

Mobilidade guarani e políticas de saúde do estado¹

Isadora Spadoni Sguarezi (Funai/USP)²

Palavras-chave: saúde indígena; mobilidade guarani; controle social

Introdução

O presente trabalho busca expor como os debates em torno da saúde indígena se estabelecem, por meio da multiplicidade de vozes dentro das aldeias Guarani Mbya do litoral sul paulista, refletindo na mobilidade guarani. Um dos aspectos é a criação de novas aldeias e o desejo que elas têm de serem atendidas pela Sesai, não apenas pela importância da assistência em saúde, e por ser um atrativo para trazer mais moradores à aldeia recém-criada, mas também como uma forma de legitimar a existência da nova aldeia, assim como a função da escola para os Piro (Gow, 1991), que define uma comunidade nativa como uma “aldeia legítima”.

A inclusão de uma aldeia nova nos atendimentos pela Sesai gera divergências internas, visto que ocasiona no espaçamento dos atendimentos pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), de semanais para quinzenais, por exemplo. Também resulta na necessidade de criação de cargos de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan), o que impacta no orçamento destinado à região.

As reuniões de controle social evidenciam como as ações de saúde estatais colocam indígenas contra si, em razão dos recursos escassos. Em vez de reivindicarem o aumento do orçamento para a política, alguns deles se opõem à criação de novas aldeias, de novos cargos, entre outras dissidências. Entre os embates, posso citar as aldeias que recorrem ao MPF para obter atendimento versus as aldeias que não recorrem (judicializar é uma forma de “furar a fila” na lista de prioridades da Sesai). Outro embate é entre os indígenas que moram em aldeias versus os indígenas de contexto urbano.

¹ Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2026)

² Especialista em indigenismo na Coordenação-Geral de Políticas Ambientais (CGPam) da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) e doutoranda em Antropologia Social na Universidade de São Paulo (USP)

A criação de novas aldeias está intrinsecamente ligada à noção de mobilidade muito presente entre os Mbya. Eles se mudam em busca do bem viver, em “ter saúde e estar alegre por onde se vai” (Pissolato, 2007). Além de grupos de indígenas que saem de uma aldeia e criam uma nova, em outro local, há também indivíduos e famílias que se mudam de uma aldeia para outra, e isso traz entraves burocráticos para seu atendimento pela saúde indigenista, visto que cada aldeia possui um cadastro com moradores, e o indígena só é atendido pela equipe de saúde se estiver cadastrado naquela localidade.

Outro aspecto envolvendo a mobilidade é a restrição que os cargos assalariados (AIS e Aisan) impõem a esses indígenas, que comumente são lideranças políticas e não podem se ausentar para participar de eventos como Acampamento Terra Livre e reuniões da Comissão Guaraní Yvyrupa, visto que precisam bater ponto e cumprir metas. Também não conseguem acompanhar atividades dentro da *opy*, pois elas podem se estender até o amanhecer, o que é incompatível com a rotina de trabalho desses funcionários.

A construção deste artigo se deu por meio de entrevistas com lideranças de diferentes aldeias na baixada santista e da vivência nas aldeias da região, inicialmente como servidora da Funai, chefe da Unidade Técnica Local de Itanhaém, e desde janeiro de 2026 somente como pesquisadora, vez que agora atuo em Brasília, na Coordenação-Geral de Políticas Ambientais, e não frequento mais as aldeias à trabalho, apenas em razão do doutorado.

Aldeia “de verdade”

Ter atendimento da Sesai é uma importante demanda dos Guaraní Mbya, não apenas pela assistência médica aos indígenas, mas também por se tratar de um atrativo para novos moradores - algo muito desejado por lideranças de aldeias recém fundadas, pois quanto mais famílias, mais fortalecida se torna a reivindicação pelo reconhecimento e a demarcação dos territórios. A presença da equipe da Sesai, a escola, o atendimento da Funai e a *opy* (casa de rezas) são atributos mínimos para que um local seja considerado uma aldeia “de verdade”, como me afirmaram algumas lideranças.

