



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DUILLO SOUSA FREITAS

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO POLO BASE MONSENHOR  
TABOSA: DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ.

SÃO PAULO  
2021

DUILLO SOUSA FREITAS

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO POLO BASE MONSENHOR  
TABOSA: DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ.

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: SELMA APARECIDA CHAVES NUNES

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

Situado na Região Nordeste, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará fica localizado no estado do Ceará e é formado por 09 polos bases (Polo Base de Aquiraz, Polo Base de Aratuba, Polo Base de Caucaia, Polo Base Tremembé, Polo Base de Crateús, Polo Base Poranga, Polo Base São Benedito, Polo Base Monsenhor Tabosa e Polo Base Pitaguary), com uma população de 27.128 indígenas de 22 etnias. De acordo com os dados do DSEI-CE, o Polo Base de Monsenhor Tabosa tem uma população total de 4.757 índios, sendo 3.995 no município de Monsenhor Tabosa, 449 no de Boa Viagem e 313 em Tamboril. A etnia Potyguara tem 2.612 indígenas, a Tabajara 1.816, a Tubiba - Tapuia 243 e a Gavião 86, distribuídos em 36 aldeias, 34 na zona rural e 2 na zona urbana. Dos 3.388 indígenas, acompanhados pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, (50,88%) são do sexo masculino, já em relação às faixas etárias, (14,3%) estão entre 0-9 anos, (17,3%) tem de 10-19 anos, (30,5%) de 20-39 anos, (21,7%) de 40-59 anos e (16,02%) tem 60 anos ou mais. Segundo os dados locais de 2019, a Taxa de Natalidade foi de (11,9%), a de Mortalidade Infantil foi de (0%), incluindo os componentes neonatal e pós-neonatal. Em relação ao estado nutricional, das crianças menores de 05 anos, (85,09%) estão com o peso adequado para a idade, (1,7%) com muito baixo peso, (1,7%) com baixo peso e (11,4%) com peso elevado para a idade. Quanto a morbidade da população, as doenças crônicas mais frequentes são diabetes e hipertensão arterial, a prevalência de diabetes é de apenas (0,55%), diferente da prevalência de hipertensão que atinge (15,19%) dos indígenas do polo. Já relacionado as doenças infecto-contagiosas, a Taxa de Incidência de Tuberculose foi de 30,51% (2019) e a incidência de COVID-19, até o dia 12/08, era de 0,31%, com registro de um óbito. A taxa de cobertura do exame Preventivo do Câncer de Colo do Útero foi de apenas 46,06% (2019), quanto a Saúde Bucal, a prevalência (Experiência) de cárie dentária, aos 12 anos, foi de 4,3%, sendo considerada moderada. Em relação aos indicadores de saneamento básico, o abastecimento de água é feito por meio de açudes, poço, cacimbas, cacimbões e cisternas. Algumas comunidades possuem abastecimento de água com rede encanada até o domicílio, que é realizado por meio de poços profundos. No território não existe rede de coleta e tratamento de esgoto, as formas de escoamento dos banheiros são por meio de fossa rudimentar ou a céu aberto. Também não existe coleta de lixo, o lixo em sua grande maioria é queimado ou jogado a céu aberto, no fundo dos quintais e em alguns casos também é enterrado.

### **Palavras-chave:**

Perfil Epidemiológico. Território Sociocultural. Saúde Pública. Promoção da Saúde. Educação em Saúde.

## APRESENTAÇÃO

Me chamo Duillo Sousa Freitas, sou graduado primeiramente em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) no ano de 2008 e posteriormente, no ano de 2017, me graduei em Medicina por uma Universidade Boliviana. Ingressei na Saúde Indígena através do Programa Mais Médicos para o Brasil, em março de 2019. Trabalho no DSEI Ceará, tendo como área de atuação o Polo Base Monsenhor Tabosa que abrange os municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa e Tamboril, que compreendem 36 aldeias com 4 etnias diferentes.

Essa é minha primeira experiência como médico e está sendo imensamente gratificante adentrar nas particularidades da Saúde Indígena, apesar dos diversos desafios enfrentados no dia a dia. Tenho as melhores expectativas para essa jornada e creio que aprenderei muito com cada etnia. Pretendo construir meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) pautado em problemas de saúde pública, encontrados em meu território, e que meus questionamentos possam auxiliar na melhoria da qualidade de vida da população.

