

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

RENATA DE MATOS VICENTE

**SAÚDE, TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA
SAÚDE INDÍGENA DO POLO BASE DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL,
BRASIL**

DOURADOS-MS

2021

RENATA DE MATOS VICENTE

**SAÚDE, TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA
SAÚDE INDÍGENA DO POLO BASE DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL,
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), para obtenção do título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

**Área de concentração: Alimentos, Nutrição e Saúde
Linha de Pesquisa: Nutrição e Saúde**

Orientador: Prof^a. Dr^a. Verônica Gronau Luz

DOURADOS-MS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

V633s	<p>Vicente, Renata de Matos. Saúde, trabalho e qualidade de vida entre os profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. / Renata de Matos Vicente. – Dourados, MS : UFGD, 2021.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Verônica Gronau Luz. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde) – Universidade Federal da Grande Dourados.</p> <p>1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde de populações indígenas. 3. Sistemas locais de saúde. 4. Qualidade de vida. 5. Condições de trabalho. I. Título.</p>
-------	--

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitido a publicação parcial desde que citada a fonte.



UFPGD

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR RENATA DE MATOS VICENTE DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO “ALIMENTOS, NUTRIÇÃO e SAÚDE”.

Aos trinta e um dias do mês de março de dois mil e vinte e um, às 13h00 horas, em sessão pública, realizou-se na Universidade Federal da Grande Dourados a Defesa da Dissertação de Mestrado intitulada “Saúde, trabalho e qualidade de vida entre os profissionais da saúde indígena do polo base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil”, apresentada por **Renata de Matos Vicente**, do Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, à Banca Examinadora constituída pelos membros: Dr.^a Verônica Gronau Luz -UFPGD (presidente), Dr. Ricardo Fernandes -UFPGD, Dr.^a Catia Paranhos Martins -UFPGD, Dr.^a Raquel Paiva Dias-Scopel - FIOCRUZ. Iniciados os trabalhos, o (a) presidente deu a conhecer ao(à) candidato(a) e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação da Defesa. Após o(a) candidato(a) ter apresentado a sua explanação, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições. Terminada a apresentação, a Banca Examinadora, realizou os trabalhos de julgamento, tendo sido o(a) candidato(a) considerado(a) _____. **Os membros da banca abaixo assinados atestam que todos os membros participaram de forma remota¹ desta Defesa de Dissertação, considerando o(a) candidato(a) _____, conforme declaração anexa.** Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

¹conforme: § 3º do Art. 1º da Portaria RTR/UFPGD n. 200, de 16/03/2020, Instrução Normativa PROPP/UFPGD N° 1, de 17/03/2020 e Portaria CAPES n. 36 de 19/03/2020.

Dr.^a Verônica Gronau Luz -UFPGD

participação remota

Dr. Ricardo Fernandes -UFPGD

participação remota

Dr.^a Catia Paranhos Martins -UFPGD

participação remota

Dr.^a Raquel Paiva Dias-Scopel - FIOCRUZ

participação remota

-

Dourados, 26 de março de 2021.

Participação remota dos membros da banca conforme § 3º do Art. 1º da Portaria RTR/UFPGD n. 200, de 16/03/2020 e Art. 2º e 5º da Instrução Normativa PROPP/UFPGD N° 1, de 17/03/2020

ATA HOMOLOGADA EM: ___/___/___, PELA PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA / UFPGD.

Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
Assinatura e Carimbo

A Ata assinada encontra-se disponível na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com meu imenso carinho aos meus avós, Anita Zomerfeld de Matos e Nerci de Matos, que não medem esforços para me ver feliz e que me encorajam a seguir meus sonhos, a eles que são meus exemplos de amor, força, humildade, companheirismo, esperança e generosidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por me sustentar em todos os momentos, me carregar em seus braços durante as fases mais difíceis, me dar ânimo para construir os meus objetivos, sem o qual nada disso seria possível.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Verônica Gronau Luz, por transcender as barreiras da orientação técnica, por toda humildade, disponibilidade, dedicação, tempo, amizade, carinho, apoio, inspiração e transmissão de grandes ensinamentos à minha vida profissional e pessoal.

À banca de qualificação, Prof^ª. Dra. Raquel Paiva Dias-Scopel, Prof^º. Dr. Ricardo Cordeiro e Prof^ª. Dra. Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, por todas as colaborações para a melhoria do trabalho.

À banca examinadora da defesa, Prof^ª. Dra. Catia Paranhos Martins, Prof^ª. Dra. Raquel Paiva Dias-Scopel e Prof^º. Dr. Ricardo Fernandes, pelo tempo disponibilizado para leitura e contribuições para este trabalho.

A todos os profissionais de saúde indígena da gestão ou assistência, lotados no Polo Base de Dourados, pelo auxílio com a logística de campo, atenção e tempo ofertados para o estudo, além do carinho para comigo. Especialmente ao enfermeiro Cassiano Ribeiro, vítima da COVID-19.

Às queridas Prof^ª. Dra. Naiara Ferraz Moreira e Prof^ª. Dra. Caroline Camila Moreira, pelo grande apoio com as análises estatísticas e incentivo integral durante o mestrado.

Ao grupo de alunos da pós-graduação e graduação que participaram da iniciação científica ou projeto de pesquisa, e me auxiliaram com a realização da coleta de dados, sem a qual nada seria possível.

À Tatiane Siqueira dos Santos, secretária do Programa de Pós-graduação, por toda disponibilidade e auxílio durante o mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida durante o período do mestrado.

Aos meus avós, Anita Zomerfeld de Matos e Nerci de Matos, por sempre acreditarem em meu potencial, por me encorajarem em todas as escolhas, por serem árdios conselheiros certos e me mostrarem o lado bom da vida em qualquer situação.

À minha mãe, Jussara Zomerfeld de Matos, por todo amor, tempo e cuidados dedicados a mim, pela admirável determinação e força em exercer papel de mãe e pai durante a maior parte da minha vida e me ensinar a sempre buscar o melhor.

Ao meu companheiro, Lucas Nascimento Gonçalves, pelo amor generoso, incentivo contínuo e tamanha confiança, por ser fonte de paciência, compreensão e porto-seguro não só nesta fase, mas durante todos esses anos em que me dediquei aos estudos.

Ao meu irmão, Pietro Matos de Campos, por ser luz e me mostrar beleza nas coisas mais simples, por dividir tantas histórias de parceria e trazer muito mais alegria para minha vida.

Ao meu pai, Osvaldo Gonçalves Vicente (em memória), pelas lembranças maravilhosas, inclusive relacionadas à preocupação com os meus estudos, pela proteção e impulso para seguir em frente.

Aos meus futuros sogros, Nilma Xavier do Nascimento Gonçalves e Manoel Gonçalves Neto, por me acolherem como filha em uma nova família, partilharem seu espaço e orarem por mim.

Ao meu amigo de mestrado, Caio Gustavo Simonelli, pela incrível parceria e infinitas trocas, e a todos os demais amigos, que me auxiliaram, torceram pelo meu sucesso, e dividiram as alegrias das minhas conquistas.

A todos os professores, que passaram pelo meu caminho a partir do ensino fundamental, contribuíram para minha formação em algum momento da vida e me inspiraram a seguir este caminho.

À Universidade Federal da Grande Dourados, por se tornar minha querida segunda casa, e por todas as oportunidades disponibilizadas em todos esses anos, desde o início da minha graduação em Nutrição.

EPÍGRAFE

“No Brasil, todo mundo tem sangue de índio. Uns nas mãos, outros nas veias e outros na alma. Onde está o seu?” (Dinnho Beduzupo)

APRESENTAÇÃO

Por ser profissional de saúde e iniciar minha vida profissional como nutricionista residente em um programa multiprofissional com ênfase em saúde indígena, tive a oportunidade de vivenciar as práticas de cuidados tanto no ambiente hospitalar quanto no território indígena, e posteriormente atuar como docente em um curso de qualificação profissional pensado a nível nacional e disponibilizado para Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) em todo o estado do Mato Grosso do Sul (MS). A partir dessas experiências, surgiu meu interesse em pesquisar sobre a saúde, doença, qualidade de vida e condições de trabalho dos profissionais de saúde, mais especificamente no Polo Base de Dourados, MS.

Pensando nisso, como questões a serem investigadas foram elencadas as seguintes dúvidas de pesquisa:

- Quem são os profissionais que atuam na saúde indígena em território, ou seja, como esta população é caracterizada?

- Há diferença entre Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento (que necessariamente moram no território) em relação aos demais profissionais?

- Quais as peculiaridades sobre trabalhar em equipes volantes ou equipes fixas? Essas diferenças possuem algum efeito sobre os aspectos investigados?

- O tempo de trabalho exerce alguma influência sobre as variáveis pesquisadas?

Dessa forma, esta pesquisa começou a ser idealizada juntamente a outra, fazendo parte de um projeto maior intitulado “Soberania e (in)segurança alimentar e nutricional entre os povos Guarani, Kaiowá e Terena, saúde e trabalho entre os profissionais da saúde indígena no Mato Grosso do Sul”, que foi escrito em abril de 2019, primeiro mês de mestrado, e em maio já iniciava alguns trâmites de aprovação. No final de outubro, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) divulgou o parecer positivo sobre a pesquisa e em novembro esta foi encaminhada ao DSEI-MS via Polo Base de Dourados. Do DSEI-MS os documentos foram para Brasília novamente e somente no final de janeiro de 2020 ocorreu a aprovação final. Todos os pareceres consubstanciados e aprovações encontram-se nos Anexos C, D, E e F desta defesa.

Em fevereiro de 2020 foi realizado o teste piloto e, após alguns ajustes, iniciou-se a coleta de dados, que se desenvolveu até março, mas infelizmente foi interrompida devido à pandemia ocasionada pela Doença do Corona Vírus (COVID-19), faltando pouco menos de 20 questionários para completar a totalidade dos profissionais a serem entrevistados.

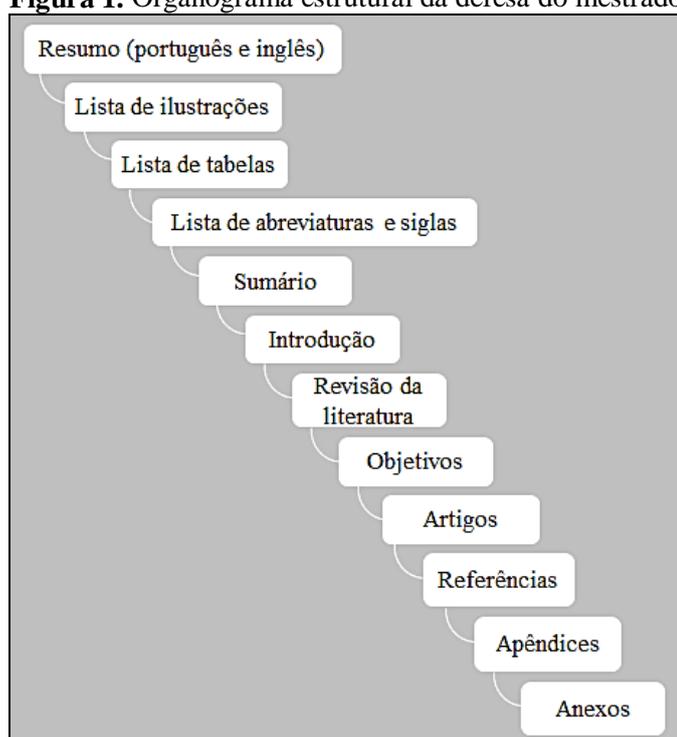
Em decorrência da suspensão da coleta de dados em campo e sem previsões concretas para uma retomada, pela gravidade da situação de saúde pública e aumento da mortalidade em todo território nacional, que se encontrava ainda mais acirrada entre os povos indígenas, devido às iniquidades em saúde e falta de estruturação para todas as medidas de prevenção adequadas, as demais entrevistas foram realizadas de forma remota, por ligação telefônica.