Peter Gow (2020), em seu campo junto aos Piro, na Amazônia peruana, aborda a importância da escola na aldeia para a definição de uma “aldeia legítima”, não apenas

para os nativos, como também para os funcionários do estado. Entendo ser possível essa analogia no caso da presença da Sesai nas aldeias do litoral sul paulista, mas não só, se aplica ainda à escola, como nos Piro, e ao atendimento da Funai.

esses funcionários não visitam, não reconhecem e não fazem censo dos assentamentos sem escolas. (...) Assim como um título de propriedade de terras, uma escola é um importante símbolo de reconhecimento estatal e legitimidade residencial. A nível de simbolismo espacial, a escola é fundamental para a própria comunidade: é quase invariavelmente o edifício mais grande da comunidade, o melhor construído em termos de valores “civilizados” urbanos (piso de cimento, telhado de alumínio) e é o único edifício público da comunidade. Não só é o local de instrução, como também das festas e reuniões da Comunidade Nativa e da maioria dos serviços religiosos cristãos. Onde há uma escola, as pessoas por definição não estão vivendo em montanhas. (Gow, 2020, p. 286, tradução livre).

Marina Cardoso (2005), em pesquisa no Alto Xingu, argumenta que o acesso aos serviços médicos e remédios se configuram como uma questão política de alargamento do mundo, partindo de uma dinâmica política interna para o contexto mais amplo da sociedade com os brancos. Ela também argumenta que questões de saúde são entendidas pelos indígenas não como medidas assistencialistas, mas como ganho político, afirmando a potência que possuem de controlar diversas fontes de bens e recursos. Assim, é preciso, ao tratar de saúde, compreender suas dinâmicas sociopolíticas próprias, manifestação intrínseca ao *modus operandi* xinguano.

Uma liderança de uma aldeia em Itanhaém, que vou chamar de M., relatou que a presença da Sesai, principalmente a entrada e saída de viaturas adesivadas no território, ajuda a inibir a intimidação dos *jurua* (não indígenas) para com os moradores da aldeia.

Quando a vizinhança vê a viatura do governo federal já fica com medo de mexer com a gente. Tinha um cara que foi contratado pra desmatar o terreno do lado e ia pegar a área da nossa aldeia, e ele falou pro patrão que não ia fazer o trabalho porque ele viu o carro da Sesai chegando e descobriu que era aldeia indígena. (M., aldeia de Itanhaém)

Esse *tekoa* foi fundado em 2019 e as lideranças sofreram ameaças dos moradores do entorno. Somente seis anos após a fundação, em 2025, a Sesai passou a atender os moradores do território. Em 2023 eles fizeram um documento e apresentaram ao conselho local de saúde, e o pleito só foi atendido depois que essa liderança se deslocou até Curitiba, sede do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei), e conversou com o coordenador. Segundo ele, outra aldeia, que foi fundada depois da dele, conseguiu antes o atendimento da Sesai. Esta aldeia fica dentro de uma Terra Indígena já demarcada, em

Mongaguá (SP). “A maioria dos moradores dessa aldeia saiu daqui e foi pra lá porque não tinha atendimento da Sesai aqui”.

O próprio censo da Sesai é usado como um censo das aldeias, vez que a Funai não possui esse tipo de informação sistematizada. Trata-se de uma lista com os nomes dos moradores e dados pessoais que serve para consolidar os indivíduos atendidos pela saúde indígena e compilar informações de prontuário num sistema nacional, chamado Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que coleta e analisa informações demográficas e epidemiológicas dos 34 Dseis espalhados pelo país. O sistema foi criado em 2000 e visa a coleta, o processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura (SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Essa ferramenta reflete diretamente em aspectos da mobilidade guarani e outras especificidades dos Guarani Mbya. Uma pessoa que reside na aldeia X está cadastrada no Siasi daquela aldeia. Se ela decide mudar para outra aldeia no Paraná, precisa “tirar” seu cadastro da aldeia X e passar para a nova aldeia, do contrário não pode passar por atendimento da equipe de saúde em sua nova moradia. Pela minha experiência de campo observei que é comum os Mbya passarem um tempo (um, dois meses) em outra aldeia com os parentes daquele local e depois retornarem para a sua aldeia. Nesse período de visitação, em tese, ele não estará coberto pela assistência médica do local. Se é uma mãe que leva o filho pequeno para essa temporada com parentes de outras aldeias, isso pode prejudicar o calendário vacinal da criança, que pode implicar na interrupção de benefícios sociais como Bolsa Família e até na matrícula da escola.