Figura 01 - Atendimento médico no Polo Base de Monsenhor Tabosa



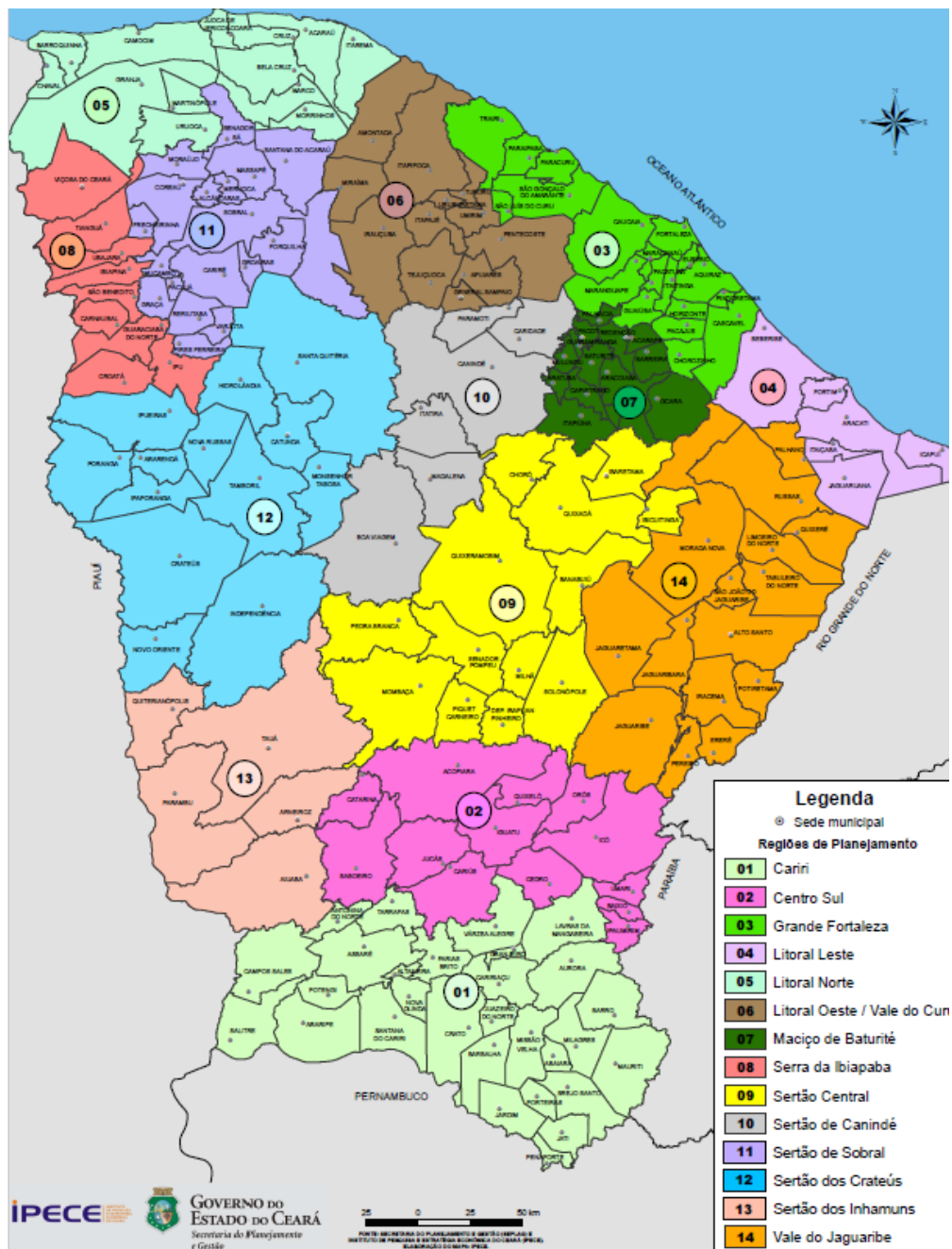
Fonte: Acervo pessoal, 2019.

## CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

Situado na Região Nordeste, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará (DSEI CE), fica localizado no estado do Ceará que tem por limites ao norte Oceano Atlântico, ao sul Pernambuco, ao leste Rio Grande do Norte e Paraíba e a oeste Piauí. O Ceará possui uma área total de 148.887,633 km<sup>2</sup>, sendo Fortaleza a capital e maior cidade do estado. A população do Ceará estimada para o ano de 2019 foi de 9.132.078 habitantes (BRASIL, 2019).

O Estado do Ceará é formado por 184 municípios divididos em 14 Regiões de Planejamento, sendo elas: 01 Cariri, 02 Centro Sul, 03 Grande Fortaleza ou Região Metropolitana de Fortaleza, 04 Litoral Leste, 05 Litoral Norte, 06 Litoral Oeste/Vale do Curu, 07 Maciço de Baturité, 08 Serra da Ibiapaba, 09 Sertão Central, 10 Sertão de Canindé, 11 Sertão de Sobral, 12 Sertão dos Crateús, 13 Sertão dos Inhamuns e 14 Vale do Jaguaribe (Figura 02) (MEDEIROS et al., 2017).

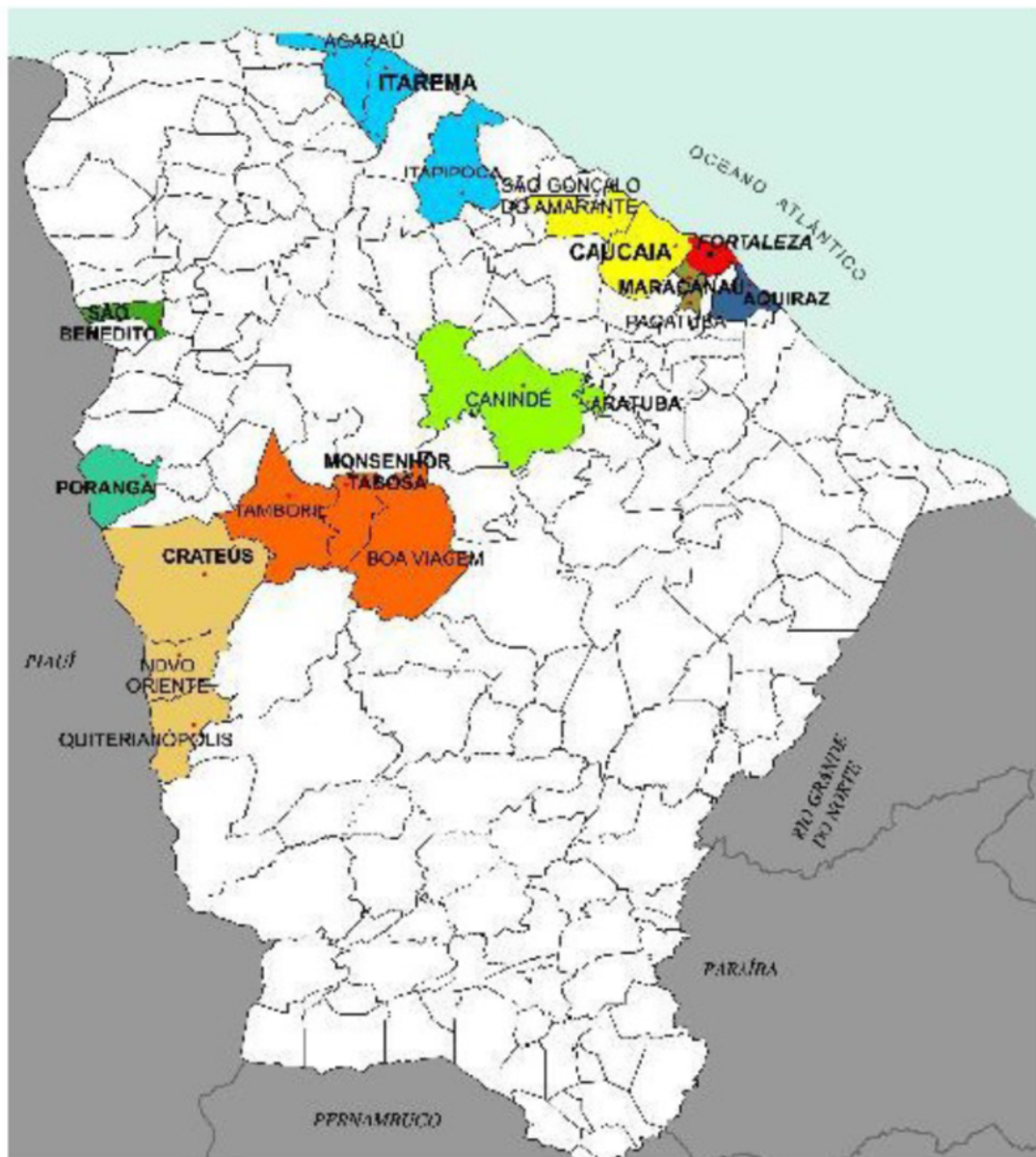
Figura 02 - Mapa das Regiões de Planejamento do Ceará



