierarquicamente por suas instâncias.”

Em estudo recente, Vieira e Louvison (2009) analisaram, entre outros marcadores da participação e do protagonismo dos povos indígenas no processo de construção e implementação da PNASPI, as percepções dos participantes e as pautas das reuniões do CONDISI LSul. As autoras relatam:

“No que tange à participação, pode-se afirmar que a maioria dos entrevistados reconhecem o CONDISI como espaço legítimo de diálogo entre indígenas e governo para debater a política de saúde e sua execução nas aldeias indígenas. Contudo, é evidente o predomínio das pautas de interesse da gestão e a repercussão nas reuniões de CONDISI de temas já discutidos no Fórum de Presidentes. Nas pautas do CONDISI Litoral Sul, que foram objeto deste estudo, por exemplo, a discussão da divisão territorial do DSEI, de interesse dos indígenas, não ganhou espaço e reconhecimento pela gestão. Chama a atenção à ausência de discussão nos espaços formais de temas que predominam nas entrevistas com os indígenas, como a valorização da medicina tradicional e a atenção diferenciada.” (VIEIRA e LOUVISON, 2009)

A situação do Polo Base Osório, onde nos inserimos, reflete de maneira exemplar as dificuldades relacionadas à divisão distrital. Nas instâncias de controle social, seus representantes compõem o CONDISI LSul,

onde dispõem de direito a voto; entretanto, esses representantes acompanham apenas como ouvintes as reuniões do CONDISI ISul, onde são debatidas e votadas pautas que concernem a área gerida pelo DSEI ISul, entre elas o PB Osório. Há a impressão, em nossa localidade, de que as demandas partilhadas e discutidas no CONDISI LSul não chegam ao conhecimento da gestão do DSEI ISul e, assim, não acarretam mudanças concretas. A incompatibilidade entre a esfera de gestão e a esfera de controle social torna, na percepção das lideranças indígenas, sua participação nesses espaços formais infrutífera, gerando, em anos recentes, um aumento das faltas a reuniões do CONDISI LSul. Por outro lado, no mesmo período, presenciamos o aumento progressivo do engajamento das comunidades em reuniões do CLSI, sinalizando um fortalecimento do controle social a partir da base, com surgimento de jovens lideranças, pautando temas de interesse próprio dos indígenas.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Tomando como plano de fundo as inquietações surgidas a partir da caracterização do DSEI ISul, somadas aos acúmulos desta primeira experiência profissional no SasiSUS, pretendemos, nos próximos capítulos, estudar com maior detalhamento os exemplos de duas terras indígenas (TIs) situadas na área de abrangência do PB Osório. Nossa EMSI atende, de forma volante e periódica, nove aldeias Mbya Guarani localizadas em seis municípios do litoral norte do RS (Torres, Terra de Areia, Maquiné, Caraá, Riozinho e Osório). De TIs homologadas a novas retomadas, cada qual com suas especificidades, as aldeias compõem o extenso território Mbya Guarani do Sul e Sudeste do Brasil, que mantém sua coesão, ainda que fragmentado (LADEIRA, 2007).

A TI Campo Molhado, situada nos municípios de Maquiné, Riozinho e Caraá, é a maior TI Guarani do RS, com mais de dois mil hectares. Localiza-se em terreno muito elevado, de difícil acesso e com clima rigoroso, porém tem abundância de recursos naturais, como nascentes e mata nativa. A aldeia abriga, atualmente, poucos habitantes, que mantêm parte de suas práticas tradicionais, incluindo a coleta, o plantio, o preparo dos alimentos, o artesanato e a arquitetura. É considerada Terra Indígena Tradicionalmente Ocupada, autodemarcada ao longo das décadas de 1980 e 1990 e homologada em 2001. A comunidade é atendida em periodicidade quinzenal pela EMSI do PB Osório, que se desloca à aldeia apenas em veículo tracionado, devido às condições da estrada. A aldeia encontra-se a 76 km da sede do PB, trajeto que leva, em média, 2h30min, chegando a mais de 3h em dias de mau tempo.

A TI Campo Bonito localiza-se em Torres, às margens da BR-101, em área de 94 hectares adquirida pela FUNAI como medida compensatória às obras de duplicação da mesma rodovia. A Reserva Indígena, reconhecida desde 2009, encontra-se em terreno plano e arenoso, pouco produtivo, com predomínio de plantação de eucalipto e algumas plantas nativas. É a mais populosa das aldeias atendidas pelo Polo Base Osório, com grande vulnerabilidade socioeconômica e maior carga de doenças. A proximidade ao comércio local e às opções de transporte propicia contato frequente com a sociedade envolvente. A comunidade é atendida semanalmente pela EMSI do PB Osório, com fácil acesso por trecho de 81 km, totalmente asfaltado e duplicado.

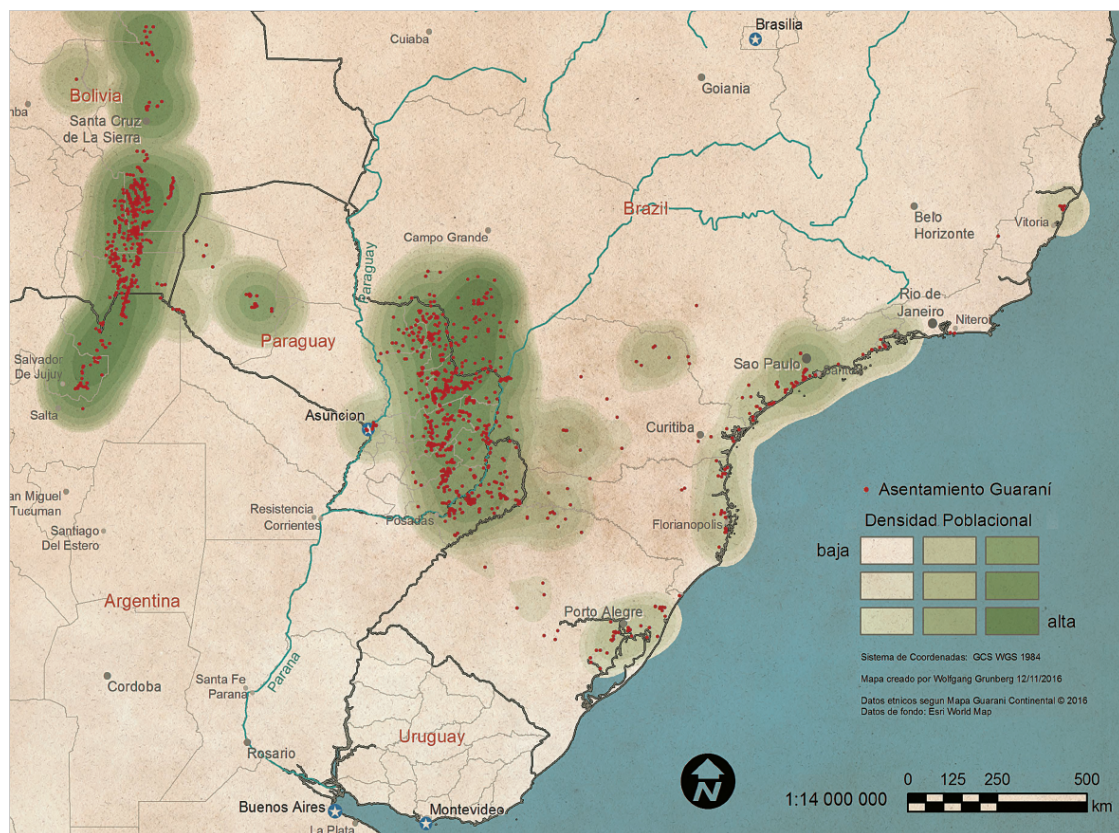
Considerando os complexos conceitos de território e territorialidade no contexto dos Mbya (LADEIRA, 2007; PRINTES, 2015), o presente trabalho pretende descrever, comparar e contrastar características das TIs Campo Molhado e Campo Bonito, buscando levantar possíveis associações entre as distintas dinâmicas de demarcação, ocupação e vivência dos territórios e os processos de saúde e doença das comunidades analisadas. Priorizou-se a escolha por terras indígenas regularizadas, pela maior probabilidade de acesso a registros e produções científicas relacionadas.

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

4.1 Mais de 500 anos de resistência

Os Guarani constituem uma das populações indígenas de maior presença territorial no continente sul-americano, estimada em mais de 280 mil pessoas vivendo em regiões da Argentina, da Bolívia, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai (Figura 15), conforme dados do Mapa Guarani Continental, de 2016 (EMGC, 2016). Em nosso país, estas estimativas indicam que sejam mais de 85 mil pessoas, em recente processo de recuperação populacional. Atualmente, dividem-se em grandes grupos socioculturais que, apesar das muitas semelhanças, apresentam formas particulares de manifestar os costumes, praticar os rituais e falar a língua guarani. Neste trabalho, considerando a identidade étnica predominante no âmbito regional (GOBBI, 2010), tratamos prioritariamente do povo Mbya Guarani.

Figura 15 - Mapa da distribuição da população Guarani na América do Sul, por densidade populacional, em 2016.



Fonte: Mapa Guarani Continental (EMGC, 2016).

A ocupação Guarani do território que hoje chamamos Rio Grande do Sul tem longa duração e é marcada por intensas experiências de contato e disputa com a sociedade não-indígena. De origem amazônica, os Guarani realizaram progressiva expansão migratória em direção ao sul e ao leste, estendendo-se, ao longo de aproximadamente três mil anos, desde os pés da cordilheira dos Andes até o litoral atlântico das regiões Sul e Sudeste do Brasil (BROCHADO, 1984, apud GOBBI, 2010). No RS, estabeleceram-se nas bacias dos rios Uruguai e Jacuí há aproximadamente dois mil anos, atingindo as serras a leste e a planície litorânea há aproximadamente 900 anos (MILHEIRA, 2008), onde se encontram as TIs aqui estudadas. À chegada dos europeus à América do Sul, eram numerosos e ocupavam um vasto e dinâmico território, sendo, por isso, um dos povos primeiramente atingidos pelo contato com os colonizadores, tanto portugueses, como espanhóis (GOBBI, 2010).

Estudos de antropologia econômica (SOUZA, 2002) apontam que, no período pré-colonial, os Guarani dominavam amplas áreas de floresta, onde desenvolveram um apurado modelo de gerenciamento de recursos naturais. Organizavam-se, social e economicamente, em famílias extensas, com base na parentalidade,

estabelecendo um sistema de produção doméstico, orientado pelas necessidades familiares, que incluía a prática da agricultura, a coleta, a pesca e a caça, além da circulação e consumo de outros serviços e recursos. Em um nível superior, se encontrava a aldeia – reunindo uma ou mais famílias extensas –, estrutura social de maior abrangência que, no entanto, pouco interferia na organização doméstica básica do sistema econômico Guarani, guiada pela lógica da reciprocidade. Os mecanismos de construção do poder eram dinâmicos, tendo as lideranças variável prestígio conforme suas capacidades – generosidade, oratória, poligamia, agregação de novos membros ao grupo, destreza guerreira – e relacionando-se mutuamente em aliança ou conflito. Sua organização política, como a de outras sociedades indígenas da América do Sul, fugia às noções eurocêntricas de poder, baseadas em coerção e subordinação (CLASTRES, 2020 [1974], p. 23-56).

Nos primeiros anos da colonização, milhares de Guaranis foram submetidos ao regime de *encomienda*, sistema análogo à escravidão que os mantinha em condições precárias de vida, expostos a doenças e ao trabalho excessivo, levando a significativa mortalidade. Em período subsequente, seus territórios indígenas também passaram a sofrer investidas de grupos de Bandeirantes, resultando em escravização e extermínio.

Nos anos seguintes, frente ao descenso populacional e com a suposta justificativa de minimizar os abusos cometidos pelos *encomienderos*, a Coroa Espanhola permitiu que padres jesuítas se fixassem e isolassem indígenas em reduções (ou missões), sendo os Guarani um dos grupos incorporados. As reduções espanholas foram, por muitos, consideradas experimentos civilizatórios bem sucedidos, pelo bom convívio obtido entre os religiosos e esses “bons selvagens” – trabalhadores, pacíficos –, aptos à catequização e ao estabelecimento de relações de cooperação e aliança, em verdadeiras “ações humanitárias”. Há, no entanto, evidências de que ao longo de todo o período dos empreendimentos jesuítas houve resistência dos indígenas a essa submissão, com disputas entre os líderes quanto à decisão de se aliar ou não aos colonizadores, relatos de lideranças que ridicularizavam a fé cristã ou pregavam contra os padres, numerosas fugas das missões, persistência de práticas e costumes tradicionais, entre outros, variando conforme as possibilidades que detinham. Por outro lado, apesar de muitas das práticas dos jesuítas entrarem em atrito com as concepções e a organização pré-colonial dos Guarani, algumas evidências demonstram que os indígenas não consideraram os costumes, vestimentas, nomes e ritos cristãos incompatíveis com suas práticas e crenças tradicionais, e a experiência missionária não deve ter sido vivenciada da mesma forma entre todos os indígenas (SOARES, 2012).

No século XVIII, a ocasião de redefinição de fronteiras territoriais entre os impérios de Portugal e Espanha pelo Tratado de Madrid colocou a necessidade de migração das comunidades indígenas após anos fixadas nas reduções. Os indígenas organizaram reações diversas a essa imposição, desde a escrita de cartas aos religiosos e autoridades tentando dissuadi-los, até rebeliões armadas, culminando na Guerra Guarani, em que os impérios Ibéricos, apesar da disputa territorial, se uniram contra os indígenas e os derrotaram, com grande mortandade.

Seguiu-se período de relativa invisibilização dos indígenas na região, que ainda carece de esclarecimentos, pois a própria historiografia referente ao século XIX e início do século XX assimilou a compreensão dos Mbya como “desaparecidos” ou “aculturados”. Trabalhos recentes, no entanto, têm buscado demonstrar que houve processo ativo de invisibilização, como projeto de diferentes agentes ligados ao Estado que objetivavam sua “diluição” na população (DIEHL, 2020). Apesar do aparente sucesso desse projeto para a sociedade não-indígena, que os esqueceu, os grupos indígenas seguiram fazendo-se presentes e resistindo de diversas formas.

4.2 Oguata e territorialidade Guarani

O mergulho que realizamos, ao longo dos últimos meses, na literatura antropológica existente a respeito dos Guarani é, certamente, superficial; outra conclusão não seria possível, dada a “selva de papel” disponível sobre esse povo, como descrito por Bartomeu Melià em prefácio ao clássico livro “O caminhar sob a Luz” (LADEIRA, 2007), refletindo seus próprios esforços em sistematizar essa bibliografia. No entanto, identificamo-nos com Melià quando completa, dizendo: “Às vezes temos a impressão de que tudo que havia para ser dito sobre eles já o foi, e no entanto quando nos aproximamos deles e temos um contato mais estreito, percebemos que tudo ainda está por ser dito”. Muitas questões já amplamente pesquisadas parecem contemplar poucos (ou muito romantizados) aspectos da complexidade vivenciada no trabalho junto a essa população. Há, porém, esforços recentes para o resgate de outras narrativas e interpretações (CICCARONE, 2004).

Um dos temas mais abordados pela literatura consiste no estudo de possíveis motivações para a contínua movimentação territorial dos Guarani, que persiste até a atualidade. Historicamente, essas migrações têm sido justificadas predominantemente do ponto de vista religioso, centralizando-se na busca pela terra sem mal (*yvy marãey*), sob orientação dos *Karai* (lideranças religiosas). Entretanto, é também importante considerar sentidos sociológicos, econômicos e ecológicos dessas caminhadas (*oguata*), que permitiram a manutenção de baixa densidade populacional, minimizando conflitos entre grupos e propiciando que seu sistema de produção permanecesse eficiente à subsistência, pelo equilíbrio entre a exploração dos recursos e o ambiente natural. Alguns estudiosos defendem que o contato colonial intensificou a busca pela terra sem mal, não resumida a um destino místico, mas no sentido de uma terra intacta, com áreas de mata, onde pudessem reproduzir o modo de ser Guarani (*Mbya Reko*) protegidos dos colonizadores, mantendo sempre em seu horizonte a perspectiva de busca por novos lugares (MELIÀ, 1990, *apud* SOARES, 2012).

Genericamente, o conceito antropológico de território indígena tem sido trabalhado enquanto “espaço suficiente para o desenvolvimento de todas as relações e vivências definidas pelas tradições e cosmologias” de um povo (LADEIRA, 2008). Na atual situação territorial Mbya, certamente, essa definição não está contemplada pelas exíguas terras demarcadas pelo Estado. Nesse sentido, os *oguata* seguem representando um dos aspectos centrais de sua territorialidade, sendo base para a manutenção das relações de reciprocidade, o manejo da biodiversidade, a preservação dos ritos, os cuidados tradicionais em saúde e outras as atividades coletivas que compõem seu modo de ser, em ocupação territorial que transcende fronteiras normativas (LADEIRA, 2008).

4.3 Estratégias Guarani para a luta por território

No século XX, a presença Mbya no RS consolidou-se, inicialmente, em locais de menor interesse aos proprietários de terras, como acampamentos às margens de rodovias, evitando conflitos. Opunham-se ao procedimento demarcatório, tanto por sua compreensão ampliada de território, como por aversão à ideia de fixação ou controle de seus grupos (GARLET, 1997 *apud* PIRES, 2007). Mediante a escassez de locais apropriados para a reprodução de seu modo de vida, pelos avanços da sociedade *juruá* (não-indígena), essa posição precisou ser revista, iniciando-se os primeiros movimentos de reivindicação de terras na década de 1970 (SOARES, 2012). Avelino Gimenes, antiga liderança do Campo Molhado e atual cacique da aldeia Sol Nascente em Osório, fez parte da primeira comissão formada para esse fim.

As duas primeiras áreas ofertadas pelo governador foram consideradas inadequadas pelos Guarani, que em 1977 aceitaram área na Serra do Umbú, onde hoje se situa o Campo Molhado. Desde então, a presença indígena no local tem sido constante, apesar das dificuldades. Inicialmente foram formadas diversas aldeias e acampamentos; a partir daqueles localizados em áreas baixas, os indígenas progrediram à ocupação das áreas altas, mas sempre mantiveram esse fluxo. Em 1984, iniciaram-se problemas com grileiros que reclamavam usucapião e, em 1985, parte das terras foram vendidas para a Companhia Zaffari de Supermercados, cujos proprietários tentaram expulsar os Mbya, intimidando-os, queimando suas casas e ameaçando-os de morte. Após uma investida mais intensa, os indígenas abrigaram-se no mato e, no dia seguinte, acionaram reforços institucionais. Francisco Witt, servidor da FUNAI, resistia junto com os indígenas e encaminhou a solicitação para a realização do estudo de identificação e delimitação da área como terra indígena. Apenas em 1988 foi emitida portaria de interdição, que garantiu o usufruto exclusivo da terra aos indígenas. Em 1995, por iniciativa própria, realizaram uma autodemarcação ampliando os limites da área. A Terra Indígena Guarani Barra do Ouro – como consta em documentos oficiais – foi declarada e delimitada com superfície ampliada em 1998 e homologada em 18 de abril de 2001 (BRASIL, 1997 e 2001); em 2021, planeja-se grande festa para a comemoração dos 20 anos dessa data. Sua localização está representada na Figura 16.

