

INIQUIDADES EM SAÚDE: UM OLHAR DO HU-UFGD PARA A SAÚDE NA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS-MS (RID)

HEALTH INIQUITIES: A HU-UFGD LOOK AT HEALTH IN THE DOURADOS-MS (RID)

Naara Siqueira de Aragão

Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Dourados, MS, Brasil
naaraaragao@ufgd.edu.br

Alexandre Bergamin Vieira

Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Dourados, MS, Brasil
alexandrevieira@ufgd.edu.br

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

Keywords: Social Exclusion. Health Inequities. Dourados Indigenous Reserve

Recebido em: 07/01/2022

Aceito para publicação em: 27/01/2022.

INTRODUÇÃO

Este texto foi elaborado a partir das experiências no Hospital Universitário de Dourados–MS (HU-UFGD), onde diariamente são atendidos pacientes indígenas das aldeias, reservas e acampamentos de Dourados e região e nos quais evidenciam-se patologias resultantes das condições socioespaciais de vulnerabilidade, miséria e exclusão social às quais estão submetidas.

A Geografia se apresenta como um caminho teórico e metodológico a ser trilhado, tendo como centralidade o conceito de formação socioespacial (SANTOS, 1977), através da qual é possível observar as inúmeras e complexas relações apresentadas no espaço vivido e assim problematizá-las e compreender os seus reflexos na saúde da população indígena da Reserva Indígena de Dourados (RID).

Nesse sentido, buscaremos neste texto apresentar uma reflexão acerca das iniquidades em saúde as quais estão submetidas a população indígena excluída e moradora da RID e revelar como sua condição socioespacial lhes imputa precárias condições de saúde e são acometidas por agravos em saúde praticamente inexistentes nas cidades.

ESPAÇO E SAÚDE

Quando se discute as relações entre espaço e saúde, principalmente onde os problemas de saúde se agudizam, se busca um olhar que permita instrumentalizar o entendimento dos problemas de saúde e promover as soluções ou alternativas possíveis. Neste movimento destaca-se a importância atribuída aos novos conceitos das ciências humanas e de métodos advindos da união da epidemiologia e da geografia que possibilitam avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, orientando, desse modo, o planejamento de práticas e ações de promoção à saúde (FONSECA, 2007).

Tanto para a análise como para estratégia de ação sobre as iniquidades espaciais da saúde, devemos entender também as necessidades explicativas da concepção de determinação social da doença, visto permitir que os diferentes fatores que compõem a estrutura epidemiológica sejam analisados numa perspectiva dinâmica e histórica, estando a sua compreensão diretamente articulada à formação socioespacial e socioeconômica (COSTA e TEIXEIRA, 1999).

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

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

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

SERVIÇOS DE SAÚDE NA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS

A RID foi instituída por meio do decreto nº 401, do presidente do Estado de Mato Grosso. Em 1925, transforma-se na unidade administrativa do Serviço de Proteção aos Índios, com uma área de apenas

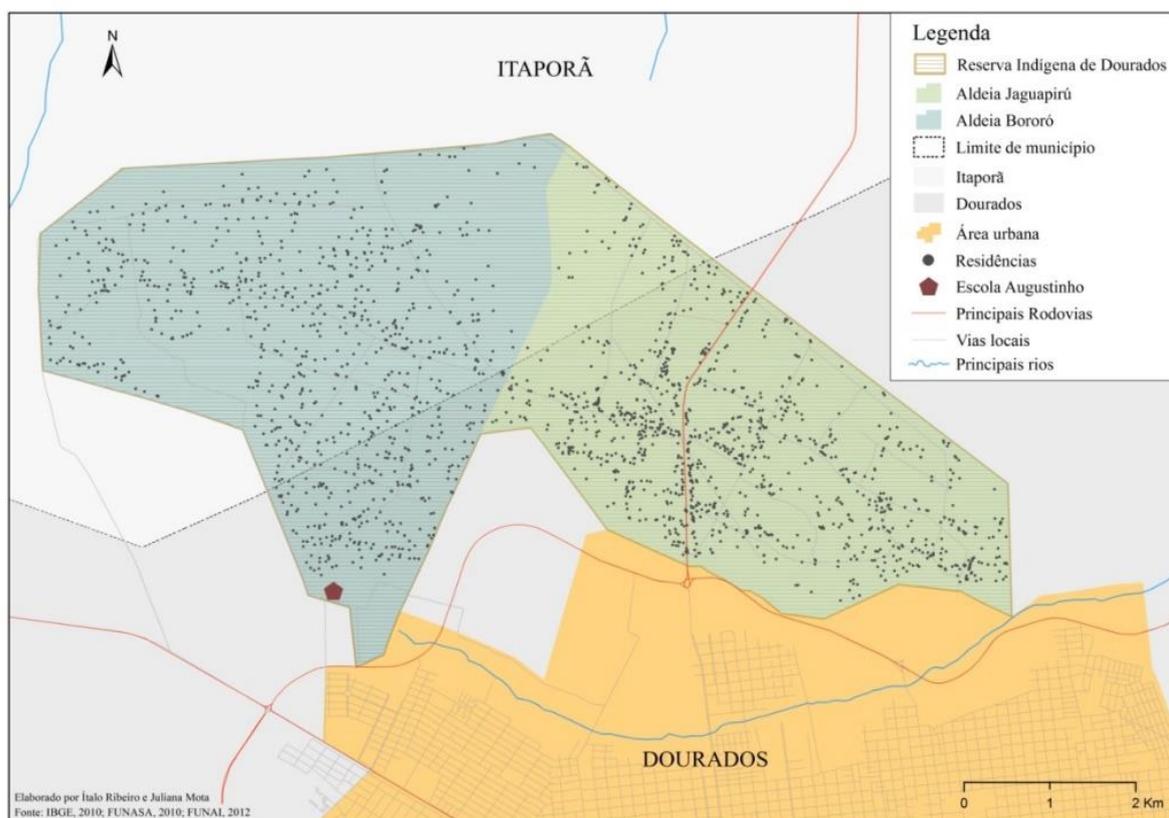
3,5 hectares. A intenção do SPI era fazer com que os índios fossem aldeados para que se tornassem produtivos e, com isso, ingressassem no processo civilizatório. Mas, nas mãos do Estado brasileiro e de seu projeto positivista de progresso, o caminho era da assimilação para civilização via processo “aculturativo”. Assim, necessitariam fazer uma “integração” que contribuísse com a mão-de-obra para o progresso da região (ALCÂNTARA, 2007).

