

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

NAARA SIQUEIRA DE ARAGÃO

**EXCLUSÃO SOCIAL E INIQUIDADES EM SAÚDE:
ESTUDO DE CASO DA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS –MS**

Dourados-MS
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

Naara Siqueira de Aragão

**EXCLUSÃO SOCIAL E INIQUIDADES EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
DA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS –MS**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação – Mestrado em Geografia, da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Bergamin Vieira

Dourados-MS
2016

Dedico este trabalho aos profissionais da Saúde Indígena de Dourados que mesmo diante de situações tão adversas, tem feito à diferença no processo saúde-doença dessa população.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar forças e sabedoria durante todo o percurso deste trabalho, e por tudo o que ele representa na minha vida antes mesmo do meu nascimento.

A minha querida filha Joana, por tantas ausências nas quais sempre na chegada era recebida com abraços e beijos que me ajudaram diariamente a continuar. A meus Pais, Elias e Zadenir, aos quais dedico todos os meus títulos, pois sem o afeto, cuidado e incentivo de vocês não chegaria até aqui. E também pelo cuidado com a Joana sempre que necessário o fazendo sempre com muito carinho e dedicação. Ao meu tio Samuel Aragão, que sempre foi um exemplo para mim, tanto academicamente como na sua dedicação com as pessoas, obrigado por todos incentivos, você sabe que fez toda diferença na minha história acadêmica, e também a minha família como um todo que sempre me apoiou em todo este processo.

Ao meu orientador Alexandre Bergamin Vieira, por toda dedicação e tempo dispensado para que esta dissertação fosse uma realidade, pela sua indignação com a realidade da RID tanto quanto a minha o que faz que unamos nossas forças para lutarmos por uma transformação social nesta realidade. Agradeço também a sua família, Professora Claudia Marques Roma e sua filha Sara, por ter aberto diversas vezes sua casa, sempre de forma muito hospitaleira para minhas orientações e em outros momentos para confraternizações.

Aos demais professores da pós-graduação em Geografia, pela enorme contribuição no meu crescimento seja através das disciplinas ofertadas ou até mesmo nas conversas e orientações nos corredores, eventos, na militância entre outros.

Ao professor Raul Borges Guimarães, que me recebeu na UNESP de braços abertos para que eu pudesse apreender mais das discussões da Geografia da Saúde, e por todas as orientações e conversas que em muito contribuíram para esta pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa pela cooperação voluntária e pela disposição de compartilhar um pouco de sua realidade com esta pesquisadora.

A todos os meus amigos, são tantos que nem posso ousar enumerar aqui, sou uma pessoa muito abençoada com tantos amigos maravilhosos, alguns desde a infância outros conheci no final deste ciclo mais todos de fundamental importância para concretização deste sonho. Desculpe as falas repetitivas sobre este trabalho e também pelas ausências, vocês sempre estiveram comigo. Obrigada e Obrigada....

Tem correria que disfarça
Perna pra cima que embaraça
Tem boa gente na desgraça
E o frio tá cirandando a praça

Sono furtado, incomodado
Da terra o povo foi tirado
Gente perdida e não malvada
Igreja de porta fechada

Direito para quem?
Progresso vai além
Educa, se preocupa
Com quem ainda não tem
Você vive pra quem?
Deus não quer só vintém
Acumula só fortuna
Não pensa em ninguém

Roupinhas rasgadas
Olhos fundos de tristeza
É o indiozinho que caminha
Pedindo uma moeda e um pouco da sua atenção

Descaso e exploração, desde a colonização
O sangue corre na veia igual ao filho do patrão
Resistente na cultura, firme em qualquer conjuntura
Lutando pela justiça e por uma vida segura

Deus...que inspira sonhos
Não é indiferente
Nem desenhou vaidade
Mas luta e igualdade

Música: Direito pra que(m)?

De: Marina Peralta

SUMÁRIO

Dedicatória	2
Agradecimentos	3
Epigrafe	4
Índice de Fotos, Figuras e Mapas	6
Lista de Gráficos	7
Listas de Siglas e abreviaturas	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – SAÚDE INDÍGENA	15
1.1 De SPI, FUNAI, FUNASA à SESAI.....	15
1.2 Política Nacional de atenção à Saúde Indígena – Pnaspi	21
1.3 Situação da saúde Indígena nos dias Atuais.....	26
1.4 Contexto local de Saúde da Reserva Indígena de Dourados	32
CAPÍTULO 2 – Caracterização e transformações espaciais: o caso das Reserva Indígena de Dourados/MS.	41
2.1 Reserva Indígena de Dourados.....	41
2.2 Infraestrutura da Reserva Indígena de Dourados	47
2.3 O município de Dourados	53
CAPÍTULO 3 – ESPAÇO E SAÚDE	57
3.1 Contextualizando Saúde Pública: Entre o Social e o biológico.....	57
3.1 A produção do espaço e o processo saúde-doença.....	62
3.2 Exclusão social	70
3.3 Iniquidades em Saúde	75
3.2 A realidade a partir do HU-UFGD	79
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
4.1 Resultados e Discussão.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
APÊNDICES	114
ANEXOS	120

LISTA DE FOTOS

FOTO 1: Hospital da missão Caiuá em Dourados/MS	33
FOTO 2 :Polo Base de Saúde Indígena de Dourados/MS	35
FOTO 3: CASAI de Dourados/MS	36
FOTO 4:Posto de Saúde Pa'í Kuara Rendy.....	37
FOTO 5:Posto de Saúde Guateka.....	38
FOTO 6:Posto de Saúde Zelik Strujak.....	39
FOTO 7:Posto de Saúde Ireno Isnard.....	40
FOTO 8: Centro de Referencia de Assistência Social – CRAS Bororó.....	48
FOTO 9: NAN – Unigran	49
FOTO 10: Reunião do Conselho Local de Saúde Indígena.....	80
FOTO 11: Moradias na RID.....	95
FOTO 12: Moradias na RID.....	96
FOTO 13: Moradias na RID.....	96

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Organização do DSEI e modelo Assistencial	23
FIGURA 2: Reserva Indígena Francisco Horta Barbosa	43
FIGURA 3: Complexo Patogênico	63

LISTA DE MAPAS

Mapa I - Localização das Reservas Indígenas criadas pelo SPI entre 1915 a 1928....	44
Mapa II - Territorialização precária: a densidade populacional da Reserva Indígena de Dourados.....	50
Mapa III - – Localização das territorialidades Guarani e Kaiowá nas relações entre reserva e cidade de Dourados	55

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Aldeia em que reside.....	83
GRÁFICO 2: Sexo dos entrevistados.....	84
GRÁFICO 3: Idade do Paciente.....	85
GRÁFICO 4: Entrevistado.....	85
GRÁFICO 5: Etnia dos entrevistados.....	86
GRÁFICO 6: Tipo de transporte utilizado no dia-a-dia.....	87
GRÁFICO 7: Composição Familiar.....	87
GRÁFICO 8: Escolaridade dos Entrevistados	89
GRÁFICO 9: Entrevistados inscritos no Programa Bolsa Família	90
GRÁFICO 10: Documentação que o entrevistado possui.....	92
GRÁFICO 11: Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde.....	93
GRÁFICO 12: Entrevistados com geladeira na residência	94
GRÁFICO 13: Tipo de Moradia	94
GRÁFICO 14: Patologias	97
GRÁFICO 15: Religião	100
GRÁFICO 16: Uso da Medicina Tradicional	100

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS – AGENTE DE SAÚDE INDÍGENA

APIB – ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

CASAI – CASA DE SAÚDE INDIGENA

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DSEI – DISTRITO SANITÁRIO INDÍGENA

EMSI – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

EVS- EQUIPE VOLANTE DE SAÚDE

FUNAI – FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAUDE

HU – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

MPF – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

NAM – NUCLEO DE ATIVIDADES MÚLTIPLAS

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

RID – RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS

SESAI – SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

SIASI – SISTEMA DE INFORMAÇÃO ATENCAO A SAUDE INDIGENA

SPI – SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO ÍNDIO

UFGD – UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

WHO – WHORD HEALTH ORGANIZATION

RESUMO

Atualmente no Brasil, há pouca produção sistemática acerca do peso da dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde. No cotidiano, minorias vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação que as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente aos agravos à saúde. Esta pesquisa busca compreender a situação dos povos indígenas residentes na Reserva Indígena de Dourados-MS, a partir do Hospital Universitário da UFGD, onde índices de morbidade e mortalidade são mais elevados do que os registrados em nível nacional; fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social são apenas alguns dos múltiplos reflexos sobre a saúde decorrentes da persistência da desigualdade. A pesquisa foi realizada dentro do Hospital Universitário de Dourados com os pacientes indígenas internados e/ou seus acompanhantes, com um questionário semiestruturado com objetivo de entender a relação espacial com o processo saúde-doença dos mesmos. Os resultados da pesquisa revelaram que todos os pacientes indígenas apresentaram patologias que se relacionam ao seu espaço e que as doenças infectocontagiosas e sociais ainda prevalecem com índices elevados, em contraposição aos dados epidemiológicos nacional e local, demonstrando as diferentes formas de iniquidades em saúde a que população indígena está submetida.

Palavras-chave: Exclusão Social; Iniquidades em Saúde; Reserva Indígena de Dourados.

ABSTRACT

Nowadays, in Brazil, there is little systematic production about the value of the ethno-racial dimension on the differentiated expression of the grievance to health. On daily bases, the minority lives in a situation of exclusion, marginality and discrimination that put them in a greater vulnerability position regarding the grievance to health. This research seeks to understand the situation of the indigenous people domiciled in the Dourados' Indigenous Reserve in MS, according to the UFGD University Hospital data, where the rates of morbidity and mortality are higher than the registered at national level; hunger and malnutrition, occupational risks and social violence are just some of the multiple reflexes about health inherent continuation of the inequality. The research was held inside the University Hospital of Dourados with the hospitalized indigenous patients and/or their companions, through a semi-structured questionnaire which objective was to understand the spatial relation with the health-disease process of them. The results of the research revealed that all of the indigenous patients presented pathologies that were related with their spatial and that the infectious and social diseases still prevail with high indices, in contraposition to the national and local epidemiological data, proving the different forms of iniquity that the indigenous population's health is submitted.

Key Words: Social Exclusion; Health Iniquity; Dourados' Indigenous Reserve

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como ponto de partida a vivência/experiência profissional desta pesquisadora enquanto Assistente Social do Hospital Universitário de Dourados – MS, onde diariamente atendemos pacientes indígenas das aldeias, reservas e acampamentos de Dourados e de toda a região Sul do Estado do Mato Grosso do Sul. Nestes atendimentos ficavam evidentes que as patologias mais recorrentes nesta população, resultavam das condições sociais às quais estavam submetidas, ou seja, uma histórica vulnerabilidade social que a população indígena da Reserva Indígena de Dourados se encontrava e o quanto isso podia estar potencializando o adoecimento desta população.

Muitas dessas patologias eram consideradas raras na atualidade nas populações urbanas, em virtude das mudanças já ocorridas no saneamento básico, no aumento de estruturas sociais e nas políticas públicas implementadas que refletem no menor adoecimento por doenças evitáveis ou infectocontagiosas.

Verificou-se, assim, a necessidade de dar visibilidade a esta problemática e a esta população e o meio que utilizamos para isso foi a realização desta pesquisa. Afinal a mesma tem como objetivo descrever e publicizar este processo de vulnerabilidade e assim demonstrar a necessidade de políticas públicas que vão desde melhores condições nas estruturas de saúde indígena até na demarcação de suas terras.

A Geografia vem ao encontro desta pesquisa como melhor caminho metodológico a ser trilhado, tendo como centralidade a categoria de análise espaço, através da qual é possível dar conta de observar as inúmeras e complexas relações apresentadas no espaço vivido e assim problematizá-las e compreender os seus reflexos diretos e indiretos na saúde pública e, mais especificamente, na saúde da população indígena da Reserva Indígena de Dourados (RID¹).

Quando se discute as relações entre espaço e saúde, principalmente em lugares onde os problemas de saúde das populações atingem grande visibilidade, se busca um olhar que permita instrumentalizar o entendimento dos problemas de saúde e promover as soluções possíveis. Neste movimento destaca-se a importância atribuída aos novos

¹ A Reserva Indígena de Dourados (RID) é composta por duas porções contíguas denominadas Jaguapirú e Bororó. Portanto, nesta pesquisa, sempre que nos referirmos à RID estaremos falando das duas áreas em conjunto.

conceitos das ciências humanas e de métodos advindos da união da epidemiologia e da geografia que possibilitam avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, orientando, desse modo, o planejamento de práticas e ações de saúde (FONSECA, 2007).

Tanto para a análise como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde das populações, devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar, o que frequentemente acontece de forma desarticulada, incompleta ou deficiente (FONSECA, 2007).

A análise do espaço já o considerou, inicialmente, como algo estático, isolado, sem dimensão histórica. Ao revestir-se de caráter social, ele passa a atender também às necessidades explicativas da concepção de determinação social da doença, visto permitir que os diferentes fatores que compõem a estrutura epidemiológica sejam analisados numa perspectiva dinâmica e histórica, estando a sua compreensão diretamente articulada à formação econômico-social (COSTA E TEIXEIRA, 1999).

O espaço como uma totalidade é uma instância da sociedade, ao mesmo tempo que as instâncias econômica e cultural-ideológica. Os seus elementos – homens, instituições, meio ecológico e as infraestruturas – estão submetidos a variações qualitativas e quantitativas, embora como realidade sejam unos e totais. O homem, porém, não é apenas o habitante de um determinado lugar, mas é também o produtor, o consumidor e membro de uma classe social, que ocupa um lugar específico e especial no espaço, e isto também define o seu valor (SANTOS, 1993).

De acordo com Silva (1985), através da categoria espaço pode-se superar uma visão não histórica do processo biológico e, ao mesmo tempo, entender os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais responsáveis pela produção das doenças endêmicas e epidêmicas. O conceito de espaço incorpora os determinantes naturais e sociais numa visão de totalidade, que muitas vezes falta à análise epidemiológica (FERREIRA, 2007).

Considerando que a saúde e a doença são multicausadas, em contextos socioambientais e culturais complexos e diversos em cada lugar, para encontrar soluções não devemos pensar em causas, mas em contextos. Como, então, entender a relação saúde-ambiente, a partir desses contextos? O conceito de espaço expressa bem os contextos ambientais e tem sido muito utilizado em saúde (LIMA, 2013).

Durante o desenvolvimento da pesquisa outros conceitos também foram ganhando centralidade na discussão, são eles o conceito de exclusão social e iniquidades

em saúde. A iniquidade aparece primeiramente ao observar os indicadores em saúde da RID comparados aos indicadores gerais da população não indígena, os quais são tão desiguais que os torna iníquo pela injustiça constante neste processo. Mais, falar de Iniquidades em Saúde sem discutir o que está por trás desta realidade tão desigual é se manter dentro de uma visão estritamente setorial da saúde, paliativa. Para dar conta desta necessária contextualização vem à tona o histórico processo de exclusão social presente na RID, conceito este que se torna essencial para análise espacial já que este espaço é marcado por relações excludentes.

E com a leitura de vários autores sobre o tema tais como Vieira (2009), Demo (2003), Melazzo e Guimarães (2010) e Vaz (2002) a exclusão social vai sendo compreendida enquanto um processo multicausal, e que se refere à privação coletiva de uma parcela significativa da população no acesso a cidadania plena. E que na realidade latino-americana, em especial, o processo de exclusão social tem características que vão além daquelas percebidas nos países centrais. A Exclusão social aqui se apresenta também como uma forma de segregação social, de apartação entre o segmento incluído e o excluído. No Brasil ainda, por seu passado escravagista, a exclusão social revela processos de discriminação social e racial, onde agrega em si também fatores discriminatórios, que reforçam e ampliam a desigualdade entre classes sociais, gerando um estigma social para o excluído.

Com a leitura destes referenciais teóricos partimos para a pesquisa de campo, a qual percorreu diferentes momentos desde as conversas com profissionais da saúde indígena, usuários, participações nas reuniões do Conselho Local de Saúde Indígena e no Fórum Estadual de Saúde Indígena, quanto nas entrevistas aos pacientes internados e/ou acompanhantes no hospital Universitário durante os meses de maio a julho/2016.

Assim, esta pesquisa se propôs a analisar e compreender sobre o impacto que a situação de vulnerabilidade e desigualdade tem causado no processo saúde-doença dos indígenas da RID que chegam até o atendimento no Hospital Universitário de Dourados-MS.

Buscando dar visibilidade à questão da saúde indígena, a dissertação estrutura-se de uma forma peculiar, pois inicia diretamente com a discussão sobre saúde indígena, no qual é apresentado o contexto histórico da Saúde Indígena no Brasil, ressaltando os diversos caminhos trilhados e os órgãos responsáveis pela (não)promoção de saúde indígena. Posteriormente, será apresentado os aspectos principais da atual Política Nacional de atenção à saúde Indígena (Pnspi), e também ressaltaremos alguns dados das

duas últimas décadas de saúde indígena no Brasil e, para finalizar, focaremos na situação de Saúde no nosso contexto local, a partir de trabalhos de campo e levantamento de dados em fontes secundárias, que subsidiará nas discussões no último capítulo.

No segundo capítulo realizaremos uma caracterização histórica da Reserva Indígena de Dourados, buscando apresentar a infraestrutura atual da mesma e a problemática já trazida por outros autores dos reflexo das condições de vida dos indígenas de Dourados, partindo das contribuições formuladas por diversos autores, além de pesquisas empíricas e em fontes secundárias, na perspectiva de evidenciar as marcas profundas das diferenças e desigualdades que estão submetidos os indígenas de Dourados.

No terceiro capítulo buscaremos evidenciar a fundamentação teórica desta pesquisa, começando com um breve histórico sobre a saúde pública e a geografia, com objetivo de demonstrar o referencial teórico da pesquisa e reforçar a importância da Geografia nos estudos da Saúde e seu papel orientador nas políticas de saúde. Para esta discussão serão utilizados como referenciais teóricos: Santos (1985, 2002), Guimarães (2010), Lima (2013), Faersten (2008), Paim (1997), Villar (2007), Sobral (2010), dentre outros. Em seguida, apresentaremos a discussão de outros dois conceitos que foram ganhando centralidade nesta discussão por perpassarem a discussão do espaço da RID, sendo eles exclusão social e iniquidades em saúde e por fim relatamos o passo a passo do caminhar metodológico para realização desta dissertação.

E, no quarto e último capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa realizada com os pacientes e/ou acompanhantes no Hospital Universitário, com o intuito de compreender como os condicionantes espaciais da RID de Dourados influenciam no processo saúde-doença dos indígenas, mesmo que limitados por estarmos olhando para esta realidade pela janela do Hospital Universitário, demonstrando, assim, a necessidade de mais pesquisas que possam revelar ainda mais de perto esta realidade.

CAPITULO 1 - SAÚDE INDÍGENA

1.1 De SPI; FUNAI; FUNASA à SESAI.

O cenário atual da saúde da população indígena é o reflexo de anos, décadas de descaso. Estima-se que a população indígena no Brasil era de cerca de 5 milhões de pessoas de diversas etnias no século XVI. Sendo que dessas, muitas foram inteiramente dizimadas por expedições punitivas, contrárias às suas crenças, culturas e à sua resistência. Contudo, o predominante “agente da mortalidade foram as epidemias de doenças infecciosas, que tinham a sua virulência e letalidade favorecidas pelas alterações no modo de vida dos indígenas” (FUNASA, 2011, p.2).

Alterações determinadas pelo processo de colonização – escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e fixação compulsória em aldeamentos e internatos. Segundo Funasa (2011, p. 2) até o presente momento, ao longo de mais de 500 anos, persistem

Os conflitos de interesses econômicos e sociais entre os povos indígenas e diversos segmentos da sociedade, especialmente nas questões relacionadas à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Realidade que vem marcando os diversos períodos e órgãos que foram responsáveis, anteriormente, pela atenção à saúde dos indígenas, que teve início oficialmente com a criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O SPI era vinculado ao Ministério da Agricultura e destinava-se a “proteger os índios”, procurando o seu enquadramento progressivo na sociedade e o de suas terras no sistema produtivo nacional. A partir de então uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas (FUNASA, 2002).

Sendo assim alternaram-se no atendimento das populações indígenas, missões religiosas e órgãos oficiais, executadas de forma pontual na maior parte dos territórios. Inclusive muitas missões se instalaram nas áreas indígenas, prestando assistência de saúde, na ausência de instituições governamentais (FUNASA, 2002).

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) (FUNASA, 2002, p.7).

A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação" (SANTOS, 2009).

Segundo a FUNASA (2002), o grande desafio para o desenvolvimento de políticas eficazes de assistência à saúde indígena era a grande diversidade cultural e a dispersão demográfica dos povos indígenas. Pois, as práticas de atenção à saúde, em geral, não respeitavam os sistemas indígenas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer.

Uma das primeiras ações foi na década de 50, quando foi criado o SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, no Ministério da Saúde, que tinha como objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Entretanto as ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (FUNASA, 2002).

Já na década de 60, mais especificamente a partir de 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que se baseou no modelo de atenção do SUSA, e criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes também realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (FUNASA, 2002).

Mas foram várias as dificuldades encontradas pela FUNAI na organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades sendo elas principalmente:

carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (FUNASA, 2002, p.8).

Além dessas dificuldades, com o decorrer dos anos, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas dependências das administrações regionais, e

a visitas às aldeias se tornavam cada vez mais pontuais e raras, até chegarem ao ponto de não serem mais realizadas (FUNASA, 2002). Ou seja, houve um distanciamento entre os serviços de saúde e a população alvo e, o que se observa atualmente, quando temos os polos de saúde indígena também fora das aldeias, ainda é reflexo desta forma de compreender o atendimento à saúde da população indígena. Enquanto nos estudos de saúde se observou a importância do atendimento junto à comunidade para prevenir processos adoeceadores, na saúde indígena ainda se impera a lógica sanitária do início da República.

Com o advento da Constituição Federal em 1988, se inaugura um novo momento para o desenvolvimento da política de saúde indígena, pois a mesma estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela – e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. Outro aspecto da Constituição é que a mesma também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde, o que organiza em novos termos a política de saúde do Brasil (FUNASA, 2002).

Outro fator preponderante foram as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, que foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação das VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. As quais preconizavam o desenvolvimento de modelos de atenção diferenciada, com participação das comunidades indígenas e que melhor atendesse às necessidades destas populações (FUNASA, 2011).

Assim,

Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), como forma de garantir a esses povos o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena no processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNASA, 2002, p.8).

A emergência dessa nova Política determinou a conformação de um novo modelo de Sistema de Saúde, voltado especificamente para a população indígena brasileira e inserido dentro da Política Nacional de Saúde. Esse novo modelo, denominado como um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído por meio da Lei Arouca 9.836/99 (SANTOS, 2009).

Um dos principais critérios adotados foi a organização dos serviços de atenção à saúde dos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis). Atualmente, a estrutura da Funasa para a saúde indígena é formada por 34 Dseis localizados em todo o território nacional, à exceção dos estados do Piauí e Rio Grande do Norte. Nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Espírito Santo existem as Assessorias Indígenas, que cumprem o mesmo papel do Dsei. Além dos Dseis, a Funasa administra 337 Polos-base distribuídos em 460 municípios e 751 Postos de Saúde, dos quais 674 estão localizados em terras indígenas, 55 na zona rural e 22 em zonaurbana. O outro tipo de sistema são as 60 Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais), localizadas em municípios de referência dos Dseis (FUNASA, 2011, p. 3).

Para, além disso, outra mudança foi a alteração do órgão gestor e operacionalizador da política de saúde Indígena, passando da FUNAI para a FUNASA – Fundação Nacional de Saúde, pela Medida Provisória n.º 1.911-8 de 1999, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA.

Nesse sentido, as Secretarias Estaduais e Municipais deveriam atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA (FUNASA, 2002).

As principais alterações produzidas pela nova estrutura (FUNASA, 2011) foram: Criação do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), bem como a estruturação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); Redirecionamento das atividades das coordenações regionais, em face da incorporação das atividades de saúde do índio, da descentralização das unidades assistenciais e do controle de endemias; Estruturada a atenção básica para 4.696 aldeias indígenas; Credenciados hospitais, clínicas e laboratórios para atendimento de média e alta complexidade, no âmbito do SUS, com tratamento diferenciado às populações indígenas.

Em 1999, quando a FUNASA assumiu a responsabilidade da assistência integral à saúde indígena, o número de unidades de saúde existentes era 559, entre casas do índio (38), polos base (127) e postos de saúde (394). Em 2010, esse número totalizou 1.155 unidades, entre casas do índio (67), polos base (337) e postos de saúde (751) (FUNASA, 2011).

É fato que, com a criação da FUNASA, foram criadas estruturas mínimas de atendimento à saúde da população indígena, mas afirmar que estes atendimentos realizados no âmbito do SUS são diferenciados é um equívoco. Exemplo disto é o que no

Hospital Universitário de Dourados, que atende uma das maiores populações indígenas do Brasil, não oferece atendimento diferenciado ou até podemos considerar que oferece um atendimento precarizado a esta população, por inúmeros fatores como: dificuldade de comunicação devido o não entendimento da língua, pela discriminação e preconceito de muitos profissionais com essa população (já evidenciados em outros trabalhos científicos como de Souza (2015) e também nas falas dos usuários indígenas), não tendo abertura para uma interface com a medicina tradicional, não possuindo assim nenhuma política diferenciada para esta população.

Mesmo com essa nova estrutura de trabalho a população indígena continuou sofrendo com descaso nas ações de saúde. Depois de constantes manifestações contra a FUNASA, em agosto de 2008, e das inúmeras denúncias de corrupção e de descaso na execução das ações e serviços nas áreas indígenas, que vinham gerando avassaladora mortalidade infantil e alastramento de doenças, o ministério da Saúde resolveu ouvir as reclamações e propostas dos povos indígenas. Neste mesmo período outras ações aconteceram: o Tribunal de Contas da União (TCU) desenvolveu uma auditoria sobre a Funasa, com ênfase nas questões relativas à gestão da política de saúde indígena, a Justiça do Trabalho determinou que o governo federal fosse o responsável e, portanto, o gestor da política de saúde, e que a terceirização era uma prática ilegal (CIMI, 2012).

No ano de 2010, como resultado da criação do GT (grupo de trabalho) de saúde Indígena, foi assinada a Medida Provisória (MP) 483, transferindo a competência da saúde indígena para o Ministério da Saúde, por meio da nova Secretaria Especial de Saúde Indígena, atendendo a uma reivindicação antiga das lideranças indígenas. O GT visitou várias comunidades indígenas, Casas de Saúde Indígena (Casai), Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), Polos Base e realizou quatro seminários regionais, ouvindo os anseios das comunidades indígenas e verificando de perto as condições reais de vida desta população (PORTAL BRASIL, 2010).

Então,

Com a criação da secretaria, o ministério passa a gerenciar diretamente a atenção à saúde dos indígenas, levando em conta aspectos culturais, étnicos e epidemiológicos dos 225 povos que vivem no País. Antes, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) era responsável tanto pelas ações de saúde como pela aquisição de insumos, apoio logístico, licitações e contratos. A Sesai foi aprovada pelo Senado Federal no último dia 3 de agosto, após meses de discussão do grupo de trabalho, composto por 26 membros, entre representantes do Ministério da Saúde e da Funasa, além de 17 lideranças indígenas (PORTAL BRASIL, 2010, p.1).

A estrutura da SESAI foi dividida em três áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Sendo funções da SESAI também ações de saneamento básico e ambiental das áreas indígenas, como preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades sem água potável, construção de sistema de saneamento, destinação final ao lixo e controle de poluição de nascentes (PORTAL BRASIL, 2010).

A expectativa com a criação da SESAI é que à medida que fossem reestruturados, de forma gradativa, os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) passariam a ser autônomos, funcionando como unidades gestoras descentralizadas, responsáveis pelo atendimento de saúde e pelo saneamento básico em cada território indígena. O resultado esperado seria a desburocratização da atenção à saúde dessa população, que passaria, assim, a estar integrada e articulada com todo o Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTAL BRASIL, 2010).

Atualmente à SESAI² tem sido responsável pela atenção à saúde da população indígena, tendo como norteador de suas ações a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena – PNASPI, que será abordada no próximo tópico para melhor compreensão da organização da política de saúde indígena na atualidade.

Diante do exposto, observa-se como a atenção à saúde indígena foi desenvolvida dentro de um contexto desigual, tendo uma elevada rotatividade e descontinuidade da presença de profissionais de saúde nas terras indígenas; elevada complexidade e diversidade para a organização dos serviços de saúde indígena no nível local; articulação insuficiente com os outros níveis de atenção do SUS (rede de referência e contra-referência); irregularidade e falhas na notificação de eventos vitais; condições sanitárias inadequadas nas reservas e terras indígenas; insegurança alimentar e questões ligadas à posse e uso da terra (COIMBRA Jr. e SANTOS , 2003).

E este contexto desigual não parece ter sido superado mesmo após a criação da SESAI, a qual após seis anos de atuação continua reproduzindo um sistema igual ou semelhante ao já executado pela FUNASA, a qual órgãos como o CIMI e demais

² No dia 17 de outubro, o ministro da Saúde, Ricardo Barros (PP-PR), publicou no Diário Oficial da União a portaria nº 1.907 (em anexo), revogando a nº 475, de 16 de março de 2011. Portaria que retira do secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) competências quanto à gestão orçamentária e financeira relativa à política pública de atenção à saúde dos povos indígenas. Em consequência, os coordenadores dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) ficam impedidos de praticar atos de gestão. Mas devido aos inúmeros atos de resistência realizados pelos indígenas e trabalhadores esta portaria foi revogada (Em anexo) no dia 26/10/2016.

defensores dos direitos humanos já vinham fazendo a crítica diante da forma precarizada que a atenção de saúde se encontrava e que se evidenciava nos dados alarmantes de morbidade e mortalidade destas populações. Lembrando que a SESAI foi criada para responder a esta problemática, mas com a mesma organização estrutural e ideológica fica difícil gerar novas práticas.

1.2 Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas – PNASPI

Segundo FUNASA, (2002. p. 1), o objetivo desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, abrangendo a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, contribuindo para a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos de saúde de magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Tendo por diretrizes FUNASA (2002, p. 13)

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social.

Então, como forma de organização o subsistema se organiza em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sendo então um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado. O DSEI é responsável pelo conjunto de atividades técnicas, medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde.

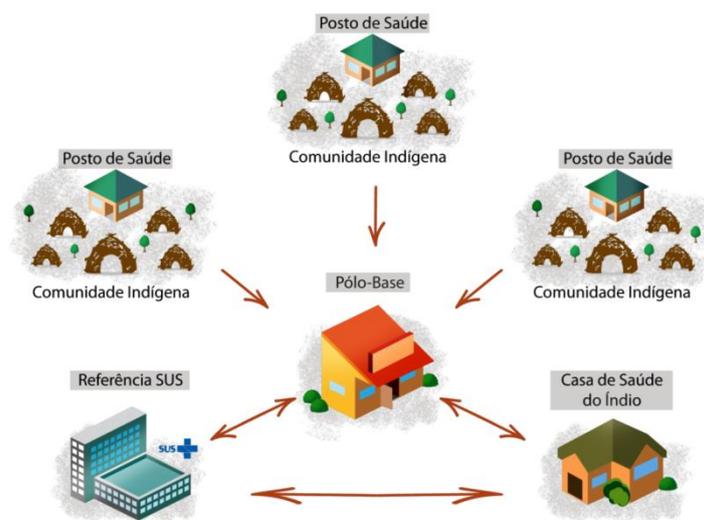
Tendo como objetivo, também, a promoção e a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e organizar as atividades administrativo-gerenciais necessárias à

prestação da assistência, estimulando o controle social. Entre as atribuições do Distrito destacam-se a preparação dos recursos humanos para atuação no âmbito intercultural, monitoramento das ações de saúde dirigidas aos indígenas, articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena (FUNASA, 2002).