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos: um voltado para a temática de saúde, doença e qualidade de vida dos profissionais da saúde indígena, e outro acerca das condições de trabalho desses profissionais, segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

Ressalta-se que, seguindo as exigências do Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde - PPGANS, da UFGD, a dissertação se encerra nos objetivos e, portanto, os métodos encontram-se dentro dos artigos. Além disso, há três listas de referências distintas, uma ao final de cada artigo e outra referente aos demais itens iniciais da dissertação (introdução e revisão da literatura). Ademais às estruturas exigidas pelo PPGANS à qualificação, foi incorporada uma justificativa, para formação de uma sequência lógica entre o final da revisão bibliográfica e os objetivos da pesquisa.

Portanto, a dissertação para a defesa está estruturada conforme as exigências do PPGANS e está apresentada no organograma da figura abaixo.

Figura 1. Organograma estrutural da defesa do mestrado.



Fonte: autora, 2021.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar o perfil sociodemográfico, econômico, de saúde, doença, qualidade de vida e condições de trabalho dos profissionais da saúde indígena no maior Polo Base do Mato Grosso do Sul e comparar tais aspectos conforme categoria profissional, equipes de referência e tempo de trabalho na saúde indígena. Trata-se de uma pesquisa transversal quantitativa realizada nos meses de fevereiro a novembro de 2020, com todos os profissionais de saúde (n=117) do Polo de Dourados que realizavam atendimento direto no território, por meio de questionário semiestruturado, com questões sociodemográficas, econômicas, de doenças, hábitos de vida e trabalho, avaliação do estado nutricional, risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, nível de atividade física e qualidade de vida. As análises estatísticas foram realizadas por Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Os Agentes Indígenas de Saúde e os Agentes Indígenas de Saneamento (n=61) apresentaram menor escolaridade ($p<0,001$), renda familiar per capita ($p<0,001$), diagnóstico de doenças gerais, outras doenças ($p=0,022$) e uso de medicamento, e maior ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis ($p=0,022$), excesso de peso ($p=0,044$), trabalho aos finais de semana ($p<0,001$) e problemas com usuários do serviço de saúde ($p=0,021$) quando comparado aos demais profissionais. A maioria dos profissionais apresentou excesso de peso (77,8%), risco alto e muito alto (68,3%) para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, apesar de ser classificada como ativa e muito ativa (66,7%), referir uma qualidade de vida boa ou muito boa (65,0%) e estar satisfeito ou muito satisfeito com a saúde (74,4%), sendo que a qualidade de vida no geral apresentou-se acima do escore médio de pontos. Os profissionais atuantes nas equipes fixas relataram maior frequência em levar trabalho para casa ($p=0,047$) e que o trabalho no fim de semana atrapalhava o descanso ($p=0,018$) quando comparado aos profissionais de equipes volantes. Os trabalhadores com menor tempo de serviço referiram maior sobrecarga de trabalho ($p=0,022$), levar trabalho para casa e trabalhar no fim de semana, enquanto os profissionais com maior tempo de serviço relataram mais acidentes de trabalho ($p=0,004$). Contudo, independentemente das categorias estudadas, a maioria dos profissionais apresentou insegurança com vínculo trabalhista (72,5%), carência de plano de cargo e carreira (86,3%), sobrecarga de trabalho (59,0%), trabalho no fim de semana (78,6%) e para casa (63,2%), ocorrência de riscos à saúde (78,6%), acidentes (65,0%), e violências presenciadas (73,2%) e sofridas (54,7%) no ambiente laboral, existência de metas (89,7%), pagamento atrasado (95,7%) e insatisfação salarial (86,4%). Ademais, todos os profissionais referiram que gostavam e achavam o trabalho importante. Portanto, é necessário o desenvolvimento de ações de saúde e melhores condições de trabalho em prol do cuidado dos profissionais, especialmente dos Agentes Indígenas de Saúde e os Agentes Indígenas de Saneamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde de Populações Indígenas. Sistemas Locais de Saúde. Qualidade de Vida. Condições de Trabalho.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the profile of socio demographic, economic, health, disease, quality of life, and working conditions of indigenous health professionals in the largest Polo Base in Mato Grosso do Sul and compare these aspects by their professional category, reference teams, and time working in indigenous health. This is a quantitative cross sectional research conducted from February to November 2020, with all health professionals from the Dourados Polo Base who provided immediate care in the territory, through a semi structured questionnaire, with questions about socio demographic, economic, diseases, living and working habits, assessment of nutritional status, the risk for developing cardiovascular diseases, level of physical activity, and quality of life conditions. The statistical analyses were carried out by Pearson's Chi square Test or Fisher's Exact Test, with a significance level of 5%. Indigenous Health Agents and Indigenous Sanitation Agents (n=61) had lower education ($p<0.001$), per capita family income ($p<0.001$), diagnosis of general diseases, other diseases ($p=0.022$) and use of medication, and higher occurrence of Chronic Noncommunicable Diseases ($p=0.022$), overweight ($p=0.044$), weekend work ($p<0.001$) and problems with health service users ($p=0.021$) when compared to other professionals. Most professionals were overweight (77.8%), had high and very high risk (68.3%) for developing cardiovascular diseases, despite being classified as active and very active (66.7%), reported a good or very good quality of life (65.0%) and were satisfied or very satisfied with their health (74.4%), and the overall quality of life was above the average score. The professionals working in the permanent teams reported a higher frequency of taking work home ($p=0.047$) and that working on the weekend interfered with their relaxation ($p=0.018$) when compared to the professionals in the mobile teams. Workers with less time of service reported more work overload ($p=0.022$), taking work home and working on the weekend, while professionals with more time of service reported more accidents at work ($p=0.004$). However, regardless of the categories studied, most professionals presented insecurity with employment status (72.5%), shortage of job positions and careers plans (86.3%), work overload (59.0%), weekend work (78, 6%) and working at home (63.2%), health risks (78. 6%), accidents (65.0%), and violence witnessed (73.2%) and suffered (54.7%) in the work environment, the existence of goals (89.7%), late payment (95.7%), and dissatisfaction with salaries (86.4%). Moreover, all professionals reported that they liked and found their work important. Therefore, the development of health actions and better working conditions is necessary for the care of professionals, especially Indigenous Health Agents and Indigenous Sanitation Agents.

Keywords: Primary Health Care. Health of Indigenous Peoples. Local Health Systems. Quality of Life. Working Conditions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.....	27
Figura 2. Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil e modelo assistencial.....	28
Figura 3. Imagem aérea da Reserva Indígena de Dourados.....	33
Figura 4. Mapa da distribuição dos Polos Base e principais etnias no Mato Grosso do Sul.....	37
Quadro 1. População conforme áreas de cobertura do Polo Base de Dourados.....	38
Figura 5. Determinantes Sociais da Saúde.....	40
Quadro 2. Divisão dos domínios, numeração das questões e facetas do <i>World Health Organization Quality Of Life – bref (WHOQOL-bref)</i>	46
Gráfico 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), risco cardiovascular pela Circunferência da Cintura (CC) e nível de atividade física (AF) dos trabalhadores da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020.....	56
Gráfico 2 – Pontuação média da qualidade de vida e por domínios pelo <i>World Health Organization Quality of Life - bref (WHOQOL-bref)</i> entre trabalhadores da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Associação entre variáveis sociodemográficas e econômicas, de doença, hábitos e qualidade de vida segundo categoria de profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020 (continua).....	54
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e econômica dos profissionais e das condições de trabalho na saúde indígena, Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020 (continua).....	72
Tabela 2. Associação entre tipo de equipe (fixas ou volantes) e variáveis relacionadas às condições de trabalho entre profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020.....	78
Tabela 3. Associação entre categorias profissionais (AIS e AISAN versus outras) relacionadas às condições de trabalho entre profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020.....	79
Tabela 4. Associação entre tempo de serviço (até 10 anos e maior de 10 anos) e variáveis relacionadas às condições de trabalho entre profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020.....	80
Tabela 5. Salário médio recebido, satisfação ou insatisfação salarial e salário médio desejado pelos profissionais da saúde indígena. Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2020.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABA – Associação Brasileira de Antropologia
- AIS – Agente(s) Indígena(s) de Saúde
- ACS – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
- APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
- APS – Atenção Primária à Saúde
- AISAN – Agente Indígena de Saneamento
- CAND – Colônia Agrícola Nacional de Dourados
- CASAI – Casa de Saúde Indígena
- CIMI – Conselho Indigenista Missionário
- Consea – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- COVID-19 – *Corona Virus Disease* (Doença do Corona Vírus)
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSEI-MS – Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul
- EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- FUNAI – Fundação Nacional do Índio
- Funasa – Fundação Nacional de Saúde
- GTE – Grupo Técnico Especializado
- IAGRO – Agência Estadual de Defesa Sanitária Animal e Vegetal
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*
- MS – Mato Grosso do Sul
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
- PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- RID – Reserva Indígena de Dourados
- Sasi – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
- SasiSUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
- SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
- SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas

TI – Terra Indígena

UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL – *World Health Organization Quality Of Life*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 Povos indígenas no Brasil e Mato Grosso do Sul.....	21
2.2 Saúde, história da saúde pública e da saúde indígena no Brasil.....	23
2.3 Organização da saúde indígena no Brasil.....	26
2.3.1 Reservas indígenas no Mato Grosso do Sul: história e atualidade.....	29
2.3.2 A Reserva Indígena de Dourados (RID) e as demais áreas de cobertura do Polo Base de Dourados.....	32
2.3.3 A organização da saúde indígena no Mato Grosso do Sul.....	36
2.4 Trabalho e(m) saúde.....	40
2.4.1 Saúde e adoecimento do trabalhador de saúde.....	41
2.5 Qualidade de vida.....	44
2.5.1 <i>WHOQOL-bref</i> : Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – abreviado....	45
3 JUSTIFICATIVA.....	47
4 OBJETIVOS.....	48
4.1 Objetivo geral.....	48
4.2 Objetivos específicos.....	48
5 ARTIGOS.....	49
5.1 Artigo 1: Saúde, doença e qualidade de vida de profissionais da saúde indígena do Mato Grosso do Sul.....	49
5.2 Artigo 2: Condições de trabalho dos profissionais de saúde no maior polo base de saúde indígena do Mato Grosso do Sul.....	68
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	103
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados (questionário).....	105
ANEXO A – <i>IPAQ: short form</i> (versão em português).....	111
ANEXO B – <i>WHOQOL-BREF</i> (versão em português).....	113
ANEXO C – Termo de autorização das lideranças indígenas.....	117
ANEXO D – Termo de autorização do Conselho Local e carta de anuência do Conselho Distrital de Saúde Indígena.....	119
ANEXO E – Parecer consubstanciado da CONEP.....	122
ANEXO F – Pareceres de aprovação do DSEI-MS.....	135

1 INTRODUÇÃO

A saúde indígena no Brasil, no nível de Atenção Primária à Saúde (APS), está estruturada de uma maneira diferenciada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1999, com a publicação da Lei Arouca, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Assim, cabe destacar que existem configurações específicas como os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e os Polos Base. Os DSEIs possuem funcionamento semelhante às Secretarias Estaduais de Saúde, mas são divididos conforme ocupação geográfica dos povos indígenas e às vezes abrangem mais de um estado, já os Polos Base são equivalentes às Secretarias Municipais de Saúde, mas também podem contemplar mais de um município (BRASIL, 1999a, 2015).