Segundo Giroto (2007), a constituição da RID se deu por desterro e confinamento:

Desterro, quando abordamos o contexto da criação da Reserva e o aldeamento compulsório que originou a sua conformação étnica, composta, inicialmente, de três etnias – Guarani/Kaiová, Guarani/Ñandeva e Terena. Logo viriam outros habitantes, como paraguaios e “não-Indígenas”, estimulados pelo próprio “Órgão Tutor”, visando o entrosamento étnico com vistas a promover a homogeneização cultural, símbolo da retórica de um país moderno e unido por uma pretensa identidade única, o que significou, sistematicamente, a imposição de novos costumes, balizados pelo conceito de “civilização”, ocidental e capitalista (GIROTO, 2007, p.3).

Segundo Calixto e Moreno (2008) outra estratégia governamental foi a localização das aldeias. A maioria foi constituída próxima aos centros urbanos e hoje são praticamente bairros da cidade. Esse é o caso da RID (como demonstrado no Mapa 1). A malha urbana de Dourados está muito próxima aos limites da reserva, que fica cerca de 2 km da cidade, conta com uma população de aproximadamente 15.000 habitantes e abriga grupos indígenas Guarani (Ñandéva e Kaiowa) e Terena. Além de ser “integrada” à cidade, é dividida por uma rodovia (MS 156).

Mapa 1 – Reserva Indígena de Dourados²



Fonte: MOTA (2015).

² A RID é dividida em duas partes, denominadas Aldeias Bororó e Jaguapirú, sendo que a primeira apresenta as piores condições de infraestrutura e vulnerabilidade socioespacial.

As ações de saúde junto às comunidades indígenas se iniciaram através de revezamento de ações de órgãos e missões religiosas. Na RID não foi diferente. As missões religiosas foram os primeiros a prestar serviço de atendimento à saúde e, ainda hoje, possuem um papel preponderante na atuação local. Pereira (2004) referencia que a presença missionária protestante entre os Kaiowá é bastante antiga: “a Missão Evangélica Caiuá instalou-se ao lado da Reserva de Dourados em 1928, construindo hospital, orfanato, escola e mantida pelas igrejas presbiterianas (Independente e do Brasil)”. A missão Evangélica inaugurou em 1963, dentro da RID, o Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança, com 38 leitos, ampliado, posteriormente, para 50 vagas. Atende, exclusiva e gratuitamente, a população indígena, os obreiros e funcionários da missão. E no ano de 1978, inaugurou também a Unidade de Tratamento de Tuberculose, com 50 leitos (SILVA, 2011).

No total, o hospital da Missão (Foto 1) dispõe, hoje, de 74 leitos, com atendimento pelo SUS 24h por dia, sete dias da semana, serviços de apoio próprio como: ambulância, central de esterilização de materiais, farmácia, lavanderia, necrotério. Em equipamentos destaca-se: raio-x, ultrassom Doppler colorido, equipamento odontológico, berço aquecido, desfibrilador, reanimador pulmonar, respirador/ventilador.