Fonte: CEARÁ, 2018.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), o DSEI Ceará tem uma população de 27.128 indígenas, com 22 etnias. Entretanto, no Plano Distrital de Saúde Indígena (2012-2015), constam 14 povos (Tapeba, Tabajara, Potyguara, Pitaguary, Tremembé, Anacé, Kanindé, Tapuia-Kariri, Jenipapo-Kanindé, Kalabaça, Tapuia, Kariri, Gavião e Tupinambá), distribuídos em 106 aldeias com 9 Polos Bases (Polo Base de Aquiraz, Polo Base de Aratuba, Polo Base de Caucaia, Polo Base Tremembé, Polo Base de Crateús, Polo Base Poranga, Polo Base São Benedito, Polo Base Monsenhor Tabosa e Polo Base Pitaguary), que abrangem 18 municípios do estado, situados nas Regiões de Planejamaneto 03, 05, 08, 10, 12 e 13, com uma área territorial de 30.460,61Km<sup>2</sup> (Figura 03).

Figura 03 - Mapa do DSEI Ceará



Fonte: DSEI-CE/SESAI/MS 2017.

O Polo Base de Aquiraz, contempla o município de Aquiraz; Polo Base de Aratuba, com os municípios de Aratuba e Canindé; Polo Base de Caucaia, com os municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante; Polo Base Tremembé agregando Itarema, Acaraú e Itapipoca; Polo Base de Crateús com os municípios de Crateús, Novo Oriente e Quiterianópolis; Polo Base Poranga somente com o município de Poranga; Polo Base São Benedito, município de São Benedito; Polo Base Monsenhor Tabosa, agregando Tamboril, Boa Viagem e Monsenhor Tabosa; Polo Base Pitaguary referente aos municípios de Maracanã e Pacatuba (CHAVES, 2017).

Em relação aos aspectos físicos, o Estado do Ceará tem cerca de 93% de seu território localizado na região do semiárido nordestino, sendo vulnerável aos fenômenos da seca, caracterizada por irregularidade e escassez pluviométrica em determinados meses do ano. O clima predominante é o tropical quente semiárido, no entanto, os municípios que compõem o DSEI Ceará apresentam 05 tipos de diferentes de clima, conforme a tabela 1 (CEARÁ, 2020).

Tabela 1 - Tipos de climas por municípios e Polos Base do DSEI Ceará.

