



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GABRIEL VALAGNI

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS
RELACIONADAS AO SANEAMENTO NA ALDEIA BORORÓ, TERRITÓRIO POLÍTICO-
ADMINISTRATIVO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO
DO SUL

SÃO PAULO
2021

GABRIEL VALAGNI

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS
RELACIONADAS AO SANEAMENTO NA ALDEIA BORORÓ, TERRITÓRIO POLÍTICO-
ADMINISTRATIVO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO
DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena
da Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do título de Especialista em Saúde
Indígena

Orientação: ANABELE PIRES SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O território-recorte da aldeia Bororó, mais especificamente a macro-área da Equipe Ireno Isnard é uma divisão organizacional de saúde do Polo Base de Dourados e compreende o fluxo de assistência fornecido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI MS) com sua contribuição político-administrativa. A extensão do território estudado é de aproximadamente 1.200 hectares, abrange 3.319 indígenas e impõe um processo de transformação sociocultural às etnias Guaraní e Kaiowá devido à sua intensa aproximação com o centro urbano de Dourados, compreendendo um território de complexidade cultural, social, política e econômica. Tal aproximação, no entanto, não foi suficiente para fornecer uma estrutura igualitária de rede de saneamento, esgotamento e higiene ambiental tal qual se encontra na cidade, demonstrando as desigualdades sociais e iniquidades às quais esses povos indígenas são impostos. A alta incidência e prevalência de doenças infecciosas, parasitárias, tóxico-cutâneas, além de desidratação, zoonoses e potencialização de agravos oriundos da desnutrição, são consequências dessa falta de acesso à água limpa e potável e da falta de uma rede de esgotamento, expondo os moradores desse território aos mais diversos patógenos e toxinas oriundas do ambiente. Para ilustrar essa situação-problema, foram levantados alguns indicadores de saúde para comparação, dentre eles o Coeficiente de Mortalidade Geral, o Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes perinatal e pós-neonatal. Apesar da viés de análise, devido ao tamanho populacional de comparação, a mortalidades dos moradores do recorte territorial da Bororó calculada por causas específicas, demonstrou alta incidência por doenças infecciosas e parasitárias (38,5%), seguida de morte perinatal e neonatal (30,7%), sendo maior do que as causas externas (homicídios, acidentes, suicídio). O serviço de distribuição de água e o esgotamento são precários, não padronizados e possuem, ainda, uma estruturação frágil. Dados do IBGE em 2010 apontaram que neste ano mais de 76,6% da população indígena não possuía rede de abastecimento de água e ainda hoje, essa realidade pouco foi alterada pois as obras ainda permanecem atrasadas. Essa complexa situação-problema, seu processo saúde-doença do território e as disparidades sociais adjuntas me levou à reflexão para a criação de uma rede explicativa e de um plano de soluções, pautadas no conceito de Clínica Ampliada, promoção, prevenção e territorialização da saúde. As soluções foram construídas em conjunto com a comunidade, agentes indígenas de saúde e agentes de saneamento indígenas de saúde buscando um itinerário terapêutico. Propostas como desenho esquemático e mapeado do território, construção de poços artesianos e setorização da rede hidráulica foram levantadas nas ações educativas deste trabalho. Sendo assim, o médico foi capaz de articular junto à sua comunidade, estratégias de transformação do processo saúde-doença do território, proporcionando a esses indígenas a posição de atores no processo de construção de saúde do território.

Palavras-chave:

Saúde Pública. Doenças Transmissíveis. Assistência Integral à Saúde. Vulnerabilidade. Vigilância Sanitária Ambiental

APRESENTAÇÃO

A população indígena sempre esteve presente no meu cotidiano, quando os via andando de carroça pelas ruas e avenidas da cidade. Tenho recordações da infância de uma senhora indígena vendendo mandioca para cozinarmos no almoço. Outra memória, não muito frequente, de pequenos índios pedindo água e pão velho para comer com seus irmãos. Sou morador de Dourados, interior de Mato Grosso do Sul, e tal convívio intenso se deve ao fato do município concentrar a maior reserva indígena urbana do país, a Reserva Indígena de Dourados.

Foi durante a minha graduação em Medicina, realizado na Universidade Federal da Grande Dourados, que tive minhas primeiras experiências profissionais e científicas com a comunidade indígena, em 2012. As experiências foram por meio de projeto de pesquisa e extensão PET-Saúde da universidade, sobre tuberculose, em parceria com a Fiocruz. Dentre as atividades realizadas no projeto, estava a avaliação de casos e controles na Reserva, tendo oportunidade de conhecer o território que futuramente trabalharia. Lembro-me da impactante percepção das condições habitacionais e sanitárias da Reserva naquela época.

Em dezembro de 2018, após minha formação, iniciei minhas atividades como profissional médico no Polo Base de Dourados, rede organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, através do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB). Pronto para colaborar com o conhecimento científico e social adquirido durante meus anos de formação acadêmica, encontrei uma população humilde e acolhedora na aldeia Bororó, porém carente de problemas de saúde física, mental, social e sanitária. Com a formação baseada em assitir ao indivíduo de forma holística e integrativa, me deparei com situações que não demandariam apenas de procedimentos e prescrições médicas, mas principalmente da atuação das equipes multidisciplinares. Com isso, percebi a importância das visitas domiciliares com toda a equipe de saúde, para haver maior contato com o indígena e seu ambiente de convívio, sua cultura, rotina, meios de subsistência e saúde. Assim, pude perceber ao longo do ano que um dos maiores problemas inerentes ao território é a precariedade do saneamento básico e condições adequadas de distribuição de água, acarretando várias doenças infecto-parasitárias, diarreias, dermatofitoses, entre outros. Essa percepção carece de um planejamento estratégico de distribuição de água e estrutura de sanitário. Tal percepção da situação-problema do território deu-se através do contato entre o profissional médico com a equipe multidisciplinar e baseia-se não somente na intervenção científica, mas na aproximação sócio-cultural e integrativa do território da aldeia Bororó.

Figura 1 - Recorte do trabalho como médico em campo na aldeia Bororó, 2019



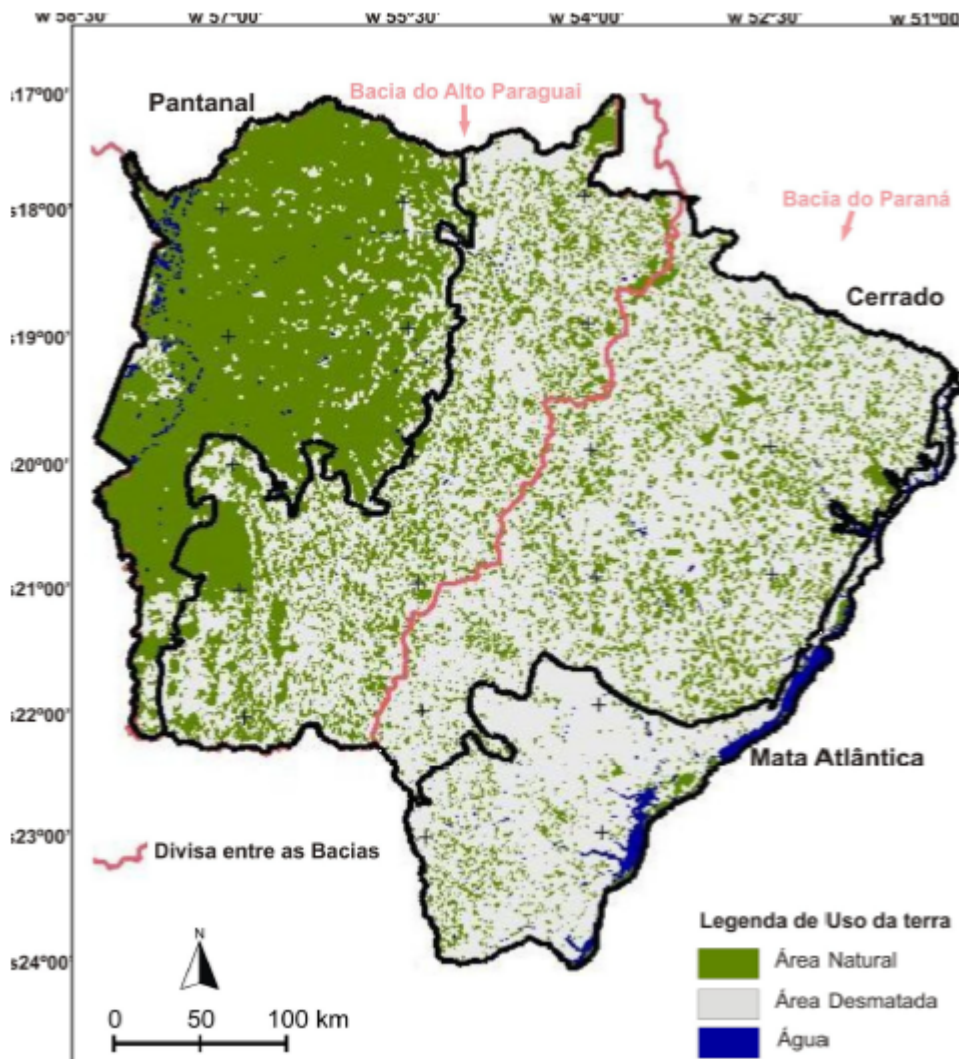
Fonte: Acervo pessoal

são particulares a cada uma, ainda que possam conviver entre si e manter relações parentais próximas. Cada uma dessas populações têm sua história e organização social específica, no entanto, mantém intensa comunicação entre si, motivadas por articulações políticas e luta por direitos indígenas.

As atividades econômicas das populações indígenas incluem principalmente o artesanato e a pesca. Na Reserva indígena de Dourados, no entanto, devido à proximidade com a cidade e a escassez de rios e florestas para atividades voltadas do extrativismo, alguns indígenas optam pelo plantio de soja e milho durante o ano, além de oferecerem mão-de-obra para a usina e indústria alimentícia (CAVALCANTE et. al, 2019). No setor público alguns indígenas oferecem mão-de-obra para operacionalizar o Subsistema de Saúde Indígena em área, tais como agentes de saúde indígena (AIS), agentes de saneamento indígenas (AISAN), técnicos de enfermagem, enfermeiros e dentistas. Ainda, nos setores da educação tais como professores e diretores de escola e na política como vereadores e servidores municipais.