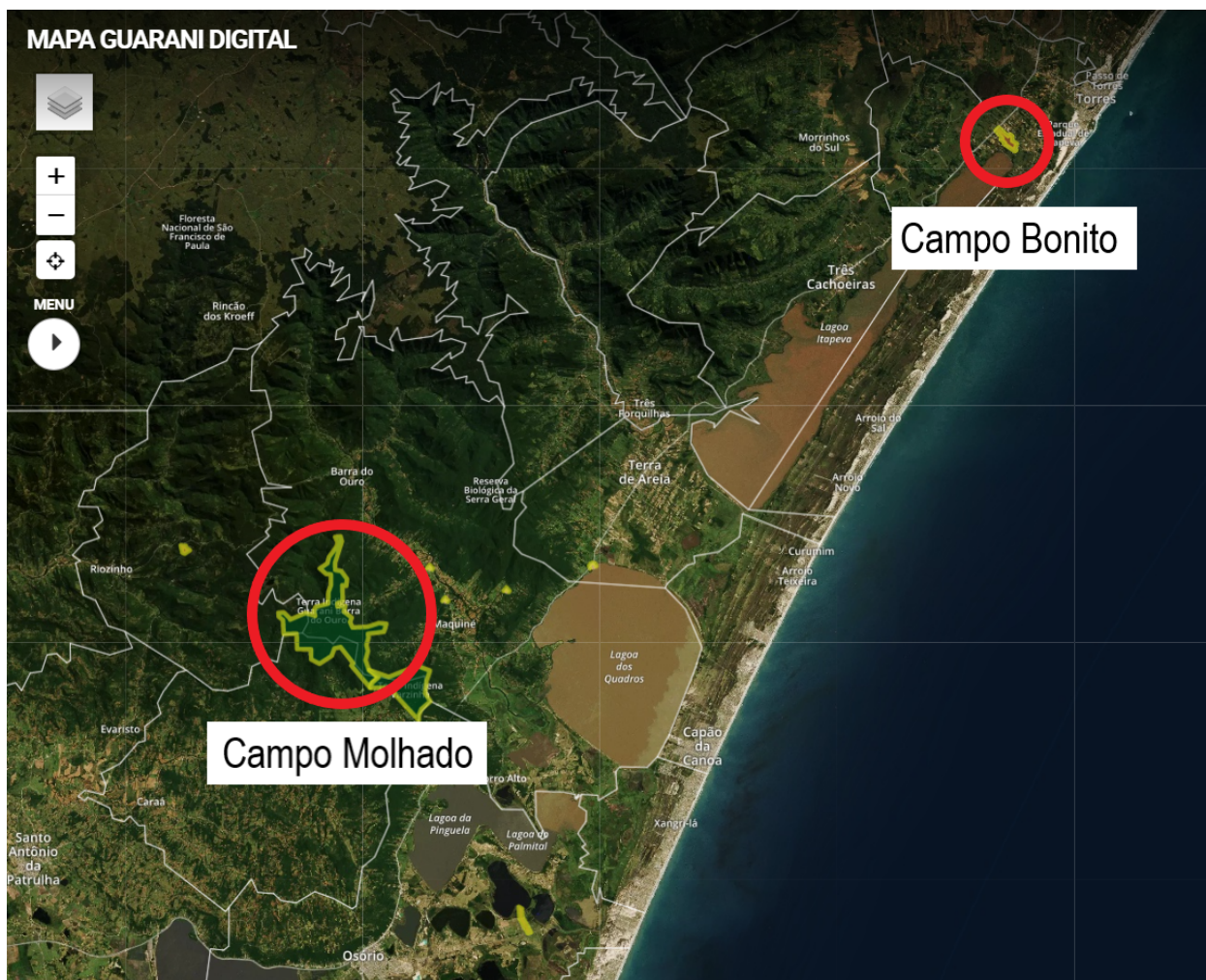
Até 1992, o interesse dos Guarani havia sido pelas terras de domínio público, por se encontrarem mais preservadas e não exigirem confronto com proprietários. Entretanto, dada a insuficiência de terras públicas e a urgência da demarcação de novas terras, que não poderia aguardar o longo processo de demarcação como no caso do Campo Molhado, os Mbya traçaram como nova estratégia pacífica a reivindicação da compra de terras pelo Estado (GARLET, 1997b *apud* DARELLA, 2004; SOARES, 2012). Muitas das atuais aldeias se localizam em Reservas Indígenas conquistadas dessa maneira.

O caso do Campo Bonito é ainda diferente, reflexo de um processo mais recente (DARELLA, GARLET e ASSIS, 2000). Desde aproximadamente 1995, algumas famílias Guarani viviam acampadas às margens da BR-101 em Torres, em aldeia conhecida como Figueira ou, já então, Campo Bonito. Com a duplicação da rodovia, essas famílias precisariam ser realocadas, e algumas áreas vinham em estudo pela FUNAI, no RS e em SC, para a

compensação. As notícias sobre o início das obras fizeram com que o cacique Horácio Lopes tomasse providências próprias, visitando áreas e estabelecendo contatos. Uma fazenda improdutiva, que vinha em avaliação pela FUNAI e já havia sido considerada imprópria à reprodução do modo de vida Guarani pelo órgão indigenista, pertencia a um proprietário que se aproximou de Horácio e o convenceu a mudar-se com seus familiares para lá, com intuito de provocar a venda da terra ao governo (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2008). Após perceberem pessoalmente as más condições do local, as famílias retornaram a Torres e aceitaram se estabelecer em um terreno já adquirido pelo estado, onde até hoje está a aldeia e onde ainda mora Horácio, a poucos quilômetros de seu acampamento original. Reproduzimos a seguir uma fala de Horácio de Outubro de 2000:

"(...) É por isso eu queria uma área para mim mesmo pra criar o meu sistema, pra criar minha família (...) para seguir no sistema do índio, preciso de um lugar bom, alguma área com mato. Se eu não tivesse interesse em seguir o sistema do índio, quando sair a duplicação do asfalto eu poderia continuar na beira da faixa. Poderia achar que está tudo bem porque eu tô em lugar que é público. O problema é que se eu continuar sobre esta terra particular, também vou enfrentar problema, porque o proprietário pode me tirar a qualquer momento. Vou perder o lugarzinho e, assim, se ainda vai acontecer a duplicação, como vou poder plantar? Então eu já não terei mais lugar, porque esta duplicação vai passar aqui bem no meu localzinho. (...) Então, muito índio, muita família de índio está sofrendo por culpa que não tem local... (...) Então se eu não conseguir aqui no Rio Grande eu vou subir um pouco pra Santa Catarina. (...) Como é meu sistema eu queria assim lugar bom, terra boa, pra plantar, pra ficar (...) e para criar alguma coisinha, ou seja, alguma vez sair pra caçar por aí, alguma coisinha, um bicho do mato. Porque meu sistema é assim, porque eu nasci dentro do mato mesmo. Então, sei comer bicho do mato, sei caçar. Então, eu preciso do mato onde é que tem arroio ou vertente pra não faltar a água. Por que somos pobres e eu não sei como ou onde pegar dinheirinho pra pagar sempre, pra pagar luz e água não tem como. Então eu preciso um arroio, onde tem rio, pra pegar o banho das crianças, tudo ali é isto que eu preciso. (...) Se eu não sei onde que eu vou levar minha família, como é que outro vai saber? (...) Terra boa tem resultado muita coisa pra mim. Dentro do mato tem qualquer cipó, tem remédio, folha de nome guarani (...) ou muito mais, tem (...), tudo é coisa muito séria pra mim. Pra ajudar alguma pessoa também pro chá. Este que é o mais importante. Aqui toda esta terra é boa, tudo cresce bem pra mim. (...) Pra mim já não está bom mais porque está (...) miserável, não tem chá. O que tem, tem pouco. (Horácio Lopes, outubro de 2000, In: DARELLA, GARLET e ASSIS, 2000).

Figura 16 - Imagem de satélite demonstrando a localização e as dimensões contrastantes entre as Terras Indígenas Campo Molhado e Campo Bonito



Fonte: Adaptado de Mapa Guarani Digital (EMGC, 2016).

4.4 População e estrutura

A TI Campo Molhado já abrigou muitas famílias, que progressivamente migraram para áreas de menor altitude, mais próximas às cidades. A população atual corresponde, basicamente, a uma única família extensa, que ali reside há muitos anos. São, ao total, 22 pessoas, divididas em 5 famílias nucleares. Cada família ocupa uma casa, mas há mais construções, atualmente desocupadas, aos fundos da aldeia, área que a EMSI não costuma acessar e onde também está resguardada a Opy. Ainda que sejam poucos moradores, há um fluxo permanente de visitantes de outras aldeias, motivo pelo qual sempre há novas casas para os que estão de passagem - digo novas pois, de fato, há o costume de, ciclicamente, desmanchar e construir casas, sendo as mais tradicionais de tronco de xaxim (samambaiçu) e telhado de capim santa fé, bem como outras de madeira ou taquara. A aldeia possui uma ampla UBSI com 110 m², porém esta se encontra em mau estado de conservação, sem fornecimento de energia elétrica ou água. Por preferência da comunidade, a maior parte dos atendimentos é realizada no pátio central da aldeia. A comunicação se dava por telefonia rural, mas recentemente houve a instalação de equipamento que permite acesso à internet, trazendo importantes facilidades. Não há estrutura para a escola e, no momento, não há professor; no entanto, quando houve contratação, as aulas aconteciam ao ar livre ou dentro da UBSI. A área central da aldeia está representada na Figura 17.

Figura 17 - Imagem de satélite da área central da Terra Indígena Campo Molhado



Fonte: Adaptado de Mapa Guarani Digital (EMGC, 2016).

A TI Campo Bonito abriga, atualmente, 121 pessoas, número que flutua quase semanalmente, pois há muitas famílias que permanecem por pouco tempo no local. A população mais fixa é composta por 25 famílias, que se dividem em cinco grupos, havendo rivalidade importante entre dois deles - inclusive a família do cacique. Há 10 casas de alvenaria com banheiros, construídas para os indígenas, bastante afastadas umas das outras; entre elas, há um número variável de casas tradicionais (cerca de 15) e poucas casas de madeira. Possui uma escola de ensino fundamental localizada mais ao fundo da aldeia, feita em madeira e aguardando reforma. Não há posto de saúde ou local específico para os atendimentos da EMSI, que usualmente faz visitas domiciliares ou setoriza a aldeia, realizando, pela manhã, os atendimentos aos pacientes que residem na área mais próxima à BR-101, em frente a uma das casas de alvenaria, e seguindo à tarde para o atendimento das famílias mais afastadas da rodovia, na área externa da escola. Está em tramitação no município o projeto de uma casa de saúde, que supriria a demanda por um espaço para os atendimentos da EMSI, a ser construída com recursos de um incentivo estadual à Saúde Indígena. Por encontrar-se em ambiente urbano, a aldeia tem fácil acesso a comunicação e transportes (Figura 18). Em um dia de atendimento típico, observamos a circulação de muitos agentes externos dentro da aldeia, como vendedores de alimentos e produtos de limpeza, vizinhos próximos, funcionários do município e trabalhadores de uma empresa local.

Figura 18 - Imagem de satélite demonstrando a proximidade da Terra Indígena Campo Bonito à rodovia BR-101 e ao núcleo urbano da cidade de Torres



Fonte: Adaptado de Mapa Guarani Digital (EMGC, 2016).

4.5 Atividades econômicas

No Campo Molhado, exercem atividades remuneradas fixas somente dois moradores, um contratado para o trabalho como AIS e outra, para a higienização da UBS. Os homens mais jovens, de forma esporádica, trabalham por alguns períodos em propriedades rurais do entorno, recebendo pagamento por diária. A comunidade, além de contar com os valores recebidos pelas aposentadorias dos idosos e por programas sociais como o Bolsa Família, também desenvolve um interessante leque de atividades econômicas, que se interligam. O terreno acidentado e o clima rigoroso permitem somente alguns plantios, usualmente por meio do sistema de coivara, predominando o milho, o feijão e a batata, mas há também uma horta próxima às casas. A reduzida produção não supre todas as necessidades dos moradores, que também contam com o recebimento de cestas básicas e fazem compras na cidade. Alguns moradores da aldeia criam galinhas, e também ocorre a caça de animais silvestres. Nos últimos anos, organizaram uma espécie de pomar logo aos fundos das casas do centro da aldeia, com muitas variedades de frutas, para consumo próprio. Também manejam o pinhão, atualmente uma fonte importante de renda, visto que chegam a extrair quantidade significativa para venda em Maquiné ou Riozinho. O artesanato exerce função central na rotina da aldeia, reunindo os moradores sob as árvores ou nas casas para a prática coletiva da atividade manual, tendo cada indígena sua especialidade neste trabalho - cestaria, entalhe da madeira, confecção de adereços com sementes e penas ou adereços com miçangas, entre outros. Há alguns anos, por iniciativa da liderança José Verá, foi construída, ao estilo tradicional, a Casa do Artesanato (Figura 19), espaço reservado para o convívio coletivo e para a exposição e venda do artesanato; a obra foi resposta a uma demanda surgida em consequência de outra atividade econômica realizada na aldeia: o turismo rural, atualmente suspenso pela COVID-19. Seu José relata que, por sugestão de amigos e parceiros juruá (que contribuíram com apoio financeiro e logístico), passaram a receber grupos de visitantes para conhecer a terra indígena. Com a possibilidade do turismo, algumas atividades do cotidiano da aldeia se transformaram em eventos, como, por exemplo, o preparo tradicional da erva-mate: todo janeiro, no evento conhecido como Carijó da amizade, a comunidade recebe visitantes interessados em vivenciar o processo que vai desde a colheita da erva-mate, sua secagem ao carijó e, por fim, a pilagem, etapas intercaladas com refeições coletivas, música e rodas de conversa. Seu José comenta que nessas ocasiões, além dos valores em dinheiro, também recebem muitas doações e vendem bastante artesanato.

Figura 19 - Casa do Artesanato na aldeia Campo Molhado



Fonte: Arquivo da autora, 2020.

No Campo Bonito, têm remuneração fixa uma AIS, um AISAN, uma professora e uma merendeira. Há poucos idosos, que estão aposentados, e a maioria das famílias recebe valores pelo Bolsa Família, além de poucas cestas básicas e doações. Alguns moradores exercem trabalhos temporários durante o verão, nas praias de Torres ou Capão da Canoa. Muitos jovens saem para trabalhar em roças no interior de Maquiné, mudando-se para lá. O terreno arenoso em que se localiza a terra indígena traz resultados insuficientes no plantio, que poucas famílias exercem. Há algumas árvores frutíferas no local, com escassas variedades. A liderança e algumas entidades apoiadoras informam que já foram realizados muitos projetos na aldeia voltados à subsistência – como doação de sementes e insumos, plantio de nativas, construção de hortas, criação de animais –, mas sem sucesso, com pouca adesão da comunidade. Um açude, com peixes, também secou. Recentemente, formou-se um coral de crianças, que realizou apresentações em alguns eventos externos e planeja gravar músicas para divulgação. Também se fala em viabilizar visitas turísticas à aldeia, e está em conclusão a construção de uma espécie de banca na entrada da aldeia para recepção e exposição de produtos. A maioria dos indígenas faz artesanato, predominando a confecção de adereços com miçangas e a produção de figuras esculpidas em madeira; poucos trabalham a cestaria. As mulheres organizam-se em grupos para vender o artesanato nas ruas centrais das cidades ao redor; nessas ocasiões, também é frequente a prática do poraró, ou “esperar troquinho”, quando a mulher, sentada sobre panos, normalmente acompanhada do filho menor no colo e dos maiores brincando ao redor, deixa um ajaká (cestinho) vazio ao seu lado para receber o dinheiro dos brancos que querem fazer caridade (OTERO, 2008). Há, ainda, pelo menos uma mulher que atua como profissional do sexo e um idoso que complementa renda como

anotador de jogo do bicho. No último ano, também, se intensificou a exploração da madeira dentro da terra indígena, levando a importante redução da cobertura florestal; essa atividade é autorizada pela liderança e está mantida mesmo durante a pandemia de COVID-19.

4.6 Práticas tradicionais de atenção à saúde

Os Mbya preservam de forma muito vívida sua espiritualidade, que permeia todas as esferas da vida diária. A noção de *Tekoa*, que usualmente traduzimos como “aldeia”, corresponde ao lugar onde a reprodução do modo de ser Guarani é possível (LADEIRA, 2008), que, mais que meramente condições do espaço físico, depende da possibilidade de manutenção de inúmeros princípios e práticas de cuidado, também compreendidas como saúde. A agricultura e o artesanato, listados anteriormente enquanto atividades econômicas, são exemplos de práticas com alta carga simbólica para os Mbya, implicadas diretamente na produção da pessoa.

No Campo Molhado, a figura da liderança José centraliza a orientação espiritual e as práticas tradicionais da comunidade. Recebe muito bem a equipe de saúde, porém nunca busca atendimento – relata que raramente adocece e, se necessário, prioriza os tratamentos naturais. Desenvolveu, há alguns anos, o gosto por desenhar belas e coloridas representações de aspectos fundamentais da cosmologia Guarani, que utiliza para ensinar às novas gerações e a alguns amigos *jurua*. Mostrou-nos o desenho de uma planta e afirmou: “É medicina, saúde. A gente usa todas as partes da planta, a raiz, o tronco, as folhas... isso é a nossa medicina, a nossa saúde.” Explicou que alguns remédios só têm efeito se são dados pelo *Karaí*, pois é ele quem possui a conexão espiritual e recebe a autorização de *Nhanderu* para o uso da medicina. José nega que seja *Karaí*, apesar de essa informação constar na literatura referente ao Campo Molhado. Afirma, porém, manter proximidade aos *Karaí* por conversar muito com *Nhanderu* e dedicar-se profundamente ao seu próprio fortalecimento, levando uma vida de plena dedicação: não pode beber álcool, brigar, sair muito de sua terra; investe suas energias em trabalhar muito e estudar o que vem de *Nhanderu* para compreender bem e manter vivas as histórias que precisa contar. Seu José se entristece por saber que as novas gerações de Guarani conhecem tão pouco as histórias antigas e não valorizam a sabedoria dos mais velhos. O afastamento das tradições é causa de muitas doenças. Traz novamente um assunto que debatemos seguidamente em nossas conversas quinzenais: o impacto à saúde das crianças nascidas de relações passageiras, sem casamento, muitas vezes sem mesmo saber ao certo quem é o pai. Seu José relata que fala muito a todos, reunindo a comunidade todas as noites para conversar, mas que é cada pessoa quem escolhe o seu caminho. A ele resta aconselhar e orientar. Lembra, ao final, que também proíbe a entrada de bebidas alcoólicas na aldeia, pois as reconhece como armas do *jurua* que afetam profundamente a saúde dos indígenas.

