

A (RE)CONSTRUÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO SUL DO BRASIL: UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA ETNIA GUARANI

Hyral Moreira¹

RESUMO: O presente trabalho tem objetivo de abordar o tema da Saúde Indígena na perspectiva e na ótica do povo guarani, dentro do escopo organizacional e estrutura de governo federal, sendo este, perante os demais entes federados, o responsável pela implantação da política pública em saúde, direcionada aos povos Indígenas Brasileiros, considerando o princípio primordial da equidade, na sua tríade de integralidade e universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo na garantia do bem viver dos povos originários, em específico perante essa etnia. Sob a determinação constitucional, da complexidade do contexto da saúde como um dos direitos fundamentais, aborda a necessidade no atendimento aos povos indígenas da (re)construção do sistema de saúde ocidental, incorporando os saberes das medicinas tradicionais desse povos.

Palavra-chave: Saúde Indígena; Direito Indígena; ótica guarani; perspectiva; saberes tradicionais.

ABSTRACT: *The aim of this paper is to approach the issue of Indigenous Health from the perspective of the Guarani people, within the organizational scope and structure of the federal government, which, in relation to the other federal entities, is responsible for implementing public health policy aimed to Brazil's Indigenous people, considering the primordial principle of equity, in its triad of integrality and universality in the Unified Health System (SUS), contributing to guaranteeing the well-being of native people, specifically in the case of this ethnic group. Under the constitutional determination of the complexity of the context of health as one of the fundamental rights, it addresses the need to (re)construct the western health system in the care of indigenous people, incorporating the knowledge of the traditional medicines of these people.*

Keywords: *Indigenous Health, Indigenous Law, Guarani perspective, traditional knowledge.*

1 INTRODUÇÃO

Nos meses recentes, o Brasil está vivendo o ápice do afronto do governo brasileiro aos povos originários e – por questões históricas óbvias – à minoria étnica no país. Fica evidente para qualquer indivíduo que tenha acompanhado os noticiários da imprensa e a movimentação de luta das organizações representativas dos povos indígenas que falo da tramitação do PL 490. De proposição do ex-deputado federal Homero Pereira (PR/MT), que é fortemente apoiado pela bancada ruralista, a tramitação do PL 490 irrompe como um aproveitamento da aparente apatia e letargia da sociedade civil, que se encontra chocada perante a situação caótica da pandemia da Covid 19 e as mais de 500 mil mortes de cidadãos brasileiros.

¹ E-mail: hyrالمoreira@gmail.com

Não pretendo, neste artigo, discorrer sobre esse retrocesso aos direitos dos povos indígenas. Entendo de forma clara e concisa que se trata de um projeto de lei inconstitucional e que, quando questionado no Supremo Tribunal de Justiça, este confirmará essa tese. Porém, atrevo-me a pontuar, de forma sucinta, alguns argumentos de consenso entre muitos juristas e colegas que exercem a profissão advocatícia em relação a essa proposta.

Reproduzo aqui o artigo 231, da Constituição (Brasil, 1988), em especial os parágrafos de 1 a 5 que, por definição objetiva, corroboram com esta tese de inconstitucionalidade, em contraponto a três pontos do PL, que identifico posteriormente.

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1.º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias à sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2.º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se à sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3.º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4.º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5.º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ad referendum do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

Os pontos que elenco são os seguintes:

- a) O projeto prevê que, quando houver “relevante interesse público da União”, seja possível a retirada do direito dos povos indígenas ao usufruto exclusivo da área demarcada;
- b) Junta-se a esta proposição que terras reservadas possam ser tomadas dos indígenas quando a União definir que o povo originário que a habita “perder seus traços culturais”;
- c) Para finalizar, estabelece a possibilidade de contato com povos que voluntariamente vivem isolados, novamente quando as terras em questão forem de interesse público, manifestado através da União.

Fica evidente que tanto a proposição principal quanto as demais, acrescidas ao longo do processo de tramitação, não representam nenhuma salvaguarda aos direitos indígenas e, caso aprovadas e confirmadas como Lei, além de todo retrocesso às conquistas necessárias ao “bem viver” dos povos indígenas, impedirão de sobremaneira a demarcação de novos territórios e/ou expansão dos existentes.