A área total é inserida em três grandes vegetações, sendo eles o cerrado que ocupa a maior área do Distrito, as Planícies Pantaneiras à noroeste e a Mata Atlântica ao sul. Devido ao agronegócio que impulsiona a economia do estado, com a produção de sementes de soja, pastagens para pecuária e, principalmente, o crescimento da indústria sucroalcooleira, constatou-se áreas de desmatamento da vegetação nativa e invasão e barramento de nascentes. Este cenário alterou o ciclo hidrológico e clima da região. Somado a isto, o uso de agrotóxicos e poluentes têm contribuído para a contaminação em massa de córregos e rios, de acordo com SILVA et al., 2010. O ciclo climático da região também sofreu alteração nos últimos anos, sendo originalmente tropical semi-úmido com verões chuvosos e invernos secos. A emissão massiva de poluição vem afetando em variados graus a saúde e o território da população indígena que, somado a baixa assistência sanitária e deficitário sistema de distribuição de água, padecem de doenças tanto infecciosas quanto tóxico-alérgicas.

Figura 3 - Área natural, desmatada, rios e bacias do estado de Mato Grosso do Sul em 2010



Fonte: Embrapa, 2010

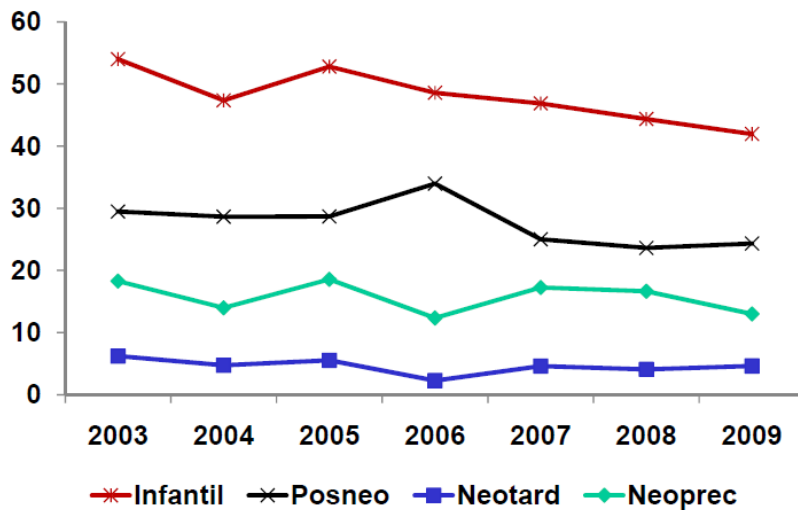
O mapa acima, de acordo com SILVA et al., 2010, demonstra uma extensa área de desmatamento nas regiões do cone-sul do estado e mais ao norte, onde se encontra grande parte do Distrito Sanitário Especial Indígena, conforme descrito no início deste capítulo. Tal situação informa que a exploração dos recursos naturais pela crescente indústria do agronegócio e energética, contribui não só para a perda de identidade cultural dos indígenas viventes na área, pautada na caça, pesca e extrativismo, como limita os recursos dos rios e das nascentes para sobrevivência e higiene pessoal.

As alterações nos ciclos hidrológicos já descritos somados à poluição dos cursos existentes tornam o acesso à água potável algo limitado e prejudicial. Por isso, as aldeias necessitam de uma rede de distribuição hídrica estruturada e bem articulada para atender às demandas sanitárias e condições de saúde de toda a população.

Os índices de mortalidade pós-neonatal, que compromete a taxa de mortalidade infantil, está relacionada aos fatores socioeconômicos e condições de saneamento, segundo FERRARI e BERTOLOZZI (2012). Sendo assim, as causas de mortes por doenças infecto-parasitárias e diarreias agudas demonstram a necessidade de maior acesso à água potável

nas aldeias. A ampliação do acesso a água potável pode contribuir para diminuir o cenário atual de mortes por doenças infecto-parasitárias e diarreias agudas. A figura 4, apresenta os coeficientes de mortalidade infantil no território do DSEI/MS.

Figura 4 - Coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal) entre os períodos de 2003 à 2009



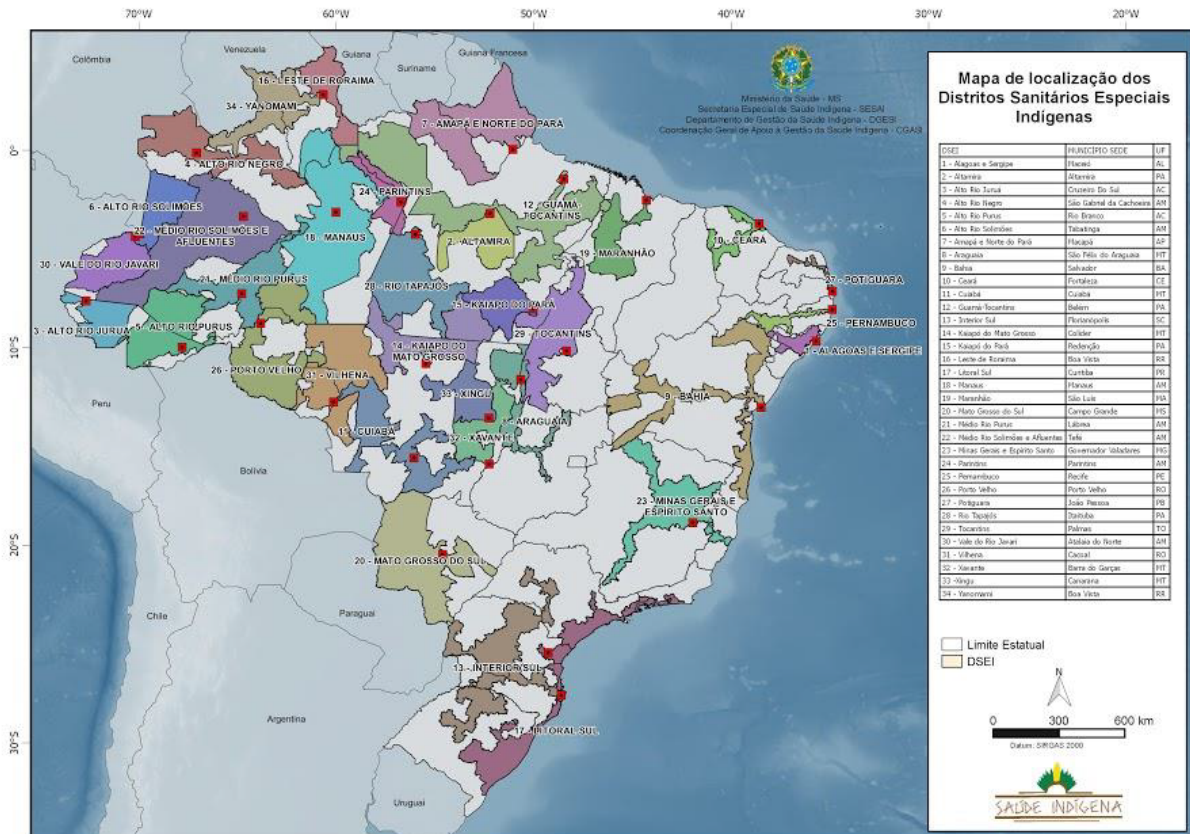
Fonte: DSEI/DESAI/FUNASA

CAPÍTULO 2 - ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DSEI

Santos *et al.* (2008) relata que em meados do século XX o governo brasileiro ofertou cobertura à saúde para população indígena através do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Este serviço baseava em um sistema de saúde voltado para prevenção de doenças endêmicas. Com a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, o modelo de atenção se deu através das Equipes Volantes de Saúde (EVS), sendo de alto custo e pouco eficiente na prestação dos serviços.

Em 1986, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e com a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, discutiu-se políticas públicas para atender à população indígena, com especificidade através da criação de um Subsistema coordenado pelo Ministério da Saúde (MS). Assim, com a promulgação da Lei Nº 9836 em 1999, conhecida como "Lei Arouca", foi estabelecido o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (SASISUS), cabendo à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade por compreender os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os DSEIs se estabeleceram como a unidade organizacional da saúde indígena em nível nacional, cuja área de atuação não se restringia aos limites das unidades de federação, mas à localização geográfica dos povos indígenas, segundo ilustra a figura 5. Posteriormente, em 2010, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) assumiu a responsabilidade pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, garantindo aos DSEIs a autonomia de gestão administrativa (SCHEIDECKER, 2012).