A impressão que se tem é que “mudar” é algo que está no horizonte de toda e qualquer pessoa mbya, e que a decisão sobre o assunto, sujeita às impressões e variações de ânimo dos envolvidos, a despeito de algumas tendências apontadas pelas histórias de vida, não é matéria previsível.

(...)

Esta é uma orientação primeira das condutas e o argumento principal no tratamento do tema dos deslocamentos. Busca-se “ficar alegre” (-vy’a), “estar bem” (-iko porã), estar “com saúde” (-exai) nos lugares aonde se vai, o que se explicita nos relatos sobre a própria trajetória e no trato dos contextos atuais, ou de como estes são experimentados por cada um. (PISSOLATO, 2007, p. 131-136)

Outro motivo para reivindicar a presença de atendimento de saúde em novas aldeias é a criação de cargos públicos de Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente

Indígena de Saneamento (Aisan). Das 18 aldeias Guarani Mbya e Tupi Guarani atendidas pelo Polo Base de Mongaguá, 10 reivindicavam em janeiro de 2025 a criação de cargos de AIS e/ou Aisan. A criação desses cargos necessita de recursos e de aprovação por parte do conselho de saúde, o que até o momento não ocorreu.

A contratação de indígenas para ocupar cargos de AIS e Aisan está geralmente centralizada na figura das lideranças dessas aldeias. É comum que parentes do cacique concentrem essas posições, bem como os cargos na escola indígena. Valéria Macedo afirma em sua tese que, nas relações institucionalizadas, “há uma ‘linha de frente’ constituída pelas chamadas lideranças, que fazem a mediação entre os recursos dos brancos e os moradores” (MACEDO, 2009, p. 126).

O recebimento de salário, principalmente entre os professores e diretor, vem gerando um acúmulo de dinheiro e pertences, principalmente de equipamentos eletrônicos. Entre os Guarani e outros ameríndios, a avareza é algo condenável, de modo que tal concentração de recursos financeiros vêm incorrendo em pressões por parte de familiares, cujas solicitações nem sempre são atendidas, constituindo fonte potencial de conflitos.

(...)

Retomando o paralelo de Gow, a escola e a enfermaria lidam com conhecimentos perigosos vindos dos brancos - como a leitura, a escrita, os remédios industrializados e um amplo repertório de técnicas e saberes -, que conferem poder, mas também têm potencial destrutivo, assim como os xamãs, a quem são atribuídos curas e feitiços. No Silveira, além dos conhecimentos, essas pessoas estão associadas a um maior poder de aquisição de mercadorias, levando uma vida mais confortável, mas por vezes mais vulnerável a doenças, seja por inveja/feitiço de outros, seja pela subida do *nhe'e* (aumentando as chances de entrada de outros agentes agressores) por causa da proximidade indiscriminada com brancos e suas coisas. (MACEDO, 2009, p. 145-146)

A autora traz ainda que políticas nas áreas de educação e saúde nas aldeias “operam como vetores de deslocamento de fixação de pessoas e coletivos, participando da dinâmica multilocal que conecta um complexo aberto de aldeias” (MACEDO, 2009, p. 109). Não é raro que famílias se mudem de uma retomada por não possuir escola e atendimento da Sesai, para uma aldeia que possua tais comodidades. Atrair novas famílias pode ser motivo de orgulho para a liderança local, e é mais uma motivação para que os serviços de saúde e educação, bem como abastecimento de água e energia elétrica, sejam reivindicados por eles.

