

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS POPULAÇÕES DO CAMPO, FLORESTA E DAS ÁGUAS DO BRASIL



Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

F825i Franco Netto, Guilherme (Org.).

Impacto da pandemia de COVID-19 nas populações do campo, floresta e das águas do Brasil / organizado por Guilherme Franco Netto. – Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, SUS, Brasil. Ministério da Saúde, Governo Federal Brasil União e Reconstrução, 2025.

48 p. : il. color. ; fotos ; graf. ; mapas ; tab. ; PDF ; 48.788 kb

ISBN: 978-65-87063-88-1

Inclui Bibliografia.

1. COVID-19. 2. Condições Sociais. 3. Indicadores de Risco.
4. Vulnerabilidade em Saúde. 5. Vulnerabilidade Social.
6. População do Campo. 7. População da Floresta. 8. População Ribeirinha. 9. Brasil. I. Título.

Foto de Kelly, disponível em Pexels.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
ESCALAS, TERRITÓRIOS E INFORMAÇÃO EM SAÚDE: PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS PCFA	12
<i>A construção da categoria PCFA como referência para produção de informação em saúde</i>	14
<i>Perfil socioeconômico, demográfico e de saúde das PCFA em contexto de pandemia</i>	20
<i>Covid-19 e a Capacidade de Resposta do SUS</i>	26
ENCONTROS, EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS NOS TERRITÓRIOS DE PCFA	34
<i>Barreiras sanitárias populares: resistência (e conflito) a partir dos territórios</i>	37
CONSTRUINDO UMA NOVA PERSPECTIVA DE SAÚDE PARA AS PCFA	40
<i>Considerações para o diálogo</i>	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44



Foto de Gabriel Ramos, disponível em Pexels.





INTRODUÇÃO

Foto: https://br.freepik.com/fotos-gratis/folha-tropical-verde-closeup_5145061.htm

O presente documento apresenta a sistematização dos resultados da pesquisa “Impacto da Pandemia de Covid-19 nas Populações do Campo, Floresta e das Águas do Brasil”, realizada pela Coordenação de Saúde e Ambiente da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS/Fiocruz) e envolveu quatro grupos de pesquisa de diferentes instituições da Fiocruz¹. A pesquisa teve como objetivo principal produzir, por meio de um estudo exploratório, informações estatísticas, cartográficas e audiovisuais a respeito dos impactos da pandemia de Covid-19 sobre as populações do campo, das florestas e das águas (PCFA) nos municípios brasileiros.

O trabalho teve como proposta mapear as PCFA em suas diversas configurações espaciais e condições de vida; estimar indicadores de risco da pandemia de Covid-19 para grupos socioespaciais; relacionar modos de vida, exposição ao vírus e vulnerabilidades vivenciadas por esses grupos, buscando contribuir para políticas de controle e de proteção específicas no campo da saúde coletiva e dos direitos humanos.

Como primeiro resultado, o estudo confirmou a condição de “invisibilidade” das PCFA nas bases estatísticas e de dados secundários de acesso público das agências governamentais. Esse quadro dificultou a geração de informações para o mapeamento e o levantamento dos contingentes dos grupos populacionais PCFA durante a pandemia de Covid-19. Tal fato tende, inclusive, a comprometer a capacidade de resposta por parte dos sistemas públicos, particularmente o Sistema Único de Saúde (SUS), no atendimento a essas populações, principalmente em cenários de crise sanitária.

Uma das ações importantes da pesquisa, nesse sentido, foi justamente a construção de uma base de dados estatística e cartográfica, de forma a compor um conjunto de informações estratégicas no que diz respeito à condição de vulnerabilidade socioeconômica, ambiental e de saúde das PCFA.

O caminho metodológico escolhido não se resumiu, assim, a uma simples complementariedade entre métodos quantitativos e qualitativos de análise da situação de saúde desses territórios. O trabalho, ao promover o encontro entre centros de pesquisa da Fiocruz e movimentos sociais, por meio de uma construção dialética entre vigilância em saúde e vigilância popular, abriu possibilidades para um novo entendimento sobre os modos de vida das PCFA no país no campo da saúde. Essa iniciativa permitiu uma análise integrada de variáveis que, combinadas, desenharam diferentes cenários de riscos à saúde, de conflitos pela terra nas regiões do país, além de contribuir para um diagnóstico mais refinado em relação à capacidade de resposta do SUS frente a conjunturas socioambientais tão complexas.

Um passo importante, nesse sentido, foi a construção de uma base territorial para compreender as determinações sociais em saúde das PCFA. Partindo da tipologia de “Municípios Rurais e Áreas Remotas” do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tratados como municípios alvo da pesquisa, foi possível estimar o universo populacional e a distribuição espacial das PCFA nos municípios. Esse recorte contribui para uma interpretação multiescalar do fenômeno, pois problematizou dados genéricos de Covid-19 que determinavam que municípios rurais e isolados estavam menos expostos aos efeitos da pandemia. No geral, de fato, tanto a incidência quanto a mortalidade por Covid-19 foram menores nesses municípios. Entretanto, ao cruzar e problematizar um conjunto de indicadores socioeconômicos e de saúde, verificou-se que há uma série de distinções na condi-

1 Observatórios Covid-19 e do ICICT, Fiocruz Rio de Janeiro; Observatório do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde – Cidacs, Fiocruz Bahia; e Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes – Fiocruz Ceará. Os relatórios gerados ao longo da pesquisa foram a base para a produção do presente texto. Em alguns casos, inclusive, com uso direto de fragmentos de texto, tabelas e gráficos. As equipes de cada grupo de pesquisa estão elencadas ao final do documento.

ção de saúde entre essas populações, particularmente quando considerados fatores de cor/raça, faixa etária e localização geográfica.

Ao analisar a incidência de Covid-19, por exemplo, as populações pretas foram aquelas que configuraram as maiores taxas de letalidade pelo vírus. Por outro lado, o cruzamento de raça/cor e idade demonstrou que as crianças indígenas, entre todos os extratos analisados, compreenderam os maiores percentuais de letalidade, especialmente nos intervalos entre 0 e 9 anos. A mensuração desse quadro dramático ainda é incerta, pois envolve aspectos de ordem cultura, étnica e geracional.

Como sistematização final dos dados estatísticos e cartográficos mobilizados pela pesquisa, as informações referentes às vulnerabilidades tanto no que tange aos impactos da pandemia, como aquelas relativas aos indicadores de capacidades de respostas do SUS, foram organizadas em um banco de dados (BD) único. O BD foi construído a partir do cruzamento e complementação entre diversas fontes de informações, com destaque para as bases do IBGE, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Cadastro Único (CadÚnico). Esse esforço, empreendido pelos pesquisadores que participaram da pesquisa, permite concentrar em um único ambiente uma diversidade de conteúdos até então fragmentados.

Além disso, outra forma encontrada para organizar, ampliar e sistematizar uma série de produções técnicas, acadêmicas e sociopolíticas em torno da vida e saúde dos povos tradicionais foi a elaboração da Curadoria Digital sobre População do Campo, Floresta e Água (PCFA). Uma plataforma digital que funciona como um inventário de documentos, registros técnicos e audiovisuais, manifestos políticos, painéis de indicadores e outros portais relacionados a instituições, movimentos sociais e organizações que atuam, pesquisam e representam as PCFA.

Outro ponto chave foi a busca por construir/estabelecer processos comunicativos entre o campo da vigilância em saúde e vigilância popular. Um exemplo interessante é o projeto do Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes da Fiocruz Ceará, que está organizado em torno de uma rede de instituições, pesquisadores, e trabalhadores da saúde, coletivos e organizações políticas ligadas à luta pela terra e pela saúde das populações tradicionais, seus territórios e ecossistemas.

A partir desses espaços de encontro a pesquisa chegou a resultados não planejados, mas esperados. Em um contexto de crise sanitária, com uma forte carência de informações sobre a condição de vida das PCFA, assim como, de possibilidades reais de estabelecer políticas institucionais de proteção à vida dessas populações, uma diversidade de respostas, práticas sociais e resistências irromperam dos territórios populares.

Diante da gravidade do cenário pandêmico, esses territórios desenvolveram estratégias de enfrentamento não apenas em relação aos impactos da Covid-19, mas também, frente à violência estrutural que historicamente

recaem sobre esses povos e que se mantiveram durante a pandemia. Um caso emblemático de resistência trazida pela pesquisa, fruto de diálogo entre a Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes - Fiocruz Ceará e a Comissão Pastoral da Terra (CPT), pode ser exemplificado pela instalação de Barreiras Sanitárias Populares em comunidades indígenas, quilombolas e assentamentos de agricultura familiar.

O caso das barreiras sanitárias, assim como as demais iniciativas do projeto, permitiu avançar na análise sobre os processos de determinação social da saúde das PCFA para além das métricas estatísticas e epidemiológicas. Essas experiências auxiliam na construção de um olhar analítico capaz de articular distintas escalas espaciais e temporais. A pandemia, assim, aparece como um evento crítico, que associa fatores conjunturais a elementos estruturais. Ou seja, pensar a saúde das populações do campo, das florestas e das águas também é pensar o conjunto de violências e injustiças ambientais que condicionam uma verdadeira sobreposição de crises.

Nesse sentido, o presente documento, longe de ser uma carta de recomendações, visa assumir uma posição de diálogo com a multidimensionalidade dos modos de vidas das PCFA. A partir das considerações aqui elaboradas busca-se contribuir para a melhora da vida e saúde das PCFA. Por meio dos resultados alcançados visa-se, ainda, contribuir para a melhora da vida e saúde das PCFA, assim como para o aprimoramento da articulação técnico interinstitucional das ações desenvolvidas pelas instâncias da Fiocruz, pela VPAAPS, no constante debate e parceria com a produção acadêmica, as políticas do SUS e as ações políticos dos atores sociais.



**ESCALAS, TERRITÓRIOS
E INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO
SOBRE AS PCFA**



A definição e construção da categoria "PCFA", assim como a identificação dos territórios e municípios-alvo da pesquisa, são iniciativas complexas, pois visam sistematizar, para fins analíticos e de planejamento de políticas públicas, um universo estritamente plural, rico em sociobiodiversidade e com um profundo histórico de convivência com atos de violências, conflitos e injustiças socioambientais. Sendo assim, a análise da situação de saúde dessas populações, independentemente de ser em contexto de pandemia, por si só exige uma capacidade de articulação multivariada e multiescalar de interpretação dos dados e informações captadas por sistemas de informação e base de dados de acesso público de agências governamentais, principalmente.

A diversidade de modos de vida e organização socioambiental das PCFAs e seus territórios; a relação profunda e estrutural envolvendo a luta pela vida e pela terra, são marcas importantes a serem consideradas no processo de inferência dos achados da pesquisa. Mais do que uma complementariedade entre métodos quantitativos e qualitativo, o trabalho aqui realizado identificou a necessidade de construir o conhecimento de forma compartilhada, com base em uma dialética entre a vigilância em saúde e a vigilância popular. Nesse sentido, uma nova proposta metodológica de pesquisa e elaboração de políticas de saúde destinadas a essas populações e territórios, obrigatoriamente, passa por um contínuo processo de debate político, envolvendo não apenas a discussão e análise por parte de especialistas e instituições de pesquisa, mas em grande medida, centrados nas formas de organização da sociedade civil e movimentos populares.

O trabalho aqui realizado identificou a necessidade de construir o conhecimento de forma compartilhada, com base em uma dialética entre a vigilância em saúde e a vigilância popular.

A relação saúde coletiva e PCFA é antiga. Como referência temporal vale destacar o período em que o conceito "populações do campo, da floresta e das águas" entrou na agenda do Ministério da Saúde (MS), por meio dos movimentos sociais que integram o Grupo da Terra². Essas populações passaram a

contar, assim, com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), publicada em 2011 (FIOCRUZ, 2018).

A Fiocruz, nesse contexto, tem lidado com "o desafio de fortalecer e operacionalizar o modelo teórico que prevê a inter-relação entre saúde, ambiente, trabalho e sustentabilidade, e entre os sistemas de vigilância sanitária e saúde" (FIOCRUZ, 2018, p.32). Entre os pontos críticos está a construção de sistemas de informação mais consistentes, que sejam capazes de auxiliar na análise de situações de saúde, processos de tomada de decisões e intervenções territoriais, participativas e intersetoriais.

Como contribuição objetiva para a construção desse sistema, a pesquisa desenvolveu algumas classificações em torno da categoria analítica "PCFA", o que permitiu uma análise estatística da situação de saúde dessas populações; e uma base territorial única, destinada a orientar políticas e intervenções em saúde.

2 O Grupo da Terra foi instituído pela Coordenação da Secretaria Executiva do MS (BRASIL, 2004) e busca funcionar como o colegiado voltado para populações como camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais, comunidades de quilombos, pessoas que habitam ou usam reservas extrativistas, pescadores, populações ribeirinhas, comunidades atingidas por barragens, dentre outros. O Grupo visa estabelecer uma ponte entre essas comunidades e o governo federal para discussão de uma política de saúde integral. Ele é constituído por representantes de diversas secretarias e unidades vinculadas ao MS, de outros ministérios e órgãos federais, de representantes das gestões estaduais e municipais, da sociedade civil organizada, movimentos populares e de convidados.



A construção da categoria PCFA como referência para produção de informação em saúde

Como procedimentos metodológicos, realizados ao longo da pesquisa, destacam-se: o levantamento e estruturação de bases e análise de dados sobre a morbimortalidade pela Covid-19 em municípios brasileiros, com foco naqueles classificados como remotos e rurais; identificação e sistematização dos municípios mais impactados pelo Covid-19 por meio de inferências estatísticas organizadas em gráficos, tabelas e mapas; identificação e sistematização dos perfis ecosociosanitários dos municípios mais atingidos pela pandemia; identificação dos territórios de populações do campo, floresta e das águas impactados pela Covid-19 e análise de informações oriundas de processos de vigilância popular; produção de materiais e produtos multimídias contendo não só um conjunto de análises a respeito da morbimortalidade pela Covid-19 no contexto de processos de determinação socioambiental da saúde nos municípios alvo, como também, registros, manifestos e expressões diversas de respostas desses territórios no enfrentamento dessas vulnerabilidades e injustiças ambientais em contexto de crise sanitária.