Foto 1 – Hospital da Missão Caiuá em Dourados/MS



Fonte: Trabalho de campo (2021).

Além do Hospital da Missão, a população indígena da RID recebe atendimento em dois outros hospitais, um municipal (Hospital da Vida – HV) e o outro HU-UFGD. No HV se concentram os atendimentos de ortopedia e trauma, e no HU-UFGD as demais especialidades. Sendo assim, quando os pacientes internados no Hospital da Missão necessitam de atendimentos de média e alta complexidades são transferidos para o HU-UFGD pela regulação municipal. Ou seja, o fluxo de atendimento da população indígena da RID é diferente daqueles propostos na Pnspi, pois o polo-base é uma unidade de

coordenação, não de atendimento intermediário. Depois, por possuir uma unidade hospitalar mesmo que não dentro da RID mas que faz o atendimento desta população, mesmo que para cuidados básicos, e quando necessário atendimento especializado, o paciente é encaminhado pela regulação municipal para dois diferentes hospitais, um municipal e outro federal. Não tendo nenhum convênio ou entrada diferenciada em nenhuma destas unidades hospitalares. Ou seja, o modelo de organização proposto para saúde indígena, conforme observamos na figura 1, existe apenas no papel para a realidade douradense.

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

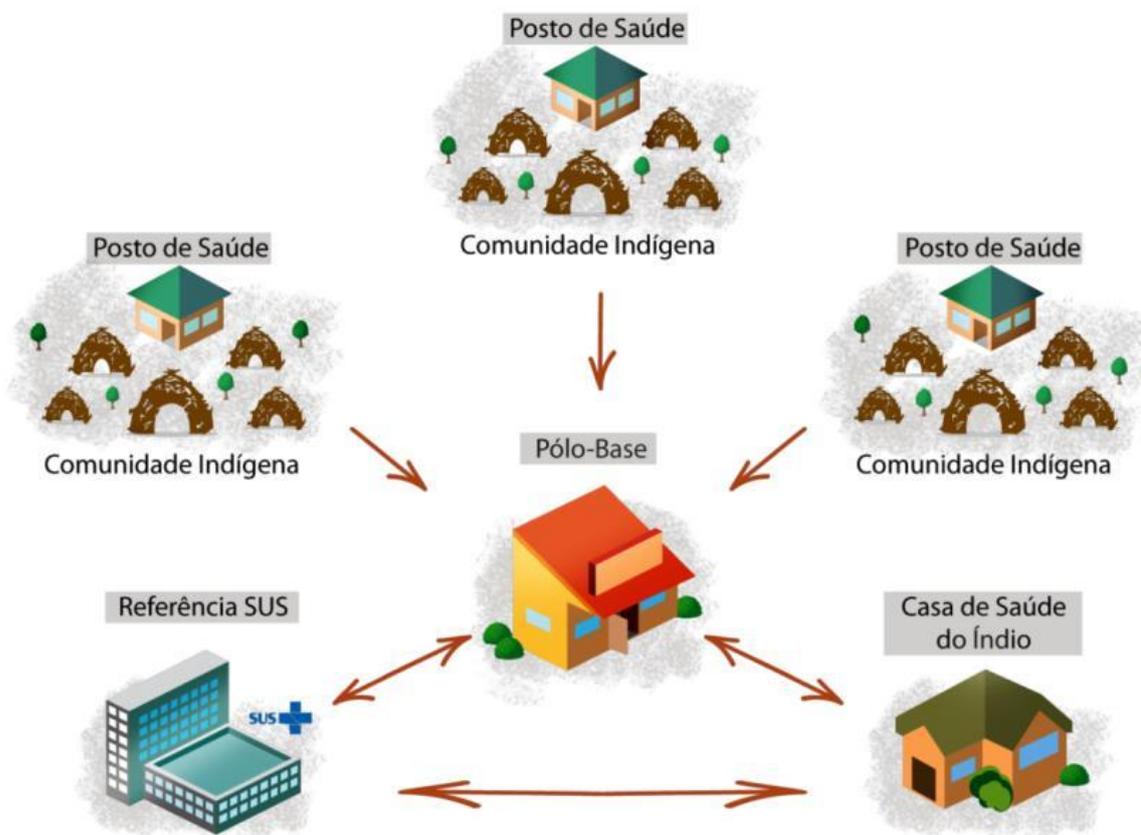
Importante ressaltar que o DSEI do Mato Grosso do Sul é o mais populoso dos 36 DSEI existentes, e o Polo-Base de Dourados o que tem a maior população (em torno de 18 mil indígenas distribuídos entre RID, áreas de retomada e aldeia Lagoa Rica/Panambi pertencentes ao município de Douradina-MS (IBGE, 2010).