No entanto, a presença da Sesai nas aldeias não necessariamente significa a presença de uma estrutura física adequada para os atendimentos. Na Terra Indígena

Guarani do Aguapeú, por exemplo, de sete aldeias com atendimento da Sesai, somente a aldeia Aguapeú, primeira criada, possui um posto de saúde, em condições precárias de funcionamento. Em geral os atendimentos de saúde nas aldeias da região são feitos na estrutura da escola, e nos dias de atendimento as aulas precisam ser interrompidas ou os professores realizarem atividades externas. Um dos presentes na reunião do conselho local de saúde de Mongaguá, em janeiro de 2025, afirmou que em ocupações novas muitas vezes não tem onde os profissionais de saúde atender ou sequer lavar as mãos. “Como o médico vai examinar um paciente e depois atender outro sem lavar a mão?”

Mobilidade guarani

A mudança de aldeia é muito comum entre os Mbya. M. relata que, com 40 anos de idade, morou em mais de dez aldeias diferentes, isso sem considerar os *tekoa* em que esteve de passagem por menos de seis meses, senão esse número seria superior a 20 locais. Nasceu no Rio Grande do Sul e foi subindo o mapa, tendo residido em aldeias de Santa Catarina, Paraná e agora São Paulo. Brincou que logo estará no Nordeste. Ele citou dois motivos para essas mudanças frequentes: um é a necessidade de rotatividade do solo, e outro são as circunstâncias da vida, como casamento e oportunidades de trabalho. “Os antigos acreditavam que era preciso procurar um novo espaço porque depois de dez anos plantando no mesmo solo ele precisa descansar, assim como os rios, que passam a ter menos peixes, sendo que a família vai crescendo”. No caso dele, boa parte de suas mudanças na fase adulta se deu por motivo de trabalho, por ser professor e ser convidado por aldeias diferentes para lecionar. A liderança L. da Praia Grande relatou a mesma questão sobre a necessidade de novos locais para plantio. “Antigamente a gente deixava a aldeia e ia todo mundo para um novo lugar, porque era tudo terra indígena, mas agora a gente não pode abandonar todo mundo o lugar senão perdemos a área, então costumam ficar famílias”.

Outra forma de mobilidade são as visitas de familiares e amigos de outras aldeias, como mencionado acima. Ocupar cargos assalariados dentro da aldeia como de professor e agente de saúde implica numa certa restrição à mobilidade desses indivíduos, que precisam cumprir horários, assinar frequências, e, logo, não podem se ausentar para participar de atividades de mobilização como o Acampamento Terra Livre (ATL), que

ocorre no mês de abril em Brasília, ou assembleias da Comissão Guarani Yvyrupa (CGY)³, bem como as viagens entre aldeias que são comumente realizadas pelos Guarani Mbya. Trata-se de uma contradição, visto que essas figuras são geralmente lideranças políticas dentro de suas aldeias e não podem frequentar espaços de mobilização para reivindicar melhores condições para suas comunidades. Alguns se ausentam das atividades profissionais para participar e acabam tendo suas atitudes apuradas e correm o risco de perderem seus cargos, principalmente no caso de professores indígenas.

Langdon e Diehl (2007) relatam que, apesar de os AIS terem como papel serem mediadores entre as práticas indígenas e os serviços biomédicos, isso não acontece, por falta de capacitação ou de conhecimento da medicina indígena. Segundo os agentes de saúde ouvidos pelas autoras, são detentores desses conhecimentos tradicionais os mais velhos e as mulheres. Além disso, há muitas pressões por parte dos gestores

para que os AISs trabalhem todos os dias, oito horas por dia, impondo uma agenda, um ritmo e uma relação com o trabalho que não condizem com “o sistema indígena”. Por sua vez, os AISs, que recebem em média um salário mínimo por mês, sabem que os membros da equipe com maior formação escolar e acadêmica têm salários infinitamente maiores que os seus e trabalham vertiginosamente menos horas do que eles nos Postos de Saúde. (LANGDON; DIEHL, 2007, p. 25)