Todo o material produzido pela pesquisa foi alvo de discussão em oficinas, reuniões de trabalho nos centros de pesquisa da Fiocruz, cursos de formação, fóruns e seminários, com a participação de espaços acadêmicos, especialistas e diversas organizações da sociedade representativas das PCFA.

Para a categorização das PCFA foram utilizados dois caminhos: **primeiro**, por meio das bases estatísticas e cartográficas do IBGE e do Instituto Chico Mendes de Conservação e Biodiversidade (ICMBio), foi possível estimar os contingentes populacionais residentes em terras indígenas e quilombolas, além assentamentos rurais e reservas extrativistas. No caso das áreas indígenas e quilombolas, o IBGE elaborou bases próprias, inclusive, como um esforço para o enfrentamento da Covid-19. O ICMBio, por sua vez, disponibiliza dados referentes a grupos populacionais que residem em reservas federais extrativistas, mas somente aqueles participantes de programas geridos pelo instituto, o que provavelmente subdimensiona esse universo demográfico. Já as populações voltadas para a agricultura familiar e caiçaras e ribeirinhos não possuem levantamentos sistemáticos e atualizados, cabendo a algumas organizações não governamentais a produção e organização de informações para esse tipo agrupamento.

Todo o material produzido pela pesquisa foi alvo de discussão em oficinas, reuniões de trabalho nos centros de pesquisa da Fiocruz, cursos de formação, fóruns e seminários, com a participação de espaços acadêmicos, especialistas e diversas organizações da sociedade representativas das PCFA.

O **segundo** caminho apoiou-se nas informações do Cadastro Único que incluem as populações rurais que podem ser identificadas a partir da marcação de Grupos Tradicionais e Populacionais Específicos (GTPEs) que categoriza diversos grupos que compõem as PCFA. Como povos do campo se conveniou, então, incluir todos aqueles marcados por relações com meio rural; como povos da floresta, convencionou-se considerar apenas os extrativistas que constituem relação com o meio ambiente-floresta; e como povos das águas, os pescadores artesanais e ribeirinhos, que constituem as relações com o meio ambiente-aquático. Já os indígenas e quilombolas, por se tratar de populações com relação étnicas que podem eventualmente serem tanto do campo, quanto da floresta e das águas, convencionou-se analisá-los como subcategorias específicas.

Um ponto de atenção é que os dois caminhos metodológicos partem de categorizações distintas, o que impossibilita, em alguns casos, o cruzamento estatístico entre essas classificações. Por outro lado, esse material representa uma rica e densa base de informação, configurando-se uma importante contribuição para o campo da saúde coletiva. O esforço, agora, é avançar sobre seu aprimoramento e garantir sistemáticas constantes de atualizações, aprofundamento analítico e debates entre pesquisadores, movimentos sociais, agentes públicos e organizações da sociedade civil.

Assim, de forma a minimizar a perda de riqueza dessas informações, quando não for possível apresentar inferências com base no cruzamento entre bases, os resultados serão discutidos separadamente, respeitando o método adotado por cada grupo de pesquisa e observatórios envolvidos no projeto.

A partir dos esforços realizados pelas equipes dos **Observatórios Covid-19** e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), o desenvolvimento do primeiro caminho metodológico teve como referência as bases oficiais de acesso público do IBGE e demais órgãos federais. Por meio delas, estimou-se que **7.999.632** brasileiros residem em áreas quilombolas, terras indígenas, reservas extrativistas

3 Vale ressaltar que, no caso do dimensionamento da população em Terras Quilombolas e Indígenas, o IBGE disponibilizou bases de dados relativas ao ano de 2020. Em relação à população em Assentamentos e Reservas Extrativistas, os valores foram alcançados a partir de estimativas demográficas tendo como marco zero dados de 2010.

e assentamentos rurais. Deste total, os residentes em assentamentos representaram 67,1%, os residentes em áreas quilombolas 14,2%, os em áreas indígenas 13,9% e os que viviam em reservas extrativistas 4,8% de toda a população estudada.

Ao seguir pelo segundo caminho metodológico, com base nas informações do Cadastro Único para o ano de 2022, entre as 88.068.298 pessoas (e 37.119.634 de famílias) cadastradas, 11,6% (10.186.161) foram identificadas como integrantes de Grupos Tradicionais e Populacionais Específicos (GTPE). Em relação à distribuição percentual por cada subgrupo GTPE, o subgrupo de maior quantitativo de indivíduos são os Agricultores Familiares (7,1% / 6.336.844), seguidos dos Pescadores Artesanais (1,2% / 1.056.327), Indígenas (0,8% / 707.274) e Quilombolas (0,8% / 673.202), respectivamente.

O passo seguinte foi analisar como essa população se distribui espacialmente por territórios, municípios e regiões brasileiras. Esse trabalho, liderado pelos pesquisadores do ICICT, demandou a construção de uma base territorial de referência, que possa servir para orientar políticas focalizadas nas PCFAs. Buscando dar conta desse desafio e, ao mesmo tempo, atender às perguntas iniciais levantadas pela pesquisa, foram realizados uma série de cruzamentos envolvendo as tipologias municipais elaboradas pelo IBGE.

Tendo como ponto de partida a sobreposição entre as tipologias Rural-Urbano e de Acessibilidade Geográfica do IBGE (2017; 2018), adotou-se como critério de seleção os municípios brasileiros pertencentes às classes "Rurais e Remotas e Muito Remotas". Como síntese, é possível visualizar o resultado desse trabalho na figura a seguir:

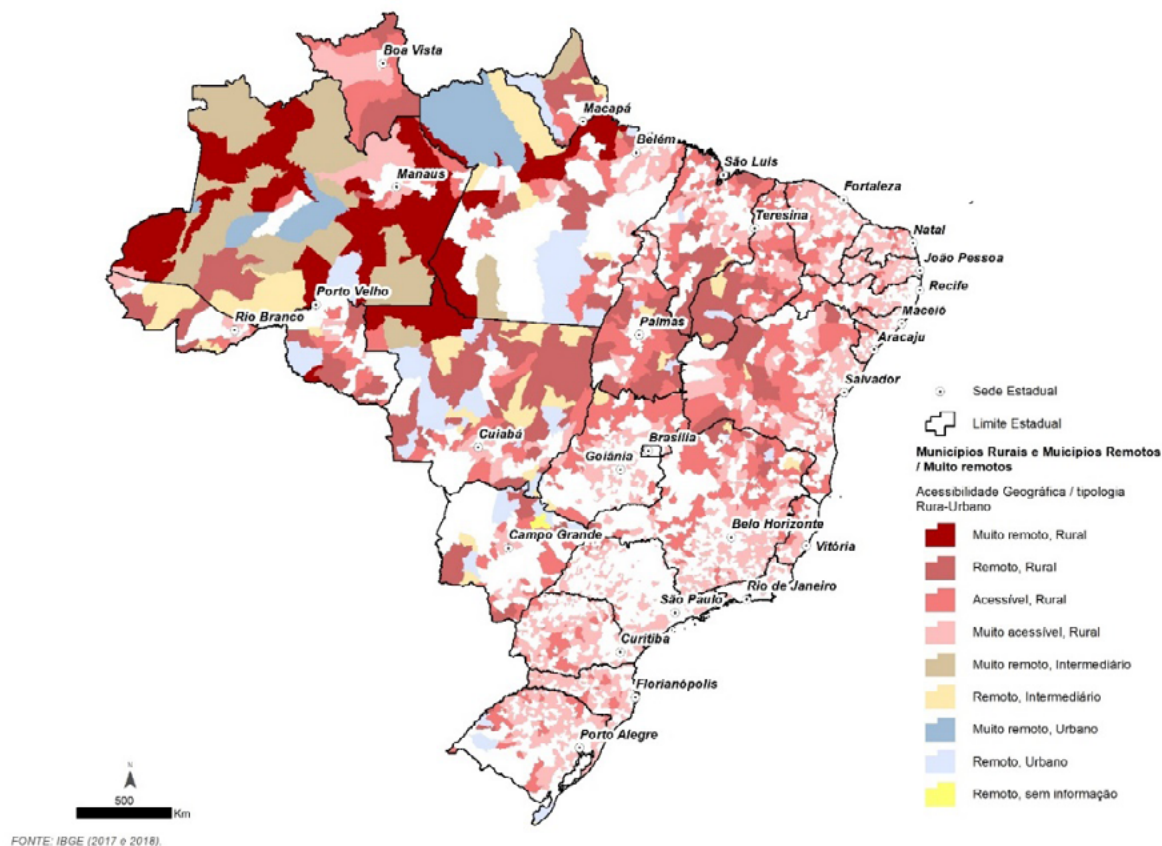


Figura 1 - Mapa dos municípios por classe rural associada aos municípios remotos e muito remotos do IBGE. Fonte: elaboração a partir de IBGE (2017 2018).

Assim, entre os 5.570 municípios brasileiros, **3.473 (62,35%) foram identificados como Rurais, Remotos e Muito Remotos**. Destes, 60,4% foram considerados predominantemente rurais, sendo 54,6% rurais adjacentes (rurais muito acessíveis e acessíveis) e 5,8% rurais remotos. Em relação aos urbanos, apenas 0,23% eram classificados como muito remotos e 1,24% como urbanos remotos.

Seguindo, ao identificar a presença de contingentes populacionais PCFA nesses municípios Rurais, Remotos e Muito Remoto, a pesquisa chegou a um universo final de **2.015 municípios alvo**. Essa sistematização permitiu, assim, a construção de uma nova base territorial para analisar a presença e a condição de vida das PCFA em seus territórios. No gráfico a seguir é possível verificar a distribuição das populações em análise de acordo com a tipologia de municípios:

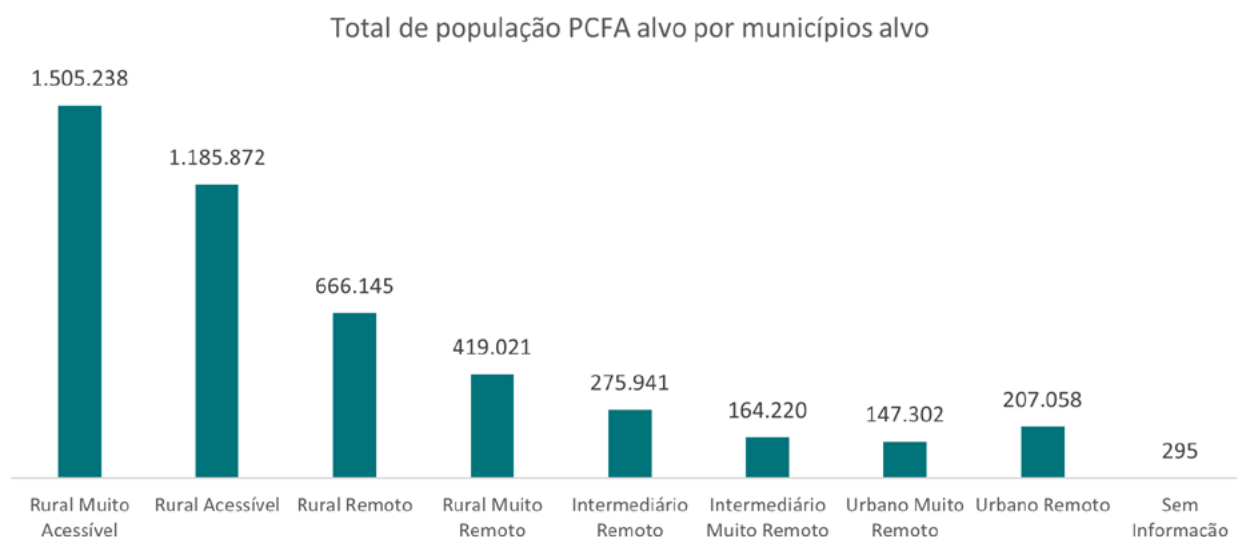


Gráfico 1 – Distribuição da PCFA em municípios classificados a partir das tipologias Rural/Urbano e Acessibilidade Geográfica do IBGE. Fonte: elaboração a partir de IBGE (2017; 2018).

Com a definição dos municípios alvo foi possível estimar um contingente populacional de PCFA em torno de 4.571.092 pessoas, sendo 18,3% de indígenas (835.784), 14,6% de quilombolas (666.727), 5,6% de extrativistas (257.400) e 61,5% de moradores em assentamentos rurais (2.811.181). As regiões brasileiras com maior concentração de integrantes das PCFA foram: a Região Norte, com 44% do total; a Região Nordeste, com 37%; a Centro-Oeste, com 11%; a Sul, com 4%; e a Sudeste, com pouco menos de 4%. Seguindo esse cálculo de contingente populacional, as Unidades da Federação que se destacaram foram o Pará que contabilizou 915.675 pessoas, o Maranhão com 567.865 pessoas, o Amazonas com 528.614 pessoas, o Mato Grosso com 380.395 pessoas e a Bahia com 322.476 pessoas. Os restantes não alcançaram 4% do total desse contingente de brasileiros.

As regiões brasileiras com maior concentração de integrantes das PCFA foram: a Região Norte, com 44% do total; a Região Nordeste, com 37%; a Centro-Oeste, com 11%; a Sul, com 4%; e a Sudeste, com pouco menos de 4%.

A distribuição dos contingentes populacionais de cada grupo, então, indicou que as populações residentes em Áreas Indígenas se

concentraram na Região Norte, que contabilizou 60% desse contingente. As Unidades da Federação que se destacaram nessa região brasileira formam o Amazonas com 33,3% de todo esse contingente, seguido de Roraima (9,6%) e Pará (9,4%). Em seguida, estão as Regiões Centro-Oeste (19%), com destaque para o Mato Grosso (14,8% do total deste grupo) e a Região Nordeste (14,1%), com destaque para

os estados do Maranhão (3,4% do total), Pernambuco (3%) e Bahia (2,8%). Já o contingente populacional das pessoas que residiam em áreas quilombolas, a Região Nordeste destacou-se por ter abrigado quase 64% de todo esse contingente no país, com destaque para a Bahia, que contabilizou 24% do total dessas pessoas, e -o Maranhão, que respondeu por 17% desse total. Seguida pelas regiões Norte (14%), com destaque para o Pará (11,5% de todo o contingente analisado), e Sudeste (13,5%), com destaque para Minas Gerais (12,2% do total). Juntos os municípios desses quatro estados, responderam por pouco mais de 64% do total de residentes em áreas quilombolas.