O Centro-Oeste se destaca como a terceira região com maior contingente indígena e o Mato Grosso do Sul (MS) como o segundo estado com maior número de indígenas no país. Em 2017, havia 83.241 indígenas no MS sob a responsabilidade de atendimento em saúde de apenas um DSEI, denominado DSEI-MS. Esse DSEI compreende uma sede e mais 14 Polos Base, dentre eles o Polo Base de Dourados que presta serviços na Reserva Indígena de Dourados (RID), a maior reserva indígena do país em contingente populacional por hectare, com aproximadamente 16 mil indígenas, além de outras aldeias, e regiões externas que são conhecidas como acampamentos e áreas de retomadas. As etnias presentes nas áreas de cobertura do Polo Base de Dourados são: Guarani Nãndeva, Guarani Kaiowá e Terena (BRASIL, 2018a; IBGE, 2012; MOTA; CAVALCANTE, 2019).

Os profissionais que realizam o atendimento em saúde compõem Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e, dentre tais, há duas profissões especificamente de indígenas que funcionam como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde e são fundamentais para todo o processo de cuidado, são eles: os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) (BRASIL, 2005; PL, 2019).

Os AIS e os AISAN são profissionais indígenas que moram no território e são considerados como referência para a comunidade, vivenciando cotidianamente a realidade local, geralmente diferente dos demais profissionais não indígenas. Esses profissionais também costumam possuir menor escolaridade, receber menor remuneração e falar a língua materna regional, o que facilita a comunicação com os usuários, sendo que o trabalho do AIS foi baseado na função do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na APS (BRASIL, 2002b; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; PL, 2019; WHO, 1978).

As equipes de saúde se dividem em equipes fixas, que atendem a RID e equipes volantes que trabalham em outras aldeias, acampamentos e áreas de retomada. Os profissionais das EMSI do Polo Base de Dourados prestam serviços em regiões marginalizadas e lidam com diversas situações difíceis cotidianamente. As condições de vida nos locais atendidos violam vários direitos previstos na Constituição Federal e a precariedade pode ser observada em setores básicos, já que os povos indígenas dessas regiões convivem com a fome, discriminação, insegurança, violências, falta de acesso estável à água potável, educação e moradia, sendo tais aspectos ainda mais intensificados nos acampamentos e áreas de retomadas (CONSEA, 2017).

Os indígenas atendidos pelo DSEI MS e pelo Polo Base de Dourados vivenciam muitas iniquidades em saúde que podem ser observadas por alguns indicadores. Em 2012, a expectativa de vida no MS era de 70,1 anos para homens e 78,2 anos para mulheres, enquanto no DSEI MS era de apenas 34,7 anos para ambos os sexos. No ano anterior a taxa de mortalidade pós-neonatal em Dourados foi de 4,25, e no Polo de Dourados essa taxa atingiu 23,4. Já a taxa de mortalidade infantil registrada em 2014 para o município foi de 15,8/mil nascidos vivos e no Polo de Dourados esse mesmo índice foi maior que o dobro, com uma taxa de mortalidade infantil de 37,9/mil nascidos vivos (COLOMA, 2012 apud MOTA; CAVALCANTE, 2019; MOTA; CAVALCANTE, 2019).

A expectativa de vida é considerada como um importante indicador das condições de vida de uma população específica, visto que está diretamente relacionada à qualidade de vida desses povos, portanto, quanto menor a expectativa de vida, pior a qualidade de vida. Assim como, um grande número de mortes de crianças no período pós-neonatal reflete condições de vida precárias, ações básicas para a saúde da criança insuficientes e/ou ineficazes e a influência de aspectos ambientais desfavoráveis (MOTA; CAVALCANTE, 2019; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Nesse sentido, tanto a rotina quanto a intensificação do trabalho podem ocasionar problemas à saúde dos profissionais de saúde, e as condições de exposição no trabalho também são fatores que podem contribuir para o sofrimento, de forma a desencadear um processo de adoecimento e comprometer também a qualidade de vida do profissional (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012).

Os trabalhadores da saúde indígena atendem e prestam cuidado às famílias indígenas Kaiowá, Guarani e Terena sob condição de vulnerabilidade e também vivenciam diversas outras situações relacionadas ao adoecimento desses povos, dentro e fora das aldeias. Tais fatores ressoam muitas vezes na impotência dos profissionais frente aos demasiados

problemas sociais e de falta de terra e território, refletindo diretamente no processo saúde-doença.

Diante do exposto as perguntas de pesquisa são: há diferença sobre a saúde, doença, qualidade de vida e condições de trabalho entre AIS e AISAN e os demais profissionais da EMSI? Existe diferença desses aspectos investigados entre profissionais que atuam nas equipes volantes e profissionais atuantes nas equipes fixas? E com relação ao tempo de trabalho, há diferença sobre os aspectos pesquisados entre profissionais com maior e menor tempo de serviço? Assim, apresenta-se como hipótese que as condições investigadas de saúde, doença, qualidade de vida e condições de trabalho sejam piores entre os AIS e AISAN, equipes volantes e profissionais de saúde com maior tempo de trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Povos indígenas no Brasil e Mato Grosso do Sul

O significado literal da palavra indígena no dicionário é “originário de determinado país, região ou localidade; nativo”. Nesse sentido, considera-se que os termos aborígenes, originários, nativos e autóctones também são utilizados para nomear os povos indígenas conforme a região do mundo (ISA, 2018).

Nas Américas, os indígenas também são conhecidos como ameríndios ou índios. O termo índio é derivado de Índia, já que quando as expedições europeias chegaram ao continente americano, acreditavam estar na Índia, e até hoje para designar a pessoa indígena é popularmente utilizada a palavra índio, até mesmo pelos próprios povos indígenas (ISA, 2018).

No Brasil, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) considera que a identidade étnica indígena está atrelada à definição da Organização Internacional do Trabalho (OIT), definida na I Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais e aos critérios do Estatuto do Índio. Dessa forma, o indivíduo indígena é aquele que realiza autodeclaração e possui consciência relacionada à sua identidade indígena ou também no reconhecimento dessa identidade indígena por parte do grupo de origem (BRASIL, 1973, 2004).

No entanto, em uma recente tentativa de alterar a forma de identificação desses povos em pleno cenário de pandemia no qual os povos indígenas foram considerados grupos prioritários no Plano Nacional de Imunização, a FUNAI por meio da Resolução nº 4 de 2021 definiu novos critérios de heteroidentificação que abrangiam: a consciência identitária indígena declarada, a ascendência e origem pré-colombiana, a habitação ou ocupação tradicional e histórica da etnia em algum local do país, e a identificação do indivíduo por um grupo étnico existente. Tal resolução foi amplamente criticada por diversas associações e órgãos, dentre eles o Ministério Público Federal (MPF), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), que publicaram notas e/ou informes contrários à resolução, com solicitação da revogação da mesma devido a sua inconstitucionalidade. Assim, a medida foi suspensa pelo Superior Tribunal Federal em meados de março (BRASIL, 2021; FUNAI, 2021; ABA, 2021; APIB, 2021; CIMI, 2021; MIOTTO, 2021; MPF, 2021).

Em 2010, na realização do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi considerado indígena o indivíduo que se autodeclarou quando indagado

sobre a raça ou cor, independentemente de residir ou não em terras indígenas, e a pessoa que residia em terras indígenas e se considerava indígena, devido às tradições, cultura, costumes, ancestrais, entre outros aspectos, mesmo não se declarando indígena no quesito raça ou cor. Além da autodeclaração de raça/cor, iniciada no censo de 1991, foi incluída pela primeira vez, em 2010, a pergunta referente à etnia pertencente (IBGE, 2012).

Segundo o censo 2010, o panorama dos povos indígenas no país envolvia uma população que contemplava aproximadamente 896,9 mil indivíduos (autodeclarados e considerados), de 305 etnias distintas, falantes de 274 línguas, distribuídos em sua maior parte nas aldeias localizadas em todas as cinco regiões do país, sendo que 63,8% dos indígenas residiam na rural dos e 36,2% na área urbana (IBGE, 2012).

O Centro-Oeste é a terceira região com maior concentração indígena e o MS é o segundo estado com maior número de indígenas no país. Em 2017, havia 83.241 indígenas no estado, pertencentes principalmente a oito etnias diferentes: Atikum, Guarani Kaiowá, Guarani Nandeva, Guató, Kadiwéu, Kinikinaw, Ofaié e Terena. As etnias Guarani Nandeva, Guarani Kaiowá e Terena correspondiam a aproximadamente 97% da população indígena de todo o MS neste mesmo ano (BRASIL, 2018a; IBGE, 2012).

De acordo com Melià (2015), MS, assim como Mato Grosso, é um estado indígena não pelo quantitativo populacional que expressa, e sim devido aos muitos povos que viveram e produziram formas de vida peculiares nesses solos, que encararam a vida à sua maneira sempre com dignidade e liberdade. Esses diversos modos de vida funcionam como uma resistência aos problemas decorrentes de uma colonialidade que persiste até hoje e que no MS apresentou um processo histórico mais rápido e impactante (CAVALCANTE, 2013; MELIÀ, 2015).

Os problemas que os povos indígenas no Brasil e, mais especificamente, em MS enfrentam cotidianamente perpassam por diferentes faces. Em um levantamento do CIMI, com relação à desassistência geral aos indígenas, ficou evidente a carência de registro civil infantil, suspensão do envio de cestas de alimentos em períodos críticos, negligência com as pessoas que faleceram, má qualidade ou estruturas inacabadas de habitações de programas governamentais, além de muitas outras situações de desamparo que existem e não foram relatadas (CIMI, 2018).

Dentre as desassistências, o estado com mais denúncias ao MPF foi MS, todas advindas da RID. Segundo o MPF, os povos indígenas muitas vezes são alvos de preconceito e recebem tratamento indiferente e hostil na região, sendo que tais descasos refletem em abuso de álcool e outras drogas, além de níveis de violência doméstica e suicídio alarmantes.

Há precariedade em diversos setores básicos como alimentação, educação, moradia e segurança pública e mesmo os fatos escancarando a obrigação de políticas públicas efetivas aos povos indígenas, os poderes públicos se esquivam de suas responsabilidades (CIMI, 2018; CONSEA, 2017).

2.2 Saúde, história da saúde pública e da saúde indígena no Brasil

A saúde no decorrer da história e até em dias contemporâneos muitas vezes ainda é vista apenas como a falta de doenças, mas a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde em um contexto muito mais amplo, como o completo bem-estar (físico, psíquico e social), não se restringindo apenas a ausência de patologias (WHO, 2020). Dejours (1986) critica essa definição por ser muito vaga, visto que é impossível dizer qual é esse completo bem-estar e que na verdade ele não existe da maneira perfeita como é colocado, e também não é algo estável, pois se modifica. Além disso, esse autor traz reflexões para um novo conceito de saúde pautado em ter meios para cada um percorrer sua trajetória, que é única, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

Nesse sentido, o bem-estar físico está relacionado à liberdade de adaptação, onde pode-se administrar as mudanças no organismo, como dar repouso ao corpo quando este está cansado ou comer quando sente fome. O bem-estar psíquico está associado à liberdade sobre o desejo de organização na própria vida, quando é permitido ter esperança e é possível ter vontade. E o bem-estar social está ligado à liberdade de ações individuais e coletivas sobre o trabalho, baseado no teor das atividades e nas relações entre as pessoas (DEJOURS, 1986).

A história da saúde no Brasil passou por diferentes momentos desde a invasão do país até a criação do SUS. Cabe destacar inicialmente, algumas referências que fazem um paralelo da saúde e previdência social com o trabalho, como a Lei conhecida como Eloy Chaves de 1923, pela qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para trabalhadores do setor ferroviário, concedendo o direito ao atendimento médico em caso de doença do trabalhador ou familiar (morador no mesmo domicílio) e medicamentos mais baratos. Em 1933, já no governo Vargas, as CAPs se estenderam para empresas de outras áreas e depois foram instituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que beneficiavam categorias profissionais inteiras, com posterior unificação de CAPs e IAPs para formação do Instituto Nacional de Previdência Social, e finalmente em 1943, foi aprovada a Consolidação das Leis Trabalhistas. É importante ressaltar que ao fim desse período a

assistência à saúde ainda era um privilégio apenas do trabalhador urbano com carteira assinada (BRASIL, 1923, 1943; SOUSA, 2002).