Adriana Queiroz Testa (2018), em sua tese junto aos Guarani Mbya de São Paulo, traz que:

dentre as alternativas econômicas encontradas pelos Mbya atualmente, muitos recorrem aos trabalhos assalariados nas aldeias, onde se tornam funcionários dos Postos de Saúde e das Escolas. Empregos estes que, embora restrinjam bastante a liberdade de circulação dos Mbya entre as diferentes Terras Guarani e imponham uma série de outras restrições à sua participação na vida ritual ou mesmo à observação de cuidados que deveriam seguir nos resguardos, são responsáveis por parte considerável da circulação de recursos financeiros e outros bens entre parentelas. (TESTA, 2018, p. 49-50)

³ Organização indígena fundada em 2006 que congrega coletivos do povo Guarani nas regiões Sul e Sudeste do Brasil na luta pela terra. *Yvyrupa* é a expressão utilizada em guarani para designar a estrutura que sustenta a plataforma terrestre e, para os indígenas, seu significado evoca o modo como sempre ocupam o território de maneira livre antes da chegada dos não indígenas, quando não existiam as fronteiras que hoje separam seu povo. Desde a sua fundação, a CGY vem consolidando seu protagonismo no cenário político do movimento indígena nacional, realizando suas assembleias anuais, e garantindo, pouco a pouco, vitórias importantes na longa luta em defesa dos direitos territoriais do povo Guarani. (Informações retiradas do site da CGY, <https://www.yvyrupa.org.br>).

Controle social

O controle social é o mecanismo por meio do qual a sociedade participa na formulação e no acompanhamento das políticas públicas. O marco jurídico é a Constituição Federal de 1988, que incorporou formas de participação popular. Na área da saúde, o artigo 198 estabeleceu como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação da comunidade. Os conselhos de saúde existem nos níveis municipal, estadual, distrital e nacional, sendo garantida a participação paritária de usuários na parcela de 50% das vagas nos conselhos. Os conselhos de saúde indígenas representam a aplicação, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), do princípio constitucional mencionado anteriormente. O controle social no subsistema em questão é organizado por Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCondisi). Os conselhos locais são formados por representantes das aldeias e os conselhos distritais são formados por 50% representantes usuários indígenas; 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores e prestadores de serviços. Detenho-me neste artigo a abordar as dinâmicas do conselho local do polo base de Mongaguá (SP) e do Conselho Distrital Litoral Sul, sediado em Curitiba.

Marina Novo (2010) observa que a representação de funcionários, usuários e gestores no Condisi gera uma aparente contradição.

A ação dos conselheiros que deveria ser de levantamento de demandas e de reclamações por parte das comunidades representadas, acaba por se tornar paradoxal, na medida em que, sendo também funcionários, acabam tendo sua ação restringida por estarem sendo “vigiados” por seus empregadores, além de estarem em uma posição de fiscalização de sua própria atuação. (NOVO, 2010, p. 50)

Os conselhos, segundo ela, mais do que elementos do controle social em saúde, são locais privilegiados de disputas políticas internas - disputas por profissionais nas aldeias, ou por barcos, motores e combustível, por exemplo - externas, como as lutas pela autodeterminação e autogestão dos projetos que estão muito além das questões de saúde. (NOVO, 2010, p. 53-54)

Langdon e Diehl (2007) também observam que as reuniões do Condisi revelam conflitos gerados por uma ambiguidade de papéis dos seus membros, não ficando claro,

muitas vezes, quem eles estavam representando. Elas também usam a expressão “vigiados”:

Alguns indígenas eram contratados pela Funai ou Funasa, mas atuavam no Conselho como representantes dos usuários, por exemplo, em uma reunião, um índio perguntou: “Eu trabalho para Funai e sou índio. Quem eu represento?” Nesse sentido, ao mesmo tempo que deveriam trazer para a discussão as demandas das comunidades que representavam, suas atuações poderiam ser vigiadas (e cobradas) pelas instituições empregadoras. (LANGDON; DIEHL, 2007, p. 28)