A estimativa das pessoas residentes em assentamentos rurais, indicou uma concentração menos contundente, com destaque para as Regiões Norte (42,1% do total desse contingente) e Nordeste, que compreendeu quase 40% dos residentes em assentamentos no conjunto dos municípios alvo. O estado com maior presença de pessoas desse grupo na Região Norte foi o Pará, que respondeu por quase 23% de todo esse contingente. Na Região Nordeste, o estado do Maranhão concentrou 14,3%. Na Região Centro-Oeste que concentrou 11,6% desse contingente, o destaque é o estado do Mato Grosso, que respondeu por quase 9% desses brasileiros. Juntos estes três estados responderam com cerca de 46% de todo este contingente estimado. Já a estimativa das pessoas residentes em áreas de reservas extrativistas, que respondeu pelo maior número de pessoas dentre os grupos estimados, concentrou-se, sobretudo, na Região Norte do país, com pouco mais 83% de todo o contingente populacional. Com destaque para os estados do Pará (45%) e Amazonas (27%). Juntos, os municípios destes estados responderam por 72% de todo o contingente populacional residente em reservas extrativistas.

No gráfico a seguir é possível visualizar o quantitativo de PCFA por grupo populacional de análise e em cada estado brasileiro:

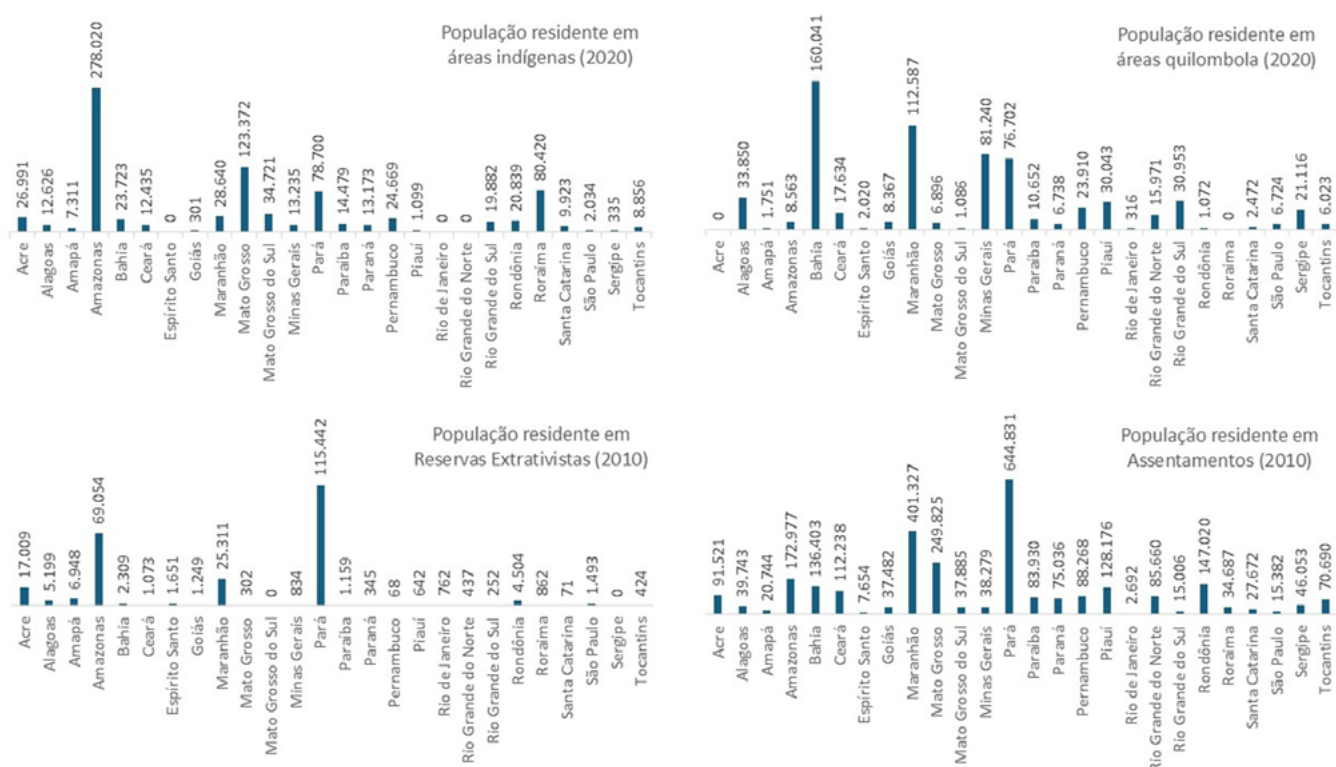


Gráfico 2 – Distribuição das PCFAs por grupo populacional de análise – por UF. Fonte: elaboração a partir de IBGE (2017; 2018).

Além disso, entre os municípios com presença de um ou mais grupos populacionais analisados, **106 totalizaram mais de 10.000 habitantes integrantes de PCFA**. Esse universo representa 1.915.992 pessoas. Entre estes municípios, 65% estão na Região Norte (69 municípios), 25% encontram-se no Nordeste (26 municípios), 8% destes no Centro-Oeste (9 municípios) e 2% na Região Sul (2 municípios). O conjunto destes municípios responderam por 42% da PCFA residentes nos municípios alvo da pesquisa.

Entre os 10 municípios com maiores contingentes da população PCFA, a maioria localiza-se no Estado do Pará, a saber: Juruti (49.891 pessoas), São Félix do Xingu (37.766 pessoas), Oriximiná (35.074 pessoas), Óbidos (34.909 pessoas), Tucumã (33.405 pessoas) e Curuçá (30.914 pessoas). O segundo lugar nesse ranking foi o município de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas, também na Região Norte (43.090 pessoas), o quarto foi o município Peixoto de Azevedo em Mato Grosso na Região Centro-Oeste que somou 35.307 pessoas, o oitavo colocado foi Buritis em Rondônia (Norte) que totalizou 32.707 pessoas) e o nono foi Barreirinhas no estado do Maranhão na Região Nordeste (31.751 pessoas).



Perfil socioeconômico, demográfico e de saúde das PCFA em contexto de pandemia

Após o esforço de se chegar a uma base territorial comum de referência, foram incorporados à análise da situação de saúde das PCFA indicadores socioeconômicos de forma a interpretar as condições de vida e vulnerabilidade dessas populações. Em síntese, destacamos dois conjuntos de indicadores: o seu Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Atlas de Vulnerabilidades Sociais elaborado pelo IPEA; e as informações socioeconômicas e domiciliares presentes no CadÚnico para o ano de 2022.

Em relação ao IVS, que tem como composição subíndices relativos às dimensões Infraestrutura Urbana (saneamento e mobilidade), Capital Humano (mortalidade infantil, jovens mães e crianças na escola etc.) e Renda e Trabalho (renda, desocupação e informalidade), **58,2% dos municípios alvo da pesquisa (1.172) apresentaram índices com alta (29,5%) e muito alta vulnerabilidade (28,7%)**, conforme indicado o gráfico a seguir.

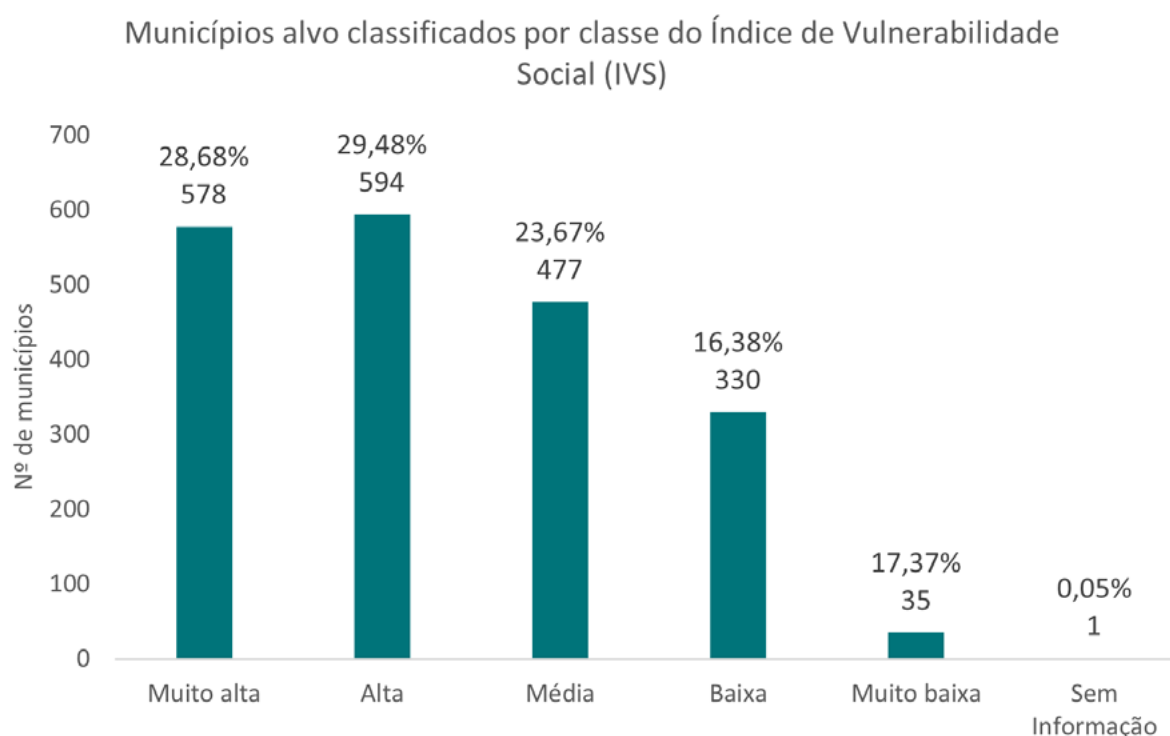


Gráfico 3 – Municípios alvo por classe de vulnerabilidade social do IVS. Fonte: elaboração a partir de IPEA (2015).

Em relação aos já mencionados 106 municípios com 10 mil ou mais pessoas pertencentes às PCFA, 75 foram classificados em muito alta vulnerabilidade pelo IVS, e 18 em alta vulnerabilidade, representando 75% do total desse grupo de municípios. Esse percentual significa uma população aproximada de 1.650.000 pessoas integrantes das PCFA vivendo em municípios com elevado grau de vulnerabilidade social.

Aprofundando a análise sobre o perfil socioeconômico, a equipe de pesquisa do **Observatório do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs), da Fiocruz Bahia**, sistematizou as

informações oriundas do Cadastro Único referentes aos Grupos Tradicionais e Populacionais Específicos (GTPE). A partir dessa categoria, foi possível analisar também a distribuição desse agrupamento por regiões do país, sexo, idade e raça/cor. Além disso, é possível estabelecer comparações entre a condição social das pessoas pertencentes aos GTPE e a população Não-GTPE, algo que não foi possível na análise por meio do IVS, por exemplo.

Na tabela a seguir é possível observar os resultados dessas estratificações por raça/cor, idade, sexo e regiões do país. Em relação aos indígenas cadastrados no CadÚnico, 50,9% estão na Região Norte, seguidos pelo Nordeste com 22,7%. No caso dos quilombolas 70,6% encontram-se no Nordeste, 11,4% no Norte e 10,3% no Sudeste. Já a população considerada do campo, 73,9% foram registrados no Nordeste, com 15,7% presentes no Norte do país. Em relação aos povos da floresta, nesse caso os trabalhadores extrativistas, 56,3% estão no Norte, na região amazônica, e 41,2% no Nordeste. Por fim, a população das águas também se faz presente em grande proporção no Norte, com 52,2% e no Nordeste, com 43%.

Com relação ao sexo, a PCFA registrada no Cadastro Único é composta por 51,9% de pessoas do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino, sendo que a maior proporção de mulheres se encontra entre os quilombolas, enquanto a de homens é predominante entre os povos do campo.

Com relação ao sexo, a PCFA registrada no Cadastro Único é composta por 51,9% de pessoas do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino, sendo que a maior proporção de mulheres se encontra entre os quilombolas, enquanto a de homens é predominante entre os povos do campo. No

que diz respeito a faixa etária, observa-se os maiores percentuais nas classes “crianças e jovens” entre 7 e 15 anos, 18 e 24 anos, 25 a 34 anos, cujas médias apresentadas foram 22,1%, 14,0% e 13,9%, respectivamente.

Já com relação a raça/cor, a distribuição proporcional é de 8,6% de pessoas brancas, 7,6% de pessoas pretas, 0,4% amarelas, 61,0% pardas e 22,4% indígenas. Os povos do campo estão entre os que apresentam as maiores proporções de brancos (18,2%); os quilombolas apresentam a maior proporção de pretos (22,8%), seguidos de pardos (69,3%); os povos das águas com a maior proporção de pardos (80,3%) e os indígenas, com a maior proporção da própria raça/cor (84,1%), sendo que os extrativistas também apresentam uma proporção significativa da raça/cor indígena (22,2%).