Em muitos momentos, José ressalta o impacto do *jurua* sobre a Terra, que, machucada, se revolta e causa doenças. Coloca que é importante a equipe de saúde conhecer bem o povo Guarani e suas tradições, para não acabar trazendo o mal para a aldeia. Refere que a equipe deve respeitar o funcionamento da comunidade, sempre conversando dentro da aldeia e tentando ali resolver os problemas antes de acionar agentes externos, que entendem menos ainda dessa realidade. Os Guarani têm a sua própria forma de conduzir as situações, e nem sempre o que é problema para os *jurua* é o mesmo problema para os indígenas. Cita o caso das gestações na adolescência e o parto no hospital, que às vezes terminam com envolvimento de instâncias maiores, como conselho tutelar e polícia, trazendo grande sofrimento para a aldeia. Uma situação ainda mais comum ocorre na aplicação de *kutu* (vacina) às crianças: na sua compreensão, o momento do choro, tal como um susto, deixa a criança muito vulnerável, portanto fazer muitas vacinas de uma só vez ou insistir em examinar uma criança que chora é vista como uma atitude prejudicial e errada do profissional.

No Campo Bonito, há alguns moradores que trabalham como *Karaí*, todos mais jovens, com menos de 50 anos de idade. Apesar de mantermos uma relação mais frequente de contato, temos pouca articulação com esses especialistas. Sabemos que há grande demanda por seus atendimentos, que ocorrem todas as noites, muitas vezes para pacientes vindos de outras aldeias. Sabemos também que nem todos os *Karaí* tem as mesmas capacidades, variando o tipo de tratamento realizado. Há queixa de que se encontram poucos medicamentos naturais na área da aldeia, então frequentemente ocorrem trocas de chás e sementes. Uma nova *Opy* foi construída recentemente. Provavelmente pela facilidade de acesso, tanto aos *Karaí* como à EMSI, nessa aldeia observamos que, na maioria das vezes, o tratamento tradicional e o tratamento biomédico ocorrem simultaneamente.

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

Neste capítulo, buscamos resgatar e compilar dados referentes à demografia e à epidemiologia da população que habita as TIs Campo Bonito e Campo Molhado, tendo como base o ano de 2019, por refletir sua realidade mais recente, mas ampliando esse período em algumas das análises. Realizamos, inicialmente, consultas ao Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) local e à ferramenta Painel SIASI, que, no entanto, evidenciaram a irregularidade do preenchimento dessas bases de dados e a dificuldade para o acesso a informações confiáveis por esses meios. Verificamos que o uso mais sistemático desses sistemas pela EMSI do PB Osório iniciou apenas em julho de 2019, com posterior interrupção devido a mudança da sede do Polo Base, que dificultou o uso da rede de computadores. A solicitação de dados compilados à DIASI também não obteve resposta. Identificamos, então, a necessidade de retornar às planilhas de controle local e às fichas de atendimento individual e prontuários para levantamento de informações. Infelizmente, mesmo o registro a nível local encontrava-se bastante incompleto. Recorrendo à memória dos membros da equipe para validação do material encontrado, pudemos constatar muitas limitações, tanto do SIASI, como das plataformas locais de registro, para o fornecimento de uma representação acurada da realidade das aldeias.

Também consideramos importante ressaltar alguns desafios inerentes ao estudo das populações pequenas, como no caso das TIs objeto deste trabalho, e em grande parte dos trabalhos em saúde indígena. Os métodos mais comumente empregados pela demografia e pela estatística se destinam a possibilitar um olhar amplo para extensos bancos de dados de acontecimentos vitais, contando com grandes e estáveis denominadores, que tendem a compensar eventuais falhas e vieses. Nossa realidade pode se enquadrar no exato oposto deste ideal acadêmico, pois desejamos estudar populações pequenas e instáveis, com alta mobilidade e escassos registros, em curto espaço de tempo. Nesse contexto, a busca por indicadores minimamente significativos e representativos da realidade das populações estudadas gera inúmeros questionamentos sobre a adequação desse tipo de análise. Surge a oportunidade de pensar metodologias alternativas, valorizando também essa “lente de aumento”, com um olhar mais minucioso que o trabalho com pequenas populações proporciona.

5.1 Aspectos demográficos

A Tabela 4 apresenta as principais características demográficas das populações do Campo Bonito e do Campo Molhado. O cálculo da população total para 2019 considerou todos os indivíduos que residiram nessas TIs ao longo do ano, compilando dados de censos realizados periodicamente pela EMSI.

Tabela 4 - População residente nas Terras Indígenas Campo Bonito e Campo Molhado em 2019

	Campo Bonito	Campo Molhado
População total – n	157	31
Sexo – n (%)		
Masculino	84 (53,5)	16 (51,6)
Feminino	73 (46,5)	15 (48,4)
Idade – anos		
Média	19,73	18,55
Mediana (Min-Máx)	14 (0-80)	16 (0-74)
Faixa etária – n (%)		
0-4	29 (18,5)	7 (22,6)
5-9	32 (20,4)	4 (12,9)
10-19	33 (21)	8 (25,8)
20-29	24 (15,3)	8 (25,8)
30-39	20 (12,8)	0
40-59	10 (6,3)	2 (6,5)
60+	6 (5,7)	2 (6,5)
Etnia – n (%)		
Guarani Mbya	154 (98,1)	31 (100)
Guarani Kaiowá	3 (1,9)	0

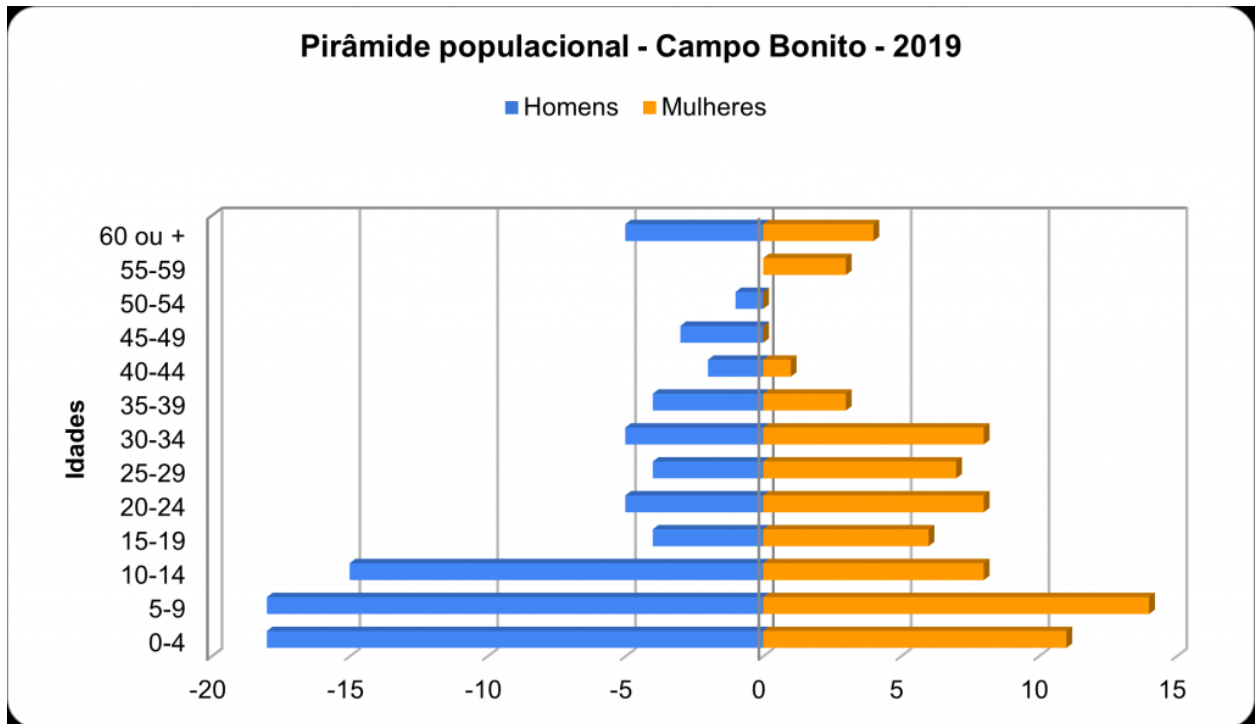
Fontes: SIASI, 2020; Censos populacionais do PB Osório (documentos internos), 2019.

A distribuição sexo-etária descrita na tabela 4 está demonstrada de forma mais ilustrativa nas Figuras 20 e 21, que trazem, para ambas as TIs, pirâmides de base alargada, com predomínio de população jovem, bem como leve preponderância masculina. Os primeiros estratos etários, de zero a 19 anos, são os mais numerosos, correspondendo a mais de 50% da população analisada; conseqüentemente, identificamos medianas de idade bastante reduzidas, sendo de 14 anos no Campo Bonito e 16 anos no Campo Molhado. Esses dados representam uma população que se encontra em fase de expansão, devido à alta taxa de natalidade, com mortalidade relativamente controlada nas últimas décadas. Fontes: SIASI, 2020; Censos populacionais do PB Osório (documentos internos), 2019.

Comparativamente, a pirâmide etária Brasileira, conforme o Censo de 2010, e sua projeção para anos subsequentes, apresenta progressivo estreitamento de sua base e alargamento de seu topo, com a redução da natalidade e da mortalidade e o envelhecimento da população, que se refletem em um aumento da mediana de idade, atualmente calculada em 32,6 anos. Essa configuração corresponde à fase da transição demográfica em que o Brasil se encontra, tendendo à estabilização e até mesmo contração da população. A pirâmide etária do DSEI Interior Sul de 2019, ainda que de forma menos marcada, também sinaliza tendência no mesmo sentido, com estreitamento de sua base, estando a faixa-etária mais numerosa entre os 15 e os 19 anos (DIASI, 2019).

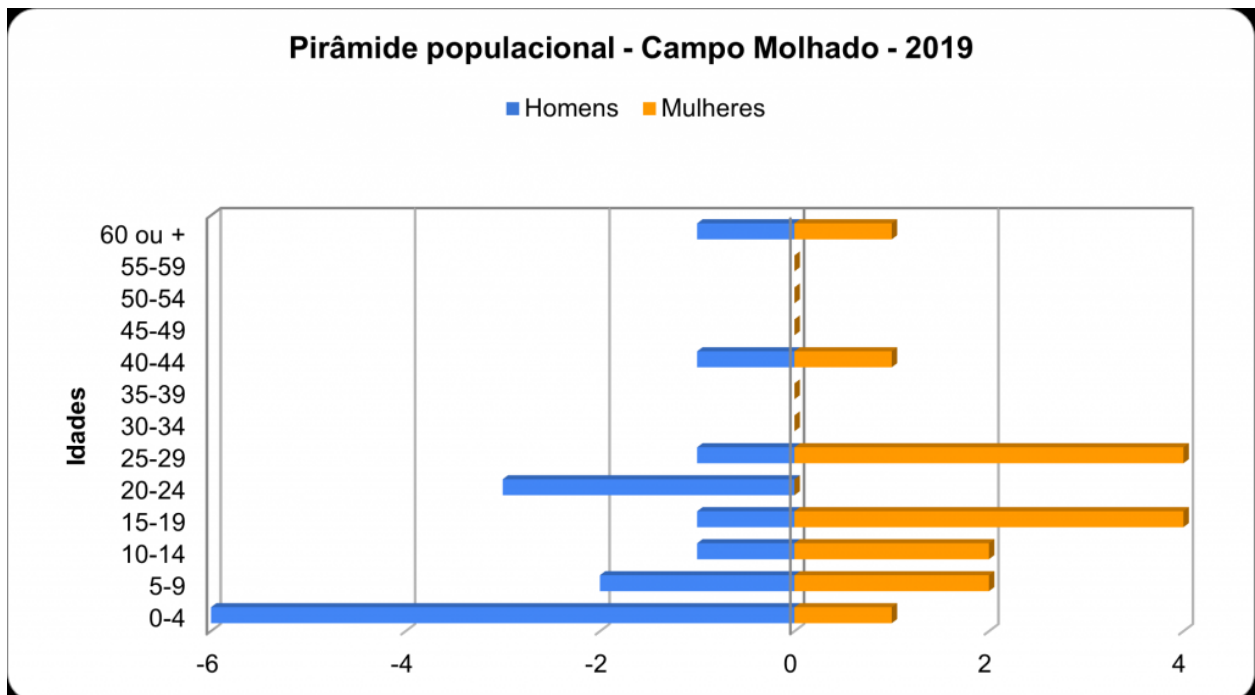
Dos 157 moradores do Campo Bonito, apenas três, imigrantes em 2019, vindos de Mato Grosso do Sul, se autodeclaravam Guarani Kaiowá. Todos os demais, bem como a totalidade dos moradores do Campo Molhado, se autodeclaravam Guarani Mbya.

Figura 20 - Pirâmide sexo-etária da TI Campo Bonito, 2019.



Fontes: SIASI, 2020; Censos populacionais do PB Osório (documentos internos), 2019.

Figura 21 - Pirâmide sexo-etária da TI Campo Molhado, 2019.



Fontes: SIASI, 2020; Censos populacionais do PB Osório (documentos internos), 2019.

5.2 Gestações e nascimentos

A avaliação das taxas e padrões de fecundidade e natalidade de uma população buscam compreender sua capacidade reprodutiva, que se relaciona intrinsecamente tanto à cultura como às condições de vida e acesso

à saúde (LOPEZ, 2000). Para uma avaliação mais ampla, considerando o pequeno contingente populacional das TIs aqui estudadas, a Tabela 5 apresenta, para as Taxas de Fecundidade Geral (TFG) e Taxas Brutas de Natalidade (TBN), dados referentes aos últimos cinco anos, entre 2015 e 2019, período em que foi possível resgate de informações razoavelmente acuradas e checagem por profissionais mais antigos da EMSI. Observamos que ambas as taxas apresentam oscilações ao longo dos anos estudados, que podem corresponder, entre outros fatores, à ciclicidade própria da reprodução humana, alternando entre períodos de gestação e amamentação, que podem ocasionalmente ser simultâneos para todas as mulheres de uma mesma TI. O acumulado dos cinco anos sinaliza altas taxas de fecundidade geral e natalidade, similares a outros estudos conduzidos entre populações indígenas (WONG, 2016). Um cálculo acurado da taxa de fecundidade total, que corresponderia ao número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, está fora do escopo deste trabalho, pois exigiria um recodatório detalhado realizado com as mulheres residentes nas TIs, visto que muitas já não vivem com toda a sua prole, bem como existe uma tendência a omissão de óbitos (LOPEZ, 2000).

Tabela 5 - Taxa de fecundidade geral (por mil nascidos vivos) e taxa bruta de natalidade (por mil habitantes), por ano, 2015 - 2019, nas Terras Indígenas Campo Bonito e Campo Molhado

	Ano	População total	Mulheres em idade fértil	Nascidos vivos	Taxa de fecundidade	Taxa de natalidade
Campo Bonito	2015	127	26	9	346,15	70,87
	2016	121	23	3	130,43	24,79
	2017	142	22	3	136,36	21,13
	2018	117	23	11	478,26	94,02
	2019	157	33	6	181,82	38,22
	Taxas médias				254,61	49,80
Campo Molhado	2015	22	5	0	0	0
	2016	24	6	1	166,67	41,67
	2017	23	6	0	0	0
	2018	28	8	3	375	107,14
	2019	31	9	3	333,33	96,77
	Taxas médias				175,00	49,12

Fontes: SIASI, 2020; Consolidados de trabalho do PB Osório (documentos internos), 2019.

Informações mais detalhadas a respeito das gestações e nascimentos foram encontradas para os anos de 2018 e 2019 e estão descritas na Tabela 6. Quanto à idade materna, houve duas gestantes com menos de 15 anos de idade no Campo Bonito e nenhuma no Campo Molhado no período, diferença que não parece significativa, pois em anos anteriores se observou essa ocorrência em ambas as aldeias. Em oportunidades de conversa sobre saúde reprodutiva, a liderança do Campo Molhado, José Verá, sempre reiterou que, para os Guarani, não havia qualquer problema em uma gestação considerada precoce pelos *jurúá*, desde que a mulher estivesse preparada para isso e contasse com o apoio do marido e da família. Ao confeccionarmos material personalizado para o acompanhamento pré-natal em nosso PB, solicitamos a ele um desenho que pudesse representar as gestantes Mbya; José aceitou o convite e entregou-nos a ilustração reproduzida na Figura 22, reforçando seu recado ao dizer que a mulher ali desenhada tinha 14 ou 15 anos de idade. A literatura que aborda a iniciação sexual e reprodutiva das Mbya é bastante complexa e ainda pouco reveladora. Em geral, os estudos concordam com José ao descrever o preparo espiritual, o desenvolvimento de determinadas habilidades e a providência divina como elementos mais importantes que a idade da mulher para a gestação e o cuidado dos filhos (AZEVEDO e ADORNO, 2007). Além disso, surgem manifestações sobre a importância da presença do parceiro durante a gestação, pois seu distanciamento enfraquece uma ação que deve ser contínua - o investimento na formação de uma criança Mbya (PRATES, 2019); esse é tema de preocupação maior para José e outras lideranças, que identificam como grande problema o aumento do número de gestações frutos de relações casuais ou adultério. Por outro lado, também ocorrem na literatura relatos sobre o costume de homens mais velhos (frequentemente avós ou outros familiares) de “amansar” meninas, “ensinando-as” a manter relações sexuais da maneira correta em preparação para a vida

adulta, prática que muitas vezes resulta em gestação precoce e em complexos padrões familiares, sendo reprovada pelas mulheres, que buscam resistir dentro de suas possibilidades (PRATES, 2019). Em anos recentes, tem-se observado maior interesse da juventude em conhecer métodos contraceptivos que permitam algum controle sobre a prole, tema que gera controvérsias entre as diferentes gerações, pois os mais velhos preconizam os métodos tradicionais, ainda muito utilizados em nosso meio (AZEVEDO e ADORNO, 2007). No entanto, contrariamente ao que se poderia imaginar, a tendência das últimas décadas foi de redução da idade de casamento e primeira gestação, gerando críticas dos mais velhos que afirmam que os jovens não escutam seus conselhos e não aguardam o momento e o parceiro adequados para a união (LOPEZ, 2000). Questiono se essa tendência, além de associar-se à redução da idade de menarca, teria relação à busca por maior autonomia por esses jovens, tendo em vista a mudança de status social possível a partir da concretização da função reprodutora perante a comunidade.

Figura 22 - Caderneta de acompanhamento pré-natal do Polo Base Osório, 2019. Face externa.

SAÚDE INDÍGENA
CADERNETA DE GESTANTE
 Polo Base Osório - SESAI/MS

Nome: _____
 Aldeia: _____
 SUS: _____

Curva de AU/IG

Altura uterina (cm)

Semanas de gestação	AU (cm)	IG (cm)
13	13	7
15	15	8
17	17	10
19	19	12
21	21	14
23	23	16
25	25	18
27	27	20
29	29	22
31	31	24
33	33	26
35	33	28
37	33	30
39	33	32

Semanas de gestação

Exames:

Exames:	Data	Result.	Data	Result.	Data	Result.
Glicose Jejum						
Toxo IgG/IgM						
Hb/Ht						
EQU						
Urocultura						
TR HIV						
TR Sífilis						
TR HbsAg						
TR HCV						
Outros						

Imunização

Vacina Antitetânica
 1ª dose: ___/___/___
 2ª dose: ___/___/___
 3ª dose: ___/___/___
 Reforço: ___/___/___

Hepatite B
 1ª dose: ___/___/___
 2ª dose: ___/___/___
 3ª dose: ___/___/___

Influenza
 Data: ___/___/___
 Lote: _____

dTpa
 Data: ___/___/___
 Lote: _____

Acomp. odontológico

Necessidades

Fonte: Acervo Polo Base Osório. Ilustração: José Verá, 25 de julho de 2019.