No início do governo Vargas, em 1930, foi instituído o Ministério da Educação e Saúde Pública e em 1953 com a criação do Ministério da Saúde, o então ministério passou a denominar-se como Ministério da Educação e Cultura. Em 1941, 1950 e 1963 aconteceram as três primeiras Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Sendo que a 2ª Conferência tinha como tema a legislação referente à higiene e à segurança do trabalho (BRASIL, 1930, 1953; CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Posteriormente, entre 1964 e 1985, ocorreu uma ditadura militar no Brasil, marcada por investimentos escassos em saúde, e nesse contexto iniciou-se um movimento ideológico, social e político denominado Reforma Sanitária, como uma resposta à crise da saúde no país, caracterizada pela baixa cobertura e eficácia da assistência à saúde. Então, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico para a saúde no país, com três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do SUS e o financiamento do setor. Nessa conferência foram aprovadas importantes demandas do movimento sanitário como a ampliação da cobertura a todos os indivíduos, o fortalecimento da saúde pública e união da medicina previdenciária à saúde pública, formando um sistema único (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O SUS foi criado em 1988, por meio da Constituição Federal Brasileira, na qual a saúde foi considerada como um direito de todos os indivíduos e uma responsabilidade do estado. Em 1990, com a Lei nº 8.080 houve a regulamentação do SUS como um serviço totalmente público, que tem a finalidade de promover ações de prevenção, promoção e reabilitação à saúde da população brasileira. Ainda no mesmo ano também foi assegurada a participação e controle social na gestão desse sistema, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a, 1990b, 2016).

Apesar da organização da saúde no SUS ser estabelecida no início da década de 1990, somente em 1999, os povos indígenas do país foram contemplados, por meio da Lei Arouca (Lei nº 9.836), com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi). O Sasi é parte integrante do SUS e, portanto também é conhecido como SasiSUS, responsável pela APS dos povos indígenas tanto a nível coletivo como individual, e também é organizado seguindo os mesmos preceitos de regionalização, hierarquização e descentralização. Ao que não compete à APS, os povos indígenas devem ter acesso por meio do SUS, como em centros de especialidades e toda rede de atenção secundária e terciária à saúde, de modo a proporcionar

integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações (BRASIL, 1999a).

A saúde indígena no Brasil foi marcada por diferentes órgãos e estruturas conforme o período da história, dentre eles é importante destacar: o Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPI/LTN), criado em 1910, para o atendimento dos povos indígenas pelo estado, especialmente nos casos de epidemias, e passou a ser somente Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1918; os Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) da década de 1950, ligados ao Ministério da Saúde, originados pela necessidade de ações de saúde às populações indígenas e rurais em regiões de difícil acesso; e em 1967 a substituição do SPI pela FUNAI, na pasta do Ministério da Justiça, e que em 1973 ficou responsável pela saúde indígena (MOTA; CAVALCANTE, 2019).

Em 1999, foi publicado o Decreto nº. 3.156 e a Medida Provisória nº. 1.911-8, que definiram a transferência de profissionais e demais domínios relacionados à assistência a saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (BRASIL, 1999b, 1999c). Depois de alguns anos, em 2002, foi publicada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o objetivo de garantir a atenção integral e diferenciada a saúde desses povos, considerando nove diretrizes (BRASIL, 2002a):

1. Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
2. Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
3. Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
4. Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
5. Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
6. Promoção de ações específicas em situações especiais;
7. Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
8. Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; e
9. Controle social.

A PNASPI é a política base para a saúde indígena no país desde 2002, e mesmo ocorrendo diversas modificações nos contextos em que os povos indígenas estão inseridos, como pode ser evidenciado, por exemplo, no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil, realizado entre 2008 e 2009, não foram lançadas novas edições ou atualizações do documento (BRASIL, 2002a, 2009).

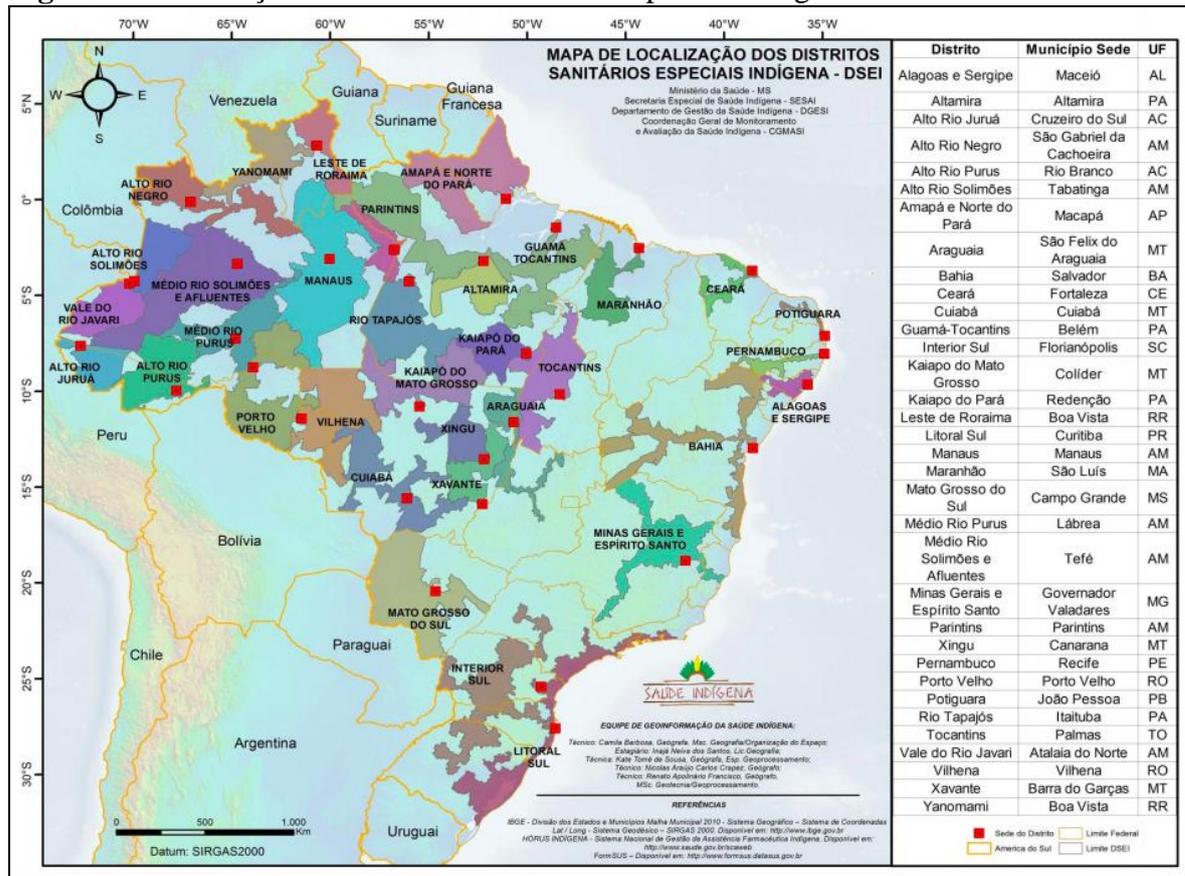
Em outubro de 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) devido à necessidade de remodelação da saúde indígena no Brasil, por meio das demandas reivindicadas pelos próprios indígenas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena. A SESAI possui autonomia administrativa, orçamentária, financeira e atualmente é responsável pela coordenação e execução da PNASPI e toda a gestão do Sasi no SUS (BRASIL, 2020; BRASIL, 2010; CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Para realização dessa nova forma de saúde, a SESAI possui uma estrutura organizacional diferenciada que envolve Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Polo Base, Casa de Saúde Indígena (CASAI) e Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), além da referência de serviços no SUS. No Brasil estão distribuídos 34 DSEIs que contêm 67 CASAI, e 1199 UBSI localizadas em mais de 6200 aldeias (BRASIL, 2015, 2019).

2.3 Organização da saúde indígena no Brasil

Os DSEIs são unidades administrativas descentralizadas do Subsistema, responsáveis pelas ações de atenção à saúde, saneamento ambiental e edificações de saúde indígena nas aldeias. Esses distritos são divididos conforme o território, com base na ocupação geográfica das populações indígenas e abrangem alguns municípios e às vezes mais de um estado (BRASIL, 2015). A atual configuração dos DSEIs no país pode ser observada na Figura 1.

Figura 1. Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.



Fonte: BRASIL, 2020.

Após os DSEIs, na hierarquia da rede de atenção à saúde indígena, estão os Polos Base, presentes nas aldeias ou no perímetro urbano dos municípios, para atuarem na cobertura de um conjunto de terras indígenas, além de representarem a base para a estruturação dos serviços das EMSI. Em sequência, existem as UBSI, localizadas nas aldeias, que recebem as EMSI por meio de acesso fluvial ou terrestre (BRASIL, 2015).

Ainda com relação à estruturação para atendimento à saúde indígena encontra-se a CASAI, estabelecimento presente em municípios de referência que recebem usuários e acompanhantes com oferta de alojamento e alimentação, para facilitar o acesso da população ao atendimento secundário ou terciário, sendo apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS. Dentre os serviços ofertados pela CASAI estão: logística de transporte aos usuários indígenas para consultas, agendamento de exames e internações, e, se necessário, atuação nos cuidados de enfermagem (BRASIL, 2015).

Para melhor compreensão do funcionamento organizacional do modelo assistencial e de suas estruturas diferenciadas, o fluxo de referência e contra referência está representado na Figura 2.

Figura 2. Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil e modelo assistencial.



Fonte: BRASIL, 2017a.

As EMSI apresentam em sua composição mínima os profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, AIS e AISAN. Entretanto, quando as equipes são organizadas em um Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena, que realiza ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas na região de cobertura do DSEI e da rede integrada do SUS, pode haver inclusão de outros profissionais de saúde não contemplados na composição mínima da EMSI, tais como: psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, etc. (BRASIL, 2005).

A inserção do AIS na equipe faz parte do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas no Brasil, sendo tal função considerada como referência, pois contempla a proposta dos cuidados de saúde sensíveis à diversidade cultural e ao pluralismo, de modo a introduzir o direito dos povos de participar da organização, efetivação e avaliação dos serviços de saúde, tanto de maneira individual como coletiva (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012).

O trabalho dos AIS inicialmente foi pautado de forma semelhante à profissão do ACS, baseada na declaração Alma-Ata, no qual este era integrante de determinada região e trabalhava com a finalidade de proporcionar saúde aos usuários da APS por meio de orientações preventivas e sobre cuidados em saúde, além de realização de primeiros socorros (HELMAN, 2003; WHO, 1978).

Segundo a PNASPI, o AIS deve obter formação e capacitação que vise promover aprendizados e técnicas da biomedicina, a fim de adicionar conhecimento às práticas

tradicionais indígenas, de modo a promover uma interlocução de saberes (BRASIL, 2002a). Dessa forma, o AIS atua como uma ponte entre a EMSI e a população, já que faz parte dela e compartilha da mesma realidade sócio espacial do usuário, sendo um profissional-chave para a efetivação do cuidado em saúde dessas comunidades.

As funções destinadas aos AIS são diversas e envolvem atividades no território em conjunto com a EMSI para promoção de saúde, prevenção e controle de doenças, além de atuarem na vigilância em saúde, organização e planejamento do trabalho e realização de primeiros socorros. Assim como os AIS, os AISAN atuam nas EMSI, e conforme o projeto de lei para a regulamentação das profissões, ambos precisam ser indígenas, possuírem mais de 18 anos, residirem na comunidade em que trabalham e falarem a língua materna regional, entre outras características (BRASIL, 2002b; PL, 2019).