Variáveis	Total	Não-GTPE	Indígena	Quilombola	Campo	Floresta	Águas
Região							
Norte	11,8% (10.112.330)	10,4% (7.816.838)	50,9% (348.282)	11,4% (74.556)	15,7% (1.059.632)	56,3% (111.401)	52,2% (818.291)
Nordeste	39,5% (33.724.407)	36,4% (27.359.305)	22,7% (155.399)	70,6% (463.091)	73,9% (4.978.194)	41,2% (81.519)	43,0% (674.340)
Centro-Oeste	6,9% (5.863.528)	7,3% (5.472.133)	16,8% (114.861)	4,9% (32.124)	2,9% (196.814)	0,9% (1.709)	1,0% (15.139)
Sudeste	32,2% (27.515.508)	35,7% (26.867.481)	3,1% (21.026)	10,3% (67.637)	3,9% (265.683)	1,0% (2.037)	2,2% (34.446)
Sul	9,5% (8.139.251)	10,2% (7.695.488)	6,6% (45.192)	2,9% (18.876)	3,5% (238.753)	0,6% (1.127)	1,6% (25.674)

Sexo							
Masculino	43,6% (37.207.951)	42,9% (32.291.662)	48,1% (329.196)	47,3% (310.577)	48,8% (3.285.819)	47,8% (94.560)	48,4% (759.102)
Feminino	56,4% (48.147.073)	57,1% (42.919.583)	51,9% (355.564)	52,7% (345.707)	51,2% (3.453.257)	52,2% (103.233)	51,6% (808.788)
Faixa etária							
Entre 0 e 4	8,1% (6.991.973)	8,1% (6.193.87)	11,6% (80.132)	8,4% (55.191)	7,5% (518.161)	9,5% (18.971)	8,2% (130.301)
Entre 5 a 6	4,1% (3.524.540)	4,1% (3.129.092)	6,0% (41.734)	4,0% (26.117)	3,6% (248.023)	5,1% (10.078)	4,2% (67.125)
Entre 7 a 15	18,0% (15.545.654)	17,8% (13.564.569)	26,1% (180.145)	19,4% (127.836)	18,3% (1.260.721)	24,6% (49.014)	22,2% (354.131)
Entre 16 a 17	4,0% (3.438.165)	3,9% (2.959.326)	5,2% (36.141)	4,7% (30.873)	4,5% (312.372)	5,6% (11.079)	5,4% (85.689)
Entre 18 a 24	11,9% (10.302.604)	11,8% (8.956.667)	15,0% (103.944)	13,3% (87.831)	12,9% (891.494)	14,6% (29.060)	14,2% (226.075)
Entre 25 a 34	13,7% (11.780.322)	13,7% (10.388.708)	14,1% (97.473)	14,6% (96.528)	13,7% (941.113)	13,7% (27.264)	13,6% (217.084)
Entre 35 a 39	6,7% (5.793.358)	6,7% (5.095.212)	5,5% (37.762)	7,1% (47.115)	7,0% (479.939)	6,2% (12.374)	7,0% (110.935)
Entre 40 a 44	6,5% (5.565.652)	6,4% (4.885.160)	4,6% (31.550)	6,6% (43.386)	6,8% (471.612)	5,6% (11.200)	6,7% (106.132)
Entre 45 a 49	5,5% (4.775.277)	5,5% (4.156.764)	3,6% (24.729)	5,6% (36.921)	6,3% (437.104)	4,5% (8.896)	5,8% (91.728)
Entre 50 a 54	4,9% (4.263.805)	4,9% (3.691.896)	2,8% (19.301)	4,9% (32.150)	6,0% (411.279)	4,0% (7.898)	4,9% (78.484)
Entre 55 a 59	4,5% (3.857.880)	4,4% (3.338.884)	2,1% (14.529)	4,2% (27.887)	5,6% (382.711)	3,1% (6.263)	3,9% (61.568)
Entre 60 a 64	3,7% (3.153.135)	3,7% (2.830.195)	1,3% (8.966)	2,8% (18.367)	3,4% (233.848)	1,6% (3.250)	2,1% (33.006)
Maior que 65	8,4% (7.229.863)	9,0% (6.819.502)	2,1% (14.654)	4,5% (29.832)	4,3% (298.730)	1,8% (3.500)	2,0% (31.602)
Raça/cor							
Branca	29,1% (24.810.283)	30,8% (23.139.565)	1,4% (9.584)	7,3% (48.122)	18,2% (1.246.107)	5,9% (11.640)	9,9% (157.534)
Preta	6,9% (5.903.328)	7,1% (5.307.748)	0,4% (2.602)	22,8% (149.811)	5,0% (339.597)	4,6% (9.039)	5,4% (85.971)
Amarela	0,5% (431.601)	0,5% (388.633)	0,1% (516)	0,4% (2.877)	0,4% (27.720)	0,6% (1.142)	0,5% (8.615)
Parda	62,7% (53.491.926)	61,5% (46.258.390)	14,1% (96.240)	69,3% (454.562)	74,4% (5.085.414)	66,8% (132.534)	80,3% (1.272.746)
Indígena	0,8% (695.717)	0,1% (96.188)	84,1% (575.765)	0,1% (826)	2,0% (139.075)	22,2% (44.057)	3,8% (60.420)

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos grupos analisados quanto a região, sexo, faixa etária e raça/cor no CadÚnico, em fevereiro de 2022, Brasil.

Com relação a características de moradia e habitação, aproximadamente 70% dos domicílios de todos os grupos analisados estão em meio rural, uma proporção bem diferente da população Não-GTPE, que é predominantemente urbana. Entre os agrupamentos PCFA no meio urbano, os povos das águas apresentam o maior percentual (44,5%) quando comparado aos demais subgrupos "GTPE" presentes no CadÚnico. Em termos de infraestrutura urbana, 71% das populações "GTPE" vivem em logradouros carentes de calçamento/pavimentação, algo característico de ambientes rurais, mas que também pode ser associado a um quadro de precariedade domiciliar.

Já com relação as condições de acesso ao saneamento básico, a Tabela a seguir indica que, em média, 38% dos domicílios não possuem água canalizada, sendo que 37% possuem abastecimento de água por poço ou nascente, proporção consideravelmente maior em comparação a população Não-GTPE. Quanto à existência de banheiro, em média, 23% não o possuem e apenas 6,7% têm acesso a rede coletora de esgoto, sendo que 40% possuem escoamento sanitário por fossa rudimentar, proporções também discrepantes em comparação a população Não-GTPE. E no que diz respeito à coleta de lixo, apenas 30,7% em média é coletado diretamente de forma que 55,1% entre os grupos queimam ou enterram o lixo na propriedade.

Variáveis	Total	Não-GTPE	Indígena	Quilombola	Campo	Floresta	Águas
Água Canalizada							
Sim	85,2% (29.883.754)	87,9% (27.624.491)	50,1% (98.724)	60,6% (149.232)	60,8% (1.454.876)	50,3% (28.367)	56,8% (280.383)
Não	9,9% (3.476.423)	7,3% (2.306.808)	40,4% (79.475)	34,4% (84.670)	34,6% (827.831)	44,9% (25.314)	35,6% (175.702)
Abastecimento de Água							
Rede geral de distribuição	73,6% (25.815.990)	77,2% (24.271.984)	34,2% (67.258)	38,6% (95.114)	38,4% (918.635)	36,2% (20.403)	44,3% (218.681)
Poço ou nascente	14,4% (5.041.354)	12,4% (3.899.032)	37,2% (73.169)	39,9% (98.328)	33,7% (806.494)	43,7% (24.645)	30,4% (150.251)
Cisterna	3,0% (1.067.074)	2,2% (705.905)	3,4% (6.740)	8,2% (20.132)	13,6% (324.738)	1,5% (842)	1,3% (6.209)
Outra forma	4,1% (1.435.760)	3,4% (1.054.379)	15,8% (31.032)	8,3% (20.328)	9,7% (232.840)	13,8% (7.791)	16,4% (80.944)
Existência de Banheiro							
Sim	90,4% (31.729.409)	91,8% (28.851.139)	61,6% (121.281)	74,1% (182.661)	79,9% (1.910.733)	60,1% (33.896)	78,1% (385.152)
Não	4,6% (1.630.767)	3,4% (1.080.159)	28,9% (56.918)	20,8% (51.241)	15,5% (371.974)	35,1% (19.785)	14,4% (70.933)

Escoamento Sanitário							
Rede coletora de esgoto ou pluvial	47,7% (16.732.814)	51,8% (16.281.328)	7,1% (13.925)	7,5% (18.579)	8,8% (211.596)	2,0% (1.121)	8,1% (39.804)
Fossa séptica	13,8% (4.855.597)	13,8% (4.324.278)	11,3% (22.182)	15,8% (38.911)	14,8% (353.443)	17,9% (10.071)	14,7% (72.700)
Fossa rudimentar	25,8% (9.037.853)	23,5% (7.395.207)	35,3% (69.452)	44,3% (109.205)	50,5% (1.207.177)	28,7% (16.202)	41,2% (203.346)
Vala a céu aberto	1,6% (558.005)	1,2% (387.336)	5,2% (10.161)	4,3% (10.653)	3,9% (93.174)	7,6% (4.266)	10,6% (52.078)
Direto para um rio, lago ou mar	0,9% (313.050)	0,9% (291.525)	0,3% (610)	0,6% (1.380)	0,2% (5.981)	0,4% (250)	1,7% (8.193)
Outra forma	0,7% (232.410)	0,5% (171.661)	2,5% (4.959)	1,6% (3.941)	1,6% (39.426)	3,5% (1.986)	1,8% (9.040)
Coleta de Lixo							
É coletado diretamente	74,6% (26.165.467)	78,8% (24.786.331)	25,8% (50.726)	30,7% (75.651)	4,4% (105.928)	23,4% (13.182)	40,6% (200.099)
É coletado indiretamente	6,2% (2.164.896)	6,3% (1.987.705)	4,8% (9.413)	3,6% (8.983)	54,8% (1.311.601)	2,4% (1.365)	4,8% (23.818)
É queimado ou enterrado na propriedade	13,0% (4.576.184)	8,9% (2.813.755)	55,3% (108.776)	56,3% (138.597)	2,7% (64.560)	64,8% (36.552)	44,2% (218.054)
É jogado em terreno baldio ou logradouro (rua, avenida, etc.)	1,0% (347.215)	0,8% (257.145)	2,9% (5.704)	3,9% (9.690)	0,0% (671)	3,7% (2.087)	2,0% (10.003)
É jogado em rio ou mar	0,0% (10.748)	0,0% (8.726)	0,3% (509)	0,0% (91)	0,4% (9.506)	0,1% (59)	0,1% (690)
Tem outro destino	0,3% (95.668)	0,2% (77.638)	1,6% (3.071)	0,4% (890)	4,6% (105.928)	0,8% (436)	0,7% (3.421)

Tabela 2 – Condições de saneamento básico dos grupos analisados quanto a água canalizada, Abastecimento de água, Existência de banheiro, Escoamento sanitário e Coleta de lixo no CadÚnico, em abril de 2022, Brasil.

No que diz respeito às características socioeconômicas, 76% apresentam renda familiar per capita de até R\$ 89,00, o que pode ser considerado como faixa de corte para situação de extrema pobreza. Essa proporção é maior para os povos da floresta com aproximadamente 83% das famílias nessa condição e muito menor para as famílias Não-GTPE, cujo proporção não chega a 50%. Já com relação à renda familiar total, em média, 94% das famílias dos grupos analisados vivem com até um

salário-mínimo, proporção superior à média dos Não-GTPE de 86%, sendo que os povos da floresta e das águas apresentam proporções superiores a 96%. Em relação à inclusão no Programa Bolsa Família (Auxílio Brasil), em média, 77% das famílias dos PCFA recebem o benefício, em contraposição aos Não-GTPE em que menos de 50% estão incluídos no Programa. Tal como a renda per capita, os povos da floresta e das águas tem as maiores proporções de famílias incluídas no Bolsa Família de 83,5% e 80,3%, respectivamente.

Variáveis	Geral	Não-GTPE	Indígena	Quilom-bola	Campo	Floresta	Águas
Renda Familiar Per Capita							
Até R\$ 89,00 - Extrema Pobreza	51,9% (18.214.643)	49,7% (15.614.457)	76,8% (151.203)	70,8% (174.408)	70,6% (1.689.840)	82,9% (46.744)	79,2% (390.764)
Entre R\$ 89,00 e R\$ 178,00 - Pobreza	8,9% (3.136.269)	9,3% (2.924.458)	6,6% (12.967)	4,6% (11.446)	5,2% (124.193)	4,8% (2.687)	6,2% (30.437)
Entre R\$ 178,00 e ½ salário-mínimo - Baixa renda	19,3% (6.760.900)	20,1% (6.324.584)	9,0% (17.762)	11,6% (28.550)	12,5% (299.505)	7,5% (4.229)	9,0% (44.617)
Acima de R\$ ½ salário-mínimo	19,9% (6.975.718)	20,9% (6.581.097)	7,6% (14.947)	13,0% (31.979)	11,7% (278.983)	4,8% (2.715)	5,6% (27.633)
Renda Familiar Total							
Até I salário- mínimo	86,7% (30.404.016)	86,0% (27.047.868)	94,7% (186.387)	91,4% (225.312)	91,1% (2.180.410)	96,7% (54.532)	96,4% (475.750)
Entre I e II salário-mínimo	10,6% (3.712.500)	11,0% (3.470.677)	4,5% (8.924)	7,3% (17.903)	7,4% (177.785)	2,9% (1.634)	3,2% (15.819)
Entre II e III salá- rio-mínimo	2,0% (708.977)	2,1% (675.526)	0,6% (1.237)	1,0% (2.402)	1,1% (25.355)	0,3% (173)	0,3% (1.544)
Acima de III salário-mínimo	0,7% (262.037)	0,8% (250.525)	0,2% (331)	0,3% (766)	0,4% (8.971)	0,1% (36)	0,1% (338)
Programa Bolsa Família (Auxílio Brasil)							
Não	48,4% (16.968.338)	50,5% (15.891.574)	21,1% (41.472)	28,5% (70.131)	28,8% (688.849)	16,5% (9.291)	19,8% (97.532)
Sim	51,6% (18.119.192)	49,5% (15.553.022)	78,9% (155.407)	71,5% (176.252)	71,2% (1.703.672)	83,5% (47.084)	80,2% (395.919)

Tabela 3 – Características socioeconômicas dos grupos analisados quanto a renda familiar e inclusão no Programa Auxílio Brasil no CadÚnico, em abril de 2022, Brasil.