Por que o povo Guarani precisa de terra? Como a terra influi na saúde do povo Guarani? Por que falo em (re)construção da Saúde Indígena? Tentarei, além de trazer os argumentos jurídicos que envolvem a legislação brasileira, transmitir as “palavras inspiradas” deixadas pelos nossos antepassados e perpetuadas pelos nossos anciões, chamados no idioma guarani de tcheramoi kuery.

2 UMA PERSPECTIVA GUARANI

A partir deste ponto, gostaria de discorrer sobre a (re)construção da saúde indígena para a etnia Guarani. Saliento que a localização da minha perspectiva é tanto como cidadão brasileiro, com o “privilégio” de formação acadêmica em Direito, mas principalmente como indígena da Nação Guarani, sendo cacique da Aldeia Yynn Moroti Wherá (“águas belas que brilham”, em alusão à visão do ponto mais alto do território, onde se avista o mar, que brilha ao refletir o sol ou a lua), na Terra Indígena M’Biguaçu (localizada no município de Biguaçu, no estado de Santa Catarina), homologada terra tradicional em outubro de 1986 (59 hectares, entrecortados pela rodovia BR-101).

Para o povo guarani, o planeta Terra é um ser que tem vida, denominado por nós de Nhandetchy, a mãe natureza, que nos acolhe, sustenta-nos e nos ensina a viver de forma harmônica com todos os seres que nela habitam, a fim de mantermos nossa própria existência, como interligados em um mesmo tênue fio de existência, numa interdependência de energias geradas e também anuladas.

Portanto, a terra para nosso povo *não é para produzir, é para viver*. E para bem viver, esse espaço tem que ser abundante em água, com mata nativa exuberante, onde possa ter riqueza e diversidade da fauna e da flora. Um espaço que seja afastado da movimentação dos centros urbanos, com áreas cultiváveis para plantios de subsistência e alimentos sagrados. Uma área que permita distanciamento de seus moradores e que se identifique o espaço adequado para os locais ritualísticos de “nosso sagrado”. Um lugar como esse denominamos tekoá (nossa aldeia). Ressalto que a noção de “tekoá”, aqui reduzida à “aldeia” é, na verdade, muito mais complexa e ampla, mas essa redução tem por objetivo a simplificação para o entendimento de quem não vive a cultura guarani.

Os antigos Guarani afirmam: *sem tekoá, não há teko ete* (sem aldeia/terra digna de viver, não há jeito de ser/modo de vida verdadeiro). Eles repassam e demonstram aos mais jovens que o princípio constitucional da dignidade humana se identifica na tríade composta por yvyrupa, tekoá e teko. O *território* (yvyrupa) refere-se a uma grande área geográfica, que permite o livre trânsito do povo guarani, sem as barreiras fronteiriças do Estado. O *tekoá* é o lugar onde se vive o *teko*. Dessa forma, os anciões, por meio da única e exclusivamente oralidade, repassam aos jovens o quanto é importante a busca constante pelo direito à “verdadeira terra” para se viver uma vida com dignidade.

No tekoá é que desenvolvemos nosso nhandereko – nosso modo de ser e de viver, nosso sistema educacional, nossa cosmovisão e, principalmente, como nos relacionamos com a nossa espiritualidade. De forma *en passant*, fica evidente a relação intrínseca entre o território, devidamente dimensionado e localizado, e o *bem viver guarani*, repercutindo diretamente no binômio saúde/doença de uma aldeia. Relembro aqui que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, divulga o conceito de saúde, considerando-o ser o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