Contudo, estes objetivos e atribuições não têm sido concretizados, tal qual se repercutem nos dados de saúde tão desiguais, já que não existe preparação para atendimento intercultural dos profissionais, observando assim um abismo entre o profissional e a população atendida. Nota-se que há uma aproximação neste atendimento quando o profissional é pertencente a comunidade o que na maioria dos casos são só os agentes indígenas de saúde. Também não existe nenhuma ação na realidade local da RID que faça articulação com a medicina tradicional. Na verdade, a falta de treinamento para interculturalidade acaba refletindo aqui uma lógica de negação da medicina tradicional e o uso do medicamento é utilizado sem nenhum tipo de racionalização (COIMBRA JR e SANTOS, 2003).

Cada Distrito Sanitário é responsável, também, pelas ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância, inclusive a dispensa e a prescrição de medicamentos. Essas ações deveriam considerar sempre, em primeiro lugar, as necessidades e a realidade epidemiológica local (FUNASA, 2002).

Figura 1 – Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: FUNASA, 2011.

Neste quadro fica nítido que não existe nenhuma relação e/ou diálogo com os saberes tradicionais, afinal eles nem sequer aparecem nos fluxos de atendimento, ou seja, apesar de serem objetivos da política, não se apresentam na prática da atenção à saúde indígena. E, ainda, reproduz uma lógica hospitalocêntrica.

Dentro de cada distrito tem um uma rede de serviços de saúde, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Esta rede é constituída pela estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas/Reservas. Como parte desta rede estão os Polos-bases, Postos de saúde, Casas e os agentes de Saúde. Sendo assim, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das ações. As ações de saúde realizadas pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) incluem (FUNASA, 2002, p. 15):

- Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento;
- Acompanhamento de gestantes;
- Atendimento aos casos de doenças mais frequentes
- Acompanhamento de pacientes crônicos;
- Primeiros socorros;
- Promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;
- Acompanhamento da vacinação;
- Acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração

Diante destas inúmeras atividades propostas de ações para os AIS, verifica-se na RID, com mais de 80 famílias por agente, fica impossível realizar todas atividades, sendo priorizadas algumas como pesagens, acompanhamento de gestantes e vacinação. Outra

observação necessária é que as responsabilidades acima exigem um grau de instrução mínimo para desempenhá-las e, com a falta de formação continuada, os AIS não se sentem seguros, tornando as ações muito superficiais, quando não deixam de ser desempenhadas.

Os agentes de saúde que atuam nas aldeias têm como primeira referência os Polos-Bases, que estão localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Cada Polo-Base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe, e para além de prestar assistência à saúde, realizaram a capacitação e supervisão dos AIS (FUNASA, 2002).

No caso da RID o Polo-Base fica no centro do município de Dourados, algo que inviabiliza e muito o acesso a este pela população a quem presta serviço. Os Polos-Base estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e contam com atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Dentista e Auxiliar de Enfermagem. Quando surgirem demandas que superem a capacidade de resolução no nível dos Pólos-Base são resolvidas conforme cada realidade local, como por exemplo: o encaminhamento de paciente para atendimento em serviço especializado na sede do próprio município ou no mais próximo (FUNASA, 2002).

No caso de Dourados e de outras aldeias no Mato Grosso do Sul, os polos-bases não são estruturas de atendimento, elas são estruturas de coordenação dos serviços, que são prestados nos postos de saúde e redes conveniadas. A equipe multidisciplinar acima descrita vai diariamente para o local onde é o polo-base e de lá partem para atuar nos postos de saúde dentro da reserva, ou seja, a equipe do polo-base é a mesma equipe que atua diretamente nos postos de saúde, portanto o polo-base de Dourados cumpre apenas um papel burocrático, para dizer que existe.

A PNASPI ainda prevê que devem ser oferecidos, serviços de apoio aos pacientes encaminhados a rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena. Para o cumprimento deste papel as Casas de Saúde do Índio devem (FUNASA, 2002, p. 15):

- Receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI;
- Alojamento e alimentação de pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento;
- Estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;
- Prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação;
- Acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;

- Fazer a contra-referência com os Distritos Sanitários e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta.

Vale ressaltar que embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médico-assistenciais. Elas têm como função agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento especializado, fazer serviço de tradução para os que não falam português e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o DSEI (FUNASA, 2011). As casas de Saúde Indígena são de fundamental importância na relação de contra-referência entre hospital e retorno à aldeia local, só que em muitos lugares, como em Dourados, estas estruturas não conseguem desempenhar de fato o seu papel, pela falta de funcionários e recursos, ficando mais como somente um local de trânsito, sem a devida articulação com a rede e, ainda, em muitos casos, tem se tornado abrigo de crianças indígenas com deficiência, cumprindo determinações judiciais para tal demanda, desfocando o objetivo da mesma.

Outro aspecto que deve ser ressaltado pela da PNASPI é que ela inova trazendo para a política indígena o controle social onde a participação dos indígenas é prevista em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) espalhados pelo País. A participação acontece especialmente por meio da constituição dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígena e Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), além da presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (FUNASA, 2002).

Contudo, os Conselhos Locais de Saúde são apenas consultivos e sua constituição agrega diferentes representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-base, tais como: lideranças tradicionais, professores indígenas, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), parteiras e outros. Os representantes do Conselho Local de Saúde são escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. Assim esta é uma instância privilegiada para participação na política e de articulação com gestores locais, em vista do encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde, conforme a área de abrangência (FUNASA, 2002).

Já os Conselhos Distritais de Saúde são instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos de acordo com a Lei nº 8.142/90. A sua composição é paritária

e contempla a participação de 50% de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores/prestadores de serviços dos respectivos Distritos. Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários (FUNASA, 2002).

A política ainda prevê e descreve a forma de funcionamento dos seguintes aspectos: o monitoramento das ações de saúde; promoção ao uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção e ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena. E, por fim, descreve as responsabilidades Institucionais e o Financiamento da política.

A PNASPI surgiu, então como uma resposta a um princípio previsto na Constituição, o da necessidade de atenção à saúde levar em consideração as especificidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas. Com base nesses preceitos, ela foi formulada de forma integrada, contando com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas (FUNASA, 2002).

Esse novo modelo pauta-se na perspectiva da atenção diferenciada, reconhecendo, ao menos em tese, as especificidades dos povos indígenas. Não obstante, após meia década de implantação, é perceptível que as ações ainda estão bastante distantes quanto a reduzir as enormes disparidades em saúde dos indígenas se comparados aos não-indígenas (COIMBRA JR e SANTOS, 2003).

1.3 Situação da Saúde Indígena nos dias atuais

Atualmente no Brasil temos uma população indígena estimada em, aproximadamente, 896,9 mil pessoas, pertencentes à cerca de 305 etnias, e com mais 170 línguas diferentes identificadas (IBGE, 2010). Sendo assim, cada um desses povos possui sua própria forma de entender e se organizar diante do mundo, “que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território”. São diferentes também no que diz respeito no tempo e experiência histórica na relação com as frentes pioneiras e expansão da sociedade

nacional, há grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, e outros grupos com menos de dez anos de contato com o não-índio.

São diversas situações que as populações indígenas enfrentam todos os dias, como tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A integridade ambiental dos territórios, seus saberes, sistemas econômicos e organização social vêm sendo ameaçadas pela expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) (FUNASA, 2011).

Durante muitos anos haviam poucos dados sobre a situação de saúde da população indígena e os que se dispunha não eram dados globais autênticos, mas sim dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e inúmeras organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas, com a criação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde indígena (SIASI) e a sistemas de informação como o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é possível mensurar melhor (mesmo que ainda não de forma ideal devido a sub-registros) as reais situações de saúde da população indígena no Brasil.

Ainda que precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, que as taxas de morbidade e mortalidade na população indígena são três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) a taxa de mortalidade infantil foi reduzida em 27%, passando de 74,61 por mil nascidos vivos em 2000 para 46,73 por mil nascidos vivos em 2010, sendo que a taxa brasileira é de 13,82 por mil nascidos vivos. Ainda o alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis (CARDOSO, 2014).

Os dados sobre a morbidade apontam uma elevada incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, desnutrição, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, malária e doenças evitáveis por vacinas, destacando “um quadro sanitário marcado pela elevada ocorrência de agravos que poderiam ser consideravelmente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas” (CARDOSO, 2014).

Dentre os agravos mais frequentes estão as doenças infecciosas e parasitárias (22,48%), do aparelho respiratório (22,78%) e “sintomas, sinais e achados anormais” que respondem por 25,65% da morbidade na população indígena no Brasil no período de 2003 a 2005. O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas revela que os índices de desnutrição em crianças

indígenas menores de 60 meses de idade e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos no Brasil continuam altos e superiores à média da população brasileira em geral, tal como reportado também no texto que faz parte deste Fórum. Tais indicadores demonstram que o modelo médico assistencial para as populações indígenas no Brasil ainda é precário, mesmo para a execução das ações básicas em saúde para estas populações, predominando um cenário de doenças carenciais e de controle infectoparasitário. (CARDOSO, 2014, p.862)

Algo que já vinha sendo demonstrado a mais de duas décadas pelos próprios relatos da FUNASA em seu relatório sobre a situação de saúde da população indígena no ano de 2002.

A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil (FUNASA, 2002, p. 15).

É necessário reconhecer que houve avanços no combate à tuberculose nas comunidades indígenas nas últimas décadas como demonstram as pesquisas, com diminuição da mortalidade pela doença, mas conforme a pesquisa intitulada Tuberculose no Brasil: uma análise segundo raça/cor, Viana (2015), pesquisador do CRPHF/ENSP³, ainda há muito que se fazer, pois os resultados demonstram que a população indígena no Brasil é a que tem as maiores taxas de incidência desta doença no período de 2008 a 2011, com incremento de cerca de 10% de novos casos. Ressalta ainda, segundo a literatura, a Tuberculose atinge predominantemente indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 20 e 44 anos, em todas as macrorregiões, já nos resultados obtidos é preocupante a elevada proporção de casos entre crianças indígenas menores de 10 anos em todas as localidades, sendo proporcionalmente até seis vezes maior na comparação com as crianças das outras categorias de raça/cor.

O estudo conclui que as taxas de incidência de TB parecem estar mais estreitamente relacionadas com os determinantes sociais e econômicos, tais como o índice de desenvolvimento humano, o acesso ao saneamento e mortalidade infantil do que simplesmente o sucesso do Tratamento Diretamente Observado. “Podemos constatar que as taxas de incidência de TB distribuem-se de maneira bastante heterogênea ao longo do país, sendo registradas importantes disparidades regionais e étnico-raciais”, afirmou o autor da pesquisa (VIANA, 2015, p. 17).

³O Centro de Referência Prof. Hélio Fraga (CRPHF), criado em 1984 pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), é a instituição nacional de referência do SUS para tuberculose e outras pneumopatias, destacando-se como órgão de apoio às ações nacionais em saúde pública. Hoje, pertence à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz).

Outro agravo que merece destaque são as doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas a infecção pelo HIV/AIDS, pois tem ameaçado um grande número de comunidades. Desde 1988 surgiram os primeiros registros com a população indígena, número esse que vem aumentando com o decorrer dos anos, espalhados por todas as regiões do Brasil (SANTOS, 2009).

Observou-se que

O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade. Envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção (SANTOS, 2009, p. 84).

Verifica-se, ainda, que

a principal situação de vulnerabilidade para as DST e AIDS têm relação com a permanência dos homens nas usinas de cana de açúcar por longos períodos, onde mantêm outras redes de relações sexuais. Outra situação associada ao trabalho na usina é a separação freqüente dos casais que buscam novos arranjos matrimoniais, ampliando a rede de parcerias sexuais, a violência sexual associada ao consumo abusivo de álcool, a variedade de parceiros sexuais, a intensidade das práticas sexuais desprotegidas, além da falta de ações de prevenção. Não foi relatada qualquer ação que tenha como foco a prevenção ao consumo abusivo de bebida alcoólica na comunidade (SANTOS, 2009, p. 85).

Nos dados de saúde indígena observa-se também, em algumas regiões, uma mudança no perfil epidemiológico, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional. Verifica-se o aparecimento de novas patologias antes não encontradas em comunidades indígenas e estão relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, principalmente, na alimentação. Sendo elas: a hipertensão arterial, o alcoolismo, o diabetes, o câncer, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades (FERREIRA, 2011).

Segundo o CIMI (2012), a atenção à saúde indígena no Brasil, mesmo com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, tem se caracterizado por uma grande inoperância e omissão, agravando

ainda mais o cenário da crise interminável que atinge a saúde das comunidades indígenas nas últimas décadas.

O Ministério Público Federal (MPF) através da Sexta Câmara de Coordenação e Revisão, responsável pela defesa dos direitos dos povos indígenas e outras minorias étnicas, realizou em dezembro de 2012 o 'Dia D da Saúde Indígena', com a finalidade de chamar a atenção do poder público e da sociedade brasileira para o triste quadro da saúde indígena no Brasil. Segundo o MPF, este não é um problema localizado, pelo contrário, está distribuído de forma absolutamente igual em diferentes estados da Federação: "São comuns os relatos de morte de pacientes nas aldeias em razão da demora nas remoções, ausência de medicamentos básicos nos postos de saúde, inexistência de médicos e odontólogos para o atendimento nas comunidades, falta de estrutura nas Casas de Saúde Indígena (Casai), que muitas vezes estão em situação de completo abandono, e a enorme quantidade de motores e barcos quebrados, entre tantos outros fatores evitáveis de óbito" (CIMI, 2012, p. 25).

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), no final do ano de 2012, também divulgou carta encaminhada ao Ministro da Saúde manifestando o clamor crescente de lideranças, comunidades e organizações indígenas de todo o Brasil, e sua indignação pelo preocupante quadro de caos e calamidade em que se tornou o atendimento à saúde indígena, em condições semelhantes à época da gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Inclusive, "o documento solicitava uma intervenção efetiva na Sesai para que a mesma cumpra de fato a sua missão, conforme as expectativas nela depositadas desde a sua criação, como fruto da luta dos povos e organizações indígenas do Brasil" (CIMI, 2013, p.15).

Um exemplo dessa realidade vulnerável são os dados divulgados pelo DSEI/MS em relação ao período compreendido entre 2010 e 2012. Aqui no Mato Grosso do Sul, 118 crianças morreram ao nascer, outras 208 crianças foram a óbito antes de completar o primeiro ano de vida, e 87 morreram antes dos cinco anos. Esses números correspondem a índices muito superiores aos verificados na média nacional, que são de 23 mortes para cada mil nascidos vivos. O que tem sido considerado por Lideranças indígenas do Conselho da Aty Guassu⁴ uma política de Estado que promove o genocídio silencioso dos povos Guarani e Kaiowá, não diferente do que acontecia na colonização (CIMI, 2012).

⁴ As manifestações públicas das lideranças do povo Guarani e Kaiowá, nas últimas três décadas, ocorreram através da grande assembléia Guarani e Kaiowá *Aty Guasu*. O objetivo foi o de fazer frente ao processo sistemático de etnocídio, a expulsão e dispersão forçada das famílias extensas indígenas do seu território tradicional. Das Aty Guasu participam hoje centenas de lideranças Guarani-Kaiowá. Durante esses eventos, ao mesmo tempo em que ocorrem discussões políticas, se realizam também rituais para o fortalecimento da luta. É das Aty Guasu que partiram nas últimas décadas as reivindicações de demarcação de terras, além de denúncias e sugestões sobre possíveis soluções para o problema dos Guarani-Kaiowá (BENITES, 2016).

Para, além disso, os próprios números do governo sobre a baixa execução orçamentária, bem como aqueles sobre a mortalidade infantil, sobre epidemias de doenças e a expectativa de vida, que em algumas regiões do país está abaixo de 40 anos sendo a média nacional brasileira superior a 70 anos, são reveladores de que a política de atenção à saúde das populações indígenas tem sido ineficiente e que tem atingido a todos os povos indígenas (CIMI, 2012).

1.4 Contexto local de Saúde da Reserva Indígena de Dourados - RID

Como descrito na primeira parte deste capítulo, as ações de saúde junto às comunidades indígenas se iniciaram através de revezamento de ações de órgãos e missões religiosas. Na Reserva Indígena de Dourados não foi diferente. As missões religiosas foram os primeiros a prestar serviço de atendimento à saúde e, ainda hoje, possuem um papel preponderante na atuação local. Pereira (2004), refere que a presença missionária protestante entre os Kaiowá é bastante antiga: “a Missão Evangélica Caiuá instalou-se ao lado da Reserva de Dourados em 1928, construindo hospital, orfanato, escola e mantida pelas igrejas presbiterianas (Independente e do Brasil)”.

A missão Evangélica inaugurou em 1963, dentro da RID, o Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança, com 38 leitos, ampliado, posteriormente, para 50 vagas. Atende, exclusiva e gratuitamente, a população indígena, os obreiros e funcionários da missão. E no ano de 1978, inaugurou também a Unidade de Tratamento de Tuberculose, com 50 leitos (SILVA, 2011).

No total, o hospital da Missão (Foto 1) dispõe, hoje, de 74 leitos, com atendimento pelo SUS, de maneira contínua (24 horas), durante toda a semana e finais de semana. Conta ainda, segundo entrevista com funcionários, com os serviços de apoio próprio como: ambulância, central de esterilização de materiais, farmácia, lavanderia, necrotério. Em equipamentos destaca-se: RAIO-X, ultrassom Doppler colorido, equipamento odontológico, berço aquecido, desfibrilador, reanimador pulmonar, respirador/ventilador.

Foto 1 – HOSPITAL DA MISSÃO CAIUÁ EM DOURADOS/MS.

Fonte: Naara S. Aragão, 22/01/2015.

Além do Hospital da Missão, a população indígena da RID recebe atendimento em dois outros hospitais, um municipal (Hospital da Vida) e o outro Hospital Universitário (HUGD/EBSERH). No hospital do Município se concentram os atendimentos de ortopedia e trauma, e o Hospital Universitário as demais especialidades. Sendo assim, quando os pacientes internados no Hospital da Missão necessitam de atendimentos de média e alta complexidades são transferidos para o Hospital Universitário pela regulação municipal. Ou seja, o fluxo de atendimento da população indígena da RID é diferente daqueles propostos na Pnspi, pois o pólo-base é uma unidade de coordenação, não de atendimento intermediário, depois por possuir uma unidade hospitalar mesmo que não dentro da RID mas que faz o atendimento desta população, mesmo que para cuidados básicos, e quando necessário atendimento especializado, o paciente é encaminhado pela regulação municipal para dois diferentes hospitais, um municipal e outro federal. Não tendo nenhum convenio ou entrada diferenciada com nenhuma destas unidades hospitalares. Ou seja, o modelo de organização apresentado anteriormente – Figura 1 – existe apenas no papel para a realidade douradense.

O Hospital Universitário da UFGD foi inaugurado em outubro de 2002, voltado ao ensino e pesquisa e é totalmente credenciado pelo SUS, o que amplia a sua abrangência em atendimento para além da população local. A estrutura física do Hospital Universitário da UFGD – HU consiste numa área de 60.000 m² e 12.880 m² de construção horizontal, oferecendo atendimento em nível de atenção básica, média e alta complexidade como

oftalmologia e nutrição parenteral e enteral, com uma equipe de mais de 1.660 profissionais efetivos divididos entre área médica, assistencial e administrativa.

O hospital dispõe de 220 leitos, organizados em setores tais quais: UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários, Centro Obstétrico; Maternidade; Clínica Médica infecto e vascular; Clínica Médica psiquiátrica, Clínica Médica Cardiológica, Pediatria; Clínica Cirurgia. Atende especialidades médicas em consulta e internação: Cardiologia, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Hematologia, Hebiatria, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Neuropediatria, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia e Urologia. Internação: Exames especializados: Colonoscopia, Endoscopia, Ecocardiografia, Ultrassonografia, Retosigmoidoscopia e Radiologia.

Como já descrevemos acima, a saúde indígena é operacionalizada pela SESAI, que é organizada em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Então os DSEI são responsáveis principalmente na operacionalização dos serviços de atenção básica e a operacionalização dos serviços de média e alta complexidade ficam a cargo dos hospitais do município de referência ao polo, independente se estes hospitais sejam ligados a prefeitura, Governo do Estado ou Federal.

Importante ressaltar que o DSEI do Mato Grosso do Sul é o mais populoso dos 36 DSEI existentes, e o Polo-Base de Dourados o que tem a maior população (em torno de 14 mil indígenas distribuídos entre RID, áreas de retomada e aldeia Lagoa Rica/Panambi pertencentes ao município de Douradina-MS (segundo os dados do Censo do IBGE de 2010), se comparado aos demais Polos-Bases do DSEI MS. É importante ressaltar que os números da população da RID oscilam, resultado da mobilidade entre as comunidades Guarani/Kaiowá/Terená e também pela existência de diferentes agrupamentos comunitários que vivem nas margens de estradas e rodovias, acampados, aguardando a definição quanto a demarcação de suas terras. Segundo dados do SIASI/módulo demográfico: 58% da população é Guarani kaiowá, 21% são Guarani Ñandeva, 20% são Terena e menos de 1% são indivíduos de outras etnias e não índios casados com pessoas da comunidade (SILVA, 2011).

No DSEI Mato Grosso do Sul, há 36 Equipes Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), sendo que 5 (cinco) atuam no município de Dourados e trabalham diretamente nas aldeias, com profissionais como agentes indígenas de saúde, auxiliares de

enfermagem, agentes indígenas de saneamento, médicos, enfermeiros e nutricionistas. O polo-base conta também com dentista, psiquiatra, psicólogo e assistente social. Ou seja, no polo-base de Dourados há uma equipe para cada posto de saúde, sendo 4 postos na RID e 1 na aldeia Lagoa Rica, contando, ainda, com somente 2 profissionais de Psicologia e 1 de Serviço Social para toda esta extensão. Os recursos humanos estão dentro do preconizado na legislação, mas a grande questão é diante de uma realidade tão desigual será que o preconizado na legislação garante a equidade necessária para transformação da realidade atual? Outra questão é quando os profissionais estão de férias ou adoecem, não existindo substituições. Portanto, podemos afirmar que o serviço oferecido não garante o mínimo preconizado na política.

Os trabalhadores da EMSI têm carga horária de 40 horas semanais e, diariamente as equipes se deslocam da sede do Pólo Base (Foto 2) para as aldeias às 7 horas da manhã com retorno às 11 horas da manhã e às 13 horas com retorno às 17 horas, 2 equipes atuam na aldeia Bororó, 2 atuam na aldeia Jaguapirú e 1 é volante, atendendo a população indígena de acampamentos, fora da área demarcada.

As EMSI são responsáveis de atender todos os 10 programas prioritários do Ministério da Saúde: Programa de Saúde da Criança; Programa DST/AIDS e Hepatites; Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase; Programa de Saúde da Mulher; Programa de Vigilância Epidemiológica; Programa de Saúde Bucal; Programa de Imunização; Programa de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional; Programa de Monitoramento das Doenças Crônico-degenerativas (SILVA, 2011). Em conversas com os profissionais sobre suas atribuições e com o atendimento com equipe mínima, se constata que não é humanamente possível dar conta de desenvolver com eficiência estes programas, tendo que optar pelo atendimento dos mais emergentes na realidade local. Ou seja, o preconizado pela política novamente não se aplica na realidade.

Foto 2 –POLO BASE DE SAUDE INDIGENA DE DOURADOS/MS

Fonte: Naara S. Aragão, 22/01/2015.

Temos também em Dourados 1(uma) CASAI (Foto 3) que recebe indígenas oriundos de outras localidades do sul do estado. A casa foi inaugurada pela FUNASA em dezembro de 2005 e é destinada ao atendimento da população das aldeias da região. Com 20 leitos, sendo, cinco enfermarias para adultos, duas enfermarias pediátricas e uma para isolamento, além disso possui: área administrativa, de informática, sala de medicamentos, lavanderia, expurgos, cozinha, refeitório, garagem e quartos para acompanhantes. A construção tem 834,33 metros quadrados. A CASAI aloja e alimenta pacientes e acompanhantes durante todo o período de tratamento, até que o indígena tenha condições de voltar para a sua aldeia. Como já citado anteriormente a CASAI tem desempenhado um papel de abrigo de crianças indígenas com deficiência tendo hoje cerca de 5 crianças sob sua responsabilidade.

Foto 3 – CASAI DOURADOS/MS

Fonte: Naara S. Aragão, 22/01/2015.

Em relação aos postos de saúdes, como já apontado anteriormente, são quatro no interior da RID, sendo eles o Bororo I, Bororo II Zelic Trojec, Jaguapiru I e Guateka (Jaguapiru). A equipe que atua nos postos de saúde é formada por 1 profissional de Enfermagem, 3 técnicos de enfermagem, 1 médico, 1 dentista, 1 nutricionista e 9 agentes de saúde. Sendo que cada agente de saúde fica em média com mais de 80 famílias sob sua supervisão, e sob a responsabilidade de cada posto tem em torno de 3000 pessoas.

Os postos, apesar de ficarem abertos das 8 h as 17h, não contam com a equipe completa em todo o período do dia e, na maioria dos dias, o atendimento só é realizado num período (manhã ou tarde). Ou seja, diante de todas dificuldades de acesso a saúde que a população da RID tem, serviços essenciais de atendimento inicial funcionam com a EMS em torno de 4 horas por dia, tendo dias que somente o prédio é aberto sem a presença da EMS, somente dos agentes de saúde. Nesse ponto é muito interessante observar a iniquidade em saúde, pois enquanto no município temos unidades 24 horas, postos de saúde que oferecem atendimento de pelo menos 8 horas diárias na RID é oferecido na maioria dos dias 4 horas de atendimento. E nos finais de semana o atendimento é realizado somente no Hospital da Missão o qual é de difícil para a maioria da população por se encontrar em um dos extremos da RID.

Os Postos de Saúde contam com infraestrutura básica, mas observa-se que as unidades (Fotos 4 a 7), são precárias, desde a estrutura física, quanto nos equipamentos e

na falta de muitas medicações e profissionais. Segundo relatos dos trabalhadores na reunião do Conselho Local de Saúde Indígena, a comunidade indígena é atendida em meio a salas tomadas de mofo e com paredes danificadas devido às graves infiltrações.

Foto 4 – POSTO DE SAÚDE PA' I KUARA RENDY - ALDEIA JAGUAPIRU



Fonte: Naara S. Aragão, 20/08/2016.

A unidade Jaguapiru I ou Pa'í Kuara Rendy que fica próxima da Escola Tengatú Marangatu, a situação estava muito precária e, após muitas denúncias e reclamações, iniciou-se uma reforma que tinha como previsão de término o mês de agosto/2016 o que não se efetivou e ainda não se tem uma perspectiva de quando será concluída e, segundo lideranças indígenas e profissionais da saúde, o que foi ampliado não atende as necessidades: “Não sei como é possível promover saúde naqueles ambientes”, conta um servidor. É a fala de um trabalhador da saúde indígena durante uma reunião do Conselho de Saúde Indígena sobre os postos de saúde da RID.

Foto 5 –POSTO DE SAÚDE GUATEKA – JAGUAPIRU II



Fonte: Naara S. Aragão, 20/08/2016.

Segundo profissionais também há problemas com o fornecimento de medicamentos, pois não tem dado nem para 30 dias. Ainda, conforme relatos, existem diversos materiais e equipamentos danificados há anos, pois não ocorre manutenção preventiva nem corretiva. E o lixo hospitalar e comum acumulado no posto de saúde por falta de coleta, tem se tornado um grande problema também.

Foto 6 –POSTO DE SAÚDE ZELIK STRUJAK – BORORÓ II

Fonte: Naara S. Aragão, 22/01/2015.

Outro grave problema relatado pelos profissionais da SESAI é a dificuldade que têm tido com as empresas terceirizadas, tanto na entrega de produtos quanto na sua baixa qualidade, na falta de pagamento dos motoristas que prestam serviço para SESAI, resultando em paralisações e insatisfações, o que em muitos dias tem impossibilitando totalmente o acesso aos serviços de saúde pelos indígenas. Vale destacar que o transporte dos pacientes é realizado exclusivamente por motoristas terceirizados. Ficando claro assim a forma desigual que a saúde indígena é tratada, sendo que os atendimentos são paralisados e mesmo assim não se observa uma resposta a estas demandas e sim cada dia um agravamento das problemáticas estruturais do atendimento ofertado.

Foto 7 – POSTO DE SAÚDE IRENO ISNARD – BORORO I

FONTE: Naara S. Aragão, 22/01/2015.

Outro ponto muito discutido na reunião do Conselho Local de Saúde Indígena (das duas que participei no ano de 2016) foi definir, efetivamente, qual o órgão responsável para garantir a infraestrutura dos postos? Afinal, teoricamente, todos os níveis de gestão do SUS, entre os quais a rede dos DSEI, são corresponsáveis, pelas ações de saúde dirigidas à população indígena, resguardadas as diferentes atribuições. Mas, na prática, isso não se efetiva. Observa-se que há dificuldade de se estabelecer os papéis e as responsabilidades, as pontes e elos entre o subsistema de saúde indígena e o sistema de referência do SUS. Essa questão se relaciona com a afirmação que fizemos no início deste capítulo sobre a desorganização dos serviços até os dias atuais, mesmo a política em tese prevendo a articulação em rede entre saúde indígena e demais serviços do SUS, que na prática não acontece, ficando uma lacuna nos atendimentos entre rede e a saúde indígena.

Sendo assim, durante nossas visitas e conversas com os profissionais da saúde indígena foi possível verificar as diversas dificuldades que a saúde indígena local da RID enfrenta, e diante disso conseguimos compreender melhor a complexidade de relações que estão por trás do atendimento que chega ao hospital e como isso se reflete no processo saúde-doença desta população.

CAPITULO 2 – CARACTERIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÕES ESPACIAIS: O CASO DA RESERVA INDÍGENAS DE DOURADOS/MS

2.1 Reserva Indígena de Dourados – RID

No início da colonização espanhola e portuguesa as fronteiras na América eram formadas de maneiras diferentes do que por nós identificadas hoje. Os Avá-Guarani, que tem como subgrupos os Kaiowá, os Ñandeva e os Mbya, localizavam-se numa área compreendida entre os rios Paraguai, Miranda, Paraná, Tietê, Uruguai e Jacuí.

E, segundo Mura (2005, p.55),

...a organização entre os Guarani do passado era expressa por uma unidade político-territorial, o guará, um amplo espaço geográfico onde se relacionavam unidades formadas por famílias extensas, definidas pela autora como te yi-óga, isto é, o té yi, constituindo a família extensa e óga, representando a habitação comum que abrigava a totalidade do grupo familiar.

