



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

AUANA YRAH INAH ALENCAR ANDRADE

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS EM
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ALDEIA MAPUERA, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA GUAMÁ -TOCANTINS

SÃO PAULO
2021

AUANA YRAH INAH ALENCAR ANDRADE

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS EM
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ALDEIA MAPUERA, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA GUAMÁ -TOCANTINS

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: ANAPAULA MARTINS MENDES

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O DSEI GUATOC atende a dezoito municípios, dezessete no estado do Pará. Conta com uma população indígena de 7.760 habitantes, destes 4.036 são masculinos e 3.636 são feminino, sua estrutura conta com oito polos base, cinco CASAI, sessenta e nove aldeias. A população, que é em sua grande maioria formada por pessoas com baixo nível de escolaridade, baixa renda familiar e condições de moradia inadequadas não apresentam acesso a água tratada, fazendo uso de poços artesianos ou da água do rio. Há também trabalhadores da lavoura que não conhecem ou não fazem uso das medidas higiênicas corretas para não contaminar os alimentos. As principais atividades econômicas e de subsistência são variadas mas pode-se destacar a caça, a pesca, a agricultura e a coleta de frutos da floresta. Dentre todas a principal atividade econômica é a plantação da mandioca, onde dela é fabricada a farinha que é o principal fonte de alimento. O seguinte estudo apresenta os principais aspectos da aldeia Mapuera território pertencente ao DSEI Guamá Tocantins, e conta com um projeto de intervenção que foi realizado nesse lugar, com o objetivo de desenvolvimento de ações educativas para aumentar o conhecimento da população sobre os principais aspectos da doença diarreica aguda tendo como público alvo principalmente as mães dessas crianças de faixa etária de 0-5 anos, sendo justificada a necessidade pela grande quantidade de consultas na unidade de saúde e de transferências ao hospital de referência no município de Oriximiná. A doença diarreica aguda (DDA) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil nos países em desenvolvimento e é um dos fatores que mais contribui para o agravamento do estado nutricional das crianças sendo a manifestação predominante o aumento do número de evacuações, com a presença de fezes aquosas ou de pouca consistência, podendo haver também a presença de outros sinais e sintomas. A DDA é autolimitada na maioria dos casos, com duração curta de poucos dias, porém em alguns casos pode complicar em desidratação e distúrbios eletrolíticos. A prevenção da DDA é feita através de medidas higiênico dietéticas simples. Sendo assim espera-se que dessa maneira seja possível apresentar nesse trabalho um panorama geral do cenário atual do território.

Palavras-chave:

Doenças Parasitárias. Saúde do Índio. Saúde Preventiva. Promoção da Saúde. Educação em Saúde.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Auana Irah Inah Alencar Andrade, sou médica generalista, tenho 33 anos de idade, nasci na cidade de Itaituba - PA, onde vivi os 4 primeiros anos de minha vida, logo minha família mudou-se para a cidade de São Geraldo do Araguaia - PA onde vivi toda minha juventude. Sempre fui uma pessoa alegre e ativa em minha cidade, e desde jovem sempre tive o desejo de ajudar ao próximo e fazer diferença no mundo. Sou cristã e sempre premei pelos princípios bíblicos em minha vida pessoal e profissional. No ano de 2011 tive a oportunidade de estudar medicina no exterior a convite de alguns amigos que trabalhavam como missionários na Bolívia. Graduei-me no ano de 2017 pela Universidad Privada Latino Americana(UPAL) na cidade de Cochabamba - Bolívia.

Ingressei na Saúde Indígena através do Programa Médicos para o Brasil em março de 2019 como médica intercambista. Em todo o período da minha formação a atenção básica de saúde sempre me instigou, principalmente pelo fato de nela serem resolvidos mais de 80% das demandas em saúde. Quando me foi ofertada a opção de trabalhar com a saúde indígena através do programa chamou-me muita a atenção, pois o Brasil é um país de pluralidade cultural imensa, além de poder ter uma nova experiência com os povos indígenas e trabalhar na atenção básica ao mesmo tempo, poderia abrir minha jornada profissional a novas experiências e aprendizados, e isso vem sendo consolidado; a cada retorno em área há uma experiência e aprendizado diferente, dessa forma decidi escolher o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Guamá Tocantins pois está localizado em meu estado natal, o Pará, também me possibilitou poder estar próximo a uma parte de minha família que vive em Santarém e alguns amigos que fiz no período da faculdade. Desde o começo da minha escolha sempre estive ciente das dificuldades que poderia enfrentar, tanto nos desafios estruturais como culturais. Fui designada inicialmente a trabalhar na aldeia de Mapuera que possui uma população de aproximadamente 1077 indígenas de etnia Wai wai dando suporte total em demanda espontânea, saúde da mulher, controle pré natal, atendimento a hipertensos e diabeticos, curativos, suturas entre outras atividades, além de, ocasionalmente, realizar palestras educativas, também atuo dando suporte via rádio a algumas aldeias próximas como Placa, Bateria, Phoncoru, Tamyuru etc. e quando é solicitado, eu junto ao enfermeiro realizamos consultas e atividades de saúde nessas áreas de acordo com a necessidade.

A necessidade da atenção à saúde desses povos me fez ter interesse na saúde indígena e trabalhar sempre compreendendo que eles possuem características ímpares e necessitam muitas vezes de abordagens em saúde que respeitem suas origens culturais, não deixando de lado o aspecto médico-científico. É extremamente gratificante trabalhar na saúde indígena e também desafiador, isso me leva a olhar os povos indígenas com uma atenção especial, um povo historicamente injustiçado. Espero que possa continuar ajudando a meu Dsei compartilhando meus conhecimentos com a população e ao mesmo tempo que aprendo com eles, em um processo sinérgico de crescimento.

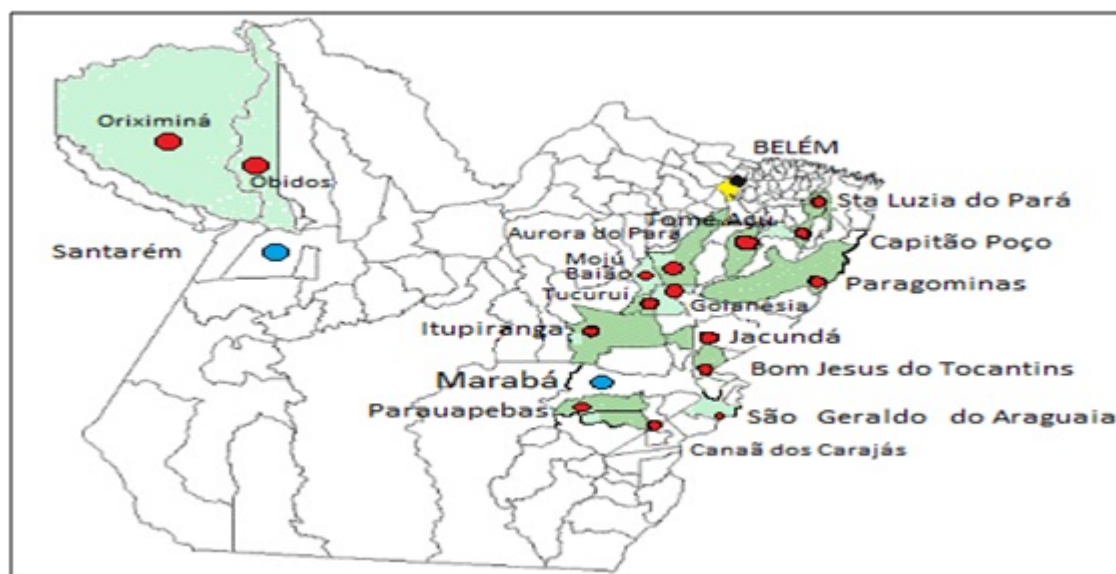


CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá Tocantins (DSEI GUATOC):

- ♦ **Aspectos físicos:** O DSEI está localizado em uma região de floresta amazônica de clima equatorial quente e úmido com grande predomínio de chuvas durante todo o ano. A temperatura média anual varia entre 24 °C e 26 °C e o índice pluviométrico (chuvas) é de aproximadamente 2.800 mm ao ano. Os aspectos físicos da região do DSEI são variados pois a localização das diferentes regiões se dá em polos distantes uns dos outros. O relevo predominantemente apresenta baixas altitudes, sendo que mais de 85% do território do DSEI não supera 300 metros de altitude. A floresta Amazônica é o bioma predominante, mas também há áreas de cerrado, mangues. A rede hidrográfica, bastante rica, é composta por rios que integram as bacias hidrográficas Amazônica, Tocantins-Araguaia e Atlântico Nordeste Ocidental, Guamá, Tocantins, Trombetas e Xingu e seus afluentes em toda a sua extensão (IBGE 2018).
- ♦ **Aspectos Demográficos:** O DSEI GUATOC se encontra representado por 69 aldeias, 21 Etnias e uma população de 7.760 índios.

Figura 1: Abrangência do DSEI Guamá/Tocantins –Estado do PARÁ.



□ Municípios fora da área de abrangência do DSEI

■ Municípios com áreas indígenas

■ Município sede do DSEI

● Atenção básica de saúde

● Atenção de média complexidade

● Atenção de alta complexidade

Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

✦ Caracterização do DSEI GUATOC:

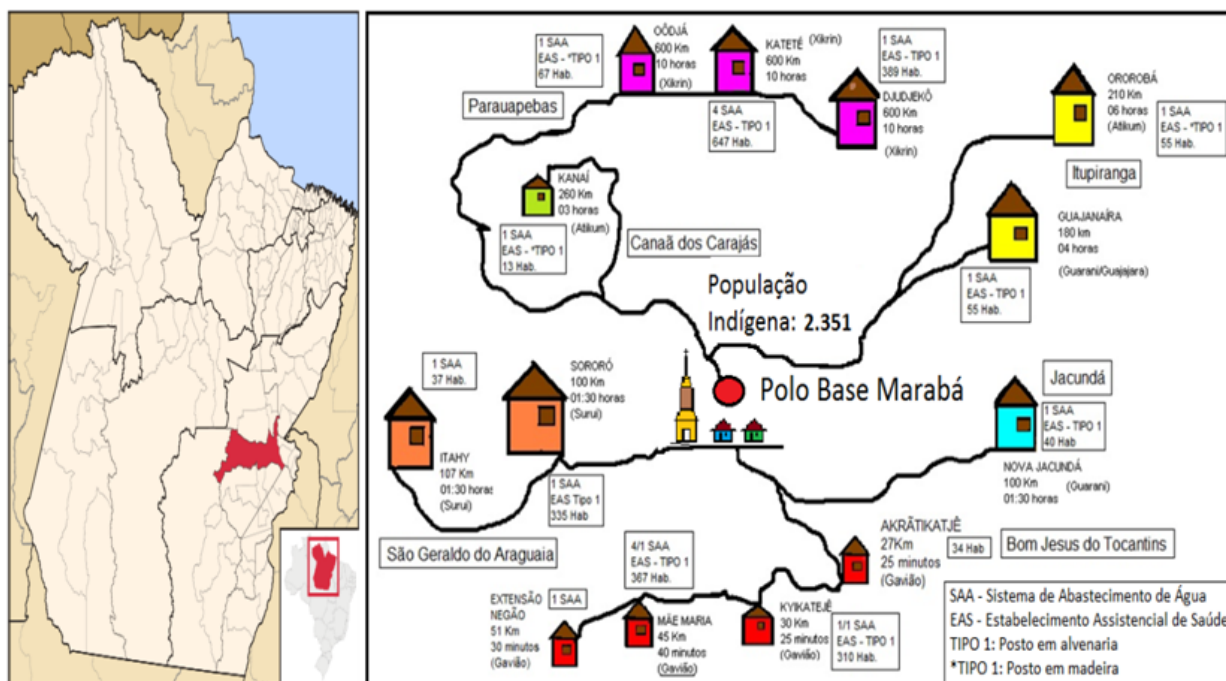
Extensão Territorial do DSEI GUATOC é 7.715.080,8 ha, com sede no município de Belém do Pará. O DSEI GUATOC atende a 18 municípios, 17 no estado do Pará (Santa Luzia, Capitão Poço, Tomé Açu, Aurora do Pará, Paragominas, Baião, Mojú, Tucuruí, Goianésia, Itupiranga, Jacundá, Bom Jesus do Tocantins, São Geraldo do Araguaia, Parauapebas, Canaã dos Carajás, Oriximiná e Óbidos) e 01 no estado do Maranhão (Centro Novo). Conta com uma população indígena de 7.760 hab, destes 4.036 são masculinos e 3.636 são femininos. Sua estrutura conta com 08 polos base, 05 CASAI, 69 aldeias. As Casais, situadas nos municípios de Belém, Oriximiná, Marabá, Paragominas e Santarém, têm como finalidade receber, alojar e acompanhar os pacientes e respectivos acompanhantes, encaminhados pelas equipes de saúde que atuam nos Polos Base, para tratamento de média e alta complexidade na rede do SUS dos municípios de referência.