Os AISAN são responsáveis por atividades referentes especificamente ao saneamento básico e ambiental que incluam prevenção de doenças e promoção da saúde para a população indígena, configuradas em ações individuais, coletivas, domiciliares ou comunitárias, praticadas segundo as diretrizes do SUS e SasiSUS, sob supervisão do DSEI e da SESAI. Dentre as competências do cargo estão: produzir e analisar dados sobre saneamento para realizar, em equipe, atividades para a prevenção de doenças e agravos à saúde, segundo o delineamento epidemiológico, os condicionantes e determinantes socioambientais da população vinculados aos cuidados tradicionais (PL, 2019).

2.3.1 Reservas indígenas no Mato Grosso do Sul: história e atualidades

Os Guarani e Kaiowá viviam no sul do então estado do Mato Grosso muito antes da vinda dos portugueses ao Brasil. Porém, em 1870, após o fim da guerra travada juntamente com Argentina e Uruguai versus Paraguai, país de fronteira seca com o Brasil, o Estado viu a necessidade de “povoar mais” a área com o objetivo de proteger o território nacional (CAVALCANTE, 2013).

Os indígenas da etnia Terena, pertencentes originalmente à região próxima ao rio Paraguai, no atual pantanal de MS, também estiveram presentes na Guerra do Paraguai, servindo no abastecimento de alimentos ou no confronto armado direto, já que eram considerados povos “valentes”. Após a guerra, as aldeias ficaram devastadas e o entorno passou a agregar muitas fazendas de gado, fatos que emergiram na migração Terena por alguns territórios até encontrarem a região de Dourados, na qual se instituíram e consolidaram famílias (MOTA; CAVALCANTE, 2019).

Seguindo o intuito de “povoamento” da região de fronteira, uma comissão liderada por Tomás Laranjeira ficou incumbida de impor tais limites espaciais terrestres. O mesmo visualizou potencial empreendedor para a erva mate, e após finalizar as atividades na comissão foi responsável pela fundação da Companhia Matte Laranjeira, que contou com trabalho indígena e paraguaio, no qual alguns autores referem regime semelhante ao de escravização (ARRUDA, 1997; BRAND, 1993; CAVALCANTE, 2013; FERREIRA, 2007).

Ao encontro dessa marginalização indígena, após a independência do Brasil, principalmente durante o Segundo Reinado, entre 1839 e 1889, passou-se a haver inquietude para o firmamento de uma identificação nacional, que foi planejada por pensadores de grandes centros oriundos de uma instrução educacional europeia. Assim, houve a determinação de uma nação branca pautada em princípios culturais da Europa, que excluiu os que não se encaixavam nesse padrão, inclusive os indígenas, povos originários do território (MOTA, 2006).

Seguindo o contexto de colonização desses povos desde 1500, os indígenas continuaram sendo vistos como indivíduos medíocres, temporários, não “civilizados”, que seriam extintos ou explorados por outras classes. Ademais inclui-se a ocorrência da colonialidade, gerada da colonização e que persiste através dos tempos reproduzindo modelos baseados em raças e racismos, de forma a existir um Brasil independente, mas não uma nação unida, já que há predominância de uma sociedade colonial (MOTA; CAVALCANTE, 2019).

As minorias devem padecer perante a imposição colonialista do Estado e a origem das reservas indígenas Guarani e Kaiowá fez parte dessa lógica, na qual estes foram alocados em definidos espaços territoriais de maneira precária e passaram à tutela estatal, e as demais terras ficaram livres para colonização conforme interesses político-econômicos, em que inclusive os indígenas seriam utilizados como trabalhadores braçais (CAVALCANTE, 2013).

No estado do MS (que só foi criado oficialmente em 1979), entre 1915 e 1928 foram instituídas pelo SPI oito reservas indígenas, sendo a maioria designada aos povos Guarani e Kaiowá. As terras indígenas (TI) declaradas se estabeleceram como: TI Amambai (1915), TI Dourados (1917), TI Caarapó (1924) e TI Aldeia Limão Verde, TI Pirajuí, Porto Lindo, Sessoró e Taquaperi (1928) (CAVALCANTE, 2013).

A região da Grande Dourados que compreende a TI de Dourados fez parte do plano de colonização da nova era do governo Getúlio Vargas, denominado Marcha para Oeste, que tinha o intuito de colonizar o Oeste do Brasil. Em 1943, houve a instalação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados (CAND) nessa área, com a premissa de nacionalizar as fronteiras e desmontar a Mate Laranjeira – que chegou a ocupar cinco milhões de hectares de

terra, para a habitação local. Apesar de alguns entraves, a CAND conseguiu liberar terras para muitas famílias de migrantes e colonos de diferentes lugares do país, especialmente a partir da década de 1550 (MOTA; CAVALCANTE, 2019; OLIVEIRA, 2014; PONCIANO, 2006).

No começo, as regiões das reservas não eram tão populosas, já que os indígenas chegavam gradativamente, mas entre as décadas de 50 e 70, além de mais indígenas, também houve a inserção de não indígenas, em consequência da expansão agropecuária nesse período, fato que favoreceu o aumento populacional nas reservas e estabeleceu uma situação chamada inicialmente de confinamento territorial (BRAND, 1993, 1997).

Os Guarani e Kaiowá acreditam que pertencem a seu *tekoha* (“lugar onde são o que são”) e só a partir dele podem exercer seu *teko porã* (bem viver) de maneira adequada. O *tekoha* é a terra sagrada desses povos, onde devem ter florestas, ervas medicinais, frutos, águas com peixes e terra para plantar, coletar, edificar morada e locais para a prática religiosa. Trata-se do seu local para produzir subsistência e cultura e viver seu modo de ser (CONSEA, 2017; MOTA, 2017).

As reservas são espaços insuficientes para garantir essa relação socioterritorial do *tekoha* e refletem grandes prejuízos nos modos de vida e práticas culturais tradicionais. Além disso, apesar do direito originário à terra aos povos indígenas ser descrito pelo artigo 231 da Constituição Federal, o Estado torna esse processo extremamente lento e burocrático (BRASIL, 2016; CAVALCANTE, 2013; MOTA; CAVALCANTE, 2019).

O Decreto nº 1.775 de 1996 normatizou o processo de demarcação das terras indígenas, que é responsabilidade do Poder Executivo e envolve diversas fases como: os estudos antropológicos de identificação e delimitação; declaração dos limites; demarcação física; avaliação de melhorias realizadas pelos ocupantes não índios; homologação da demarcação; retirada de ocupantes não índios, com pagamento conforme as melhorias implementadas, e reassentamento; registro das terras indígenas; e em caso de indígenas isolados, interdição de áreas para sua proteção (BRASIL, 1996; FUNAI, 2020a).

Em situações específicas, que geram impacto a altos investimentos, atrito não reversível ou impedimento metodológico para reconhecer a terra originária, a FUNAI deve conceder o direito territorial às comunidades indígenas na categoria de Reserva Indígena junto aos órgãos agrários de referência, em consonância com o Estatuto do Índio. Assim, o território da reserva pode ser adquirido por compra direta da União, desapropriação ou doação (BRASIL, 1973; FUNAI, 2020a).

Segundo dados do Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil, no MS existiam 115 TI à espera de decisões do governo federal, sendo: 81 sem providências, 15 para

identificação, seis identificadas, nove declaradas e quatro homologadas. Apesar de essas informações demonstrarem que existem processos para demarcação das TI no estado, a demora é um aspecto agravante, já que a luta pelas terras não ocorre de forma pacífica e pode acarretar morte dos envolvidos (CIMI, 2018; CRUZ, 2017).

Em 2017 foi criado o Grupo Técnico Especializado (GET) vinculado ao Ministério da Justiça e Cidadania, para prover auxílio em temáticas inerentes à demarcação de terras indígenas. Este grupo deve conter representantes da FUNAI, consultoria jurídica, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Tal medida foi vista pela própria FUNAI e demais órgãos indigenistas, como uma nova forma para aumentar o tempo e a burocracia na demarcação (BRASIL, 2017b; CRUZ, 2017).

A realidade dos povos indígenas no estado é extremamente preocupante. Os números de suicídio cresceram em comparação aos últimos anos e o panorama registrado da violência contra os indígenas é aterrorizante, sendo comum não só suicídios, mas também homicídios. Especialistas indicam que o confinamento seja uma das grandes causas por trás dos índices de suicídio alarmantes entre os Guarani e Kaiowá (CIMI, 2018).

Um líder indígena, Anastácio Peralta, alegou que “no MS, a vida de um boi vale mais do que uma criança indígena”. Esta fala se reflete em acusação e difícil confissão, já que ampara informações verídicas, de modo a destacar uma infeliz realidade visto que o quantitativo de indígenas Guarani e Kaiowá em territórios reconhecidos e habitados equivale a 1,2 hectares/pessoa, enquanto a Agência Estadual de Defesa Sanitária Animal e Vegetal (IAGRO) estabelece 1 hectare para cada 1,5 a 3 cabeças de gado no estado (AGÊNCIA GRITA SÃO PAULO, 2012; CIMI, 2018; IAGRO, 2010). Ademais há diversos direitos que são violados e serão descritos nos próximos tópicos.

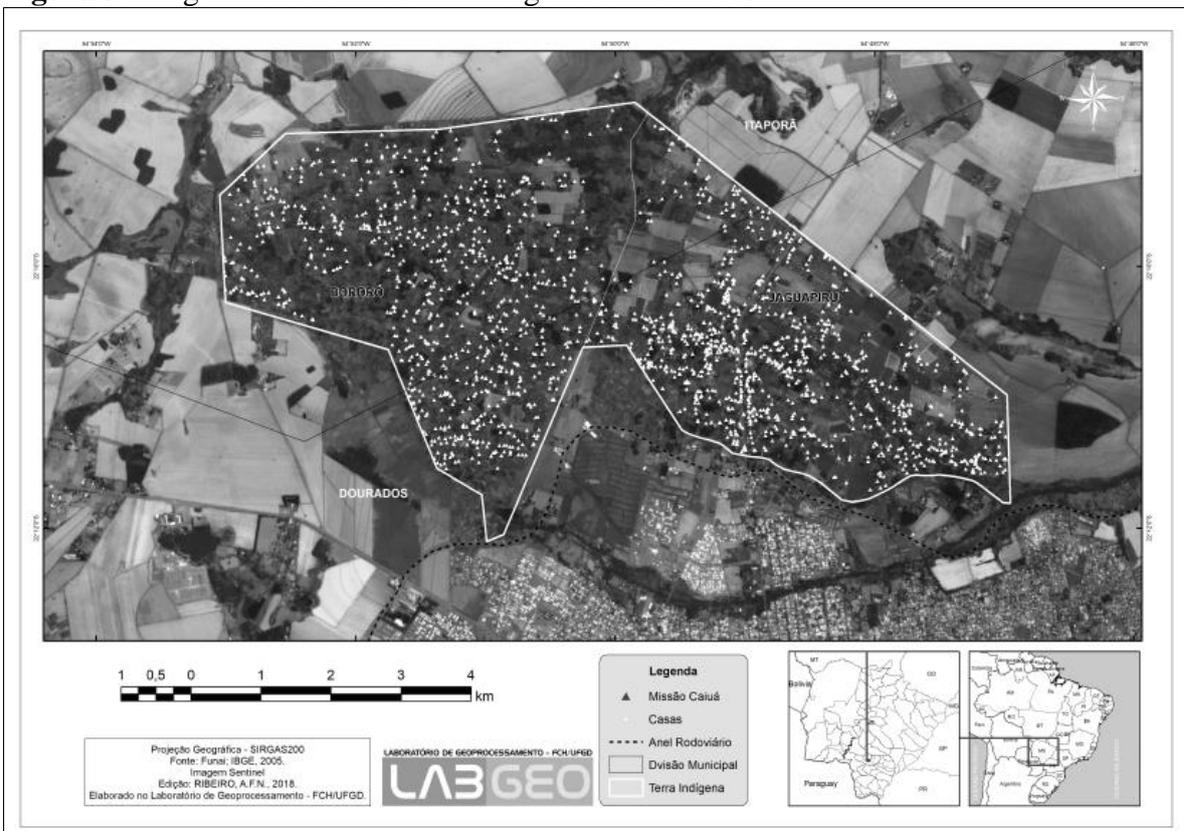
2.3.2 A Reserva Indígena de Dourados (RID) e as demais áreas de cobertura do Polo Base de Dourados

A RID, também conhecida em documentos históricos como Posto Francisco Horta Barbosa, foi criada no começo do século passado, em 1917, pelo Decreto Estadual nº. 401, com um tamanho territorial de 3.600 hectares (ha). Porém, durante o processo de demarcação da terra, a reserva ficou com 3.539 ha, conforme registrado em 1965 no cartório de Campo Grande. E atualmente a medida da RID é ainda menor, com 3.474,59 ha, segundo a FUNAI (BRASIL, 2018 apud MOTA; CAVALCANTE, 2019).