A primeira proposta de aldeamento desses índios foi feita pela Província do Mato Grosso, em 27 de julho de 1845, a qual se fundamentava na ideia de aldear os índios que estivessem dispersos na região com a intenção de misturá-los com a população local. A partir de 1895, Tomaz Laranjeira recebeu as concessões oficiais para a Companhia Erva Mate Laranjeira, uma área de arrendamento de terras devolutas do regime republicano em todo o Brasil para um grupo particular o qual passou a explorar a região até meados de 1940 (ARRUDA apud ALCÂNTARA, 2007).

A Companhia Erva Mate Laranjeira tornou-se polo de atração de indígenas que viviam na região e que viam a possibilidade de trabalho com o Mate Laranjeira, permitindo a aquisição de produtos, como sal, roupas e ferramentas (ALCÂNTARA, 2007).

A criação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados foi decretada em 1943 e abarcava uma área a ser retirada das terras da União, no território de Ponta Porã, não inferior a 300 mil hectares. Esse decreto atingiu diretamente os Tekoha⁵. Nessa ocasião, restaram aos indígenas duas alternativas: se deslocarem diretamente para as matas ou ir em direção a RID. E, a partir de 1950, com as derrubadas das matas para implantação de

⁵ espaço genericamente definido como o lugar onde vivem os Kaiowá segundo seu modo de ser (CRESPALDO, 2014).

fazendas agropecuárias, os Kaiowá e os Nandeva vão ter como saída apenas o caminho para a Reserva, culminando, na década de 70, com a entrada do agronegócio (BRAND, 1997).

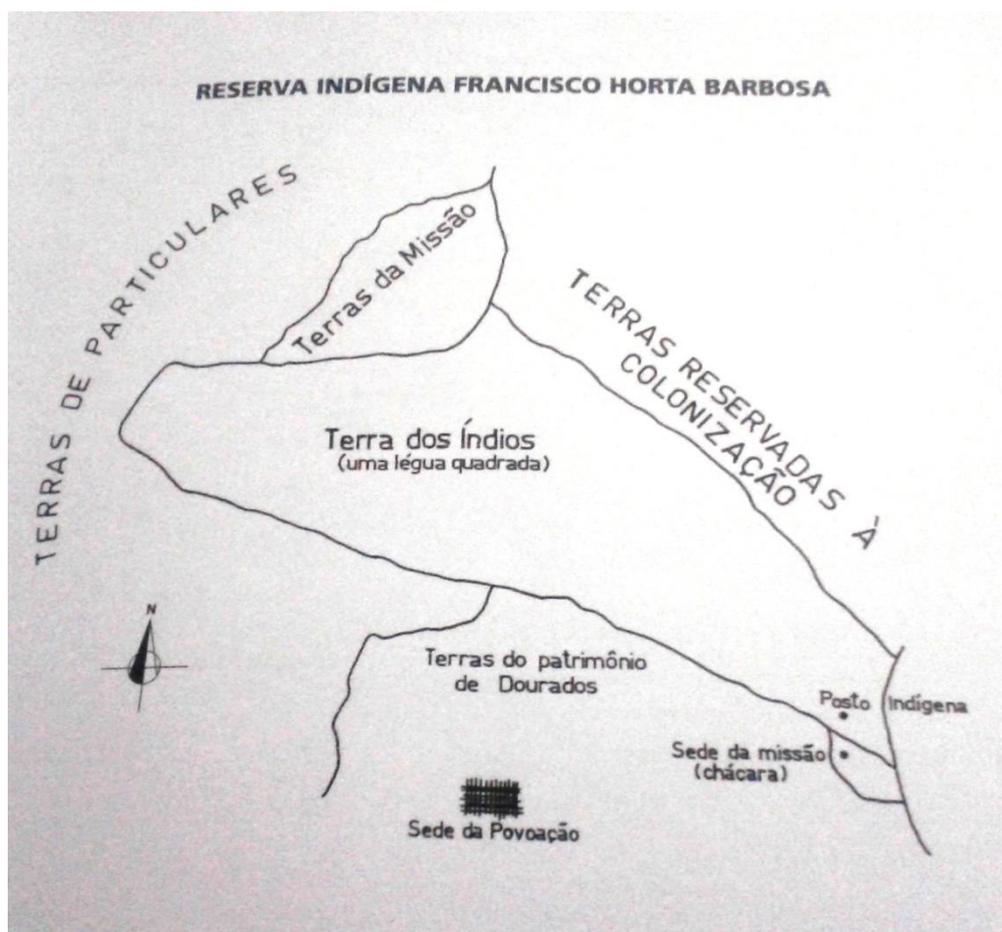
Assim,

a implantação da Colônia em cima dos tekoha Kaiowá marca o início de uma longa e difícil luta dos índios pela manutenção de sua terra. Negam-se a deixar estas terras, que foram vendidas pelo governo a colonos. Estes, por sua vez, buscam constantemente obter a expulsão dos índios seja através de ações na justiça, seja através de meios mais escuros. (BRAND, 1993, p. 57 e 58).

Ainda sobre as omissões, o autor acrescenta:

A implantação da Colônia Agrícola obedecia a um plano amplo de colonização oficial do Governo Federal e não seria admissível que um grupo de índios atrapalhasse sua implantação, como aliás tem sido de praxe neste tipo de conflito. O respeito aos direitos indígenas, já amplamente garantidos pela Constituição em vigor, confronta-se com os projetos de desenvolvimento, coordenados e incentivados pelo mesmo Ministério. A corda arrebenta do lado mais fraco e a ação do SPI está subordinada e integrada nos planos globais de desenvolvimento econômico. Está aí, certamente, uma das causas de sua ineficácia e omissão (BRAND, 1993, p.63).

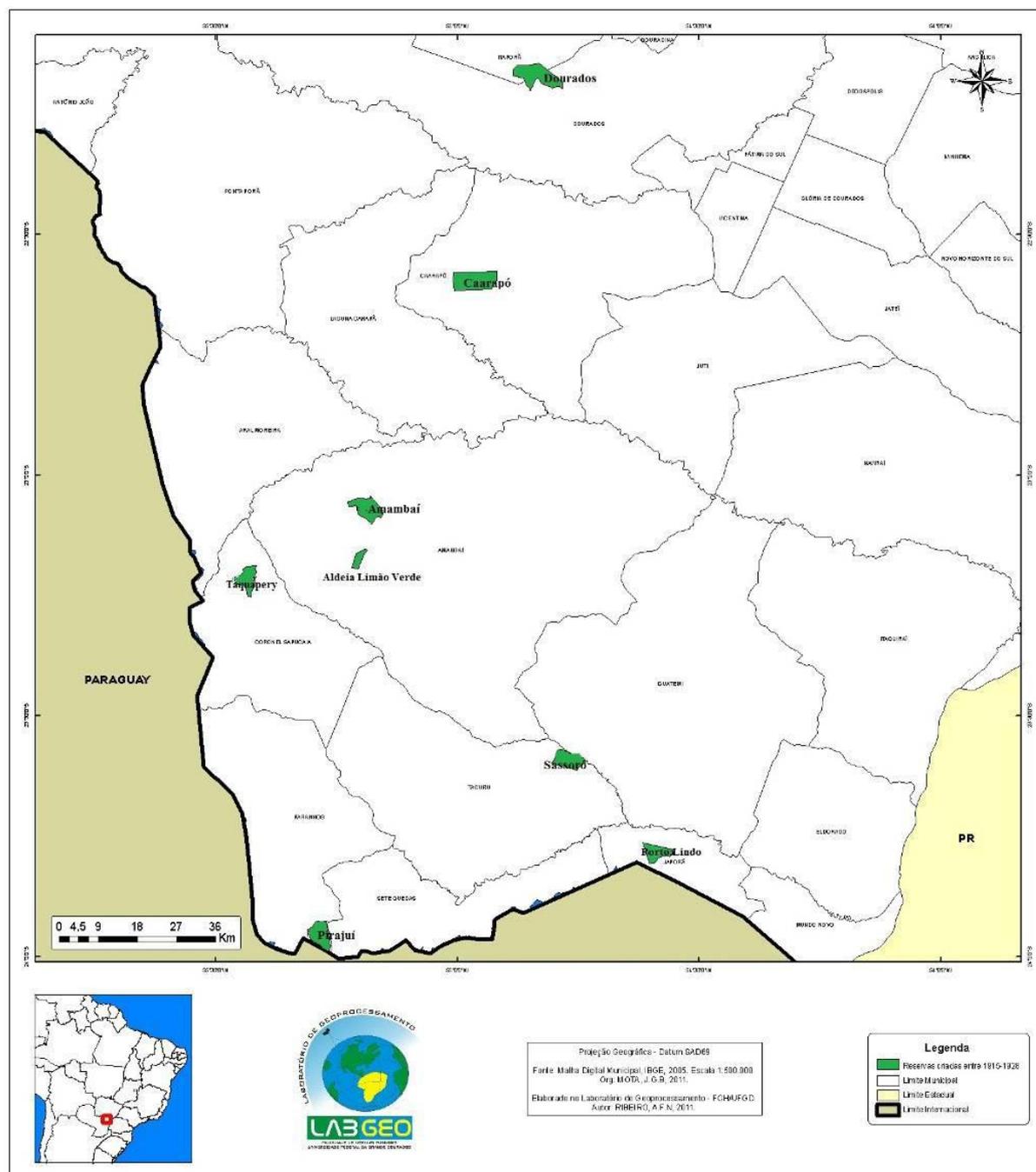
A Reserva de Dourados foi instituída por meio do decreto nº 401, do presidente do Estado de Mato Grosso. Em 1925, transforma-se na unidade administrativa do Serviço de Proteção aos Índios, com uma área de apenas 3,5 hectares. A intenção do SPI era fazer com que os índios fossem aldeados para que se tornassem produtivos e, com isso, ingressassem no processo civilizatório: uma releitura das missões jesuíticas. Mas, nas mãos do Estado brasileiro e de seu projeto positivista de progresso, o caminho era da assimilação para civilização via processo “aculturativo”. Assim, necessitariam fazer uma “integração” que contribuísse com a mão-de-obra para o progresso da região (ALCÂNTARA, 2007).

FIGURA 2 – RESERVA INDÍGENA FRANCISCO HORTA BARBOSA

Fonte: ALCÂNTARA (2007, p. 35.)

De 1915 até 1928, o Serviço de Proteção Indígena, “reservou” aos Kaiowá e aos Guaraní no antigo Sul do Mato Grosso (hoje Mato Grosso do Sul) oito áreas: Benjamin Constant, em 1925, no município de Amambaí; Francisco Horta Barbosa, em 1917, no município de Dourados; José Bonifácio ou Te’ye, em 1924, no município de Caarapó; Sossoró ou Ramada, em 1928, no município de Tacuru; Limão Verde, em 1928, no município de Amambai; Takaperi, em 1928, no município de Coronel Sapucaia; Pirajuy, em 1928, no município de Paranhos e Porto Lindo, em 1928, no município de Japorã (BRAND, 1997), como se pode observar no mapa I.

MAPA I – LOCALIZAÇÃO DAS RESERVAS INDÍGENAS CRIADAS PELO SPI ENTRE 1915 A 1928.



Fonte: MOTA, J, G, B, 2011.

Segundo Giroto (2007), a Constituição da Reserva se deu por desterro e confinamento:

Desterro, quando abordamos o contexto da criação da Reserva e o aldeamento compulsório que originou a sua conformação étnica, composta, inicialmente, de três etnias – Guarani/Kaiová, Guarani/Ñandeva e Terena. Logo viriam outros habitantes, como paraguaios e “não-Indígenas”, estimulados pelo próprio “Órgão Tutor”, visando o entrosamento étnico com vistas a promover

a homogeneização cultural, símbolo da retórica de um país moderno e unido por uma pretensa identidade única, o que significou, sistematicamente, a imposição de novos costumes, balizados pelo conceito de “civilização”, ocidental e capitalista (GIROTTI, 2007, p.3).

Segundo Calixto e Moreno (2008) outra estratégia governamental foi a localização das reservas. A maioria foi constituída próxima aos centros urbanos e hoje são praticamente bairros da cidade. Esse é o caso da Reserva Indígena de Dourados (como demonstrado no Mapa 4). A malha urbana de Dourados está muito próxima aos limites da aldeia indígena, que fica cerca de 2 km da cidade, conta com uma população de aproximadamente 14.000 habitantes e abriga grupos indígenas Guarani (Ñandéva e Kaiowa) e Terena. Além de ser “integrada” à cidade, é dividida por uma rodovia (MS 156). A lógica dessa proximidade aponta para mudanças profundas nas relações e práticas cotidianas.

Os Terena foram transferidos para RID no fim da década de 20 para fazer a ponte entre os índios Guarani, que eram considerados muito selvagens, e os não-índios. Deveriam ensiná-los a trabalhar na agricultura e a tornarem-se mão-de-obra na região. Era claramente um processo civilizatório da “nação” brasileira, que mudou somente no fim da década de 80, no momento em que nasceram, mundialmente, movimentos e organizações não governamentais na luta pela conservação da natureza e pela manutenção dos direitos humanos. Tanto os Guarani quanto os Terena não eram originários da área onde se localiza a RID. Esse local fazia parte de um território de passagem dos Guarani/kaiowá, e não de permanência. Isso foi uma criação artificial imposta pelo Estado brasileiro (ALCÂNTARA, 2007).

Nesse local imposto de fora, passaram a conviver índios que não tinham um mesmo universo simbólico e muito menos uma convivência para que pudessem lutar por um projeto em comum. Os conflitos internos, em sua grande maioria, até os dias atuais, são gerados de fora para dentro na tentativa de transforma-los em “civilizados” com relação a integração de sua mão-de-obra para o entorno. Ao mesmo tempo, outros movimentos lutam para “preservação da cultura indígena” nos moldes ditados pelo Ocidente (ALCÂNTARA, 2007).

No entanto, vários problemas começam a surgir. Os Terena são do grupo Aruak, que, historicamente, não mantinha relações amistosas com os outros dois grupos ali instalados. As diferenças são étnicas e, portanto, todas as representações socioculturais vão se colocar de maneira conflitantes (BRAND, 1997).

Um elemento de suma importância para nós é o fato de que os Terena, advindos do Chaco, da nação Guana, estavam estratificados em camadas hierárquicas: “os nobres” ou os “capitães” (os Naati ou “os que mandam”) e a “plebe” ou os soldados (wahere-xane ou “os que obedecem”), além de terem cativos. Diferentemente os Kaiowá e dos Nandeva, que não apresentavam uma estratificação social e não tinham a mesma forma de organização social e política, não existia um poder centralizado, e o papel de liderança aparecia quando ocorre uma tarefa determinada. Outro ponto crucial é o fato de os Terena viverem em aldeias nucleadas, divididas em bairros, com liderança própria e que podem conter a população relativamente alta. Os Guarani organizam-se em famílias extensas, espalhadas no território, e agrupam-se espontaneamente. A liderança e a unidade comunitária são definidas por meio de assembleias periódicas, pelo consenso entre seus membros (ALCÂNTARA, 2007).

Segundo Shaden (1982) apud Alcântara (2007) os Terena sacrificaram a maior parte da sua cultura, deixaram de falar a língua, parte foi convertida ao catolicismo e parte às igrejas protestantes. No tocante ao uso de tecnologia e a vida econômica, pouco se distinguem da população regional. Em virtude disso, conseguiram uma participação relativamente satisfatória no conjunto das atividades econômicas regionais, tornando-se mão-de-obra na lavoura, nas indústrias extrativas e, principalmente, na pecuária.

O diálogo cultural entre os Terena e a sociedade adjacente é muito maior e mais eficaz do que com os Kaiowá e os Nandeva, fato que os leva a ter um certo sentimento de superioridade (ALCÂNTARA, 2007). O espaço em que se localizam as duas etnias representa essa “superioridade” retratada pelos Terena, sempre localizados nas terras mais férteis e com maior infra-estrutura, pois estão próximos a estrada principal que atravessa a aldeia e as benfeitorias, como escolas e Posto da FUNAI (ALCÂNTARA, 2007).

Na década de 70, o poder dos Terena torna-se hegemônico na RID. Na transição entre as fazendas e o agronegócio, eles são mais requisitados para trabalhar na agricultura e recebem cursos de formação agrícola, principalmente os ministrados pela Missão Caiuá⁶. Isso cria uma grande assimetria entre eles e os Kaiowá/Nandeva (BRAND, 1997).

⁶Segundo Carlos Barros Gonçalves (2009, 123) apud Mota (2015, p. 392) a Missão Evangélica Presbiteriana, conhecida como a Missão Evangélica Caiuá, foi fundada em 1929 na RID. Como ainda demonstra o autor, a missão adquiriu na década de 1930 duas áreas de terras em lados opostos à reserva. A primeira sendo uma área de 1.020 hectares a cerca de duas léguas da reserva, estando nas proximidades da mesma, onde esta não satisfaz e/ou supriu os requisitos básicos para uma efetiva instalação. E a segunda, visando —[...] o desenvolvimento a contento dos objetivos evangélicos, os missionários compraram uma

A reserva⁷ de Dourados tem, desde sua origem, uma composição étnica singular e atípica formada por três etnias que, juntamente com os não-índios que vivem dentro da RID ou em seu entorno, mantêm entre si uma complexa rede de relações, configurando um sistema multiétnico de relações. Segundo Pereira (2004) o sistema multiétnico pressupõe a existência de redes de relações sociais, materiais e simbólicas que tornam permeáveis as fronteiras étnicas das sociedades envolvidas no sistema. Por fim, atualmente, a RID, é considerada a mais populosa do país, e localiza-se entre as cidades de Dourados e Itaporã, e a 100 km da fronteira com Paraguai, encravada numa região onde predominam o agronegócio da soja e cana de açúcar, que eleva o preço das terras o que dificulta ainda mais a questão da demarcação de terras originárias das populações indígenas, o que vai influenciar diretamente na atual Infraestrutura da RID, conforme abordaremos no próximo tópico.

2.2 Infraestrutura da Reserva Indígena de Dourados

A Reserva de Dourados é considerada um local com uma certa infraestrutura que a torna polo de atração de (i)migrações indígenas vindas das aldeias do entorno e do Paraguai, que se intensifica pela sua proximidade com a área urbana da cidade de Dourados (ALCÂNTARA, 2007).

Segundo as lideranças indígenas a reserva possui as seguintes infraestruturas públicas: 6(seis) escolas municipais (educação infantil e ensino fundamental) com ensino bilíngue - Escola Ara Porã; Tengatui Maracatuí; Ramão Martins; Francisco Meireles; Agustinho; Lacui Roque Isnard e 1 (uma) escola Estadual Marçal de Souza que oferece ensino médio; Possui também 1 (um) Centro Poliesportivo; 1 (um) Centro de Referência de Assistência Social (Foto 8), localizada na Bororó, 2 Núcleos de Atividades Múltiplas

área menor e mais próxima ao posto Indígena e à vila de Dourados entre 1931 e 1932. Somente com esta última iniciaram os trabalhos de construção física da Missão [...].

⁷A mesma divide-se entre Jaguapirú e Bororó, e esta divisão se deu em meados da década de 1970 com a justificativa de facilitar a administração interna na reserva. Estas denominações se fazem a partir da memória coletiva das gentes territorializadas nestas duas – “aldeias”. A aldeia Bororó tem como denominação a presença do Bororo e/ou *Mbororo* Antônio Roberto, que para grande maioria das gentes com quem conversamos é lembrado como *Antônio Bororó*, conhecido também como indígena participante da etnia Terena, e/ou Kinikinawa, e/ou Kadiwéu, salientando que ele era —*índio misturado*ll, não havendo um consenso na reserva sobre sua etnia (MOTA, 2011, p.160).

(NAM) da Unigran⁸; 4 (quatro) Postos de Saúde sendo dois para cada área (Bororó, Jaguapiru) da reserva e também o hospital ligado a Missão Protestante Caiuá (nas terras ao adjacentes a Jaguapirú) e 1 (um) posto da FUNAI.

**FOTO 8 – CENTRO DE REFERENCIA DE ASSISTENCIA SOCIAL (CRAS) -
BORORO II**



FONTE: Naara S. Aragão, 20/08/2016.

O Centro Referência de Assistência Social na aldeia Bororó foi criado no ano de 2012, e o mesmo tem o grande desafio de somente com uma equipe técnica desenvolver toda a política assistencial prevista na Política Nacional de Assistência Social, teve sua estrutura ampliada para dar conta de tantos atendimentos que vinham sendo buscado neste local. Hoje segundo servidores do CRAS são realizados em média de 300 atendimentos mês.

Em março de 2013 foi criada a Coordenadoria Especial de Assuntos Indígenas na cidade de Dourados, proposta essa advindo do Vereador Indígena Aguilera de Souza, a qual criou dois núcleos de atendimento à população utilizando o espaço já existente do Núcleo de Atividade Múltiplas da Unigran, neste local são realizados diversos tipos de

⁸ O Núcleo de Atividades Múltiplas foi criado no ano de 1999, pelo Centro Universitário da Grande Dourados – Unigran, com objetivo desenvolver atividades de promoção de saúde e educação na Reserva Indígena de Dourados, através de projetos de Extensão Universitária. E possui duas unidades um na área Jaguapiru e outro na Bororó.

orientações e tem sido uma referência para informações a respeito de documentações, inclusive muitos indígenas tem feito seu agendamento eletrônico do RG neste local.

FOTO 9 –NÚCLEO DE ATIVIDADES MULTIPLAS - NAM INDÍGENA.

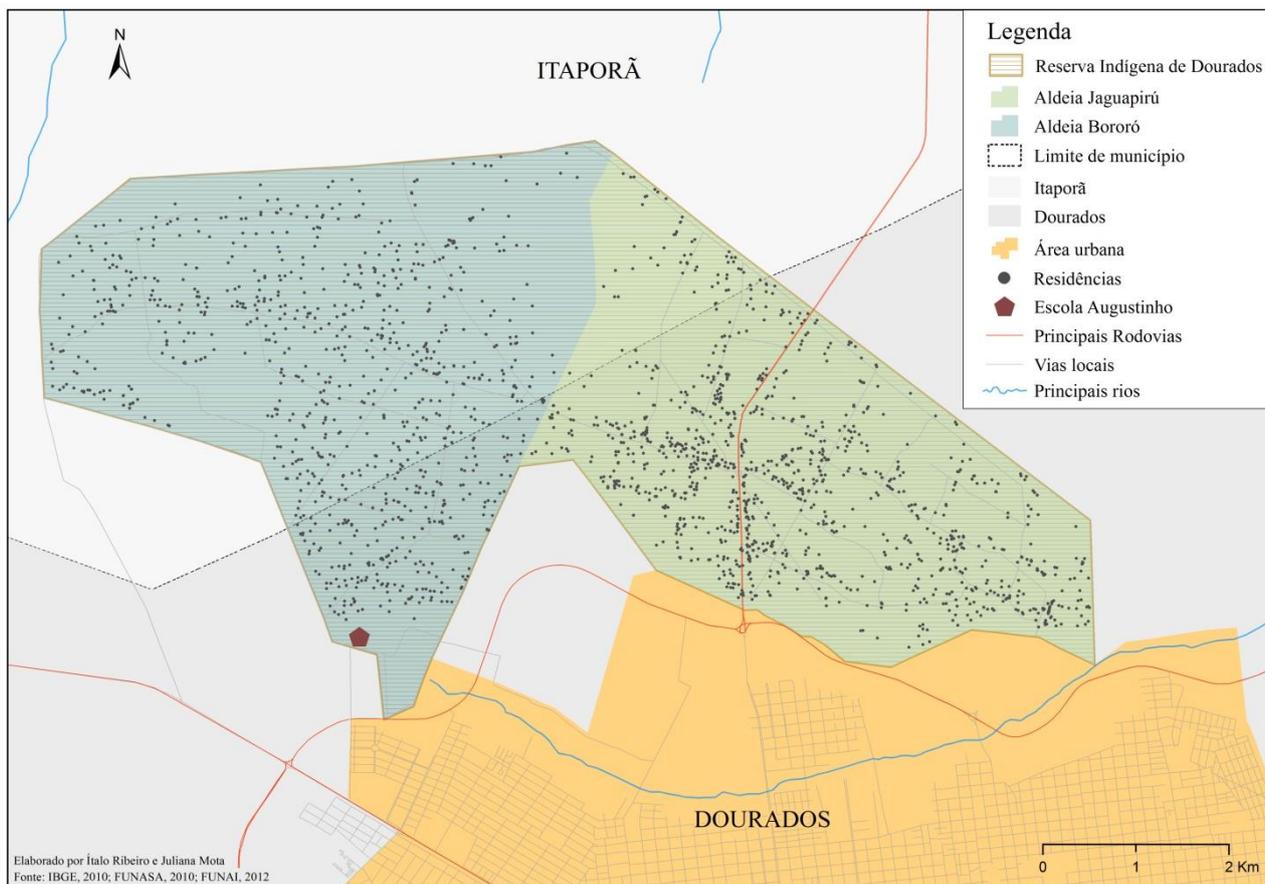


FONTE: Naara S. Aragão, 20/08/2016.

É importante elucidar que anteriormente, no início do século XX, a região que compreende a atual área indígena, era tomada de mata, com uma vasta e diversificada fauna e flora. Segundo depoimentos houve um violento processo de desmatamento pelo qual passou esta região, especialmente, no início da segunda metade do século XX. O próprio órgão SPI/Funai consentiu que fosse instalada uma serraria no interior da Jaguapiru na década de 60. “Assim o desmatamento ocorrido comprometeu a subsistência das famílias ali aqui residiam, somou-se um progressivo aumento demográfico decorrente do crescimento “natural” da população e da vinda de outras famílias para a área” (TROQUEZ, 2005, p.44).

Atualmente o Estado de Mato Grosso do Sul tem a maior população indígena Guarani (Kaiowá e Nandeva) do Brasil, com aproximadamente 40 mil índios, vivendo confinados em pouco mais de 40 mil hectares. Em Dourados, nas aldeias Jaguapirú e Bororó, a situação é muito alarmante porque há concentração humana de três indígenas por hectare de terra, se constitui no principal confinamento indígena do país, com todas as consequências que isto representa (SILVA, 2010).

MAPA II – TERRITORIALIZAÇÃO PRECÁRIA: DENSIDADE POPULACIONAL DA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS.



Fonte: MOTA, 2015.

Faltam espaços para a expressão da vida em condições naturais, da manifestação dos ritos culturais e religiosos, assim como praticar a aprendizagem social tradicional e a agricultura de subsistência familiar.

O acesso a água também tem sido um dos principais problemas da RID, pois é desigualmente distribuída e o seu fornecimento é irregular – na maioria das vezes, só chega a noite nas residências. No interior do Bororo não existe fornecimento de água, e são poucas as casas que tem poços artesianos. A RID dispõe de cinco açudes: Jorge (Jaguapiru), Nilson (Jaguapiru), Sardinha (Bororó), Luciano (Bororó) e Guilherme (Bororó)

O saneamento básico e a iluminação estão concentrados nos arredores da estrada principal, que liga as aldeias Jaguapiru e Bororó. No interior da Reserva e, principalmente, na Bororó, a infraestrutura é precária.

Estas condições de trabalho ou a sua falta se reflete na renda auferida pelas

famílias, com 33% delas possuindo renda mensal familiar de até 1,0 salário mínimo. Mais expressivo ainda é o percentual de famílias (51,50%) que não tem nenhuma renda e dependem exclusivamente dos repasses de programas sociais, cuja cobertura é de 70,60% nas terras indígenas de Dourados (ARAGÃO, 2010).

Estes dados, combinados com o tamanho das famílias, com média de 4,50 pessoas por família, significa um rendimento per capita da população que tem renda, de R\$ 122,00/mês, ou seja, grande percentual de famílias vivendo em situação de pobreza absoluta (ARAGÃO, 2010).

As casas apresentam uma variedade de construção típica da precariedade da situação, há uma mistura das casas de sapé e lona, casas de alvenaria e também casas construídas pela prefeitura de Dourados.

A ruptura na estrutura familiar afeta a sociedade como um todo, porque fragiliza a unidade básica da sociedade Kaiowá e Ñandeva, na qual se articulam as principais questões no campo da economia, da política e da religião, como pressupostos do sentido da vida. Essa situação contrasta com as exigências da morfologia social e da organização territorial dessas populações, constituindo um quadro de extrema vulnerabilidade social, econômica e ambiental. As expressões sociais resultantes dessa problemática são muitos indígenas vivendo abaixo da linha da miséria, num contexto marginalizado (SILVA, 2010).

Além dos desafios que os povos indígenas brasileiros têm que driblar diariamente, a juventude indígena encara ainda problemas que minam suas perspectivas de vida, como altos índices de suicídio, obstáculos à promoção da identidade e da tradição das comunidades, dificuldade de acesso à educação e impasses linguísticos, econômicos e culturais. Esse é o quadro apontado pelo estudo "A situação dos povos indígenas no mundo", lançado pela ONU em janeiro de 2010. Escrito por peritos independentes – especialistas em temáticas indígenas ligadas as áreas como direitos humanos, educação, saúde, meio ambiente, entre outras – o relatório apresenta, de forma circunstanciada, o grau de pobreza e abandono dos povos indígenas no Brasil, revelando que 38% dos 750 mil índios brasileiros viviam em situação de extrema pobreza (SILVA, 2010).

Segundo Oliveira (2014) essas problemáticas advém das ações ligadas a um colonialismo interno, aqui percebido como um dinâmico sistema estruturante de relações sociais de dominação e exploração particular ao Brasil, conectado, porém, às capilaridades transnacionais de um colonialismo global. Este sistema estruturante é marcado por leis, práticas, burocracias, saberes e outros fatores, que caracterizam formas de dominação e

manutenção de assimetrias por parte das elites políticas regionais e nacionais contra grupos étnico e culturalmente distintos em relação a elas ou à maioria da população.

O resultado disso tem reflexos em todo tipo de violência perpetrada contra os indígenas que vivem na região da Grande Dourados e em todo o Mato Grosso do Sul, inclusive assassinatos e várias formas de exclusão social e preconceito étnico-racial (OLIVEIRA 2014).

Segundo relatório do Conselho Indigenista Missionário - CIMI (2012), foram registrados 51 assassinatos de indígenas no Brasil no ano de 2011. Desse total, 32 vítimas pertencem aos povos que habitam Mato Grosso do Sul, representando 62,7% dos assassinatos. Já a Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai/MS) identificou 39 vítimas em 2011 no Mato Grosso do Sul, 7 vítimas acima do relatório do CIMI (2012). A maioria das vítimas de assassinatos foi da etnia Guarani-Kaiowá, representando uma taxa de mortalidade específica por homicídio de 53,75 por 100.000 pessoas (RANGEL, 2012).

Tal situação tem sido persistente nos últimos anos, atingindo o pior cenário em 2007, com 53 assassinatos somente no estado, e 92 vítimas no Brasil demonstrando que houve agravamento da situação a partir de 2005 em Mato Grosso do Sul, o que sinaliza acirramento do conflito pela demarcação de terra indígena. Coincidentemente, em 2007, o STF suspendeu os efeitos de uma demarcação de reserva indígena do povo Guarani-Kaiowá.