A luta para se obter um tekoá ou a permanência nele gera, especialmente aos anciãos, que ainda resistem a viver de forma “fiel” ao modo de vida dos antepassados, incertezas e tristezas, que de sobremaneira irão repercutir em toda a comunidade. Os anciãos afirmam e recordam que a terra foi deixada por Nhanderu ete, o Grande Espírito, nossa divindade maior, para todos os que vivem no planeta. Lutar por aquilo que não nos pertence, encurralados pela ganância dos não indígenas (djuruá) que não conseguem compartilhar dessa imensidão que nos foi ofertada, implica “caminhar à margem” de nossa espiritualidade, que ensina rezar para o coração dos inimigos. A tríade do que falamos, o que fazemos e o distanciamento da espiritualidade, quando se perde a sustentação nos ensinamentos do Grande Espírito, contribui para a doença espiritual e afeta o corpo físico. Nesse processo, a origem da doença e a obtenção da saúde desenrolam-se no nhandereko, que sempre terá um curador ou uma curadora, aquele ou aquela que é conhecedor das plantas medicinais e que veicula e acompanha todo o processo de cura da medicina tradicional guarani.

Com a instabilidade gerada por estar em um território que é muito aquém das necessidades do povo Guarani, na maioria das vezes sem condições de organizar o tekoá e estabelecer o nhandereko, as aldeias formadas, com terras regularizadas ou não, tornaram-se locais insalubres; sem saneamento básico, com impossibilidade de construção de moradias tradicionais; sem áreas para cultivos e outros meios de subsistência, reverberando em desarmonia social e exacerbando as necessidades mínimas de sobrevivência. Nesse contexto, o povo Guarani se obriga a estabelecer a convivência com os centros urbanos e observa a expansão demográfica da população não indígena, “empurrando-os” para as terras não valorizadas/improdutivas.

Esse “caldeirão” de situações adversas causa adoecimentos nas pessoas do povo Guarani de origens desconhecidas por seus curadores e líderes espirituais. Não é à toa que se chegou à absurda variação da taxa de mortalidade (número de óbitos de crianças menores de 1 ano de vida/mil nascidos vivos) infantil indígena no país, no período de 2000 a 2010, foi de 74,6 para 41,6 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto essa variação, no mesmo período, na população não indígena, foi de 29,7 para 15,6 óbitos por mil nascidos vivos (Marinho *et al.*, 2019). Essa situação ajudou a despertar a luta indígena, com o apoio de organismos internacionais, para a construção de um sistema de assistência à saúde que atendesse às necessidades das populações indígenas no Brasil, respeitando a especificidade cultural de cada povo e seus processos de medicina tradicional.

Até então, início da década de 1990, as ações de assistência realizadas sob a competência da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) eram ineficazes, ineficientes, desarticuladas do sistema nacional de saúde, essencialmente curativas e muitas das vezes mutilatórias. As ações aconteciam com periodicidade semestral ou anual, com visitas de equipes volantes de saúde, tendo permanência não maior do que sete dias nas comunidades do litoral sul do país. Nas aldeias, inexistia qualquer rede de atendimento e/ou proteção.

O conceito ampliado de saúde “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, além de ser totalmente desconhecido pela grande maioria do povo Guarani, sua efetiva aplicabilidade ficava sob a “tutela de execução” no Ministério do Interior, “desatrelando e desarticulando” o próprio Ministério da Saúde do seu Sistema Único de Saúde (SUS).

Convém descrever aqui uma linha do tempo da Saúde Indígena,² para posteriores considerações sobre o sistema vigente responsável pela assistência ao meu povo, acrescida de uma análise guarani, através do olhar dos moradores da Aldeia Yynn Moroti Wherá.

1910 – Serviço de Proteção ao Índio decreto lei n.º 8.072 de 20/06/1910.

1967 – Criação da FUNAI vinculada ao Ministério do Interior – passa a cuidar da Saúde Indígena.

1986 – 1.ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

1991 – Criação da Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (CISI).

1993 – 2.ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

1999 – Criação do subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) / Funasa assume a Saúde Indígena.

2001 – 3.ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

2002 – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

2006 – 4.ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

2008 – Criação do GT Saúde Indígena para elaboração de propostas de um novo modelo de Saúde Indígena.

2010 – Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), saindo da competência da Funasa.

2011 – Sesai assume íntegra a saúde indígena e as ações de saneamento.