Retornando à Tabela 6, o número de consultas de acompanhamento pré-natal foi maior, em média, na aldeia Campo Bonito, refletindo, provavelmente, a dificuldade de acesso à aldeia Campo Molhado, que se dá apenas com veículo tracionado. Houve períodos, tanto em 2018 como em 2019, em que, por problemas mecânicos da camionete, as visitas à aldeia Campo Molhado ficaram suspensas, prejudicando os atendimentos programáticos, bem como a busca ativa de gestantes, que por vezes iniciaram o acompanhamento pré-natal mais tardiamente.

Tabela 6 - Características das gestações e dos nascimentos nas Terras Indígenas Campo Bonito e Campo Molhado, em 2018 e 2019.

	Campo Bonito	Campo Molhado
Idade materna		
Média – Anos	22,41	25
Mediana (Min-Máx) – Anos	21 (13-34)	25 (16-39)
Faixa etária – n (%)		
< 15 anos	2 (11,8)	0
15 a 19 anos	4 (23,5)	2 (33,3)
20 a 34 anos	11 (64,7)	3 (50)
> 34 anos	0	1 (16,7)
Consultas Pré-Natal – n		
Média (Min-Máx)	8,59 (5-12)	6,17 (3-9)
Local e tipo do Parto – n (%)		
Aldeia – Tradicional	10 (58,8)	5 (83,3)
Hospital – Vaginal / Cirúrgico	5 (29,4) / 2 (11,8)	1 (16,7) / 0
Idade gestacional – Semanas		
Média (Min-Máx)	38,24 (34-41)	37,17 (33-39)
Prematuridade – n (%)	2 (11,8)	1 (16,7)
Peso ao nascer		
Média (Min-Máx) – g	2969 (1875-3900)	2839 (1700-3500)
PIG / AIG / GIG – n (%)	3 (17,6) / 14 (82,4) / 0	0 / 6 (100) / 0
Baixo peso ao nascer – n (%)	4 (23,5)	1 (16,7)
Patologias neonatais – n (%)		
Albinismo	0	1 (16,7)
Anencefalia/Microcefalia	0	1 (16,7)
Doença de Hirschsprung	1 (5,9) †	0
Polidactilia	1 (5,9)	0
Sepse precoce	1 (5,9) ‡	0

Notas: †Evolução a óbito pós-neonatal ‡Evolução a óbito neonatal precoce Fontes: SIASI, 2020; Consolidados de trabalho do PB Osório (documentos internos), 2019.

A idade gestacional atingida foi similar em ambas as aldeias, bem como a ocorrência de prematuridade. Houve diferença quanto ao local do parto, predominando o parto tradicional domiciliar em ambas as aldeias, porém com maior ocorrência de partos hospitalares no Campo Bonito. Todas as crianças do Campo Molhado apresentavam peso adequado para idade gestacional (AIG), ainda que uma apresentasse baixo peso ao nascer pela prematuridade; já no Campo Bonito, apesar de haver apenas duas crianças nascidas antes das 37 semanas gestacionais, quatro apresentavam baixo peso ao nascer e três foram classificadas como pequenas para idade gestacional (PIG). Essa constatação levanta alguns pontos para reflexão, desde a aplicabilidade de critérios gerais de crescimento à população Guarani, passando pelos fatores associados a tais ocorrências e culminando em suas implicações à morbimortalidade das crianças.

Quanto ao primeiro ponto, temos escutado, desde o início dos trabalhos na saúde indígena, afirmações dos mais velhos sobre o tamanho dos recém-nascidos: “para nós isso é normal, o Guarani nasce pequeno mesmo” é frase recorrente, já adotada também por profissionais da saúde. Para comparação, trazemos um estudo muito recente, publicado em dezembro de 2020, que analisou a linha de base da primeira coorte de nascimentos indígena no Brasil, realizado em 63 aldeias Guarani das regiões Sul e Sudeste do país entre 2014 e 2016 (BARRETO et al, 2020). Os autores encontraram prevalências de 15,5% de baixo peso ao nascer (comparado a 23,5% no CB e 16,7% no CM) e 15,3% de prematuridade (11,8% no CB e 16,7% no CM); similarmente ao que verificamos em nossas aldeias, o peso médio ao nascer foi 2912g (2969g no CB e 2839g no CM), com idade gestacional média de 38,1 semanas (38,24 no CB e 37,17 no CM), estando o escore-z de peso ao nascer para idade gestacional em -0,15. Esses dados parecem reiterar a afirmação dos indígenas mais velhos quanto ao tamanho das crianças, que tendem a localizar-se em faixas de peso ao nascer abaixo da média do instrumento utilizado (INTERGROWTH-21st), com maior proporção de crianças classificadas com baixo peso ao nascer em

comparação aos dados nacionais – em 2019, 8,6% no Brasil e 9,55% no RS (DATASUS). Por outro lado, estudo internacional compilando dados de muitos países de renda baixa ou média encontrou, para o ano de 2012, prevalência de crianças PIG de 19,3% em geral, 8,6% na América Latina e Caribe, e 9,0% no Brasil (LEE et al, 2017), colocando em patamar preocupante a prevalência de PIG no Campo Bonito (17,6%). O acompanhamento longitudinal proposto no estudo poderá vir a fornecer mais elementos para avaliar se a associação entre o baixo peso ao nascer e piores desfechos em morbimortalidade, identificada em outras pesquisas, se mantém também entre os Guarani, ou se deveríamos considerar a possibilidade de estabelecer outros padrões para essa população. Sob outra perspectiva, alguns estudos sugerem que, para populações que vivem em condições de vulnerabilidade socioeconômica, essas variáveis possuem maior influência no crescimento intrauterino e no peso de nascimento que fatores genéticos ou étnicos (VILLAR, 2014), questão que, se aplicada aos Guarani poderia levar-nos a questionar se sua baixa estatura característica não reflete, também, falha em atingir seu alvo de crescimento, geração após geração.

Quanto ao segundo ponto, há múltiplos fatores associados à ocorrência de recém-nascidos (RNs) de baixo peso ou pequenos para idade gestacional, muitos dos quais identificamos nas comunidades estudadas, conforme também verificado e revisado por BARRETO et al (2020), dos quais ressaltamos: extremos de idade materna; IMC pré-gestacional baixo ou ganho de peso gestacional insuficiente; curto intervalo interpartal; consumo de tabaco, álcool ou cafeína; desfechos desfavoráveis de gestações prévias (morte fetal, prematuridade); morbidade materna (doença hipertensiva, infecção geniturinária); entre outros. É importante ressaltar que todos esses fatores se encontram associados a determinantes sociais e a contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Cabe, assim, reforçar ainda mais os cuidados dispensados durante o acompanhamento pré-natal, qualificando nosso olhar para a avaliação de risco dessas gestações em seu recorte territorial.

Por último, destacamos a crescente importância que o peso de nascimento tem recebido em estudos que avaliam desfechos de morbimortalidade perinatal e infantil, já com evidências consistentes de prováveis implicações a longo prazo (VICTORA et al, 2011; WHO, 2014). A redução significativa do número de crianças nascidas com baixo peso é uma das metas globais de nutrição da Organização Mundial da Saúde para 2025.

5.3 Mortalidade

Partimos agora à análise dos coeficientes de mortalidade, que sinalizam uma diferença marcada entre as duas TIs estudadas neste trabalho. Nos mesmos cinco anos, entre 2015 e 2019, não houve óbitos na TI Campo Molhado, estando zerados tanto o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) como os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) e Mortalidade de Menores de Cinco Anos (CMM5). Na TI Campo Bonito, a situação foi distinta, e apresentamos na Tabela 7 os dados referentes à mortalidade na infância no período.

Tabela 7 - Coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de mortalidade de menores de 5 anos (por mil nascidos vivos), por ano, 2015 - 2019, na Terra Indígena Campo Bonito.

Ano	Nascidos vivos	Óbitos de menores de 5 anos				CMI	CMM5
		Óbitos de menores de 1 ano			Óbitos de 1-4 anos		
		Neonatal		Pós Neonatal (28-364 dias)			
		Precoce (0-6 dias)	Tardio (7-27 dias)				
2015	9	1	0	0	0	111,11	111,11
2016	3	1	0	0	1	333,33	666,67
2017	3	0	0	0	0	0	0
2018	11	0	0	1	0	90,91	90,91
2019	6	1	0	0	0	166,67	166,67
2015-2019						125	156,25

Fontes: SIASI, 2020; Consolidados de trabalho do PB Osório (documentos internos), 2019.

Analisando-se somente o ano de 2019, com um óbito neonatal precoce entre os seis nascidos vivos, que

resulta em um CMI muito elevado, é necessário recordar as ressalvas quanto ao estudo de populações pequenas, pois claramente há um grande peso deste único óbito sobre o indicador, devido ao reduzido denominador. No entanto, ampliando-se a análise a todos os casos dos últimos cinco anos, observamos que o elevado CMI permanece bastante estável, com quatro óbitos infantis, sendo três deles neonatais precoces, dos 32 nascidos vivos entre 2015 e 2019. O CMI desta TI está bastante acima nos números nacionais (em 2015, CMI de 13,82 por mil nascidos vivos no Brasil) (IBGE, 2021) e até mesmo acima do CMI indígena (calculado em 41,9 em 2009 e em 29,53 em 2017) (BRASIL, 2011; 2018).

Conforme informações constantes na ficha de investigação do óbito de 2015, tratava-se de primigesta, sem acompanhamento pré-natal, procedente de Santa Catarina, que se mudou para a aldeia de Torres no final do terceiro trimestre gestacional. Foi encaminhada em trabalho de parto ao hospital de referência, apresentando perda de líquido fétido. A RN, a termo, com suspeita de sepse, apresentou parada cardiorrespiratória na mesma data, evoluindo a óbito. Já o caso de óbito neonatal de 2016, também conforme informações constantes na ficha de investigação, refere-se a RN aparentemente hígido, nascido a termo no hospital de referência local, tendo a mãe realizado acompanhamento pré-natal regularmente e sem intercorrências. Segundo consta, o RN também apresentou suspeita de sepse, evoluindo a óbito no terceiro dia de vida. Infelizmente, o óbito neonatal de 2019 refere-se a outra RN desta mesma mãe, que novamente realizou todo o acompanhamento pré-natal sem intercorrências, optando, desta vez, por parto tradicional na aldeia, especialmente por receio do desfecho negativo vivenciado anteriormente no hospital, preocupação frequente em nossas aldeias e relatada na literatura (LEWKOWICZ, 2016). A RN nasceu a termo, hígida, porém também apresentou quadro de sepse, de provável foco umbilical, sendo transferida ao hospital de referência, porém evoluindo rapidamente a óbito no terceiro dia de vida. O óbito pós-neonatal decorreu de complicação cirúrgica de Doença de Hirschsprung, durante internação hospitalar, e o óbito de criança de 1 ano em 2016 deveu-se a quadro grave de infecção respiratória, sendo o único ocorrido na aldeia.

O predomínio identificado do componente neonatal, e em especial o neonatal precoce, sinaliza a contribuição de fatores e condições socioeconômicos e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em seus primeiros dias de vida. No contexto indígena, onde ainda muitos partos acontecem fora do ambiente hospitalar, é fácil, porém simplista, atribuir a elevada mortalidade neonatal ao contexto de nascimento e aos partos tradicionais, em uma lógica meramente higienista. No entanto, os casos aqui demonstrados, ocorridos em ambiente hospitalar, sugerem que determinantes mais complexos estejam implicados nesses elevados coeficientes de mortalidade, que merecem estudos futuros. O único óbito de criança menor de 5 anos de idade ocorrido fora do ambiente hospitalar foi, justamente, um caso que não corresponde a óbito infantil; esse caso se assemelha aos óbitos que ainda predominam em áreas de marcada vulnerabilidade socioeconômica, incluindo áreas indígenas, causados principalmente por agravos evitáveis, como infecções e desnutrição. Nesse sentido, podemos afirmar que a elevada mortalidade na infância identificada na aldeia Campo Bonito seguiu distribuição diferente do esperado para seu contexto (MARINHO, et al., 2019).

Quanto à ocorrência geral de óbitos no Campo Bonito nos mesmos cinco anos, além dos já relatados para as crianças, encontramos os seguintes óbitos: em 2016, um adulto de 38 anos, portador de epilepsia mioclônica, por septicemia de foco pulmonar; em 2017, um jovem de 18 anos por leucemia linfocítica subaguda; em 2019, um idoso de 77 anos, tabagista, etilista em abstenção e pneumopata crônico, por complicações de Influenza A (H1N1); e, no mesmo ano, outro idoso de 62 anos, hipertenso de longa data que não aderiu ao tratamento biomédico, por complicações de acidente vascular cerebral isquêmico extenso. Totalizam-se, portanto, 1 óbito em 2015, 3 em 2016, 1 em 2017, 1 em 2018 e 3 em 2019, números provavelmente subestimados por falhas de registro (alguns desses óbitos não estavam listados no SIASI, sugerindo que haja outros em situação semelhante; recordamos, por exemplo, o óbito de um jovem indígena em 2019 por politraumatismo secundário a atropelamento na BR-101 em frente à aldeia, que não foi contabilizado por não possuir cadastrado no SASI-SUS). O coeficiente de mortalidade geral (CMG) da aldeia para o ano de 2019 foi 19,11 por 1000 habitantes, mais de três vezes maior que o da população brasileira (6,08 em 2015) (IBGE, 2021).

5.4 Dinâmica populacional

O cálculo das Taxas de Crescimento anual, que expressam o ritmo em que uma população está aumentando, depende da relação entre seu saldo vegetativo e o saldo migratório. Considerando as elevadas taxas de natalidade e a tendência histórica de redução da mortalidade entre os indígenas, pode-se esperar que

haja contribuição significativa do crescimento vegetativo, ou natural, que corresponde à diferença entre óbitos e nascimentos em um determinado período. No entanto, no contexto de pequenas populações, com grande instabilidade, é essencial buscar considerar também impacto do fluxo migratório, apesar de sua difícil mensuração. As taxas representadas na Tabela 8 são usualmente calculadas tendo por base a população do local na segunda metade do ano. Os dados encontrados para o ano de 2019 correspondem ao que temos observado nas comunidades, com tendência a incremento populacional no Campo Bonito e declínio no Campo Molhado. A aldeia de Torres, apesar de suas condições mais precárias de ocupação territorial, com altas taxas de mortalidade, mantém saldo positivo especialmente às custas das frequentes migrações, com famílias inteiras que ali se estabelecem, às vezes por meses ou anos, e que ainda que emigrem, deixam alguns de seus membros que constituem novas famílias e contribuem para o crescimento populacional. Já o Campo Molhado, aldeia que já abrigou mais de 100 pessoas, nos anos recentes tem apresentado expressiva redução de sua população, não por adoecimento ou óbito, mas sim pela emigração, especialmente de jovens em busca de estudo, trabalho e maior proximidade a outras aldeias e cidades.

Tabela 8 - Componentes da dinâmica populacional (em números absolutos) e taxas de migração e crescimento (por cem habitantes) nas Terras Indígenas Campo Bonito e Campo Molhado, em 2019.

	Nascidos vivos	Óbitos	Imigrantes	Emigrantes	Taxa líquida de migração*	Taxa de Crescimento*	
						Vegetativo	Absoluto
C. Bonito	6	3	35	10	18,66	2,24	20,90
C. Molhado	3	0	1	9	-29,63	11,11	-18,52

Notas: *Calculadas com base na população residente em 02/07/2019 (134 habitantes no Campo Bonito e 27 habitantes no Campo Molhado)

Fontes: SIASI, 2020; Consolidados de trabalho do PB Osório (documentos internos), 2019.

5.5 Adoecimento

Infelizmente, os dados referentes a morbidade são bastante escassos para essas populações. O SIASI e a ferramenta Painel SIASI não geram consolidados de motivos de consulta por aldeia, havendo apenas dados por capítulo da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para toda a área de abrangência do PB Osório. Também estão disponíveis dados em nível individual: é possível verificar, CID a CID, quais pacientes consultaram por aquele motivo; encontrando o nome de um paciente de nosso território recorte, podemos visualizar todas as consultas registradas em seu nome ao longo do ano; entretanto, considerando a extensão da classificação, e o número de pacientes que precisaríamos encontrar, esse seria um trabalho manual e muito demandante. Buscamos, então, revisar as fichas de atendimento, em papel, das aldeias Campo Molhado e Campo Bonito e inserir os seus motivos de consulta de seus moradores em um grande banco de dados, que não pudemos concluir em tempo hábil. Por isso, os dados apresentados a seguir retratam não as comunidades de nosso território recorte, mas sim as aldeias do PB Osório em sua totalidade, quanto aos motivos de consultas no ano de 2019 (Tabela 9 e Figura 23).

De forma geral, podemos afirmar que a EMSI realiza o acompanhamento da saúde de crianças, idosos, gestantes, puérperas e pessoas com doenças crônicas, em atendimentos considerados programáticos, mas raramente agendados. Ainda assim, o maior volume de consultas ocorre por demanda espontânea da população, por condições majoritariamente agudas. Na Figura 23, os agravos estão organizados de maneira sumária, variando desde situações mais pontuais, representadas no gráfico em tons mais escuros, até doenças crônicas e condições de acompanhamento programático, representadas em tons mais claros. Percebemos, nestes dados, que ainda há uma grande carga de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias na população do PB Osório, sendo as infecções das vias aéreas o principal motivo para a busca por atendimento da EMSI. No contexto da pandemia de COVID-19, até o momento do fechamento deste trabalho (fevereiro de 2021), não houve casos confirmados em pacientes do Campo Molhado, enquanto três pacientes do Campo Bonito apresentaram resultado positivo para RT-PCR de SARS-Cov-2 em swab de nasofaringe mediante sintomatologia típica.