Outro fator de alerta que atinge a população Guarani-Kaiowá é o elevado número de suicídios, cujas vítimas são os jovens. Em 2011, foram registrados treze suicídios de indígenas, enquanto o DSEI-MS (Distrito Sanitário Indígena) registrou 45 casos, dos quais 70% do sexo masculino na faixa etária entre 15 e 29 anos (CIMI, 2012). Rangel (2012) chamou atenção para o fato de o suicídio envolver, sobretudo, pessoas jovens e até muito jovens. Das vítimas, 6 eram menores, havendo uma concentração de casos na faixa de 15 a 19 anos. Além disso, no Mato Grosso do Sul, foram registradas ocorrências de escravização de indígenas, trabalhando em condições degradantes, sendo 16 homens da etnia Terena e 285 homens Guarani-Kaiowá (CIMI, 2012).

A partir deste breve explicação, podemos afirmar que a população indígena de Dourados enfrenta sérios desafios na luta pela sua sobrevivência, como a violência, o preconceito e a necessidade de lutar pelas suas terras tradicionais. Essa conjuntura tem contribuído para a perpetuação da situação de miséria, pobreza e extrema pobreza (QUERMES ; CARVALHO, 2013).

2.3 O Município de Dourados

Localizada no Estado do Mato Grosso do Sul, Dourados tem 215.486 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2016), sendo a segunda cidade mais populosa do estado. Fundada no século XIX, com o nome de São João Batista de Dourados, era habitada principalmente por gaúchos, paraguaios e índios. Em 1914, foi elevada a distrito e, em 1925, a município (ALCÂNTARA, 2007).

Podemos afirmar que a cidade ganhou grande impulso para desenvolver-se economicamente a partir da implantação da política de colonização da região oeste do então Mato Grosso. Esse projeto teve suporte econômico garantido pelo poder público, permitindo que a cidade fosse o centro prestador de serviços, principalmente, no tocante à oferta de produtos e serviços para o campo, tanto tecnológicos como de mão de obra.

Nesse sentido, algumas dinâmicas estabelecem-se no processo de consolidação econômica e intensificação da urbanização do estado de Mato Grosso do Sul, e na constituição da economia da cidade de Dourados com destaque para a participação e dinamicidade de várias empresas ligadas ao setor da agricultura mecanizada. Dentre as principais empresas destaca-se a presença das multinacionais Cargill, Bunge Alimentos, Bayer, Monsanto, Basf, a Syngenta, COMID Máquinas Ltda e CVale Cooperativa Agroindustrial; além de outras unidades vinculadas a Manah, Serrana Fertilizantes e Serrana Nutrição Animal (Bunge), DuPont, Caterpillar, Massey Ferguson, New Holand, John Deere, Case Agriculture, entre outras (SILVA, 2012, p.13).

Segundo Calixto e Moreno (2008), de acordo com dados do IBGE, entre os períodos de 1970 a 1980, houve uma alteração significativa no perfil da população residente em Dourados, apresentando um aumento de 1200% de pessoas com nível superior, ou seja, de um total de 119 (em 1970) passa a 1438 profissionais (em 1980). De acordo com a referida autora, esta nova realidade imprime na cidade alterações nas relações intra e interurbanas, por meio do fluxo de capital e de pessoas, o que estimula os papéis e a importância de Dourados.

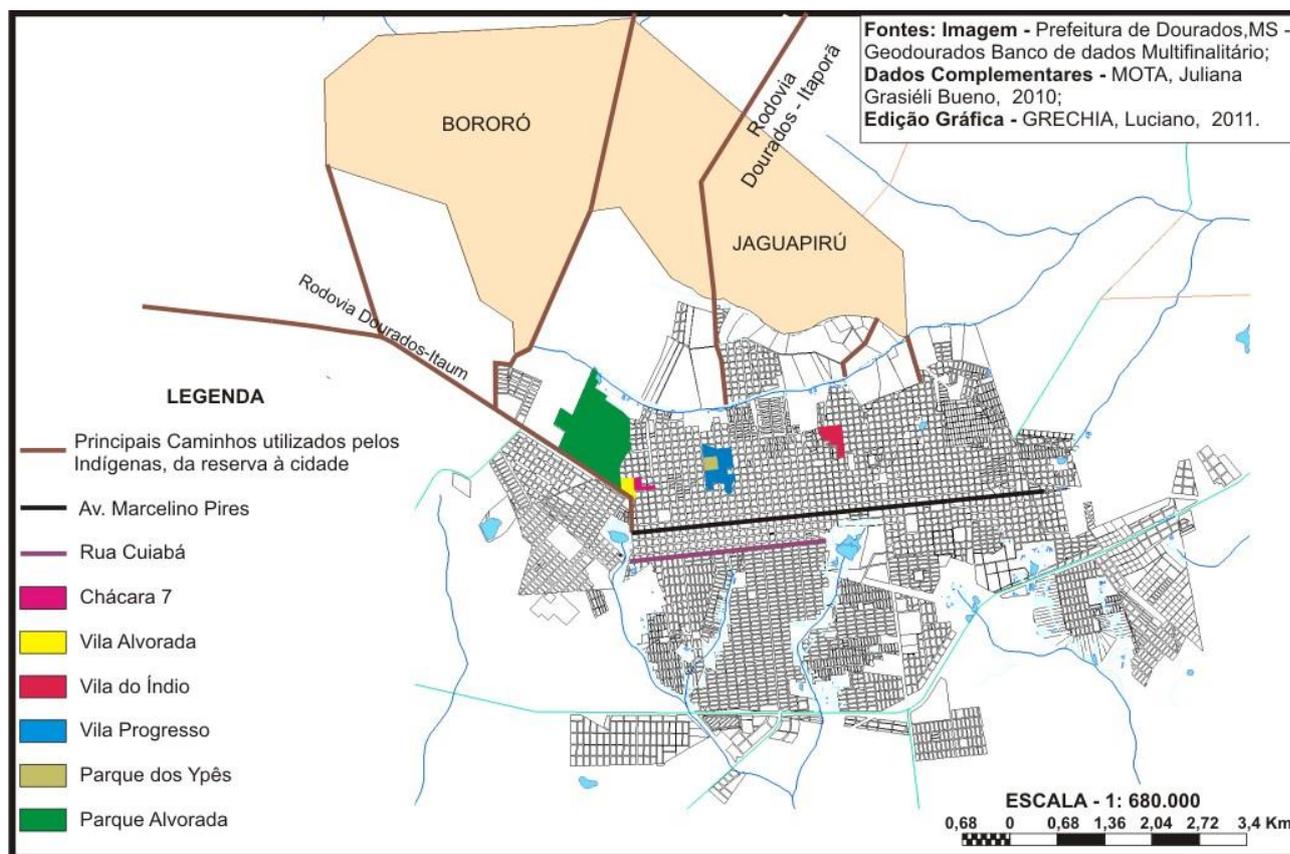
Além de considerada um berço da exportação de soja e com grandes números de bovinos, Dourados se transformou em uma cidade universitária. Possui cinco instituições de ensino presencial, duas públicas e três privadas: uma universidade federal (Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD); uma estadual (Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS); duas instituições particulares (Centro

Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN e Anhanguera-UNIDERP); e a Faculdade Teológica e Seminário Batista (Ana Wollerman). (MORENO, 2013).

Assim, o município de Dourados concentra, além da agroindústria, os serviços de ensino superior e prestação de serviços médico hospitalares, atuando, desse modo, como importante polo concentrador, sobretudo, para a porção meridional de Mato Grosso do Sul. A dinamicidade que caracteriza Dourados no contexto regional extrapola o caráter estritamente econômico. Assim, muitas são as possibilidades de entender as várias dinâmicas que regem e que estimulam a funcionalidade de Dourados regionalmente. Contudo, a oferta dos serviços médico-hospitalares ganha cada vez mais destaque no âmbito das relações e da consolidação da importância de Dourados (CALIXTO; MORENO, 2008).

O município de Dourados teve origem dentro de um território indígena, embora esta parte de sua história ainda precise ser mais apropriada e divulgada a sua população. Se no começo a sede do município ficava um pouco distante da Reserva Indígena, hoje a cidade e a reserva estão umbilicalmente ligadas e não há como separá-las. Para os índios isso se torna um problema à medida que o preconceito étnico-racial e a exclusão social persistem, o que se reflete cotidianamente em sua vida na cidade. Para a maioria dos não-índios, por sua vez, a marcante presença indígena na cidade de Dourados é naturalmente percebida como algo ruim, uma espécie de entrave ao “progresso” e à “civilização” (OLIVEIRA, 2014).

MAPA III – LOCALIZAÇÃO DAS TERRITORIALIDADES GUARANI E KAIOWÁ NAS RELAÇÕES ENTRE RESERVA E CIDADE DE DOURADOS.



Fonte: MOTA, 2010.

Mesmo marcada pelo hibridismo cultural, uma das características de Dourados é o preconceito para com a população indígena localizada a cerca de 10km do centro da cidade. São consideradas por muitos como ladrões, bêbados e vagabundos. A representação que se tem dos índios, em geral, é totalmente negativa (OLIVEIRA, 2014).

O preconceito que grande parte da população não-indígena de Dourados nutre contra os Kaiowá, Guarani e Terena se deve a um fato curioso: apesar da proximidade e até mesmo da convivência, observo um desconhecimento significativo sobre quem são os indígenas que vivem na região. No dia-a-dia na convivência com amigos e colegas de trabalho no hospital Universitário da UFGD é comum ouvir comentários pejorativos em relação aos indígenas tais como: “tinha que ser indígena”; “indígena é complicado mesmo”; “eles deviam ser colocados num avião e soltos na Amazônia”; “elas são preguiçosos e vagabundos” entre outros.

Portanto, as fronteiras entre as a RID e a cidade de Dourados não estão diluídas, mas se configuram, cada vez mais sólidas, pela repulsão ao outro. Essa repulsão foi

constituída por diversas perdas sociais, que historicamente foram se somando, seja pela ação governamental ou pelo avanço do capitalismo agrário.

Mesmo com essa fronteira imposta pelo preconceito, diariamente muitos indígenas são prestadores de serviços na cidade de Dourados e participam dela mesmo sem ter direito de fato a ela. Os serviços prestados são principalmente nos trabalhos considerados braçais e em sua maioria informal, devido a falta de documentação e/ou pela falta da qualificação. Se destacam no serviço de coleta de lixo, como coveiros nos cemitérios, doméstica/diarista e muitos na construção civil (CALIXTO; MORENO, 2008).

O trabalho fora da reserva é uma maneira de garantir ou complementar a renda da família, criando, inclusive, a expectativa de uma vida melhor, melhor educação dos filhos e, até mesmo, melhor remuneração. Conforme já apontado, geralmente a mão-de-obra indígena é empregada nas fazendas, nas usinas de álcool ou mesmo na cidade como no serviço de coleta de lixo, de servente de pedreiro etc. As mulheres, geralmente ficam em casa ou vão para a cidade trabalhar como domésticas ou vender produtos plantados na reserva (mandioca, milho, dentre outros) (CALIXTO; MORENO, 2008, p.8)

O espaço urbano douradense, que aparentemente apresenta-se acessível aos índios que, vêm e vão pelas ruas asfaltadas da cidade, se encontra ideologicamente freado por uma barreira cultural, marcando um conflito com a sua inserção nesse espaço social e economicamente diferenciado do seu habitual. Esse encontro, caracterizado pelo “contato” de realidades diferenciadas, é marcado pelo preconceito, passando pela recusa do outro, ou seja, aquele que não comunga do mesmo ritmo e “*moldes adestrados do capital*”. A presença do indígena no meio urbano é banalizada (CALIXTO; MORENO, 2008).

Nessa perspectiva de contradições entre desenvolvimento econômico em detrimento do desenvolvimento das relações sociais, é que se configura a constituição da cidade de Dourados. E todas estas relações estão relacionadas com o processo saúde-doença da população indígena de Dourados. Afinal a saúde é resultado das relações espaciais por isso é necessário pautar e analisar estas relações para a partir daí entender como isso tem se materializado na saúde da população indígena.

CAPÍTULO 3 – ESPAÇO E SAÚDE

3.1 Contextualizando Saúde pública: entre o social e o biológico

Historicamente pode-se observar a preocupação de entender as relações e reflexos do espaço no processo saúde-doença e intervir sobre elas sempre fez parte, de diferentes modos, de diferentes momentos da história do desenvolvimento do que hoje denominamos de Saúde Pública. Podemos considerar que o tratado "Ares, Águas e Lugares", de Hipócrates, datado do século V a.C. constitui o primeiro esforço sistemático de apresentação das relações causais entre fatores do meio físico e social e a produção das doenças.

Esforços mais recentes datam do período compreendido entre fins do século XVIII e meados do século XIX, quando foram intensos os efeitos dos processos de industrialização e urbanização sobre o ambiente e as condições de vida e trabalho das populações, emergindo neste contexto abordagens que procuravam compreender os determinantes sociais e ambientais do processo saúde-doença (ROSEN, 1994).

As cidades sempre foram, desde a sua origem, centros de inovação, de novas oportunidades e de aprendizado. É na cidade que se desenvolveu a medicina e que se instalou a maioria dos serviços de saúde. Apesar de ser a fonte de imensas realizações, as cidades também têm sido caracterizadas pelas desigualdades da condição de vida de seus habitantes e intensos conflitos sociais. Em nenhum outro momento, estes contrastes foram tão acentuados como na Revolução Industrial. Pela primeira vez na história da humanidade, a cidade transformou-seno lócus da produção, agregando poder econômico aoseu capital político e cultural, o que teve reflexos sem precedentes na vida urbana (GUIMARÃES, 2005).

A Revolução industrial do século XVIII, foi marcada pela deterioração das condições de vida na cidade, devido às más condições de trabalho e moradia dos operários. Nesse contexto, as epidemias assolavam as populações. Diante disso os higienistas pregavam que era preciso sanear a cidade, melhorar as condições de vida e de trabalho e era a solução para os problemas de saúde e doença (LIMA, 2013).

A medicina social nasce neste contexto, sob os ideais iluministas de que era preciso livrar a cidade dos miasmas. Sob esse paradigma, desenvolveu-se a concepção de

que era preciso planejar as cidades, para torná-las mais adequadas a vida humana. (LIMA, 2013).

Então, segundo Guimarães (2005), desde o século XVIII, os contrastes do espaço urbano, marcados pela desigualdade entre os ricos e os pobres, serviram de realidade empírica para a gestação do poder médico que, paulatinamente, foi controlando o espaço social através da estatística da saúde, dos inventários de distribuição das habitações, pessoas e doenças pelo território, as chamadas topografias médicas.

Nesse processo, segundo Maurício de Abreu, as topografias médicas eram uma espécie de estudo monográfico das cidades, com enfoque no estado de saúde da população. Procurava-se identificar relações de causa e efeito das doenças nas interações entre o meio físico e social (GUIMARÃES, 2005).

O impacto das práticas médicas correram o mundo, constituindo-se um paradigma em diversos países (Hall, 1998). Os médicos tomaram para si a experiência da intervenção urbanística como uma resposta técnica para as mazelas sociais e uma espécie de missão civilizatória. Projetos de saneamento foram formulados e executados tendo como alvo de intervenção o ambiente degradado do espaço urbano. Foi o caso de Londres, Paris, Berlim e Nova Iorque entre 1880 e 1900. Essa postura política trouxe profundas implicações moralizadoras sob a conduta e o comportamento das famílias pobres, responsabilizadas pela disseminação de muitas doenças (GUIMARÃES, 2005, p. 5).

Segundo Sobral (2010), no final do século XIX, surgiu um novo modelo explicativo para o processo de produção de doenças, a partir do trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur, que culminou com o surgimento de novas ciências como a Bacteriologia e a Imunologia.

Esse novo paradigma fundou uma nova forma de lidar com o processo saúde-doença, estabelecendo o conceito de saúde pública orientada ao controle de doenças específicas, passando a dar um tratamento secundário aos estudos sobre a relevância dos determinantes sociais na gênese e na evolução do processo saúde-doença, ficando o ambiente restrito ao saneamento e ao controle de vetores (SOBRAL, 2010,p.6).

A evolução da química e da microbiologia, e o surgimento do microscópio fez no século XIX a medicina migrar para o modelo biomédico. As lentes ópticas permitiram um aumento da visão focal para ver muito bem o que estava perto, mas reduziu-se a visão panorâmica, não por deficiência ocular, mas por deliberada determinação de não olhar ao

longe (LIMA, 2013).

Sendo assim, segundo Guimarães, (2005 p. 2):

Á proporção que se identificavam os micro-organismos e seus modos de ação, abria-se um novo caminho para o controle das doenças infecciosas, enfraquecendo os estudos sobre a determinação social das doenças. Segundo Rosen (1994), foi na cidade de Nova Iorque que, pela primeira vez, foram aplicados estes novos conhecimentos à prática de Saúde Pública. A ênfase das ações de saúde pública mudou do controle ambiental, ou mesmo da discussão de reformas e mudanças mais profundas na organização social, para o controle das doenças específicas.

Nesse momento, a sede principal do processo saúde-doença passava a ser o corpo humano e não mais produzido nas relações do indivíduo com o ambiente.

Com o tempo, a teoria microbiana fortalecia a concepção biomédica do processo saúde-doença e enfraquecia as concepções de multicausalidade ligadas as determinações sociais e ao ambiente, por um paradigma socioambiental que procurava explicar a disseminação das doenças pela miséria das populações nos lugares onde viviam (LIMA, p. 25, 2013).

O Brasil, no início do século XX, recebeu toda esta herança de conceitos, sendo a saúde pública fortemente dirigida pelas ideais higienistas, que recebeu nome de movimento sanitaristas e não diferente buscava o ideal da cidade saudável.

O Rio de Janeiro no início do século XX apresentava os mesmos problemas das grandes cidades europeias do século XVIII e XIX. A reforma urbana realizada no Rio de Janeiro foi baseada na reforma urbana realizada em Paris. A justificativa era a mesma, modernizar e livrar as cidades dos miasmas e das epidemias. Houve resistência a esta política, expressa pela revolta das vacinas. Contudo, o pensamento higienista era hegemônico, o que na expulsão dos pobres dos cortiços do centro da cidade e deslocados para as periferias (LIMA, 2013).

Como dizia Mauns apud Lima (2013) o movimento higienista era o porta voz das elites econômicas que queriam livrar a capital do país das populações atrasadas, inferiores e pestilentas. Com o tempo o higienismo brasileiro, como na Europa, foi se rendendo as ciências médicas, fortalecendo ainda mais o modelo biomédico. Modelo este que reduziu o conceito de saúde ao corpo biológico e a doença. Quando se levantaram clamores contra esta unicausalidade, como Sorre e Pavlovsky, com a teoria do complexo patogênico, mesmo assim era voltada mais para o biológico. Mesmo que falasse em vigilância, prevenção e promoção de saúde, essas ações e práticas de saúde eram focadas na ideia de educação sanitária, ou seja privilegiando ações individuais e medidas higienistas (LIMA, 2013).

Esse modelo fundado na tríade ecológica do ambiente, agente hospedeiro, mesmo que tenha uma abordagem multidisciplinar, na qual os fatores sociais apareçam, o ponto de partida é sempre o biológico, em contextos exclusivamente individualistas, desvinculando-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante. (LIMA, 2013,p.27)

O termo promoção da saúde foi publicado pela primeira vez em 1958. Dentro deste modelo natural da doença, o que equivalia à prevenção primária da doença, os fatores que a produzem são tomados isoladamente, como se não houvesse interação entre eles e sem considerar a historicidade dos fatos sociais (LIMA, 2013).

A partir dos anos de 1960 em todo mundo crescia o debate sobre os determinantes sociais da saúde. Estratégias de educação em saúde fracassavam devido seu foco no indivíduo, esquecendo-se que este é determinado por normas sociais, isto é, cultural e a cultura é socialmente produzida pelos grupos sociais (LIMA, 2013).

Nesse momento, foi necessário mudar o método de educação em saúde para promoção em saúde “que seria capaz de instrumentalizar novas ações e práticas de saúde para além do hospital, da doença e da biologia do corpo, relacionando a saúde aos fatores ambientais, ao território e aos estilos de vida” (LIMA, 2013,p. 28).

Já nos anos 70, a situação de saúde enfrentou dificuldade, reflexo da recessão econômica, os países tornaram-se mais pobres, e os sistemas de saúde não eram capazes de oferecer atenção à saúde para todos. Neste contexto que o relatório *A new perspective on the health of Canadians* recebeu a atenção de todo o mundo. O mesmo propunha investimento nos três conjuntos de fatores: meio-ambiente, estilo de vida e reorganização da atenção à Saúde (LIMA, 2013).

Se alguns fatores estavam associados diretamente a biologia do corpo, a maioria das doenças e agravos à saúde tinha origem fora do corpo. Por causa disso Lalonde indicou a necessidade de reformular os sistemas de saúde para dar maior importância a atenção primária à saúde, que tem valência de atuar sobre os aspectos do meio ambiente e dos estilos de vida que afetam a saúde (LIMA, 2013,p. 29).

Outro movimento importante acerca da promoção à saúde ocorreu em 1978, com a Conferencia Alma-Ata, que buscou evidenciar a desigualdade de acesso à saúde dos países desenvolvidos em relação aos em desenvolvimento, o que era visto como inconcebível. Diante disso, estabeleceu-se a meta de saúde para todos até o ano 2000, por entenderem que o desenvolvimento econômico e social dos povos e a qualidade de vida dependem da promoção e proteção da saúde (WHO, 1978).

Em 1986 a declaração de Ottawa, reafirmou a Conferencia de Alma-Ata e, ainda, ressaltou que a saúde da população é determinada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, e também que a equidade é a base da promoção da saúde, que tem por objetivo reduzir as diferenças no acesso da população a recursos necessários para uma vida saudável (LIMA, 2013).

Diante deste novo cenário mundial, o movimento sanitário brasileiro dos anos de 1980 também assimilou essas ideias e acabou por conformar as diretrizes de saúde aprovadas na Constituição Federal do Brasil de 1988 e no Sistema Único de Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual se evidenciou a importância dos determinantes sociais no processo de saúde e doença (LIMA, 2013).

Atualmente, intensificam-se as discussões sobre as condições sociais e seus reflexos no processo saúde doença e alguns acontecimentos contribuíram para o redirecionamento do foco da agenda da Saúde Pública para este tema como, o desgaste do modelo neoliberal de desenvolvimento e as tensões geradas pela crescente iniquidade socioeconômica e seus efeitos sobre a saúde. Somam-se a isso, as preocupações com as mudanças climáticas e seus possíveis efeitos adversos sobre a saúde que vêm afetando um grande número de grupos populacionais em todo o mundo, porém com mais ênfase sobre as populações mais pobres e vulneráveis. (VILAR, 2007).

Segundo WHO (2008), atualmente, duas iniciativas institucionais, uma internacional e outra nacional, representam uma retomada da abordagem do processo saúde-doença a partir da análise das iniquidades em saúde e suas causas estruturais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH, em inglês). Seu objetivo foi promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência global sobre a influência dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e grupos populacionais e sobre a necessidade de combate às iniquidades em saúde por eles geradas. A CSDH centrou seus trabalhos em países com diferentes níveis de renda e desenvolvimento, pois entende que as iniquidades em saúde são questões que afetam todos os países e, em todos os casos, são influenciadas de forma considerável pelo sistema econômico e político mundial.

Para a CSDH, a situação de saúde não depende exclusivamente das ações e dos serviços de saúde, pois a carga de doenças, tanto em países pobres quanto em países ricos, está intimamente relacionada às condições em que as pessoas nascem, vivem e trabalham, e são moldadas pela estratificação social e pelas condições econômicas, culturais, sociais e ambientais. Portanto, fortalecer a

equidade em saúde significa ir além das intervenções concentradas exclusivamente sobre as causas imediatas das doenças (WHO, p.13, 2008).

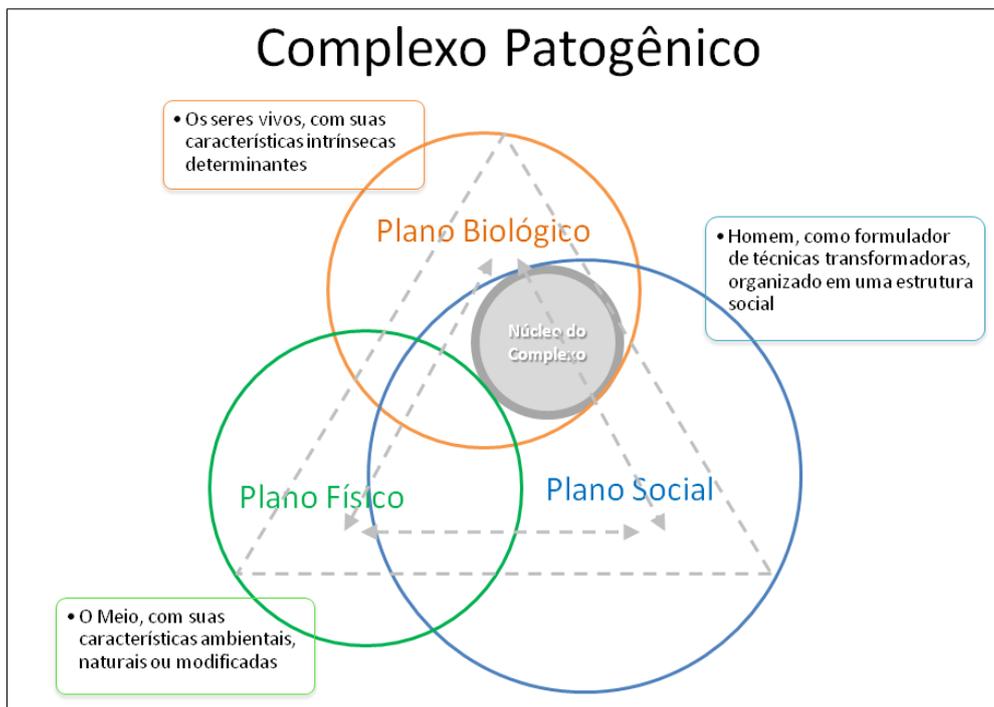
Faerstein (2010), em seu artigo sobre os Determinantes sociais da saúde: alguns avanços na pesquisa epidemiológica constata em diversas pesquisas a influência dos determinantes sociais no processo saúde doença e ainda argumenta que exemplo da relevância do tema é a crescente produção bibliográfica em periódicos e livros como o de Davey Smith (2003); Bartley (2004); Oakes & Kaufman (2006); Pickles *et al.*(2007).

Todas estas contribuições fundamentam o conceito de saúde utilizado atualmente o qual não significa mais só a ausência de doenças, mas que a saúde se relaciona com as condições de vida nos seus aspectos sociais, econômicos e culturais, que estão fortemente ligados ao lugar onde se vive, dependendo das relações resultantes das condições de habitação, alimentação, segurança, acesso aos serviços de saúde, a educação, a cultura e ao lazer. Sendo assim, a doença, a manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS, 2000).

3.2 A produção do espaço e o processo Saúde-Doença

Buscando apreender a manutenção e a ruptura do equilíbrio entre o homem e a natureza, na década de 1930 o geógrafo Maximilien Sorre, relacionando saberes de ciências afins, como a sociologia, medicina e biologia, resultando num grande avanço na constituição da ecologia humana. Ao formular a teoria de Complexo Patogênico (SORRE, 1955), criou o conceito de *habitat*, apresentando a inter-relação existente entre o homem, o agente biológico, seus vetores e o ambiente (SANTOS, 2010).

FIGURA III – COMPLEXO PATOGENICO



Fonte: SANTOS E. S. et al.2010, p.5.⁹

Sendo assim, foi Max Sorre um dos grandes responsáveis pela aproximação da pesquisa geográfica a perspectiva ecológica¹⁰ da saúde. Demonstrando à Geografia novas necessidades, como a de “considerar o tempo de ocupação humana, o maior ou menor ajustamento aos gêneros de vida e, principalmente, as condições específicas de vida em ambientes sociais, econômicos ou políticos”, contribuiu também para a delimitação do campo de pesquisa em Geografia Médica, circunscrita à aplicação do método da geografia regional ao estudo das doenças. Percebendo a região, neste caso, como o complexo patogênico, apreendido pela relação de integração analítica de dados físicos e humanos, objetivando com isso demonstrar a individualidade do fenômeno espacial (GUIMARÃES, 2005, p. 4).

⁹Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/download(697)%20(2).PDF>

¹⁰Max. Sorre caracteriza este tipo de análise com um estudo de viés ecológico. O método ecológico para Max. Sorre permite compreender o processo de relacionamento entre três fatores: físico, biológico e humano ou social. Enquanto a Geografia se preocupa com o espaço, a ecologia dá ênfase no processo (Megale 1983, pag 40). A ecologia é o estudo da morfologia da vida coletiva em seus aspectos dinâmicos e estáticos simultaneamente. É essencialmente um estudo do meio e da comunidade presente nele. O caráter social é inerente a este conceito. A população e seus atributos são os elementos que se relacionam ao ambiente e formam o domínio ou campo da ecologia. (Megale, 1983, p. 99).

Sob este paradigma muitos geógrafos foram a campo, acumulando enorme volume de dados a respeito da teia de relações entre o meio, o ser vivo e a vida social. A noção de complexo patogênico, tal como foi formulada por Sorre foi aplicada, principalmente, no estudo de enfermidades infecciosas e parasitárias. Exemplos notáveis podem ser verificados na obra “Fundamentos Biológicos da Geografia Humana” (Sorre: 1955). O autor nos chama a atenção para a enorme diversidade de áreas de extensão dos complexos patogênicos. O paludismo, como a área mais extensa, verifica-se tanto nos chamados países frios como nos países tropicais. A febre amarela, por sua vez, encontrava-se circunscrita às regiões do mundo tropical, assim como um enorme conjunto de patologias virulentas (GUIMARÃES, 2005, p.5).

Guimarães (2005) aponta, ainda, que a obra de Sorre se inspirou pelos caminhos já delineados por La Blache, Demangeon, Jean Brunhes e De Martonne, entre outros, mas mantendo-se fiel aos princípios gerais da ciência geográfica da época e oferecendo uma visão geral sobre as formas de contribuição da Geografia no processo saúde-doença.

Enfrentando os problemas da Ecologia, Sorre apresentou aos pesquisadores da área médica uma série de ferramentas conceituais da Geografia, da Botânica, da Fitogeografia, passando à Biogeografia e à Ecologia Humana na busca do sentido amplo de equilíbrio e da adaptação entre os indivíduos e sociedades com os ambientes. Propôs, assim, uma série de questões sobre o tema, permitindo acrescentar “um suporte vivo” (hospedeiros e vetores) na determinação da história natural de diversas moléstias (GUIMARAES, 2005, p. 4).

A influência de Max Sorre contribuiu para que o grande arcabouço teórico da Geografia Médica fosse constituído pelos estudos ecológico dos hospedeiros e vetores e das condições climáticas e microclimáticas, “recolocando a antiga problemática da ação do meio sobre o Homem, cuja matriz, na prática médica, remonta ao Tratado de Hipócrates, da Antiguidade Clássica, agora revivido em bases científicas modernas” (GUIMARÃES, 2005, p.4).

Com o aumento fugaz da industrialização, que se propagou por todo o mundo, que agora não só utilizava da máquina para produzir o produto mas para obter a própria matéria-prima, causou uma rápida disseminação de doenças infectocontagiosas, como a tuberculose e a sífilis. Sendo que nestes casos o próprio Max Sorre reconheceu que não poderia aplicar o modelo dos complexos patogênicos, pois nenhuma condição ecológica foi empecilho para a disseminação das doenças de um continente ao outro (GUIMARAES, 2005).