Lideranças da região com quem conversei, que participam de reuniões do conselho local e distrital, foram unânimes em afirmar que em toda reunião é igual: a Sesai diz que não tem dinheiro e recomenda os parentes a não acionarem o MPF para não “furarem a fila” do PDSI, que é o Plano Distrital de Saúde Indígena, um documento de planejamento para quatro anos, elaborado de forma participativa, para guiar as ações de saúde dentro dos Dseis. Nele constam, por exemplo, as obras a serem implementadas nas aldeias, como a criação de Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs) ou de módulos sanitários.

As aldeias que acionam o MPF são alvo de duras críticas por parte de alguns representantes das demais comunidades. Segundo dados do Dsei apresentados em uma reunião de Condisi em 2025, eram 18 decisões judiciais, a maioria obrigando a Sesai a construir Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs), sistema de água e esgoto e módulos sanitários. Essas ações judiciais têm prioridade sobre as ações do PDSI, do contrário os gestores da Sesai podem sofrer penalidades. Sempre que o assunto da judicialização aparece nas reuniões do conselho local, alguns presentes afirmam ser injusto “ficar para trás” por buscar o caminho “legal”, enquanto outros entram na justiça. Um interlocutor afirmou que

A gente no Conselho Local sempre conversa para dar uma segurada antes de ir no MPF, a gente entende a dificuldade de cada um, no final todo mundo tem a mesma dificuldade, melhora no saneamento, equipe, carro. É muito injusto ter que acatar as ordens judiciais e quem tá no PDSI fica para trás. O nosso [pleito] tá incluso para 2026 mas já entramos no PDSI outras vezes e nunca aconteceu nada. Desanima um pouco. Porque as reuniões locais mandam plano, documento, e nada vai acontecer. Toda vez vai ter pedido judicial, aí fica o plano parado porque nunca vai ser executado.

Uma liderança disse que entende as aldeias que recorrem à justiça para obter melhorias no atendimento de saúde. Segundo ele, toda reunião de conselho é “sempre a

mesma conversa”, e tem parentes que acabam perdendo a paciência em esperar por mudanças. Outra liderança comentou que os gestores públicos usam muito da legalidade “quando não querem fazer as coisas”.

Ele também lamentou o questionamento dos parentes sobre a criação de novas aldeias, sob o argumento de que isso vai espaçar os atendimentos das equipes.

Quando a gente fala das ocupações, um parente fala de um jeito, outro de outro, aí em vez de fazer nossa união de forças e ir atrás do nosso objetivo, surge o desentendimento. No nosso contexto guarani a gente usa a palavra “a luta é de todos nós”. Ocupar nosso território é um direito de todos. Fico bastante triste quando eu toco nesse assunto. Por que os guarani têm suas aldeias e cada vez mais estão criando outras aldeias? No nosso contexto guarani já existe isso. Em todos esses anos a gente vem lutando para ocupar nossos territórios. E aí tem a questão das nossas brigas internas. Aí uns parentes falam “por que que tá abrindo mais aldeia? É por objetivo pessoal ou pelo coletivo?”, aí fica um pouco difícil a gente ficar só nessa briga, em vez de fazer a união, a união faz a força. Essa questão de novas aldeias não vai parar. Essa é a nossa luta. A gente tem que preparar para atender, assistir, aquelas comunidades que vão precisar daqui pra frente.

A liderança M., da aldeia de Itanhaém, culpou o presidente do conselho local pela morosidade da Sesai em começar a prestar atendimento em seu tekoha. “Em 2023 levei uma carta na reunião do conselho pedindo atendimento para nossa aldeia, e nunca fomos atendidos. Em 2025 fui até o Dsei em Curitiba e conversei com o coordenador, pedindo informações sobre o pedido, e ele disse que a demanda nunca chegou ao Dsei”. Segundo ele, todos os presidentes que passaram pelo conselho são contrários à criação de novas aldeias na região porque dizem que isso prejudica o atendimento das demais aldeias.