No início a RID era destinada aos indígenas das etnias Guarani e Kaiowá, por já se estabelecerem na região e em seus entornos anteriormente as frentes de ocupação agropecuárias, mas todo esse processo delimitou novas relações no ambiente, inclusive a territorialização dos espaços aos não índios. Atualmente a RID possui uma população miscigenada com mais de 15 mil indivíduos que compreendem majoritariamente as etnias Kaiowá, Guarani e Terena, além de mestiços e uma minoria de não índios (casados com indígenas) (ARRUDA, 1996; BRAND, 1997; MOTA; CAVALCANTE, 2019; WENCESLAU, 1994).

Segundo Santana-Junior (2010), a RID tem seus limites geográficos junto aos limites do perímetro urbano do município de Dourados, está localizada ao norte da cidade, divisa com o município de Itaporã, e é dividida em duas aldeias: a Bororó e a Jaguapirú, como pode ser observado na Figura 3. A RID tem o maior contingente populacional indígena do MS (BRASIL, 2018a).

Figura 3. Imagem aérea da Reserva Indígena de Dourados.



Fonte: CAVALCANTE; MOTA, 2019.

Atualmente acontece um processo de urbanização gradual na RID, no qual há expansão dos circuitos de água, energia elétrica, existência de escolas, unidades de saúde, e

uma variedade de programas sociais estabelecidos por diferentes instituições (MOTA; CAVALCANTE, 2019). A RID completou 103 anos em 2020, e a cidade de Dourados foi criada em suas proximidades quase duas décadas após a demarcação da reserva, no ano de 1935. Portanto, por conta dessa localização geográfica, hoje a cidade em plena expansão territorial, cresce no entorno da RID e favorece a urbanização da reserva, como se fosse um bairro periférico da cidade, mas que ainda sofre com a carência de determinados serviços públicos e a falta de responsabilidade municipal para com seus habitantes indígenas.

As regiões de Panambi - Lagoa Rica, no município de Douradina; Panambizinho no distrito de Panambi e Sucuri'y, localizada em Maracaju, também são atendidas pelo Polo Base de Dourados. Antes da CAND, os três locais pertenciam ao mesmo *tekoha*, mas com a chegada dos colonos esse território se dividiu. Devido a este processo de inserção dos não índios, os Kaiowá, que ali viviam, tiveram que travar lutas para a retomada das terras. Depois de aproximadamente 50 anos pautados em ações litigiosas, foi homologada a demarcação da aldeia Panambizinho, e em 2005, após a saída dos colonos, os indígenas ocuparam de forma absoluta parte de seu território. Atualmente a aldeia Sucuri'y também já possui as terras regularizadas, já Panambi foi delimitada e ainda se encontra em processo de demarcação (FUNAI, 2020b; MACIEL, 2005; VIETTA, 2007).

O Polo Base em questão ainda presta atendimento à aldeia Passo Piraju, no distrito de Porto Cambira, pouco mais de 20 km de distância de Dourados. Essa área foi tradicionalmente reocupada no fim de 2001 e depois incorporada ao processo para demarcação de TI denominado Dourados-Amambaieguá III, que ainda está em fase de estudo. A atual localização do *tekoha* pertence a uma propriedade privada latifundiária denominada Fazenda Campo Belo (CIMI, 2012; FUNAI, 2020b; LUTTI, 2009).

Em meio a tudo isso e apesar desses povos viverem em aldeias com zona delimitada, como alternativa ao uso do termo confinamento territorial, surgiu a proposta de Pereira (2007), onde os espaços ocupados nas reservas foram considerados “áreas de acomodação”, já que esta condição não suprimiu os indígenas de circularem no território e usufruírem dele, mesmo que de modo debilitado.

Nas proximidades de Dourados existem diversos acampamentos e ocupações indígenas, em regiões específicas pelas quais povos indígenas buscam a retomada de seus territórios originais, os *tekoha*. Esses acampamentos estão em áreas externas às reservas, no aguardo da identificação e/ou demarcação territorial, fato que fortalece a discussão sobre a necessidade da expansão de terras indígenas demarcadas (CONSEA, 2017; LUTTI, 2009).

Os acampamentos são espaços repletos de resistência dos povos indígenas, que demonstram suas múltiplas maneiras de existir e ser Guarani e Kaiowá, reportados em distintos meios de circular entre territórios, e viver experiências de luta pelo *tekoha* em oposição à condição de reserva (MOTA, 2017).

Os indígenas que vivenciam a luta pelo *tekoha* nos acampamentos são muito corajosos e assim também são considerados por demais indígenas que residem nas reservas. É possível “sentir” a força com a qual batalham quando são expostas suas condições de vida e pela veracidade com que respondem às indagações sobre o motivo das suas ações pela terra de origem.

O retorno aos *tekoha* foi instalado de diferentes formas com o decorrer do tempo, sendo importante destacar ao menos duas: o conflito direto, e a proximidade junto ao território tradicional. O conflito é marcado por lutas e reivindicações, para obtenção concreta do território, por meio do controle sobre a terra, especialmente em acampamentos de retomadas. Já a necessidade de estar junto ao território não requer inicialmente a destituição desses espaços pelos fazendeiros. Geralmente os indígenas continuam presentes nesses locais, comumente nos fundos de fazendas e depois requerem seus territórios, pois não se afastaram do *tekoha* (MOTA, 2017).

Para realizar a luta pelo *tekoha* é essencial que um grupo se organize e planeje táticas políticas reivindicatórias, para a restauração do *teko porã*. Em alguns casos, proprietários da terra reivindicada proíbem os indígenas de permanecer nas áreas das fazendas, fato que os levam a mudarem para as reservas ou permanecerem em locais vizinhos aos seus *tekoha*, vivendo nos limites de propriedades privadas ou estradas. Muitas famílias que voltam para as reservas não se habitam e regressam para as proximidades do *tekoha*, reforçando essa relação (MOTA, 2017).

O relatório realizado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) fruto de uma visita às comunidades indígenas do cone sul do MS, em 2016, evidenciou que as condições de vida nas aldeias e acampamentos são precárias e repletas de violações aos direitos humanos constitucionais, especialmente o direito à terra. Na ocasião, foi analisada a falta de acesso à alimentação adequada, sendo que muitas famílias passam fome, a carência de vestimentas, a insegurança e discriminação, diversas violências e inexistência de condições para promoção da subsistência. Água potável, vestimentas, moradia e documentos de registro civil são mais escassos nos acampamentos, além desses locais se depararem com a inexistência de serviços públicos que assegurem saúde e bem-estar, como assistência social, educação e saúde, aspectos que tornam a sobrevivência ainda mais difícil (CONSEA, 2017).

Existem diversas iniquidades no que se refere à saúde indígena, que transcorrem a dimensão temporal, e podem ser verificadas por indicadores de saúde e qualidade de vida, e quando estes números são comparados entre povos indígenas e entre não indígenas, as desigualdades são expressamente evidentes. A taxa de mortalidade infantil na região do Polo Base de Dourados, em 2014, foi de 37,9 para cada mil nascidos vivos, já em Dourados o mesmo índice foi de 15,8 para cada mil nascidos vivos. A expectativa de vida no MS, em 2012, representou 74,4 para ambos os sexos. Entretanto, para os povos indígenas do DSEI-MS, em 2011, a expectativa de vida foi de apenas 34,7 anos (COLOMA, 2012 apud MOTA; CAVALCANTE, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em uma reportagem sobre a realidade da população indígena de Dourados e região na pandemia da Covid-19, Ozuna (2020) com seu olhar de jornalista sensível, retrata que os indígenas “sobrevivem sem rostos”, como menção à invisibilidade desses povos pelo poder público e esquecimento de toda uma sociedade. Destaca ainda que se agrupados os residentes (resistentes) das aldeias Jaguapirú e Bororó que compõem a RID, aos que moram nos arredores, como na aldeia Panambizinho e regiões de acampamentos e retomadas, atualmente existem 18 mil indígenas que vivem literalmente marginalizados pelos douradenses não indígenas.

Com isso, verificamos que a parte do cone sul do MS, majoritariamente habitado por indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena, se destaca como a região com maior problema social, territorial e de saúde, tristemente definidos de maneira histórica pela conjuntura nacional e local, sobretudo na luta capitalista, que tem como pano de fundo o agronegócio e a omissão do Estado em relação aos povos indígenas.

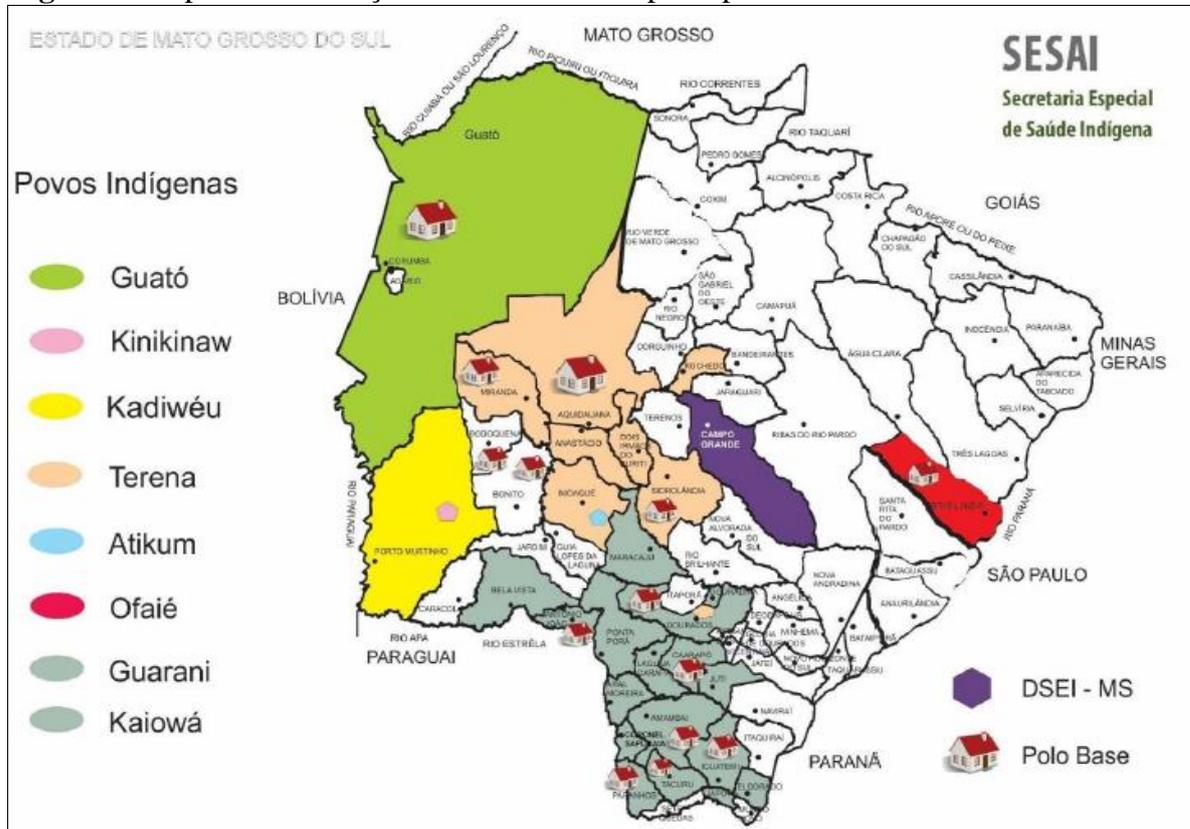
2.3.3 A organização da saúde indígena no Mato Grosso do Sul

Apesar das estruturas dos DSEIs não corresponderem à esfera estadual, no MS existe apenas um DSEI, denominado DSEI-MS, cuja sede fica localizada em Campo Grande, a capital do estado, e possui uma extensão territorial de 246.637,439 km². O DSEI-MS abrange 31 dos 79 municípios do estado, e contempla 99 aldeias, 14 Polos Base mais a sede do DSEI, 30 UBSI e três CASAIs (BRASIL, 2018a; MOTA; CAVALCANTE, 2019).