Sendo que a atenção básica é realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das ações. As ações de saúde realizadas pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) incluem (FUNASA, 2002, p. 15):

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

Diante destas inúmeras atividades propostas de ações para os AIS, verifica-se na RID, que cada um dos quatro postos de saúde conta com cerca de 9 AIS, tendo assim mais de 80 famílias por agente, ficando impossível realizar todas as atividades, diante disso a equipe relata que priorizam atividades tais como pesagens, acompanhamento de gestantes e vacinação. Outra observação necessária é que as responsabilidades acima exigem um grau de instrução mínimo para desempenhá-las e, com a falta de formação continuada, os AIS não se sentem seguros, tornando as ações muito superficiais, quando não deixam de ser desempenhadas. Importante ressaltar que os números da população da RID oscilam, resultado da mobilidade entre as comunidades Guarani/Kaiowá/Terená e também pela a existência de diferentes agrupamentos comunitários que vivem nas margens de estradas e rodovias, acampados, aguardando a definição quanto a demarcação de suas terras. Segundo dados do SIASI/módulo demográfico: 58% da população é Guarani kaiowá, 21% são Guarani Nandeva, 20% são Terena e menos de 1% são indivíduos de outras etnias e não índios casados com pessoas da comunidade (SILVA, 2011).

Figura 1 – Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: FUNASA (2011).

METODOLOGIA

Os dados apresentados neste artigo são parte do estudo de caso sobre espaço e saúde indígena na RID. A pesquisa pode ser classificada como estudo de caso único e, segundo Yin (2003, pg.19), os estudos de casos se justificam quando a pesquisa se propõe a responder questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto do espaço vivido. A pesquisa desenvolvida pode ser classificada como estudo de caso único, pois procurou compreender a relação do espaço na saúde da população indígena das aldeias Bororo e Jaguapiru de Dourados-MS de uma perspectiva interna ao HU/UFGD.

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

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

Para o desenvolvimento dos objetivos do estudo, ainda no início dos trabalhos de campo, foram realizadas visitas aos órgãos competentes para apresentação do projeto e solicitação de anuência do projeto pesquisa conforme prevê a resolução nº304 de 09/08/2000, que diz respeito a pesquisas

realizadas com comunidades indígenas, onde prevê a anuência do Conselho Local de Saúde Indígena ou de Lideranças Locais para que a pesquisa se realize. Sendo assim, procurei o Presidente do Conselho Local e solicitei uma reunião com seus membros para submeter o projeto de pesquisa a qual ocorreu no dia 21/01/2016, com a presença dos conselheiros e Lideranças das Reservas Jaguapirú e Bororó para apreciação.

Foto 2 - Reunião do Conselho Local de Saúde Indígena



FONTE: Naara Aragão. 21/01/2016

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

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

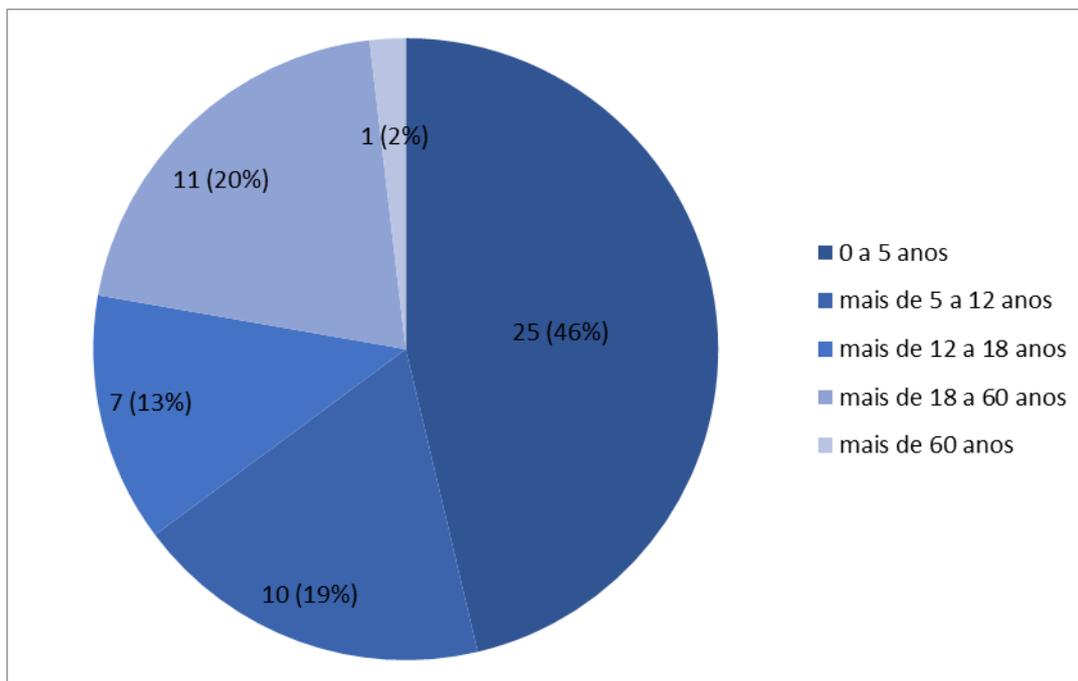
Priorizamos o relato da própria população indígena como usuária e protagonista desta relação espaço e saúde na RID, mais do que o relato ou a perspectiva de cada um sobre as questões apresentadas, a pesquisa buscou incluir em diferentes momentos, a participação desses atores. Os critérios de seleção para o estudo de caso foi entrevistar pacientes e/ou acompanhantes de pacientes que se encontravam internados no HU/UFGD, no período de Maio à Julho de 2016, sendo aplicados 54 questionários.