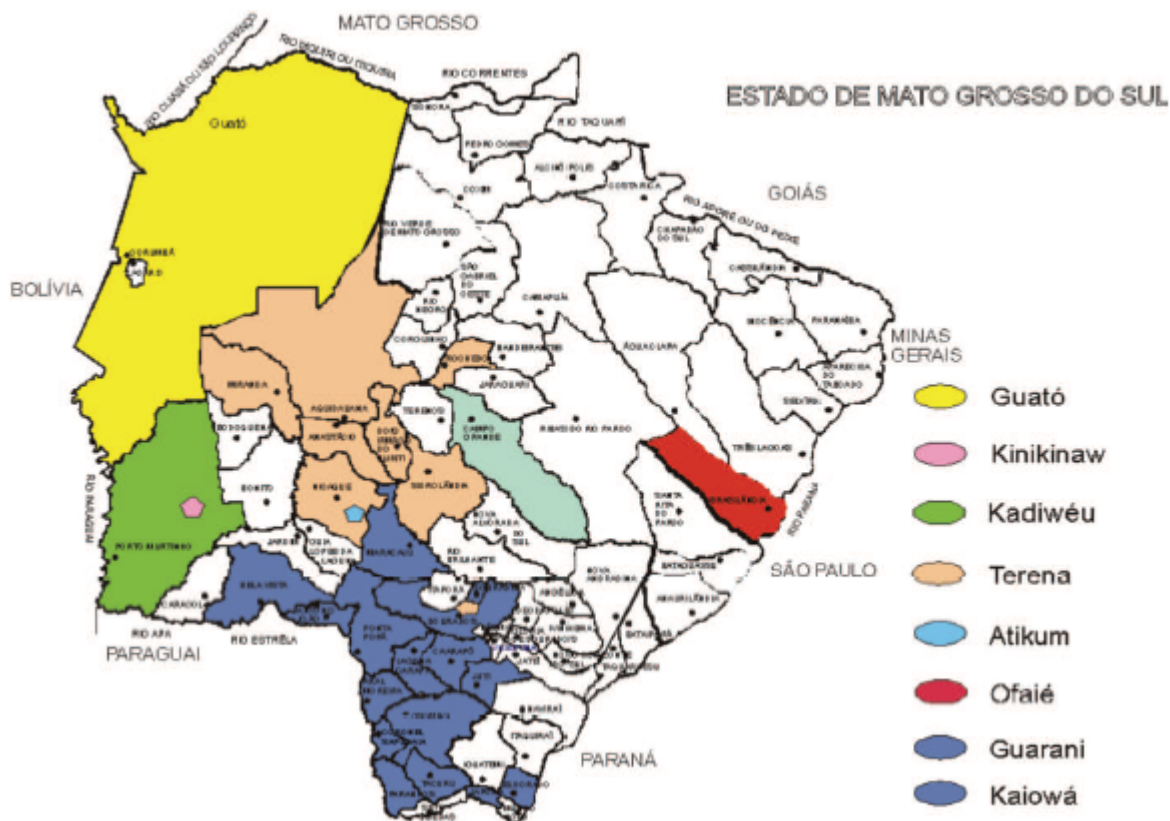
Figura 5 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



Fonte: DGESI/SESAI, 2017

Diferente da maioria dos DSEI no Brasil, a área de atuação do DSEI Mato Grosso do Sul (MS) se limita à área do estado de federação. O DSEI MS consiste em uma unidade gestora autônoma da SESA. A área de atuação do DSEI MS corresponde ao estado Mato Grosso do Sul. O Distrito é composto por 15 Polos Base, que são unidades descentralizadas administrativas que cobrem um conjunto de aldeias. As equipes dos Polos Base são responsáveis pela organização do atendimento e pela articulação com os serviços de saúde de outras complexidades nos municípios onde vivem populações indígenas. A rede de atendimento do DSEI MS abrange 129 municípios do estado, estende 8 etnias distribuídas em 75 aldeias indígenas, conforme ilustrado na Figura 6.

Figura 6 - Mapa de distribuição da população indígena por etnia, estado Mato Grosso do Sul, Brasil



Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010

A organização dos serviços de saúde no DSEI MS está de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI, 2002, e se inicia através dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), responsáveis pelas ações de atenção primária nas micro-áreas das aldeias e pelos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), responsáveis pelo saneamento e rede de distribuição de água. Os AIS têm como referência e apoio para suas atuações, os Postos de Saúde que contam com a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). A EMSI é composta por: médico; enfermeiro; odontólogo; nutricionista; psicólogo; e assistente social. Existem atualmente no DSEI MS 33 EMSI e 30 Postos de Saúde, de acordo com o último relatório da SESAI (2017). Além disso, o DSEI MS conta com três Casas de Apoio Indígena (CASAI) localizadas em: Campo Grande, Dourados e Amambai. As CASAI são unidades responsáveis em abrigar os usuários encaminhados para as demais complexidades referenciadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 7- Estrutura organizacional e assistencial à saúde do Distrito Sanitário Indígena do Mato Grosso do Sul, Brasil

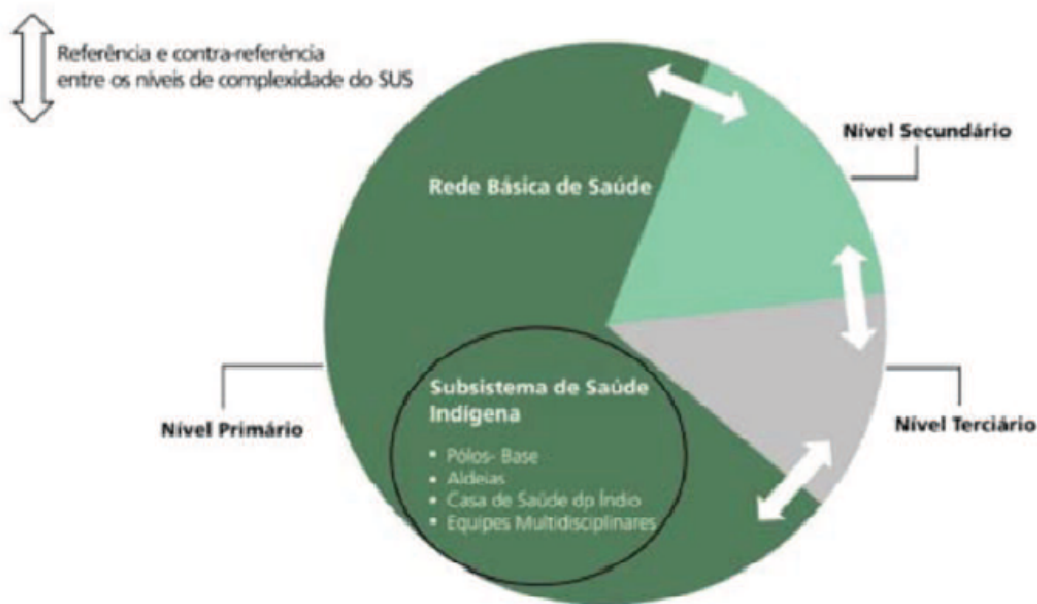


FONTE: SESA/MS, 2017

Segundo a gestão do Distrito Sanitário, as demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos Polos Base são referenciadas para a rede de serviços do SUS em nível local ou regional. Os serviços referenciados de mais altas complexidades contam principalmente com os municípios de Campo Grande, capital que agrega as aldeias ao norte do DSEI, e Dourados, polo agroindustrial que abraça as aldeias do cone-sul do estado. Em Campo Grande, o Hospital Regional Rosa Pedrossian, a Santa Casa e o Hospital Universitário da UFMS constituem os principais pontos de encaminhamentos para serviços de atenção secundária com ambulatório de especialidades e também terciária, com serviços de internação hospitalar e unidades de terapia intensiva. Quanto ao município de Dourados, a atenção secundária é referenciada pelo PAM, serviço de consultas de especialidades, e pelos ambulatórios do Hospital Universitário da UFGD, que também agrega serviços de complexidade terciária junto ao Hospital Indígena Porta da Esperança e Hospital da Vida. Juntos, formam a rede hierarquizada de atenção integrada do Subsistema de Saúde Indígena do DSEI MS.

Figura 8 - Fluxo de referência e contrarreferência que demonstra a atenção integrada e hierarquizada entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde, Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



FONTE: SANTOS et al., 2008

O DSEI MS também orienta e supervisiona áreas programáticas de saúde voltadas às populações indígenas, dentre elas o Programa de Imunização, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa de Saúde da Criança, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena, Programa de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas, Programa de Saúde Bucal e o Programa de Saúde Mental. Os dados são sistematizados através do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que obtém as informações demográficas e morbidades para orientar planos de ação em saúde discutidos em reuniões trimestrais com todos os EMSIs.

Paralelo aos serviços de saúde há o funcionamento das estruturas de Controle Social, organizada para intervir nas políticas públicas, fazendo jus ao princípio de participação social do SUS. As reuniões de controle social no âmbito da Saúde Indígena acontecem através dos espaços formais e informais. Dos informais, há movimentos sociais e manifestações organizados pelas lideranças indígenas, que são atores sociais permanentemente envolvidos na saúde. Já nos espaços formais, o controle social mais importante se deve ao Conselho Distrital Indígena (CONDISI) pois é responsável pela aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena e pela avaliação da aplicação dos recursos financeiros. As reuniões do CONDISI, que ocorriam a cada 3 meses (atualmente com menos frequência devido à fatores políticos), tem caráter deliberativo e consultivo e é formado por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores. Outro controle social de espaço formal, mas de atuação locorregional em cada um dos 15 Polos Base, se refere ao Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), formados por representantes escolhidos pelas comunidades. O CLSI tem caráter consultivo, identificam as necessidades de saúde local e elegem, dentre eles, um representante para atuar no CONDISI.

Figura 9 - Conselho Local de Saúde Indígena do Polo de Dourados em dia de eleição dos novos representantes do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul



FONTE: Polo de Dourados/ DSEI-MS, 2019

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

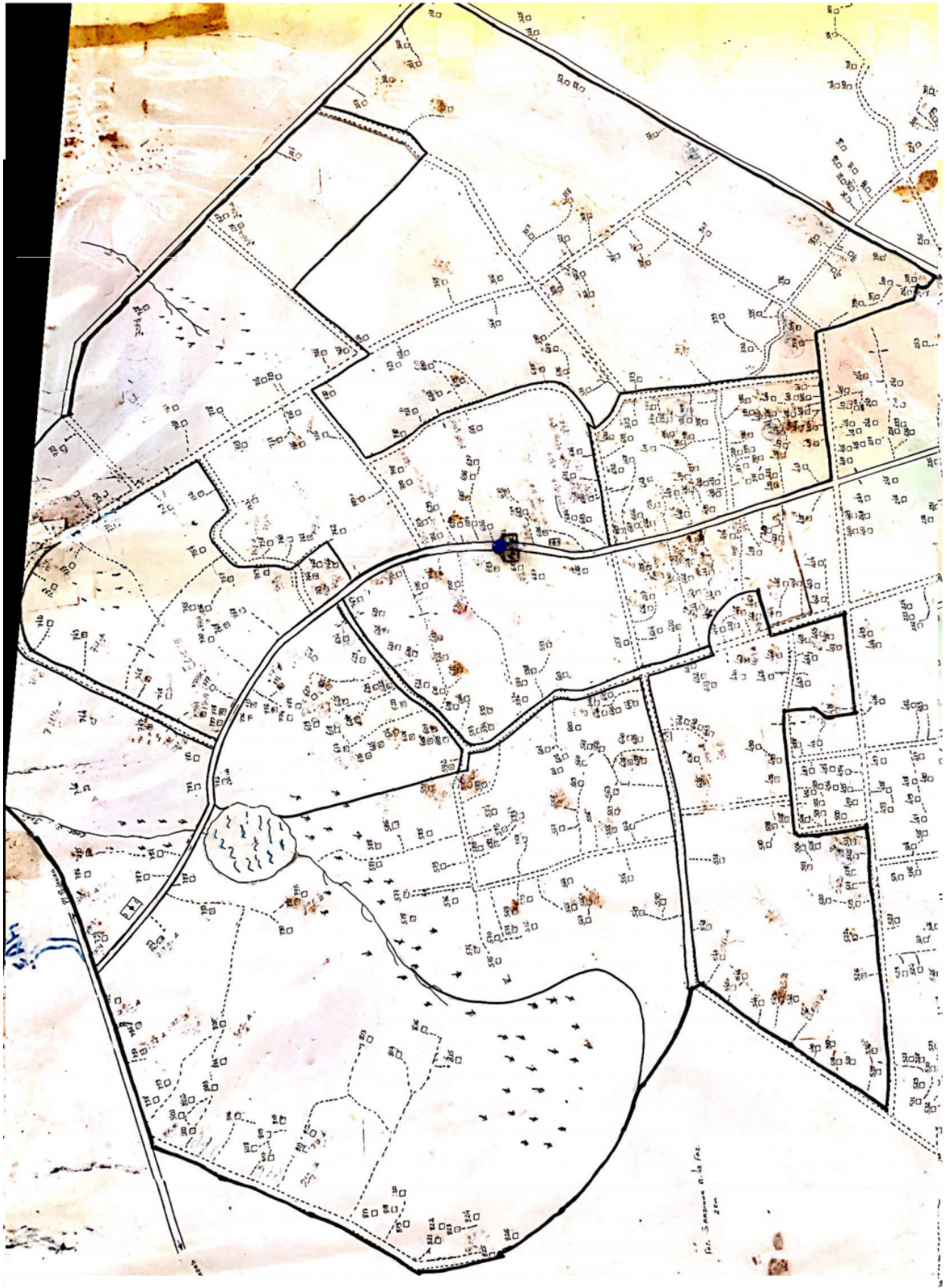
Segundo os últimos dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), a aldeia Bororó localizada na reserva indígena de Dourados-MS, consta com 7326 habitantes indígenas de etnias Guarani, Kaiowa e Guarani-Kaiowa. A extensão do território é de aproximadamente 2000 hectares e é o local que venho desempenhando minha assistência médica desde dezembro de 2018.

Logo no início do meu trabalho, durante os primeiros contatos com os indígenas, pude perceber através de consultas nos postos de saúde Bororo I (Ireno Isnard) e Bororo II (Zelik Trajber), um alto índice de doenças infecto-contagiosas que envolvem hábitos de higiene e o acesso ao saneamento básico. Dentre elas, as diarreias agudas e subagudas, parasitoses intestinais, infecções de pele (impetigo) e doenças tóxico-cutâneas. Somado a isto, muitas das queixas dos pacientes, tanto em consultório, quanto em visitas domiciliares, envolviam a falta de água saneada, dificuldade ao acesso hídrico e utilização de fontes naturais não-tratadas como córregos e lagoas mais próximas.

De acordo com o mapa esquematizado na Figura 9 e com os últimos dados do SIASI, o recorte do território da aldeia Bororó deste estudo consta com aproximadamente 3319 habitantes numa área que compreende aproximadamente 1200 hectares. A escolha se baseia no maior contato que venho tendo desde o início do meu trabalho na reserva de Dourados e do conhecimento mais acurado do território por conta das visitas médicas domiciliares junto com a equipe multidisciplinar da unidade de saúde Ireno Isnard (Bororo I).

A seguir, um recorte do mapa local realizado em parceria com os agentes de saúde indígena (AIS) e os agentes sanitários de saúde indígena (AISAN).

Figura 10 - Esquema mapeado do recorte do território de estudo da aldeia Bororó (macro-área Bororó 1) na reserva indígena de Dourados-MS



Fonte: Posto de Saúde Ireno Isnard/Polo Base de Dourados-MS/DSEI, 2020

O estudo do território demonstra apenas uma fonte natural de água não-tratada: uma lagoa, que pode ser observado no esquema da Figura 9. Essa fonte fornece água para grande parte da população, sendo o local onde os indígenas do território procuram para abastecimento de suas casas, higiene pessoal, recreação e até pesca. Devido a esses costumes e sem tratamento, se torna uma fonte potencialmente contaminada e transmissível de infecções infecto-parasitárias e bacterianas (intestinais e cutâneas) e tóxico-alérgicas para todas as faixas etárias, sendo mais prevalente em crianças. FERRARI e BERTOLOZZI (2012) demonstram que o índice de mortalidade pós-neonatal está intimamente relacionada com o acesso à água tratada e a necessidade de saneamento básico, o que torna necessário uma ampliação do acesso à água tratada neste território.

Não obstante, a região compreende áreas agrícolas em seu entorno que terminam por contaminar com agrotóxicos os córregos e as lagoas de toda reserva de Dourados. A pecuária também tem o seu papel no problema, impactando o solo e alterando o ciclo natural hidrológico de córregos e rios, segundo SILVA et al., 2010.

CAPÍTULO 4 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

A macro-área de atuação do meu trabalho como médico na aldeia Bororó I conta com aproximadamente 3319 habitantes e uma extensão de 1200 hectares, que abrigam várias famílias em um número aproximado de 450 casas, de acordo com os últimos dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Neste recorte de território, moram indígenas da etnia Guarani e Kaiowá, que dividem o território com os Terena de maneira pacífica com a aldeia mais próxima, Jaguapirú.

O povo Guarani é o mais numeroso do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, conforme demonstrado anteriormente neste trabalho. Por conta disso, ocupam a maior parte dos territórios demarcados do estado. Com a instalação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados, no início do século XX, os indígenas foram impostamente transferidos para espaços menores do que os demarcados pelo Serviço de Proteção ao Índio (Mota, 2015). Em meados de 1980, os Kaiowá e os Guarani se mobilizaram para a ampliação de seu território, o que acontece até hoje nas áreas denominadas de "retomada". Sendo assim, o povo Guarani hoje vivem num território de aproximadamente 2000 hectares, denominado aldeia Bororó, com aproximadamente 7236 indígenas, já relatado no capítulo anterior.

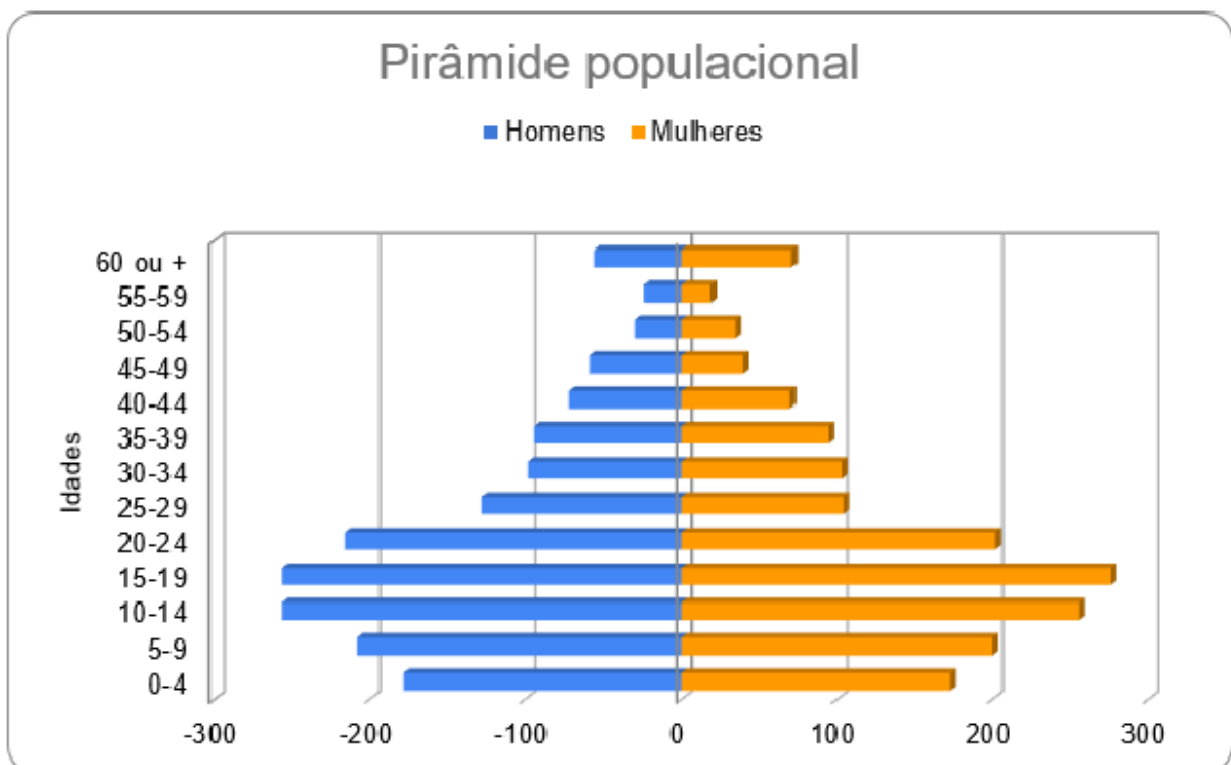
O Guarani contemporâneo é dividido em subgrupos, e no estado vivem os Kaiowá e os Nandeva, sendo que apenas este último se autodenomina Guarani e falam a língua materna Guarani, do tronco linguístico do Tupi-Guarani (Brand 1997). No entanto, com a aproximação intensa do não-indígena e na relação ambiental tão próxima com a cidade de Dourados, muitos indígenas da etnia Guarani vêm sofrendo transformações de seus costumes tradicionais. Fato que se tornou mais intenso com os seus vizinhos da aldeia Jaguapirú, os Terena, que raramente conhecem a sua língua materna e que sobrevive na voz de alguns idosos. O confinamento a que foram submetidos têm reflexo no seu cotidiano e organização socio-cultural, com um amplo processo de perda de identidade histórica de algumas famílias (Mota, 2015). Somado a esse processo dinâmico de transformação sociocultural, as práticas tradicionais como pajelança ficou limitada a alguns poucos indígenas anciãos e a espiritualidade dessa cultura foi substituída por uma vasta quantidade de igrejas evangélicas de várias denominações cultuadas pela maioria dos indígenas (Gonçalves, 2011). No entanto, algumas práticas tradicionais sobrevivem com algumas parteiras, doulas e raizeiros.