Sendo assim uma nova concepção se torna a centralidade, o debate a respeito do estilo de vida em detrimento da abordagem espacial:

No mundo pós-guerra, a abordagem espacial da saúde coletiva será relegada ao segundo plano, com o deslocamento do enfoque ecológico para o debate a respeito do estilo de vida, enquanto conjunto de comportamentos, hábitos,

atitudes dos diferentes segmentos sociais (agrupados por etnias, idade, sexo; de acordo com Silva, 1997). Por meio do uso de fármacos, campanhas de imunização em massa e expansão da infraestrutura urbana, irá se observar a queda gradativa das curvas de mortalidade de inúmeras doenças infectocontagiosas (GUIMARÃES, 2005, p.6).

Como reflexo da diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas, há um aumento da expectativa de vida, mudando as características demográficas da população, conseqüentemente, ocorre um aumento da importância das doenças crônico-degenerativas. “O progresso da estatística em saúde e dos estudos de coorte e caso-controle irão consolidar as pesquisas dos grupos populacionais de risco, cujo o trabalho da equipe de MacMahon, em 1960, transformar-se-á na obra de referência” (BARRETO, 1994, p. 23).

Nesse período, houve uma emergência pela consciência sanitária, que colocou em evidência a grande desigualdade das condições de vida entre os países do centro e da periferia do sistema mundial, que se organizavam ao redor das Nações Unidas (SANTOS, 1982). “Será preciso encontrar caminhos de superação da pobreza e do atraso econômico, assim como a formulação de propostas de políticas de saúde que promovam o desenvolvimento” (GUIMARÃES, 2005, p.6)

É neste contexto desigual e com diferentes abordagens de saúde que renasce o interesse pelo estudo da determinação social da doença, retomando os temas que já tinham sido considerados no século XIX. Sendo o geógrafo Milton Santos, neste período o grande referencial desta proposta, quando ele propõe uma Geografia Nova, preocupada com a dinâmica e historicidade das sociedades. Assim, os epidemiologistas interessados em romper com as amarras impostas pelo modelo epidemiológico hegemônico de MacMahon tiveram um novo caminho teórico a seguir (BARCELLOS, 2010).

Outro movimento importante que deve ser ressaltado neste período é o movimento denominado Geografia Crítica, pela sua influência no olhar da geografia para o espaço, que segundo Costa; Teixeira (1999, p. 273):

Embora os paradigmas da geografia tradicional já estivessem sendo questionados desde os anos cinquenta, foi na década de setenta que se tornou dominante um novo movimento, a geografia crítica, com oposições radicais, que ultrapassavam os limites acadêmicos, incorporando explicitamente a política no discurso científico e estabelecendo suas raízes nas questões sociais. O espaço passa então a ser considerado fruto da dinâmica de sua complexa organização e interações, incluindo todos os elementos, inclusive o físico, ou seja, é concebido como espaço geográfico humanizado pelas relações sociais.

Assim, a ideia do espaço enquanto um acúmulo desigual de tempos (SANTOS, 1978) foi empregado na busca da compreensão do perfil de problemas de saúde associados às posições ocupadas pelos grupos sociais no espaço social. Dessa forma, ao englobar as condicionantes sociais, o espaço passa a ser fundamental na determinação social da doença, pois permite que os diferentes fatores que integram a estrutura epidemiológica sejam analisados numa perspectiva dinâmica e histórica, estando a sua compreensão diretamente articulada à formação econômico-social e, também espacial (COSTA; TEIXEIRA, 1999).

O processo de ocupação do espaço, desde o seu início (passado) até o momento (presente) se refletirá no futuro, e é parte inerente aos determinantes das condições de vida (Santos,1992). Assim, o espaço humano é necessariamente produto de uma série de decisões que orientam sua organização, segundo os critérios hegemônicos em uma dada formação econômica e social, seja pela movimentação do capital, seja pela ação organizada e planejada da sociedade pelo Estado, sendo um processo cheio de densidade histórica. Consequentemente, o estudo do espaço presta-se a enfoques interdisciplinares, envolvendo a sociologia, a história, a economia e o urbanismo, que exigem da geografia um permanente intercâmbio cultural com as ciências do homem e da vida (COSTA; TEIXEIRA, 1999, p. 275).

O contínuo processo de reorganização das formas que apresenta e o seu conteúdo cultural, torna-se obrigatório aos estudiosos da epidemiologia recorrer ao conhecimento histórico e cronológico. Tendo como resultado uma maior aproximação entre a geografia e a história, pois para demonstrar a forma de organização atual do espaço, externada em grande parte na paisagem, é primordial reconhecer a sua inter-relação com o tempo. Este porém, nunca será diretamente percebido ou apreendido, uma vez que é filtrado pelos agentes sociais – históricos (COSTA; TEIXEIRA, 1999).

Assumindo nessa concepção, o espaço geográfico apresenta-se como uma perspectiva singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença nas coletividades. De acordo com Silva (1997), pelo fato de a geografia marxista e de a epidemiologia terem como objeto o centro de uma rede de relações ampla e complexa que não se adequa a uma visão metodológica estreita, tornou-se bastante interessante para esta última disciplina o modo como aquela corrente da geografia trabalhou a categoria espaço, valendo-se da análise do processo de sua organização como esteio das referidas relações, dando coerência a um aparente caos (COSTA e TEIXEIRA, 1999, p. 275-276)

O estudo da constituição dos diferentes espaços recuperando a sua historicidade permite uma aproximação da realidade sem minimizar a sua complexidade. Entendendo que a produção e distribuição da doença e a constituição do espaço têm os mesmos determinantes, este último, enquanto expressão das condições de vida dos segmentos que

o ocupam, representa a mediação passível de informar certas relações entre a sociedade e a saúde (COSTA; TEIXEIRA 1999).

De acordo com Silva (1985), foi através da análise do espaço que superamos uma visão não histórica do processo biológico e, ao mesmo tempo, entendermos os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais responsáveis pela produção das doenças endêmicas e epidêmicas. O conceito de espaço incorpora os determinantes naturais e sociais numa visão de totalidade, que muitas vezes falta à análise epidemiológica.

Ao abordar o espaço nessa perspectiva, é pensá-lo para além das geometrias, pois, na medida em que coloca o papel central das relações sociais na sua produção torna-se ele mesmo uma categoria relacional, que se realiza como processo, movimento ou fluxo. Isso ocorre porque, as formas estão sempre mudando de significação, na medida em que o movimento social lhes atribui, a cada momento, frações do todo social. Ou seja, para cada período de tempo as formas terão novos conteúdos e ao mesmo tempo novas funções. Haverá, então, uma dialética forma-conteúdo que se manifesta também como uma dialética sócio-espacial (SANTOS, 1997, p. 2).

Diante disso podemos afirmar que o espaço é necessariamente resultado de uma série de decisões que orientam sua organização, obedecendo os “critérios hegemônicos em uma dada formação econômica e social, sendo um processo cheio de densidade histórica”. Como resultado, a análise espacial presta-se a enfoques interdisciplinares, envolvendo a geografia, a sociologia, a história, a economia, dentre outras, exigindo um permanente intercâmbio cultural com as ciências do homem e da vida (FERREIRA, 1991, apud COSTA e TEIXEIRA, 1999, p. 275).

Mas o que dá materialidade ao conceito de espaço são outros dois conceitos: lugar e território. O espaço se transforma em lugar quando os sujeitos nele organizam a vida e atribuem significados a esta organização. Temos a necessidade de recuperar o conceito de lugar como espaço organizado para análise e intervenção. O lugar se torna território quando se explicitam os valores e dispositivos de poder de quem atribui os significados. A apropriação do espaço transforma-o em lugar, e em território quando define limites fronteiras para o seu domínio (LIMA, 2013).

Portanto, é necessário iluminar mais o cenário do cotidiano dos indivíduos e coletividades, buscando reconhecer os contextos dos lugares e territórios de vida e trabalho, considerando o processo saúde-doença como processo coletivo (LIMA, 2013).

Para entender o que significa a influência do ambiente e do estilo de vida para a saúde, é preciso pensar que os determinantes da saúde se manifestam no território, que não é apenas uma área delimitada no espaço geográfico, por um critério qualquer. Território é um recorte espacial, social e historicamente

construído, em relações conflituosas, e não mero receptáculo ou palco das ações humanas. Numa compreensão mais complexa, o território é uma construção social produzida em relação entre os sujeitos sociais e o lugar, em contextos sociais que favorecem a saúde ou a doença (LIMA, 2013,p.35).

O espaço vivido integra o espaço representado e o espaço de vida. É a experiência do espaço de vida que permite uma análise do lugar e suas relações com o território.

O espaço vivido nasce da sistematização da relação de representação a uma realidade (espacial) que faz parte das práticas cotidianas. Ele se expande ou se retrai conforme as idades, os sexos, as classes sociais, as possibilidades de deslocamento, a natureza mesma do espaço concreto no qual cada indivíduo estabelece uma relação ideológica que se enraíza na realidade do cotidiano, neste espaço familiar que eles descrevem. O espaço vivido engloba assim o imaginário do ator social. Ele se estende as zonas insondáveis de seu inconsciente (SILVA, 2003,p.106).

Diante disso o espaço torna-se centro da discussão na Geografia da Saúde, com o objetivo de buscar entender e intervir sobre os problemas de saúde captando a complexidade das relações entre ambiente, sociedade e território e seus diferentes reflexos nos diferentes espaços. Sendo hoje possível encontrar vasta produção bibliográfica que visa encontrar relações entre o espaço com a ocorrência de doenças tais como Costa; Teixeira (1999); Tisnés (2014); Bousquat e Cohn (2004), dentre outras.

À Geografia da Saúde cabe, então, a análise dos processos de saúde e doença, e suas articulações com a distribuição dos equipamentos e recursos existentes, sempre tendo como referencial os principais eixos metodológicos da geografia: a unidade espacial ou territorial e a escala. E, também, utilizando mais da história para conseguir diferenciar cada experiência local e os novos tipos de complexos tecnopatogênicos (GUIMARÃES 2005)

Diante disso, consideramos que a situação de saúde em um território pode informar o nível de qualidade de vida da população e constituir-se num instrumento poderoso para elaboração de estratégias de intervenção, que atuem sobre os determinantes sociais da saúde. Diagnósticos de situação de saúde podem ajudar na demarcação de territórios de iniquidades sociais, indicando áreas de atuação prioritárias para o estabelecimento de estratégias de construção de territórios saudáveis e sustentáveis (LIMA, 2013).

Para atuar junto à diversidade de grupos populacionais faz-se necessário o reconhecimento dos seus contextos de vida por meio de processos de territorialização que nos permitem identificar as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando os usos e as diferentes apropriações do território. Assim, propõe-se o desenvolvimento de diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde para servir de base

para operacionalização do planejamento estratégico das ações de vigilância em saúde (FERREIRA; FONSECA, 2007, p.5).

Assim, as ações de saúde devem ser definidas pelas singularidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana, que devem guiar e conformar práticas adequadas a essas especificidades, assegurando uma maior aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece. São nos territórios de vida e trabalho, no cotidiano dos indivíduos e coletividades, que devemos reconhecer as situações que poderão definir as práticas de ações do serviço de saúde. Para reconhecer o território da saúde, deve-se caracterizar, por um lado, a população, por outro, as ações e o serviço de saúde (LIMA, 2013, p.37). E é exatamente esta falta de considerar a realidade que fica muito evidente na prática da política de atenção a Saúde Indígena, o que reflete em um atendimento de saúde que não responde as necessidades locais e que também não dialoga com os saberes tradicionais dos mesmos.

Assim, as ações de saúde enfrentam, como primeiro desafio, a demarcação dos territórios e o reconhecimento dos poderes instituídos no seu interior. A ideia de que estes territórios são fechados e autônomos é completamente artificial. Mas esta territorialização, que veremos mais adiante, serve, primeiramente, para organizar as práticas de trabalho da vigilância em saúde (FERREIRA; FONSECA, 2007).

Precisamos atuar sobre este território e, ao mesmo tempo, reconhecer que ele tem um conteúdo social, político, cultural, geográfico e ambiental e que tem uma população que pode sofrer consequências dos processos de produção e consumo sobre a sua saúde (LIMA, 2013). E entendendo a importância deste conteúdo que este recorte espacial possui, outros conceitos foram ganhando centralidade dentro da discussão sobre processos de saúde-doença da população da RID, tais como exclusão social e iniquidades em saúde, processos, estes, que perpassam este espaço deixando marcas só possíveis de analisá-las se entendermos toda a complexidade que as envolvem, então no próximo tópico abordaremos estas temáticas para melhor análise do nosso objeto de pesquisa.

3.3 Exclusão Social

Como vimos acima o espaço torna-se centro da discussão na Geografia da Saúde, com o objetivo de buscar entender e intervir sobre os problemas de saúde captando a complexidade das relações entre ambiente, sociedade e território e seus diferentes

reflexos nos diferentes espaços. Diante disso, para discorrer sobre as relações espaciais na RID, verificamos a necessidade de além deste conceito recorrermos a outro que tem imbricações diretas nas relações espaciais da reserva, que é a exclusão social. Entendendo que este processo histórico gerou um extremo grau de vulnerabilidade social que hoje perpassa suas relações espaciais e assim todos os indicadores sociais da RID.

Considero válido ressaltar, que devido às inúmeras especializações do conhecimento, hoje vemos a dificuldade de áreas de conhecimento dialogarem e discutirem uma problemática conjuntamente (como por exemplo a discussão sobre saúde), o que faz as ações praticas dessas diferentes áreas serem ações mais paliativas do que radicais. Afinal quando se discute iniquidades em saúde e se conclui que as mesmas são frutos de um processo social, na maioria das vezes não se discute que processo é esse, acontecendo assim então uma a negação do fato gerador do problema. E o que se propõe aqui neste tópico então é este dialogo, esse olhar para a totalidade das relações, para irmos além do aparente que evidenciamos nos indicadores de saúde, e problematizarmos todo este contexto que perpassa as relações socioespaciais da RID.

Quando elucidamos aqui a perspectiva de análise da RID pelo viés de um processo de exclusão social isso se dá também, pelo entendimento que este conceito nos permite desnaturalizar os processos excludentes ou mesmo desmistificar a banalização das desigualdades sociais. Demonstrando que a exclusão social é reflexo das contradições do sistema de produção vigente, um sistema econômico que tem como fundante a exploração e a acumulação privada do capital fazendo com que o mercado seja o protagonista da relações sociais enquanto marginaliza o próprio homem.

Partimos, então, do pressuposto que vivemos diante de uma grande questão social, que é a relação contraditória entre capital e trabalho historicamente problematizada (NETTO, 2001) surgindo assim expressões desta questão social tais como exclusão social, pobreza, desigualdade social, segregação socioespacial entre outras.

Importante deixar claro que mesmo os termos desigualdade social e pobreza serem usados inúmeras vezes como sinônimos de exclusão social são conceitos distintos apesar de estarem relacionados afinal são frutos da mesma contradição. Diante desta afirmação vejo como necessária conceituação e diferenciação destes conceitos para melhor compreensão de nosso objeto de estudo neste momento que é a exclusão social.

Segundo Vieira,

As desigualdades sociais são estruturais no modo de produção capitalista e tem sido uma característica histórica predominante no Brasil, que se caracteriza como um dos países de maior concentração de renda e desigualdades sociais e que entendemos ser fundamental na compreensão do processo de exclusão social (2010, p. 37).

Sendo assim as desigualdades sociais são o reflexo de como se dá a distribuição das riquezas tanto materiais quanto simbólicas produzidas e apropriadas em um determinado contexto histórico-social, e através disto nos possibilita entender quais são os valores e princípios que norteiam esta distribuição. Ou seja, as desigualdades são estruturais no modo de produção capitalista (VIEIRA, 2010).

Já por pobreza se entende que é a falta de condições materiais para subsistência, “a falta de acesso as necessidades básicas para se ter um vida digna ou adequada, baseada geralmente em relação a insuficiência de renda dos indivíduos” (VIEIRA, 2010 p. 37). Para Demo (2003), a pobreza além deste caráter material possui um caráter imaterial que seria, por exemplo, a pobreza política que se caracteriza pela falta de políticas publicas de qualidade, o que por muitas vezes é ainda pior que as outras formas existentes de pobreza.

Conforme Vieira (2010) a desigualdade social e a pobreza são dependentes e interagem entre si, pois na medida que uma se reafirma reforça o desempenho da outra.

Dessa forma, entendemos ser as novas formas e a banalização das desigualdades sociais e da pobreza, que atingem um enorme contingente de população das cidades brasileiras, que nos remetem as discussões acerca do conceito de exclusão social. Pois, tanto as desigualdades sociais quanto a pobreza são considerados fundamentais na existência, manutenção e promoção da exclusão social. A pobreza, ainda, é considerada uma condição necessária, mas não suficiente para haver exclusão social, e também ser considerada como um forma de exclusão social, na medida em que o pobre é excluído de alguns sistemas sociais básicos em relação aos quais se definiu, como essencial para as mínimas condições de vida (MELLAZO e GUIMARÃES orgs, 2010, pg. 39)

Acerca do conceito de exclusão social, concordamos com Sposati (1996), que nos diz:

Exclusão social é a impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população. Por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas mas, de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais culturais e políticas da sociedade. Esta situação de privação coletiva é que se está entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade (SPOSATI, 1996, p.13).

Sendo assim entenderemos por exclusão social enquanto uma situação de privação coletiva de uma parcela da população, no seu acesso a cidadania plena e para melhor elucidar sobre esta cidadania utilizamos os conceitos de Dupas apud Vaz (2002):

Cidadania esta, que entendemos estar construída a partir do acesso a todos os direitos civis, políticos e sociais. Entre os direitos de cidadania, destacamos: a) a inserção na esfera produtiva, através do trabalho, enquanto categoria central da dignidade humana; b) a educação, em seu sentido mais amplo, como elemento mediador de acesso e de desenvolvimento das potencialidades humanas; c) a participação social, política e comunitária; e ainda, uma distribuição de renda com maior equidade, dada a absurda desigualdade social existente na sociedade brasileira.

Então, ao sairmos do enfoque de pobreza para utilizarmos da categoria de exclusão social significa demonstrar o que tem por trás além das carências materiais, mas passa a ver pelo enfoque processual, dinâmico, cumulativo e multidimensional (VIEIRA, 2010).

Segundo Vieira (2009) a discussão sobre esta temática é recente apesar dos processos por ela delimitados não o sejam. E tem sido atribuído a René Lenoir a invenção da noção de exclusão, o qual trouxe a compreensão da exclusão como fenômeno de ordem social e não mais como de ordem individual. E ainda segundo Lenoir, as causas da exclusão seriam: “o rápido e desordenado processo de urbanização, a uniformização do sistema escolar; o desenraizamento pela mobilidade profissional e a desigualdade de renda e de acesso aos serviços”. (WANDERLEY, 2001, apud VIEIRA 2010, pg. 34).

Vieira (2009) ainda cita em sua revisão bibliográfica sobre o tema vários autores os quais reforçam a concepção acerca das origens socioeconômicas da exclusão social. Tais como Lesbaupin (2001) que aponta também fatores que se conjugam e reforçam entre si para acentuação para este processo. Nascimento (2002) que agrega a dimensão ideológica também deste processo, Dupas (2000) entre outros. Ou seja, como afirma Martins (2003), na verdade a exclusão social é resultado de uma metamorfose nos conceitos que procuravam explicar a ordenação do capital.

Dentro do contexto contemporâneo internacional, a discussão sobre a exclusão social ganhou maior evidência “na Europa, a partir dos anos de 1990, na esteira do crescimento dos sem-teto e da pobreza urbana, da falta de perspectiva decorrente do desemprego de longo prazo, da falta de emprego e rendas por parte de minorias étnicas e imigrantes, da natureza crescentemente precária dos empregos disponíveis e da dificuldade que os jovens passaram a ter para ingressar no mercado de trabalho”

(ROGERS apud DUPAS, 2000, p.19). Fenômenos estes, resultantes da “dinâmica capitalista, que move a economia global neste final de século XX” (DUPAS, 2000, p.09).

Numa análise socioeconômica acerca da problemática da exclusão social, Dupas (2000), sugere para a contextualização, os seguintes elementos constitutivos: a) a internacionalização da economia (globalização) e seus impactos sobre as economias nacionais ou mundiais, nos países centrais ou periféricos; b) o agravamento da crise do Estado-Providência, nos anos oitenta, uma vez que o papel do Estado, no contexto neoliberal é de “mínimo” frente as políticas sociais; c) as mudanças em curso, no mundo do trabalho, com a emergência do desemprego e da precarização das relações de trabalho; d) a chamada revolução tecnológica, que é essencialmente poupadora de mão de obra.

Em sua análise sobre o tema de exclusão social Demo (1998), nos diz que com a globalização, inaugura-se uma nova fase na lógica perversa do capitalismo, com ápices de acumulação e expansão da exclusão social. O autor argumenta que as alterações no sistema produtivo, decorrentes da interação global e do avanço tecnológico, acirram a exclusão social, pela diminuição de postos de trabalho, resultando na emergência de maiorias desempregadas ou sem possibilidade de inserção na esfera produtiva.

Vaz (2002) ao trabalhar a temática da exclusão social no contexto Latino Americano deixa claro sim toda a determinação econômica global sobre os processos inclusive na America latina, mas ressalta que existem particularidades históricas sociais próprias que revelam intensos processos de exclusão.

a exclusão social na América Latina, agrava-se como o processo econômico globalizante, mas transcende ao mesmo, se espalhando por diferentes áreas, como o “acesso à educação, à saúde, à previdência social, as oportunidades de emprego e de maneira geral, a tudo que é relevante para a qualidade de vida”. Em sua análise, o autor nos diz que, podemos perceber que nas várias dimensões da exclusão social, ela se apresenta de modo extensivo e contínuo em todas as áreas da vida social, para uma parcela populacional significativa, desfavorecida economicamente (VAZ, 2002 pg. 119).

Sendo assim, podemos entender que a realidade latino-americana, apresenta processos de exclusão social, que vão além daquelas percebidas nos países centrais. A exclusão social aqui, se apresenta também como uma forma de segregação social, de apartação entre o segmento incluído e o excluído. No Brasil ainda, por seu passado escravista, a exclusão revela também processos de discriminação social e racial. Processos estes que reforçam e ampliam a desigualdade entre as classes sociais, gerando um estigma social para o excluído. O “estigma que é definido como cicatriz, como aquilo

que marca, denota claramente o processo de qualificação e desqualificação do indivíduo na lógica da exclusão” (WANDERLEY, 1997, p.87).

Assim, podemos entender que a exclusão social, no contexto brasileiro, agrega em si também, fatores discriminatórios que mantêm o excluído como um ser a parte na social emancipação, sociedade, estigmatizado por sua condição social. Trazer o tema da exclusão social para o Brasil implica analisá-lo em uma sociedade colonizada, que já partiu do conceito discriminador entre colonizador e colonizado. Soma-se a isso o processo de escravidão, que restringiu a condição humana à elite e fez de negros e índios, objetos de demonstração de riqueza. A particularidade da história brasileira mostra, portanto, muitos obstáculos e dificuldades em estender a universalidade da condição humana a todos os brasileiros (SPOSATI, 1998, p.1).

Como afirma Vieira (2009)

Portanto, o conceito de exclusão social somente pode ser construído a partir do reconhecimento da construção histórica de uma sociedade que delimitou, através de mecanismos sociais e, mais especificamente, econômicos, culturais, de gênero, étnicos, etc. uma estrutura social específica onde se encontram demarcadas as posições sociais, as distâncias e diferenças entre cada grupo, segmento e/ou classe social e também as possibilidades de tal modelo incluir uns poucos privilegiados e excluir parcelas maiores ou menores destes grupos/segmentos em cada momento histórico (2009, pg. 64).

A exclusão se caracteriza pelas rupturas que designam a máxima exclusão e também pela ausência de recursos mínimos, pelo acesso precário, ou mesmo a falta de acesso e recursos e aos bens de consumo básicos, pela falta de acesso a educação saúde Mercado de trabalho e as condições afetivas e subjetivas dignas, assim é um processo multidimensional que na qual segundo Vieira (2009) devem ser consideradas seis dimensões em sua análise: histórica, geográfica, econômica, social, representação social e política.

A dimensão histórica se refere à definição o enquanto processo, a qual é delineada no decorrer do tempo. A dimensão geográfica ocorre caracterizando-se de duas formas: espaços de exclusão e os excluídos sem lugar, sendo os espaços de exclusão onde o processo é visivelmente percebido (reflexos do processo de segregação socioespacial, territórios da exclusão onde nasce e cresce o excluídos) (VIEIRA, 2009). A dimensão econômica esta relacionada “principalmente ao aumento das desigualdades sociais e da pobreza” (pg. 82) decorrentes do modo de produção capitalista. A dimensão social é representada por um parcela da população que se impossibilitada de participar da

vida social da família ou comunidade, perdendo seus vínculos básicos, sendo conduzidos as formas estratégicas mais inesperadas de sobrevivência (VIEIRA, 2009).

A dimensão da representação social se diz respeito ao conjunto de idéias que se cria em torno o excluído, criando estereótipos de que são diferentes, inferiores e desnecessários para um parcela da população. E por fim a dimensão política relacionada nas “possibilidades da existência e pratica da cidadania nas relações social” (VIEIRA, 2009, p. 83). Através da percepção destas dimensões é possível observar as variadas formas que a exclusão se apresenta, suas imbricações nas relações sociais o que facilita a leitura do todo de realidades multifacetadas e complexas como o estudo de espaços de exclusão como o da RID.

3.4 Iniquidades em saúde

O tema das desigualdades sociais e suas relações com o nível de saúde populacional não é novo. Desde o início dos estudos epidemiológicos vários trabalhos tratavam de relacionar as condições de vida e a situação de saúde, ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer observado entre camadas mais pobres da população (BARATA, 2001).

No século XX estudos apresentavam acentuadas diferenças entre famílias ricas e pobres tanto em dados de mortalidade quanto em morbidades. Na America Latina esta discussão é mais recente, com início já na segunda metade do Século XX, onde se percebe as desigualdades de saúde ainda maiores como reflexo inclusive do contexto histórico de colonização de exploração (BARATA, 2001).

Nas últimas décadas tem ressurgido o interesse tanto no meio acadêmico quando na agenda política de saúde, com enfoque na abordagem das desigualdades sociais, sob a nova ótica da exclusão social e seus reflexos nos processos de adoecimento da população. Isso se deve, pois, num acirramento das desigualdades sociais, pobreza, gerando um aumentado no número da população marginalizada e excluída. Afinal, um sistema que tem como fundamento a exploração não tem como superar esta relação desigual de apropriação dos recursos, mas, sim, criar novos processos ainda mais precários e perversos.

Diante disso, cada vez mais vem ganhando espaço as investigações sobre as desigualdades sociais na perspectiva da iniquidade, tendo por definição a ideia de uma

repartição desigual produzida pelo próprio processo social, isto é, a percepção de que o acesso a bens e serviços a um dado nível de saúde esta fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social (BARATA, 2001).

Mas porque a utilização do termo iniquidade? Segundo Silva e Almeida Filho (2000) iniquidade adquire sentido na dimensão política de repartição das riquezas na sociedade. Remete a discussão sobre justiça social, e revela uma desigualdade perversa, e é entendida como o contrário do conceito de equidade que, por sua vez, inclui a idéia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. A impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou iníqua.

É importante pontuar que nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iníqua, mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculadas às condições heterogêneas de vida, constituem iniquidades (CASTELLANOS, 1997). Sendo assim, as iniquidades em saúde são aquelas diferenças geradas pela inserção social dos indivíduos e que estão vinculadas com a repartição do poder e da propriedade. Como afirma Barata (2001), teoricamente, em sociedades nas quais os valores de cooperação e solidariedade fossem dominantes, tais diferenças poderiam ter valor positivo e produtor de saúde, ao passo que, nas sociedades em que predominam a exploração e a dominação, essas diferenças são necessariamente negativas e produtoras de doença.

a saúde é fortemente afetada pela posição social dos indivíduos. No mundo desenvolvido os países com melhor nível de saúde são os mais igualitários em termos de distribuição da riqueza. Supostamente, nos países com menores desigualdades de renda a organização social tende a ser mais coesa (BARATA, p. 4, 2001).

Mas a análise das iniquidades em saúde perpassa, também, em perceber que o país possuir um sistema nacional de saúde é uma condição necessária, porém não é suficiente para melhorar a saúde da população e reduzir iniquidades em saúde, pois como algumas pesquisas europeias tem demonstrado a “posição dos indivíduos na organização social é determinante da situação de saúde independentemente do acesso a serviços de saúde e de hábitos individuais saudáveis” (BARATA, 2001, p. 5.).

Por isso a podemos observar a relação dos processos de exclusão social com as iniquidades e desigualdades em saúde, pois só a partir de um enfoque estrutural é possível

compreender por que as desigualdades sociais se ampliaram em países que possuem sistemas nacionais de saúde gratuitos, universais e de qualidade (BARATA, 2001).

O conceito de exclusão social decorre desse tipo de compreensão, visto que considera para além da pobreza as possibilidades dos indivíduos a partir de sua inserção/ não-inserção na estrutura de reprodução social. Durante muito tempo, sob a influência da teoria de Marx sobre a população excedente, ou exército industrial de reserva, considerou-se a situação de extrema pobreza como funcionalmente ligada à manutenção da acumulação capitalista na medida em que tais indivíduos contribuía para manter baixa a remuneração do trabalho ampliando a mais-valia relativa. Há maioria dos autores, entretanto, considera que estudar as desigualdades em saúde significa levar em conta, sistemática e explicitamente, as relações entre os determinantes sociais e a saúde (BARATA, 2001, p.5).

Nas mais diferentes pesquisas sobre iniquidades e desigualdades em saúde é possível observar que os pesquisadores propõem dimensões para análises dos indicadores e dados levantados e, a grande maioria, considera a condição econômica e social como essencial, contudo, apontam outras dimensões como relevantes e impactantes nas mais diferentes realidades tais como as utilizadas por Gwatkin (2000): de gênero e de etnia. E, nesta pesquisa, a dimensão étnica tornou-se essencial e central, juntamente com a exclusão na qual vive a população indígena na RID, refletindo diretamente nas iniquidades em saúde e na sua condição de vida.

Assim, partindo do pressuposto que o processo saúde-doença é resultado de um processo complexo de determinações e mediações entre as diferentes dimensões da realidade é possível compreender as diversas dimensões possíveis na abordagem do problema. Cada uma dessas dimensões pode ser privilegiada pelos pesquisadores no estudo das desigualdades sociais, sem que esta escolha signifique a detrimento das outras dimensões (CERQUEIRA, 2010).

E o que podemos falar sobre as políticas propostas para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, segundo Barata (2001), elas tem variado em função da compreensão que se tenha do problema que podem ser um olhar pautado em diferenças absolutas e/ou diferenças relativas. De maneira geral podem ser identificadas duas abordagens principais: propostas que visam à redução da pobreza, que se articulam com a valorização das diferenças absolutas; e propostas que visam ao atendimento das necessidades, vinculadas à noção de equidade. Ambas pressupõem que as metas sejam estabelecidas em termos distributivos ao invés da adoção de metas globais. Sendo assim a resposta que precisamos enquanto política pública de saúde para a população da Reserva

Indígena de Dourados também deve perpassar por este entendimento, dar luz a este espaço historicamente excluído e suas peculiaridades e criarmos assim políticas e ações de equidade em saúde.