A Casai de Belém, situada no distrito de Icoaraci, atende não apenas a população dos 09 (nove) Polos Bases do DSEI Guamá Tocantins, mas também dos outros quatro DSEIs cujo território abrange o estado do Pará: DSEI Kayapó do Pará, DSEI Altamira, DSEI Rio Tapajós, DSEI Amapá e Norte do Pará. A Casai de Belém/Icoaraci, embora atenda à população desses DSEIs, não recebe nenhum tipo de contrapartida financeira por este serviço, ficando o DSEI Guamá Tocantins responsável pela totalidade do custo de manutenção do serviço.

Ao todo são atendidas 21 etnias: Atikun, Assurini do Trocará, Anambé, Amanayé, Gavião, Guajajara, Guarani, Katuena, Kaapó, Kaxuyana, Karajá, Kuruaia, Munduruku, Suruí, Tembé, Timbira, Tiryó, Tunayana, Xeréw, Xikrin e Zoé. Os deslocamentos são realizados por meio de transportes, aéreos, rodoviários e fluviais. Evidenciam distribuição populacional por polo base na ordem do mais populoso ao de menor população na seguinte escala: Marabá 2.477 habitantes; Oriximiná 2.015; Paragominas 1.248; Tucuruí 758; Capitão Poço 454; Tomé Açu 286; Santarém 265; Santa Luzia 167 (SIASI 2018).

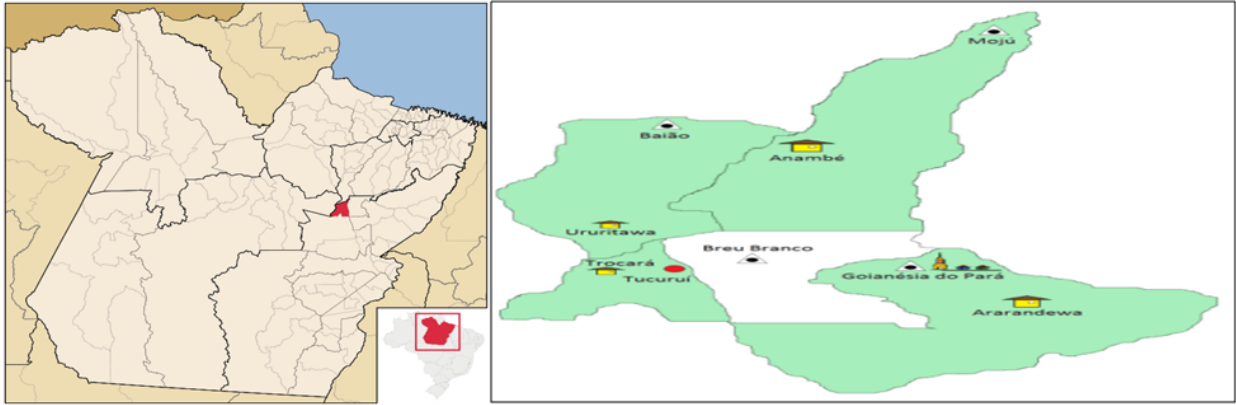
Localização dos Polos Bases no estado do Pará com as respectivas aldeias nos municípios:

Figura 2: Polo Base Marabá.



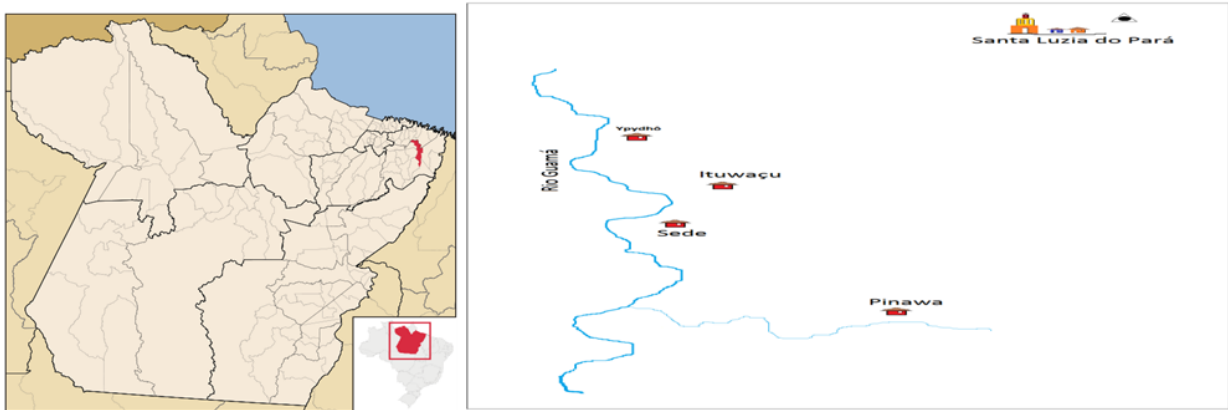
Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Figura 3: Polo Base Tucuruí.



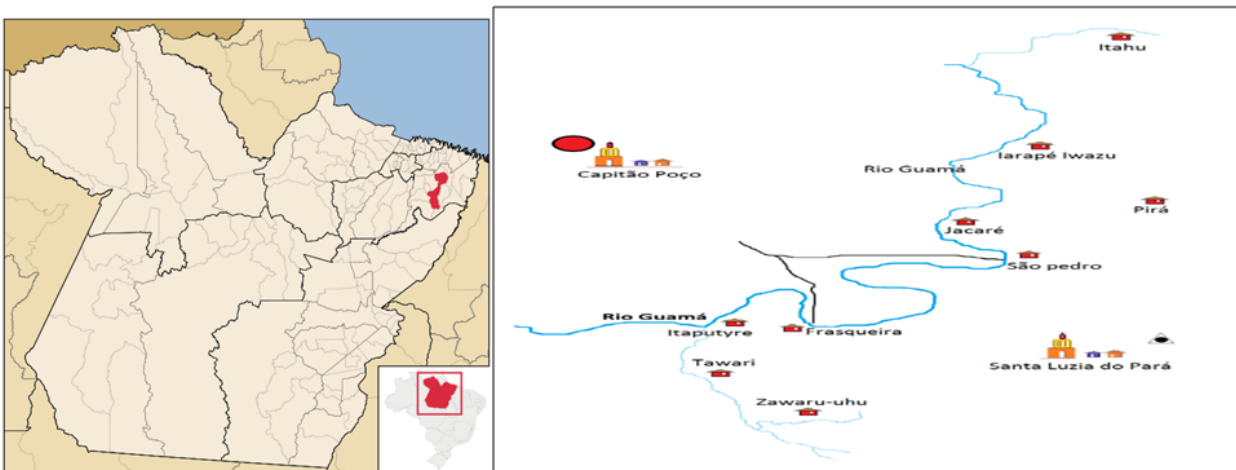
Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Figura 4: Polo Base Santa Luzia.



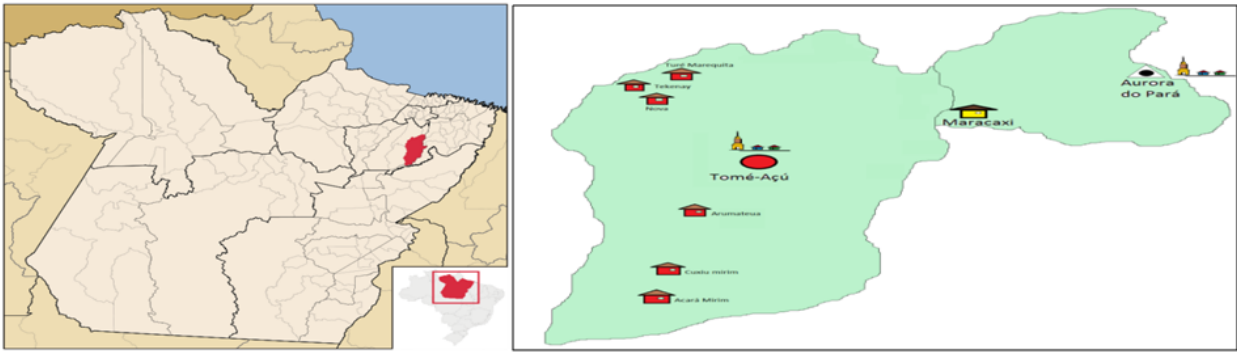
Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Figura 5: Polo Base Capitão Poço.



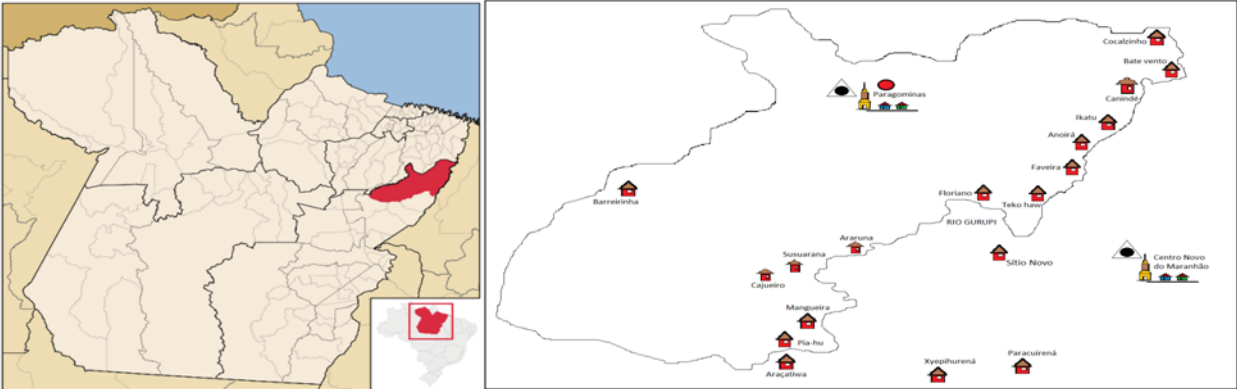
Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Figura 6: Polo Base Tomé Açu.



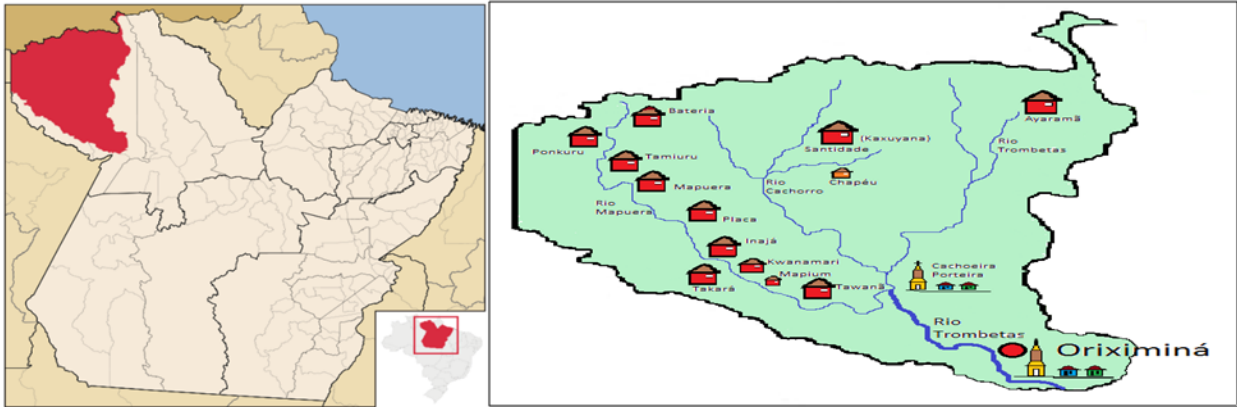
Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Figura 7: Polo Base Paragominas.



Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Figura 8: Polo Base Oriximiná.



Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

3. Aspectos socioambientais

As principais atividades econômicas e de subsistência são variadas mas pode-se destacar a caça, a pesca, a agricultura e a coleta de frutos da floresta. Dentre todas a principal atividade econômica é a plantação da , onde dela é fabricada a farinha que é o principal fonte de alimento na aldeia, como grande parte da população dedica-se ao processo de produção e aperfeiçoamento da mandioca, são muito prevalente as doenças reumatológicas distúrbios osteo-musculares relacionados ao trabalho (DORT) e lesões por esforço repetitivo (LER). Também é feita a produção de artesanatos (arcos, flechas, cestos e colares) para a venda. A maioria dos grupos étnicos tem suas economias fundadas em processos produtivos voltados para respostas à subsistência, obedecendo

calendários e padrões culturais de manejo dos recursos florestais e roças sazonais e típicas do ambiente doméstico e familiar. O ingresso de rendas oriundas das políticas sociais de previdência (aposentadorias) e transferência de renda (bolsa família), tem boa representação na renda geral dos indivíduos e das famílias. Muitos indígenas são assalariados - professores, chefes do posto da FUNAI, agentes de saúde, esses salários também têm grande importância na economia pois supre parte da necessidade de aquisição de bens manufaturados (SIASI 2017).

Nas aldeias a estrutura física é composta principalmente por vias de barro batido, sem calçamento ou iluminação pública, as residências são grande parte compostas por casas de madeira construídas em grande elevação que são construídas dessa maneira pensando em proteção contra animais como onças. Não há abastecimento de água nas casas sendo esse feito através de duas grandes fontes de água que são caixas d'água que recebem tratamento prévio e que estão localizadas em via pública para acesso de todos os moradores porém, mesmo com essas fontes muitos moradores utilizam água da beira do rio (SIASI 2017).

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

Em 1999, uma política de descentralização do atendimento, mediante a assinatura de convênios com prefeituras e instituições da sociedade civil, reduziu a ação direta do Estado e implementou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), gerando alguns resultados positivos. O subsistema de saúde indígena do Sistema Único de Saúde era então gerido pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que, durante anos, foi alvo de denúncias ligadas a corrupção e deficiências no atendimento. O movimento indígena lutou para que a gestão da saúde indígena passasse às mãos de uma secretaria específica, diretamente vinculada ao Ministério da Saúde – demanda que foi atendida pela presidência da República no ano de 2010. Os DSEIs são, atualmente, de responsabilidade da Secretária especial de saúde indígena (SESAI), e foram delimitados a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos.

De acordo com a portaria número 70, de janeiro de 2004 o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; V – Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; VI - A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade. (BRASIL, 2004).

Cada DSEI possui um conjunto de equipamentos que permite a realização do atendimento de casos simples, ficando as ocorrências de alta complexidade a cargo de hospitais regionais, implicando em um aparato para remoção dos doentes (ISU, 2020).

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões.

O CONDISI é composto por:

1 - 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena;

2 - 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar na atenção à saúde indígena das comunidades indígenas adscritas ao DSEI, todos eleitos pelos trabalhadores; e

3 - 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, nos limites de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam.

Por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, ocorre a participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, está garantida a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde. Integrados ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito do DSEI e entre suas atribuições estão: Participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução, avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2020).

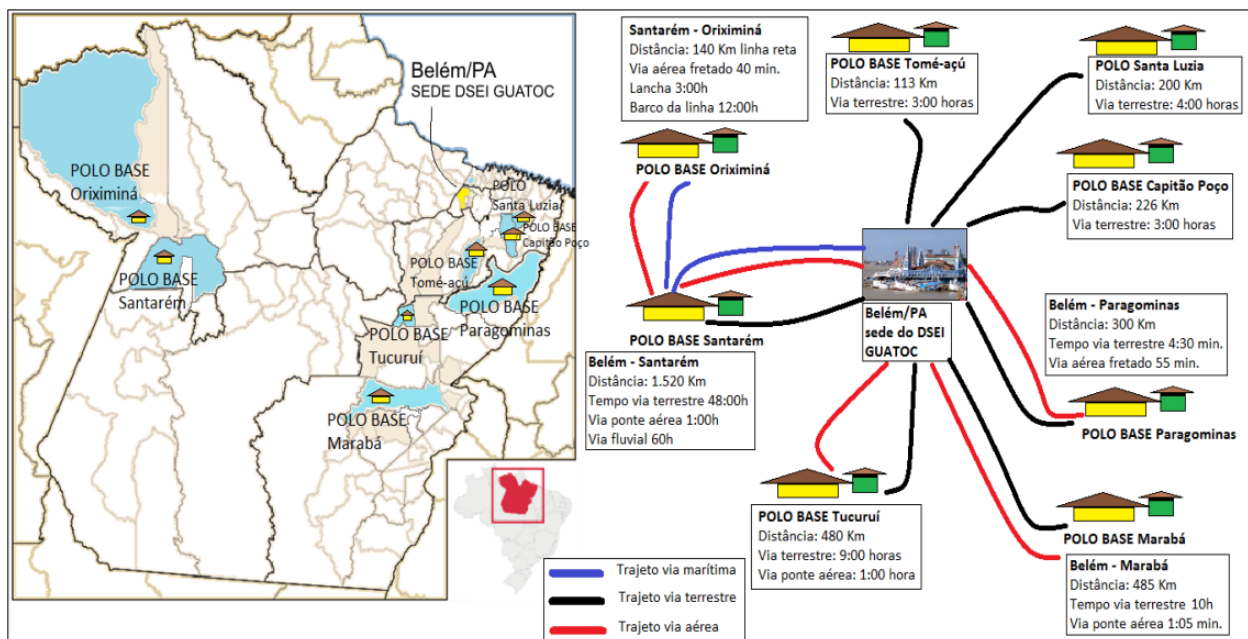
Dentro do território existe grande participação da comunidade de forma constante em grande parte das decisões relacionadas a saúde. Há um conselho local de saúde onde aí a população reúne-se e onde são abordados e

discutidos problemas relacionados à saúde nesse lugar. Quanto a composição dos membros do conselho local, são compostas por líderes locais, caciques, representantes de pequenas associações e os próprios usuários, essas reuniões ocorrem geralmente em espaços informais tal como quadras esportivas ou casas com periodicidade esporádica. As decisões que são tomadas em área passam posteriormente pela avaliação de um conselho local chamado - CONDISI. Todas essas decisões são pautadas, abordadas e discutidas ativamente pelos integrantes do conselho e da população em reuniões que são realizadas de forma ordinária e extraordinária.

Os Polos Base:

Os Polos Base (PB) desenvolvem ações de atenção básica, priorizando os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, com adequações à realidade local e às especificidades dos usuários indígenas. Para isso contam com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam nas unidades básicas de saúde situadas nas aldeias. Os programas desenvolvidos, sob supervisão e monitoramento do departamento de atenção à saúde indígena (DIASI) são: Imunização, Saúde das Mulheres, Saúde das Crianças, Vigilância Alimentar e Nutricional, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites Virais, Saúde Bucal, Controle de Endemias (Leishmaniose e Malária), Saúde Mental, Saúde Sexual e Reprodutiva, Educação em Saúde, Saúde do Homem, Saúde dos Idosos, Saúde das Pessoas com Deficiência, Saúde dos Jovens, Doenças diarreicas e Agravos Monitorados Nacionalmente (Tuberculose, Doenças Transmitidas por Vetores, Doença diarreica aguda, Doenças em Eliminação, entre outras), Educação Permanente, Assistência Farmacêutica, Vigilância Epidemiológica e Vigilância do Óbito. O DSEI Guatoc organiza a atenção a saúde a partir de 07 polos base, conforme apresentado abaixo:

Figura 09: Localização dos Polos Base pertencentes ao DSEI GUAMÁ TOCANTINS.



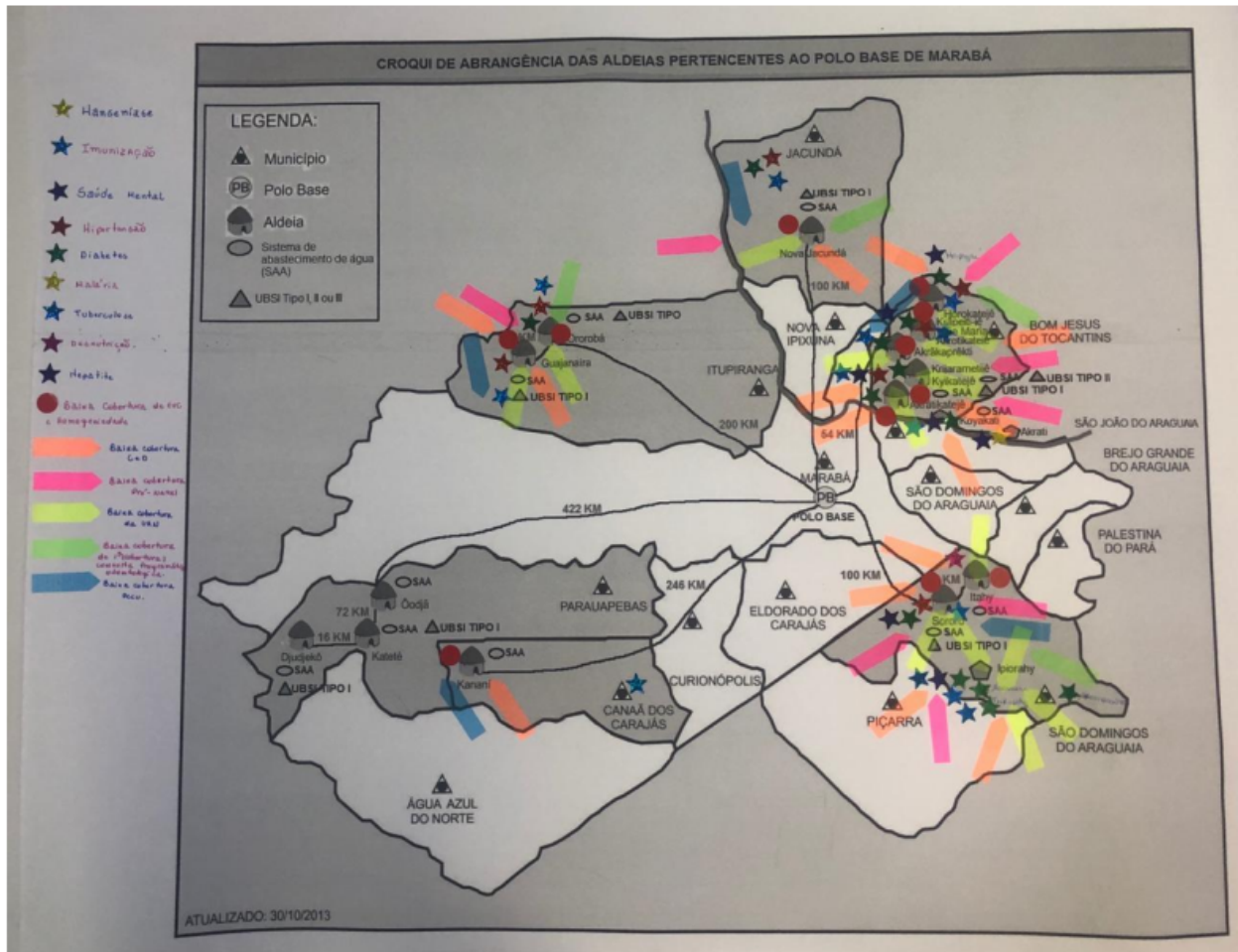
Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Polo Base Marabá e Polo Base Parauapebas:

A partir do ano de 2016, houve um processo de desmembramento do Polo Marabá em dois Polos, quais sejam Polo Marabá e Polo Parauapebas, a fim de que se atendessem, conforme a PNASPI, as particularidades demográficas, étnicas e culturais dos povos desta área de abrangência. No Polo base Marabá existem duas equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem 1 dentista, 7 agentes indígenas de saúde (AIS). O PB e a CASAI Marabá, assim como o PB Parauapebas localizam-se no sudoeste do estado do Pará, no município de Marabá, porém as Terras Indígenas de abrangência estão localizadas em seis municípios próximos: Parauapebas, Bom Jesus do Tocantins, Itupiranga (pertencentes ao PB Parauapebas) e Jacundá, Canaã dos Carajás e São Geraldo do Araguaia (pertencentes ao PB

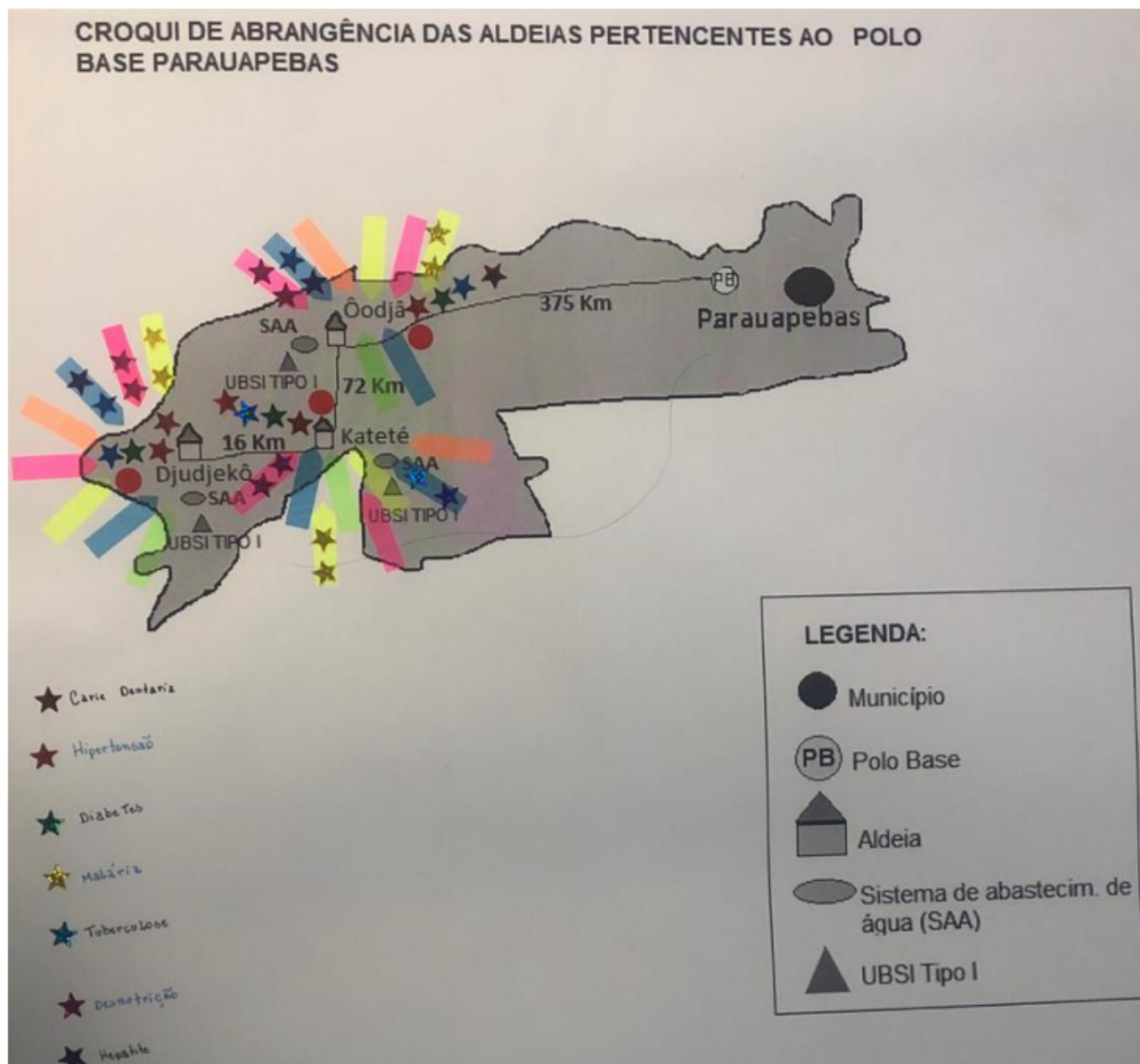
Marabá). Ressaltando que apesar dos dois Polos Base ainda ocuparem a mesma estrutura física já houve a separação dos Polos a nível de gestão e , pois, hoje os mesmos possuem Referências Técnicas distintas que respondem pelos mesmos, assim como, o gerenciamento dos referidos polos que ocorre de forma separada.

Figura 10: Croqui de abrangência das aldeias pertencentes ao Polo base de Marabá.



Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Figura 11: Croqui de abrangência das aldeias pertencentes ao Polo base de Parauapebas.

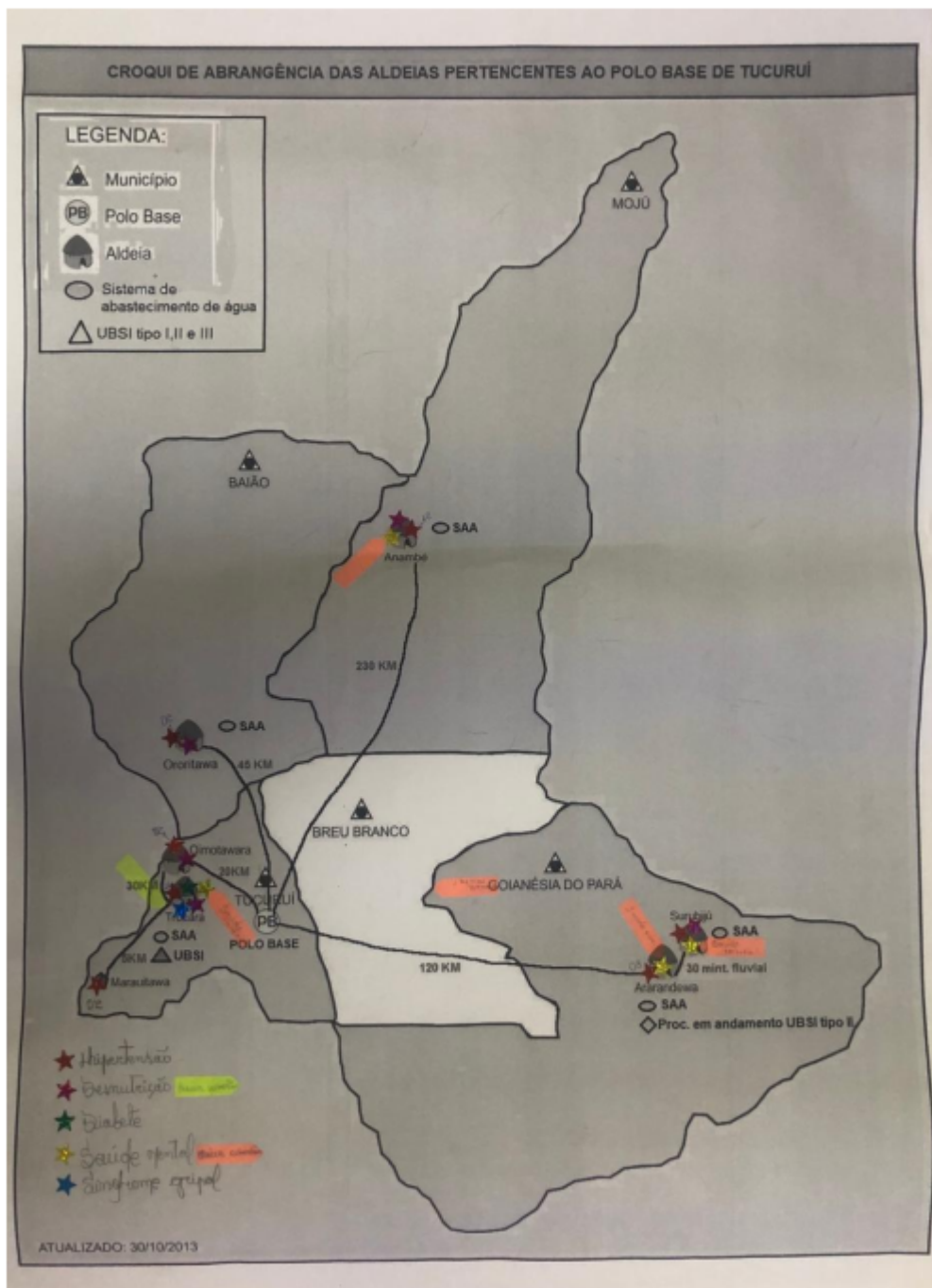


Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Polo Base Tucuuruí

Composição das EMSI: 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem e 2 AIS. Localiza-se no sudeste do Pará, estando a sede do PB e a aldeia Trocará no município de Tucuuruí - PA. No entanto, o Polo Base também coordena os serviços nas aldeias localizadas nos municípios de Baião, Mojú e Goianésia, que, em termos de deslocamento, estão distantes do referido PB, fazendo parte de outras regiões de saúde e contando com uma logística mais dispendiosa e complexa, haja vista os acessos e distâncias de uma aldeia para outra e entre os municípios.

Figura 12: Croqui de abrangência das aldeias pertencentes ao Polo base de Tucuuruí.