Além da transformação cultural na qual esses indígenas vivenciaram, suas atividades econômicas pouca relação tem com o solo, estando limitado a pequenos agricultores de subsistência. A este fato se deve ao processo de imposição de terras demarcadas a essas populações delimitadas em um pequeno espaço, conseqüente ao desenvolvimento da indústria do agronegócio no município no decorrer dos anos. Com isso, muitos indígenas Guarani e Kaiowá substituíram suas atividades históricas (pesca, extrativismo e agricultura) por mão-de-obra no comércio, indústria e usinas dos arredores da cidade (Cavalcante, 2019).

CAPÍTULO 5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Desde 1999, o Distrito Sanitário Especial Indígena vem registrando e sistematizando dados demográficos e sobre a condição de saúde da população indígena com a implantação do Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Também, em relação ao Polo Base Dourados, mais especificamente o território recorte Aldeia Bororó, em que atuo, tais dados estão sistematizados no mesmo sistema descrito e, ainda, mais evidentes nas bases de dados locais. Sendo assim, numa extensão de aproximadamente 1200 hectares, vivem 3319 indígenas expressos na Pirâmide Populacional abaixo, seguindo a distribuição demográfica por idade dentro do território recorte Aldeia Bororó, macro-área da Equipe de Saúde da UBS Ireno Isnard. De acordo com a pirâmide populacional levantada da área (Figura 11), percebe-se uma predominância de jovens e adultos, em comparação às faixas etárias acima de 25 anos, o que explica a alta taxa de fecundidade, porém com mortalidade infantil e jovem mais pronunciada. Em dissonância, o topo da pirâmide revela uma leve retomada do alargamento na faixa etária mais idosa, que pode ser explicada pelos imigrantes das áreas de retomada, mas que também leva a refletir que a expectativa de vida dos indígenas seria melhor caso não houvesse vulnerabilidades nas faixas mais basais. Outrossim, a pirâmide revela um estado de transição demográfica, porém com substancial mortalidade nas faixas mais jovens, explicada pelas condições higiênico-sanitárias e causas externas.

Figura 11 - Pirâmide Populacional distribuída por faixa etária da Equipe de Saúde Bororó I (Ireno Isnard) em 2020



Fonte: SESAI/DSEI-MS/ Polo Base de Dourados, 2020

Nesta macro-área convivem indígenas de três diferentes etnias: os Guarani, os Kaiowá e os Terena, bem como os não-indígenas e algumas outras etnias sem registro. A Tabela 1 apresenta a distribuição por etnia, todas demonstrados em números absolutos na tabela a seguir e distribuídos conforme a faixa etária.

Tabela 1 - Distribuição demográfica de indígenas no território recorte por faixa etária e por etnia nos anos de 2019 e 2020

Faixa etária	Guarani	Kaiowá	Terena	Outros	TOTAL
0-4	15	336	0	0	351
5-9	24	376	0	8	408
10-14	36	471	2	3	512
15-19	40	489	2	1	532
20-24	31	385	2	0	418
25-29	18	211	2	1	232
30-34	18	178	0	5	201
35-39	11	176	1	1	189
40-44	7	58	0	0	65
45-49	9	86	2	2	99
50-54	7	58	0	0	65
55-59	4	39	0	0	43
60+	10	114	1	2	127
TOTAL	230	3051	15	23	3319

FONTE: POLO BASE DE DOURADOS/DSEI-MS, 2020

Em números percentuais, dentro da macro-área do recorte da Bororó, os Kaiowá lideram em maior proporção e densidade demográfica, com 91,9% dos indígenas em área, contra 7% da etnia Guarani, 0,45% da etnia Terena e 0,65% entre moradores da etnia Bororo e habitantes não indígenas.

Segundo Trajber *et al.* (2018), a reserva indígena de Dourados, onde está incluído o território recorte deste estudo, configura-se como um território de complexidade cultural, social, política e econômica e sua proximidade com o perímetro urbano torna o território da aldeia um centro de intensa interação entre os moradores. No contexto de saúde, tal proximidade é facilitadora de muitas problemáticas, como a disponibilidade de bebida alcoólica e outras drogas, transformação do hábito alimentar, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros (Trajber *et al.*, 2018). Rangel (2011) ressalta, ainda, que tal aproximação com o território indígena são marcados por "(...) assassinatos, ameaças, morte de crianças, racismo, vulnerabilidade em saúde e nutrição, agressões ao

meio ambiente, precariedades por toda parte” (RANGEL, L.H., 2011). A urbanização do território indígena e a disputa de terras com o agronegócio reflete nos registros crescentes das taxas de homicídios, de crianças com baixo peso, violência e suicídio (PEREIRA, 2015). Tal situação caracteriza a região do perímetro de Dourados como “talvez a maior tragédia conhecida na questão indígena em todo o mundo” (DUPRAT, 2010).

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMI), que expressa o risco de qualquer pessoa da população morrer, foi de 3,62 por 1000 habitantes em 2019, contra 6,61 por 1000 habitantes entre os não indígenas do município de Dourados, segundo o último censo do IBGE (2017). Tal indicador, no entanto, está sujeito a muitas variáveis e tem viés de análise devido ao pequeno grupo populacional do território recorte no comparativo. Sendo assim, a taxa de mortalidade geral é melhor expressa em seus componentes mais específicos.

Em relação à mortalidade por causas específicas, entre os indígenas do território recorte da aldeia Bororó, destaca-se a alta incidência de mortalidade por doenças infecto-parasitárias (38,5%), seguida de morte perinatal e neonatal (30,7%), desfechos por doenças crônicas não-transmissíveis (15,4%) e causas externas (15,4%), como violência e suicídio, segundo informações das Declarações de Óbito emitidos no período de 2019 no Polo Base de Dourados.

Rangel (2011), ressalta, ainda que as causas externas por homicídios com uma taxa de “100 por 100 mil pessoas, maior que a do Iraque, e quatro vezes maior do que a taxa nacional, o povo Guarani e Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, enfrenta uma verdadeira guerra contra o agronegócio”(RANGEL, L.H., 2011). Tal afirmação é coerente com as situações de disputas de terra nas áreas de retomada próximas do perímetro do território recorte da aldeia Bororó, mas que acaba por não contabilizar nos índices de mortalidade por causas externas deste trabalho, mas que convém ressaltar para ilustrar a realidade do local.

Segundo Mota (2015), Dourados apresentou a maior concentração de casos de homicídios em aldeias indígenas entre os anos de 2003 e 2009, devido às transformações sociais, culturais, impactos de condições precárias de vida destes povos e ao pouco espaço territorial, que potencializam tensões e conflitos entre os grupos. E parece que este cenário pouco tem mudado (MOTA, J.G., 2015).

Em relação ao Coeficiente de Mortalidade Infantil para crianças indígenas no território da Reserva Indígena de Dourados, os dados disponibilizados pelo Polo Base indicam 18,67 por mil nascidos vivos contra 9,81 por mil nascidos vivos em relação à não indígenas da cidade de Dourados em 2017 (IBGE, 2017). Este valor corresponde ao componente neonatal, já que não houve mortes no período pós-neonatal. No entanto, o coeficiente de mortalidade infantil em menores de 5 anos, aumenta para 26,67, contra 7,71 do município. Esses indicadores mostram claramente a vulnerabilidade das crianças indígenas, mais pronunciada no período neonatal e na faixa etária proporcional de menores de 5 anos, relacionada respectivamente à fatores intervenientes durante a gestação e o parto e aos fatores externos (ambiente).

Tabela 2 - Coeficientes de mortalidade infantil, seu componente neonatal e coediciente de mortalidade em menores de 5 anos em crianças indígenas e não indígenas

Período	Crianças Indígenas da Reserva Indígena de Dourados	Crianças não indígenas da cidade de Dourados
>01 ano	18,67 por mil	9,81 por mil
Neonatal (0-28 dias)	18,67 por mil	4,78 por mil
>05 anos	26,67 por mil	7,71 por mil

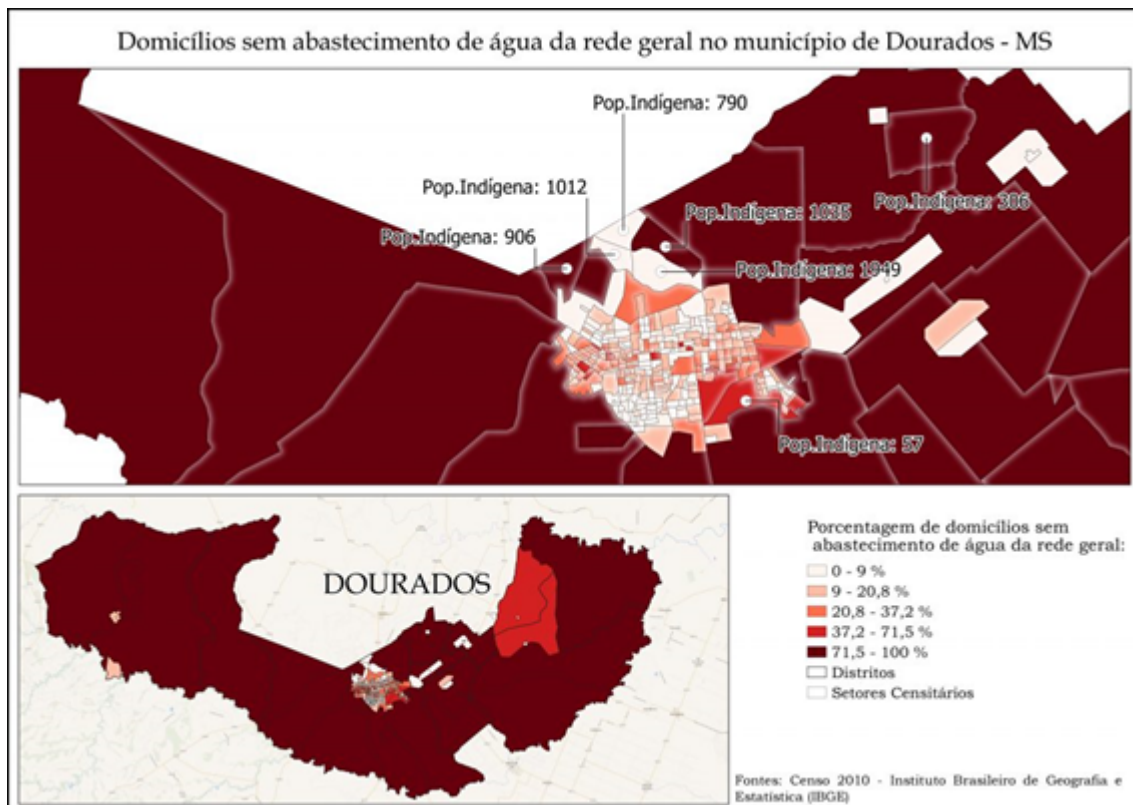
Fonte: POLO BASE DE DOURADOS/DSEI-MS, 2020; IBGE, 2017