Os Polos Base ficam localizados nos municípios de Amambai, Antônio João, Aquidauana, Bodoquena, Bonito, Brasilândia, Caarapó, Corumbá, Dourados, Iguatemi, Miranda, Paranhos, Sidrolândia e Tacuru. Já as CASAIs estão fixadas nos municípios de Amambai, Campo Grande e Dourados (BRASIL, 2018a; MOTA; CAVALCANTE, 2019). A

disposição geográfica dos Polos Base e principais etnias do DSEI-MS pode ser vista na Figura 4.

Figura 4. Mapa da distribuição dos Polos Base e principais etnias no Mato Grosso do Sul.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019.

O Polo Base de Dourados está situado na área urbana do município de Dourados, compreende o maior quantitativo de indígenas do estado e é referência para o atendimento em saúde de quatro municípios distintos, sendo estes: Dourados, Douradina, Rio Brillhante e Maracaju. As EMSI atuam na RID, formada pelas aldeias Bororó e Jaguapirú, e em mais 17 diferentes áreas, dentro e fora de aldeias, atendendo aproximadamente 18 mil pessoas.

Com relação à saúde indígena na RID, existe a estrutura física composta por duas unidades de saúde em cada aldeia, sendo as UBSI Guateka (Jaguapirú I) e Pa'i Kwara Rendy (Jaguapirú II), localizados na Aldeia Jaguapirú; e as UBSI Ireño Isnarde (Bororó I) e Zelik Trajber (Bororó II), fixados na Aldeia Bororó (MOTA; CAVALCANTE, 2019).

Em cada unidade existe uma equipe fixa responsável pelo atendimento, totalizando quatro EMSI na RID. Os profissionais dessas equipes que não moram na mesma aldeia em que trabalham se dirigem até o Polo Base todas as manhãs de segunda a sexta, e geralmente às sete horas são encaminhados para as respectivas UBSI com o veículo do serviço. Esses

profissionais voltam para o Polo no horário de almoço, que possui duração de uma hora e meia, e logo em seguida retornam para a realização do trabalho na aldeia, onde permanecem até cinco horas da tarde, quando novamente voltam ao Polo. A distância entre a sede do Polo Base de Dourados e as UBSI dentro da Reserva é pequena, com uma média de 9 km.

Nas áreas externas à RID, há cobertura de duas equipes volantes, denominadas como volantes V e VI. Essas equipes levam o serviço de saúde até as aldeias Panambizinho; Panambi – Lagoa Rica; Passo Piraju - Porto Cambira, Sucuri'y; e para os acampamentos e áreas de retomada: Boqueron, Curral de Arame, Itahum, Mudas MS, Ñanderu Laranjeira (I e II), Ñuverá, Pacuriti, Picadinha, Senhor Wilson, Guyra Kamby, Tajasu e Tekohara Itay. O quantitativo populacional atendido nessas localidades e nas aldeias da RID está descrito no Quadro 1.

Quadro 1. População conforme áreas de cobertura do Polo Base de Dourados.

Local	Município	População
Boqueron	Dourados	30
Bororó	Dourados	7.645
Curral De Arame	Dourados	1
Itahum	Dourados	2
Jaguapirú	Dourados	7.976
Mudas Ms	Dourados	8
Nhanderu Laranjeira	Dourados	14
Nhuverá	Dourados	22
Pacuriti	Dourados	1
Panambi	Douradina	1.017
Panambizinho	Dourados	414
Picadinha	Dourados	2
Senhor Wilson	Rio Brilhante	14
Sucuri'y	Maracaju	341
Outros acampamentos	Dourados	318

Fonte: BRASIL, 2018a (adaptado).

As equipes volantes atendem em diferentes locais e seguem uma escala de rodízio conforme a quantidade de usuários em cada região, assim, em alguns locais há atendimento duas ou três vezes na semana e outros apenas a cada 15 dias. Por atenderem locais mais distantes do Polo Base, os profissionais das equipes volantes possuem uma rotina de atendimento contínuo, na qual de segunda a sexta saem do Polo para as áreas de atendimento antes das sete horas da manhã e permanecem lá até uma hora da tarde, chegando novamente no Polo até 14:30 horas.

Nas aldeias atendidas pelas equipes volantes existe a estrutura física da UBSI como na RID, já nas regiões de acampamentos não há esta estrutura a disposição, portanto a prestação dos serviços de saúde acontece de modo improvisado em locais específicos, com apoio do próprio carro que transporta os profissionais.

Tanto os profissionais das equipes volantes como das equipes fixas que não moram nas aldeias em que atendem só não vão para os locais de atendimento em saúde quando as estradas ficam intransitáveis devido ao grande volume de chuvas. Há especificidades, como as reuniões para apresentação dos dados de saúde consolidados, que ocorrem mensalmente, nas quais os profissionais também ficam no Polo ou quando não há espaço suficiente no carro para transportar todos os profissionais da equipe. Geralmente quando os profissionais ficam no Polo realizam planejamento de ações em saúde, digitação ou apresentação dos dados para “o consolidado”.

A pandemia decorrente da COVID trouxe novos desafios, que ocasionaram mudanças na rotina de trabalho desses profissionais, pela necessidade de paramentação com Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) específicos e reorganização dos atendimentos, atividades e visitas domiciliares. Além das orientações para prevenção da doença, os profissionais e o Polo Base se mobilizaram para arrecadação de alimentos e produtos de higiene e proteção individual. Em alguns locais, os AIS e AISAN também participaram de barreiras sanitárias para controlar a entrada e saída no território indígena. Nesse período, diversas instituições e pessoas físicas realizaram doações de EPIs e outros materiais necessários para o Polo Base de Dourados.

Independentemente da equipe de referência, todas as EMSI do Polo Base de Dourados são compostas pelos seguintes profissionais: AIS, AISAN, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, nutricionista, dentista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico.

É importante destacar que destes profissionais alguns se dividem entre as equipes para realização do trabalho. Há somente um fisioterapeuta e um farmacêutico, desta forma o farmacêutico possui como centro de trabalho o Polo Base, onde fica localizada a farmácia “central” e atende em todas as equipes quando há necessidade. Já o fisioterapeuta faz uma prestação de serviços rotativa entre as equipes e também atende na CASAI Dourados. Existem duas assistentes sociais que dividem as demandas de todas as áreas cobertas pelo Polo Base, duas psicólogas que atendem na RID, um psicólogo e um nutricionista que atuam nas duas equipes volantes.

2.4 Trabalho e(m) saúde

O trabalho é formado por meio de um processo que contempla história, sociedade e política e pode ser visto como uma ação da força de trabalho (esforços intelectuais e mecânicos), segundo o objetivo traçado, para o suprimento das necessidades do indivíduo (OLIVEIRA, 2004). Sznelwar, Uchida e Lancman (2011) defendem também que o trabalho não se resume a troca da força de trabalho por salário, já que funciona como uma base psíquica e atua como formador identitário dos sujeitos.

Além disso, um dos grandes determinantes das condições de vida de um indivíduo e sua família é o trabalho, ou também a falta de trabalho, que implica sobre diversos aspectos cotidianos, inclusive a saúde. O trabalho geralmente se estabelece como a base para uma renda, a qual promove suporte para aquisição de bens materiais e, além disso, pode proporcionar o contato com o outro e a construção de redes sociais entre as pessoas, fatores imprescindíveis para a produção de saúde (BRASIL, 2018b).

Em consonância a isso, o trabalho pode ser um fator protetor e gerar resultados positivos para a saúde, entretanto, também pode ocasionar processos negativos que perpassam, desde uma indisposição e sofrimento, até casos mais graves relacionados ao adoecimento e óbito (BRASIL, 2018b). O trabalho é um determinante social da saúde (e doença) que ocupa posição de destaque como “Condições de Vida e de Trabalho” na configuração de tais determinantes sugerida por Dahlgren e Whitehead (1991), que pode ser visualizada na Figura 5.

Figura 5. Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991 adaptado por BRASIL, 2018b.

No primeiro trimestre de 2020 no Brasil, a taxa de emprego correspondeu a 53,5% para indivíduos de 14 anos ou mais, sendo que o MS apresentou um percentual maior que o nacional (59,3%). Quando os empregos foram agrupados conforme a atividade de trabalho principal, a categoria em que os profissionais de saúde estavam inseridos se destacou em segundo lugar como geradora de trabalho remunerado, tanto a nível nacional quanto estadual (IBGE, 2020). Dessa forma é possível verificar que os profissionais de saúde são responsáveis por uma força de trabalho remunerada que se encontra em evidência.

O trabalho em saúde se assemelha ao artesanato, sendo muito específico, de modo que existe baixa possibilidade de padronizar, protocolizar, mecanizar ou automatizar esse tipo de trabalho, pois além da atuação técnica é necessário algo a mais no atendimento ao usuário, que está relacionado à individualidade e complexidade do processo saúde doença, visto que há diversos aspectos sociais, subjetivos e orgânicos envolvidos (RIGHI, 2014).

Por isso, ainda que mundialmente as formas da organização em saúde tenham sido norteadas pelo taylorismo, que utiliza a ciência como pretexto para modificar e padronizar o trabalho em linhas de produção, diminuindo o profissional de saúde a um repetidor de protocolos, isso não se concretizou totalmente no âmbito da saúde (RIGHI, 2014).

2.4.1 Saúde e adoecimento do trabalhador de saúde

Alguns órgãos internacionais como a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tendem a contribuir para a visibilidade das questões relacionadas à saúde do trabalhador. Em 2006, ambas as organizações aderiram a uma iniciativa para constituir um suporte estrutural de trabalhadores de saúde e sua valorização, denominado “Década de Recursos Humanos em Saúde” e “Década Pan-americana de Recursos Humanos em Saúde 2006 – 2015” (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007).

A OMS não elencou esse período para a valorização dos profissionais de saúde à toa, mas devido à situação ser alarmante, já que os trabalhadores de saúde têm adoecido de forma sistemática e progressiva em um nível global. No Brasil, a Constituição Federal delimita a saúde do trabalhador como competência do SUS, mas isso não garante que tal cuidado seja realizado de maneira efetiva (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007; BRASIL, 2016). Ainda segundo Campos (2006), a saúde e a doença são fenômenos sociais formados por múltiplos fatores, ou seja, são coproduzidos por meio do sujeito singular e de elementos externos e coletivos.

O profissional de saúde geralmente é intitulado como a pessoa responsável por promover o bem-estar para o outro, e muitas vezes não é lembrado que também está sujeito aos riscos de adoecimento. Os trabalhadores de saúde enfrentam situações estressantes ou de conflito decorrentes da relação com a responsabilidade com o serviço ou com o usuário, aspectos que podem comprometer a qualidade de vida no trabalho, e tais condições ocupacionais também podem influenciar os níveis de saúde destes trabalhadores (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007).