Tabela 9 - Consolidado geral de morbidade - Motivo de consultas do Polo Base Osório em 2019, em

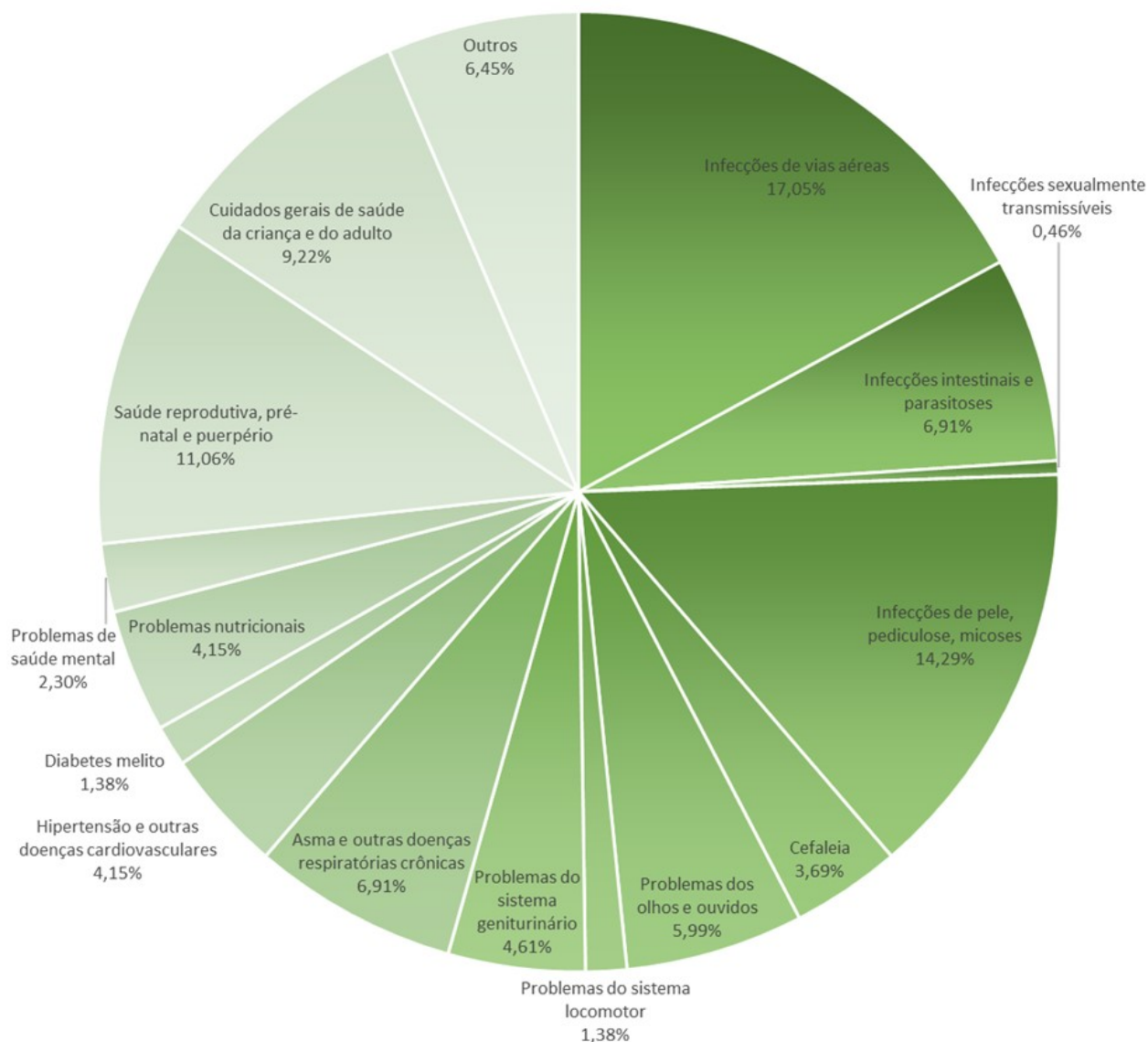
percentual do total de atendimentos médicos.

Classificação	Percentual	Motivo da consulta
Condições infecciosas	35,5	13,36 Infecções das vias aéreas superiores
		3,69 Infecções das vias aéreas inferiores
		4,15 Infecções intestinais
		2,76 Parasitoses intestinais
		0,46 Infecções sexualmente transmissíveis
		2,30 Micoses
		1,84 Pediculose
		6,91 Infecções de pele
Condições específicas	18,9	3,69 Cefaleia
		3,23 Dermatites
		2,76 Problemas dos olhos
		3,23 Problemas dos ouvidos
		1,38 Problemas do sistema locomotor
		1,84 Problemas do sistema geniturinário
		2,76 Problemas ginecológicos
Condições crônicas	19,4	0,46 Domiciliado por sequelas neurológicas
		6,91 Asma/doenças respiratórias crônicas
		4,15 Hipertensão/doenças cardiovasculares
		1,38 Diabetes melito
		0,92 Obesidade
		3,23 Desnutrição e anemia
		0,92 Problemas de saúde mental
		1,38 Uso de álcool
Cuidados gerais de saúde	20,3	3,23 Anticoncepção
		6,91 Pré-natal
		0,92 Puerpério
		4,61 Cuidados gerais de saúde das crianças
		4,61 Exame médico geral e rastreamentos
Outros	6,0	0,92 Traumatismos e causas externas
		5,07 Outros sintomas gerais

Fonte: Fichas de Atendimento do Polo Base Osório, 2019.

Figura 23 - Sumário dos motivos de consulta do Polo Base Osório em 2019.

Motivos de consultas - Polo Base Osório



Fonte: Fichas de Atendimento do Polo Base Osório, 2019.

Realizando um recordatório para algumas condições de saúde presentes em nosso meio, foi possível verificar que predominam semelhanças entre as aldeias, com percentuais similares para a maioria das condições (Tabela 10). Das diferenças, chama atenção a alta prevalência de crianças consideradas lactentes sibilantes no Campo Bonito (72,2% dos menores de 2 anos), com crises normalmente suscitadas por infecções respiratórias e provavelmente agravadas pelas condições de vida, como exposição frequente a fumaça, suscetibilidade às mudanças de tempo e à umidade, casas pouco arejadas, entre outros. No mesmo sentido, as infecções respiratórias e as crises de sibilância são motivos frequentes de internação hospitalar das crianças do Campo Bonito, mas não do Campo Molhado, como pode ser verificado na Tabela 11. Ainda quanto à Tabela 10, vemos a alta prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool no Campo Bonito, número que novamente está subestimado pelas dificuldades de cadastro e acompanhamento desses pacientes, que não costumam comparecer para atendimento ou receber a EMSI para visitas domiciliares; normalmente, são encontrados embriagados nas redondezas da aldeia e às margens da rodovia, muitas vezes atendidos apenas após situações de violência, acidentes ou intoxicações alcoólicas mais graves. No Campo Molhado, estima-se que os problemas relacionados ao álcool estejam ausentes pela postura da liderança, que proíbe seu consumo; aqueles que não se adaptam acabam mudando-se dali.

Tabela 10 - Prevalência de algumas condições de saúde nas Terras Indígenas Campo Bonito e Campo Molhado, em 2019, em número de casos e percentual - n (%).

	Campo Bonito	Campo Molhado
Asma****	14 (10,1)	3 (12,0)
Lactente sibilante***	13 (72,2)	2 (33,3)
Outra doença pulmonar*	5 (3,2)	0
Anemia*	10 (6,4)	2 (6,5)
Albinismo*	2 (1,3)	1 (3,2)
DM2**	1 (1,5)	1 (8,3)
HAS**	8 (11,8)	0
Dislipidemia**	6 (8,8)	1 (8,3)
Obesidade**	9 (13,2)	0
Atraso DNPM***	3 (16,7)	2 (33,3)
Deficiência intelectual****	3 (2,2)	2 (8,0)
Epilepsia*	1 (0,6)	0
Cefaleia crônica*	8 (5,1)	2 (6,5)
Deficiência visual*	3 (1,9)	0
Depressão*	8 (5,1)	2 (6,5)
Ansiedade*	4 (2,5)	1 (3,2)
Uso de Álcool**	10 (14,7)	0
Sífilis*	0	1 (3,2)

Notas: Cálculo de prevalência realizado em relação a: * População total (157 / 31); ** População de 18 anos ou mais (68 / 12); *** Menores de 2 anos de idade (18 / 6); **** População de 2 anos ou mais (139 / 25). DM2 = diabetes melito tipo 2. HAS = hipertensão arterial sistêmica. DNPM = desenvolvimento neuropsicomotor.

Fonte: Documentos internos do Polo Base Osório, 2019.

As prevalências de diabetes (DM2) e hipertensão (HAS) nas comunidades da área de abrangência do PB Osório vêm em ascenso nos últimos anos, provavelmente associadas às mudanças no estilo de vida e na alimentação, com entrada importante de ultraprocessados. Estimamos que o efeito dessa transição seja mais intenso no Campo Bonito, por maior facilidade de acesso a esses insumos, despontando também o aumento da prevalência de obesidade nessa comunidade. Conforme a pesquisa Vigitel para o ano de 2019, realizada nos 26 estados e no distrito federal, houve relato de diabetes em 7,4%, hipertensão em 24,5% e obesidade em 20,3% dos entrevistados (BRASIL, 2020b); portanto, os percentuais verificados nas aldeias ainda se encontram abaixo das médias nacionais, mas já merecem atenção.

Em nossa população, observamos uma proporção mais acentuada de crianças com baixo peso para a idade que o esperado em uma população saudável, considerando distribuição normal - muito baixo peso para idade (MBPI) com frequência de até 0,1% e baixo peso para idade (BPI) até 2,3%. No Campo Bonito, das 29

crianças com menos de cinco anos de idade, uma apresentou MBPI (3,45%) e oito apresentaram BPI (27,59%); já no Campo Molhado, três das sete crianças de até cinco anos apresentavam BPI (42,85%). Em ambas as aldeias, não houve crianças com peso elevado para idade. Como já discutimos anteriormente, fala-se muito que os Guarani são constitucionalmente menores; no entanto, é sempre importante considerar que pode haver contribuição de múltiplos fatores para essa redução de alvo de crescimento. Em nossa prática diária, vemos tanto a insegurança alimentar como o adoecimento frequente como fatores importantes que contribuem para o baixo peso nos primeiros anos de vida e a baixa estatura no longo prazo. Há, também, conforme relatos de algumas lideranças e cuidadores, a compreensão de que existe a necessidade de a criança vivenciar alguns sofrimentos para desenvolver-se adequadamente, fortalecendo-se a partir da superação de desafios, que muitas vezes envolvem a capacidade de alimentar-se com pouco auxílio dos mais velhos.

A saúde bucal é outra área muito impactada pelo padrão alimentar. O índice CPOD quantifica a presença de dentes cariados, perdidos e obturados, estando recomendado como ideal um valor médio menor que 1,1 tomando por referência a dentição aos 12 anos de idade. No Campo Bonito, conforme cálculo realizado pela equipe de Saúde Bucal do PB Osório, esse índice atinge 4,11, correspondendo a uma prevalência moderada de cárie; permanece, no entanto, bastante superior à média brasileira, que apresentou importante redução nas últimas décadas (de 7,3 em 1980 para 2,1 em 2010) (AGNELLI, 2015). No Campo Molhado, o CPOD é de 1,9, caracterizando baixa prevalência de cárie, dado que levanta novamente a hipótese de possível associação da condição de saúde ao acesso a alimentos ultraprocessados e adoçados.

5.5 Internações hospitalares

Conforme listado na Tabela 11, em 2019, houve apenas uma internação hospitalar no Campo Molhado, para avaliação de RN com malformação do sistema nervoso central (microcefalia). No Campo Bonito, observamos que predominaram as internações de lactentes, correspondendo a 10 das 17 ocorrências; três dessas crianças (pacientes 03, 09 e 11 na Tabela 11) internaram mais de uma vez por condições respiratórias, sendo uma delas encaminhada três vezes a hospital de referência para alta complexidade por necessidade de suporte ventilatório em unidade de terapia intensiva (UTI).

Tabela 11 - Internações hospitalares de residentes das Terras Indígenas Campo Bonito e Campo Molhado, ocorridas em 2019, por data de internação, tempo de permanência, características do paciente, motivo da internação, CID-10 e evolução do caso.

Paciente	Internação e Permanência	Sexo	Idade	Hospital	Motivo	CID-10	Evolução	
Campo Bonito								
01	01/03	2	F	3d	Local	Septicemia	P36	Óbito
02	24/04	5	M	7m 12d	Local	Bronquiolite aguda	J21	Alta melhorado
03	25/04	8	F	8m 4d	Local	Bronquiolite aguda	J21	Alta melhorado
04	23/07	3	F	29a	Local	Parto único espontâneo	O80	Alta puerperal
05	10/08	5	F	31a	Local	Parto único espontâneo	O80	Alta puerperal
06	14/09	3	M	16a	Local	Parto único espontâneo	O80	Alta puerperal
07	17/09	19	M	62a	Local	Acidente vascular cerebral	I64	Óbito
08	23/09	5	M	77a	Local	Influenza	J11	Óbito
09	24/09	16	M	1m 23d	UTI	Bronquiolite aguda	J21	Alta melhorado
09	15/10	16	M	2m 14d	UTI	Bronquiolite aguda	J21	Alta melhorado
03	12/10	9	F	1a 1m	Local	Pneumonia	J18	Alta melhorado
10	15/10	2	F	5a	Local	Diarreia e gastroenterite	A09	Alta melhorado
11	22/10	7	F	2m 10d	Local	Bronquiolite aguda	J21	Alta melhorado
11	19/11	10	F	3m 7d	UTI	Bronquiolite aguda	J21	Alta melhorado
13	26/11	6	M	1a 2m	Local	Pneumonia	J18	Alta melhorado
09	03/12	15	M	4m 2d	UTI	Pneumonia	J18	Alta melhorado
14	04/12	1	M	72a	Regional	Catarata – Cirurgia eletiva	H25	Alta melhorado
Campo Molhado								
12	04/11	16	M	2d	UTI	Microcefalia	Q02	Alta melhorado

Fontes: SIASI, 2020; Consolidados de trabalho do PB Osório (documentos internos), 2019.

5.6 PCCU

Por último, para avaliação da cobertura do Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino (PCCU), foi preciso resgatar nominalmente cada mulher residente das aldeias junto ao Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) para compilação de dados mais confiáveis, visto que tanto o SIASI como os prontuários e documentos internos de controle se encontravam incompletos. Tivemos, no Campo Bonito, 86,36% das mulheres da faixa-etária alvo com exame coletado em 2019, cobertura considerada adequada; no Campo Molhado, a proporção foi de 60%, número que aumenta se considerarmos as pacientes que não realizaram exame em 2019 pois já tinham resultados prévios normais que autorizaram repetição mais espaçada. No entanto, revisando individualmente todas as coletas de citopatológico (CP) realizadas, identificamos um quadro preocupante. No Campo Bonito, foram coletados 29 exames, sendo apenas 19 na faixa-etária recomendada, entre 25 e 64 anos; 10 exames foram realizados em jovens com menos de 25 anos, quatro delas entre 15 e 20 anos de idade. No Campo Molhado, foram coletados 5 exames, três na faixa-etária recomendada, um aos 17 anos de idade e um aos 74 anos de idade (este último, recomendado por se tratar de paciente que nunca havia feito rastreamento). Sabemos que a exposição ao papilomavirus humano (HPV) é precoce na população em geral, razão que justifica a idade ideal para vacinação; no entanto, não é pela precocidade de exposição que deve-se antecipar o rastreamento, tendo em vista que em população jovem a tendência é de que efeitos citopáticos de HPV e lesões pré-malignas tenham resolução espontânea, sem necessidade de intervenção, sendo o rastreamento populacional contraindicado por ofertar potencial dano (intervenções desnecessárias, impacto psicológico do diagnóstico de neoplasia, efeitos adversos dos tratamentos). Em população indígena, este assunto merece maior estudo, para qualificar a tomada de

decisão. Em nosso período de trabalho no PB Osório, temos presenciado profissionais orientando coleta de CP em pacientes muito jovens, algumas delas apresentando lesões iniciais, que são encaminhadas para referência e apresentam resolução espontânea, porém gerando toda uma cadeia de avaliações e intervenções que poderiam ter sido evitadas. Além disso, há uma tendência de que as mesmas mulheres sejam rastreadas múltiplas vezes, em anos subsequentes ou mesmo mais de uma vez em um ano, enquanto outras nunca realizem o exame. Finalmente, quanto aos resultados, em 2019, do total de exames coletados, apenas um apresentou alteração, com Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US). Tratava-se de mulher de 25 anos do Campo Bonito, que realizou seguimento em 2020 com resultado normal. Outro resultado interessante refere-se à presença de alterações não-neoplásicas: no Campo Bonito, das 29 coletas, duas apresentavam *Trichomonas vaginalis*, sete apresentavam alterações sugestivas de *Gardnerella vaginalis* e 13 apresentavam inflamação. No Campo Molhado, uma apresentava *Gardnerella* e outra, inflamação.

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

A experiência de trabalho na EMSI do PB Osório no ano de 2020, transformada pelo olhar sensível e interdisciplinar exercitado ao longo da Especialização em Saúde Indígena UNA-SUS/UNIFESP, convida-nos a refletir sobre as informações compiladas até o momento neste trabalho, porém sem limitar-nos a elas. Constatações objetivas e percepções sutis ressoam ao final deste processo, sinalizando a presença de múltiplos problemas que merecem atenção.

Revisitando o momento inicial da escolha dos territórios aqui descritos como objetos de estudo, percebe-se que as motivações então elencadas buscavam situar essas comunidades em um suposto espectro das possibilidades de vida Guarani. Partia-se de certos estereótipos e preconceções, romantizando o indígena isolado, que opta por viver em localidade de mais difícil acesso, em contraposição ao indígena que vive às margens das rodovias, próximo a centros urbanos. Hoje, reconhecemos que há particularidades de cada território, porém tais características não são estanques, deterministas, mas sim componentes dinâmicos de um arranjo social complexo, com múltiplas camadas. Mais que isso, constatamos, ao entrelaçar teoria e prática, que as compreensões de territorialidade para os Guarani estendem-se muito além dos espaços de terra demarcada pelo Estado (LADEIRA, 2000, 2008), em que os tentamos “confinar” neste trabalho para criar categorias analíticas (PRINTES, 2015), talvez com limitada validade. De certa forma, direcionar nossa atenção de forma fragmentada e controladora às comunidades, sem inclui-las em seu contexto maior – social, político, ecológico, espiritual –, reproduz a lógica demarcatória que por tanto tempo foi rejeitada pelos Mbya (LADEIRA, 2008).

Se por tantos motivos negamos essa falsa dicotomia entre Campo Bonito e Campo Molhado, podemos, ainda assim, partir de suas características para incitar algumas ponderações e reforçar a importância de planejamento e organização diferenciados da EMSI para a realidade de cada comunidade, com estratégias de atuação que considerem a situação dos atores em seus territórios. Apesar de, nessas áreas, já realizarmos atividades bastante diferentes – desde a frequência de contato até o grau de conhecimento das famílias e de suas necessidades –, isso tem se dado mais por questões de ordem logística que por intenção ou propósito. Atualmente, no entanto, consideramos que é preciso buscar ativamente essa diferença, acolhendo suas potencialidades e desafios, com raízes firmes nos princípios da equidade e da integralidade, que aqui se ramificam na atenção diferenciada.

Salta aos olhos a necessidade de adequação do trabalho da EMSI, em uma prática que se faça e refaça **com** as comunidades, e não **para** elas (FREIRE, 1987). Compreendemos nessa cocriação um processo de transformação permanente, horizontalizado, que busque ferramentas de diversas ciências, considere a perspectiva e os saberes de diversos atores sociais, contemple a dimensão comunicativa e a experiência vivida com as comunidades, e progrida à compreensão das necessidades em saúde para a construção da *práxis* que desejamos. Ainda que problemas mais específicos também tenham crescido em importância com o presente estudo, sobressai a percepção do quão distantes estamos de estabelecer esse processo longitudinal de construção, revisão e adaptação de nossas práticas. Por isso, buscaremos, neste capítulo, explorar uma **rede explicativa** associada ao **processo de trabalho da EMSI do PB Osório**, com dificuldades crônicas de **planejamento e gestão** e prováveis impactos na **qualidade da assistência** prestada às comunidades indígenas.