Nayara Scalco, João Arriscado Nunes e Marília Louvison, no artigo “Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”, afirmam que as responsabilidades pelo atendimento adequado de saúde indígena são divididas entre conselheiros e governo, com maior peso para os primeiros.

As aldeias, quando não veem suas necessidades atendidas, cobram enfaticamente dos conselheiros: “se não der certo, pau nos conselheiros, não é no Estado” (Indigenista 1). Desta forma, a estrutura do controle social não propicia o modo de fazer política indígena, silenciando esta participação. (SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020, p. 10)

Um indígena da etnia Taurepang de Roraima, ouvido pelos autores, afirmou que os membros das instâncias de controle social da saúde indígena mais endossam as políticas instituídas pelo estado do que reivindicam seus direitos.

Os conselheiros, eles dançam a música da própria organização que se chama Sesai. Então eles estão muito mais defendendo a Sesai do que o próprio direito à saúde que os indígenas têm. Vejo assim, não com muita atuação, não com autonomia de conselho, dentro da minha região. (SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020, p. 9).

Em sua pesquisa, os autores entenderam ter ficado evidente a percepção dos participantes “quanto ao pouco espaço para voz e pautas indígenas que representem as comunidades nesta organização, colocando em questão a relação de cooptação do debate pelo Estado”. (p. 9)

Essa cooptação é vista inclusive no debate biomédico em detrimento das práticas tradicionais de cuidados com a saúde.

Ainda que viabilize uma abertura para o diálogo, este espaço reafirma a lógica colonial na medida em que se estrutura a partir de regras distantes das concepções indígenas. A hegemonia das discussões gerenciais e de temas ligados ao saber biomédico reforça a limitação desse espaço de participação na construção de políticas públicas com protagonismo indígena (SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020, p. 8)

Indígenas membros do conselho local que consultei disseram que nunca é discutido nesse espaço a importância das práticas tradicionais de cuidados. “A gente fica falando de ação do MPF, criação de cargos de AIS e Aisan, falta de combustível, escala das equipes de saúde, e não falamos sobre o trabalho dos *xeramõi* e *xejary'i*, a necessidade de transporte que eles têm para ir até outras aldeias fazer tratamento”, disse B. O subsistema de saúde indígena conta com o princípio da atenção diferenciada, que deve considerar especificidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas. Outra característica que configura essa particularidade da saúde indígena é a existência de AIS, que atua como “tradutor”, muitas vezes linguístico, mas também mediador entre os saberes tradicionais e a medicina não indígena.

A criação de cargos é outra pauta que comumente coloca indígenas contra si nesses espaços de controle social. Em uma reunião do conselho local de Mongaguá, um representante do Dsei, diante da indagação de um conselheiro sobre a criação de cargo de

AIS, disse que existe uma normativa do Ministério da Saúde que prevê que cada agente de saúde atenda 400 pessoas e, por essa razão, o polo já estaria sendo atendido, de forma que não se pode criar novas vagas. Segundo dados do Siasi de abril de 2025, o polo base de Mongaguá atendia 802 pessoas e contava com 10 AIS e 6 Aisan contratados. Em 2025, as comunidades atendidas pelo polo reivindicavam a criação de 8 vagas para AIS e 12 vagas para Aisan.

Um indígena presente na reunião relatou que esse representante do Dsei afirmou que há um projeto interno para que seja feita uma auditoria desses cargos a fim de que seja revista a distribuição dos mesmos. Segundo o conselheiro, isso gerou uma discussão acalorada, porque as aldeias que já possuem AIS e/ou Aisan contratados não querem perder essa vaga para uma nova aldeia.

Considerações finais

Este artigo buscou refletir sobre como a saúde indígena entre os Guarani Mbya do litoral sul paulista extrapola a dimensão biomédica ou assistencial. O acesso às políticas públicas de saúde se insere em um campo de disputas políticas, territoriais e cosmológicas, articulando reconhecimento estatal, mobilidade, fortalecimento comunitário e permanência nos territórios. A presença da Sesai nas aldeias não representa apenas atendimento médico, mas também legitimidade, segurança e possibilidade de consolidação das retomadas e novas ocupações.