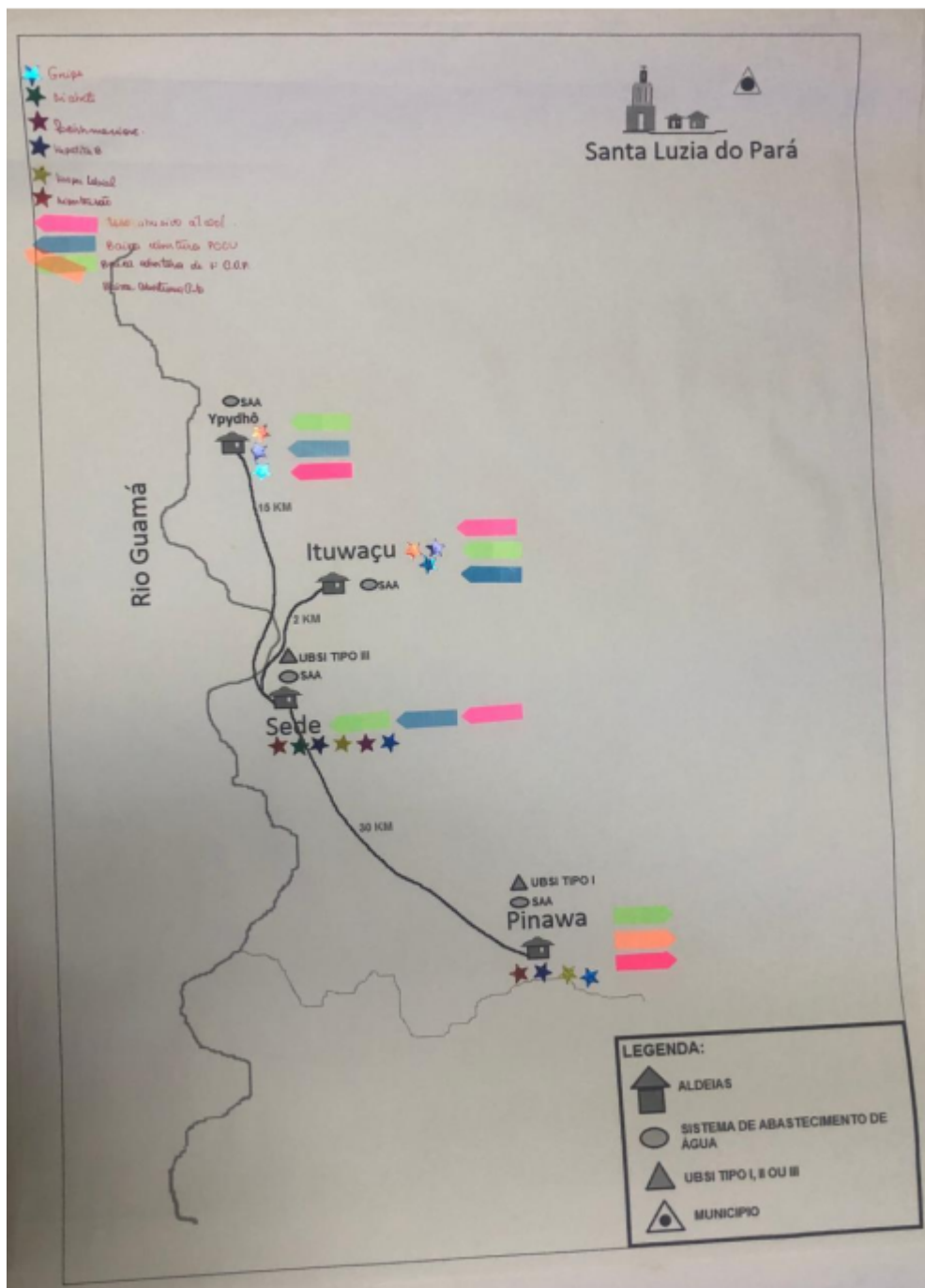


Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Polo Base Santa Luzia

Composição da EMSI com 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 4 AIS. O Polo Base de Santa Luzia está localizado no nordeste do Pará com as terras indígenas e aldeias no município de Santa Luzia do Pará, porém, pela proximidade dos serviços de saúde estes também são atendidos pelo município de Capitão Poço. O PB está dentro das TI na Aldeia Sede, com acesso pelas estradas de Capitão Poço. Trata-se de Polo próximo à capital de Belém do Pará, com 3 horas até a capital. As distâncias de uma aldeia a outra são de 30 minutos de carro e 10 minutos de voadeira no Rio Guamá.

Figura 13: Croqui de abrangência das aldeias pertencentes ao Polo base de Santa Luzia do Pará.

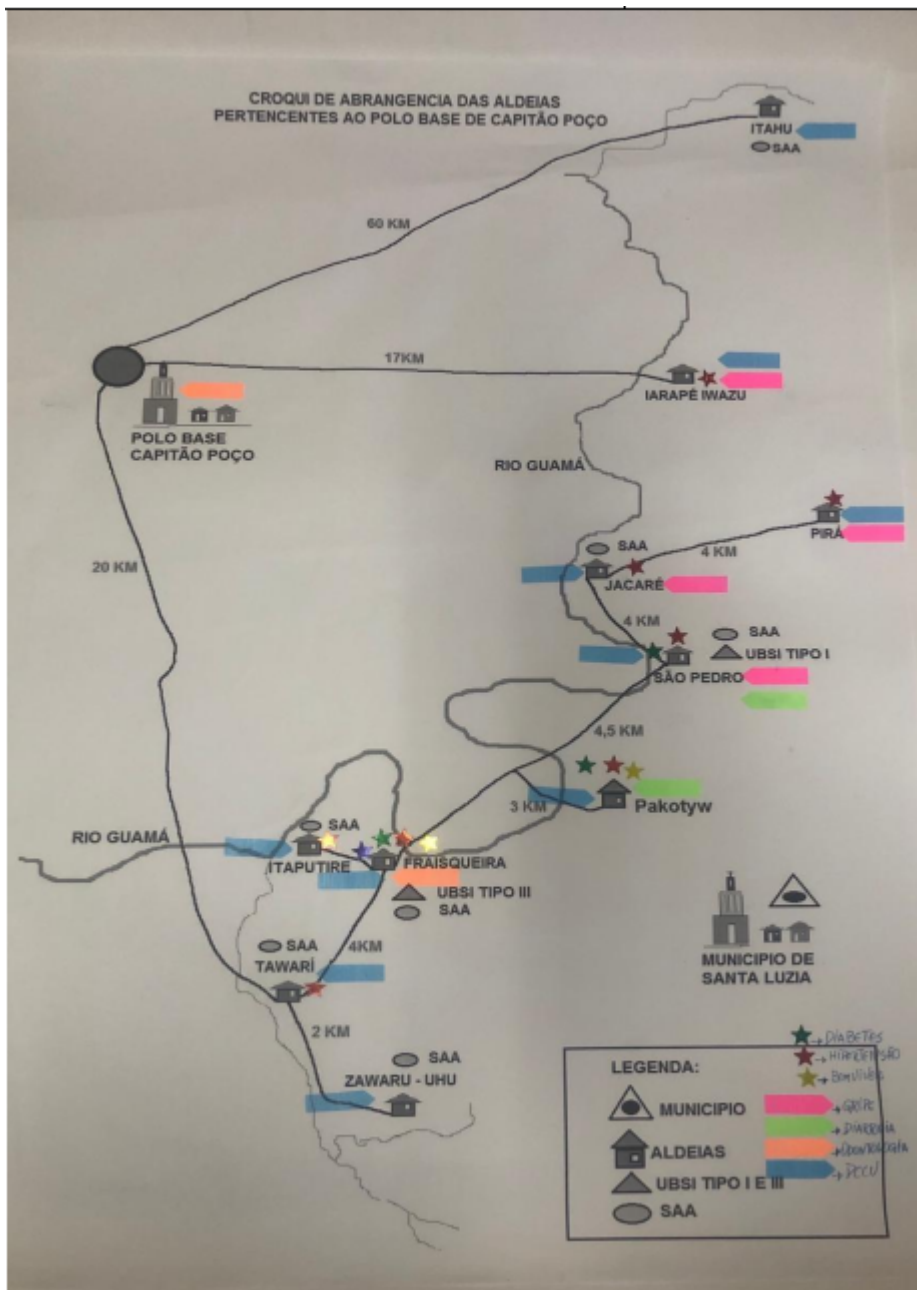


Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Polo Base Capitão Poço:

Composição da EMSI com 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem e 3 AIS. O Polo Base Capitão Poço tem sede no município de Capitão Poço, no entanto, as terras indígenas e as aldeias de abrangência do Polo estão localizadas no município de Santa Luzia do Pará, o acesso às aldeias ocorrem pelas estradas do município de Capitão Poço e pelas estradas do município de Garrafão do Norte e pelo Rio Guamá.

Figura 14: Croqui de abrangência das aldeias pertencentes ao Polo base de Capitão Poço

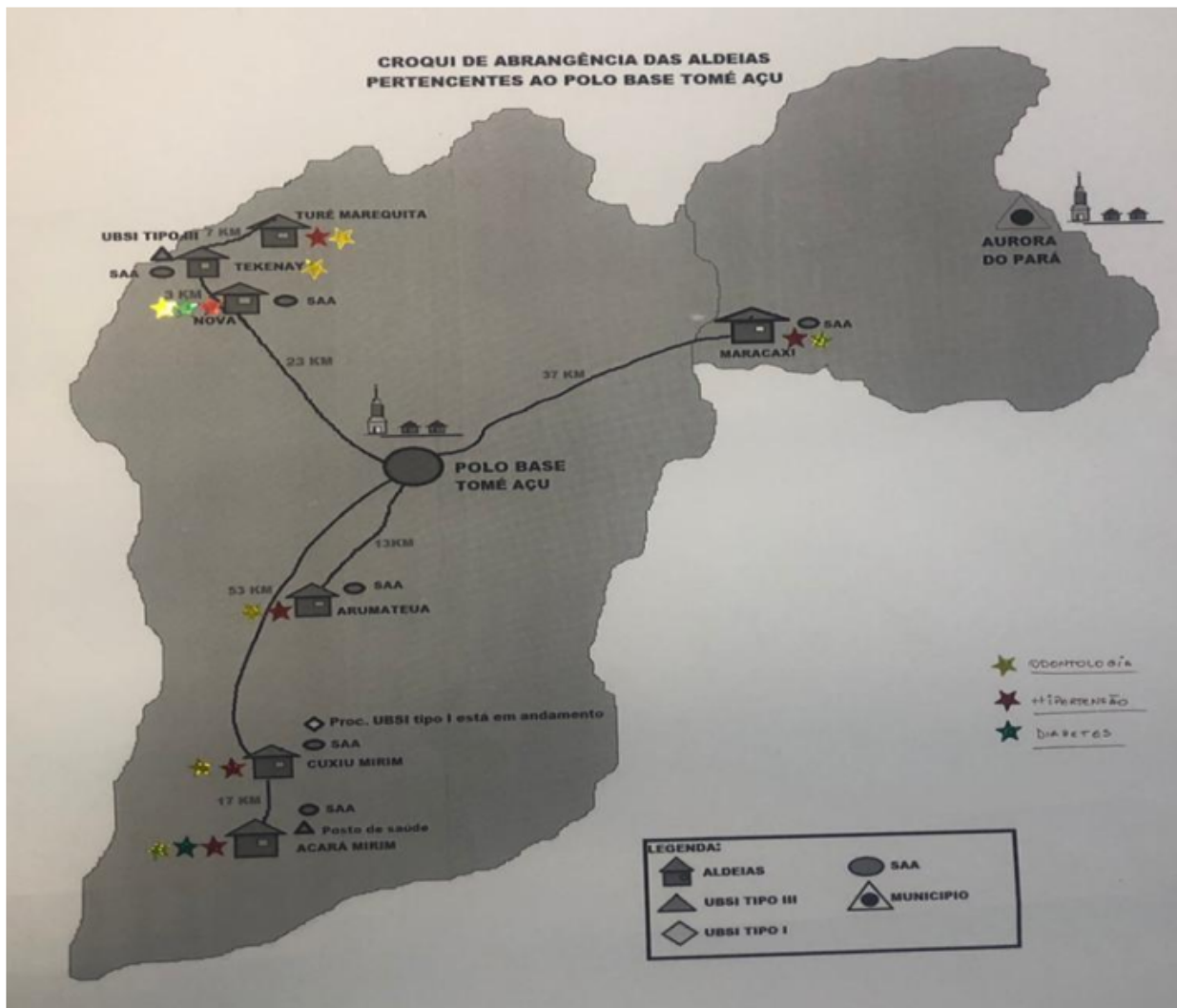


Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Polo Base Tomé Açu:

A EMSI é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 3 AIS. Este Polo Base está localizado no município de Tomé-Açu, à nordeste do estado do Pará. As terras indígenas e 06 (seis) aldeias estão neste município e 01(uma) aldeia no município de Aurora do Pará. A logística é de média complexidade pelo acesso entre uma aldeia e outra e as distâncias entre os municípios. Cabe ressaltar que, no ano de 2019, foram inseridas novas aldeias no SIASI na estrutura do Polo Tomé Açu, no entanto, as mesmas ainda não foram acrescentadas ao croqui do Polo.

Figura 15: Croqui de abrangência das aldeias pertencentes ao Polo base de Tomé Açu.



Fonte: Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019

Polo Base Paragominas:

As 03 EMSI são compostas por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 04 AIS. O Polo Base de Paragominas localiza-se a noroeste do estado do Pará, com a sede do Polo, CASAI e aldeias localizados no município de Paragominas; contudo 04 (quatro) aldeias estão no município de Centro Novo, no estado do Maranhão. Neste Polo, a logística é muito complexa em virtude do acesso por meio de estradas muito deterioradas, rios e longas distâncias entre uma aldeia e outra.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O território recorte que escolhi foi a aldeia de Mapuera, etnia predominante ali é a Wai wai localizada-se as margens do rio Mapuera no estado do Pará. Como critérios de escolha levei em consideração alguns fatores como o fato desse ser o lugar onde estou trabalhando desde o ano de 2019, é onde iniciei minha jornada como médica em meu país e é daqui que partirá todos os meus planos, desafios e metas. Além disso passo a maior parte de meu tempo dentro da aldeia vivendo e convivendo diariamente com a população indígena que ali vive, nesse tempo de convívio posso perceber a realidade do território que é de uma região de baixo nível socioeconômico com uma população vulnerável a inúmeras condicionantes sociais desfavoráveis como ausência de saneamento básico e nível de escolaridade baixo, dessa forma posso identificar os principais problemas para propor ações e atividades que respeitem e sejam adequadas a realidade local. Nesse meu tempo de atuação, já pude conhecer quase que completamente o território, dessa forma acredito poder discorrer de forma mais detalhada e com propriedade sobre todas as circunstâncias, situações sociais e características da população pois muitas são de meu convívio diário, então assim poderei desenvolver meu trabalho com propriedade e clareza. Em segundo lugar levei em consideração o fato de poder obter acesso a coleta das informações, fotos, dados epidemiológicos, demográficos etc diretamente no local, podendo assim enriquecer meu trabalho com uma maior variedade de informações.