Covid-19 e a Capacidade de Resposta do SUS

Em relação aos registos específicos de casos e óbitos por Covid-19, não há bases de dados oficiais que permitem a análise de situação da saúde dos agrupamentos relativos às PCFA. A Secretaria de Vigilância em Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, disponibiliza uma base de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) que incorpora casos de Covid-19 e, neste caso, disponibiliza informações de incidência da doença e dados relacionados a aspectos sociais, como escolaridade, raça/cor, município de residência e faixa etária.

Com base nessas informações, o **Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes - Fiocruz Ceará** correlacionou incidência e as taxas de mortalidade⁴ e letalidade⁵ por SRAG-Covid-19 com o grau de urbanização dos municípios⁶, que leva em conta o percentual de população vivendo em áreas urbanas. De fato, os dados demonstraram que as áreas de maior concentração e proximidade populacional apresentaram maior risco de contágio por parte do vírus, o que tende a elevar a incidência de casos e mortalidade.

Avançando na análise, a mesma base de dados fornece informações que permitem calcular a relação entre letalidade e outros aspectos sociais, conforme já mencionado. Nos gráficos a seguir nota-se a presença de maiores taxas de letalidade por SRAG-Covid-19 na população de baixa escolaridade e de cor preta e indígena. O fator idade também é um importante marcador, contudo, apresentando comportamentos parecidos entre os segmentos sociais com a progressão das faixas etárias.

Nota-se a presença de maiores taxas de letalidade por SRAG-Covid-19 na população de baixa escolaridade e de cor preta e indígena.

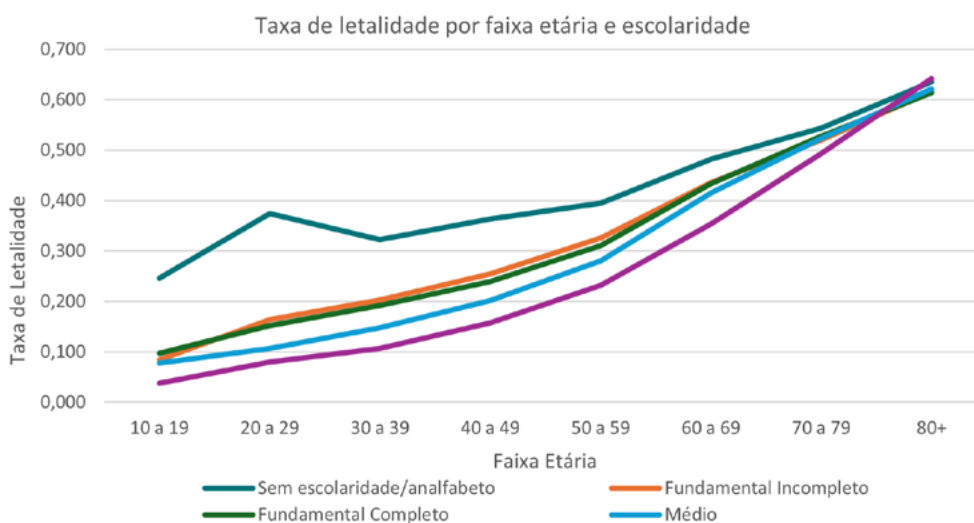


Gráfico 4 – Taxa de letalidade por faixa etária e escolaridade. Fonte: elaboração própria. Disponível em: <https://dados.gov.br>. Selecionados dados com início dos primeiros sintomas até dia 30/11/2022.

4 Em relação à mortalidade, consideramos o total de óbitos com classificação final igual a "COVID-19" (base SRAG) e desfecho igual a "óbito", dividido pela população dos municípios estimada em 2020 (IBGE), utilizando uma base multiplicativa de 100.000. Portanto, trata-se da taxa de mortalidade acumulada por SRAG-COVID por 100 mil habitantes.

5 Em relação à letalidade, é importante salientar que consideramos a letalidade acumulada por SRAG-COVID, ou seja, o número total de óbitos pelo total de casos de SRAG, com classificação final igual a "COVID-19". Para o total de casos de SRAG foram considerados apenas os que tiveram um desfecho igual a "cura" ou "óbito".

6 Utilizamos a definição do indicador de grau de urbanização definido pelo IBGE (2017), que é obtido calculando o percentual da população concentrada nas áreas de ocupação densa para cada município.

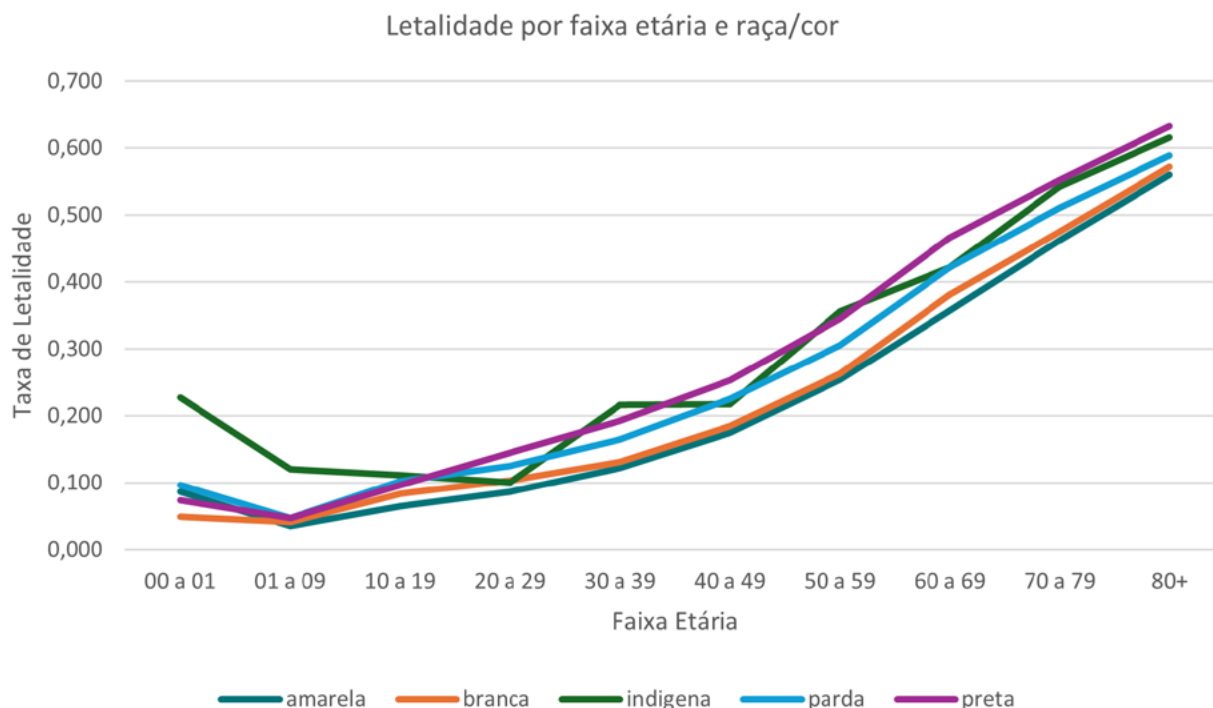


Gráfico 5 - Letalidade por faixa etária e raça/cor. Fonte: Fonte: Elaboração própria. Disponível em: <https://dados.gov.br>. Selecionados dados com início dos primeiros sintomas até dia 30/11/2022.

Uma hipótese intuitiva, a partir dos gráficos analisados, leva à conclusão de que tanto a incidência quanto a letalidade e mortalidade por Covid-19 foram menores nos municípios rurais. Entretanto, esses dados devem ser analisados com cautela, porque, como sabemos, agregam contingentes populacionais muito grandes e diversos. Por exemplo, mesmo sem ter a agregação por PCFA, ao verificar a base de dados de casos de SRAG, que também leva em conta os registros de hospitalizações, é possível identificar algumas distinções relativas aos impactos da pandemia considerando a tipologia dos municípios alvo da pesquisa (rurais e remotos) e agrupamentos populacionais mais vulneráveis.

Ao estabelecer análises bivariadas, ou seja, considerando ao menos duas variáveis, entre as hospitalizações⁷, podemos observar o comportamento da letalidade acumulada por SRAG-COVID⁸ para diferentes faixas etárias para cada tipologia do município. Nesse caso, verificamos uma diferença importante entre os municípios rurais em relação aos demais, principalmente para a faixa de 0 a 1 ano. A título de exemplo, a taxa de letalidade no grupo de 0 a 1 ano dos "Rurais Remotos" foi de 16,9%, no acumulado até novembro de 2022. Em áreas urbanas, a taxa recuou a 6,4%, para o mesmo período.

⁷ Para os dados apresentados, consideramos sempre o "município de residência" da pessoa.

⁸ Letalidade acumulada por SRAG-COVID, que é obtida pela razão entre o número de óbitos acumulados com classificação final igual a "COVID-19" na base SRAG e o número de casos acumulados com classificação final igual a "COVID-19" e desfecho igual a "cura", "óbito" ou "óbito por outras causas", na mesma base de dados.

Faixa etária (anos)	Rural Remoto	Rural Adjacente	Intermediário Remoto	Intermediário Adjacente	Urbano
00 a 01	16,9%	14,2%	7,4%	11,9%	6,4%
01 a 09	6,9%	7,0%	3,5%	6,3%	3,6%
10 a 19	7,7%	12,9%	4,6%	11,5%	8,5%
20 a 29	10,7%	13,2%	8,2%	13,3%	10,8%
30 a 39	15,4%	17,4%	12,8%	16,5%	13,8%
40 a 49	20,0%	22,7%	17,8%	22,0%	19,3%
50 a 59	28,2%	29,2%	28,8%	30,1%	27,1%
60 a 69	39,7%	40,1%	38,8%	40,4%	38,7%
70 a 79	48,7%	48,9%	47,4%	49,4%	48,0%
80+	59,2%	57,3%	52,7%	57,7%	56,8%
Total	31,9%	36,1%	28,1%	35,7%	32,5%

Tabela 4 – Letalidade acumulada por SRAG-COVID, agrupada pela tipologia rural-urbana do município e faixa etária. Fonte: Elaboração própria. Disponível em: <https://dados.gov.br>. Selecionados dados com início dos primeiros sintomas até dia 30/11/2022.

Em relação à letalidade por recorte raça/cor, a população preta apresentou os maiores percentuais (39,7%), indicador superior aos agrupamentos de cor branca,

Na faixa etária de 0 a 1 ano, o percentual de letalidade em bebês indígenas foi de 22,7%, valor bem superior aos demais grupos.

por exemplo, com 33,4%. Já a população indígena (35,8%), em termos gerais, aparentemente possui valores aproximados às pessoas pardas (35,1%). Porém, ao analisar essas informações por faixa etária, surge um quadro dramático envolvendo as crianças indígenas. Na faixa etária de 0 a 1 ano, o percentual de letalidade em bebês indígenas foi de 22,7%, valor bem superior aos demais grupos. No grupo de 01 a 09 anos a letalidade acumulada chegou a 12%. Para fins de comparação, a letalidade entre crianças brancas de 0 a 01 ano de idade foi de 4,9%, e 4,1% para crianças brancas de 01 a 09 anos.

Faixa etária (anos)	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta
00 a 01	8,7%	4,9%	22,7%	9,7%	7,3%
01 a 09	3,5%	4,1%	12,0%	4,6%	4,7%
10 a 19	6,5%	8,4%	11,1%	10,3%	9,7%
20 a 29	8,7%	10,3%	10,0%	12,5%	14,5%
30 a 39	12,2%	13,1%	21,7%	16,4%	19,2%
40 a 49	17,4%	18,5%	21,7%	22,5%	25,2%
50 a 59	25,4%	26,3%	35,6%	30,5%	34,5%
60 a 69	35,7%	38,0%	42,1%	42,1%	46,5%
70 a 79	46,2%	47,5%	54,2%	51,0%	55,2%
80+	56,0%	57,2%	61,6%	58,9%	63,3%
Total	32,3%	33,4%	35,8%	35,1%	39,7%

Tabela 5 – Letalidade acumulada por SRAG-COVID, agrupada pela raça ou cor declarada pelo paciente e faixa etária. Fonte: Elaboração própria. Disponível em: <https://dados.gov.br>. Selecionados dados com início dos primeiros sintomas até dia 30/11/2022.

A base de dados de SRAG-COVID permite ainda agregar os registros de hospitalização por macrorregião do país e faixa etária. Neste caso, verificamos as maiores taxas nas regiões Nordeste e Norte, para todas as faixas etárias. Enquanto o Nordeste apresentou letalidade acumulada de Covid-19 nas internações, o Sudeste obteve valores de 30,4% e o Centro-Oeste, por exemplo, apenas 28,5%.

Faixa etária (anos)	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
00 a 01	9,7%	15,5%	5,0%	3,2%	5,7%
01 a 09	4,7%	6,6%	3,1%	3,5%	3,5%
10 a 19	10,3%	13,3%	8,0%	7,9%	5,5%
20 a 29	11,8%	15,3%	11,1%	9,5%	8,0%
30 a 39	16,4%	18,3%	13,7%	12,0%	12,1%
40 a 49	23,9%	24,3%	18,7%	17,5%	17,8%
50 a 59	33,2%	32,5%	26,5%	24,9%	25,0%
60 a 69	46,4%	44,1%	38,2%	35,6%	35,8%
70 a 79	55,9%	53,5%	47,1%	45,0%	44,5%
80+	63,6%	62,0%	55,9%	53,7%	53,4%
Total	37,1%	39,0%	33,0%	30,4%	28,5%

Tabela 6 - Letalidade acumulada por SRAG-COVID, agrupada macrorregião e faixa etária. Fonte: Elaboração própria. Disponível em: <https://dados.gov.br>. Selecionados dados com início dos primeiros sintomas até dia 30/11/2022.