Observando a linha do tempo, temos a sensação de um sistema “robusto”, alicerçado por uma construção coletiva, formatada na base da pirâmide de assistência, com grande controle social e ações estruturantes, com alta capacidade instalada, trazendo a sensação de um sistema de “excelência na gestão pública da saúde indígena”. Costumo dizer que as políticas públicas, principalmente aquelas direcionadas aos povos indígenas, possuem “duas verdades”.

“Uma verdade” são os dados estatísticos e/ou as análises epidemiológicas, cheias de nuances ou com tal grau de especificidade, que ficam além da capacidade de entendimento e análise da grande maioria do público-alvo. Criam-se, assim, dados, numéricos ou não, que correspondem geralmente a uma meta atingida, mas que não estabelecem uma verdadeira política de saúde pública, com abrangência equânime em todas as aldeias de responsabilidade de uma equipe técnica de assistência. Há situações em que as metas estatísticas são atingidas, realizando apenas as ações em 50% das comunidades de abrangência.

“A outra verdade” é aquela que vivemos nas aldeias, sem percepção da melhora efetiva que, muitas das vezes, os indicadores de saúde apresentam, bem como sem identificação de melhoria da capacidade instalada e/ou otimização dos serviços de assistência e monitoramento.

² Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/quemsaoeles/linhadotempo.html>. Acesso em: 19 jul. 2021.

Nesse teor, referencio ao título deste artigo. Existe a construção de atenção à saúde dos povos indígenas; porém, falando a partir do universo guarani onde me situo, há a necessidade de uma *reconstrução* do modelo de atenção à saúde, desde os meios de verificação por meio do controle social, passando pela assistência e finalizando na gestão local e regional.

Permitam-me transcrever parte da palestra do Diretor do Escritório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no Brasil, sobre a Convenção N.º 169 (a qual o governo brasileiro é signatário), realizada no Simpósio Awúre em Brasília, em dezembro de 2019:³

A Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais (N.º 169) é um tratado internacional adotado pela Conferência Internacional do Trabalho da OIT em 1989. Ela representa um consenso alcançado pelos constituintes tripartites (governos, organizações de trabalhadores e de empregadores) da OIT sobre os direitos dos povos indígenas e tribais nos Estados-membros em que vivem e as responsabilidades dos governos de proteger esses direitos. A Convenção N.º 169 trata da situação de mais de 5.000 povos indígenas, constituindo uma população de mais de 370 milhões de pessoas, que vivem em mais de 70 países em todas as regiões do mundo. Esses povos possuem diversas línguas, culturas, práticas de subsistência e sistemas de conhecimento. A Convenção N.º 169 baseia-se no respeito às culturas e aos modos de vida dos povos indígenas e reconhece os direitos deles à terra e aos recursos naturais, e a definir suas próprias prioridades para o desenvolvimento. A Convenção N.º 169 busca superar práticas discriminatórias que afetam os povos *indígenas e assegurar que participem na tomada de decisões que impactam suas vidas. Dessa forma, os princípios fundamentais de consulta e participação constituem a pedra angular da Convenção.* (Grifos meus)

3 O CONTROLE SOCIAL

Considerando a linha do tempo da saúde indígena, sempre identificamos periodicidade nas representações indígenas, que culminaram na criação dos Conselhos Distritais de Saúde e subsequentes Conselhos Locais, essencialmente indígenas. Na prática, esses mecanismos de controle social, em sua grande maioria; e caso não haja o cuidado e/ou capacidade de discernimento muito apurado por parte dos indígenas, que participam na organização e funcionamento desses processos, tornam-se “política do criar para constar que existe”, sem o devido referendo e participação efetiva das comunidades e seus representantes em questão.

Como participante da criação e por muito tempo atuando como presidente do Conselho Distrital Especial Indígena Litoral Sul, tive a experiência de vivenciar a luta constante na conquista de nosso espaço representativo; e também do respeito a essa instância de controle social, principalmente por parte das instituições de governo, responsável por prestar assistência e/ou assessoria nas causas indígenas. Não como exceção, o encaminhamento dos questionamentos e direcionamentos das necessidades identificadas para a construção da Saúde Indígena almejada pelo povo Guarani teve que ser seguido de apoio jurídico e institucional do Ministério Público Federal, o que indica o total descaso perante esse fórum de controle social.

³ Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_781508/lang--pt/index.htm. Acesso em: 19 jul. 2021.

4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Temos uma assistência à saúde diferenciada que, no entanto, carece de um *modelo* diferenciado. O ideal para isso é que seja construída em uma linha dialógica, na qual os saberes tradicionais e os conhecimentos técnicos científicos conversem entre si e, em sintonia, criem um modelo de atenção que integre os programas de saúde vigentes nas políticas públicas. Um modelo no qual seja construído em relação ao modo de viver guarani, com sua ciência por evidência de observação milenar e com sua estrutura organizacional, baseada na espiritualidade como pilar de todos os movimentos sociais na comunidade. Aqui, vale alertar para a necessidade de reconhecimento dos anciãos, líderes espirituais e parteiras, como parte imprescindível do sistema de atenção à saúde específico de cada comunidade.

Além disso, a instrumentação dos Agentes Indígenas de Saúde e Saneamento, para pleno exercício de suas funções de mediação e acompanhamento da equipe e comunidade, também deve ser repensada, considerando igualmente a especificidade cultural e organização social de cada comunidade.

Nesses anos, ao acompanhar as atuações dos vários profissionais que compuseram a equipe multidisciplinar de saúde, é evidente, na maior parte dos casos, a total ausência de preparação antropológica que, associada ao pouco interesse profissional em aprofundar seu relacionamento com os atores indígenas responsáveis pelos encaminhamentos nas aldeias, torna a atenção à saúde indígena essencialmente técnico-burocrática, balizada em metas a serem atingidas e muito pouco comprometimento com o bem-estar coletivo e individual do povo Guarani.

5 GESTÃO

É notável o descompasso da política pública de Saúde Indígena com o que estabelece a Convenção 169 da OIT, principalmente no princípio de superar práticas discriminatórias que afetam os povos indígenas e assegurar que participem na tomada de decisões que impactam suas vidas. O distanciamento da gestão do distrito sanitário e a realidade indígena do povo Guarani é gritante, não havendo nem mesmo estreitamento no fórum de controle social distrital. Para intensificar isso, a falta de autonomia financeira na administração distrital impede todo e qualquer planejamento com a participação das aldeias guarani de abrangência, na contribuição da tomada de decisões e correções de rumos, quando necessárias, das ações desencadeadas. A transparência na composição dos recursos humanos dos distritos, assim como seu despreparo antropológico, interfere na obtenção de uma gestão equânime, justa e comprometida com o bem viver guarani, ajustada aos programas de promoção e prevenção à saúde e com permeabilidade com o sistema tradicional de saúde de nossa cultura.

Na linha da reconstrução da assistência à Saúde Indígena para o povo Guarani, o Estado brasileiro – além do quesito básico do direito à dignidade humana por meio da posse de terras adequada e dimensionada às necessidades do povo local – precisa, urgentemente, corrigir ou extinguir os vícios de origem das administrações públicas. Estas insistem em carregar um forte viés político partidário, que atende aos objetivos de projetos de poder, esquecendo ou intencionalmente deixando em segundo plano os projetos de sustentabilidade, com autocontrole das ações desencadeadas, equânimes, culturalmente respeitadas e justas perante as tradições e modo de vida guarani. A direção dessas instâncias, para cumprir com a Constituição