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

Os índios que se identificam e são identificados como Waiwai são falantes, em sua maioria, da família lingüística Karib. Constituíram-se a partir de processos seculares de troca e de redes de relações na região do norte do Pará. Em tal rede, são historicamente reconhecidos como especialistas no fornecimento de sofisticados raladores de mandioca, papagaios falantes e cães de caça. Muitos índios que vivem atualmente nas comunidades Waiwai se reconhecem e são reconhecidos por denominações menos englobantes, como é o caso dos Mawayana, Karapawana, e Xerewyana (*yana* designa "coletivo"), entre outros.

Depois de 1950, quando os Waiwai permitiram a instalação da UFM (Unenvangelized Field Mission) – em trabalho conjunto atualmente com a MEVA (Missão Evangélica da Amazônia) – estas expedições passaram a contar com o apoio material (como a disponibilização de motores de popa e até mesmo esporadicamente do avião da missão) e imaterial (como o discurso da salvação evangélica) desta missão. Um dos frutos do contato permanente com a missão – e, aos poucos, com outros agentes não-índigenas, como a Funai e a Funasa, além de contatos esporádicos com pesquisadores e a população ribeirinha, entre outros – foi o uso do termo “Waiwai” para designar não apenas a língua Karib predominantemente falada entre eles, mas também para referir-se ao coletivo como um todo, que eles passaram a chamar de “comunidades Waiwai” (ou Wai-Wai) de tal ou tal lugar. Há aproximadamente 56 famílias que vivem em casas de madeira, sendo poucas construídas em alvenaria.

A língua Waiwai, que pertence à família lingüística Karib, constitui o idioma principal utilizado pelos habitantes das comunidades de Mapuera. Até o início dos anos 2000, havia várias outras línguas também faladas nestas comunidades, cada uma por parentelas de outros índios que se casaram com os Waiwai ou que migraram em massa para conviver com os Waiwai durante a fase de sua centralização em grandes aldeias entre 1950 e 1980. Ainda na década de 1980, além desta língua predominante – a qual todos aprenderam, havia parentelas falando outras línguas Karib (Katuenta, Hixkaryana, Xerew, Karapayana) ou línguas da família lingüística Arawak (Mawayana, Wapixana). Existiam também indivíduos de línguas maternas que se extinguíram ou foram quase esquecidas como os Parukoto, Taruma, Cikyana, além de algumas pessoas de povos vizinhos, que vieram morar com seus esposos Waiwai, falando outras línguas – Makuxi, Tiriyo, Atroari. Hoje a maioria dos jovens que nasce na comunidade de Mapuera fala somente esta língua dominante (ISU, 2020).

Desde a sua chegada em 1949, os irmãos Hawkins, missionários-lingüistas norte-americanos da Unenvangelized Fields Mission (UFM), aprenderam a língua Waiwai, publicaram artigos analisando a sua estrutura e desenvolveram uma ortografia para ensinar aos Waiwai (e aos outros povos que a eles se juntaram) a ler e escrever. Robert Hawkins escreveu lições sobre a língua para outros missionários e traduziu a Bíblia para o Waiwai. Até meados dos anos 80, missionárias-professoras ensinaram a forma escrita de Waiwai e um pouco da língua portuguesa para as crianças nas escolas, e treinaram os alunos mais interessados em serem monitores. Hoje há somente uma missionária que ainda ensina em Mapuera, mas alguns dos monitores que ela treinou agora são professores nas suas próprias comunidades. Em Mapuera há 2 escolas uma de ensino básico com educação fundamental e primário e outra com ensino médio.

Jovens se casam geralmente entre 16 e 24 anos. A aliança tida como ideal é aquela entre primos cruzados atuais e classificatórios. O gênero assume uma série de deveres em relação ao seu sogro – como morar perto de sua família, construir uma casa, preparar uma roça, compartilhar alimentos obtidos na caça e pesca etc. Apenas gradativamente o gênero ganha mais independência ou quando se torna sogro, com o direito de exigir os mesmos deveres. Líderes procuram manter tanto seus filhos quanto seus genros perto de si. Eles necessitam uma esposa e caso ela morra, devem casar-se novamente ou abandonar a posição de liderança.

A partir da década de 1990, algumas comunidades Waiwai (como por exemplo, a de Mapuera), grandes demais para sustentar a população devido à escassez de recursos, começaram a passar por uma fase de descentralização. Desde então, muitos dos povos que moraram entre os Waiwai estão voltando para suas áreas originárias e fundando novas aldeias onde a sua própria língua é dominante. Esse é o caso dos Hixkaryana, Karapayana, Katuenta e Xerew. Os Mawayana, reduzidos a uma meia-dúzia de sobreviventes que ainda sabem falar a sua língua materna, continuam a conviver entre os Waiwai e os Tiriyo (ISU, 2020).

Tais processos de centralização e descentralização ajudam a esclarecer porque a língua Waiwai se transformou em língua franca na região, sendo aquela predominantemente falada nas Assembleias Gerais na região, que começaram a ser organizadas a partir de 2003.

O interesse dos Waiwai em travar relações com diferentes Outros não se limita ao mundo indígena, nem ao mundo não-indígena (ao qual foi se abrindo e tendo cada vez mais contato nos últimos 50 anos), e tampouco se limita ao mundo humano. No que concerne a suas relações atuais com não-índios, há de se mencionar os missionários (sobretudo evangélicos, mas também católicos em Anauá, na TI Wai Wai), os agentes da Funai, Funasa, do MEC, políticos e autoridades locais, ribeirinhos, comerciantes, pesquisadores, além de fazendeiros, garimpeiros, madeireiros e posseiros, dentre os quais alguns são considerados agentes de ameaça e/ou pressão.

Desde sua instalação entre os Waiwai no início dos anos 1950, os missionários introduziram o ensino da escrita como forma de cumprir sua meta de catequese. Consideram este um meio privilegiado para difundir a Bíblia, que eles traduziram na íntegra (o Novo e o Velho Testamento). Em 2001, a UFM International (Pennsylvania/EUA) publica-a em colaboração com a MEVA (Boa Vista/RR) sob o título "Kaan Karitan - A Bíblia Sagrada na língua Uaiuai", que brilha com letras douradas em cada exemplar de capa dura negra, com mais de 600 páginas (em uma primeira tiragem de 4.000 cópias).

São diversos os programas e projetos desenvolvidos entre os Waiwai. Ao lado de programas de formação de agentes indígenas de saúde e de professores indígenas, há projetos de extração e coleta de produtos florestais (como, por exemplo, a castanha), de criação de animais aquáticos e terrestres (como, por exemplo, o gado), de gerenciamento e processamento de produtos para renda (como, por exemplo, o artesanato), de proteção e vigilância territorial (alguns em parceria com outros agentes indígenas, como por exemplo, os Waimiri-Atroari), entre outros.

O ciclo anual waiwai se alterna entre a época seca e a época chuvosa, sendo a primeira farta em comida e vida coletiva, e a segunda, ao contrário, marcada pelos recursos mais escassos, fazendo com que as famílias waiwai se dispersem em roças mais distantes.

Em função deste ciclo, mas também pelos problemas decorrentes das grandes concentrações populacionais, as roças se dividem em dois tipos: aquelas situadas perto da aldeia e as mais distantes. Nestas últimas, muitas famílias passam boa parte da época chuvosa, assim como recorrem a elas quando os recursos perto da aldeia não são suficientes para todos.

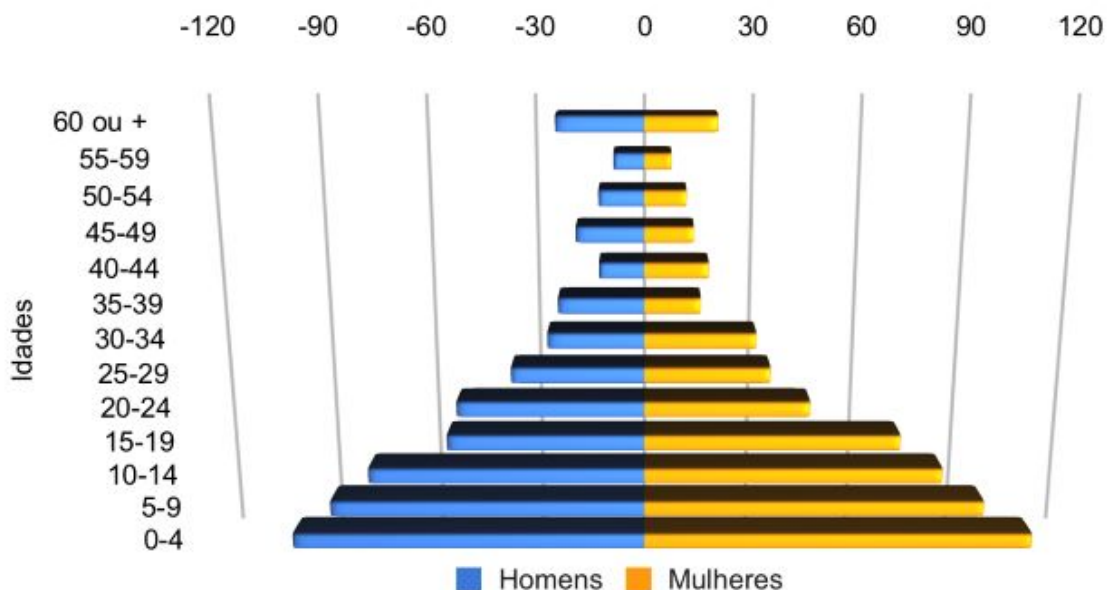
As roças são preparadas (abrindo-se o espaço pela derrubada, queima e limpa) entre agosto e setembro, quando acaba o período das chuvas, e o plantio é feito entre janeiro e março, em trabalho realizado de forma comunitária. As principais espécies plantadas são: algodão, abacaxi, banana (diversas espécies), cana-de-açúcar, mamão, tubérculos como cará e batatas (diferentes tipos) e, sobretudo, a mandioca brava, da qual fazem, após extrair a toxina, o beiju, farinha e bebidas de tapioca (goma).

Além da agricultura de coivara, suas atividades de subsistência se baseiam na caça, na pesca e na coleta de produtos silvestres. Os principais produtos da caça são: anta, veado, porco do mato, macaco (coatá, guariba, prego), mutum, jacamim, cutia, paca, tatu, jabuti, tucano, araras etc. As aves são também caçadas por sua plumária, pois as penas são utilizadas no artesanato. Desde os anos 1950, os homens waiwai se acostumaram a caçar com espingardas, mas, quando falta munição, seguem usando arcos e flechas, estes também na pesca. Os peixes mais comuns são: trairão (aimara), surubim, pacu, piranha, etc. A coleta traz importante complemento na alimentação, em que se destacam: cajus silvestres, açaí, buriti, pupunha e nozes, principalmente, a castanha-d-pará. A castanha é coletada principalmente para ser comercializada, assim como são a farinha de mandioca, canoas e produtos de artesanato. Com o dinheiro destes produtos vendidos, os itens mais comprados são: motores de popa, roupas, anzóis, linha, munição, sabonete, sal e redes industrializadas.

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

Distribuição da População:

Quadro 1. Pirâmide etária da aldeia de Mapuera. 2018



Fonte: Relatório epidemiológico da UBSi da aldeia de Mapuera, 2018.