A maioria dos entrevistados foram mulheres acompanhantes de seus filhos internados, num total de 35 e, dos 19 homens entrevistados, 7 eram pacientes e os outros 12 acompanhantes. Isso demonstra, claramente, que a grande maioria dos pacientes internados no HU/UFGD oriundos da RID são crianças, conforme observamos no gráfico 1. Este dado também evidencia a relação espacial da doença com a

vulnerabilidade social, pois o adoecimento se dá principalmente nas primeiras fases da infância devido às más condições socioespaciais em que vivem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico 1 – HU/UFGD – idade dos pacientes internados



Fonte: Entrevistas. Org. Autor (2016).

Segundo Case e Paxson (2006), crianças mais pobres são mais propensas a ter problemas de saúde, que aumenta à medida que a criança se torna mais velha. Isso pode limitar o sucesso econômico na vida adulta, pois crianças com problemas de saúde tendem a ter mais dificuldade de aprendizado e a parar de estudar mais cedo que as crianças saudáveis.

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

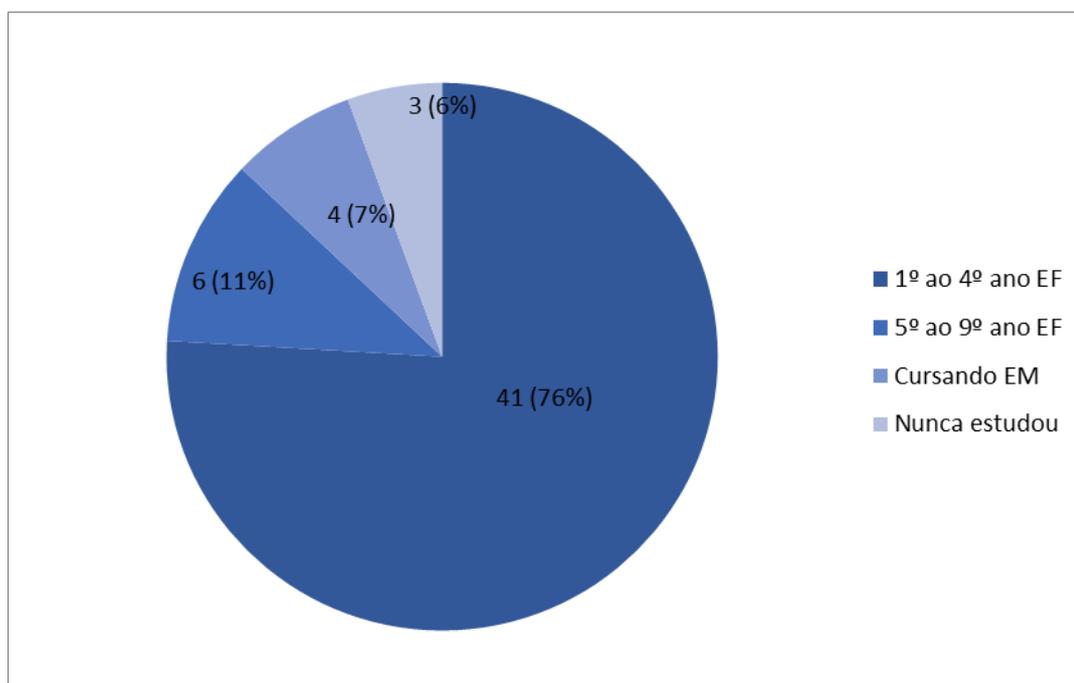
Na pesquisa de Reis e Crespo (2009) sobre o impacto da renda domiciliar na saúde infantil, os resultados mostraram que, para todas as bases de dados, independente do método de mensuração da saúde, famílias que apresentam renda domiciliar mais elevada têm, em média, criança mais saudáveis e que normalmente se recuperam melhor de choques negativos de saúde.