6.1 (Mais) Algumas ressalvas fundamentais

Consideramos importante dar vazão a algumas angústias antes de partir para o exercício de planejamento proposto. É inegável que o trabalho junto aos povos indígenas gera, para muitos profissionais, uma forte sensação de impotência. De fato, os problemas encontrados refletem determinantes estruturais, imbricados no processo de colonização que se mantém até hoje. Os avanços globais do neoliberalismo, ocorridos ao longo das últimas décadas, acentuam e aprofundam os paradoxos das políticas públicas voltadas aos povos indígenas, dentre elas a própria PNASPI. Queiramos ou não, ao atuar na saúde indígena, nos colocamos enquanto representantes desse Estado que se alia aos poderosos por meio de omissões, acordos, reformas, desmonte e aparelhamento institucional; nosso contato se dá nessa zona de fricção. Sabemos que mudanças robustas dependem de iniciativas amplas, que aderecem questões profundas e estruturais; propomos, porém, que nossa ação local (uma das pontas desse sistema) não se limite, por inércia, despreparo ou descrença, a apenas reproduzir lógicas de

dominação. Pensar a micropolítica na atenção à saúde indígena é, também, buscar inspiração na organização desses povos, e com eles aprender a resistir e criar.

Ao focar o processo de trabalho da EMSI como alvo de nossa rede explicativa, propomos uma inversão de ótica: em vez de apontar e destrinchar problemas identificados nas comunidades, muitas vezes em perspectivas bastante higienistas (TEIXEIRA, 2012), voltamo-nos para observar nossas próprias implicações nesse contato. Como TEIXEIRA (2012), não acreditamos que os problemas do SASI-SUS possam ser reduzidos a práticas locais inadequadas, por mau desempenho dos indivíduos ou das equipes; a responsabilização dos profissionais é um recurso retórico governamental que compõe estratégia para ocultar outros processos mais complexos, como contradições no próprio modelo da PNASPI e interesses conflitantes entre diferentes agentes estatais. Ainda assim, acreditamos que a qualificação das equipes para o trabalho na saúde indígena possa impactar positivamente as realidades em que se inserem.

6.2 Momento Explicativo

6.2.1 Identificação e priorização de problemas

Seguindo as etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Matus (1996), e adaptando-as à nossa realidade, realizamos, inicialmente, uma tempestade de ideias, levantando 50 descritores (D1-D50) relacionados às dificuldades encontradas no processo de trabalho, planejamento e gestão da EMSI do PB Osório. Após, agrupamos os descritores por proximidade temática, atribuindo aos agrupamentos palavras-chave e numerando-os como problemas (P1-15). Os dados se encontram na Tabela 12.

Tabela 12 - Lista de problemas (P1-15) e descritores (D1-50) encontrados para as dificuldades do processo de trabalho, planejamento e gestão da equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) do Polo Base Osório, 2020.

Descritor	Problema
D1 Desmotivação, falta de proatividade, é feito somente o que é pedido pela chefia/DIASI	P1: Individualismo
D2 Realização de tarefas de interesse pessoal antes de tarefas de necessidade coletiva	
D3 Predomínio do trabalho em demanda espontânea	P2: Gestão de demanda
D4 Buscas ativas e rastreamentos pouco estruturados	
D5 Sensação de estar sempre "apagando o incêndio"	
D6 Impressão geral de grande volume de trabalho, sem melhora das condições de saúde	P3: Atenção superficial à saúde
D7 Negligência crônica de temas difíceis e estruturais – ex. alcoolismo, violência, gestações < 14 anos, insegurança alimentar, desnutrição, atraso DNPM	
D8 Registros incompletos no local de atendimento	P4: Registro
D9 Impossibilidade de consulta aos prontuários no local de atendimento	
D10 Registros prévios em prontuário são incompletos ou ininteligíveis, perda de exames já realizados, repetição de solicitação de exames, reencaminhamentos, perda de seguimento	
D11 Dificuldade para manter prontuários atualizados	
D12 Prontuário de papel, falta do E-SUS	
D13 Dificuldade de seguimento dos pacientes migrantes	
D14 Cuidado médico-centrado	P5: Divisão de tarefas
D15 Centralização de muitas tarefas na figura do chefe de polo	
D16 Sobrecarga de alguns profissionais	
D17 Má qualidade das aferições – Peso, estatura, DNPM	P6: Vigilância
D18 Falhas no preenchimento de planilhas enviadas à DIASI e no preenchimento do SIASI	
D19 Falta de um sistema local de saúde	
D20 Pouco conhecimento da real situação epidemiológica	
D21 Ausência de um mapeamento próprio de pacientes e de pontos de atenção e vigilância	
D22 Ações significativas dependem de iniciativa individual dos trabalhadores	P7: Planejamento estratégico
D23 Fluxo de trabalho desordenado, perda de prazos	
D34 Produção mecânica de dados enviados à DIASI sem processo reflexivo associado	
D25 Falta de um momento coletivo para revisão e discussão de casos e indicadores	
D26 Dificuldade de adesão da equipe em atividades de planejamento e discussão, baixo rendimento de reuniões prévias – aguardam pauta da chefia, não propõem	
D27 Conversa sobre os casos em momentos informais, perda de informações por mau fluxo	
D28 Esquecimento de atividades importantes a realizar em área – tarefas são definidas informalmente, muitas vezes somente oral	
D29 Articulação fragmentada entre equipes de saneamento e saúde	
D30 AIS e AISAN pouco integrados no trabalho da EMSI	P9: AIS e AISAN
D31 Dificuldade para definição de papéis, capacitação, autonomia e iniciativa dos AIS e AISAN	
D32 Poucas atividades de educação em saúde	P10: Educação em saúde
D33 Atividades de educação em saúde predominantemente expositivas, com limitada adesão e participação das comunidades	
D34 Alta rotatividade de profissionais	P11: Seleção e preparo profissional
D35 Início de atividade dos profissionais em área sem qualquer preparação prévia, desconhecimento da realidade da etnia	
D36 Falta de uma capacitação melhor para a atuação em saúde indígena, com o desenvolvimento de competências e habilidades específicas, sem melhora das práticas após capacitações propostas pela DIASI	
D37 Falta de comprometimento com a causa indígena	
D38 Visão estereotipada e preconceituosa sobre a população atendida	
D39 Pouca articulação com os agentes que realizam os cuidados tradicionais em saúde	P12: Competência cultural
D40 Aceitação e inércia terapêutica em casos atribuídos a questões espirituais e conduzidos pela medicina tradicional	
D41 Histórico de omissão de casos pela população por receio de possíveis diagnósticos, intervenções, retaliações e implicações legais	
D42 Pouco conhecimento da língua pela EMSI, dificultando a comunicação com os pacientes	
D43 Impaciência nos atendimentos em área (respeito ao tempo necessário para aproximação)	
D44 Visão limitada do papel da EMSI, desconhecimento dos atributos da APS	P13: Integralidade
D45 Barreiras impostas pela pandemia colocaram alguns profissionais em posição de conforto – distanciamento pelo EPI, aceitação de que muitas atividades não poderiam ser realizadas, defesa do atendimento apenas de urgências, estagnação de casos no aguardo de serviços terciários	
D46 Fornecimento inconstante de medicações e insumos	P14: Logística
D47 Dificuldade em organizar o fornecimento de medicação de uso contínuo	
D48 Dificuldades gerais logísticas – transporte, material, segurança	
D49 Baixa adesão da população aos espaços formais de controle social	P15: Controle social
D50 Falta de outros espaços e momentos para pensar coletivamente as necessidades em saúde	

Fonte: Autoria própria.

A esse primeiro exercício, seguiu-se tentativa de realizar priorização de problemas de forma quantitativa pela atribuição de valores entre zero (menor importância) e quatro (maior importância) em cinco critérios (Tabela 13): magnitude, referente ao tamanho do problema e número de afetados; transcendência, referente ao interesse dos envolvidos em solucionar o problema; vulnerabilidade, referente à possibilidade de resolução ou amenização do problema; urgência, referente ao grau de risco do problema e consequente prazo para seu enfrentamento; e factibilidade, referente à disponibilidade de recursos para o manejo do problema. Aqueles com maiores somas (16 pontos) foram os agrupamentos P7, que reúne descritores diretamente relacionados ao planejamento da EMSI, e P12, referente à competência cultural. Em segundo lugar, ficaram os agrupamentos P3, cujos descritores sinalizam as dificuldades da EMSI em atuar de maneira mais profunda sobre os problemas de saúde das comunidades, e P4 e P6, que se relacionam mutuamente, pois tratam da dificuldade das ações de registro, acompanhamento e vigilância.

Tabela 13 - Priorização objetiva de problemas do Polo Base Osório conforme critérios CENDES-OPAS de magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e factibilidade.

Problema	Magnitude Tamanho	Transcendência Interesse	Vulnerabilidade Reversão	Urgência Espera	Factibilidade Recursos	Total
P1	2	0	4	1	3	10
P2	2	3	2	1	2	10
P3	4	1	3	3	2	13
P4	4	2	3	2	2	13
P5	2	1	4	2	3	12
P6	3	2	4	2	2	13
P7	4	2	4	3	3	16
P8	3	2	1	2	0	8
P9	2	2	2	1	1	8
P10	3	2	3	1	3	12
P11	3	2	2	1	1	9
P12	4	4	3	3	2	16
P13	2	1	2	2	2	9
P14	2	2	1	1	1	7
P15	2	1	1	1	1	6

Fonte: Autoria própria.

6.2.2 Explicação dos problemas priorizados - Explorando descritores e causas

Considerando que todos os problemas e descritores levantados o foram por terem alguma importância para a EMSI, nossa primeira impressão, ao realizar a priorização por critérios objetivos, foi de que poucas novidades poderiam surgir desse exercício. No entanto, o resultado da soma realmente retornou dois agrupamentos de grande relevância, intimamente relacionados a outros problemas e passíveis de modificação com mínimos recursos, desde que organizemos esforços nesse sentido. Iremos, primeiramente, discutir algumas possibilidades da rede explicativa desses problemas e, ao final, traremos dois pontos de contribuição dos atores indígenas.

6.2.2.1 P7 - Planejamento estratégico

O item P7, nomeado **planejamento estratégico**, é o mais genérico dos agrupamentos, pois se refere diretamente ao processo de gestão e planejamento que hoje recebe pouca atenção de nossa equipe. A observação de seus descritores leva a alguns questionamentos importantes: Por que isso é um problema? Quais suas consequências? Por que planejar? Conforme afirma Carlos Matus:

“Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for.” (MATUS, 1996, p. 14).

Artmann (2000, p. 100) destaca a noção de planejamento como “cálculo que precede e preside a ação”, conceito alargado para além de um mero procedimento burocrático, pois passa a vincular-se intrinsecamente à ação, avaliação e atualização constante do plano. A autora também destaca, com Matus, que para que o planejamento seja possível, um problema deve ser bem definido e declarado por atores interessados em resolvê-lo, ou seja, deve corresponder a uma realidade insatisfatória que suscita à ação; sua solução não é definitiva, mas se dá em um intercâmbio favorável por outros problemas.

Aqui pontuamos que não desejamos regredir ao planejamento como noção engessada e normativa. Acreditamos que essas concepções, além de muito reducionistas de seu potencial transformador, afastam os atores que poderiam se interessar pela resolução dos problemas. Temos vivenciado esse distanciamento e consequente desinteresse em tentativas anteriores de reuniões de equipe. Recebemos muitas demandas da equipe da DIASI, centralizando grande parte dos esforços de nossa EMSI, que tem contingente reduzido; a ideia de investir em um planejamento interno, à primeira vista, parece adicionar mais camadas burocráticas e normativas a nosso trabalho. Por outro lado, não é possível que sigamos em um modelo de trabalho viciado e inerte, “escravos da circunstância”, sem nos questionarmos sobre o sentido do que estamos realizando e para onde estamos conduzindo nossos esforços.

Quanto aos descritores, acreditamos que os aqui apresentados sejam necessários, porém não “suficientes para expressar o problema sem confundi-lo com outros ou com suas próprias causas e conseqüências” (ARTMANN, 2000, p. 104). Trata-se de problema complexo e multifatorial, com múltiplos pontos de vista, que só estariam contemplados em um processo de planejamento que envolvesse mais atores. Mas, partindo destes já levantados, podemos começar a refletir sobre suas causas, para compreender a realidade e traçar soluções.

Primeiramente, como já colocado, há a compreensão de planejamento em suas definições tradicionais, rígidas, afastando os trabalhadores, que já estão sobrecarregados. Surge, portanto, a necessidade de vincular o processo de planejamento à prática, para que os trabalhadores percebam motivações em seu fazer – para que saia do papel. Interessante notar que, para os Guarani, também muitas das iniciativas institucionais se perdem na burocracia, e há certa descrença de planos e projetos; novamente, surge a necessidade de atingir implicações práticas para que o processo de planejamento tenha alguma validade (SOARES, 2012).

Outra causa importante é a estrutura hierárquica, formal ou não, existente dentro de uma equipe, e os vícios dessa organização – alguns mandam, outros obedecem. As causas de base são profundas, remetendo à estrutura social de nosso sistema econômico vigente, permeada de opressões. Para a condução do planejamento, é fundamental que haja um processo horizontal, em que todos os atores tenham voz e sejam considerados. Faz-se necessário abrir espaço genuíno para essa participação. Novamente pensando a organização social e política dos Guarani, lembramos sua característica de realizar longas rodas de conversa e discussão, com importância central do uso palavra por todos que assim desejarem participar, e apoios verbais dos demais (FERREIRA, 2004). Há um interessante contraste: ao passo que, em nossa organização, a posição de liderança dá direito à palavra, entre os Guarani essa lógica se inverte, pois é o próprio falar – o domínio sobre a palavra e seus efeitos nos demais – que contribui para a definição das lideranças, de forma flexível e impermanente (QUEZADA, 2007); a partir das necessidades de relacionamento e negociação com a sociedade *jurua*, é que vão surgindo posições mais marcadas de chefia, mas ainda sob outra lógica de liderança (CLASTRES, 2020 [1974]).

Ao mesmo tempo que não desejamos que a concretização da política pública dependa tão diretamente do engajamento de atores individuais (pois nisso demonstra sua vulnerabilidade), queremos, sim, que o processo de planejamento estratégico propicie a autonomia dos sujeitos. Retomando Paulo Freire (2019 [1996], p. 28-41), a prática crítica envolve o movimento dinâmico – dialético – entre o fazer e o pensar sobre o fazer. É necessário que a curiosidade, enquanto inquietação indagadora, vá se tornando crítica, através da reflexão sobre a prática. A pedagogia do autor dialoga diretamente com o processo de planejamento que queremos propor. Freire também ressalta a importância da superação da ingenuidade pela rigorosidade, não enquanto rigidez, mas enquanto domínio do conhecimento existente, mantendo abertura à descoberta de novos saberes e à produção do conhecimento ainda não existente. Essas noções se entremeiam a outros problemas relatados em nosso exercício, pois para o adequado planejamento estratégico é fundamental realizar um diagnóstico rigoroso, que parte de conhecimentos teóricos, técnicos e práticos, contempla vivências e afetos e mantém viva a possibilidade do novo – do desconhecido, do estranho –, ainda mais forte em contexto intercultural. Por último, percebemos,

com Freire, a importância dos elementos emocionais nos processos formativos, e reconhecemos, como possível causa do baixo engajamento em atividades de gestão e planejamento, a carga emocional envolvida nesse tipo de discussão, que reflete algumas dificuldades de relacionamento presentes no trabalho em equipe.

6.2.2.2 P12 - Competência cultural

O item P12, nomeado **competência cultural**, também é bastante significativo e se interliga a muitos dos outros problemas relatados em nosso exercício. Ainda que a **atenção diferenciada** conste em documentos oficiais como princípio que justifica e estrutura as políticas de atenção à saúde indígena, sua compreensão não é consensual; essa “diferença” pode se estabelecer de formas bastante distintas conforme qual ator social – gestor, profissional da saúde, AIS, antropólogo – a articula (LANGDON e DIEHL, 2007). Nesses múltiplos discursos, residem algumas das causas dos problemas encontrados em nosso exercício de planejamento.

Compreendemos essas questões inseridas na complexa temática da justiça social e da demanda por direitos. As políticas públicas de saúde indígena refletem conquistas de anos de lutas dos movimentos indígena, indigenista e sanitarista. Na prática, sua formulação e implementação acendem debate sobre os paradigmas de redistribuição e reconhecimento, revisados da obra de Nancy Fraser (2008) por Sartori Junior e Leivas (2017). A autora compreende as demandas por reconhecimento como aquelas centradas na identidade; como exemplo, no contexto nos povos indígenas, citamos o direito à autodeterminação, à consulta prévia e às práticas tradicionais de atenção à saúde. Já as demandas por redistribuição referem-se a necessidades materiais e gestão de recursos, como o acesso a benefícios sociais, moradia, atendimento de saúde, entre outros. Alguns autores têm considerado os povos indígenas enquanto simultânea e duplamente afetados, pois sofrem tanto por má-distribuição (âmbito material) como por não-reconhecimento e subordinação à hegemonia cultural (âmbito das relações simbólicas) (ALBUQUERQUE, 2008). Não deveria haver uma antítese entre essas demandas, que se complementam, fornecendo magnitude e perspectiva aos problemas; entretanto, as políticas públicas vêm sendo implementadas em um “meio-termo” insuficiente, que, por um lado, distribui recursos sem transformar as estruturas, e, por outro, pauta o reconhecimento apenas em seu aspecto formal, sem consequências práticas aos povos indígenas (ALBUQUERQUE, 2008; SARTORI JUNIOR e LEIVAS, 2017).

Em nosso contexto, temos a percepção de que a chegada das políticas públicas de saúde indígena às comunidades tem se dado muito mais pela via da redistribuição que pelo reconhecimento. Ainda que certamente haja necessidade de reformas materiais, esses aspectos parecem menores que os problemas relacionados aos desafios de atuação em contexto intercultural. Certo conformismo perante questões mais complexas, como as listadas nos determinantes D39-D43, parece também encontrar respaldo na compreensão da redistribuição como atribuição principal da atenção à saúde indígena: “o trabalho da EMSI está feito – fomos até eles, disponibilizamos recursos; se não aceitam ou se adaptam mal, não é problema nosso”. Muitas posturas das instâncias superiores à EMSI também reforçam essa compreensão, gerando até mesmo a culpabilização dos próprios indígenas pelos problemas enfrentados, em uma lógica de produção de repulsa (TEIXEIRA, 2012). Caso emblemático recente ocorreu no contexto da pandemia de COVID-19, em que documentos foram criados para assinatura e responsabilização pelos indivíduos que se recusassem a seguir as orientações sanitárias ou receber vacinação, gerando importantes atritos com os profissionais da EMSI.