Tais indicadores demonstram a iniquidade que são submetidas as crianças indígenas dessa faixa etária, relacionada, principalmente a fatores ambientais, agentes infecciosos (gastroenterites e infecções respiratórias) e, ainda, natureza nutricional como a desnutrição.

Outra problemática enfrentada na aldeia Bororó e demais aldeias do Polo Base é a tuberculose, conforme ressalta Trajber *et al.* (2018) (...)” sendo um sério problema de saúde que está associado ao baixo desenvolvimento socioeconômico e à vulnerabilidade social, indicando situações de miséria e pobreza dessas comunidades” (TRAJBER ET. EL, 2018). Enquanto o coeficiente de incidência de tuberculose no Brasil foi de 34,8 por mil habitantes em 2018, no território recorte, a incidência foi 1,5x maior, com 52,93 por mil habitantes. Tal comparação aponta que, mesmo após a instalação do Programa de Controle da Tuberculose que trouxe expressivas reduções nesse número desde 2008, há uma grande fragilidade das ações nos territórios, bem como a progressiva perda de insumos e estratégias de diagnóstico precoce e avaliação de contatos (logística difícil, falta de Teste Tuberculínico).

Outra problemática bastante apontada nas queixas diárias dos atendimentos médicos e visitas domiciliares, se deve à falta de água e condições de saneamento e lixo, que carece de registros e dados. Muitos indígenas da região necessitam atravessar longas distâncias para ter acesso à fontes de água mais próximas, tais como, poços artesianos não clorados e lagos contaminados por agrotóxicos. O serviço de distribuição de água é precário e não padronizado, além de mal distribuído e com estrutura frágil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, mais de 71,5% dos domicílios de três das cinco áreas de Dourados com maioria indígena — acima de 76,6% da população — não possuíam abastecimento de água da rede geral (IBGE, 2010), conforme demonstrada na Figura 12.

Figura 12 - Desenho esquemático demonstrando a porcentagem de domicílios sem abastecimento de água, 2010



FONTE: Blog Desigualdades Espaciais/IBGE, 2010

Segundo Dallabrida (2020), o Ministério Público Federal articulou, em dezembro de 2018, um prazo final para garantir a ampliação, abastecimento e fornecimento regular de água à reserva indígena, através de um acordo cooperativo com a Sanesul, companhia técnica de saneamento do estado (DALLABRIDA, P., 2020). Dois anos depois, no entanto, as obras ainda permanecem atrasadas.

Na aldeia Bororó, a mais afetada pela falta de água na Terra Indígena, o Dsei-MS está implementando um projeto de reordenamento do sistema, com a ampliação da rede adutora, implantação de reservatórios, setorização da rede de abastecimento, reforma das casas de química e comando e limpeza e manutenção, com a troca de bombas submersas, dos cinco poços que abastecem a área (DALLABRIDA, 2020).

CAPÍTULO 6 - REDE EXPLICATIVA E PLANO DE SOLUÇÕES DE UM PROBLEMA DE SAÚDE DO "TERRITÓRIO RECORTE"

A falta de acesso à rede de água tratada, sua distribuição desigual dentro do território e a falta de saneamento e esgotamento é, talvez, um dos principais problemas situacionais que precisam ser abordados neste trabalho. Segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), o saneamento é

[...] “o conjunto de ações socioeconômicas que têm por objetivo alcançar níveis de salubridade ambiental, por meio de abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos, promoção da disciplina sanitária do uso do solo, drenagem urbana, controle de doenças transmissíveis e demais serviços e obras especializadas, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural” (BRASIL, 1999).

Compreende-se que o saneamento é responsável por trazer inúmeras vantagens aos moradores do território. A Organização Mundial de Saúde (OMS), nas diretrizes sobre saneamento e saúde (2018), ainda, define o saneamento: “é o gerenciamento ou controle dos fatores físico, que podem exercer efeitos nocivos ao homem, prejudicando seu bem-estar físico, mental e social”. De acordo com Mafra (2011) a associação entre saneamento e saúde já vem sendo comprovada desde a histórica pesquisa concluída em 1854 por Jhon Snow em Londres, que estabeleceu a relação científica entre a água consumida e a incidência da cólera naquele território.

Segundo as diretrizes e os princípios do SUS, no que tange na vigilância da qualidade e distribuição da água no Brasil encontra-se fundamentação na integralidade, igualdade e equidade do acesso, além de operações de regionalização e hierarquização da rede de distribuição. Ainda, no princípio da essencialidade, entendendo que o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade adequada é fundamental à vida humana.

A falta de acesso à água tratada e ao esgotamento, além de sua distribuição desigual dentro do território permitem a propagação de doenças infectoparasitárias, como as diarreias agudas infecciosas e doenças dermatológicas, como as dermatofitoses, dermatoparasitoses e infecções bacterianas tegumentares. Ainda, a falta de saneamento pode ajudar a impulsionar agravos à saúde e às iniquidades, tais como a desnutrição e as zoonoses (MAFRA, 2011; FERRARI e BERTOLOZZI, 2012).

A aldeia Bororó, mais especificamente, o território recorte onde atuo, abrange 3119 habitantes indígenas, conforme explicitado anteriormente. O território, de aproximadamente 1200 hectares, é parte da demarcação imposta no século XX devido à expansão do agronegócio e da industrialização da colônia agrícola da grande Dourados. Tal ação política foi responsável por trazer inúmeras famílias indígenas a dividirem um território pouco qualificado para as atividades econômicas de extrativismo e agricultura familiar, além do fornecimento hídrico de poucas lagoas e riachos paulatinamente contaminados pelo desenvolvimento agrícola, industrial e energético aos arredores (BRAND, 1997). A geografia do território, conforme ilustrado anteriormente, é desfavorável para o acesso igualitário de fontes de água natural para muitos moradores que encontram dificuldades de distância no acesso diário a esses recursos hídricos.

Com isso, muitas famílias se aproveitam da aproximação urbana com a reserva para o abastecimento de suas casas, através de rede de encanamentos irregulares e frágeis, que apresentam grandes problemas de distribuição igualitária de água, e outras famílias buscam recursos em alguns poços artesianos mais próximos de suas casas fornecidas pelas escolas, sem o devido cuidado na cloração e tratamento dessas fontes, conforme coletado em conversas informais com Agentes Indígenas de Saneamento e com pacientes durante visitas médicas domiciliares e consultas de rotina. Sendo assim, o somatório desses fatores expostos levou à um problema situacional crônico diagnosticado que é a alta incidência de doenças e agravos direta e indiretamente relacionados à falta de saneamento básico, acesso universal à água e ao escoamento do lixo, com baixas resolutividades nas políticas municipais, estaduais e outras instituições, observado durante a trajetória de atuação médica na aldeia.

A alta incidência de doenças infectoparasitárias no território, como surtos de diarreia aguda, desidratação, infecções tegumentares relacionadas à higiene, como as dermatofitoses, as dermatoparasitoses, doenças de pele bacterianas, além de zoonoses (dengue, chikungunya, leishmaniose) e, ainda, a potencialização de agravos oriundos da desnutrição, são evidências que levaram a entender a situação do saneamento como um problema a ser solucionado. O quadro a seguir, expõe a Rede Explicativa do problema e sua relação com o ambiente e o modo de viver da população.

Quadro 1 - Problema e determinantes

Problema	Como acontece?	
	Modo de viver	Meio Ambiente
Alta incidência de mortalidade por doenças infecto-parasitárias	Deposição de lixo e dejetos no ambiente de convívio; consumo de água potencialmente contaminada; negligência higiene pessoal, demora na procura do atendimento na UBS	Falta de acesso universal à água; saneamento; má distribuição territorial de poços; falta de cloração e tratamento; irregularidades e fragilidade na rede de distribuição de água
Incidência e recorrências de zoonoses (dengue)	Água parada, despejo de lixo no quintal, negligência na higiene pessoal e doméstica	Falta de ações e incentivos das instituições, programas educativos, escoamento escasso de lixo público, falta de políticas públicas efetivas nos combates às zoonoses

Alta no Coeficiente de Mortalidade Infantil no coeficiente Pós-Neonatal (desnutrição, diarreias, pneumonias)	Oferta de alimentos industrializados de baixo teor nutritivo negligencia; parental nos quadros de diarreia infantil; oferta e consumo de água potencialmente contaminada às crianças;	Aproximação territorial com alimentos industrializados (cidade), contaminação de fontes naturais e lençóis aquáticos, falta de distribuição de água potável e esgotamento (saneamento)
--	---	--

Fonte: Elaboração própria

Durante este ano, no atual contexto da Pandemia da COVID-19, a proposta de planejamento e execução da problemática ficou debilitada, dando espaço para novas discussões acerca do coronavírus na aldeia. A problemática, no entanto, que demanda isolamento social e higiene pessoal (acesso à água potável) ficou ainda mais em vogue nas discussões de espaço formal e informal. Em algumas das situações em que foram levantadas a problemática da água, numa reunião onde estavam presentes membros do conselho local, do CONDISI, EMSI e coordenadores do Polo Base de Dourados, algumas problemáticas e possíveis soluções foram pontuadas. Outras, que também serão expostas no quadro a seguir, ainda terão seu protagonismo nas próximas discussões, quando tiver um espaço melhor ao fim da atual pandemia.