Em relação a pirâmide etária, existe um predomínio da população jovem, com uma base alargada, pelo crescimento vegetativo que a região vem apresentando, o que também é um reflexo da alta taxa de fecundidade e natalidade neste território, conforme o quadro 2 nos apresenta, com um ligeiro aumento na população maior a 60 anos. A maior parte da população é composta pela etnia Wai wai sendo pouco representativa a presença de pessoas não indígenas.

Quadro 2. Principais taxas da aldeia de Mapuera

Taxa de Natalidade	24,02 por 1000 indivíduos
Taxa de Fecundidade	7,1 %
Taxa de crescimento Anual	15,37 %
Taxa de mortalidade Geral	3,65 por 1000 indivíduos

Fonte: Relatório epidemiológico da UBSi da aldeia de Mapuera, 2018.

População predominante de crianças e jovens. Em comparação com pirâmide do Brasil, a aldeia de Mapuera tem altas taxas de fecundidade e natalidade, um aumento da população idosa e com uma transição demográfica e envelhecimento populacional.

Quadro 3. Principais indicadores de saúde mortalidade infantil,

mortalidade em menores de 5 anos e seus componentes, 2018:

Mortalidade Infantil	14,88
Mortalidade menores 5 anos	2,93

Fonte: Relatórios epidemiológicos da UBSi de Mapuera, 2018.

A mortalidade materna no ano de 2018 foi de 1 (uma) morte no total de 324 mulheres sexualmente ativas, os partos na maioria são localizados em dentro dos domicílios, com auxílio dos familiares e das parteiras, o tipo mais frequente é de na posição de cócoras, mas também se encontra tipos como parto natural e cesárea quando há complicações no parto ou por desejo materno.

Principais Indicadores de Saúde:

Quadro 4. Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes, por 1000 nascidos vivos, Aldeia de Mapuera:

CMI	53,33
CMI Neonatal	13,33
CMI Pós neonatal	40

Fonte: Relatórios epidemiológicos da UBSi de Mapuera, 2018.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil - CMI é considerado um excelente indicador do nível de saúde de uma população e o seu monitoramento permite avaliar alterações ocorridas ao longo do tempo (SIN, 2020). O coeficiente de mortalidade infantil é de 53,33 sendo que há predomínio no componente pós neonatal o que é reflexo das baixas condições socio ambientais da aldeia.

Mortalidade Materna: A mortalidade materna foi de 1 morte dentro do total de nascidos vivos totalizando 40 por mil nascidos vivos. Os partos geralmente são realizados nas casas e feitos por parteiras e muitas vezes por membros da própria família, a posição mais comum de nascimento é a posição de cócoras. Aquelas que apresentam complicações obstétricas são encaminhados ao hospital de referência em Oriximiná, cujo acesso só é realizado por via aérea.

Informações Nutricionais: Existe uma tendência ao aumento de doenças crônicas no território pela introdução gradativa de alimentos industrializados e do estilo de vida sedentário que está começando a tornar-se comum, mas ainda assim predominam a existência de doenças infecto contagiosas principalmente em crianças pré escolares e escolares. De acordo informações do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) crianças na faixa etária de menores de 5 anos em 2016, muito baixo peso para idade) foi de 0,6%, baixo peso para a idade 1,32%, peso adequado para idade 97,16% e peso elevado para idade 0,82%. As taxas de ocorrência de doenças crônicas mais frequentes e que agrupam os problemas mais comuns, doenças infecciosas e parasitárias (25,2%), dermatoses (10%), digestivo (2,9%) e respiratórias (42%). A maior frequência de diagnósticos ocorre na faixa etária de 0 a 4 anos correspondendo a 26% no total. Em adultos acima de 20 anos, doenças do Aparelho Respiratório (17,2%), infecciosas e parasitárias (29,9%), aparelho Digestivo (14,7%), sistema Nervoso (1,7%), dermatoses (6,2%), diabetes mellitus tipo 2 (0,18%) e hipertensão (0,9%) com prevalência em constante crescimento principalmente pela composição de população jovem e hábitos alimentares inadequados como consumo de alimentos industrializados e sedentarismo.

Saneamento Básico: Não há saneamento básico na aldeia ou rede de esgoto ou local adequado para deposição de resíduos orgânicos, condição que agrava o aumento de doenças infecto contagiosas transmitidas por via fecal-oral. A coleta de lixo é inadequada os resíduos são descartados no ambiente ou queimados não há um local específico para o descarte. A aldeia não possui rede de distribuição hídrica sendo a água armazenada da chuva nas casas em caixas d'água domiciliares ou através de caixa d'água de acesso público localizada na região central da aldeia. Há uma tentativa de sensibilização da comunidade pela equipe de saúde através da educação quanto a deposição de lixo e de medidas de higiene através de orientação nas visitas domiciliares e de educação em saúde promovida através de projetos de saúde.

Sistema de Informação: O principal sistema que é utilizado é o SIASI (Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena) que gerencia os dados epidemiológicos de todo o DSEI, polo e aldeias pertencentes. O serviço de informação do DSEI GUATOC trabalha com dois principais sistemas de informação: o SIASI que é específico da saúde indígena, e em paralelo utiliza as bases do sistema nacional de informação em saúde do Ministério da Saúde (Sistema Mortalidade - SIM e Sistema de Nascidos Vivos - SINASC). As bases do SIM e SINASC foram implantadas com o objetivo de atender uma necessidade do fluxo estadual da informação, uma vez que, a população indígena que é atendida pelo distrito encontra-se diversos municípios do estado. Toda informação é consolidada no distrito e depois é encaminhada à diretoria de saúde indígena da FUNASA, à Secretaria Estadual de Saúde que responsabiliza-se em alimentar os sistemas municipais de saúde onde desenvolve-se as ações do distrito. Os dados deste trabalho de pesquisa são originários das bases desses bancos de informação implantados no DSEI. A partir de sua implantação em 2000, esses dois sistemas vêm aprimorando os registros de óbitos (DO) e nascimentos (DN), garantindo assim uma melhor cobertura..A operacionalização do sistema de informação no DSEI-GUATOC ocorre da seguinte forma: na aldeia, no nível de atuação do agente indígena de saúde, as informações de morbimortalidade são anotadas em boletins que são encaminhados periodicamente. Dependendo da gravidade do agravo, a notificação é comunicada via rádio ao setor de epidemiologia da coordenação de saúde do DSEI. Este setor processa as informações diretamente nas bases do SIM e SINASC e as repassa às áreas técnicas para a tomada de decisão.

Programas De Saúde Desenvolvidos No Território:

Contamos com os programas de saúde da criança e do adolescente de 0 a 12 anos, com população aproximadamente (148), ações como puericultura com avanços em comparativo com ano anterior foi aumento de 12% nos atendimentos e acompanhamento odontológico. PNI (Programa Nacional de Imunização) atendendo de forma programada, campanhas de vacinação acima da meta preconizada de 80% ou seja, 989% foram vacinados na faixa etária 0 a 14 anos. Programa da Saúde da Mulher que tem população total de 435 indígenas de faixa etária 15 a 59 dentre elas realizaram 88 controles preventivos em 2018 e gestantes que conta com média de 65 gestantes anualmente, ações como pré-natal com cobertura de 98% com 112 atendimentos mensalmente. Programa da saúde do homem, com população masculina de 219 com faixa etária de 18 a 59 anos, cobertura mensal de 42 atendimentos e visitas domiciliares, O programa de saúde HIPERDIA, com total de 12 hipertensos e 4 Diabéticos Mellitus 2) com atendimentos mensais pela equipe de saúde. A incidência parasitária anual foi de 16,9% considerada médio risco. O programa de saúde Mental realizando ações e estratégias de atenção psicossocial as populações indígenas, proporcionando a prevenção e a diminuição de agravos. Em 2018 foram registrados 1 óbito por suicídio, redução de 100% em comparação com ano anterior (SIASI, 2017). O Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, um dos eixos da saúde é o reforço das ações de alimentação e nutrição, entre esses a suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de vida, observa-se que os percentuais de coberturas da aldeia são bons, havendo a necessidade de estes manterem iguais e/ou superiores as metas.

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

O Brasil registrou 186.624 internações hospitalares por diarreias de origem infecciosa presumível, no ano 2012, com taxas por 100.000 habitantes variando entre as regiões brasileiras, chegando a 205,0 na região norte, 151,7 no nordeste, 83,9 no centro-oeste, 55,7 no sul e 43,1 na região sudeste. Dados apontam que a probabilidade de crianças menores de um ano serem hospitalizadas ou morrerem por doença diarreica aguda é pelo menos quatro vezes maior nas microrregiões localizadas no norte e nordeste brasileiro, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram em 2009, taxas de mortalidade superiores a da Região Sul devido, principalmente, aos indicadores socioambientais relacionados à pobreza e ao saneamento básico (BÜHLER et al., 2014).

QUADRO 1. Problemas e Determinantes

Qual é o problema?	Como acontece?	
	Mudanças no modo de viver	Alterações no Meio Ambiente
Prevalência de doenças infecto-parasitárias por transmissão fecal-oral principalmente a diarreia aguda.	Ingestão de água não tratada de rio.	Poluição dos rios a beira da aldeia.
O número de consultas referente a doenças infecto-parasitárias por transmissão fecal-oral tem aumentado consideravelmente.	Manejo inadequado da água nas residências.	Dificuldade de obtenção de água tratada.
A criança com diarreia não apresenta crescimento ponderal adequado.	A reidratação oral não é iniciada de forma precoce pelo desconhecimento da população de seus benefícios prejudicando o crescimento podendo estarural.	Aumento da população na aldeia e oferta de água tratada insuficiente.
A utilização dos serviços de referência por desidratação grave causado por diarreia tem aumentado.	Anemia crônica	Utilização dos rios para depósito de fezes humanas.
	Aumento da utilização dos serviços de saúde de emergência.	Utilização da água do rio como fonte primária de água.
	Uso de banheiros a céu aberto.	

QUADRO 2. Plano de Soluções para a prevalência de doença diarreica aguda na aldeia Mapuera.

Aldeia		POLO BASE	DSEI	OUTROS SETORES
Ações Individuais	Ações Coletivas			

Acompanhar o estado de hidratação das crianças. Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças. Monitoramento de Doenças diarreicas.	Identificar junto a comunidade as causas de diarreia em crianças.	Organização das ações de saúde e prover subsídios para tal.	Apoiar com utilização de recursos financeiros as palestras e seminários para a equipe de saúde.	Incentivo a criação de banheiros públicos pelas lideranças.
Utilização de anti-helmínticos regularmente para todos as crianças assintomáticas com fatores de risco.	Propor ações de educação permanente com os profissionais de saúde da equipe de saúde. Profilaxia com anti-helmíntico anual para todas as crianças a partir de 1 ano de idade.	Monitoração das crianças com diarreia e desidratação.	Prover ao polo base os insumos necessários.	Construção de rede de esgoto
Fortalecer as ações de prevenção nas consultas médicas e de enfermagem.	Realizar palestras junto a comunidade sobre as principais causas de diarreia. Realizar mini curso de capacitação para AIS e AISAN sobre identificação precoce de casos de diarreias agudas.	Vigilância permanente das crianças.	Capacitação para o diagnóstico e intervenção.	Discussão sobre as modificações da qualidade da água do rio.
Examinar se a criança tem outras doenças junto com a diarreia.	Explicar nas escolas junto aos alunos e professores sobre diarreia e suas complicações.	Acompanhar os desidratados e avaliar a necessidade de referência.	Receber, organizar e tratar informações de vigilância a saúde.	Construção de mais cacifas públicas com água tratada.
Incentivar o aleitamento materno.	Estudar junto a liderança sobre as causas da contaminação da água. Capacitar AIS e AISAN sobre a importância do aleitamento materno na prevenção de diarreia aguda.	Informar a sede do DSEI sobre o diagnóstico de diarreia e sua abrangência.	Articulação com outros setores.	
Vigilância permanente .	Realizar mapeamento das crianças com diarreia.	Explicar o manejo da água adequado com ajuda dos profissionais.	Melhorar a contra referencia .	
Investigar a presença de sinais de desidratação.	Orientar a comunidade sobre o adequado manejo da água.	Prover insumos necessários para o tratamento de diarreias agudas	Acompanhar as crianças encaminhadas dentro da rede de atenção.	