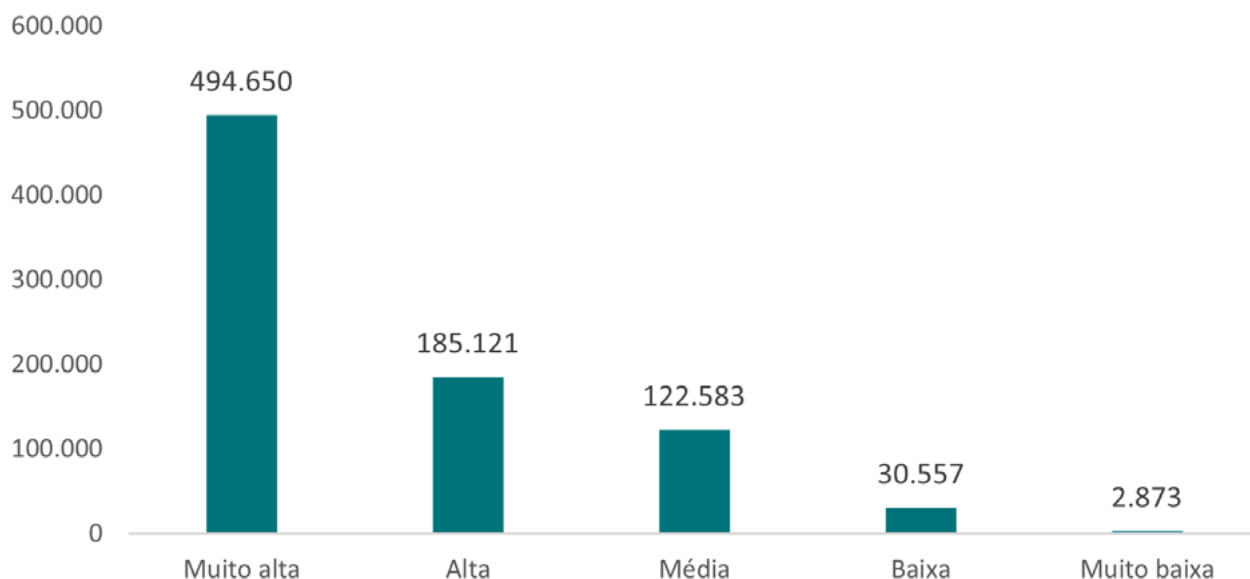
Diante desse quadro de desigualdade em termos de impactos da pandemia sugerido pelos registros do SUS, a pesquisa buscou avançar na análise do Covid-19 sobre as populações componentes das PCFA. Por exemplo, uma forma encontrada para avaliar essa realidade desigual foi verificar o comportamento dos mesmos indicadores sociais e de saúde tratados anteriormente, agora sob o olhar analítico da base territorial dos municípios alvo da pesquisa.

O trabalho realizado pelos **Observatórios Covid-19 e ICICT** mapeou, entre os municípios alvo da pesquisa (2.015), aqueles que possuíam contingentes populacionais pertencentes à categoria PCFA⁹. O resultado chegou a um conjunto de 364 municípios com pessoas residentes em áreas indígenas; 809 municípios com presença de população em áreas quilombolas; 153 com pessoas vivendo em reserva extrativista; e 1.518 municípios com presença de assentamentos rurais. Logicamente, pode haver sobreposições entre esses agrupamentos em um mesmo município.

Desse universo, cerca de 59% (494.650 hab.) da população em áreas indígenas viviam em municípios com IVS de muito alta vulnerabilidade social e 22% (185.121) em municípios de alta vulnerabilidade, totalizando aproximadamente 680 mil pessoas vivendo sob essas condições. Em relação à população quilombola, 49% (327.345) viviam em municípios de muito alta vulnerabilidade, e aproximadamente 33% (219.765) residiam em cidades de IVS de alta vulnerabilidade, somando 547.110 pessoas.

9 Nesse caso, as estimativas populacionais para 2020 foram calculadas tendo como referência as bases do IBGE e ICMBio. Assim, não há compatibilidade entre essas informações e aquelas apresentadas pelo CadÚnico para populações "GTPE".

População residente em áreas indígenas (2020)



População residente em áreas quilombolas (2020)

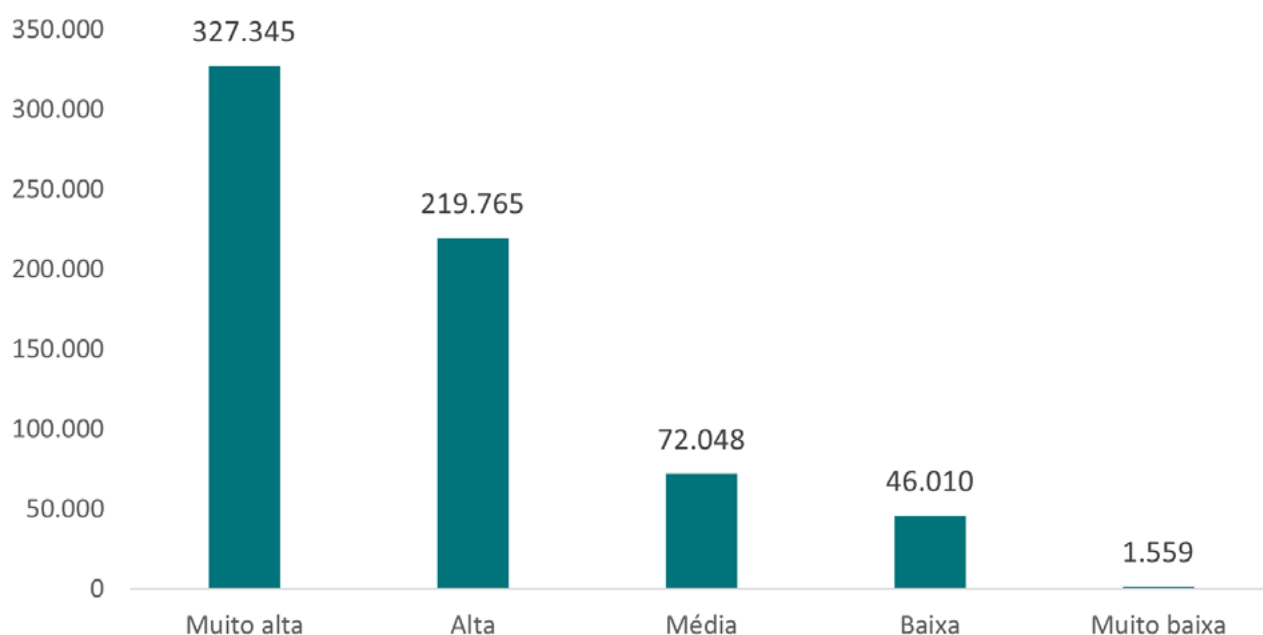


Gráfico 6 – Quantitativo de populações indígena e quilombola nos municípios alvo por classe de IVS.

Fonte: elaboração a partir de IPEA (2015)

Em relação à população residente em reservas extrativistas, 79% (205.005 pessoas) localizavam-se em municípios com Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) muito alto, e 17% (43.958) em municípios com alta vulnerabilidade, totalizando aproximadamente 249 mil pessoas. Por sua vez, 55% (1.544.632) dos residentes em assentamentos rurais viviam em municípios com IVS de muito alta vulnerabilidade, e 24% (676.914) em municípios com alta vulnerabilidade, resultando em um contingente superior a 2,2 milhões de pessoas (2.221.546) vivendo sob essas condições.

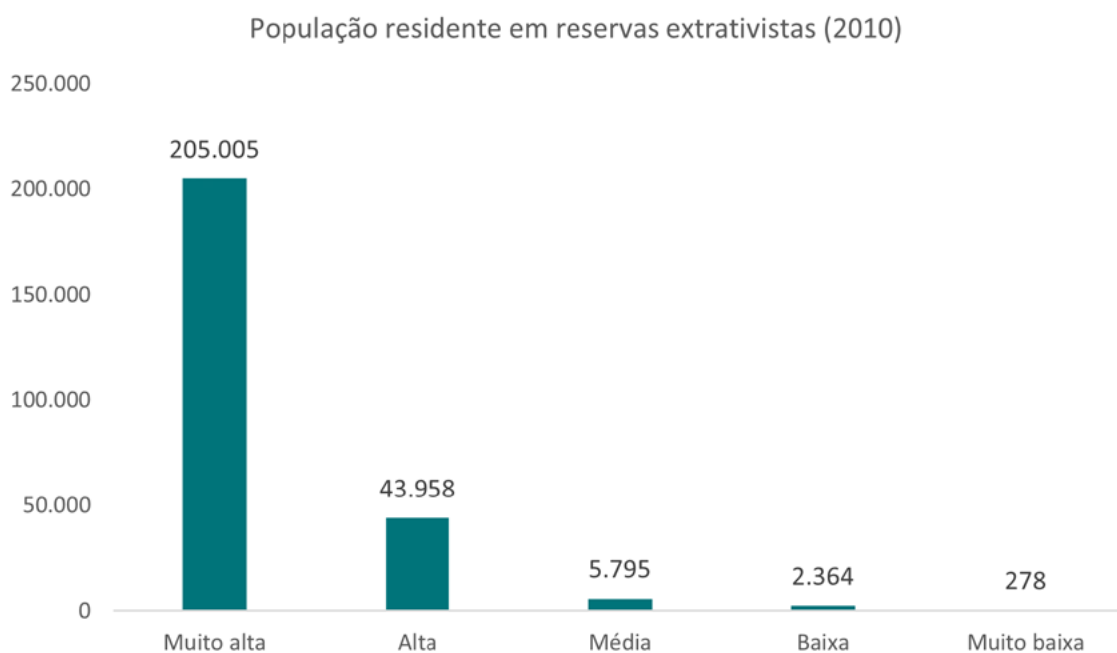
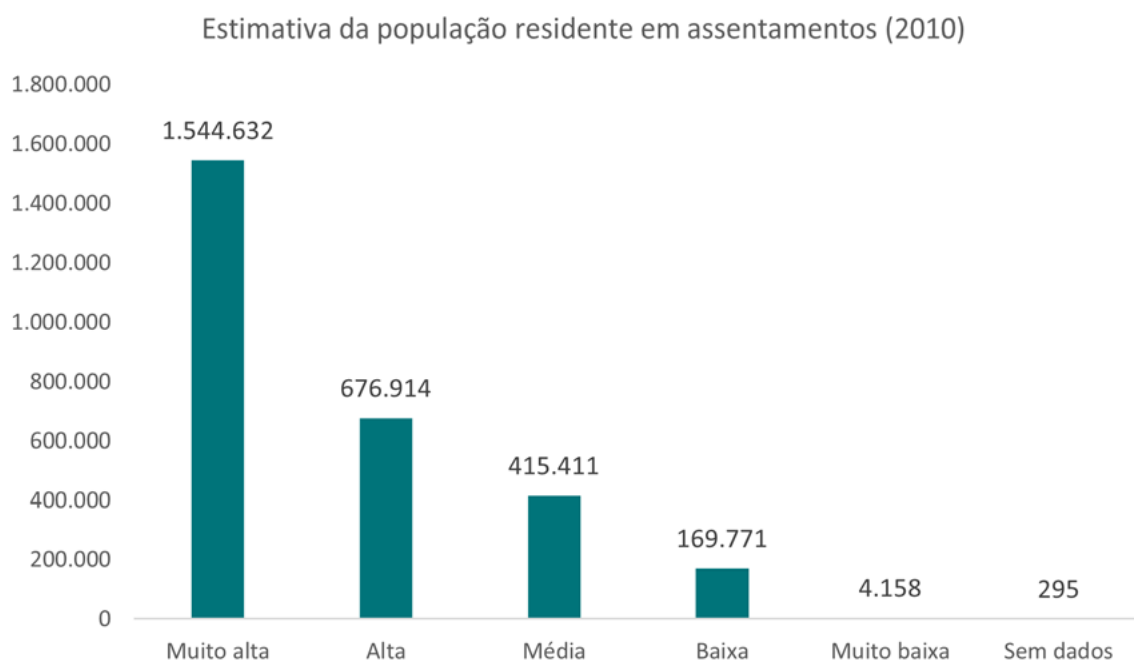


Gráfico 7 – Municípios alvo da pesquisa com presença de pessoas que vivem em reserva extrativista e assentamentos rurais; população residente em áreas indígenas e quilombolas por classe de IVS. Fonte: elaboração a partir de IPEA (2015)

No que cabe à capacidade de enfrentamento da pandemia pelo SUS, entre os 2.015 municípios alvo da pesquisa, apenas 644 (32%) fizeram algum tipo de seleção pública em caráter de urgência para contratação de profissionais de saúde que deveriam atuar no combate ao Covid-19. Entre aqueles que não realizaram nenhuma contratação, 60% (787) foram classificados com IVS de alta ou muito alta vulnerabilidade. Abaixo é possível visualizar a distribuição dessas informações no total dos municípios brasileiros.