Quadro 2 - Plano de soluções para doenças relacionadas ao saneamento

Aldeia		EMSI (Equipe Ireno Isnard)	Polo Base de Dourados	Instituições superiores
Ações individuais	Ações coletivas			
- coleta organizacional do lixo individual - despejo de água parada no próprio quintal/terreno	- organização coletiva para coleta de lixo e exposição nas principais vias da aldeia a fim de facilitar o trabalho dos coletores - vigilância e acompanhamento comunitário sobre a água parada e higiene do quintal de todos	- organizar e expor palestras explicativas sobre higiene do território, coleta de lixo e zoonoses - articular com AIS e AISAN visitas domiciliares educativas e vigilantes	- gerar Dados consolidados sobre as zoonoses - articular políticas públicas e inferir reuniões com as instâncias governamentais trazendo a problemática através de indicadores	- oferta de melhorias e estruturas para escoamento de lixo mais efetivo e frequente na comunidade indígena

<ul style="list-style-type: none"> - ferver a água de consumo de fontes naturais - procurar atendimento médico precoce na UBS 	<ul style="list-style-type: none"> - confecção de poços artesanais junto aos AISAN - cobrar cloração e tratamento frequente dos poços 	<ul style="list-style-type: none"> - educação continuada sobre higiene e consumo de água na comunidade - AISAN: confeccionar poços artesanais em micro-áreas (setorização do fornecimento da água) - vigilância epidemiológica de casos de diarreia aguda nas microáreas e surtos 	<ul style="list-style-type: none"> - geração de dados consolidados das afecções infectoparasitárias em território, bem como afecções de pele e higiene - articular e cobrar das instituições estruturas de saneamento 	<ul style="list-style-type: none"> - executar estrutura organizacional para distribuição de água igualitária dentro do território indígena, bem como articular abastecimento público e esgotamento
<ul style="list-style-type: none"> - estímulo do consumo de alimentos saudáveis, da terra e bem lavados com água potável - vigilância do peso e diarreia nos membros da família - atendimento médico precoce 	<ul style="list-style-type: none"> - agricultura de comunidade, espaço público organizado de agricultura e fornecimento de alimentos oriundos da terra - cobrar melhorias nas cestas básicas - plantações coletivas irrigadas com água tratada 	<ul style="list-style-type: none"> - acompanhar estado nutricional de crianças, idosos e adultos - intervenção precoce nos sinais de alerta, articulados com AIS em cada microárea - educação continuada à população, bem como incentivar o consumo de alimentos lavados e cultivados, sem conservantes - vigilância no estado nutricional infantil nas micro-áreas 	<ul style="list-style-type: none"> - geração de dados para indicadores e comparativos com outras populações de outros territórios - articular cestas básicas mais saudáveis com melhor composição nutritiva - articular e cobrar estruturas de saneamento às instituições 	<ul style="list-style-type: none"> - fornecimento de cestas básicas de melhor qualidade - acompanhar coeficientes de mortalidade infantil - fornecer insumos e incentivos para a agricultura familiar ou coletiva - cobrar de indústrias e setor agrícola sobre os poluentes do território - cobrar indústria alimentícia sobre a melhoria do fornecimento dos alimentos de baixo teor nutritivo

Fonte: Elaborado pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena Ireno Isnard

Tais propostas dessa Rede Explicativa foram resultados, então, de algumas reuniões de caráter informal com propostas de solução pela própria EMSI, na maioria das vezes. Sabe-se que o problema exposto é multicausal, incluindo fatores culturais e políticos. O saneamento básico, no entanto, seria o ponto-chave inicial para modificação desses indicadores e potencial melhoria da saúde coletiva de todo o território estudado.

CAPÍTULO 7 - REFLEXÃO SOBRE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO “TERRITÓRIO RECORTE”

O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas compreende, dentre seus principais objetivos, a oferta da atenção diferenciada, culturalmente específica, aos povos indígenas que vivem em território brasileiro. Segundo Mattos (2004), a integralidade é a base das políticas sanitárias, que visam o reordenamento das práticas e dos serviços de saúde e, ainda, um encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários, calcados numa relação dialógica. Assim, o autor ressalta que “defender a integralidade nas práticas, é defender que nossa oferta de ações deve ser sintonizada com o contexto específico de cada encontro” (Mattos, 2004).

Em consonância, este trabalho procurou construir um itinerário terapêutico, a partir da ótica da integralidade, territorialização e Clínica Ampliada, no Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, discutindo as relações entre saúde e diversidade cultural. Ainda, sob a perspectiva antropológica, a aplicação do conceito de Atenção Diferenciada que, segundo Langdon (2005), busca entender as concepções indígenas sobre o processo saúde-doença, no qual a experiência de adoecer não é um fenômeno individual e biológico, mas envolve ações coletivas e comunitárias e que requer interpretação e ação no meio sociocultural em que essa comunidade está inserida (LANGDON, 2005). Alves e Souza (1999), conceitua o itinerário terapêutico como um conjunto de planos, estratégias e projetos:

“[...] o itinerário terapêutico é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 134).

Pautado nesses princípios, a ferramenta educativa utilizada foi o da “Roda de Conversa”, na qual estive reunido com os Agentes Indígenas de Saúde da aldeia Bororó, mais especificamente, a macro-área envolvente do Posto de Saúde Ireno Isnard, onde venho desempenhando meu papel como médico. Neste dia, foi apresentado aos AIS os indicadores de saúde levantados em área, que demonstra a situação-problema das doenças relacionadas ao saneamento no território. Com isso, foi utilizado note-book com apresentação em Power Point, data-show (projektor), papel e caneta. A atividade compreendia a elaboração de um itinerário terapêutico, tendo como base as soluções da rede explicativa já mencionada anteriormente, conforme ilustrado nas Figuras 12 e 13.

Figura 13 - Exposição de dados consolidados e indicadores de saúde coletados do território da aldeia Bororó aos Agentes de Saúde Indígena por data-show



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 14 - Ação Educativa com os Agentes de Saúde Indígena: Roda de Conversa tendo como protagonismo os atores envolvidos na situação-problema do território e juntamente ao médico da comunidade



Fonte: Arquivo pessoal

Os AIS entenderam, através de uma pequena palestra expositiva, que os dados consolidados do Polo Base de Dourados indicam uma taxa de mortalidade infantil de 51,43 por mil nascidos vivos em área contra 9,81 por mil nascidos vivos de não-indígenas moradores do município de Dourados no geral, sendo aproximadamente cinco vezes maior. Ainda, na mortalidade proporcional por idade, o período neonatal foi de aproximadamente seis vezes maior na aldeia do que na cidade e o período de 1 à 4 anos, de aproximadamente cinco vezes maior. Tais indicadores demonstram a iniquidade a que são submetidas as crianças indígenas da área, sendo elas principalmente doenças infecto-parasitárias, zoonoses

e desnutrição, potencialmente causadas e agravadas pelo saneamento deficitário no território.

Os AIS trouxeram questionamentos acerca da desigual distribuição de água dentro do território, saneamento e coleta de lixo deficitária. Ainda, expuseram dificuldade no manejo de famílias resistentes para comparecer às pesagens das crianças, bem como para procurar o atendimento médico precoce no posto de saúde. Os AIS também demonstraram a dificuldade de abordar a coleta de lixo na reserva, que, ainda que prejudicada pelas políticas públicas municipais, carecem de organização e higiene da comunidade envolvente. Além disso, expuseram que a situação-problema é agravada por alguns sérios casos de negligência parental com crianças por meio do abuso de álcool e outras drogas. Tais exposições demonstram que, apesar do sistema de saneamento e distribuição de água ser um dos principais problemas do território-recorte, múltiplas causas sociais, políticas e até mesmo culturais são responsáveis por somar no processo de saúde-doença da situação-problema.

Figura 15 - AIS envolvidos na Roda de Conversa, fazendo anotações e discutindo os problemas de saneamento no território



Fonte: Arquivo pessoal.

Sendo assim, cada agente de saúde anotava e expunha, juntamente comigo, planos terapêuticos estratégicos por meio de atividades educativas para a comunidade.

A primeira estratégia, que visa enfrentar a resistência das famílias no comparecimento às pesagens e consultas em UBS, seria a de mapear as casas dessas famílias, dentro de um desenho do território. Esse mapa, que será esquematizado e confeccionado por cada agente de saúde da área, trará informações cartográficas atualizadas. Ao final da confecção individual, todas as micro-áreas serão unificadas como uma grande macro-área, trazendo informações pertinentes das famílias resistentes, melhorando a acurácia no cuidado continuado desses pacientes. Portanto, será utilizado o princípio da territorialização e da

equidade, para aumentar a atenção diferenciada destas famílias, melhorando o número de visitas domiciliares, visitas médicas e atenção psicossocial pela equipe multidisciplinar.

A segunda estratégia visa estabelecer reuniões com os membros do conselho local, AIS, AISAN e lideranças do território da aldeia Bororó. Essa estratégia visa a cobrança de autoridades locais quanto à coleta organizacional do lixo e escoamento de dejetos no território da comunidade. A ideia é reforçar, enquanto atores do processo de construção política e de saúde no território, o papel das instituições no fornecimento periódico de transporte de lixo. Serão elaborados, nestas reuniões, pontos de coleta de lixo que serão fixos dentro do território, facilitando a logística do escoamento no território por parte do município. Para abordagem educativa na comunidade, serão utilizados carros de som e informativos nas rádios locais, que serão fontes conscientização, reciclagem e educação continuada dentro da aldeia. Sendo assim, a comunidade será lembrada e cobrada, frequentemente, para a deposição de lixo nos pontos estratégicos escolhidos, contribuindo para a erradicação de zoonoses e doenças infecciosas correlacionadas.