Se a saúde é vista como necessidade humana essencial, beneficiária do estatuto de direito social, então sua garantia, através de procedimentos que visem a promoção, a prevenção, a manutenção e a recuperação, deverá ser objeto de políticas públicas universais e igualitárias assumidas como responsabilidade ética por toda a sociedade (CERQUEIRA, 2010).

Compreender a questão das desigualdades em saúde a partir dessa perspectiva implica adotar propostas que se baseiem no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos e, a partir desta consideração, e elaborem estratégias compensatórias que, para serem coerentes, devem considerar que as necessidades são diferentes para cada lugar e população e, portanto, requerem recursos também diferenciados para sua implementação com resultados positivos (CERQUEIRA, 2010).

Para atender a estas exigências as políticas de saúde deverão ter algumas características. Para preservar o direito de todos à saúde elas devem ser universais e buscar o atendimento integral das necessidades sem classificá-las segundo o tipo de assistência necessária para atendê-las. Para basearem-se nas necessidades da população os sistemas devem ser locais, isto é, organizar-se por território, e finalmente, deve haver a participação dos grupos sociais organizados nas definições das diretrizes da política de saúde (PAIM e SILVA, 2010).

A questão das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde, para além de uma preocupação teórica e prática, constitui-se em um imperativo ético. Ao classificar como injustas as diferenças no perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais, a necessidade de reparação das iniquidades e coloca imediatamente. Como signatária da Declaração Universal dos Direitos Humanos a sociedade brasileira deve respeitar e buscar concretizar na prática a afirmação de que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (artigo 1º) e, que “todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (artigo 3º) (BARATA, p.8, 2001).

Enfim, como afirma Marilena Chauí (2006), “graças aos direitos, os desiguais conquistam a igualdade, entrando no espaço político para reivindicar a participação nos direitos existente se sobretudo para criar novos direitos”. Portanto, a tarefa de superação das iniquidades em saúde passa necessariamente pela atuação política de todos os

membros da sociedade, mas principalmente daqueles cujos direitos mais fundamentais estão constantemente sendo negados.

3.5 A realidade a partir do HU/UFGD

A pesquisa desenvolvida pode ser classificada como estudo de caso único, pois procurou compreender a relação do espaço na saúde da população indígena das aldeias Bororo e Jaguapiru de Dourados-MS de uma perspectiva interna ao HU/UFGD

Segundo YIN (2003, pg.19), os estudos de casos se justificam quando os estudos se propõem a responder questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. De acordo com o autor citado, os estudos de caso podem ser utilizados em avaliação, em diferentes aplicações, entre as quais, descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre.

O estudo priorizou o relato da própria população indígena como usuária e protagonista desta relação espaço saúde na RID, mais do que o relato ou a perspectiva de cada um sobre as questões apresentadas, a pesquisa buscou incluir em diferentes momentos, a participação desses atores.

Foi utilizada a técnica de aplicação de questionários com perguntas específicas sobre suas condições sociais e sobre o atendimento de saúde. O roteiro do questionário (em anexo) foi construído de forma a buscar as evidências necessárias para se responder a problemática desse estudo.

Os critérios de seleção para o estudo de caso foi entrevistar pacientes e/ou acompanhantes de pacientes que se encontram internados no Hospital Universitário (HU-UFGD) da Cidade de Dourados-MS, no período de Maio à Julho de 2016. Tendo no final deste período um total de 54 participantes, dos quais os dados foram coletados e tabulados e os quais estão expostos no capítulo a seguir.

Para o desenvolvimento dos objetivos do estudo, ainda no início dos trabalhos de campo, foram realizadas visitas aos órgãos competentes para apresentação do projeto e solicitação de anuência do projeto pesquisa conforme prevê a resolução nº304 de 09/08/2000, que diz respeito a pesquisas realizadas com comunidades indígenas, onde prevê a anuência do Conselho Local de Saúde Indígena ou de Lideranças Locais para que a pesquisa se realize. Sendo assim, procurei o Presidente do Conselho Local e solicitei

uma reunião com seus membros para submeter o projeto de pesquisa a qual ocorreu no dia 21/01/2016, com a presença dos conselheiros e Lideranças das Reservas Jaguapirú e Bororó para apreciação.

FOTO 10: REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA



FONTE: Naara Aragão. 21/01/2016

Após apreciação do Conselho e aprovação, o projeto foi encaminhado para a Comissão de Ética do Hospital Universitário (HU-UFGD) de Dourados-MS, local de realização da pesquisa para sua apreciação e aprovação. Após a aprovação neste, o mesmo foi encaminhado para a aprovação do Conselho Diretor da Faculdade de Ciências Humanas da UFGD (FCH) e submetido para o Comitê de Ética e Pesquisa CEP-UFGD, através do cadastramento na plataforma Brasil, o qual após sua aprovação encaminhou para a CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) conforme previsto na normativa citada anteriormente. Assim, esta pesquisa seguiu todo o percurso necessário para garantir as considerações éticas desta pesquisa.

Após aprovação buscou-se a aceitação dos sujeitos escolhidos para participar colhendo suas assinaturas do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Em Anexo). Durante a realização das entrevistas foi assegurado o sigilo quanto à identidade dos sujeitos; os esclarecimentos aos entrevistados sobre o objetivo da pesquisa; garantido o respeito à liberdade de não participação da pesquisa; assegurando conhecimento quanto às informações dos resultados obtidos e o direito de ressarcimento e indenização se necessário.

Para descrição da organização dos serviços de saúde no contexto local da reserva Indígena de Dourados o mesmo foi possível através de conversas com os profissionais de saúde que prestam serviços nestes locais, nas entrevistas com os pesquisados e, ainda, através de outros usuários que perpassaram os caminhos desta pesquisadora nestes períodos de estudo e através de dados já coletado em outros trabalhos acadêmicos publicados que tinham como objeto a saúde indígena nas mais diferentes abordagens.

Durante a construção da pesquisa foi verificado também a necessidade de fazer um levantamento sobre o marco regulatório da política Nacional de Saúde Indígena a qual foi já descrita logo no primeiro capítulo com o objetivo de contextualizar nosso objeto de pesquisa. E também pesquisar com dados secundários como do IBGE, Datasus, indicadores sociais e de saúde para colaborar e problematizar a discussão proposta.

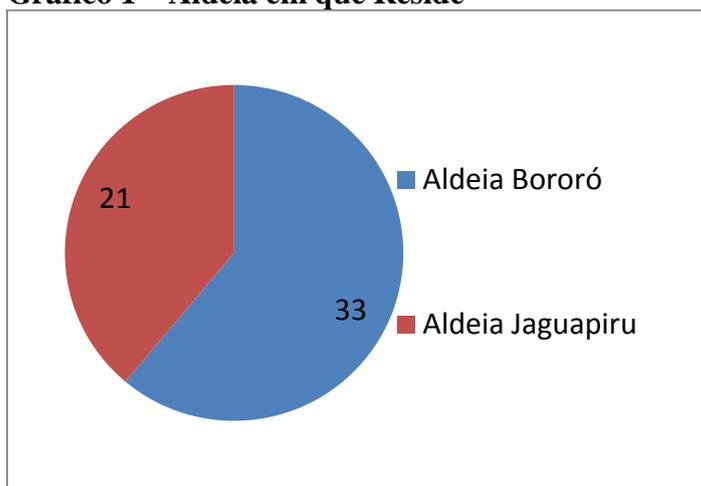
Entendemos que o limite desta pesquisa se encontra claro quando se trata de usuários que chegaram ao Hospital Universitário, então é da janela deste que vislumbraremos os resultados, não poderemos dizer aqui daqueles que não chegaram ao hospital ou do atendimento diário nas unidades básicas de saúde da reserva indígena de Dourados. Por isso para tal tema é necessário mais e mais pesquisas para compreendermos melhor as relações espaço e saúde na RID.

CAPÍTULO 4: ESPAÇO E SAÚDE INDÍGENAS EM DOURADOS – UM OLHAR A PARTIR DO HU/UGD

As entrevistas com os pacientes/acompanhantes indígenas morados na RID foram realizadas nos período de maio a julho de 2016, tendo a participação de 54 pessoas. Utilizamos um questionário como roteiro para as entrevistas e neste momento iniciamos a exposição e discussão dos resultados.

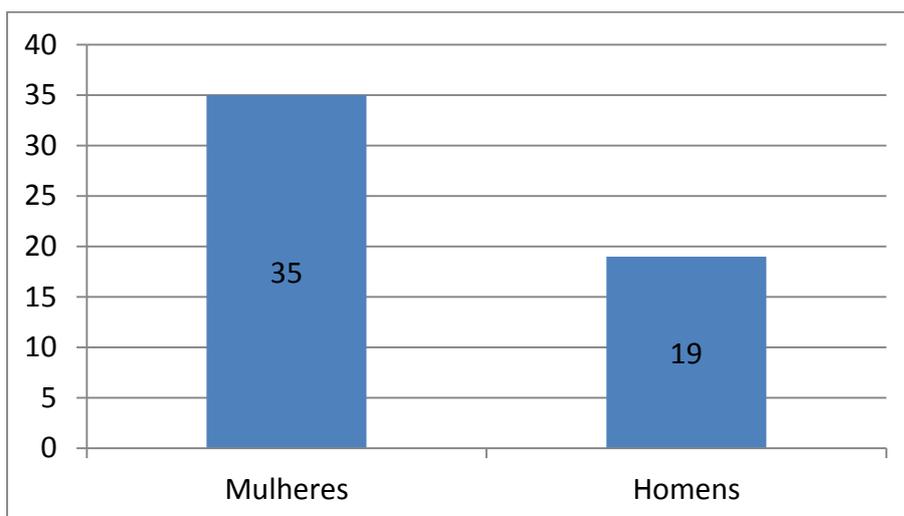
A primeira pergunta se referia a aldeia que reside dentro da Reserva Indígena de Dourados, sendo que 33 são da Aldeia Bororó e 21 da Jaguapiru (Gráfico 1). O que reflete o que já tínhamos problematizado antes sobre a infraestrutura da reserva indígena, onde se percebe um maior índice de vulnerabilidade social e de serviços na Aldeia Bororó, o que reforça nossa hipótese da relação espacial com o adoecimento da população.

Gráfico 1 – Aldeia em que Reside



Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UGD, mai a jul 2016.

Os participantes da pesquisa, em sua maioria, foram mulheres acompanhantes de seus filhos internados, o que é reflexo dos dados levantados que majoritariamente os internado da RID são crianças, mas ainda fica evidente a participação dos homens neste processo pois das 54 pessoas 19 foram homens (Gráfico 2), sendo 7 pacientes e o restante acompanhantes, isso se deu na maioria dos casos devido a impossibilidade de suas esposas estarem presentes pois tem filhos na fase de amamentação, necessitando que o pai assim ficam na companhia do filho(a) internado(a).

Gráfico 2 – Sexo dos entrevistados

Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Os dados demonstraram, também, que a grande maioria dos pacientes internados no Hospital Universitário da RID são crianças (Gráfico 3): sendo 25 pacientes de 0 a 5 anos; 10 de 5 a 12 anos; 7 de 12 a 18 e 11 de 18 a 60 anos e somente 1 idoso de 77 anos. Este dado também evidencia a relação espacial da doença com a vulnerabilidade social, pois o adoecimento se dá principalmente nas primeiras fases da infância devido à falta de condições materiais de suas famílias.

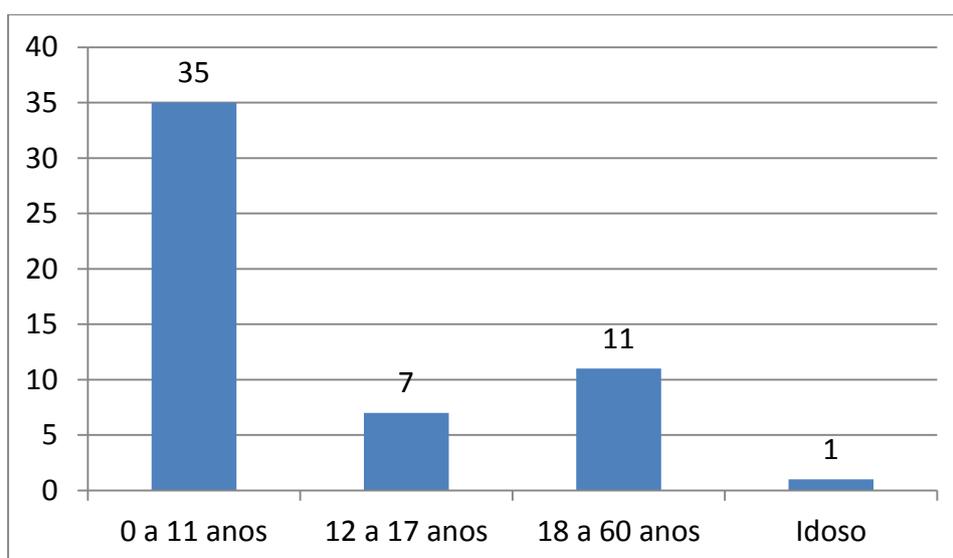
Segundo Case e Paxson (2006), crianças mais pobres são mais propensas a ter problemas de saúde, e essa propensão aumenta à medida que a criança se torna mais velha. Isso pode limitar o sucesso econômico na vida adulta, pois crianças com problemas de saúde tendem a ter mais dificuldade de aprendizado e a parar de estudar mais cedo que as crianças saudáveis. Em outro artigo Case, Lubotsky e Paxson (2002) mostram que o fenômeno de pessoas relativamente mais ricas terem melhor saúde e longevidade tem antecedentes na infância, ou seja, a saúde das crianças é relacionada com a renda familiar e essa relação se torna mais nítida conforme a criança se torna mais velha.

No artigo sobre a mortalidade infantil e a saúde das crianças no Brasil, Alves e Belluzzo (2004) investigam seus determinantes em termos municipais e individuais, respectivamente, e novamente os resultados indicam que a renda, a escolaridade média e a proporção de residências com saneamento básico no município ajudam a reduzir a taxa de mortalidade infantil ou seja onde se tem melhor infraestrutura e maior renda per capita há um benefício direto na saúde infantil.

Não diferente na pesquisa de Reis e Crespo (2009) sobre o impacto da renda domiciliar sobre a saúde infantil, os resultados mostraram que, para todas as bases de

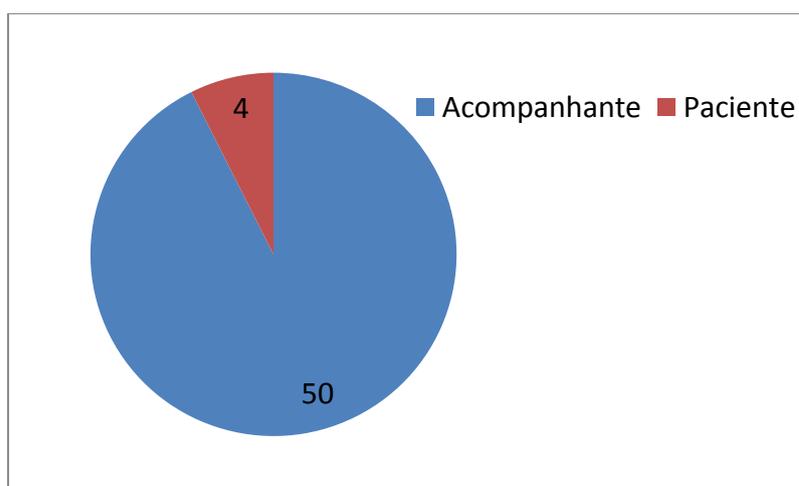
dados, independente do método de mensuração da saúde, famílias que apresentam renda domiciliar mais elevada têm, em média, criança mais saudáveis e que normalmente se recuperam melhor de choques negativos de saúde. Segundo os mesmos autores, como crianças menos saudáveis tendem a ter sua capacidade produtiva diminuída, os resultados encontrados na pesquisa podem ser um mecanismo de transmissão de desigualdade socioeconômica entre as gerações.

Gráfico 3 – Idade do Paciente



Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Gráfico 4 – Entrevistado

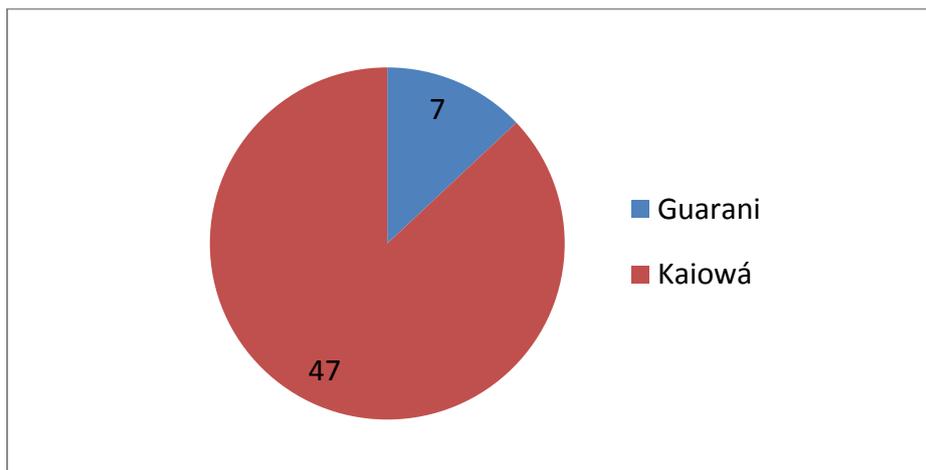


Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Em relação à etnia todos os entrevistados se declaram Guarani ou Kaiowá (Gráfico 5), visto que neste período não tivemos internação de Terenas. Outra questão é que o

número de Terenas na RID de Dourados é inferior às outras etnias e também como em outras pesquisas evidenciam (CALIXTO; MORENO, 2008; ALCANTARA, 2009), não estão entre as etnias em situação de maior vulnerabilidade social, o que também pode justificar um menor número de internação e a ausência de atendimento neste período de pesquisa.

Gráfico 5 – Etnia dos entrevistados

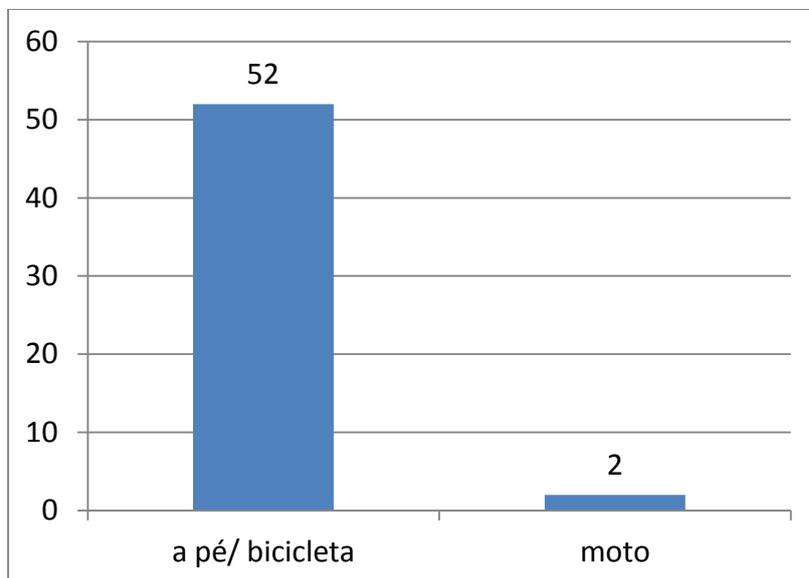


Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Quando questionados sobre o meio de transporte utilizado a maioria indicou andar a pé e/ou bicicleta (Gráfico 6) por falta de condições para adquiri-lo, o que para eles é sempre um problema na hora de procurar os serviços de saúde, ou quaisquer outros serviços públicos. Os moradores da aldeia Bororo se encontram longe de quase todos os serviços públicos oferecidos na RID e muito mais distantes ainda dos oferecidos no município de Dourados. Vale ressaltar que o município de Dourados não oferece transporte público ou coletivo dentro da RID, mesmo sendo uma necessidade para os mesmos para acesso a bens e serviços. Outro problema muito levantado pela população é a condição das estradas na RID, o que faz com que nem as ambulâncias e carros da saúde indígena consigam ter acesso as residências ou postos de saúde quando necessário, principalmente em períodos chuvosos. Inclusive no ano início deste ano (2016) a reunião do Conselho Local de Saúde Indígena não conseguiu ser realizada devido ao período chuvoso, o que atrasou em torno de um mês discussões emergenciais como a falta de transporte devido a paralisação dos motoristas ocorrida neste mês, ou seja até os membros

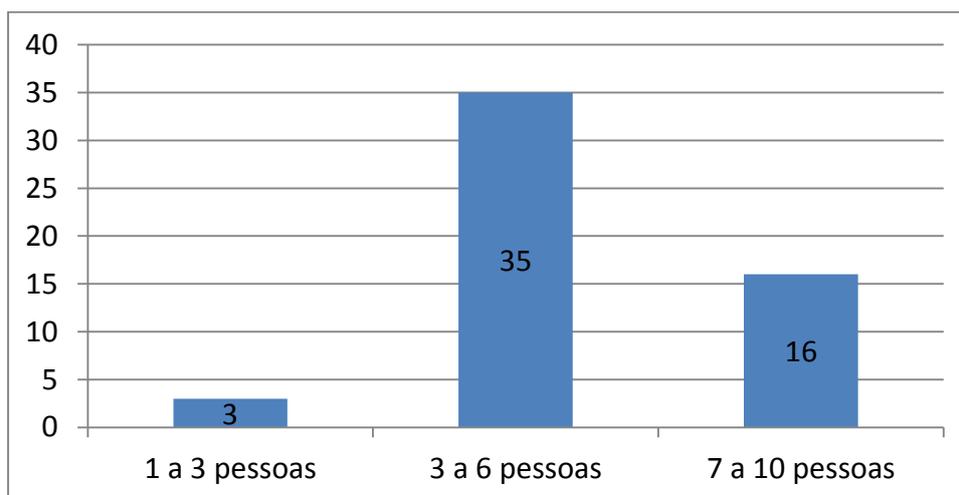
do conselho que tem como função fazer o controle social passam por dificuldades de acesso até para se reunir diante da calamidade das vias dentro da RID.

Gráfico 6 – Tipo de transporte utilizados no dia-a-dia



Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

A composição familiar dos entrevistados se mostrou muito numerosa (Gráfico 7), somente 3 pessoas moravam com até 3 pessoas; 35 entre 4 a 6 pessoas e 16 de 7 a 10 pessoas por domicílio. Diante de uma relação espacial excludente estes altos índices de pessoas por domicílio refletem na piora dos indicadores em saúde, e demonstram a dificuldade de acesso a políticas de planejamento familiar.

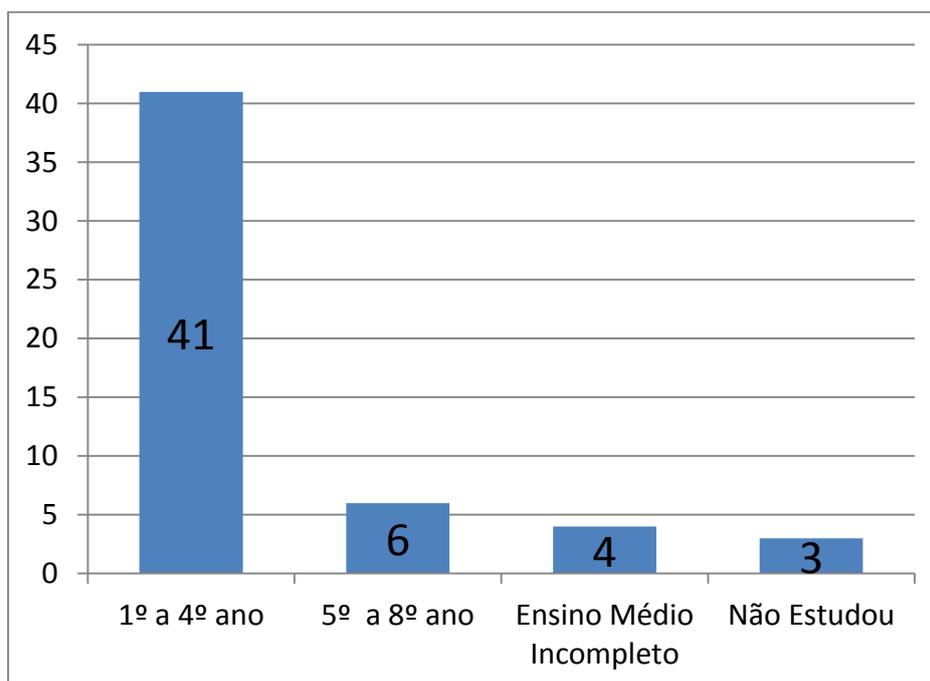
Gráfico 7 – Composição familiar

Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Quando questionados sobre a escolaridade verifica-se um baixo índice de escolaridade, sendo que dos 54, somente 41 cursaram o ensino básico (1 a 4 ano) e muitos nem se quer tem ele completo, outras 6 fizeram ensino fundamental (5 a 9 ano) e 4 estão cursando o ensino Médio e 3 pessoas nunca estudaram.

A escolaridade baixa tem uma relação direta com os determinantes sociais, que no caso da RID é um determinante do processo excludente histórico o que tem uma relação direta também com os indicadores em Saúde, pois como Santos (2012) levanta em seu estudo sobre os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças do Brasil rural, o grau de escolaridade dos pais geralmente refletem na saúde de seus filhos. E um artigo o autor analisou a associação entre a escolaridade materna e indicadores obstétricos, onde evidências empíricas mostram que a baixa escolaridade materna está correlacionada com o baixo peso ao nascer.

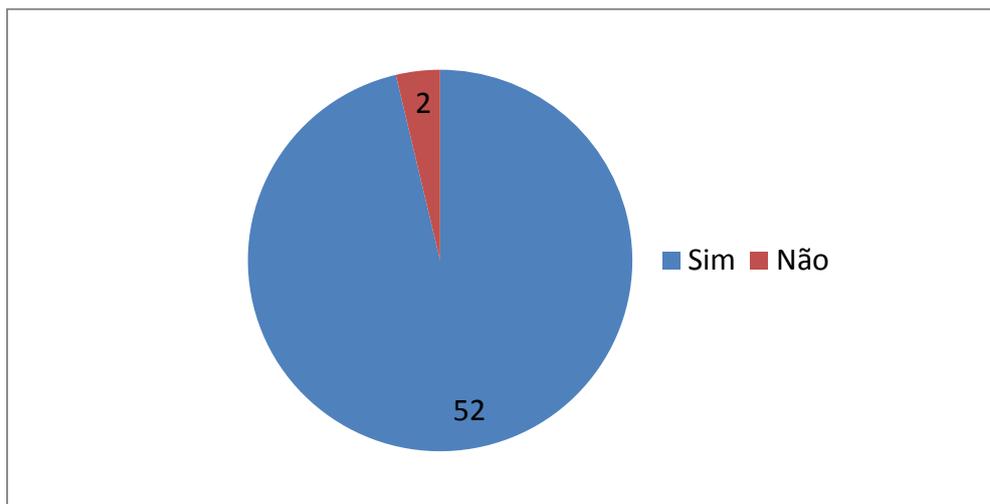
Além disso, Carvalhaes e Benício (2002) Apud Santos (2012) estudaram os riscos de desnutrição infantil associados à capacidade materna de cuidar, que incluiu diversos fatores, como escolaridade, saúde física e mental materna, estrutura familiar e trabalho e os resultados evidenciaram que a baixa escolaridade da mãe quase duplicou o risco de desnutrição da criança.

Gráfico 8 –Escolaridade do Entrevistado

Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Quando questionados a respeito de participação em algum programa social, 52 pessoas disseram que tinham cadastro no programa Bolsa Família e que também recebiam mensalmente a cesta de alimentos da FUNAI. Este dado confirma como todas estas famílias são famílias de renda per capita muito baixa pois são perfis do programa Bolsa família no qual só podem ser beneficiários famílias em situação de pobreza (renda por pessoa entre R\$ 85,01 a R\$ 170,00) ou extrema pobreza (renda por pessoa de até R\$ 85,00 por mês) e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes (mães que amamentam), crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos.

Os outros 2 entrevistados só não eram cadastrados pois não tinham em sua composição familiar gestantes, nutrizes e crianças e adolescente, pois a renda familiar se enquadrava nos demais critérios. Verificamos então o quão importante é este programa social para se garantir minimamente condições de vida para muitos moradores da RID. O que hoje percebemos como precário podia ser ainda pior sem a efetividade deste programa ou alcance dos indígenas no mesmo.

Gráfico 9 –Entrevistados inscritos no Bolsa Família

Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Achamos pertinente também questionar sobre a documentação que o paciente possui para problematizarmos outra questão sempre recorrente nos atendimentos de saúde para a população indígena, que é o fato de muitos não possuírem documentação civil o que inviabiliza procedimentos, internações e transferências entre outras coisas.

No hospital Universitário de Dourados, desde a implantação do serviço de Maternidade no ano de 2011, verificou-se a problemática acerca da documentação das famílias indígenas que vinham a nascer. Pois, por não possuírem documentação civil, era impossibilitado que seu filho recém-nascido o fizesse também. Ou seja, toda criança indígena nascida em Dourados nas instituições Hospitalares não saem da internação com a certidão de Nascimento como preconizado pelo Ministério da Saúde e assegurado às não-indígenas, somente é orientado às mães indígenas que levem o registro de nascido vivo (DNV) ao pólo da FUNAI na Reserva para fazer o RANI – Registro de Nascimento Indígena, documento este que não tem valor civil nenhum.

O assento de nascimento é um ato de direito civil. Com base nesse registro civil, é emitida a certidão de nascimento, primeiro documento civil de validade jurídica, chamado de documento originário porque é condição para obtenção dos demais documentos civis (FUNAI, 2014).

Todos os cidadãos brasileiros têm o direito à documentação básica, e o indígena é cidadão pleno, ou seja, tem todos os direitos do cidadão comum, além daqueles direitos específicos garantidos pela Constituição Federal aos povos indígenas (CF, 1988).

A documentação básica (Certidão de Nascimento, Carteira de Identidade – RG, Cadastro de Pessoa Física – CPF, Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, entre outros) é requisito para acessar direitos sociais e de cidadania, como realizar matrícula na escola, acessar direitos trabalhistas e previdenciários (aposentadoria, salário-maternidade, auxílio-doença), acessar programas sociais e também para exercer o direito ao voto. A documentação básica não anula nem prejudica nenhum direito garantido pela Constituição aos povos indígenas, como o direito às terras tradicionais que ocupam ou o respeito à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições (FUNAI, 2014).

Para os cidadãos não-indígenas, a documentação básica é um direito e ao mesmo tempo um dever, é obrigatória. Para os indígenas, o registro civil de nascimento e a documentação básica não são obrigatórios, mas um direito e uma opção de cada indígena. Diante da não obrigação observa-se uma conduta lenta das políticas públicas de garantia de direitos as populações indígenas das Aldeias Jaguapirú e Bororó neste aspecto e quando realizada de forma paliativa sem efetivar o direito em si (FUNAI, 2014). Em 2007, o Governo Federal publicou o Decreto 6.289/07, que institui o Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento, até o momento, os principais frutos desse acordo foram a realização de mutirões de documentação dirigidos especialmente para a população indígena, o que resolve paliativamente o problema.