Ao mesmo tempo, os conflitos observados nas instâncias de controle social revelam os efeitos da escassez de recursos e da própria lógica estatal de gestão, que frequentemente coloca comunidades indígenas umas contra as outras. As disputas por cargos de AIS e Aisan, pela construção de UBSIs ou pela inclusão de aldeias no atendimento da Sesai demonstram como políticas públicas insuficientemente financiadas acabam produzindo tensões internas, deslocando o foco da reivindicação coletiva por ampliação estrutural dos direitos para conflitos locais entre comunidades.

A mobilidade, elemento central do modo de vida Mbya, também entra em tensão com os mecanismos burocráticos do estado. Sistemas cadastrais fixos, exigências

administrativas e vínculos assalariados dificultam práticas tradicionais de circulação entre aldeias e participação política em espaços de mobilização indígena. Nesse sentido, as políticas de saúde acabam, muitas vezes, operando a partir de uma lógica incompatível com a dinâmica territorial e relacional dos Guarani.

Além disso, observa-se que os espaços de controle social, embora representem uma conquista importante no âmbito constitucional e da saúde indígena, ainda reproduzem estruturas institucionais marcadas por assimetrias de poder e pela predominância de pautas gerenciais e biomédicas. As práticas tradicionais de cuidado, os saberes dos *xeramõi* e *xejary'i* e as próprias concepções indígenas de saúde são deixadas de lado nesses espaços, evidenciando os limites da atenção diferenciada.

Dessa forma, compreender a saúde indígena exige reconhecer que ela se articula profundamente às formas guarani de habitar, circular, produzir parentesco e construir coletivamente seus territórios. Mais do que uma política setorial, a saúde aparece como parte de um processo mais amplo de luta por autonomia, reconhecimento e continuidade dos modos de vida indígenas frente às restrições impostas pelo estado.

Referências bibliográficas

CARDOSO, Marina. **Sistemas terapêuticos indígenas e os modelos de atenção à saúde**: diferença, controle social e dinâmica sócio-cultural no contexto alto xinguano. Brasília, DF: CNPq, 2005. (Projeto de Pesquisa)

GOW, Peter. **De sangre mezclada**. Parentesco e historia en la Amazonía peruana. Universidad Católica Sedes Sapientiae, 2020.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, maio/ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>. Acesso em: abr. 2026.

MACEDO, Valeria Mendonça de. **Nexos da Diferença**. Cultura e afecção em uma aldeia guarani na Serra do Mar. Tese (Doutorado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-13122010-100456/publico/2009_ValeriaMendoncadeMacedo.pdf. Acesso em: mar. 2026.

NOVO, Marina Pereira. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Brasília: Paralelo 15, 2010. Disponível em: https://www.abant.org.br/files/51_00167819.pdf. Acesso em: mar. 2026.

PISSOLATO, Elizabeth. **A duração da pessoa**: mobilidade, parentesco e xamanismo mbya (guarani). São Paulo: Editora Unesp: ISA; Rio de Janeiro: NuTI, 2007.

SCALCO, Nayara; NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 29, n. 3, e200400, 2020. DOI: 10.1590/S0104-12902020200400. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/pt_BR/article/view/187190. Acesso em: mai. 2026.

SOUZA, Maria da Conceição; SCATENA, João Henrique G; SANTOS, Ricardo Ventura. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)**: criação, estrutura e funcionamento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RSfQ5HXFP8SF3Gkwmc6qbFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: mai. 2026.

TESTA, Adriana Queiroz. **Caminhos de saberes Guarani Mbya**: modos de criar, crescer e comunicar. São Paulo: FFLCH/USP, 2018. Disponível em: <https://spap.fflch.usp.br/sites/spap.fflch.usp.br/files/Adriana%20Testa%20-%20Caminhos%20de%20saberes%2011%2007%202018.pdf>. Acesso em: abr. 2026.