Langdon e Diehl (2007), ao esmiuçar questões relacionadas à participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena, concluem que, para os diversos atores envolvidos, “Não está claro se os serviços de atenção primária devem articular-se com as práticas tradicionais ou integrar-se às elas. A primeira implica o reconhecimento da legitimidade dessas práticas, e a segunda indica a instrumentalização a partir do viés biomédico”. Em nosso exercício, compreendemos que uma atuação profissional coerente nessa situação de intermedialidade (FÓLLER, 2004) pressupõe a articulação entre as diversas práticas de saúde existentes, que só se dá pela afirmação dos direitos de reconhecimento e autodeterminação dos povos indígenas, bem como sua participação em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde (LANGDON e DIEHL, 2007; SARTORI JUNIOR e LEIVAS, 2017).

Ressaltamos, também como fator causal, o escasso conhecimento dos membros da EMSI a respeito da população atendida, predominando visões que repercutem estereótipos coloniais e racistas. As causas de base vêm desde a criação em famílias não-indígenas, perpassando os anos iniciais de formação escolar, reforçados pela mídia e reproduzidos no ambiente de trabalho. Dialogando com o item P11 – Seleção e preparo profissional –,

também não há pré-requisito de conhecimento mínimo sobre a causa indígena, a etnia atendida ou o SASI-SUS antes do ingresso em área, além de muito escassas e predominantemente tecnicistas as capacitações ofertadas. Em contrapartida, o contato com a literatura das ciências humanas, propiciado pelo curso de Especialização em Saúde Indígena UNA-SUS/UNIFESP, é de grande valia.

Outro fator importante, que se intersecciona em diferentes agrupamentos, refere-se à grande rotatividade dos profissionais que compõem as EMSI, que tem sido relatada por muitos autores (MARTINS, 2017; IDS-ISS-CEBRAP, 2009; LANGDON, 2006). No PB Osório, houve renovação de praticamente toda a equipe em 2018 (Tabela 14), com efeitos importantes nos cuidados prestados, em especial quanto à longitudinalidade. Os profissionais que integravam previamente a equipe apresentavam bom vínculo com as comunidades, e sua saída quase simultânea, ainda que por motivos diversos, foi muito sentida. Além disso, os profissionais que ingressaram em 2018 eram, em grande parte, recém formados, sem experiência prévia em área indígena. Nesse período de transição, foi de grande importância a contribuição das técnicas de enfermagem, que por já integrarem a equipe e conhecerem as características das aldeias e a rotina de trabalho, puderam atuar como ponte, auxiliando na capacitação informal dos demais, tendo em vista sua pouca ou inexistente preparação previamente à entrada em área. A terceirização e as recorrentes trocas de empresa conveniada favorecem que os profissionais utilizem esses momentos de encerramento de contrato para organizar mudança de emprego, buscando postos com maior estabilidade. Em uma rede explicativa, a rotatividade da EMSI pode tanto figurar como consequência, como ser causa de outros problemas.

Tabela 14 - Profissionais da EMSI PB Osório (PBO) no período de 2019-2020

Função	Formação	Período no PBO	Trabalho anterior
Enfermeira (chefe de polo)	2017	2018 - Atual	CRS, Hospital local
Enfermeira	2017	2018 - 2019	Téc. Radiologia, administrativo
Enfermeira	2010	2019 - Atual	Hospital, home care – outra localidade
Médica - PMMB	2017	2018 - Atual	APS – outra localidade
Téc. Enfermagem	2003	2011 - Atual	Hospital local
Téc. Enfermagem	2013	2018 – Atual (ASB 2013-2018)	ACS e ASB na APS da região ASB no PB Osório
Cirurgã-Dentista	2018	2018 - 2019	-
Cirurgião-Dentista	1992	2020 - Atual	Particular e APS – outra localidade
ASB	2015	2018 - Atual	APS local

Notas: ACS = Agente Comunitário de Saúde; APS = Atenção Primária à Saúde; ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; CRS = Coordenadoria Regional de Saúde; PMMB = Programa Mais Médicos pelo Brasil. Fonte: Autoria própria.

Fonte: Autoria própria

6.2.2.3 Perspectiva dos trabalhadores indígenas

Na impossibilidade de realizar reuniões presenciais devido à pandemia de COVID-19, não pudemos contar com a participação direta dos indígenas para o levantamento de problemas, descritores e causas. Por telefone, convidamos os trabalhadores indígenas das aldeias estudadas neste trabalho a comentarem sua experiência de atuação na saúde, que reproduzimos abaixo.

AIS Campo Molhado: Sexo masculino, 42 anos. Relata experiência laboral prévia em propriedades rurais da região. Iniciou seus trabalhos como AIS em novembro de 2008, e com orgulho conclui que já trabalha na saúde há mais de 11 anos. Informa que sempre desejou trabalhar como AISAN, e que mesmo hoje, ao lembrar sua trajetória para este relato, tem reforçada sua preferência pela atuação no saneamento, que ainda gostaria de vir a realizar. Quando foi contratado como AIS, havia outro indígena contratado como AISAN, porém, com o passar dos anos, a vaga foi perdida. Completa, no entanto, dizendo que “o trabalho é o mesmo, não tem diferença, só o

nome é diferente". Questionado sobre sua evolução, refere que o início do trabalho foi muito difícil, mas que se esforçou muito para conseguir entender sua função, e que a experiência e o aprendizado vieram da própria comunidade, de cada família. Acredita que o Campo Molhado tem um grande diferencial de outras aldeias que é a presença de um cacique muito sábio à frente da comunidade. A condução dos casos "é muito natural", refere, já que cada situação é levada inicialmente ao cacique, que conversa sobre a tradição e também sobre a equipe. Questionado sobre o respeito da comunidade, refere que primeiramente ele mesmo deve respeitar seu trabalho, sentir-se fazendo o seu papel, e mostrar esse trabalho para cada família. Quanto ao trabalho da EMSI, considera que atualmente "está 100%", sem qualquer reclamação, e também considera estar aprendendo com os outros profissionais. Sente-se parte da equipe, à vontade para perguntar qualquer assunto a qualquer membro, e percebe esforço de todos para resolver mesmo pequenos problemas, que às vezes fogem da alçada da saúde. Quanto a participação em atividades de ensino, lembra de apenas uma capacitação em Porto Alegre, há pelo menos três anos, que na ocasião considerou de pouca ajuda. Recorda o encontro realizado no ano de 2019 e sugere que outros encontros da EMSI completa, com todos os AIS e AISAN, deveriam acontecer pelo menos uma ou duas vezes por ano.

AIS Campo Bonito - Sexo feminino, 33 anos. Sem experiências prévias de trabalho remunerado. Foi contratada como AIS em 2018, após falecimento do profissional que atuava anteriormente nessa função. Relata que sempre teve muito interesse pela área da saúde e sonhava ser AIS, porém nunca imaginou que isso seria possível. Quando criança e em sua juventude, não foi estimulada a estudar ou buscar um trabalho, refere que "no tempo dos antigos era muito difícil, não mandavam criança para a escola". Mais tarde, por necessidade, aproximou-se das questões de saúde com o adoecimento de seu filho mais velho, que faleceu em 2017 por uma neoplasia hematológica. Durante o tratamento, foram a muitas consultas e internações em Porto Alegre, onde precisou compreender e traduzir informações passadas pela equipe de referência, acompanhar a evolução do caso, prestar suporte ao menino e a outros familiares e resolver burocracias extensas. Refere que, apesar do intenso sofrimento, essa experiência proporcionou muitos aprendizados e a fez ter mais vontade de trabalhar e ajudar outras famílias. Foi convidada para o cargo de AIS pelo cacique, seu irmão, com posterior aprovação pela comunidade em reunião. Relata algumas dificuldades, especialmente no início do trabalho, pois não conhecia bem suas tarefas, mas com o passar do tempo foi "aprendendo com comunidade, com a liderança, com os mais velhos, com as crianças". Não participou de capacitações, exceto a realizada em 2019 pela EMSI. Sabe que não são todos os moradores do Campo Bonito que consideram bom seu trabalho, especialmente devido a rixas entre as famílias, sendo que aproximadamente metade das pessoas da aldeia a respeita e coopera com sua atuação, por exemplo, recebendo para visita domiciliar e informando quando há alguém doente na casa. Quanto ao trabalho da equipe, refere que não tem motivos para reclamar e considera que atendemos bem e de forma correta.

6.2.2.4 Saneamento

Ainda que pontuem pouco em nosso exercício de planejamento, as necessidades relacionadas ao saneamento básico aparecem de forma bastante marcada na literatura (COIMBRA JR, 2014) e na participação dos indígenas em espaços de controle social. Em recente reunião do conselho local de saúde, que contou com a presença do coordenador do DSEI, a pauta do saneamento, com problemas graves apontados, permeou a fala de todas as lideranças e conselheiros. A EMSI, em especial por meio da chefia, tem movido esforços para acionar sempre com brevidade a equipe de saneamento; no entanto, esta fica lotada no PB Porto Alegre e conta com poucos servidores, portanto é frequente que haja demora no atendimento às demandas de urgência. Além disso, questões já crônicas permanecem sem solução, também por alegação de falta de pessoal ou recursos de variados tipos. O saneamento, que historicamente concentrou grande parte do orçamento destinado à saúde indígena (IDS-ISSL-CEBRAP, 2009), tem permanecido em segundo plano nas gestões recentes, e o tempo passado desde a instalação das estruturas, com escassa manutenção - situação agravada pela falta de treinamento dos AISAN -, contribui para a progressiva degradação das estruturas. Ainda que, na estrutura da SESAI e dos DSEI, haja divisão institucional entre os serviços de saúde e saneamento, e que com isso tenhamos pouco domínio dos assuntos referentes às especificidades dessa área, para a população atendida, em geral, não há a percepção dessa separação. Quando recebemos demandas relativas ao saneamento, terceirizá-las sem maior envolvimento pode, em grande medida, prejudicar o vínculo com as comunidades, tendo em vista a importância dessas questões para a vida diária nas aldeias. Há a necessidade de os membros da EMSI dominarem minimamente a pauta do saneamento e buscarem informações conforme as situações se apresentem para melhor orientar os pacientes, formalizando demandas para comprometimento da equipe de saneamento.

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

A elaboração de um plano de soluções para os problemas levantados passa, necessariamente, pela etapa inicial de compartilhamento dessas inquietações com os demais membros da EMSI e o convite a uma reformulação conjunta dessa rede explicativa, reconhecendo os diferentes atores sociais e suas perspectivas, seus interesses, suas necessidades, os problemas que identificam. Alguns dos itens mencionados em nosso exercício descrevem uma EMSI por vezes desmotivada, inerte; também são frequentes os ruídos de comunicação. Acreditamos que a motivação para uma nova iniciativa de planejamento deve partir, inicialmente, da reconstrução das relações de trabalho e convívio, buscando a horizontalidade. Inspiramo-nos na pedagogia de Paulo Freire, quando revisa os princípios do trabalho popular (2012 [1983]). Constatar que *ninguém está só no mundo* implica o direito do outro à palavra e o dever nosso de saber ouvir; partindo desse reconhecimento, podemos, então, **falar com**. Ser capaz de escutar e falar com e assumir profundamente que não há sabedoria, ignorância, ingenuidade ou criticidade absolutas, é o que nos permite partir todos do mesmo nível e aprender juntos. Citando Freire:

“A transformação social se faz com ciência, com consciência, bom senso, humildade, criatividade e coragem. É trabalhoso, não se faz na marra. O voluntarismo nunca fez revolução em canto nenhum, nem o espontaneísmo. Transformação social implica convivência com as massas populares, e não a distância delas.” (FREIRE, 2012 [1983], p. 26)

Buscando verdadeiramente esses princípios, pretendemos ser capazes de repensar e cocriar o processo de trabalho de nossa EMSI, assumindo nosso papel enquanto sujeitos políticos.

“Discutir esses princípios e posturas pedagógicas, tudo isso é política. A educação é tanto um ato político, quanto um ato político é educativo. Não é possível negar, de um lado, a politicidade da educação e, do outro, a educabilidade do ato político. [...] Se educação é sempre um ato político e a(o) educadore(a)s são seres políticos, importa saber a favor de quem fazemos política, qual nossa opção.” (FREIRE, 2012 [1983], p. 29)

A consciência de nossa opção, com a problematização de nossas práticas e a busca por um trabalho mais significativo e culturalmente competente com as comunidades indígenas, poderá partir dos momentos iniciais de planejamento, em consequência desse primeiro despertar. É fundamental que sejamos capazes de gerar, inspirados pela experiência interna de organização, atividades coletivas junto às comunidades indígenas que também se pautem nos mesmos princípios, procurando abandonar práticas autoritárias, intervencionistas e assistencialistas, buscando facilitar a escuta e a aprendizagem e construindo, com eles, planos e atividades.

Trazemos, por último, exemplo muito inspirador de projeto desenvolvido há alguns anos em aldeias de nosso Polo Base, conduzido e relatado pela antropóloga Luciane Ferreira (2004). Surgiu inicialmente de uma demanda de liderança Kaingang ao Ministério Público Federal (MPF) para intervenção quanto ao problema do consumo de bebidas alcoólicas pelos indígenas, definiu-se um grupo de trabalho da FUNASA em parceria com algumas instituições para elaboração do “Diagnóstico Participativo Antropológico sobre a Manifestação do Alcoolismo entre Povos Indígenas”, que abarcou também os Mbya. Nas entrevistas realizadas para esse diagnóstico, os karaí “apontaram a necessidade de realização de uma reunião entre eles para conversarem sobre os problemas relacionados ao consumo de álcool e buscarem um caminho adequado para abordá-lo”. Assim se sucederam duas reuniões, a segunda realizada no Campo Molhado em novembro de 2001. Na primeira reunião, as lideranças encaminharam a necessidade de seguir realizando reuniões dada a complexidade do problema, bem como a necessidade de Opy em todas as comunidades e o uso das “boas palavras” como solução fundamental. Na reunião em Maquiné, foram escolhidos seis Mbya – grupo chamado de Xondaro Maragatu – para percorrerem comunidades com problemas relacionados ao uso de álcool, reunindo a população e fazendo uso das “boas palavras”, evitando confrontos e cobranças. Em 2003, após o primeiro percurso, realizou-se a terceira reunião nos karaí, em que se concluiu que houve significativa redução do consumo de álcool nas comunidades. Houve, ainda, outro percurso que abrangeu mais comunidades, com importantes desdobramentos. Considero o exemplo desse projeto muito importante para repensarmos nossas práticas. Seguimos enfrentando, atualmente, problemas relacionados ao uso de álcool nas aldeias, que provavelmente se implicam fortemente em outras condições de saúde, como as situações de violência, as gestações indesejadas, os danos fetais, a desnutrição infantil e os transtornos mentais. Em nossas tentativas de diálogo a respeito dessa temática, ainda hoje os moradores mais antigos das aldeias relembram as reuniões dos karaí e as intervenções dos Xondaro Maragatu como medidas

muito importantes, e reforçam a necessidade do trabalho espiritual para a condução desse problema. Conhecendo a histórica “dificuldade” de adesão dos Mbya a projetos (PIRES, 2007; SOARES, 2012), chama atenção a persistência e a relevância dos efeitos desse trabalho. Penso que se trata de um excelente exemplo da união entre planejamento estratégico e competência cultural, partindo de um diagnóstico preciso, construindo um plano de ação e culminando em uma atenção, de fato, diferenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho com pequenas populações, um dos intuitos de um estudo comparativo, se não podemos atingir resultados estatisticamente significativos, é conferir perspectiva ao que investigamos e levantar hipóteses. Partindo das vivências diárias na EMSI do PB Osório, escolhemos territórios recorte cujas características se desenham não tanto por indicadores – que são escassos –, mas muito pela descrição comparativa e pelas reflexões geradas. Concluímos este trabalho com mais dúvidas e inquietações que respostas, desejando, com as comunidades, investigar mais a fundo as situações encontradas.

Como plano de fundo atual, identificamos um DSEI de extensas dimensões e conflitos interétnicos, cuja organização distancia os gestores das verdadeiras necessidades das comunidades e dificulta a participação mais ativa dos indígenas Mbya em espaços de controle social.

Como plano de fundo histórico, identificamos uma etnia que, ao longo de séculos de colonização, buscou maneiras próprias de sobrevivência e preservação de seu modo de vida. Se as ameaças ainda são presentes, as estratégias de resiliência Mbya seguem ativas e se aprimoram, refletindo-se também nas relações estabelecidas atualmente com a EMSI e outros apoiadores e instituições. O processo de demarcação das terras – como muitas das “demarcações” que reproduzimos em nossa prática na área da saúde – foi motivo de ambivalência por, ao mesmo tempo, conferir alguma proteção a direitos básicos dessas comunidades e, por outro lado, cercear sua verdadeira compreensão de território. Apesar dos processos distintos de demarcação das TIs Campo Molhado e Campo Bonito, sua ocupação territorial segue refletindo outras dinâmicas que não se restringem a limites normativos, com frequentes incompreensões por parte do restante da sociedade.

Os aspectos antropológicos, desde seus históricos deslocamentos, suas práticas milenares de plantio e preservação de sementes, a atuação de suas lideranças espirituais e políticas, até suas práticas de autoatenção à saúde, têm como cerne e bússola sua cosmovisão e se atualizam à maneira de cada comunidade e cada família. Está longe de se tratar de um povo parado no tempo, e a proximidade ou distância dos meios urbanos não parece, de forma alguma, comprometer sua cultura, mas sim tensioná-la em diferentes sentidos.

Quanto ao adoecimento, no entanto, a comparação levanta algumas situações para reflexão. São ocorrências multifatoriais, que refletem a forma de ocupação da terra, sua capacidade produtiva, as condições de moradia e saneamento, o acesso a alimentos ultraprocessados, a baixa qualidade da assistência hospitalar prestada aos indígenas, as dificuldades da prevenção de agravos em contexto de vulnerabilidade socioeconômica, entre outros. Campo Molhado, em declínio populacional na última década, principalmente por dificuldades relacionadas ao terreno e pela distância das cidades, não apresentou óbitos nos últimos 5 anos e tem suas internações hospitalares praticamente zeradas. Já Campo Bonito mostra-se uma comunidade bastante aberta para fluxos – seja de famílias Mbya de diversas procedências, seja de juruás que acessam a aldeia diariamente –, que têm concentrado um número crescente de moradores em terreno bastante improdutivo e com situação sanitária precária; vemos, nesse contexto, números expressivos de internações hospitalares, especialmente de crianças de até 2 anos de idade, e a recorrência de óbitos infantis, que compõem elevados coeficientes de mortalidade infantil; ressaltamos, ainda, o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemia, ausentes até poucos anos atrás e com prováveis associações às condições de vida e hábitos alimentares atuais dessa população.

Ambas as aldeias apresentam altas taxas de natalidade e fecundidade, que se refletem em pirâmides sexo-etárias bastante jovens, com baixas medianas de idade. Em nossa prática, verificamos que há intencionalidade nesse padrão reprodutivo, ainda que presenciemos interesse crescente nos métodos contraceptivos. Os nascimentos ocorrem, em sua maioria, em domicílio, com auxílio de familiares e parteiras, mas há, no Campo Bonito, aumento da ocorrência de partos hospitalares e cirúrgicos. A questão do baixo peso de nascimento, mais frequente nas aldeias que em estatísticas nacionais e regionais, chama atenção por refletir falas de mulheres mais velhas, que afirmam que os Mbya têm constituição física menor; por outro lado, sabe-se que há grande associação da vulnerabilidade socioeconômica à ocorrência do baixo peso de nascimento, similar em nossas aldeias a regiões de baixo nível de desenvolvimento ao redor do mundo. Resta esclarecer se, também em nosso contexto, há implicação do peso de nascimento em desfechos de curto e longo prazo na saúde dessas crianças.