Federativa do Brasil e a Convenção 169 da OIT, deve ser a de desencadear uma gestão verdadeiramente transparente, participativa na construção e tomada de decisões, intersetorial e interinstitucional, em diálogo constante com o controle social. Essas ações se ramificam na realização de diagnósticos situacionais e na identificação das potencialidades e ameaças existentes em cada grupo de aldeia formado, por exemplo, apoiando, assim, a formatação de um modelo de atenção diferenciado para cada comunidade e considerando a especificidade cultural do povo Guarani. Desse modo, fariam valer tanto os direitos expressos na legislação dos não indígenas quanto os desejos de nossos líderes espirituais, enunciados em suas manifestações conectivas com o mundo invisível.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da assistência à saúde como política pública na perspectiva do povo Guarani passa pelo conhecimento e entendimento profundo da territorialidade de nosso povo, que hoje se encontra em um espaço geográfico delimitado pelos Estados Nacionais, dentre eles, o brasileiro. É preciso considerar a percepção de nossos anciãos, que perpetuam os princípios da dignidade humana muito antes desse conceito ser definido pela “sociedade pensante” do mundo não indígena.

Não temos em nosso sistema de vida a discussão departamentalizada daquilo que gera impacto em nossas vidas. Portanto, planejar políticas de saúde, educação, ambiental, econômicas e sociais, de forma individualizada, é desconsiderar o Nhandereko e todas as variáveis da nossa organização e atores sociais, fortemente baseados em nossa medicina tradicional e cosmovisão, conduzidas pela “força invisível” de nossa espiritualidade.

Em relação ao PL 490, vale destacar que, caso se concretize, inviabilizará o melhoramento de qualquer política pública aos povos indígenas, uma vez que atinge de forma contundente o nosso *yvyrupa*. Novamente, reforço que, muito mais que a necessidade da *posse da terra*, a nação Guarani necessita da manutenção de seu espaço geográfico tradicional, ainda que de forma descontínua, por meio dos *tekoá* existentes ao longo do litoral sul e sudeste brasileiro, unindo-se aos espaços existentes nos países vizinhos da Argentina, Paraguai e Uruguai, para assim dar continuidade à ancestral mobilidade de nosso povo, mesmo com todas as dificuldades impostas pelas respectivas leis fronteiriças de cada país. Como discorri anteriormente, sem *tekoá* não há *teko*, sem aldeia não há modo de vida tradicional guarani, e por isso, a nação Guarani e todos os povos indígenas do Brasil colocam-se veementemente contra o PL 490.

No caso da política de saúde, apesar de toda formulação jurídica de garantia à autonomia dos povos originários, na prática, não se considera um modelo de atenção que seja realmente diferenciado daqueles que são ofertados à sociedade envolvente e, por isso, o modelo atual limita-se a atingir metas epidemiológicas, especialmente porque esse dado é importante para a manutenção de previsão orçamentária. Isso parece muito distante do que uma política pública com foco na saúde poderia atingir na parcela de contribuição do bem viver guarani.

Após esses anos de erros e poucos acertos estabelecidos pelas formas de execução das ações implantadas e baseado na minha vivência regional nas treze aldeias existentes na grande Florianópolis-SC (municípios de Major Gercino, Canelinha, Biguaçu, Palhoça e Imaruí), afirmo que o povo Guarani clama pela *reconstrução da Atenção à Saúde Indígena Guarani*, em que a troca de saberes

(técnicos e tradicionais) seja efetiva. Que se respeitem nossos modelos culturais de assistência à saúde. Considere-se nossa mobilidade ancestral e as várias formas de organização social internas de cada aldeia.

Que se prime pela contratação de profissionais verdadeiramente habilitados antropológicamente para adentrar nas aldeias e estabelecer relacionamentos inerentes às ações em saúde, considerando os atores sociais e suas variáveis de permeabilidade com o povo não indígena. E que se repense o modelo de atenção, adequado a cada realidade, em uma construção coletiva verdadeira.

Para a reconstrução da Atenção à Saúde Indígena no sul do país, o Estado brasileiro deve reconhecer a voz aos povos indígenas de forma irrestrita, responsável e respeitosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm_ Acesso em:
19 jul. 2021.

MARINHO, Gerson L; BORGES, Gabriel M. PAZ; Elisabete P. A.; SANTOS, Ricardo V. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil.

Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):57-63. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/3MmDHLz6bNSwx9w6qVHbZSf/abstract/?lang=pt>.
Acesso em: 19 jul. 2021.