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

Tenho claro que o ‘problema’ escolhido é de fato um problema para a comunidade?

A síndrome diarreica aguda é uma das doenças mais observadas em consultas na atenção básica no dia a dia. Além disso, suas complicações se não tratadas de forma precoce podem levar ao óbito (a exemplo, a desidratação).

Em 2015, no Brasil, ocorreram 135.652 internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, sendo a maioria na faixa etária de 1 a 4 anos (25,1%), seguido pela faixa etária de 5 a 9 anos (10,6%). Na faixa etária de 20 a 29 anos foram observadas 10.272 internações por estas doenças, enquanto nas faixas etárias mais elevadas este número se manteve em média a 8.487 internações. Além disso, neste mesmo ano foram observadas 3.736 mortes devido diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (BRASIL, 2017).

A população, que é em sua grande maioria formada por pessoas com baixo nível de escolaridade, baixa renda familiar e condições de moradia inadequadas não apresentam acesso a água tratada, fazendo uso de poços artesianos ou da água do rio. Há também trabalhadores da lavoura que não conhecem ou não fazem uso das medidas higiênicas corretas para não contaminar os alimentos.

Tenho informações provindas de uma ‘rede explicativa’ bem refletida e organizada?

A rede explicativa foi desenhada baseada em informações pertinentes a realidade atual da comunidade utilizando dados colhidos diretamente da unidade básica de saúde da aldeia, é um reflexo do estado atual e do panorama de saúde da população tendo sido identificado previamente que um dos principais agravos na população pediátrica no território são pela síndrome diarreica aguda visto a grande demanda de consultas por essa causa.

Dessa maneira, o problema a ser trabalhado neste projeto de intervenção é a prevenção de doenças digestivas transmitidas através da água ou alimentos contaminados, uma vez que estes são um problema de fácil resolução, espera-se que as ações de educação em saúde que abordem medidas de higiene, reduzam o número de pessoas com doenças diarreicas. Este problema pode ser facilmente abordado pela equipe de saúde, sendo possível que todos da equipe ofereçam informações aos usuários.

Quem vai se beneficiar da atividade que será planejada?

De forma geral haverá um benefício global para a população, mas a população pediátrica será a mais beneficiada por ser o grupo alvo. Haverá uma redução no número de consultas motivadas por síndromes diarreicas bem como por todas as doenças de transmissão fecal-oral.

Qual o objetivo específico da atividade? O que queremos discutir e refletir?

O principal objetivo é de orientar a população da relação entre as atitudes e os fatores de risco que levam as crianças a ficarem doentes, focando nas atividades de ensino e conscientização que serão dirigidas principalmente aos pais e cuidadores das crianças. Busca-se a melhoria da qualidade de vida da população do território diminuindo a morbimortalidade por síndrome diarreica, aumentando o conhecimento sobre a doença e suas complicações.

Qual a melhor forma ou estratégia para realizar esta atividade?

Utilizaremos múltiplas abordagens com o intuito de consolidar as ações de diferentes formas na comunidade em uma ação longitudinal que utiliza tantos meios expositivos, dramatização e oficinas lúdicas. São fundamentais para o êxito do presente plano a identificação dos recursos e a articulação política e para viabilizá-los. E assim, conseguir espaços nas escolas e meios de divulgação, alinhamento com Secretarias de Saúde e Educação, aquisição de recursos para estruturação do serviço e organização de cronograma de atividades visando o êxito das atividades planejadas.

Quais materiais e recursos são os mais apropriados?

Dentro do contexto da comunidade, devido a uma difícil logística no acesso e dificuldades para conseguir

insumos, utilizaremos materiais e recursos que temos a mão na própria aldeia e alguns doados por integrantes da equipe de saúde.

Recursos Necessários:

- ♦ Conjunto multimídia;
- ♦ Material de escritório;
- ♦ Câmera fotográfica ;
- ♦ Lanches e brindes.

Quem poderá colaborar com a atividade?

Utilizaremos todos os membros da equipe de saúde; Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista e AIS. Também é de nosso interesse que haja participação de conselheiros, rezadeiras e lideranças locais.

As atividades serão desenvolvidas pelos seguintes profissionais:

- ♦ Agentes Comunitários de Saúde: Realizarão visitas domiciliares diariamente;
- ♦ Técnicas de Enfermagem: Conversas na unidade de saúde durante o acolhimento;
- ♦ Médica e Enfermeira: Palestras mensais;
- ♦ Conselheiros, rezadeiras, lideranças locais: uma palestra mensal.

Onde ela poderá ser realizada? Qual a melhor época?

Terá início imediato pois a doença não tem sazonalidade, quanto mais cedo houver o início melhor serão os resultados. Serão realizadas atividades pelo período de 12 meses iniciando do mês de janeiro de 2021 em diferentes locais de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1 - Cronograma de atividades

Atividades	Período de Realização	Responsável
Criação e objetivos do projeto	Janeiro 2021	Equipe de Saúde Indígena
Visitas domiciliares	Diariamente	Agentes de saúde indígena
Conversas na sala de acolhimento	Diariamente	Técnicos de enfermagem
Palestra 1	Fevereiro de 2021	Médica
Palestra 2	Março de 2021	Enfermeira
Oficina lúdica 1	Abril de 2021	Agente de saúde indígena
Palestra 3	Maio de 2021	Médica
Palestra 4	Junho de 2021	Enfermeira
Palestra 5	Julho de 2021	Médica e Enfermeira
Rodas de conversa	Agosto de 2021	Toda a equipe
Sessão filme	Setembro de 2021	Dentista
Oficina lúdica 2	Outubro de 2021	Agente de saúde indígena
Palestra 6	Novembro de 2021	Médica
Sessão filme 2	Dezembro de 2021	Dentista

Legenda: Palestra 1 - Conhecendo os fatores de risco da DDA; Palestra 2 - A importância da lavagem de mãos; Oficina lúdica 1 - Teatro com bonecos para as crianças; Palestra 3 - DDA uma ameaça à vida das crianças;

Palestra 4 - Como higienizar corretamente os alimentos ; Palestra 5 - Conhecendo as doenças de transmissão digestiva; Rodas de conversa - O que sabemos sobre DDA?; Sessão filme 1 - Manejo correto do lixo; Oficina lúdica 2 - Teatro com boneco para crianças; Palestra 6 - Importância do soro de reidratação no tratamento das DDA; Sessão filme 2 - Como tratar a água para consumo em casa.

Critérios de inclusão:

- Todas as mães das crianças de 0 a 5 anos de idade da aldeia de Mapuera.

Critérios de exclusão:

- Pessoas que não aceitem formar parte da investigação por qualquer motivo.
- Pessoas que apresentem alguma condição ou doença que impossibilite sua participação.
- Pessoas que se encontrem fora de área no momento do início da investigação.

Metodologia: oficinas lúdicas; rodas de conversa; teatros e dramatizações; sessão filme; exposições orais.

- ♦ Rodas de conversa: a proposta é incentivar os pais a expor suas expectativas, medos e angústias em relação as doença diarreica, e sanar suas dúvidas e esclarecer pontos como as formas de transmissão, contágio e o tratamento dessas condições.
- ♦ Teatros e dramatizações: utilizando a técnica de *role playing*, as crianças juntamente com os pais serão convidadas a dramatizar as situações vivenciadas e propostas pela equipe, com finalidade de sensibilizar as integrantes. Nesse espaço, contaremos com os Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.
- ♦ Sessão filme: também serão exibidos filmes que envolvam a temática proposta pelo grupo para subsidiar a discussão nas rodas de convers
- ♦ Exposições orais: serão realizadas pelos profissionais da unidade: médico e enfermeira.
- ♦ Oficinas lúdicas: De caráter informativo, as oficinas visam aumentar o nível de instrução dos pais quanto à forma de prevenção de doenças diarreicas como seus meios de transmissão.

Resultados esperados:

- ♦ Ao finalizar o projeto de intervenção espera-se que ocorra a melhoria da qualidade de vida, através da melhor disponibilidade de informações e posteriormente com o aumento do conhecimento da comunidade sobre as doenças diarreicas e seus fatores de risco.
- ♦ Espera-se também a redução do número de consultas por doença diarreica aguda em crianças.
- ♦ Qualificar o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos Agentes Indígenas de Saúde nas visitas domiciliares.

Para avaliar o alcance das metas utilizaremos ao final do projeto um questionário feitos com perguntas e respostas sobre os principais aspectos sobre as DDAS. Tais questionários serão compostos de 10 perguntas simples com respostas objetivas. Será considerado satisfatório se pelo menos 80% das participantes obterem nota 6/10 no questionário. Além disso o questionário contará com uma área livre para que participantes externem sua percepção sobre o projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso foi de enorme valia em minha atuação profissional em área, ao passar dos capítulos quase sempre podia correlacionar o que era estudado na teoria com minha prática diária. Durante o processo de estudo do curso pude notar a minha percepção quanto ao indígena de forma que ao adquirir uma visão global sobre onde e quem são os indivíduos pude valorizar sua história e sua cultura ajudando a compreender suas doenças e queixas. Soma-se a essa percepção a abordagem através do enfoque no território, onde ele vive e todos os aspectos que influenciam em sua saúde, aspectos que usualmente não são observados nos cursos de graduação que focam mais no organismo biológico e também não nos são passados ao começar a trabalhar em área. O curso coloca o indígena como protagonista da saúde e como não somente um indivíduo passivo ao tratamento médico, mas também como um ator ativo nos processos de cura e tratamento sendo sempre um colaborador nos conhecimentos. Para nós profissionais de saúde que estamos atuando diretamente com os usuários indígenas o curso amplia nossos horizontes com conhecimentos passados por professores e pessoas que já possuem conhecimento prévio por terem atuado in loco. Em minha prática havia pouca atenção quanto aos aspectos da cultura local, dávamos sempre prioridade ao que referia-se a doença orgânica deixando a cultura local em segundo plano, com o curso ampliou-se a visão da necessidade de deixar a cultura local como um aspecto relevante a saúde. Também houve uma maior percepção da necessidade do ensino-aprendizado entre os membros da equipe de saúde principalmente nas práticas de ações preventivas, bem como a necessidade do trabalho em conjunto e sintonia constante da equipe, valorizando o conhecimento prévio e a formação específica de cada membro. Além desses aspectos pude observar o território como uma região onde as condicionantes de saúde são múltiplas como o baixo nível socio-econômico, baixo nível de escolaridade, infra-estrutura precária entre outras. Acredito que reconhecer esses aspectos trazem a mim como médica uma visão ampliada e abrangente sobre a saúde indígena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Controle Social. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/artigos/676-assuntos/saude-indigena/404-5-controle-social>>. Acesso em 01 Abr 2020.vv
2. BRASIL, D. MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA- BRASIL. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def>>. Acesso em: 29 Jan. 2021.
3. BRASIL, Portaria N. 70, de janeiro de 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0070_20_01_2004.html>. Acesso em 29 jan. 2021.
4. DIVISÃO DE ATENÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA GUAMÁ TOCANTINS (DSEI GUATOC). Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DSEI Guamá Tocantins) 2016-2019
5. ISU, Saúde dos povos Indígenas, 2020. Disponível em: < https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena>. Acesso em: 29 Jan. 2021.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional Dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=00394544010300&VEstado=15&VNome=DISTRITO%20SANITARIO%20ESPECIAL%20INDIGENA%20GUAMA%20TOCANTINS> Acesso em 05 fev 2020.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Distritos Especiais Sanitários Índigenas (DSEIS). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>> Acesso em: 05 fev 2020.
8. SIASI. Relatório de Gestão 2017. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-2017-versao-sistema-TCU.pdf>> Acesso em 09 fev 2020.
9. SIM. Mortalidade Infantil Dificuldades Na Análise. Disponível em <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Publicacoes/Mortalidade_Infatil-Dificuldades_analise_tendencia.pdf>. Acesso em 30 Ago 2020.