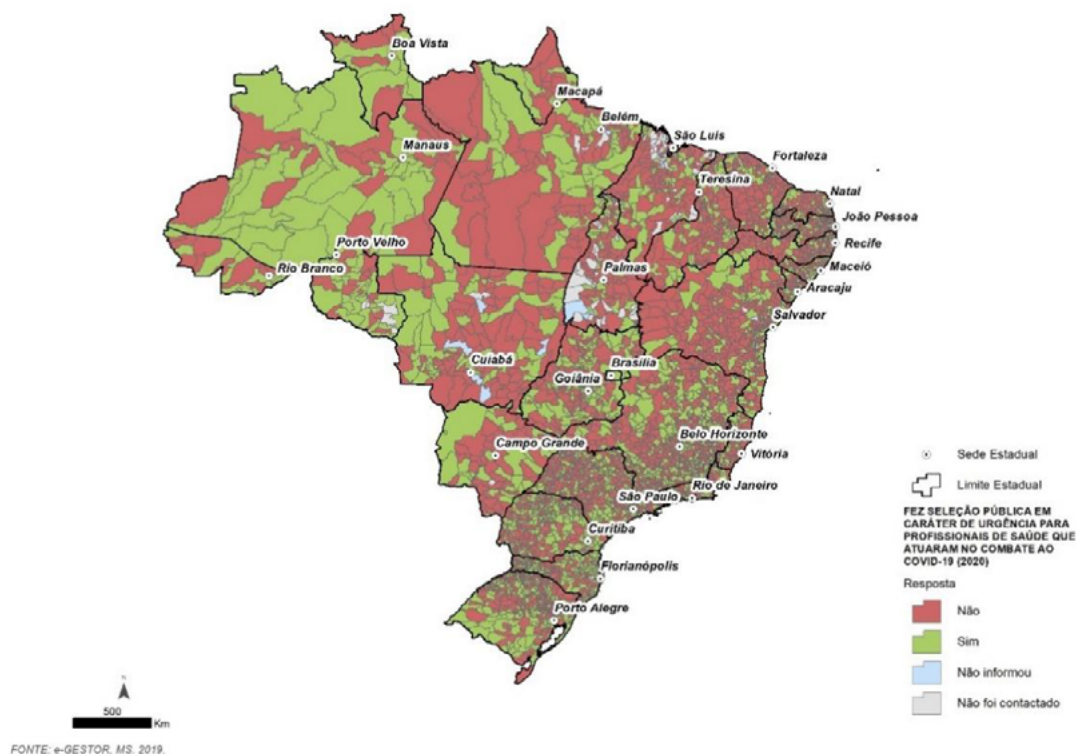


Figura 2 – Mapa dos municípios do Brasil – Fez seleção pública em caráter de urgência para profissionais de saúde que atuaram no combate ao Covid-19 (2020). Fonte: elaboração a partir e-Gestor/MS.

Nos casos de necessidade de internação por Covid-19, 45,60% dos registros necessitaram deslocar o paciente para municípios distintos àqueles da residência da pessoa. Por exemplo, entre a população indígena, 70% viviam municípios onde foi preciso transportar pacientes para outras cidades.

para outras cidades. Ainda, cerca de 35% do contingente populacional indígena residia em municípios que não garantiram a continuidade de atendimentos aos doentes crônicos, que deveriam ser monitorados por conta de se constituir um grupo vulnerável ao Covid-19.

No caso da cobertura da Atenção Básica (AB), quase a totalidade das cidades possuíam unidades básicas de saúde, 2.012 (03 casos não constavam informações). Por outro lado, considerando atendimento especializado à população indígena, somente 84 municípios identificaram presença de Unidades Básicas de Saúde (UBS) especializada em saúde indígena. No que tange ao percentual de cobertura pelas equipes de AB, aproximadamente 15% dos municípios com população indígena possuíam cobertura inferior a 75%; entre os quilombolas, esse percentual recuou para 7,5%. Em relação à população em assentamentos rurais, 9,15% moravam em municípios com cobertura inferior ao mesmo percentual. Enquanto os contingentes em reservas extrativistas apresentaram 28,7% de cobertura da AB inferior aos 75%¹⁰.

Em relação à cobertura do atendimento, nos casos de necessidade de internação por Covid-19, 45,60% dos registros necessitaram deslocar o paciente para municípios distintos àqueles da residência da pessoa. Por exemplo, entre a população indígena, 70% viviam municípios onde foi preciso transportar pacientes

ENCONTROS, EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS NOS TERRITÓRIOS DE PCFA



A interpretação dos indicadores socioeconômicos e de incidência por Covid-19 realizada até o momento sustenta a presença de uma realidade desigual em termos de impactos da pandemia sobre territórios e agrupamentos sociais no país. Fatores como idade, cor, localização geográfica e a presença de populações indígenas, quilombolas, extrativistas e assentados nos municípios parecem funcionar como importantes marcadores dessa distinção. Por outro lado, os registros gerados por diferentes bases de dados oficiais não apresentam uma compatibilidade que permita inferir com elevado nível de segurança a incidência real dos efeitos do Covid-19 sobre as PCFA. Tal fato exige ações empíricas e analíticas complementares no exercício de compreensão do real quadro das condições de vida dessas populações em contexto de crise sanitária.

Da mesma forma, ao levar em conta o histórico de injustiças ambientais no qual esses mesmos povos estão inseridos observa-se um duplo problema: o quanto esses grupos populacionais ainda são invisibilizados nas bases de órgãos governamentais (problema inicial da pesquisa); e como distintas crises se sobrepõem sobre essas populações, aprofundando a precarização das condições de vida e de saúde nesses territórios.

Nessa direção, um resultado não inicialmente planejado da pesquisa, mas que contribui para essa leitura mais complexa em torno da saúde das PCFA em cenário pandêmico, foi a identificação de uma diversidade de práticas e formas de enfrentamento de problemas de saúde e ambiente organizadas por parte desses povos tradicionais e movimentos populares. Trata-se de um “achado” já esperado, justamente por conta das inúmeras ações e espaços de diálogo que contam com a participação tanto de representação dessas populações como de pesquisadores das equipes do projeto. Espaços de encontro, estes, para pensar a saúde e produzir conhecimento de forma compartilhada em conjunto com os movimentos sociais, coletivos, centros de pesquisa e instituições da sociedade civil.

Mais do que apenas mapear ações, a articulação institucional envolvendo grupos de pesquisa e organizações políticas em torno do SUS contribui de forma objetiva para o enfrentamento de problemas de saúde, assim como para geração de informação para além das estatísticas, de forma a ampliar e disseminar o conhecimento sobre o modo de vida das PCFA e seus territórios.

Ciente que esses ambientes são representados por constantes entrelaçamentos entre distintas formas de registrar e manifestar o conhecimento, a pesquisa buscou, assim, estabelecer duas estratégias metodológicas de maneira a iluminar essas representações: a primeira refere-se ao levantamento e à organização de uma diversidade de produções acadêmicas, manifestos políticos, material audiovisual, artístico, painéis digitais, portais de internet, marcos legais produzidos e gerados por instituições públicas, movimentos sociais e organizações não governamentais em ambientes virtuais centralizados por meio de formatos acessíveis, lúdicos e didático. A segunda estratégia baseou-se em buscar, junto aos grupos e movimentos sociais que estão na frente de luta pelos direitos às PCFA, casos emblemáticos que poderiam contribuir para a problematização das metas e dos resultados do presente trabalho.

Para atender ao primeiro propósito, foi produzido uma **Curadoria Digital** que funciona como uma plataforma virtual que armazena estudos, publicações, marcos regulatórios, registros audiovisuais e manifestos políticos¹¹. Da mesma forma, se produziu um mapeamento de organizações da sociedade civil, coletivos e movimentos sociais, assim como, parte de suas reivindicações e ações políticas em curso.

¹¹ A busca identificou 90 produtos, entre legislação, artigos científicos, livros, base e painéis de visualização de dados, sendo o acesso aos sites originais disponibilizado na página online <https://elink.io/96a9d6f>

Essa produção de um inventário digital capaz de organizar em um único espaço um conjunto de materiais técnicos, nas mais diferentes linguagens sobre as PCFA, é uma contribuição importante, inclusive, para lidar com as próprias limitações relativas à disponibilidade e à produção de dados estatísticos e cartográficos sobre a saúde desses povos.

A título de exemplo, um registro da importância dessas bases de informação produzidas por instituições da sociedade civil pode ser representado pelo fato de agrupamentos populacionais de agricultura familiar, caiçaras e ribeirinhos, por exemplo, não possuírem levantamentos de registros específicos e sistemáticos por parte de órgãos oficiais. O pouco que se tem de dados disponíveis resulta justamente do trabalho de poucas organizações não governamentais (ONGs) e movimentos sociais, que a curadoria parcialmente conseguiu captar.



Imagem 1 – Portal da Curadoria Digital sobre PCFA. Disponível em: <https://elink.io/p/pcfa-96a9d6f>.

Outro trabalho que a pesquisa conseguiu conectar é o projeto do *Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes*, coordenado pela Fiocruz Ceará. O Participatório se constituiu em um grupo de pesquisa-ação que envolve representantes das três esferas do SUS, além de instituições de pesquisa, movimentos populares, entidades e organizações sociais. Com sua organização e forma de atuação ancoradas sobre o conceito de Vigilância Popular, tem como objetivo viabilizar conhecimentos a respeito dos modos de vida de “comunidades guardiãs de nossa biodiversidade”, de maneira a contribuir para a redução dos “impactos socioambientais, riscos, danos e vulnerabilidades à saúde humana e ao ambiente decorrente de projetos de desenvolvimento como o agro, hidro, minério negócio e ao mesmo tempo promover a saúde e a vida numa perspectiva emancipatória”¹².

Por meio de oficinas, o grupo vem debatendo os dados referentes à incidência do Covid-19 sobre os povos tradicionais, avançando ainda sobre a compreensão das práticas populares de enfrentamento da pandemia. Foi por intermédio dessa experiência que o projeto identificou o caso emblemático das **barreiras sanitárias populares**, implementadas pelas PCFA em seus territórios em diferentes municípios e regiões do país. Essa ação política foi documentada pela Comissão Pastoral da Terra (CTP), organização com vasto histórico de luta política e assessoria aos momentos populares do campo.

12 Disponível em: <https://ceara.fiocruz.br/participatorio/sobre-nos/>

O caso das Barreiras, assim como inúmeras outras estratégias de resistência, assume um papel não apenas etnográfico, no sentido de ampliar a percepção dos efeitos da pandemia em territórios tradicionais. A partir de sua leitura, é possível articular diferentes escalas espaciais e temporais de análise, aproximando, sob o mesmo olhar analítico, a temporalidade conjuntural da pandemia e os problemas estruturais e históricos enfrentados por esses povos ao longo do tempo.

Barreiras sanitárias populares: resistência (e conflito) a partir dos territórios

Desde os primeiros meses da pandemia da Covid-19 no Brasil, o Centro de Documentação Dom Tomás Balduino (Cedoc), da CPT, coletou informações sobre ações de comunidades, organizações e movimentos sociais para enfrentar o avanço da doença. O Cedoc sistematizou quase 500 ações relacionadas à resistência à doença de diversas comunidades em todas as regiões do país.

A importância dessas ações de **Vigilância Popular** realizadas por comunidades PCFA podem ser exemplificadas pelos registros de **399 ocorrências de barreiras sanitárias populares**, que possibilitaram a proteção de comunidades frente aos riscos e vulnerabilidades trazidas pela Covid-19. Esta ação específica, destinada a evitar que pessoas de fora das comunidades ingressassem no território trazendo o risco da contaminação pela Covid-19, mobilizaram os próprios membros das comunidades a se colocarem nestas barreiras.

Registrou-se o nome barreira sanitária nos casos em que a comunidade realizou algum bloqueio ou controle de quem entrava e saía da comunidade. Os casos foram computados pela CPT enquanto conflitos quando havia clara omissão do Estado em realizar o controle sanitário e em casos que, diante dessa omissão, havia denúncias de sujeitos tentando invadir o território em que existia uma auto-organização do povo para bloquear o acesso de terceiros.

Dessa maneira, é importante esclarecer que, quando registrado quantitativamente (como conflito), a barreira sanitária é contabilizada como uma violência e não como uma resistência. Tais escolhas foram feitas sob o seguinte critério: não alterar as violências e resistências que vinham sendo registradas historicamente, pois era vista como uma situação esporádica, momentânea.

Houve a compreensão de que a barreira sanitária, enquanto resistência, não se encaixaria nas formas de registro de manifestações de luta, ao mesmo tempo que registrá-la como ação de resistência implicaria em abrir uma nova forma que se somaria aos conflitos, tal como acampamentos e ocupações e retomadas, podendo gerar uma anomalia na série histórica. Dado o contexto de incertezas gerados pela pandemia, optou-se por não expandir para essa nova forma de registro.

Por outro lado, ficou evidente que as barreiras sanitárias constituem uma forma de resistência dos povos frente a diversas violências concretas, já registradas e denunciadas pela CPT, tais como invasões, pistolagem, grilagem, destruição de moradias, intimidações e ameaças de morte. Ademais, também se evidencia que esses povos permanecem à mercê da ação de grileiros, fazendeiros, garimpeiros e até mesmo de turistas.

Foram identificados dois casos de barreiras sanitárias que impediram, por pelo menos três meses, a contaminação de comunidades tradicionais. Outros casos mostram a importância das barreiras para impedir a invasão de garimpeiros e madeireiros. Ou, ainda, o caso da comunidade no Amazonas que manteve o bloqueio após o período crítico do Covid-19 para evitar a invasão de seu território, uma vez que há uma ameaça permanente à vida de lideranças indígenas.

A análise das ações das comunidades a partir dos dados registrados pela CPT mostraram que em alguns momentos, o Estado atuou de forma direta para retrainar a auto-organização das comunidades. Um dos exemplos emblemáticos foi na Bahia, onde a comunidade instalou a barreira, a prefeitura local solicitou a remoção junto ao governo estadual que enviou a polícia militar que agiu para impedir a continuidade. No entanto, quando foram confirmados os primeiros três casos de Covid-19 na localidade, a mesma prefeitura passou a criar barreiras na cidade para evitar a contaminação da população.

A revisão das ocorrências de barreiras sanitárias populares durante a pandemia evidenciou contextos territoriais marcados pelo precário acesso das comunidades a serviços de saúde, moradia e segurança. Trata-se de territórios ameaçados por garimpeiros, madeireiros e traficantes; localizados em áreas próximas a plantações com uso intensivo de agrotóxicos; situados nas periferias de centros urbanos, em regiões turísticas ou em zonas de grandes empreendimentos que não interromperam suas atividades durante a crise sanitária – como os frigoríficos, responsáveis por surtos expressivos de Covid-19 no país.

Nesse sentido, importante ressaltar que ações políticas similares às barreiras não surgiram apenas durante a pandemia: assentamentos e ocupações de terra tradicionalmente controlam o acesso a seu território, assim como terras indígenas constantemente ameaçadas por invasores também o fazem. Por outro lado, a existência dessas formas auto-organizadas de defesa dos territórios não isenta o poder público do seu dever de proteger essas comunidades, em particular no que se refere à saúde dos povos do campo, floresta e águas. Assim, faz-se necessário retomar e reconstruir as políticas públicas paralisadas neste campo, iniciando pela garantia de segurança desses territórios frente às ameaças e na defesa contra invasores.