Um segundo indicador que revela a relação geral das condições socioespaciais e o processo saúde-doença refere-se à escolaridade dos entrevistados, conforme observado no gráfico 2. A escolaridade baixa tem uma relação direta com os determinantes sociais, que no caso da RID é um determinante do processo excludente histórico o que tem uma relação direta também com os indicadores em saúde, como aponta Santos (2012) em seu estudo sobre os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças do Brasil rural, o grau de escolaridade dos pais geralmente refletem na saúde de seus filhos. O autor analisou a associação entre a escolaridade materna e indicadores obstétricos, onde

evidências empíricas mostram que a baixa escolaridade materna está correlacionada com o baixo peso ao nascer.

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

Gráfico 2 – HU/UFMG – Escolaridade dos Entrevistados



Fonte: Entrevistas. Org. Autor (2016)

A realidade socioespacial da população da RID revela outros indicadores que condicionam o processo saúde-doença. Os moradores da aldeia Bororó se encontram longe de quase todos os serviços públicos oferecidos na RID e muito mais distantes ainda dos oferecidos no município de Dourados. Não há transporte público ou coletivo dentro da RID. A condição das estradas de terra na RID é outro problema que dificulta o deslocamento, pois grande parte da população se desloca a pé, bicicleta ou carroça, e faz com que nem as ambulâncias e carros da saúde indígena consigam ter acesso às residências ou postos de saúde quando necessário, principalmente em períodos chuvosos. Inclusive isso interfere na não entrada de serviços de emergências dentro da RID (SAMU, bombeiros). Ou seja, diante destas dificuldades para atendimento interno, imagina quantas pessoas não conseguem chegar ao hospital? Quantos ficam pelo caminho? Quantos só chegam após a piora do quadro?

Dos 54 entrevistados, 52 disseram que tinham cadastro no programa Bolsa Família e que também recebiam mensalmente a cesta de alimentos da FUNAI. Este dado confirma como todas estas famílias têm renda per capita muito baixa pois são perfis do programa Bolsa Família. Os dois entrevistados só não são cadastrados pois não tinham em sua composição familiar gestantes, nutrízes e crianças e adolescente, pois a renda familiar se enquadrava nos demais critérios.

Contribui ainda para a piora das condições de exclusão social e iniquidades em saúde a numerosa composição familiar dos entrevistados: 3 pessoas moravam com até 3 pessoas; 35 entre 4 a 6 pessoas e 16 de 7 a 10 pessoas por domicílio.

No Sistema Único de Saúde, para qualquer serviço é necessário possuir o Cartão do SUS que só é possível adquirir tendo o CPF, que para fazer precisa do registro civil. Os direitos são interdependentes, a garantia de um direito reflete sobre a observância do conjunto de direitos. Quando um deles é violado, repercute nos demais. O resultado das entrevistas confirmou a problemática entre os indígenas, mostrando que somente 12 pessoas possuem registro de Nascimento Civil, 5 possuem Registro Geral (RG), 7 Cadastro de Pessoa Física (CPF), 3 carteiras de Trabalho (CTPS) e os 52 possuíam o Registro e Nascimento Indígena (RANI), documento este que não tem valor civil nenhum.

Diante desta situação, muitos atendimentos hospitalares ficam dependentes até que a regularização da documentação ocorra, o atendimento de urgência e emergência sempre é garantido, mas os eletivos que colaboram para efetivação dos diagnósticos e tratamentos acabam sendo agendados com morosidade devido a não aceitação dos serviços conveniados de saúde, de solicitações sem documentação adequada.

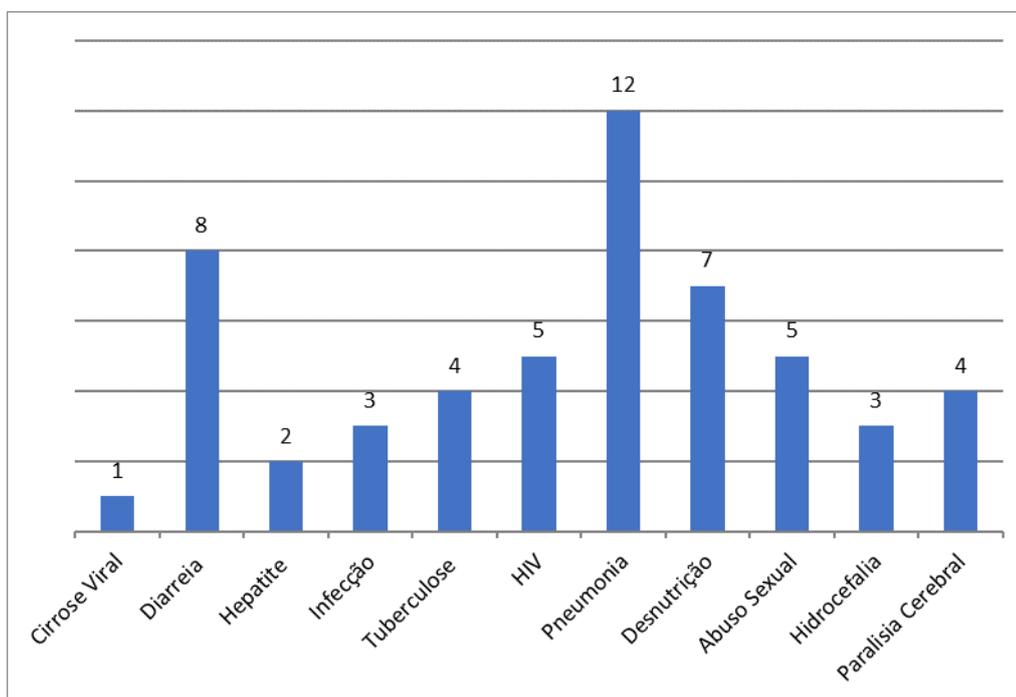
Quando questionados sobre o acesso a água observa-se outro dado alarmante: 43 afirmam faltar água diariamente em suas residências, ficando por dias sem água. Diante disso armazenam água de forma inadequada em caixas velhas, baldes, latas e até em embalagens de agrotóxicos, conforme informações dos agentes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