A terceira estratégia para abordagem do saneamento e distribuição de água visa estabelecer a territorialização do acesso à água. Através do grande mapa do território confeccionado anteriormente, a equipe de saúde junto aos AISAN, fará um desenho esquemático da rede de distribuição de água atual para demonstrar a desigualdade no acesso sofrido pelas famílias e, assim, construir argumentos para cobrança dos órgãos competentes, sendo eles, o Conselho Local, o CONDISI, lideranças e município. Ainda, utilizando o mapa, definir pontos fixos estratégicos loco-regionais, visando abastecer famílias cujo acesso à água é deficitário, construindo, provisoriamente, poços artesianos clorados nas proximidades de famílias sem o abastecimento adequado. Finalmente, a estratégia para fornecimento mais democrático à água é pautada na setorização da rede.

Figura 16 - Elaboração de estratégias terapêuticas para resolução de saneamento por meio de ação educativa



Fonte: Arquivo pessoal

A rede de encanamento para abastecimento da água dentro do território da aldeia, acontece de forma indiscriminada, complexa e empírica, sem o devido apoio especializado. Esta desorganização acarreta problemas frequentes de vazão, desperdício e de pressão da água, prejudicando a eficiência hidráulica da distribuição de maneira igualitária no território, segundo informações da equipe técnica de apoio ao saneamento do Polo e dos AISAN. A figura, a seguir, exata os frequentes problemas de desperdício e vazão decorrentes da rede de encanamento fragilizada da aldeia Bororó.

Figura 17 - Desperdício e vazão de água frequente de encanamentos frágeis da rede de distribuição de água da Bororó



Fonte: arquivo pessoal

Para sanar parte do problema da falta de água, muitas famílias recorrem à construção de poços artesanais sem o devido cuidado ou apoio técnico. Outras famílias, porém, ficam refém da doação de água de caminhões-pipas para abastecimento de reservatórios, que muitas das vezes, não recebem o cuidado e o tratamento adequados das condições de armazenamento.

Figura 18 - Doação de toneis de água às famílias para armazenamento de água



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 19 - Campanhas de abastecimento de água em reservatórios para a comunidade



Fpnte: Arquivo pessoal

O Programa Nacional de Combate ao Desperdício de Água (1999), cita a setorização como requisito básico para o controle de sistemas de abastecimento de água. Por isso, parte da estratégia de enfrentamento, visa a implementação de um sistema setorizado, em consonância com o DSEI e demais instâncias superiores para o fornecimento igualitário de água em toda o território da aldeia.

Segundo Barreto *et al.* (2006), a setorização da água tem demonstrado impacto positivo na distribuição em locais onde as extensões da rede de encanamento ocorreram sem adequado apoio técnico de maneira indiscriminada, tal qual ocorre na aldeia Bororó. O autor ressalta, ainda, que “é indispensável a realização de estudos de desempenho hidráulico da rede de distribuição, pois isso permite a previsão das alterações de vazão e pressão da água na área de atendimento.”

A aplicação dos conceitos de Clínica Ampliada, que visa a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas e a transformação dos meios e do ambiente de trabalho, foi fundamental para a construção dessas estratégias de enfrentamento. Assim, possibilitou uma comunicação transversal na equipe e nos espaços de controle social, exigindo dos profissionais de saúde valores comunitários do processo de saúde-doença e de construção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta incidência de doenças relacionadas ao saneamento, bem como as vulnerabilidades e os indicadores de saúde demonstrados neste trabalho demonstram a importância do território e do conceito amplo de territorialização no processo de saúde-doença da comunidade.

Apesar de enfrentar algumas dificuldades no levantamento dos dados consolidados e, ainda, apresentar alguns segmentos com viés de análise epidemiológico, este trabalho buscou refletir e conscientizar não só a comunidade indígena, mas também as esferas político-administrativas em nível municipal e distrital (DSEI MS) acerca de um problema crônico e substancial no território da comunidade, porém ainda não resolvido: o saneamento básico.

Pude compreender e refletir, durante a minha formação como especialista em Saúde Indígena, que o trabalho do médico e de sua equipe multidisciplinar (enfermeira, nutricionista, odontologista, agente indígena de saúde, psicólogo, assistente social) não deve se ater apenas às consultas e atividades dos programas já estabelecidos, mais sim, utilizar do conceito de Clínica Ampliada e da construção compartilhada de diagnósticos junto à comunidade. Somente assim, é possível dilatar o campo de atuação profissional e trazer reflexões acerca do complexo processo de saúde-doença, sendo capaz de elaborar plano de soluções às mais diversas situações-problema e de transformar, junto aos atores sociais envolvidos, podendo transformar o território e a saúde da comunidade indígena.

Figura 20 - Equipe de Saúde Bororó 1 (Ireno Isnard), do Polo Base de Dourados, DSEI MS



Fonte: Arquivo pessoal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, Ariadiny Monteiro da et al. Vegetação natural e área antrópica em Mato Grosso do Sul até o ano de 2002. **Anais 3º Simpósio de Geotecnologias no Pantanal**, Campinas-sp, p.391-400, 20 out. 2010. Disponível em: <<https://www.geopantanal.cnptia.embrapa.br/2010/cd/p296.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.
2. EMBRAPA. Climas. S.d. Disponível em: <<http://www.cnpf.embrapa.br/pesquisa/efb/clima.htm>>. Acesso em 05 fev. 2020.
3. DISTRITOS SANITARIOS ESPECIAIS INDIGENAS. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>>. Acesso em 05 fev. 2020.
4. FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; BERTOLOZZI, Maria Rita. Mortalidade pós-neonatal no território brasileiro: uma revisão da literatura. **Revista Escola de Enfermagem Usp**, São Paulo, v. 5, n. 46, p.1207-1214, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/24.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.
5. SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR., Carlos Everaldo. A; CARDOSO, Andrey. M. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
6. SCHEIDECKER, Carolina. **Saúde Indígena: da Funasa à Sesai**. 2012. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/blog/se-categoria/saude-indigena-da-funasa-a-sesai>. Acesso em: 31 mar. 2020.
7. FLAVIO PEREIRA NUNES. Funasa (org.). **PROJETO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE DOENÇAS (VIGISUS III) PLANO DOS POVOS INDIGENAS (IPP)**: Brasília-df: Fundação Nacional da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/>. Acesso em: 31 mar. 2020.
8. DSEI Mato Grosso do Sul (org.). **Caracterização do DSEI**. 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/Anexo-1659355-dsei-ms.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.
9. Secretaria Especial Indígena (org.). **Relatório de Gestão do Exercício de 2017**. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-2017-versao-sistema-TCU.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.
10. BRAND, Antonio Jacó. 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.
11. MOTA, Juliana Grasiéli Bueno. Territórios, multiterritorialidades e memórias dos povos Guarani e Kaiowá: diferenças geográficas e as lutas pela Descolonização na Reserva Indígena e nos acampamentos-tekoha - Dourados/MS. 2015. (Tese em Geografia) - UNESP, Presidente Prudente.
12. GONÇALVES, Carlos Barros. Até aos confins da terra: o movimento ecumênico protestante no Brasil e a evangelização dos povos indígenas. Dourados: Ed. UFGD, 2011
13. CAVALCANTE, Thiago Leandro Vieira (Dourados-MS) et al. **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**. São Leopoldo-RS: Karywa, 2019. 285 p. E-book.
14. TRAJBER, Zelik et al. A Saúde na Reserva Indígena de Dourados: Histórico, Lutas e (Re)Existências. **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**, São Leopoldo-Rs, v. 1, n. 1, p. 185-201, 24 jun. 2018. Disponível em: <https://editorakarywa.wordpress.com/2018/12/18/rid/>. Acesso em: 05 ago. 2020.
15. RANGEL, L. H. Vulnerabilidade, Racismo e Genocídio. In: Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil - Dados de 2011. Conselho Indigenista Missionário (Cimi), p.12-15, 2011.
16. PEREIRA, L. M. A Reserva Indígena de Dourados: a atuação do Estado brasileiro e o surgimento de figurações indígenas multiétnicas. In: CHAMORRO, G.; COMBÈS, I. (ORGs.). Povos Indígenas em Mato Grosso do Sul: histórias, cultura e transformações sociais. Dourados/MS: Ed. UFGD, 2015.
17. DUPRAT, D. "Dourados é talvez a maior tragédia conhecida na questão indígena". Entrevista com Débora Duprat. Brasil de Fato: uma visão popular do Brasil e do mundo. 30 de nov. 2010. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/>>. Acesso em: 12 ago. 2020.
18. DALLABRIDA, Poliana. **Sem água e saneamento, indígenas de Dourados (MS) vivem o "apartheid da Covid"**. 2020. Disponível em: <https://deolhonosruralistas.com.br/2020/06/18/sem-agua-e-saneamento-indigenas-de-dourados-ms-vivem-o-apartheid-da-covid/>. Acesso em: 30 ago. 2020.
19. MAFRA, César Rogério. **Avaliação da Inter-relação do Saneamento Básico e da Saúde da População em Bairros do Município de Florianópolis-SC**. 2011. 114 f. TCC (Graduação) - Curso de Engenharia Sanitária e Ambiental, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/124557/281.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.
20. LANGDON, E J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica. San Pablo: Terra Virgem/ Unifesp, 2005:115-134.
21. MATTOS, R. A integralidade na prática (ou a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.
22. ALVES, C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. Cap. 4, p. 125-138.

23. BARRETO, Gilberto Caldeira *et al.* IMPACTO DA SETORIZAÇÃO NO ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM ÁREAS URBANAS. In: SEREA - SEMINÁRIO IBEROAMERICANO SOBRE SISTEMAS DE ABASTECIMENTO URBANO DE ÁGUA, 6., 2006, João Pessoa. **IMPACTO DA SETORIZAÇÃO NO ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM ÁREAS URBANAS.** João Pessoa-Pb: Ufpa, 2006. p. 1-12. Disponível em: [http://www.lenhs.ct.ufpb.br/html/downloads/serea/6serea/TRABALHOS/trabalho%20\(1\).pdf](http://www.lenhs.ct.ufpb.br/html/downloads/serea/6serea/TRABALHOS/trabalho%20(1).pdf). Acesso em: 26 nov. 2020.