Ficou evidente que as barreiras sanitárias constituem uma forma de resistência dos povos frente a diversas violências concretas.

Considerando a vulnerabilidade socioeconômica expressa pelos dados dos grupos populacionais apresentados por este estudo – que ainda demandam novas análises no sentido de compreender o real impacto da pandemia nesses territórios, incluindo as zonas rurais –, é essencial haver novas investigações que descrevam em maior profundidade seus atravessamentos no modo de vida das PCFA.

Os registros da CPT e os dados deste estudo evidenciam o precário atendimento em saúde pública e o recuo do Estado em sua responsabilidade durante o período da pandemia. Entre os problemas observados, destacam-se a falta de capacitação de agentes de saúde sobre a Covid-19, a ausência de médicos e médicas, além de casos em que profissionais de enfermagem acabaram levando o vírus para as comunidades. **Observa-se, portanto, que a combinação entre processos sociais marcados pela precariedade das condições de vida, pela fragilidade da proteção social, pela negação de direitos territoriais e pela atuação predatória do agronegócio e da mineração, associada às mudanças socioambientais decorrentes da degradação ambiental, acentua a vulnerabilidade de determinados assentamentos e grupos humanos frente à ocorrência de ameaças e seus desdobramentos.**

CONSTRUINDO UMA NOVA PERSPECTIVA DE SAÚDE PARA AS PCFA



A pesquisa evidenciou que o mapeamento do conhecimento popular construído pelas PCFA representa mais do que um simples esforço de complementação das informações para análise de saúde dessas populações. Esse conhecimento reflete trajetórias e práticas sociais ancoradas territorialmente e historicamente; e que foram sendo moldadas ao longo do tempo no processo de luta, memória e resistência. Em cenário de crise sanitária, ficou claro que essas práticas foram mobilizadas para o combate à pandemia.

Na conjuntura pandêmica, os territórios de PCFA tiveram que lidar com a morte e com as restrições econômicas trazidas pela doença e, ao mesmo tempo, continuaram sob a ameaça dos conflitos por terra, envolvendo seus modos de vida e a ação do agronegócio no Brasil. A pandemia permitiu perceber, de maneira radical, um conjunto de relações transescalares de poder, que expuseram as contradições entre a lógica corporativa trazida pelo agronegócio e as formas camponesas e tradicionais de uso da terra. As ações políticas mapeadas por essa pesquisa, conjuntamente aos resultados das análises dos indicadores socioeconômicos e de saúde, revelaram que os impactos da pandemia, mais do que acarretar desafios novos, atravessaram problemas estruturalmente enfrentados pelos povos tradicionais.

A pandemia, como **evento crítico** (CUNHA et al., 2024), atravessou as dimensões temporal e espacial por meio de bloqueios físicos, interrupção de serviços de saúde e medidas de isolamento, assim como, pela desaceleração de fluxos de negócio em todo mundo. Diante desse cenário, os diversos atores sociais e agentes econômicos buscaram retomar seu movimento, gerando tensões entre diferentes escalas (WARD, 2020). Se, por um lado, grupos populares sofreram com a restrição econômica causada pelo fechamento de comércios e mercado de trabalho; por outro, o capital, representado pelo agronegócio, reiniciava sua prática de pressão sobre territórios de PCFA, na tentativa de manter seus meios de produção e lucro.

De fato, os municípios com as maiores presenças de PCFA são, na verdade, aqueles localizados em áreas de expansão do capital agropecuário, particularmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. É conhecido, também, que esses agentes econômicos hegemônicos possuem maior capacidade de mobilização de capitais e maior fluxo entre as diferentes escalas espaciais, circulando entre o nível local, o nacional e o global (FREDERICO; ALMEIDA, 2019). Enquanto isso, as PCFA, altamente enraizadas em suas terras por conta da sua relação de ancestralidade e de reprodução sociocultural, possuem maior dificuldade de mobilização de recursos frente às pressões sofridas pelo avanço da fronteira agrícola no país.

As formas e ações estratégias do agronegócio se materializam no espaço através de relações de verticalidade e horizontalidade (FREDERICO; ALMEIDA, 2019; FREDERICO, 2021), ou seja, em que a entrada de capital financeiro (global e nacional/regional) origina novas relações cotidianas na escala do lugar. Nesse sentido, apesar desses fluxos internacionais dependerem e se configurarem por meio de processos de cooperação locais – com grupos de poder, governos e agentes econômicos nacionais –, a sua presença costuma resultar em conflitos com comunidades tradicionais que, por sua vez, acarretam sérios reflexos na qualidade de vida, nos agravos à saúde e danos ambientais.

Assim, podemos concluir, que o cruzamento entre a análise das condições de vulnerabilidade socioeconômica e ambiental dos territórios pesquisados se expressam por meio de duas dimensões: uma **estrutural**, refletindo o quadro histórico em que essas populações sofrem e resistem às múltiplas formas de opressão e injustiças; e a dimensão **conjuntural**, em que os efeitos da pandemia intensificam, aceleram e atravessam as determinações em saúde. Essa percepção é fundamental, pois deve servir de eixo analítico para novas proposituras em termos de políticas de saúde destinadas às PCFA.

Essa condição de múltiplas crises, da mesma forma, impõe limites e desafios para a compreensão dos processos de determinação social da saúde, identificando não apenas os eventos extraordinários no território, mas também seus efeitos profundos e de longo prazo sobre as condições de vida e de saúde das pessoas. Assim, a pandemia como um evento crítico, que penetra em profundidade no território e se ancora em seu cotidiano, deve ser compreendida também pela perspectiva dos sujeitos que a experimentam.

A análise dos dados coletados pela Comissão Pastoral da Terra sobre as formas de resistência dos povos e comunidades rurais durante a pandemia da Covid-19 revelou uma imensa gama de ações auto-organizadas buscando a defesa da saúde das comunidades. Em um momento singular em que se complementaram a incerteza sobre a doença e suas formas de contágio, a completa inação do Governo Federal à época e a circulação massiva de notícias falsas, o sentimento comunitário se expressou como um “instinto de defesa”, particularmente na forma das barreiras sanitárias populares.

A diversidade de respostas e práticas de resistência mapeada pelo projeto, ao lado de um conjunto vasto de dados estatísticos e cartográficos, demanda uma contínua capacidade de sistematização e análise referente às condições de vida e existência das PCFA. Assim como, a criação de novos canais comunicativos envolvendo territórios, redes de organizações sociais, instituições de pesquisa e agências de governo. A presente pesquisa, realizada em conjunto por diferentes centros da Fiocruz, visou, nesse sentido, contribuir para o aprimoramento dos diagnósticos em saúde, mas, principalmente, gerar insumos para a melhoria da capacidade de resposta do SUS e para novas políticas de saúde destinadas a essas populações.

Considerações para o diálogo

Conforme mencionado na Introdução, no entanto, não é pretensão deste documento apresentar um conjunto de recomendações. A proposta é contribuir para a produção do conhecimento a respeito da saúde, da garantia dos direitos e modos de vida das PCFA. A pesquisa evidenciou, por exemplo, que mesmo nas zonas rurais do país, a pandemia se evidenciou por meio de intensidades e impactos distintos a depender do agrupamento populacional sob análise, das condições socioeconômicas dos territórios ou, ainda, por meio de fatores relacionados a aspectos sociais, como faixa etária, raça/cor ou região brasileira.

Por outro lado, é real a condição de invisibilidade das PCFA nos sistemas e bases de dados estatísticas das agências governamentais, que deveriam servir de insumo básico à definição e implementação de políticas públicas no campo da saúde. Assim sendo, outra clara contribuição do trabalho foi o esforço em estimar o quantitativo dessas populações e ao espacializar seus contingentes populacionais por meio de tipologias municipais.

Igualmente, o trabalho de articulação dos grupos de pesquisa da Fiocruz junto às organizações políticas ligadas à luta pelos direitos das PCFA possibilitou a ampliação do diálogo e uma melhor compreensão acerca da condição de vida dessas populações em contexto de crise sanitária. Essa é uma iniciativa promissora, que tem potencial de ajudar a pluralizar ainda mais fóruns de políticas públicas, a exemplo do próprio Grupo da Terra, espaço de diálogo entre a gestão do SUS e os movimentos sociais do campo, das florestas e das águas, e as discussões em torno da Política Nacional de Saúde Integrada das PCFA.

Para fomentar ainda mais esse debate, foi criado o Grupo de Trabalho Saúde dos Povos e das Populações do Campo, Floresta e Águas (GT PCFA), que congrega estudiosos de vários campos temáticos, além de representantes da sociedade civil organizada e movimentos populares. O GT PCFA, que conta com o apoio da VPAAPS, vem concentrando seus esforços nas seguintes questões e possibilidades de ação:

- **A constituição de espaços ampliados de construção compartilhada de conhecimento em torno do modo de vida e saúde das PCFA. Tendo como referência teórico-metodológica a vigilância popular em saúde, o grupo se articula por meio de uma rede envolvendo a VPAAPS, grupos de pesquisa e territórios.**
- **Proposição, no âmbito do Grupo da Terra e outros fóruns, da realização da primeira Conferência Nacional de Saúde das PCFA, tendo o apoio da Fiocruz, mas que seja, ao mesmo tempo, centrada nas especificidades dessas populações e territórios.**
- **Articulação e integração dos sistemas de informação socioespaciais e de saúde, em torno da organização, das escalas e do modo de vida das PCFA e demais populações vulneráveis;**
- **Estruturação de uma base de dados capaz de centralizar informações estratégicas geradas por distintas fontes em torno da saúde das PCFA. Assim como, a produção e manutenção de acervo técnico e digital, incluindo portais de informações; painéis de indicadores e registros de campo.**
- **Fomento ao desenvolvimento de novas ferramentas, espaços de troca e construção de políticas em saúde para as PCFA como estratégia de defesa da memória e do conhecimento popular como método dialógico para a construção da Política Nacional de Saúde dessas populações.**

Portanto, em vez de se concentrar apenas em ambientes institucionalizados, a trajetória que se pretende estabelecer é aquela que se baseia na inter-relação dialética entre os domínios da vigilância popular e da vigilância em saúde, capaz de consolidar conexões entre as diversas formas de conhecimento e pautas de luta. Em última análise, trata-se de um caminho que defende e reconhece a necessidade de “novas tecnologias sociais” serem integradas ao SUS, aumentando assim a capacidade de formulação de políticas e facilitando o estabelecimento de instâncias plurais de governança e de controle social (RANGEL et al., 2015).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARNEIRO, F. F.; DANTAS, V. L. A. (Org.). **Vigia, Povo! um guia de vigilância popular em saúde**. Eusébio, CE: Fiocruz Ceará; Abrasco, 2023. 157 p. Disponível em: <https://ceara.fiocruz.br/participatorio/wp-content/uploads/2023/11/Guia-de-Vigila%CC%82ncia-Popular-em-Saude.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CUNHA MB, PIVETTA F, DOMINGUEZ MT, SOUSA FM. Diálogos com o cotidiano do território: o princípio da ação em uma comunidade ampliada de pesquisa-ação. **Interface (Botucatu)**, Dossiê Territórios Saudáveis e Sustentáveis, p.1-15, 2024. <https://doi.org/10.1590/interface.230132>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Série Fiocruz - Documentos Institucionais. Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade: Rio de Janeiro, v. 07, 2018.

FREDERICO, Samuel. **Capital financeiro, controle de terras e fronteira agrícola moderna no Brasil**. Rio de Janeiro, 2021. Palestra ministrada na Disciplina de Seminário de Doutorado I do Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 20 de julho de 2021.

FREDERICO, Samuel.; ALMEIDA, Marina Castro. Capital financeiro, land grabbing e a multiescalaridade na grilagem de terra na região do MATOPIBA. **REVISTA NERA (UNESP)**, v. 22, p. 123-147, 2019.

IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. IBGE, Coordenação de Geografia: Rio de Janeiro, 2017.

IBGE. **Acessibilidade Geográfica** 2018. IBGE, Coordenação de Geografia: Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/26253-acessibilidade-geografica.html?=&t=downloads>

RANGEL, Valcler et al. Considerações para uma Agenda Estratégica de Saúde e Ambiente e Sustentabilidade: Horizontes da Fiocruz para 2022. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Ambiente para os Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: MS, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42143>. Acesso em: 15 out. 2024.

WARD, Callum. The annihilation of time by space in the COVID-19 pandemic downturn. **Dialogues in Human Geography**, v. 10, Issue 2, p.1-4, 2020. <https://doi.org/10.1177/2043820620935685>







Ficha Técnica

Presidente

Mario Moreira

Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Valcler Rangel

Coordenação de Saúde e Ambiente

Guilherme Franco Netto

Assessoria de Saúde e Ambiente

Ana Claudia Pinheiro da Silva

Esther Collazos

Gabriela de Vasconcelos Costa Lobato

Gabriela Fernandez

Isadora Caminha Coutinho

Lorena Covem

Luis Claudio Silva Ventura

Luiza Ribeiro Alves Cunha

Juliana Wotzasek Rulli Villardi

Mariely Helena Barbosa Daniel

Millena Tavares Ribeiro

Suzane Durães

Virginia M L de Almeida

Organização

Guilherme Franco Netto

Autores

Alan Freihof Tygel

Beatriz Schindler

Bianca Rubim

Carlos Machado

Christovam Barcellos

Diego Xavier

Denis Rodrigues

Emanuelle Goes

Fernando Ferreira Carneiro

Flavio Souza Brasil Nunes

Giovani Ghiggi

Julia Pesacarini

Paulo Jorge de Souza Vianna

Renata Gracie

Rosana Kirsch

Victor Marchesini Ferreira

Willian Lopes

Sistematização

Marcos Thimoteo Dominguez

Revisão

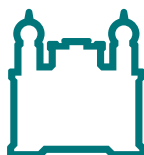
Suzane Durães

Amanda Mendonça

Diagramação

Julia Tavares

Produzido em 2025



Avenida Brasil, nº 4.365,
Manguinhos
CEP: 21.040-360
Contato: (21) 2598-4242