Vivemos uma intensa crise global que, em nome do lucro, avança sobre ecossistemas, degrada condições de vida e reduz a existência de muitos seres à luta pela sobrevivência. Os âmbitos nacional e local refletem a mesma lógica neoliberal, que aprofunda desigualdades e ataca diretamente os direitos dos povos indígenas.

Como, nesse contexto, manter algum otimismo? É possível encontrar sentido em nosso fazer diário ou devemos aceitar que estamos à deriva?

Retomamos o célebre aforismo, atribuído a Gramsci, que pauta o “pessimismo da razão, otimismo da vontade”. Partindo da realidade concreta, geramos diagnósticos muitas vezes preocupantes e desanimadores. Sozinhos, somos facilmente tomados pela sensação de impotência, que paralisa. Organizados, podemos encontrar na materialidade da crise motivações para agir, não apenas no plano individual, mas dentro de estratégias coletivas.

O Curso de Especialização em Saúde Indígena da UNA-SUS/UNIFESP, em primeiro lugar, devolveu-nos a noção que que não estamos sozinhos. Não somos os únicos a vivenciar as contradições do SASI-SUS e as angústias que a atuação em área indígena desperta. Há potencialidade nessa identificação, alimentada ao longo do ano a cada novo aprendizado. O otimismo da razão reside em, cientes da realidade existente, encontrarmos companheiros interessados em traçar conosco estratégias e implementar ações para transformá-la. O processo de planejamento proposto ao final deste trabalho pretende, justamente, abrir espaço para que as motivações teóricas e a vontade moral por mudança social ressoem. A zona de contato em que nos colocamos ao atuar na saúde indígena gera inúmeras fagulhas para provocar e manter esse processo, se as soubermos acolher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNELLI, Patricia Bolzan. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. Rev. Bras. Odontol., v. 72, n. 1-2, Rio de Janeiro, jan./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v72i1/2.549>

ALBUQUERQUE, Antonio Armando Ulian do Lago. Multiculturalismo e direito à autodeterminação dos povos indígenas. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2008.

ARPINSUL – Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul | Comissão Guarani Yvyrupa. Frente Indígena e Indigenista de Prevenção e Combate do Coronavírus (COVID-19) em Territórios Indígenas da Região Sul do Brasil. Plano regional de combate à pandemia de COVID-19 entre povos e territórios indígenas na Região Sul. Website Emergência Indígena – APIB, jul. 2020. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/files/2020/08/PlanRegional_Maraca_SUL_2_b.pdf

ARTMANN, Elizabeth. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: Cadernos da Oficina Social, 3. Rio de Janeiro: Oficina Social, fev. 2000. 120 p.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017>

AZEVEDO, Marcos Augusto P. de; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Juventude e reprodução entre os Guarani-Mbyá da aldeia Morro da Saudade na periferia da cidade de São Paulo. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum., v. 17, n. 2, p. 64-73, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n2/08.pdf>

BARRETO, Carla Tatiana Garcia et al. Low birthweight, prematurity, and intrauterine growth restriction: results from the baseline data of the first indigenous birth cohort in Brazil (Guarani Birth Cohort). BMC Pregnancy Childbirth, v. 20, n. 748, 02 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03396-8>

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas: Relatório Final. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 1993. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_povos_indigenas_relatorio_final.pdf

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. Despacho do presidente em 15 de maio de 1997. Processo FUNAI/BSB/1815/84. Aprova o relatório circunstanciado de identificação de delimitação da Terra Indígena Guarani Barra do Ouro. Diário Oficial da União, Brasília, 19 maio 1997, seção 1, n. 93. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/GMD00058.pdf>

BRASIL. Lei n. 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. Diário Oficial da União, Brasília, 23 set. 1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999. Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 set. 1999b. Disponível em http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_legislacao/portaria_852_1999.pdf/view

BRASIL. Presidência da República. Decreto de 18 de abril de 2001. Homologa a demarcação administrativa da Terra Indígena Guarani Barra do Ouro, localizada nos Municípios de Caraá, Maquiné e Riozinho, Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial da União, Brasília, 19 abr 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dnn/2001/dnn9178.htm

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, março de 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

BRASIL. Decreto n. 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Prestação de contas ordinárias anual. Relatório de gestão do Exercício de 2010. Brasília, mar. 2011. 366p. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2010.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 abr. 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 32 de 23 de maio de 2012. Subdelega competência aos Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Interior Sul e Litoral Sul para realizarem atos de gestão orçamentária e financeira que atendam ambas as áreas de atuação das respectivas unidades administrativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 maio 2012b. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2012/prt0032_23_05_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2015 DSEI Interior Sul. Florianópolis, SC, dez. 2012c. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/atuuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/interior-sul/plano-distrital-2012_2015_dseiisul_gestao_1.pdf/at_download/file

BRASIL. Ministério da Saúde. #FAQMS | Instituto Nacional de Saúde Indígena. Blog da Saúde, Ministério da Saúde, 28 ago. 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/ev7gxy>

BRASIL. Ministério da Saúde. Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Website do Ministério da Saúde, Fonte: DGESI/SESAI, 31 ago. 2017a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/jpg/2017/agosto/31/MAPA-DSEI-SITE.jpg>. Acesso em 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mapa Territorial do DSEI Litoral Sul. Website do Ministério da Saúde, Fonte: DGESI/SESAI, 31 ago. 2017b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/mapas-dseis/lit-sul.jpg>. Acesso em 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mapa Territorial do DSEI Interior Sul. Website do Ministério da Saúde, Fonte: DGESI/SESAI, 31 ago. 2017c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/mapas-dseis/interior-sul.jpg>. Acesso em 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Website do Ministério da Saúde, 31 dez. 2017d. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>. Acesso em 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório de gestão do Exercício de 2017. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-2017-ve-sao-sistema-TCU.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados dos DSEI. Website do Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/dsei/>. Acesso em 29 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 137p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

BROCHADO, J. P. An Ecological Model of the Spread of Pottery and Agriculture Into Eastern South America. Urbana-Champaign: University of Illinois. (Tesis doctoral), 1984.

CHAVES, Maria de Betania Garcia; CARDOSO, Andrey Moreira; ALMEIDA, Celia. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Caderno de Saúde Pública, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

CICCARONE, Celeste. Drama e sensibilidade: migrações, xamanismo e mulheres Mbya. Revista de Índias, v. LXIV, n. 230, p. 81-95, 2004. Disponível em: <http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/viewFile/412/480>

CLASTRES, Pierre. A Sociedade contra o Estado: Pesquisas de Antropologia Política [1974], tradução Theo Santiago. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

COIMBRA JR, C. E. A. et al. The First National Survey of Indigenous Peoples Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. BMC Public Health, v. 13, n. 52. 19 Jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-245-13-52>

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, Abr. 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00031214>

COMISSÃO NHEMONGUETÁ. Carta da Comissão Nhemonguetá de caciques Guarani de Santa Catarina – Ocupação do DSEI Interior Sul. São José, SC, 23 jul. 2019. Disponível em <https://www.facebook.com/nhemongueta/posts/2641217229274324>

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA INTERIOR SUL. Regimento Interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI Interior Sul. São José, SC, [?]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/interior-sul/regimento-interno.pdf>

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA LITORAL SUL. Ata da IIIª Reunião Ordinária do CONDISI LSul. Curitiba, PR, 17 dez. 2019. Linhas 153 a 161.

CONSÓRCIO IDS-ISSL-CEBRAP: modelo de gestão da saúde indígena Institute of Development Studies; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. s.l.; s.n; 2009. 161 p. Livro.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Nota do CIMI sobre a Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF, 17 set. 2014. Disponível em: <https://cimi.org.br/2014/09/36440/>

DARELLA, M.D.P., GARLET, Ivori J. & ASSIS, Valéria S. de. 2000. Estudo de Impacto: As populações indígenas e a duplicação da BR 101, trecho Palhoça/SC – Osório/RS. Florianópolis – São Leopoldo. 207 p.

DATASUS. Site do DATASUS - Informações de Saúde (TABNET) - Estatísticas Vitais – Nascidos Vivos. Fonte MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em 02/02/2021.

DIASI – Divisão de Atenção à Saúde Indígena DSEI ISul. Documento interno. Dados consolidados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), nov. 2019.

DIEHL, Eliana E. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 439-445, mar. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200019>. Acesso em 07 fev. 2020.

DIEHL, Isadora Talita Lunardi. Criando fronteiras: Guaranis e Kaingangs diante dos processos de invisibilização pelo Estado (Rio Grande do Sul, século XIX). 2020. 210p. Qualificação (Doutorado em História). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020.

EMGC. Equipe Mapa Guarani Continental. 2016. Caderno Mapa Guarani Continental al: Povos Guarani na Argentina, Bolívia, Brasil e Paraguai. Equipe Mapa Guarani Continental - EMGC, Campo Grande, MS, CIMI. Disponível em: <http://campanhaguarani.org/guaranicontinental/>

FERREIRA, Luciane Ouriques. As “boas palavras” dos Xondaro Marãgatu como alternativa para a redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani – RS. Tellus, v. 4, n. 7, out. 2004. DOI: <https://doi.org/10.20435/tellus.v0i7.90>

FOLLÉR, Máj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ContraCapa: ABA, 2004. p. 129-148.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. Princípios do trabalho popular [1983]. In: PELOSO, Ranulfo (org.). Trabalho de base: seleção de roteiros organizados pelos Cepis. 1ed. 152p. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia. 62 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul-ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2005.v21n4/1217-1223/>

GOBBI, F. S; BAPTISTA, M. M; PRINTES, R. B; COSSIO, R. R. Breves Aspectos Socioambientais da Territorialidade Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul. In Coletivos Guarani no Rio Grande do Sul: Territorialidade, Interetnicidade, Sobreposições e Direitos Específicos. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. 2010.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual do Meio Ambiente. Departamento de Recursos Hídricos. Elaboração do Plano Estadual de Recursos Hídricos do Rio Grande do Sul – Relatório Síntese da Fase A – Diagnóstico e Prognóstico Hídrico das Bacias Hidrográficas do Rio Grande do Sul, jun. 2007. Disponível em <https://www.sema.rs.gov.br/plano-estadual-de-recursos-hidricos>. Acesso em 09 fev. 2020.

HOKERBERG, Yara Hahr Marques; DUCHIADE, Milena Piraccini; BARCELLOS, Christovam. Organization and quality of health care for Kaingáng Indians in Rio Grande do Sul, Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 261-272, Mar. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200002>

HOKERBERG, Yara Hahr Marques; DUCHIADE, Milena Piraccini; BARCELLOS, Christovam. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 261-272, mar. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200002>. Acesso em 07 fev. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Divisão regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas. Rio de Janeiro: Biblioteca IBGE, v. 1, p. 117-124, 1990. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/DRB/Divisao%20regional_v01.pdf

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Rio de Janeiro: Biblioteca IBGE, v. 29, p.1-129, 2008. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2008_v29_br.pdf

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008. Rio de Janeiro: Biblioteca IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45351.pdf>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas. Resultados do Universo. In: SIDRA: Sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-gerais-dos-indigenas>. Acesso em: fev. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil - 2013. In: Brasil em Síntese, 2021. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>. Acesso em: fev. 2021.

INESC - INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Cartilha: Orçamento Público e Direito à Saúde indígena. Brasília/DF, 2018. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/cartilha_or%C3%A7amento_indigena_v03_web_DB.pdf

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Lideranças indígenas de cinco estados iniciam escolha de nova presidência do Condisi Litoral Sul. Fonte: Portal da Saúde, 15 de dezembro de 2011a. Disponível em <https://pib.socioambiental.org/pt/Not%C3%ADcias?id=111952>

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Reunião do Condisi Litoral Sul aprova regimento e encaminha deliberações. Fonte: Portal da

Saúde, 15 de dezembro de 2011b. Disponível em <https://pib.socioambiental.org/en/Not%C3%ADcias?id=111953>

LADEIRA, Maria Inês. As demarcações Guarani, a caminho da Terra sem mal. In: Povos indígenas no Brasil: 1996-2000. São Paulo, ISA, 2000, p. 784-785. https://biblioteca.trabalhoindigenista.org.br/artigos_periodicos/as-demarcacoes-guarani-a-caminho-da-terra-sem-mal/

LADEIRA, Maria Inês. O caminhar sob a luz: território Mbya à beira do oceano. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

LADEIRA, Maria Inês. Yvy Rupa, onde se assenta o mundo ou território/espaço geográfico do mundo. Em: Espaço geográfico Guarani-M'bya: significação, constituição e uso. Maringá: Eduem; São Paulo: Edusp, 2008.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, ago. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>

LEE, Anne CC et al. CHERG Small-for-Gestational-Age-Preterm Birth Working Group. Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: analysis of CHERG datasets. BMJ, v. 358, j3677, 17 ago. 2017 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3677>

LEWKOWICZ, Rita Becker. A hora certa para nascer: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil. 2016. 165 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LOPEZ, Glória Margarita Alcaraz. A fecundidade entre os Guarani: um legado de Kunhankarai. 2000. 220 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/867>

MELIÀ, Bartomeu. A terra sem mal dos Guarani: Economia e Profecia. IN: Revista de Antropologia, (33), São Paulo, 1990, pp. 33-46.

MARENGO, J.A. Mudanças Climáticas e Eventos Extremos no Brasil. Fundação Brasileira para o Desenvolvimento Sustentável (FBDS), 2010. Disponível em http://www.fbds.org.br/cop15/FBDS_MudancasClimaticas.pdf. Acesso em: 29 dez. 2020

MARINHO, Gerson Luiz et al. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 72, n. 1, p. 57-63, fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>. Acesso em: 03 fev 2021.

MARTINS, André Luiz. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 2013. 53 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24379>

MARTINS, Juliana Cláudia Leal. O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/D.6.2017.tde-29082017-152141>

MATUS, Carlos. Política, planejamento e governo. 2. ed. v. 2. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça (org). Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993/1995. [Não consultado]

MILHEIRA, R. G. Território e estratégia de assentamento guarani na Planície Sudoeste da Laguna dos Patos e Serra do Sudeste-RS. Dissertação de mestrado. USP/MAE/PPGARQ, 2008.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL DE SANTA CATARINA. Ação Civil Pública nº 2008.72.04.001445-3. Criciúma, 12 maio 2008.

MOURA, Bianca Coelho. Da estruturação à (r)evolução: o controle social indígena pós-criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. 2016. 63 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>

OTERO, A. G. O "esperar troquinho" no centro de Porto Alegre: tradição e inovação na cultura Mbyá-Guarani. Ponto Urbe, n.

2, 30 dez. 2008, Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/1919>. Acesso em: 04 Jul 2020.

PIRES, Daniele de Menezes. Alegorias etnográficas do Mbyá Rekó em cenários interétnicos no Rio Grande do Sul (2003-2007): discurso, prática e holismo Mbyá frente às políticas públicas diferenciadas. 2007. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PRATES, Maria Paula. Da instabilidade e dos afetos Mbyá: pacificando relações, amansando Outros. - Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2019. Recurso on-line 242 p. Disponível em: https://www.ufcspa.edu.br/editora_log/download.php?cod=008&tipo=pdf

PRINTES, Rafaela Biehl. Território e territorialidade: revisando conceitos diante da complexidade da sociodiversidade. 2015. Trabalho apresentado em seminário. Documento eletrônico disponível em <http://repositorio.unisinos.br/ihu/v-seminarioobservatorios/27-printes-territorio-territorialidade.pdf>. Acesso em: 23 maio 2020.

QUEZADA, Sergio Eduardo Carrera. A terra de Nhanderu: Organização sociopolítica e processos de ocupação territorial dos Mbyá-Guarani em Santa Catarina, Brasil. 2007. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, jan. 2007.

RÁDIO YANDÊ. Documento final do I Encontro Regional de Lideranças da Região Sul/ATL- Sul em GOJ VÊSO 14, 15 e 16 de dezembro de 2017 - Direitos territoriais, autodeterminação e sistemas produtivos nos territórios indígenas. 16 jan. 2018. Disponível em https://radioyande.com/default.php?pagina=blog.php&site_id=975&pagina_id=21862&tipo=post&post_id=779

SARTORI JUNIOR, Dailor; LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. Rev. Direito Práx., Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 86-117, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/dep.2017.22581> Acesso em 13 dez. 2020.

SOARES, Mariana de Andrade. Caminhos para viver o Mbya Reko: estudo antropológico do contato interétnico e de políticas públicas de etnodesenvolvimento a partir de pesquisa etnográfica junto a coletivos Guarani no Rio Grande do Sul. 2012. 320 p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/54094>

SOUZA, Francisco. SESAI discute reorganização dos DSEIs do sul do país. 23 jan. 2014. Disponível em <https://www.saude.gov.br/noticias/sesai/8902-sesai-discute-reorganizacao-dos-dseis-do-sul-do-pais>

SOUZA, José Otávio Catafesto de. O sistema econômico nas sociedades indígenas Guarani pré-coloniais. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 8, n. 18, p. 211-253, Dez. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000200010>

TEIXEIRA, Carla Costa. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. Revista de Antropologia, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 1-37, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/59296>

TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6719>

VARGA, István van Deursen; GUARANI, Luis de Souza Karai. Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no governo Lula: o caso do DSEI Litoral Sul e DSEI Interior Sul. Boletim do Instituto de Saúde, v. 31, p. 33-34, 2003. Disponível em <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1525>

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, maio 2011. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)

VIEIRA, Edna Elza. Simbolismo e reelaboração na cultura material dos Xokleng. 2004. 122 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/87682/202156.pdf>

VIEIRA, Nayara Begalli Scalco; LOUVISON, Marília Cristina Prado. "Tem que ser do nosso jeito": participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. 2019. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23042019-161008/>

VILLAR, José et al. The likeness of fetal growth and newborn size across non-isolated populations in the INTERGROWTH-21st

Project: the Fetal Growth Longitudinal Study and Newborn Cross-Sectional Study. *Lancet Diabetes Endocrinology*, v. 2, n. 10, p. 781-92, 01 out. 2014 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70121-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70121-4)

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Geografia do Rio Grande do Sul. Flórida: Wikimedia Foundation, 2020a. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Geografia_do_Rio_Grande_do_Sul. Acesso em: 09 fev. 2020.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Geografia de Santa Catarina. Flórida: Wikimedia Foundation, 2020b. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Geografia_de_Santa_Catarina. Acesso em: 09 fev. 2020.

WHO - World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Low birth weight policy brief. 8p. 2014. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lb/en/. Acesso em 03/02/2021.

WONG, Laura L. Rodríguez. Tendências da fecundidade dos povos indígenas nos Censos Demográficos brasileiros de 1991 a 2010. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 399-421, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.20947/s0102-30982016a0038>