O estresse ocupacional pode comprometer a capacidade para o trabalho, de forma a prejudicar a potencialidade profissional e organizacional, e conseqüentemente gerar faltas, acidentes, maior rotatividade e diminuição da produção. Ademais, pode ocasionar sintomas físicos e psíquicos, como elevação dos níveis pressóricos e cardíacos, alterações negativas de humor, dificuldade de concentração e memorização (NASCIMENTO, 2015).

Os profissionais de saúde que apresentam altas taxas de estresse percebido têm maior predisposição para a síndrome de *Burnout*, conhecida popularmente como um esgotamento profissional (LEONELLI et al., 2017). Ao encontro disso, Lima, Farah e Bustamante-Teixeira (2018) em um estudo com profissionais de saúde da APS em Minas Gerais, observaram que 51,0% nos profissionais pesquisados apresentavam *Burnout*.

Com relação ao desgaste mental, Braga, Carvalho e Binder (2010) verificaram que 42,6% dos profissionais da APS em Botucatu apresentaram transtornos mentais comuns, que envolvem sinais como fadiga, irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas. Já Santana *et al.* (2013), investigaram profissionais de saúde de um hospital universitário e elencaram a submissão a diferentes cargas e desgastes no trabalho, atribuídas aos aspectos fisiológicos, mecânicos, psicossociais, biológicos, físicos e químicos.

Ao longo dos anos diversos estudos descrevem que a saúde não é independente das relações laborais e que, mesmo o trabalho sendo fundamental para a construção da subjetividade individual e de suas vivências, as condições a que os trabalhadores são expostos e como eles executam tais funções podem ocasionar sofrimento e adoecimento (BORSOI, 2007; OLIVEIRA, 2001; SILVA; DIAS, 2012).

O sofrimento no trabalho advém de que os profissionais estão sob riscos de diferentes ordens em seu ambiente laboral. Há riscos “palpáveis”, por meio da radiação, micro-organismos patogênicos (vírus, fungos, bactérias), exposição às substâncias tóxicas, longas jornadas de trabalho, entre outros. Também existem riscos de natureza não concreta como sobrecarga de trabalho e estresse, e ambos os tipos de riscos podem atingir a saúde (física e

psíquica) do trabalhador e sua relação com os demais profissionais envolvidos no serviço (DEJOURS, 2007; WERLANG; MENDES, 2013).

Dentre as condições que podem ocasionar adoecimento ao trabalhador de saúde estão: a burocratização exagerada, relação trabalhador usuário negativa, hegemonização entre pessoas, diferentes contatos com o sofrimento conforme cargo ocupado, deficiência na infraestrutura, nas condições de ergonomia e na proteção para evitar riscos e acidentes de trabalho (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012).

Em cenários específicos, situações de pandemia, por exemplo, como ocorreu com a influenza A H1N1(gripe suína), em 2009, e também acontece no momento atual, em uma escala ainda maior, com a COVID-19, o trabalho dos profissionais de saúde fica em evidência, e eles passam a ser mais vistos pela população nas mídias sociais e na própria TV aberta. O trabalho em saúde, que possui uma natureza indispensável (em todo lugar, independentemente de pandemia), adquire maior valorização pelos usuários.

Apesar da maior visibilidade pela comunidade, os problemas relacionados ao trabalho não desaparecem. Em uma metassíntese realizada por Alonso, Béguin e Duarte (2018), envolvendo ACS, os problemas referidos pelos profissionais agruparam precariedade e burocratização no trabalho, formação profissional insuficiente, relação com a comunidade, ausência de dimensionamento, falta de articulação e verticalização do trabalho na equipe.

Já Scherer *et al.* (2016), realizaram um estudo multicêntrico nacional com técnicos de enfermagem lotados na APS e destacaram aumento das cargas de trabalho devido a múltiplas causas, como o baixo salário, a sobrecarga no serviço, o adoecimento físico, a carência de recursos materiais, o relacionamento com o usuário, e a necessidade de mais profissionais, todos evidenciando a existência de cargas fisiológicas e psíquicas sobre o trabalhador.

Ao analisar diretamente o adoecimento dos profissionais de saúde situados na APS em Campo Grande-MS, Mello *et al.* (2020) identificaram que a maioria (53,0%) dos afastamentos de trabalho ocorreu por transtornos mentais e comportamentais, seguido de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (27,0%).

Dessa forma, fica evidente que apesar do profissional de saúde estar familiarizado com o tratamento de doenças, as condições de trabalho podem influenciar seu próprio processo saúde-doença. Portanto, é importante que o profissional de saúde cuide dos usuários, mas que antes de tudo esteja bem e saudável para realizar seu trabalho da melhor maneira possível.

2.5 Qualidade de vida

A utilização das palavras “Qualidade de Vida” (QV) iniciou-se por um discurso proferido nos Estados Unidos, em 1964, pelo então presidente Lyndon Johnson, que destacou que as metas da economia nacional deveriam ser quantificadas conforme o nível de qualidade de vida dos indivíduos e não pelos números de balanços bancários (FLECK *et al.*, 1999).

No Brasil, a qualidade de vida das populações é analisada conforme o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este índice avalia os aspectos relacionados à saúde, educação e renda, por meio da expectativa de vida ao nascer, Produto Interno Bruto per capita ajustado ao custo de vida local e média entre a taxa de alfabetização dos adultos e a taxa combinada de matrícula do ensino fundamental ao superior, respectivamente, não abordando todos os aspectos relacionados ao desenvolvimento humano (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL, 2020).

A OMS possui um Grupo de Qualidade de Vida, que define a qualidade de vida como a percepção individual sobre sua posição na vida, considerando seus conjuntos culturais e de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). Dessa forma é possível delimitar que a qualidade de vida envolve amplas características e é analisada de forma subjetiva.

Segundo a OPAS (2004), representantes governamentais admitem que o trabalho é a melhor maneira de proporcionar capital para uma maior qualidade de vida dos indivíduos. Portanto, o ambiente de trabalho e os processos envolvidos nele já explanados anteriormente também podem influenciar a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Um estudo realizado por Kluthcovsky *et al.* (2007), com ACS em uma região do Paraná, demonstrou que a QV geral foi avaliada como boa, assim como para os aspectos específicos avaliados, que englobaram domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Já Ferigollo, Fedosse e Santos-Filha (2016), investigaram profissionais de saúde da APS em um município do Rio Grande do Sul e detectaram que os domínios com melhor qualidade de vida foram o físico e de relações sociais.

Atualmente há diversos instrumentos disponíveis para avaliação da qualidade de vida, dentre eles estão o *World Health Organization Quality Of Life – 100 (WHOQOL-100)* e o *World Health Organization Quality Of Life – bref (WHOQOL-bref)*.

2.5.1 *WHOQOL-bref*: Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – abreviado

A avaliação da qualidade de vida realizada pelo *WHOQOL-100* foi elaborada pelo Grupo *WHOQOL*, concomitantemente em 15 distintos núcleos internacionais de pesquisa, a fim de obter um instrumento que pudesse verificar a qualidade de vida de maneira transcultural, com uma avaliação minuciosa de cada aspecto individual relacionado à qualidade de vida, totalizando 24 facetas (THE WHOQOL GROUP, 1996). Entretanto, por ser uma ferramenta composta por 100 perguntas, o *WHOQOL-100* acaba demandando muito tempo para aplicação prática.

Por isso, a partir do *WHOQOL-100* foi desenvolvido o *WHOQOL-bref*, com utilização de um item de cada uma das 24 facetas do *WHOQOL-100*. Também foram adicionadas duas questões sobre a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde, de modo geral, que são analisadas individualmente. Assim, a versão abreviada é composta por 26 perguntas, sendo 24 distribuídas de forma categorizadas e utilizadas para analisar quatro diferentes domínios referentes à qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1996).

As facetas do *WHOQOL-bref* são agrupadas para a formação de domínios conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Divisão dos domínios, numeração das questões e facetas do *World Health Organization Quality Of Life – bref (WHOQOL-bref)*.

Domínios	Questões e Facetas
Físico	03. Dor e desconforto 04. Dependência de substâncias medicinais e auxílios médicos 10. Energia e fadiga 15. Mobilidade 16. Atividades do dia a dia 17. Sono e descanso 18. Capacidade de trabalho
Psicológico	05. Sentimentos positivos 06. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais 07. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração 11. Imagem corporal e aparência 19. Autoestima 26. Sentimentos negativos
Relações sociais	20. Relações pessoais 21. Atividade sexual 22. Suporte social
Meio ambiente	08. Proteção e segurança física 09. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) 12. Recursos financeiros 13. Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades 14. Participação e oportunidades para atividades de recreação/lazer 23. Ambiente doméstico 24. Saúde e assistência social: acessibilidade e qualidade 25. Transporte

Fonte: THE WHOQOL GROUP, 1996 (traduzido e adaptado).

Para cada questão há cinco opções de respostas (1 a 5) que seguem uma escala tipo *Likert* (1 a 5). Nas perguntas individuais sobre qualidade de vida e saúde, quando aplicadas a grupos as respostas são avaliadas com valor de média final, que também varia de 1 até 5. Já para as perguntas que em conjunto representam determinado domínio, as respostas de cada uma (1 a 5) são somadas conforme o domínio para gerar o escore bruto e convertidas com auxílio de uma tabela de conversão de escores para um valor de 4 a 20, ou também para uma escala de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida (THE WHOQOL GROUP, 1996).

É importante destacar que três questões (3, 4 e 26) devem ter sua pontuação recodificada, já que foram redigidas inversamente. Dessa forma, para a pontuação deve ser utilizado: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1. Para os dados do *WHOQOL-bref* serem calculados também é necessário que ao menos 80% do questionário tenha sido respondido (THE WHOQOL GROUP, 1996).

3 JUSTIFICATIVA

O MS é o segundo estado com maior contingente populacional indígena do Brasil e também compreende a RID, considerada a maior reserva indígena em contingente populacional por hectare do país. O DSEI-MS possui a maior quantitativo de indígenas entre os DSEIs do Brasil e o Polo Base de Dourados é o maior desse DSEI, responsável pela assistência à saúde de aproximadamente 18 mil indígenas, em regiões com diversos e profundos problemas sociais e territoriais.

Na literatura há artigos que discutem especificamente sobre os AIS, o serviço prestado nas Casas de Saúde Indígena (CASAIs) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mas nada tão amplo que envolva diretamente todos os profissionais que ofertam atendimento aos povos indígenas em seu território, tampouco comparando as categorias profissionais, tipo de equipe de referência e tempo de serviço na saúde indígena, sobretudo em uma região com tamanha representatividade como a local.

Ademais não há estudos que contemplem questões relacionadas à saúde, doença, qualidade de vida e ambiente laboral dos profissionais da saúde indígena, portanto é essencial a verificação de tais características a fim de nortear adequações nos serviços e desenvolver um ambiente de trabalho mais saudável ao desafiante trabalho que é a prestação de cuidados em saúde aos povos indígenas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

O objetivo desta pesquisa foi investigar as condições de saúde, doença, qualidade de vida e trabalho dos profissionais da saúde indígena do Polo Base de Dourados, Mato Grosso do Sul.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar a caracterização demográfica e socioeconômica destes profissionais;
- Analisar o nível de atividade física dos trabalhadores;
- Investigar o uso de medicamentos, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, doenças psicológicas e outras patologias;
- Identificar o estado nutricional e o risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares;
- Verificar as características de domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, relacionadas à qualidade de vida;
- Identificar a autoavaliação da qualidade de vida e a satisfação com a saúde;
- Descrever as condições de trabalho de todos os profissionais de saúde que atuam nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena;
- Correlacionar os dados sobre as condições de trabalho entre o tipo de equipe, categoria profissional e o tempo de trabalho na saúde indígena.