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

Não há coleta de lixo na RID. Os indígenas os queimam para evitar o acúmulo, provocando, diariamente, diversos focos de incêndio. Quais os reflexos disso para a saúde desta população? Um deles são os recorrentes problemas respiratórios. E sabemos que na discussão de saúde e espaço os locais com falta de saneamento básico são propícios para ocorrência de diversas patologias evitáveis.

Após a explanação de todos estes dados acima apresentados, chegamos na questão chave: quais são os reflexos da relação espacial de exclusão social no processo saúde-doença da população da RID que chegou até o hospital Universitário? Foram verificados 11 tipos diferentes de patologias (Gráfico 3): Infectocontagiosas - Cirrose Viral (1), Diarreia (8), Hepatite (2), Infecção (3), Tuberculose (4), HIV (5); Respiratórias – Pneumonia (12); Sociais – Desnutrição (7), Abuso Sexual (5); Deficiências – Hidrocefalia (3) e Paralisia Cerebral (4).

Gráfico 3 – HU/UFMG - Patologias



Fonte: Entrevistas. Org. Autor (2016).

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

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

As doenças respiratórias que mostraram-se em maior incidência tem uma relação com o clima do período da pesquisa (maio a julho de 2016), período de término de outono e começo do inverno, com maior incidência nas crianças, devido a sua situação de vulnerabilidade, refletindo no grande adoecimento por esse motivo.

Outro dado que se evidenciou foi o grande percentual de crianças indígenas nascidas com deficiência (hidrocefalia e paralisia cerebral) decorrentes do processo de iniquidade em saúde e reflexo das condições socioespaciais. A falta de nutrição adequada da mãe, antes e durante a gestação, a não realização de pré-natal adequado, número elevado de gestações, uso de álcool e drogas, falta de planejamento da gravidez, falta de medicamento hoje entendidos como essenciais para desenvolvimento neural como ácido fólico e sulfato ferroso. A falta desses medicamentos nos postos de saúde Indígena (como relatado por profissionais que ocorre com frequência) e também a utilização de medicação abortiva, pela não aceitação da gravidez, demonstram a necessidade de maior efetividade nas ações de prevenção da gravidez e planejamento familiar.

A desnutrição é outra patologia frequente e Dourados já foi reconhecido internacionalmente pelos altos indicadores de mortalidade infantil devido à desnutrição. Contudo, mesmo após mais de 10 anos de

reconhecimento desta problemática ainda são recorrentes a internação no HU/UFMG de crianças em situação de desnutrição aguda.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A reserva de Dourados vive uma realidade ímpar de todas as demais Reservas e Aldeias do Brasil”. É a afirmação de um servidor da FUNAI durante uma reunião da Rede de atendimento a crianças vítimas de violência da RID. Mas o porquê desta singularidade? Hoje, as comunidades vivem problemas como o alto índice de violência, desnutrição, suicídio, conflitos decorrentes de disputas fundiárias, assassinatos recorrentes e impunes de lideranças, além do grau extremo de violência simbólica manifestada no preconceito cotidiano.

Procuramos no texto fazer a leitura do espaço da RID e refletir nos processos de saúde-doença. Afinal quando entendemos que saúde é determinada por diferentes condicionalidades não podemos deixar de considerar esta pluralidade. Sendo assim, quando se propõe discutir saúde na RID destacamos que a discussão perpassa primeiramente pela discussão do direito à terra, ou seja, a urgente e necessária demarcação das terras indígenas, justamente para garantir a reprodução sociocultural dos mesmos, afinal diante de um confinamento e uma retirada de direito de tal dimensão como falar em promoção de saúde? Ou, ainda, em diminuição das iniquidades em saúde?