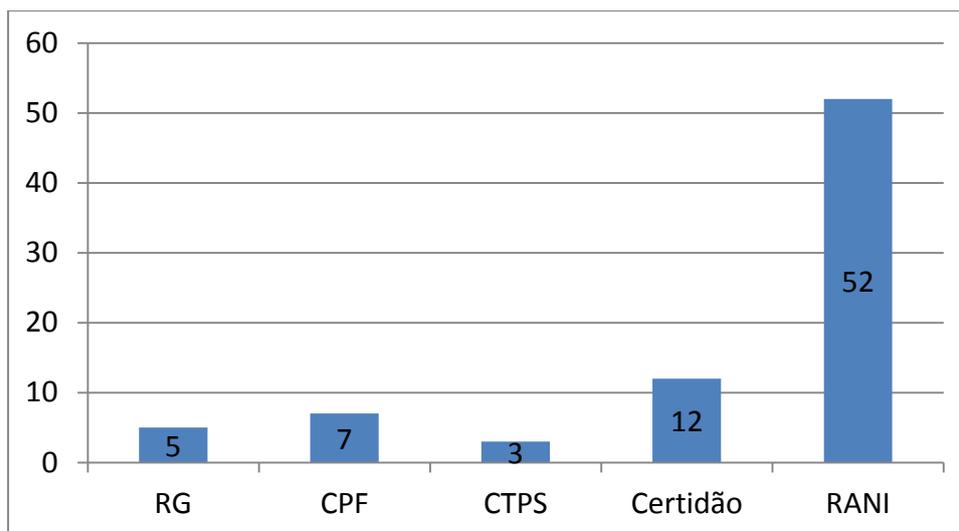
A problemática do direito e acesso à documentação básica não é vista como emergencial e nem é alvo de grandes mobilizações sociais pois muitos vêm como questão secundária. Só que na verdade ela é decisiva pois, só a partir de sua existência, o sujeito pode adquirir seus direitos. Então o direito de viver está sendo impossibilitado na sua essência quando você invisibiliza sujeitos, tanto em sua vida quanto em sua morte.

No Sistema Único de Saúde, por exemplo, para qualquer serviço é necessário possuir o Cartão do SUS que só é possível adquirir tendo o CPF, que para fazer precisa do registro civil, da mesma forma os atendimento previdenciários, a educação e o acesso ao emprego formal. Os direitos são interdependentes, a garantia de um direito reflete sobre a observância do conjunto de direitos. Quando um deles é violado, repercute nos demais.

O número estimado pelo Comitê Estadual de Erradicação do Sub-Registro de Nascimento e acesso a documentação Básica é que em torno de 2.675 crianças até 10 anos não possuam Registro de Nascimento Civil, não sendo possível estimar o número total de pessoas que não possuam outra documentação básica como RG, CPF, Título de Eleitor e Carteira de Trabalho.

O resultado das entrevistas confirmou a problemática entre os indígenas, mostrando que somente 12 pessoas possuem registro de Nascimento Civil, 5 possuem Registro Geral (RG), 7 Cadastro de Pessoa Física (CPF), 3 carteira de Trabalho (CTPS) e os 52 possuíam o Registro e Nascimento Indígena (RANI), documento este que não tem valor civil nenhum.

Gráfico 10 – Documentação que o entrevistado possui



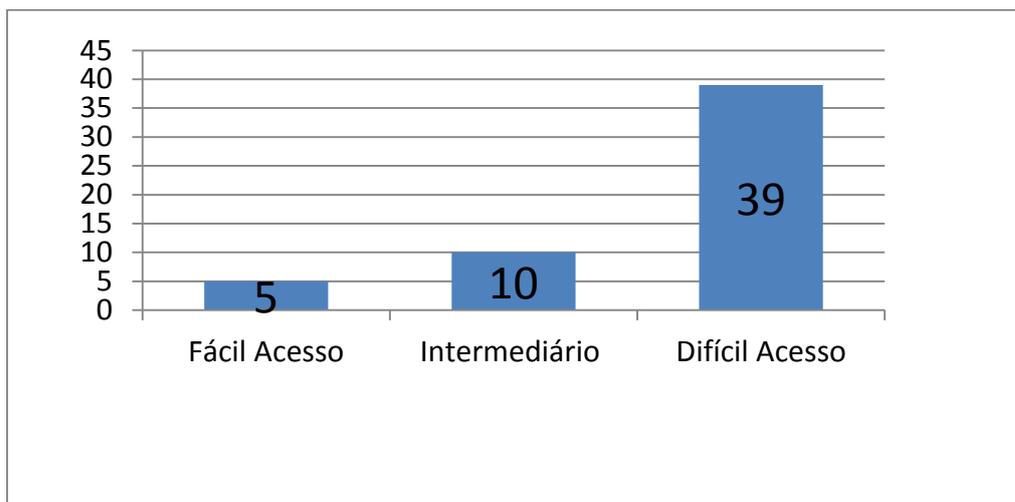
Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Quando questionados sobre o acesso aos serviços de saúde verificamos uma outra problemática, que é a distância e dificuldades para serem atendidos na RID. Como já mencionado anteriormente, a maioria da população não possui transporte motor e a SESAI se encontra com uma frota reduzida e, em muitos casos, até impossibilitada para fazer o transporte por causa dos defeitos apresentados nas viaturas ou impossibilidade de transitar pelas estradas da Reserva. Nas reuniões do Conselho de Saúde Indígena Local, nas entrevistas e na participação no Fórum de Saúde Indígena em Julho de 2016 as falas se repetiam em relação a dificuldade do transporte na saúde indígena, e como muitas vezes até os profissionais que prestam serviços nos postos não conseguem chegar até a aldeia por falta de veículos.

Outra problemática é que os motoristas são terceirizados e nos últimos anos tem sido recorrente os atrasos salariais, o que gera paralisações do trabalho como um todo. Então a dificuldade de acesso tem se dado por diferentes formas: falta de mobilidade causada pelas estradas; distância dos serviços de saúde das residências da comunidade indígena; falta de condições materiais para acessar veículos que facilitariam o acesso as

unidades; serviços com poucos horários de atendimentos; falta de veículos próprios da saúde indígena para transporte dos usuários e das equipes de saúde; a não entrada de serviços de emergências dentro da RID (SAMU, bombeiros); serviços com estruturas precárias e a sobre carga de atendimento para cada profissional de saúde. Ou seja, diante destas dificuldades para atendimento interno, imagina quantas pessoas não conseguem chegar ao hospital? Quantos ficam pelo caminho? Quantos só chegam após a piora do quadro?

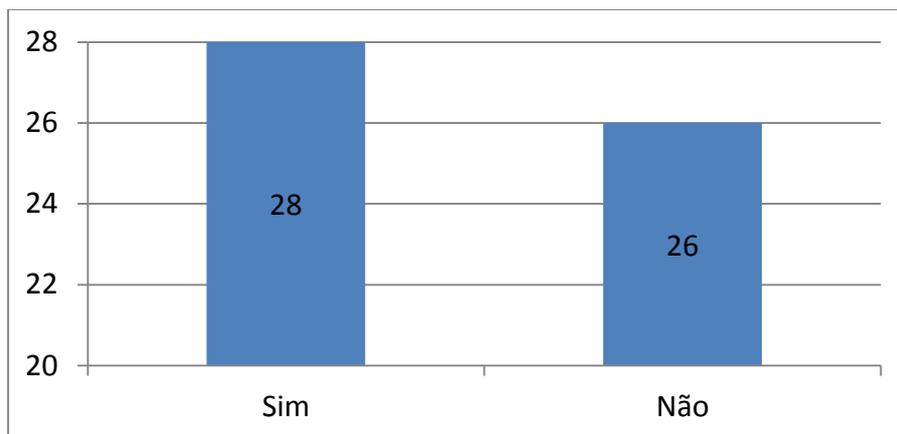
Gráfico 11 – Avaliação do acesso aos serviços de saúde



Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

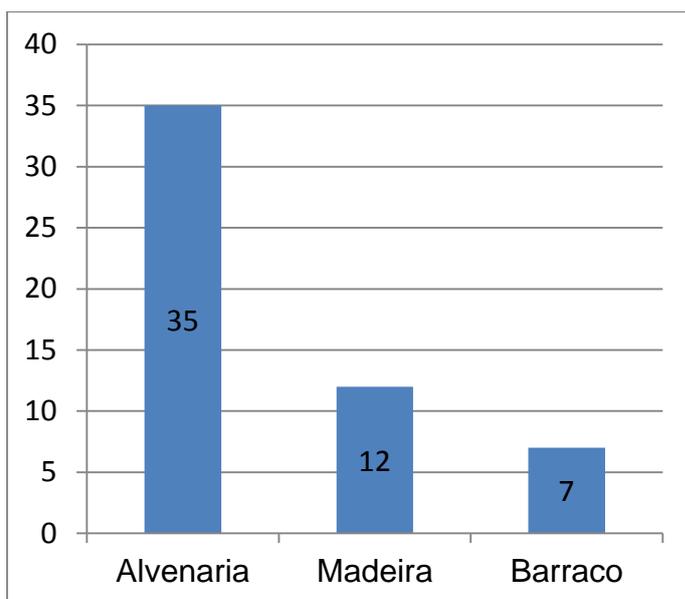
Quando questionados sobre o acesso a água observa-se outro dado alarmante: 43 afirmam faltar água diariamente em suas residências, ficando por dias sem água. Diante disso armazenam água de forma inadequada em caixas velhas, baldes, latas e até em embalagens de agrotóxicos segundo informações dos agentes de saúde em reunião do CLSI. O Acesso a água é o básico para qualquer condição humana, e ter acesso a ela não garante saúde, mas não ter acesso a ela evidencia o tamanho da iniquidade e exclusão social que esta população está submetida.

Reflexo da precária condição financeira quase a metade dos entrevistados e, ainda, majoritariamente, moradores na aldeia Bororó, não possuem geladeira, não tendo assim local para armazenar alimentos, o que dificulta para se garantir condições de saúde. “Quando sobra comida mesmo sem colocar na geladeira se come no outro dia pois não temos dinheiro para comprar comida todo dia” (sic Entrevista M). Produtos perecíveis, geralmente, quando ganhados são comidos logo, pois senão vai estragar, “não tem como guardar o leite da criança” (sic entrevista L).

Gráfico 12 – Entrevistados com geladeira na residência

Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFMG, mai a jul 2016.

A maioria dos entrevistados moram em casas de alvenaria, construídas no ano de 2008, através do programa de Subsídio Habitacional do governo Federal. Na época foram construídas 400 casas de 34 m² sem nenhuma característica da cultura indígena e também não respeita a sua forma de se organizar no espaço. As casas foram entregues sem acabamento (piso, forro, reboco) e para famílias com mais de 5 pessoas por residência, sendo que no ano de 2013 essas residências receberam a visita da comissão de Habitação da Câmara Municipal devido inúmeras denúncias de precariedade estruturais possivelmente pela utilização de materiais de baixa qualidade, sendo que o relatório desta comissão relatou que cerca de 60 casas destas se encontravam em situação de emergência e várias outras continham graves problemas estruturais. Outros moram em casas de alvenarias construídas com seus próprios recursos ainda menores, alguns em casas de madeiras e outros em barracos de lona com madeira. Observa-se, então, uma grande precariedade nas moradias na RID, o que fica evidente em sua paisagem a partir de uma simples observação.

Gráfico 13 – Tipo de moradia

Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Foto 11 - Fotos de moradias na RID

Fonte: Naara S. Aragão, 15/08/2016.

Foto 12 - Fotos de moradias na RID



Fonte: Naara S. Aragão, 15/08/2016.

Foto 12 - Fotos de moradias na RID



Fonte: Naara S. Aragão, 15/08/2016.

Outro ponto questionado foi sobre a coleta de lixo, pois o lixo como todos sabemos é um grande transmissor de doenças, sendo necessário um correto armazenamento e destino final, para não exposição e contágio de doenças infectocontagiosas, mesmo diante do risco direto de contaminação a pesquisa demonstrou que o poder público não realiza nenhuma coleta de lixo dentro da RID. Os indígenas queimam os lixos para não acumulação em suas moradias, então diariamente existem focos de queimadas nas residências. Quais os reflexos disso para a saúde desta população? Um deles são os recorrentes problemas respiratórios. E como já abordado na discussão de saúde e espaço os locais com falta de saneamento básico são lugares que geram diversas patologias evitáveis as quais modificam todos o processo saúde-doença da população exposta.

Após a explanação de todos estes dados acima apresentados, chegamos na pergunta chave de nossa pesquisa: quais são os reflexos da relação espacial de exclusão social no processo saúde-doença da população da RID que chegou até o hospital Universitário?

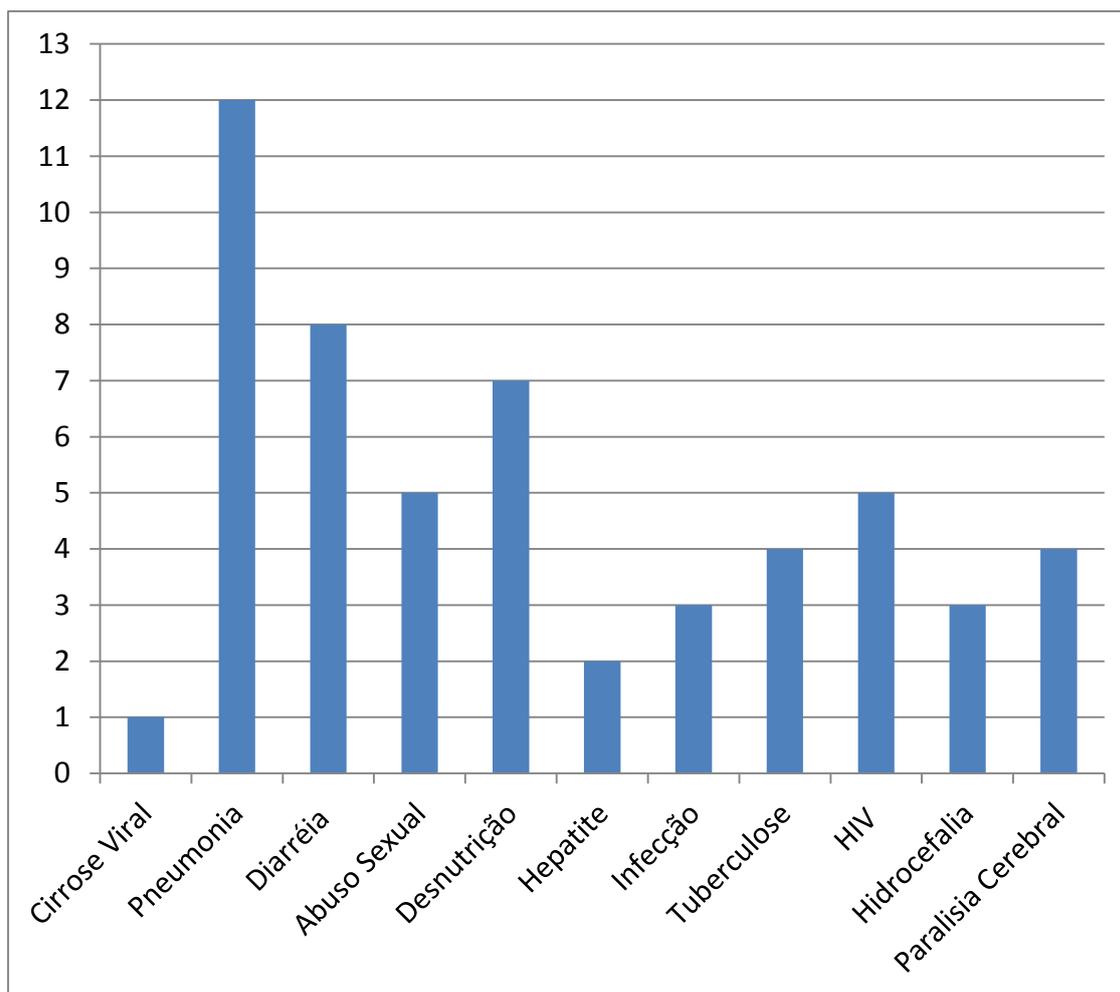
Buscando respostas coletamos, junto aos prontuários dos pacientes, quais eram os motivos que os levaram a internação. É relevante elucidar que foi preciso o prontuário, pois, quando questionados sobre a doença que o paciente tinha, a maioria dos entrevistados não sabia responder, o que demonstra a grande dificuldade de comunicação que existe entre equipe de saúde e paciente ou acompanhante no Hospital Universitário. Isso se dá em grande parte pela barreira da língua e em outra por não haver uma preocupação da equipe de realmente transmitir adequadamente o que se passa com o paciente. Se essa dificuldade já é percebida por muitos pais não indígenas, os indígenas sentem muito mais até pela relação preconceituosa que são vistos por profissionais de saúde.

Nesse sentido surgem alguns questionamentos: se não se entende o que tem, como dar continuidade no tratamento em casa? Como saber o que gerou minha doença para não repetir? Como apreender neste processo? Como a equipe faz levantamentos de históricos adequadamente se minimamente se comunica e se faz comunicar com o paciente e/ou acompanhante? Ou seja, não se realiza todos estes processos importantes no processo saúde-doença o que faz recorrentes internações e a falta de continuidade dos tratamentos dentro da RID.

Voltando aos resultados, o que se observou foi mais alarmante do que se esperava, pois dos 54 entrevistados todas as patologias podem ser relacionadas a situação ao local vivido já que hoje algumas pesquisas demonstram uma mudança no perfil epidemiológico

(aumento de doenças crônicas) da população indígena pela proximidade com cultura não indígena e pelas mudanças de comportamentos culturais ocorridos por essa proximidade. Foram verificados 11 tipos diferentes de patologias assim classificadas: Infectocontagiosas - Cirrose Viral (1), Diarréia (8), Hepatite (2), Infecção (3), Tuberculose (4), HIV (5); Respiratórias – Pneumonia (12); Sociais – Desnutrição (7), Abuso Sexual (5); Deficiências – Hidrocefalia (3) e Paralisia Cerebral (4).

Gráfico 14 – Patologias



Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Como já apontamos, a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (Barcellos 2000). Sendo assim o que esses dados nos mostram é um contexto social de extrema vulnerabilidade na qual doenças facilmente evitáveis são grandes endemias, causando a precarização das condições de saúde e em muitos casos óbitos da população indígena da RID.

Os dados locais confirmaram os dados já apresentados no primeiro capítulo sobre a morbidade indígena nacional, que apontam uma elevada incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, desnutrição, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, malária e doenças passíveis de prevenção por vacinas, destacando “um quadro sanitário marcado pela elevada ocorrência de agravos que poderiam ser consideravelmente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas (CARDOSO, 2014).

As doenças respiratórias que mostraram-se em maior incidência tem uma relação com o clima do período da pesquisa (maio a julho de 2016), período de término de outono e começo do inverno, com maior incidência nas crianças, devido a sua são exposição às baixas temperaturas e como mostrado acima em uma situação de vulnerabilidade que prejudica o acesso a moradia, alimentação e roupas adequadas, refletindo no grande adoecimento por esse motivo. Inclusive o setor do Serviço Social no Hospital Universitário recebe grande demanda das mães indígenas por roupas de frio para seus filhos e para seu próprio uso mesmo durante todo este período.

Durante a coleta de dados outro dado que se evidenciou foi o grande percentual de crianças indígenas nascidas com deficiência (hidrocefalia e paralisia cerebral), após escuta dos familiares e conversas com os profissionais da saúde indígena e não indígenas algumas hipóteses para esta problemática se apresentaram, e elas decorrentes do processo social problematizado. A falta de nutrição adequada da mãe, antes e durante a gestação, a não realização de pré-natal adequado, número elevado de gestações, utilização de álcool e outras drogas, falta de planejamento da gravidez assim não se toma medicamento hoje entendidos como essenciais para desenvolvimento neural como Acido fólico e sulfato ferroso (os quais só faz efeito nos primeiros meses e são indicados a serem tomados inclusive num período anterior a gestação), a falta desses medicamentos nos postos de saúde Indígena (como relatado por profissionais que ocorre com frequência) e também a utilização de medicação, abortiva pela não aceitação da gravidez, o que demonstra a necessidade de maior efetividade nas ações de prevenção da gravidez ou seja de planejamento familiar.

A desnutrição é outra patologia frequente nas instituições hospitalares (Hospital da Missão e HU). Dourados já foi reconhecido internacionalmente pelos altos indicadores de mortalidade infantil devido a desnutrição, sendo necessária uma intervenção de organismos internacionais para redução e criação de um centro de reabilitação alimentar junto ao Hospital da Missão, mesmo após mais de 10 anos de reconhecimento desta

problemática ainda são recorrentes a internação no hospital universitário de crianças em situação de desnutrição aguda.

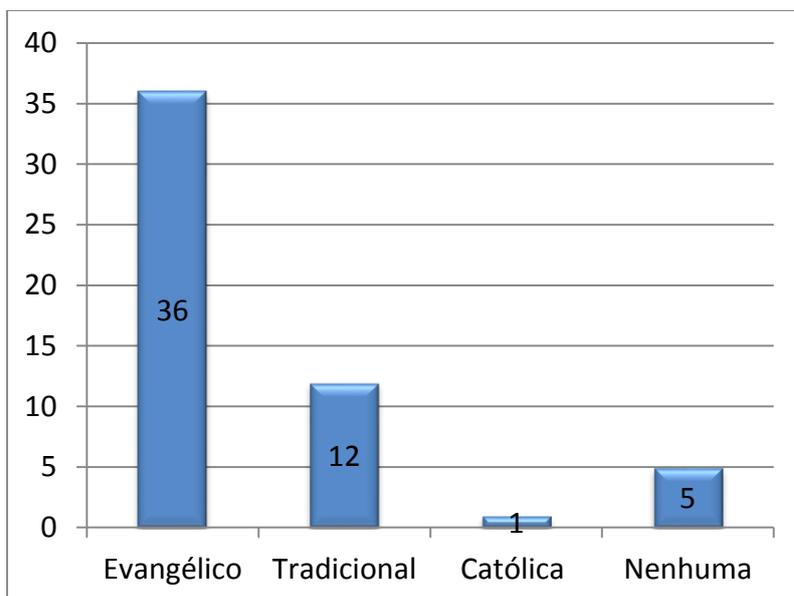
Os dados sobre Abuso Sexual, também elevados, principalmente acometidos com crianças, evidenciam a situação de marginalidade na qual esta população se expõe, com a perda dos princípios culturais e uso abusivo de drogas e álcool, gerando um ciclo de violência no qual diariamente se observa nos hospitais. O que se percebe deste fato é uma falsa percepção deste dado, onde no senso comum a violência é dada como cultural dos povos indígenas, inclusive o estupro, e não é visto como consequência deste processo histórico de exclusão social. E esse discurso equivocado é repetido por inúmeras instituições do poder público que realizam o atendimento a esta população, o que não colabora para a implementação de políticas públicas de superação desta realidade, mas sim, para o aumento do preconceito e desvalorização da população indígena como um todo.

E por fim, questionamos também os entrevistados sobre a religião, até porque na cultura indígena o processo saúde-doença tem inúmeras relações com o entendimento religioso cultural o que não se dá só para saúde mais para todos os aspectos de organização cultural. O retrato do que se apresentou nos resultados é que temos no hospital Universitário corresponde ao que pode ser percebido na paisagem da RID, onde se encontram mais de 60 templos religiosos evangélicos, e que se instalam sem praticamente nenhuma resistência devido a sua prática assistencialista junto à população indígena. O entendimento da vida, saúde e conjuntos de valores da cultura indígena perpassam pela sua ideologia religiosa própria, sendo assim quando não se pratica mais tal sistema e ainda quando o mesmo é considerado inferior ou até mesmo demonizado, essas estruturas básicas são enfraquecidas, fragmentadas, gerando, em muitos casos, uma negação com a própria cultura. A pergunta que nos remete essa realidade é: qual a influencia destas mudanças culturais na vida da população indígena?

O próximo gráfico já se percebe como reflexo deste questionamento acima, quando apenas 30% dos entrevistados utilizam de alguma forma a medicina tradicional de sua comunidade indígena. Para além da influencia religiosa questionamos neste ponto também a efetividade da política Nacional de Saúde Indígena que tem como diretriz articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde (PNASPI, 2002), sendo que não existe nenhuma política pública que garanta esta articulação. A medicina tradicional tem sido negada e inferiorizada pelo modelo hospitalocentrico e biomédico que tem sido implementado nas comunidades indígenas.

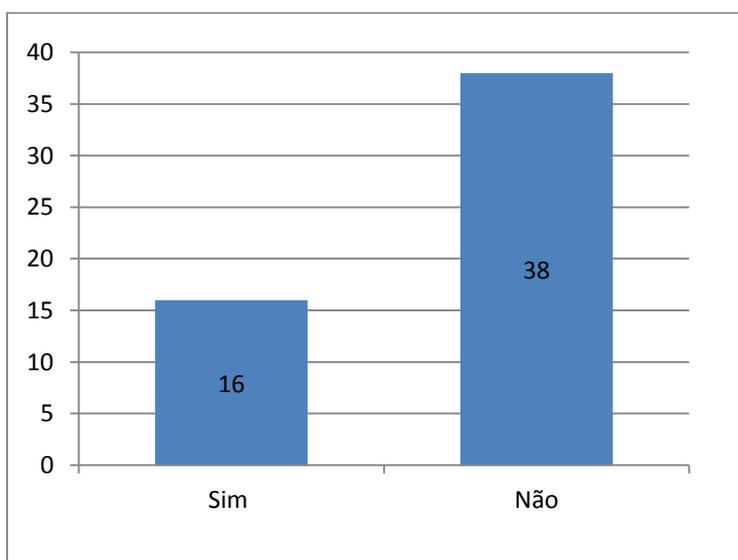
No fórum Estadual de Saúde Indígena ocorrido em Julho de 2016 em Dourados a fala de uma liderança indígena na abertura dos trabalhos demonstrou o sentimento que eles tem em relação à interculturalidade, falando que eles querem que o dipirona esteja ao lado da casca de árvore, ou seja, dos medicamento naturais e pertencentes a medicina tradicional indígena. Diferente do que vivenciamos em nossa cultura não indígena as populações indígenas não negam ou inferiorizam a medicação sintética, mas sim a coloca como igual no mesmo “balcão”, qual é a nossa dificuldade de também ter esse olhar de igualdade de alteridade com esta população.

Gráfico 15 – Religião



Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

Gráfico 16 – Uso da medicina tradicional



Fonte: Entrevistas com pacientes/acompanhantes indígenas HU/UFGD, mai a jul 2016.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A reserva de Dourados vive uma realidade ímpar de todas as demais Reservas e Aldeias do Brasil”. É a afirmação de um servidor da FUNAI durante uma reunião da Rede de atendimento a crianças vítimas de violência da RID no mês de setembro do ano de 2016. Mas o porquê desta singularidade?

A resposta fica evidente quando descrevemos sobre o processo de criação desta reserva, onde a colonização não indígena na região trouxe inúmeras consequências negativas para os povos originários, causando mudanças em sua organização territorial, social, econômica, enfim, nos múltiplos aspectos de suas vidas. Hoje, as comunidades vivem problemas como o alto índice de violência, desnutrição, suicídio, conflitos decorrentes de disputas fundiárias, assassinatos recorrentes e impunes de lideranças, atropelamentos, além do grau extremo de violência simbólica manifestada no preconceito cotidiano.

A nossa preocupação no decorrer desta pesquisa foi articular os saberes para assim fazer a leitura do espaço da RID e refletir nos processos de saúde e/ou doença deste, mesmo que dentro dos limites desta pesquisa. Afinal quando entendemos que saúde é determinada por diferentes condicionalidades não podemos deixar de considerar esta pluralidade. Sendo assim, quando se propõe discutir saúde na RID temos que iniciar afirmando que esta discussão perpassa primeiramente pela discussão do direito a terra, ou seja, a urgente e necessária demarcação das terras indígenas, justamente para garantir a reprodução sociocultural dos mesmos, afinal diante de um confinamento e uma retirada de direito de tal dimensão como falar em promoção de saúde? Ou, ainda, em diminuição das iniquidades em saúde?

Neste sentido, objetivamos apresentar nesta dissertação os fundamentos que colocam o espaço como uma categoria de análise privilegiada para a investigação do processo saúde-doença nas populações, o que não difere para a população indígena. Entendendo que o espaço porta uma história ecológica, biológica, econômica, comportamental, cultural, política e social, necessariamente tem que orientar o conhecimento do processo saúde-doença.

E, no decorrer da pesquisa, percebemos, então, a relevância de outro conceito para leitura deste espaço, que é o conceito de exclusão social. O complexo fenômeno da exclusão social já vem sendo bastante discutido nas ciências humanas e sociais. Busca-se

assim, uma explicação para o mesmo, que é ao mesmo tempo, tão antigo quanto atual na história da humanidade, mas que assume características próprias a cada período histórico.

Fenômeno esse que é multidimensional, e que se caracteriza de forma concreta na realidade da RID. A dimensão histórica se revela desde a constituição da RID, em 1925, com o caráter impositivo e explorador. A dimensão geográfica: no ato do confinamento e ao se tornar um espaço de exclusão, revelado numa simples observação da paisagem e com indicadores sociais desiguais causados principalmente pela dificuldade de acesso a bens e serviços. A dimensão social: quando se observa uma imposição da cultura do não indígena para o indígena, em todos os níveis da vida social. A dimensão econômica: quando se observa a falta de condições materiais da maioria da população, e pela desigualdade entre a população indígena e não indígena.

A dimensão da representação social quando mesmo diante da pluralidade da constituição do município de Dourados, existe, em geral, uma tensão em torno da presença indígena na cidade e seu entorno, fruto dos próprios paradigmas civilizatórios presentes na colonização da região, que consideram o indígena inferior, menos civilizado, sujo, selvagem, dentre uma série de estigmas. O desconhecimento em relação à multiplicidade de histórias, vivências, de quem são essas pessoas, ou como essas famílias indígenas vieram a estar hoje vivendo das diferentes formas que compõem esse cenário, gera uma série de preconceitos e confusões reproduzidos cotidianamente, que colocam os indígenas em uma posição de desprestígio ou mesmo invisibilidade social. A dimensão política quando esta população tem dificuldades de acessar direitos tais como o de nascer e obter a certidão de nascimento, na pequena participação social e pela desqualificação de sua cultura que os coloca num não-lugar permanente ou em vários lugares diferentes de efêmeros pertencimento.

Outro ponto fundamental nesta discussão foi diante do levantamento do marco regulatório da saúde indígena no Brasil, entender que os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, que está diretamente relacionado aos processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes pioneiras e de expansão nas diversas regiões do país. Ao longo dos séculos, tais frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio da introdução de novos patógenos, ocasionando graves epidemias; usurpação de territórios, dificultando ou inviabilizando a subsistência; e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras.

A partir de 1999, a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde aos povos indígenas passou para a FUNASA, vinculada ao Ministério da Saúde, concretizando a implantação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas e estruturado segundo divisão territorial em distritos (os chamados “Distritos Sanitários Especiais Indígenas” ou DSEIs), vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo modelo pautava-se na perspectiva da atenção diferenciada, reconhecendo, ao menos em tese, as especificidades dos povos indígenas. Não obstante, após mais de uma década de implantação, é perceptível que as ações ainda estão bastante distantes quanto a reduzir as enormes disparidades em saúde dos indígenas se comparados aos não-indígenas.