Neste sentido, apresentamos no artigo os fundamentos que colocam o espaço como uma categoria de análise privilegiada para a investigação do processo saúde-doença nas populações indígenas. Entendendo que o espaço porta uma história ecológica, biológica, econômica, comportamental, cultural, política e social, necessariamente nos orienta ao conhecimento do processo saúde-doença.

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

Tal situação pode ser atribuída a uma série de fatores, tais como: elevada rotatividade e descontinuidade da presença de profissionais de saúde; elevada complexidade e diversidade para a organização dos serviços de saúde indígena no nível local; articulação insuficiente com os outros níveis de atenção do SUS (rede de referência e contra-referência); irregularidade e falhas na notificação de eventos vitais; condições sanitárias inadequadas nas aldeias, reservas e terras indígenas; insegurança alimentar e questões ligadas à não-demarcação das terras.

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

CALIXTO, M. J, M and MORENO. B.B. **A Fronteira entre as antigas e as novas relações: uma reflexão sobre as novas formas de uso do espaço na reserva indígena de Dourados-MS**. Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas – MS – Nº 7 – ano 5, Maio de 2008.

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

- CASE, A.; LUBOTSKY, D.; PAXSON, C. **Economic status and health in childhood: the origins of the gradient.** *The American Economic Review*, v. 92, n. 5, p. 1308-1334. 2002. Disponível em: < <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1042211.pdf>> Acesso em: 20/07/2016.
<https://doi.org/10.1257/000282802762024520>
- CASE, A.; PAXSON, C. **Children's Health and Social Mobility. The Future of Children.** v. 16, n. 2, p. 151-172. 2006. Disponível em: < http://www.jstor.org/stable/3083252?seq=1#page_scan_tab_contents> Acesso em: 20/07/2016.
<https://doi.org/10.1353/foc.2006.0014>
- COSTA, M.C.N.; TEIXEIRA, M.G.L.C. **A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.2, pp. 271-279. ISSN 1678-4464.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200012>
- FERREIRA, M.U. **Epidemiologia e Geografia: o complexo patogênico de Max Sorre.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 301-309, 1991. FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000300002>
- FONSECA, A. F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- GIROTTO, R.L. **O serviço de Proteção aos índios e o estabelecimento de uma política indigenista republicana junto aos índios da reserva de Dourados e Panambizinho na área da educação escolar (1929 a 1968).** Disponível em: <http://www.athena.bibliotecaunesp.br/exlibris/bd/bas/33004048018P5/2007/girotto_rl_dr_assis.pdf>. Acesso dia 15/10/2014
- GUIMARÃES, R. B. **Os complexos técnico-patogênicos e a pobreza urbana.** In: IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA URBANA, 2005. Disponível em: <<http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/textos%20digitais/complexos%20tecnopatog%EAnicos%20informativos%20e%20a%20pobreza%20urbana.pdf>>. Acesso em: 10/05/2015.
- LIMA, S. C. **A construção de cidades saudáveis a partir de estratégias de promoção de saúde.** Apud: Construindo cidades saudáveis/ Samuel do Carmo Lima; Eduarda Marques da Costa (Organizadores). Uberlândia(MG): Assis Editora, 2013.
- MOTA, J. G. B. 2011. **Territórios e territorialidades Guarani e Kaiowa: da territorialização precária na Reserva Indígena de Dourados à multiterritorialidade.** (Mestrado em Geografia) - UFGD, Dourados.
- _____. **Territórios, multiterritorialidades e memórias dos povos Guarani e Kaiowá: diferenças geográficas e as lutas pela Des-colonização na Reserva Indígena e nos acampamentos-tekooha - Dourados/MS.** Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2015.
- REIS, M.; CRESPO, A. **O Impacto da Renda Domiciliar sobre a Saúde Infantil no Brasil.** Rio de Janeiro: IPEA. Textoparadiscussão, n. 1397, 2009.
- SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira.** São Paulo: Hucitec; 1993
- SANTOS, M. Sociedade e Espaço: A Formação Social como Teoria e como Método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n.54, p.81-100, jun. 1977.
- SANTOS, B. **Estado nutricional, condições de vida e avaliação parasitológica da população indígena Xukuru-Kariri, Caldas, Minas Gerais – 2012.** Disponível em: < file:///C:/Users/cliente/Downloads/DISSERTA%C3%87%C3%83O_EstadoNutricionalCondi%C3%A7%C3%B5es.PDF>. Acesso em: 20/07/2016.
- VAZ, A, M, G. **Exclusão Social: Novos e velhos dilemas.** *Emancipação*, 2(1): 105-127, 2002. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5212/emancipação.v2i1.32> > Acesso em: 20/03/2016.

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

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