Tal situação pode ser atribuída a uma série de fatores que ainda necessitam ser mais bem caracterizados. Dentre eles podem ser mencionados os impactos insuficientes da atenção à saúde provida no Subsistema de Saúde Indígena, decorrente da elevada rotatividade e descontinuidade da presença de profissionais de saúde nas áreas indígenas; elevada complexidade e diversidade para a organização dos serviços de saúde indígena no nível local; articulação insuficiente com os outros níveis de atenção do SUS (rede de referência e contra-referência); irregularidade e falhas na notificação de eventos vitais; condições sanitárias inadequadas nas aldeias, reservas e terras indígenas; insegurança alimentar e questões ligadas à posse e uso da terra.

A implantação dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como previsto na política Nacional de atenção a saúde indígena – PNASPI não foi acompanhada de uma transformação dos mecanismos de tomada de decisão, estruturas e quadros profissionais da instituição, como indica a literatura de referência sobre implantação de distritos sanitários e os “Sistemas Locais de Saúde”. O sistema segue o modelo médico assistencial hospitalocêntrico, em detrimento do atendimento diferenciado previsto na política, demonstrando que se entende por saúde apenas a ausência de doença, sem a necessidade de se problematizar o processo de adoecer e priorizar a prevenção destes processos, tendo como foco o espaço.

Os resultados das entrevistas com os pacientes internados no HU-UFGD corroboram com as afirmações acima, pois a desconsideração da determinação social da doença tem gerado grande impacto no processo saúde-doença desta população, já que nos dados levantados todos os entrevistados tinham patologias que podem ser relacionadas ao local vivido, em sua maioria infectocontagiosas e sociais (desnutrição, violência) plenamente evitáveis.

O que não devemos deixar de ressaltar também é a dificuldade demonstrada pela maioria dos entrevistados de acesso real aos serviços de saúde. Nem sempre os profissionais que atuam nessas áreas estão preparados para lidar com as diferenças, no sentido de problematizar e buscar estratégias para que haja real igualdade de condições no atendimento.

Também apontamos as dificuldades de comunicação, intensificadas pela diferença da língua, a qual no serviço hospitalar se torna uma barreira ainda maior, dificultando e prejudicando o atendimento desde o início até a manutenção dos tratamentos após internação. Ficando claro então as iniquidades em saúde que esta população esta submetida, e não tendo outro conceito que melhor colabora para esta discussão devido aos processos históricos de injustiças sociais que esta população esta submetida que o termo desigualdade não dá conta de explicar.

Há a necessidade de aprimorar e flexibilizar os protocolos de atendimento e tecer uma rede mais consistente, que articule os serviços de saúde juntamente a outros setores que têm interferência direta na vida dos povos indígenas. E que as ações sejam pensadas levando em conta as diferenças socioculturais, pois quando não são assim feitas se tornam ineficientes, pois é realizado de maneira universalista, aplicando os mesmos conceitos e procedimentos que em outros contextos.

Observa-se, então, que a situação historicamente problematizada na RID tem causado deterioração progressiva das condições da saúde desta população, dentre outras problemáticas, sendo então necessária discutir as questões estruturais do problema e não ações paliativas e setoriais que tentam maquiagem a realidade posta.

Propor a difusão dessa responsabilidade e da política de saúde para os povos indígenas a todos os níveis do SUS, segundo seus princípios e diretrizes, não significa “municipalizar” a saúde indígena, nem abdicar da responsabilidade prioritária da esfera federal sobre a gestão da política nacional de saúde, sobretudo na saúde dos povos indígenas (lesados que foram pelo Estado nacional em formação e cuja saúde é, prioritariamente, de sua responsabilidade).

Diante desse cenário, somente com a estruturação de políticas coerentes com a realidade social, será possível reverter uma danosa invisibilidade, demográfica e epidemiológica, cujo um dos efeitos mais adversos é o de impedir que se disponha de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando dirimir situações de desigualdade em saúde”.

Destaco, por fim, que qualquer ação que tenha os povos indígenas como

destinatários só será realmente eficiente se for construída escutando as comunidades e, para isso, deve ser estimulado o fortalecimento dos indígenas enquanto sujeitos em sua autonomia e autodeterminação, bem como a participação nas instâncias de formulação, execução e avaliação das diversas políticas sociais. Porém, acima de tudo, as instituições também devem saber ouvir, entender e dialogar com os povos indígenas e com a pluralidade que constitui nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, Maria de Lourdes Beldi. **Jovens Indígenas e lugares de pertencimento**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Núcleo Interdisciplinar do Imaginário e Memória. Laboratório de Estudos do Imaginário, 2007.

ANDRADE, M. C., 1994. **Uma Geografia para o Século XXI**. Campinas: Papirus

ALVES, D. e BELLUZZO, W. **Infant mortality and child health in Brazil**. *Economics and Human Biology*, v. 2 n. 3, p. 391-410, 2004.

BARATA, R. B. **Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença**. REVISTA USP, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001. Disponível em: < file:///C:/Users/cliente/Downloads/35108-41279-1-SM.pdf > Acesso em: 20/03/2016.

BARCELLOS, C. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida**. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v.2. p.27-34.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. (2002) **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, 11(3): 129-138

BARCELLOS, Christovam. **Elos entre Geografia e Epidemiologia**. In: CZERESNIA Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação Realizado de 25 a 31 de julho de 2010. Porto Alegre - RS, 2010. ISBN 978-85-99907-02-3 5 histórica e epistemológica. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):595-617, jul-set, 2010.

BENITES, T. **História da ATY GUASU GUARANI-KAIOWÁ/MS, entenda o contexto**. 2015. Disponível em: <<http://atyguasu.blogspot.com.br/2012/11/historia-da-aty-guasu-guarani-kaiowams.html>> Acesso em: 20/08/2016.

BARRETO, Maurício. **Epidemiologia, sua história e crises**. IN COSTA, Dina Czeresnia (org.).Epidemiologia – teoria e objeto. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

BRAND, Antonio. **O confinamento e o seu impacto sobre os Pãi/Kaiowá**. PortoAlegre, 1993. Dissertação (Mestrado) - PUC/RS.

_____. **O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da palavra**. 1997. Tese (Doutorado em História) - PUC, Porto Alegre, 1997.

BENITES, T. **História da ATY GUASU GUARANI-KAIOWÁ/MS, entenda o contexto**. 2015. Disponível em: <<http://atyguasu.blogspot.com.br/2012/11/historia-da-aty-guasu-guarani-kaiowams.html>> Acesso em: 20/08/2016.

CALIXTO, M. J, M and MORENO. B.B. **A Fronteira entre as antigas e as novas relações: uma reflexão sobre as novas formas de uso do espaço na reserva indígena**

de Dourados-MS. Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas – MS – Nº 7 – ano 5, Maio de 2008.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual, **Cad. Saúde Pública vol.30 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2014** Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027814>>. Acesso em: 05/11/2015.

CASE, A; LUBOTSKY, D. e PAXSON, C. **Economic status and health in childhood: the origins of the gradient.** *The American Economic Review*, v. 92, n. 5, p. 1308-1334. 2002. Disponível em: < <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1042211.pdf>> Acesso em: 20/07/2016.

CASE, A. e PAXSON, C. **Children's Health and Social Mobility. The Future of Children.** v. 16, n. 2, p. 151-172. 2006. Disponível em: < http://www.jstor.org/stable/3083252?seq=1#page_scan_tab_contents> Acesso em: 20/07/2016.

CASTELLANOS, O. P. L. **Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida.** Considerações Conceituais, in R. B. Barata (org.), *Condições de Vida e Situação de Saúde*, Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.

CERQUEIRA, M. B. **Pobreza, periferia e diversidade cultural: desafios para a saúde.** Boletim do Instituto de Saúde – BIS Volume 12 – Nº 2 – Agosto 2010 ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacao.pdf>>. Acesso em: 01/03/2016.

COIMBRA Jr., C.E.A. & SANTOS, R. V., 2003. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132.

COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO: **Violência contra os povos indígenas no Brasil:** Lúcia Helena Rangel (Coor.). Brasília/DF, 2012. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/pub/publicacoes>>. Acesso em: 10/06/2015.

COSTA, Maria da Conceição Nascimento and TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz. **A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.2, pp. 271-279. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200012>.

CREPALDE, A. **A construção do significado de Tekoha pelos Kaiowá do Mato Grosso do Sul.** 2014. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115758> > Acesso em: 20/03/2016.

DEMO, Pedro. **Charme da Exclusão Social.** Coleção Polêmicas do Nosso Tempo n.61. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1998.

DORIA FILHO, U. **Introdução a bioestatística: para simples mortais**. São Paulo: Negócio, 1999, 152p.

DUPAS, Gilberto. **Economia Global e Exclusão Social**. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FAERSTEIN, Eduardo. **Determinantes sociais da saúde: alguns avanços na pesquisa epidemiológica**. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.3, pp. 411-413. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000300002>.

FERREIRA, Marcelo Urbano. **Epidemiologia e Geografia: o complexo patogênico de Max Sorre**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 301-309, 1991.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente; MATSUO, Tiemi y SOUZA, Regina Kazue Tanno de. **Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.12, pp. 2327-2339. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200005>.

FONSECA, A. F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: ForenseUniversitária, 1980.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas**. 2º Edição, 2002.

_____. **Funasa: 20 anos no coração do Brasil**. / Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2011.

GIROTTI, Renata Lourenço. **O serviço de Proteção aos índios e o estabelecimento de uma política indigenista republicana junto aos índios da reserva de Dourados e Panambizinho na área da educação escolar (1929 a 1968)**. Disponível em: <http://www.athena.bibliotecaunesp.br/exlibris/bd/bas/33004048018P5/2007/girotto_rl_dr_assis.pdf>. Acesso dia 15/10/2014

GUIMARÃES, R. B. **Os complexos técnico-patogênicos e a pobreza urbana**. In: IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA URBANA, 2005. Disponível em: <<http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/textos%20digitais/complexos%20tecnopatog%EAnicos%20informativos%20e%20a%20pobreza%20urbana.pdf>>. Acesso em: 10/05/2015.

Yin, R. **Estudo de Caso. Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman. (2003). Disponível em <saudeglobaldotorg.files.wordpress.com/2014/02/estudodecasoyin.pdf> Acesso em: 01/03/2016.

LIEBGOTT, Roberto Antônio e BONIN, Iara Tatiana. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: retrospectiva e perspectivas futuras**, 2011.

LIMA, S. C. **A construção de cidades saudáveis a partir de estratégias de promoção de saúde**. Apud: Construindo cidades saudáveis/ Samuel do Carmo Lima; Eduarda Marques da Costa (Organizadores). Uberlândia(MG): Assis Editora, 2013.

Martins, J. S. **A sociedade vista do abismo: Novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais** (2a ed.) Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas**. Cadernos de Saúde Pública, 21(3): 898-906, maio.-jun, 2005.

MORAES ACR, 1994. **Meio Ambiente e Ciências Humanas**. São Paulo: Hucitec.

MORENO, Bruno Bomfim. **A Centralidade do Ensino Superior e o Processo de Redefinição Socioespacial em Dourados-MS**. Dissertação defendida no programa de pós-graduação da UFGD no ano de 2013.

MOTA, J. G. B. 2011. **Territórios e territorialidades Guarani e Kaiowa: da territorialização precária na Reserva Indígena de Dourados à multiterritorialidade**. (Mestrado em Geografia) - UFGD, Dourados.

_____. **Territórios, multiterritorialidades e memórias dos povos Guarani e Kaiowá: diferenças geográficas e as lutas pela Des-colonização na Reserva Indígena e nos acampamentos-tekoha - Dourados/MS**. Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2015.

MURA, Fabio. **Por que fracassam os projetos de desenvolvimento entre os Guarani de Mato Grosso do Sul? Notas críticas para uma política de sustentabilidade**. In: NASCIMENTO, Adir Casaro et al (org.). *Projeto Criança Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: a realidade na visão dos índios*. Campo Grande: UCDB, 2005.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “questão social”**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

OLIVEIRA, Jorge Eremites. **O suicídio entre os Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul**. Disponível em: <<http://www.campograndenews.com.br/artigos/o-suicidio-entre-os-kaiowa-e-guarani-em-mato-grosso-do-sul>>. Acesso em 10/06/2015.

PAIM, J. S., 1997. **Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação**. In: Condições de vida e Situação de Saúde: Saúde e Movimento(R.B.Barata, org.),pp. 7-30, Rio de Janeiro: Abrasco.

PEREIRA, Levi Marques. **Imagem kaiowá do Sistema Social em seu Entorno**. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2004.

PORTAL BRASIL. **Brasil cria Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Publicado dia 19/10/2010. Acesso em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2010/10/decreto-oficializa-criacao-de-secretaria-especial-de-saude-indigena> Acesso em: 02/08/2015.

QUERMES, Paulo Afonso de Araújo and CARVALHO, Jucelina Alves de. **Os impactos dos benefícios assistenciais para os povos indígenas: estudo de caso em Aldeias Guaranis**. *Serv. Soc. Soc.*[online]. 2013, n.116, pp. 769-791. ISSN 0101-6628. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000400010>.

RANGEL, L. H. **Vulnerabilidade, racismo e genocídio**. In: _____. **Violência contra os povos indígenas no Brasil**. Relatório. Conselho Indigenista Missionário (Cimi). Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.cimi.org.br/pub/CNBB/Relat.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

REIS, M. e CRESPO, A. **O Impacto da Renda Domiciliar sobre a Saúde Infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA. Textoparadiscussão, n. 1397, 2009.

ROSEN, G. **Umahistória da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, E. S. Et AL. Geografia da Saúde e o complexo patogênico de Max Sorre. Anais XV Encontro Nacional de Geografos. 2010. Disponível em: Acesso em: SANTOS M, 1988. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec.

SANTOS. M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Hucitec; 1993

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1978.

SANTOS, Milton. **A urbanização desigual**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1982.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1988.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 1993.

SANTOS, Milton. **Por uma economia política da cidade**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**. São Paulo: Record, 2000.

SANTOS. M. **Espaço e Método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, V. L. **Avaliação do grau de implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul Pólo Base de Dourados** (2009). Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2298>. Acesso em: 10/12/2015.

SANTOS, B. **Estado nutricional, condições de vida e avaliação parasitológica da população indígena Xukuru-Kariri, Caldas, Minas Gerais – 2012**. Disponível em: file:///C:/Users/cliente/Downloads/DISSERTA%C3%87%C3%83O_EstadoNutricionalC%20ndi%C3%A7%C3%B5es.PDF. Acesso em: 20/07/2016.

SILVA L J, 1985. **Organização do Espaço e Doença**. In: Textos de apoio: Epidemiologia 1 (J. Carvalheiro, org.), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ABRASCO.

SILVA, Luiz Jacintho da. **O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas**. Cad. Saúde Pública, Out 1997, vol.13, no.4, p.585-593.

SILVA, Aldo Aloísio Dantas da. **Complexo geográfico, espaço vivido e saúde**. Caderno Prudentino de Geografia, Presidente Prudente, AGB, no. 25, 2003, pp. 97-110.

SILVA, V. F. **Os Papéis de Dourados – MS no contexto regional: Apontamentos para análise de uma cidade Média** (2011). Disponível em: < <http://www.ufgd.edu.br/fch/mestrado-geografia/dissertacoes/dissertacao-valeria>> Acesso em: 20/11/2015.

SILVA, Wilson Matos. **Medo, Violência e abandono**. Disponível em: http://www.cedefes.org.br/?p=indigenas_detalhe&id_afro=1859. Acesso em: 15/10/2015.

SILVA, L.M.V. e ALMEIDA, F.N. **Distinção, Diferença, Desigualdade, Iniquidade e a Saúde: uma Análise Semântica**, Salvador, 2000 (mimeo.).

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.

_____. **Educação para inclusão**. in: ensinar e aprender, reflexão e criação. v.2 versão preliminar. SEED – Paraná, 1998.

SILVA, V. F. Sob a perspectiva do novo: um olhar sobre a dinâmica intraurbana de Dourados-MS e seu processo de urbanização. Caderno Prudentino de Geografia, Presidente Prudente, n.34, v.2, p.97-119, ago./dez.2012.

SOBRAL, André and FREITAS, Carlos Machado de. **Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde**. *Saude soc.*[Online]. 2010, vol.19, n.1, pp. 35-47. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>.

SORRE, Max. **Fundamentos biológicos de la geografia humana**. Barcelona: Editorial Juventud, 1955.

SOUZA, A. F. **Bio Poder e pathos: a posição dos sujeitos nesta relação**. (2015) Disponível em: < <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/Anais%20Congresso%202014/Simposios/S%205.3.pdf>> Acesso em: 05/03/2016.

TROQUEZ, M. C. C. **Professores Índios e transformações socioculturais em cenário multiétnico: A reserva Indígena de Dourados (1960-2005)**. Dissertação defendida no ano 2006. Disponível em: <http://www.ufgd.edu.br/tesesimplificado/tde_arquivos/4/TDE-2007-11-01T063351Z-27/Publico/MartaCoelhoCastroTroquez.pdf>. Acesso em: 10/10/2015.

VAZ, A, M, G. **Exclusão Social: Novos e velhos dilemas**. Emancipação, 2(1): 105-127, 2002. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5212/emancipação.v2i1.32> > Acesso em: 20/03/2016.

VIANA, P.V.S. **Tuberculose no Brasil: uma análise segundo raça/cor**. Ano 2015. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/materia/detalhe/37899>>. Acesso em: 01/09/2015.

VIEIRA, A, B. **Mapeamento da exclusão social em cidades médias: interfaces da Geografia Econômica com a Geografia Política** - Presidente Prudente : [s.n], 2009 194 f. Disponível em: < <http://www.redbcm.com.br/arquivos/bibliografia/alexandrebergamin.pdf>> Acesso em: 01/03/2016.

VIEIRA, A. B & FURINI, L. A. **Exclusão Social: a formação de um conceito**. Exclusão social em cidades brasileiras: um desafio para as políticas públicas/Everaldo Santos Melazzo, Raul Borges Guimarães (orgs.). São Paulo: Ed. UNESP, 2010.

VILLAR, E. **Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007.

WHO - World Health Organization. **International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata**. USSR, 6-12 September, 1978.

WHO - World Health Organization. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Geneva, 2008.

Título do Projeto: EXCLUSÃO SOCIAL E INIQUIDADES EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS –MS.

Pesquisador Responsável: Naara Siqueira de Aragão / **Orientador:** Dr. Alexandre Bergamin Vieira

Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD); Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD)

Telefones para contato: (67) 9668-8379 - (67) 3410-3000 Ramal 3004.

Nome do Participante:		
Idade:	RG:	CPF:
RANI:		

O Sr. (ª) estou sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa, intitulado a população Indígena das aldeias Jaguapiru e Bororo na cidade de Dourados uma análise sobre o espaço e condições de saúde, sendo que este projeto se propõe a discutir o impacto da condição social no processo saúde-doença da população indígena das Aldeias Jaguapiru e Bororo atendidas no Hospital Universitário da cidade de Dourados e se justifica pois a análise do espaço geográfico é uma perspectiva singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença nas coletividades. O estudo da constituição dos diferentes espaços recuperando a sua historicidade permite uma aproximação da realidade sem minimizar a sua complexidade. Entendendo também que a produção e distribuição da doença e a constituição do espaço têm os mesmos determinantes, este último, enquanto expressão das condições de vida dos segmentos que o ocupam, representa a mediação passível de informar certas relações entre a sociedade e a saúde.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário com perguntas pré-elaboradas relativas ao espaço vivido e seus acessos a saúde no mesmo.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: Que a participação no estudo contribua para melhoria de políticas públicas para a Reserva Indígena de Dourados; O conhecimento gerado através da participação dos pacientes no estudo pode melhorar o tratamento e diagnóstico para pessoas atendidas no hospital Universitário; Poderá contribuir para verificação de patologias (doenças) recorrentes com a população indígena, o que daria a possibilidade de criar políticas de saúde de prevenção; Demonstrar as necessidades de melhoria no atendimento de saúde

na aldeia.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, como constrangimento sobre ao responder perguntas de sua vida cotidiana desconforto ao responder ao questionário, mais não riscos a saúde dos pacientes e acompanhantes, vazamento de informações dos prontuários, porém será minimizado, pois os dados serão coletados apenas pela pesquisadora responsável da pesquisa e será utilizada somente as iniciais dos nomes dos pacientes, sendo que todas as informações serão conservadas em sigilo e arquivadas, durante a pesquisa e após em local seguro.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP HU/UFGD (67) 3410-3000.

Eu, _____, Documento legal
nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como
voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Dourados MS, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)

Apêndice B - Questionário

Nome: _____

Aldeia que pertence: _____

TODOS OS DADOS OBTIDOS DESTE QUESTIONÁRIO SERÃO CONFIDENCIAIS!

1. Seu sexo:

Feminino. Masculino.

2. Acompanhante **Paciente**

3. Idade: _____

4. De qual etnia você se considera:

Terena. Guarani Kaiowa Outra etnia. Qual? _____

5. Qual seu estado civil?

- Solteiro(a).
 Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a).
 Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a).
 Viúvo(a).
 União estável

6. Onde você nasceu?

- Dourados
 cidade do Interior do Estado MS, qual? _____
 cidade de outro
Estado/País, qual? _____

7. A casa em que sua família reside é:

- Emprestada ou cedida
 Própria em pagamento. (valor da prestação: \$ _____)
 Alugada: (valor do aluguel: \$ _____)
 Própria já quitada

8. Qual o principal meio de transporte que você MAIS utiliza?

- a pé/carona/bicicleta
 transporte coletivo
 transporte escolar
 transporte próprio(carro)
 transporte próprio /moto)

P9. Composição Familiar (inclusive você)

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Estado Civil	Grau de Instrução	Profissão	Salário	Empregador *
	paciente						

Público/Privado/Autônomo*10. Informe a escolaridade de:**

	pai	mãe	companheiro(a)
<input type="checkbox"/> Não estudou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ensino médio (2º grau) incompleto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ensino médio (2º grau) completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pós-graduação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Você já participou de algum programa social?

Sim. Não.

Em caso afirmativo, responda:

Qual? _____

12. Qual destas documentações você possui:

- registro FUNAI
 registro de nascimento
 CPF
 RG
 Carteira de trabalho
 reservista
 Cartão SUS

13. Quando você precisa de algum medicamento:

- Você pega no posto de saúde
 Você compra na farmácia
 Você não tem acesso a medicação

14. Doença Diagnosticada

15. E de fácil acesso (distancia do serviço de saúde da sua residência)?

16. Se ocorrer alguma emergência o que tem que fazer?

17. Tem acesso a Água? _____ E como? _____

18. Possui Geladeira? () sim () não

19. Tipo de Moradia? _____

20. O que é feito com o lixo de sua casa? _____

21. Qual foi o fluxo de atendimento até chegar ao HU?

22. Existe resistência ao atendimento hospitalar?

23. Você possui religião? _____ Se sim, Qual? _____

24. Voce utiliza a medicina tradicional? _____

Dourados, _____ de 20__ .

Assinatura do Entrevistador

Anexo A – Memorando-Circular n° 76/2016-GAB/SESAI/MS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Memorando-Circular n.º 76 /2016-GAB/SESAI/MS.

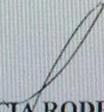
Em, 20 de outubro de 2016.

Aos (as) Senhores (as) Coordenadores (as) dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas,

Assunto: **Revogação da Portaria n° 475 de 16 de março de 2011.**

1. Considerando a publicação da Portaria n.º 1.907, de 17 de outubro de 2016, que **revogou** a Portaria n.º 475 de 16 de março de 2011, que delegava à Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAÍ atos de gestão orçamentária e financeira;
2. As atribuições do ordenador de despesa, as quais foram subdelegadas aos Coordenadores dos DSEI, por meio da Portaria n.º 33, de 22 de maio de 2013, também estão revogadas, assim, desde o dia 18 de outubro de 2016 todos os DSEI's não poderão mais emitir notas e créditos e de empenho, e anulação de recursos orçamentários; ordenar a realização de despesa e conceder suprimento de fundos; conceder diárias; requisitar em objeto de serviço passagens e transporte por qualquer via ou meio, de pessoas e bagagens, devendo, inclusive, suspender todos os pregões que estão em andamento, adjudicados ou homologados, e submetê-los ao gabinete da SESAÍ para as devidas providências.

Atenciosamente,

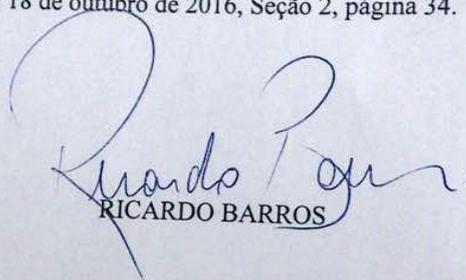

RODRIGO SÉRGIO GARCIA RODRIGUES
Secretário Especial de Saúde Indígena
SESAI/MS

Anexo B – Revogação da Portaria 1.907 de 17/10/2016.

PORTARIA Nº 2.207/GM/MS DE 26 DE OUTUBRO DE 2016.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, resolve:

Tornar sem efeitos a Portarias nº 1.907/GM/MS, de 17 de outubro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 200, de 18 de outubro de 2016, Seção 2, página 34.


RICARDO BARROS

ANEXO C- MANIFESTO PELA DEFESA DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) diante da deplorável determinação do Governo Temer, por meio de seu Ministro da Saúde, Ricardo Barros, de regredir com o Subsistema de saúde indígena, decretando oficialmente por meio da publicação da Portaria 1.907/16 a extinção de Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, negando total prestação de serviço de saúde aos povos indígenas, convoca mais uma vez aos povos e organizações indígenas de todo o Brasil a se articularem e permanecerem mobilizados contra a onda de retrocessos e supressão de direitos desenhado no âmbito dos distintos poderes do Estado:

- no Executivo, por meio do corte orçamentário e de servidores, por tanto do desmonte dos órgãos e das políticas que atendem os povos indígenas, como agora acontece com a FUNAI e a SESAI.
- no Legislativo, por meio da recriação da Comissão Parlamentar de Inquérito da FUNAI e do INCRA e de outras iniciativas legislativas antiindígenas; e ,
- no Judiciário, por meio da reinterpretação dos princípios basilares do direito originário indígena à terra embutida na tese do marco temporal, sem esquecer da crescente violência e criminalização que os invasores praticam contra os povos nos territórios indígenas.

Exigimos veementemente do Ministro da Saúde a revogação imediata da portaria 1.907/16 , o Fortalecimento da SESAI, a Autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e a reafirmação dos convênios das prestadoras de serviços de forma justa e transparente.

No dia de ontem 22.10.16 o Secretário Nacional de Saúde o Sr Rodrigo Rodrigues postou nas redes sociais um áudio pedindo um voto de confiança na palavra dele que em conversa com o Ministro da Saúde o Sr Ricardo Barros este afirmou que desconhecia a gravidade do impacto desta portaria e que a mesma logo será revogada e pede ajuda das lideranças e conselheiros de saúde para a desmobilização dos movimentos e a não ocupação dos DSEIS e demais estabelecimentos previstos em todo Brasil . Informamos portanto às respectivas autoridades que permaneceremos mobilizados, organizados, vigilantes e dispostos a enfrentar todos os golpes lançados contra nossos povos . **PODEMOS MORRER** , mas vamos morrer lutando e este governo será responsabilizado pelo Genocídio abertamente declarado aos povos originários desse país.

1. Repudiamos a publicação da Portaria 1.907 de 17 de outubro que: – revoga a Portaria a 475 de 16 de março de 2011, que delegava atos de gestão orçamentária e financeira, à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); – revoga “as atribuições do ordenador de despesa – subdelegadas aos Coordenadores dos DSEIs, por meio da Portaria 33 de 22 de maio de 2013”, implicando que a partir de 18 de outubro “todos os DSEIs não poderão mais emitir notas e créditos e de empenho de fundos; conceder diárias; requisitar em objeto de serviço passagens e transporte por qualquer via ou meio, de pessoas e bagagens, devendo, inclusive, suspender todos os

pregões que estão em andamento, adjudicados ou homologados, e submete-los ao gabinete da SESAI para as devidas providências”.

2. Repudiamos o teor da Nota divulgada pela equipe da SESAI, em reação a manifestações da APIB e de suas organizações membros. Nota que demonstra completa desinformação sobre a realidade do movimento indígena e notoriamente contraditória, ao dizer: “A Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS) repudia as acusações feitas por algumas organizações indígenas, que influenciadas por Organizações Não Governamentais (ONGs), financiadas por entidades estrangeiras, não conhecem a realidade e necessidade das comunidades indígenas brasileiras...” Ao mesmo tempo que diz no conteúdo da mesma nota que “A presença de lideranças indígenas participando de reuniões na sede da SESAI, em Brasília – DF, durante esta semana, ratifica o compromisso da Secretaria com o fortalecimento do Controle Social, sendo esta uma premissa da atual gestão da SESAI: a de abrir o diálogo não somente com conselheiros de saúde, mas com todo movimento indígena, também representado por suas lideranças de diversas localidades do país”.

Para a APIB, a criação do subsistema de saúde indígena, mesmo que de forma tardia, foi um dos feitos mais significativos do Estado brasileiro, na direção de aplicar a Constituição Federal, sabiamente reconhecadora da diversidade étnica e cultural do país, e da necessidade de políticas públicas específicas e diferenciadas voltadas aos povos indígenas.

E para que o Estado cumprisse devidamente esta opção, após o fracasso da gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), o movimento indígena lutou pela criação, em 2010, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), inclusive depois da tentativa do governo federal de criar uma Secretaria de Atenção Primária onde os povos indígenas ficariam diluídos junto a outros povos e organizações do campo.

Nos últimos anos, diante do propósito do anterior governo de criar o Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), os povos e organizações se mobilizaram e insistiram em reivindicar o fortalecimento da SESAI e a garantia da autonomia política, financeira e administrativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em razão dos poucos anos de existência e da precariedade, senão caos em que ainda está o atendimento básico aos povos indígenas.

Agora, com o atual governo, nos deparamos, primeiro, com a tentativa de municipalizar ou terceirizar (para a figura da organização social) o atendimento à saúde indígena. Logo com a determinação explícita de desmontar a estrutura institucional da SESAI.

Ora, se o subsistema de saúde indígena é um fruto da jovem democracia brasileira, a APIB entende que as decisões tomadas pelo governo de turno constituem um GOLPE, um ato autoritário, de regressão brutal, de ruptura democrática, de negação do direito à diferença, que quebra o pacto celebrado na Constituição de 1988, após 488 anos de subjugações, entre os povos indígenas e o Estado e a sociedade brasileira, que por fim avançaram no reconhecimento da existência e diversidade desses povos, ou seja, no caráter multiétnico e pluricultural do país. Trágico voltar a esta mentalidade colonial.

O governo, o Estado e a sociedade brasileira, devem entender de uma vez por todas que reconhecer e respeitar os direitos dos povos originários de este país não é nenhum privilégio, mas sim questão de justiça, mínimo de reparação histórica pelas impagáveis dívidas que esta sociedade e Estado tem para com essas coletividades até hoje injustiçadas, massacradas e excluídas.

Pela defesa do subsistema de saúde indígena, pelo fortalecimento da SESAI e Autonomia dos Distritos Sanitários Indígenas todos os povos e organizações indígenas em movimento na Semana de 24 a 28 de Outubro em Brasília e todas as regiões estados e municípios da Federação onde há presença indígena.
OCUPASESAI

Brasília – DF, 23 de outubro de 2016.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL – APIB
MOBILIZAÇÃO NACIONAL INDÍGENA