<b>POLO BASE</b>	<b>MUNICÍPIOS/CLIMA</b>
Polo Base de Aquiraz	Aquiraz (Tropical Quente Subúmido)
Polo Base de Aratuba	Aratuba (Tropical Quente Subúmido, Tropical Quente Úmido e Tropical Subquente Úmido) Canindé (Tropical Quente Semiárido Brando, Tropical Quente Úmido e Tropical Quente Subúmido)
Polo Base de Caucaia	Caucaia (Tropical Quente Semiárido Brando, Tropical Quente Subúmido e Tropical Quente Úmido) São Gonçalo do Amarante (Tropical Quente Semiárido Brando)
Polo Base de Crateús	Crateús (Tropical Quente Semiárido e Tropical Quente Semiárido Brando) Novo Oriente (Tropical Quente Semiárido) Quiterianópolis (Tropical Quente Semiárido)
Polo Base Monsenhor Tabosa	Tamboril (Tropical Quente Semiárido) Boa Viagem (Tropical Quente Semiárido) Monsenhor Tabosa (Tropical Quente Semiárido)
Polo Base Pitaguary	Maracanaú (Tropical Quente Subúmido e Tropical Quente Úmido) Pacatuba (Tropical Quente Subúmido e Tropical Quente Úmido)
Polo Base Poranga	Poranga (Tropical Quente Semiárido Brando)
Polo Base São Benedito	São Benedito ( Tropical Quente Semiárido Brando, Tropical Quente Subúmido, Tropical Quente Úmido e Tropical Subquente úmido)
Polo Base Tremembé	Itarema (Tropical Quente Semiárido Brando) Acarauá (Tropical Quente Semiárido Brando e Tropical Quente Semiárido) Itapipoca ( Tropical Quente Semiárido Brando e Tropical Quente Semiárido)

Fonte: Ceará, 2020.

Quanto as Bacias Hidrográficas do Estado, os municípios do DSEI Ceará estão situados nas seguintes bacias: Bacia do Litoral, Bacia do Banabuiú, Bacia do Coreaú, Bacia do Curu, Bacias Metropolitanas, Bacia da Serra da Ibiapaba, Bacia dos Sertões de Cratéus e Bacia do Acaraú. O Polo Base de Monsenhor Tabosa faz parte das Bacias do Acaraú, Sertões de Cratéus e Banabuiú, sendo que os principais reservatórios de água são: o Açude Vieirão, o rio Quixeramobim e os riachos Santo Antônio, Tapera e Barrigas (Boa viagem); Açude Monsenhor Tabosa e rio Quixeramobim (Monsenhor Tabosa); Açude Sucesso e Carão, rio Acaraú, e Riachos Pajeú e do Borgado (Tamboril) (CEARÁ, 2020).

Os povos indígenas do DSEI Ceará enfrentam alguns problemas relacionados a atividades econômicas e de infraestrutura de grandes grupos empresariais, que visam a exploração econômica de recursos naturais das terras indígenas, dentre os quais podemos citar: os conflitos entre o povo Tremembé, empreendimentos imobiliários e fazendas para plantio de coqueiros; do povo Tapuya Kariri com uma empresa eólica; do Povo Anacé com o Complexo Industrial e Portuário do Pecém, assim também com empreendimentos de loteamento e pedreiras.

Do povo Tapeba com o desenvolvimento urbano industrial, visto que o território destes é cortado por rodovias estaduais e federais, uma ferrovia, rede elétrica de alta tensão, gasodutos e um aqueduto, além de loteamentos; do povo Jenipapo-Kanindé e uma indústria que cultivava cana de açúcar; E do povo Pitaguary com um complexo de pedreiras (MOVIMENTO INDÍGENA DO CEARÁ, 2019).

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

Uma das primeiras iniciativas voltadas para o direito à saúde dos povos indígenas foi a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena realizada no ano de 1986, que reivindicou um subsistema de atenção à saúde voltada às especificidades dos seus povos (PEDRANA et al., 2018). A Constituição de 1988 também foi um grande marco, visto que, por meio desta foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que ampliou a responsabilidade do Estado para com a saúde pública de toda a população (KABAD; PONTES; MONTEIRO, 2020).

Ainda de acordo com Kabad, Pontes e Monteiro (2020), as diversas articulações realizadas pelos movimentos indígenas e indigenistas, em parceria com o movimento sanitário, apoio de pesquisadores e agentes públicos, resultou na criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI), que foi incorporado ao SUS por meio da Lei nº 9.836/99.

O SASI surgiu com a missão de instituir a Atenção Primária à Saúde e a continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade, respeitando as especificidades de cada povo indígena, levando em conta seus saberes tradicionais (MENDES et al., 2018). Em concordância Mota e Nunes (2018), trazem que o SASI foi criado com o intuito de prestar uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, por meio de uma estrutura de saúde separada, porém parte integrante do SUS, que leva em conta as práticas tradicionais das comunidades indígenas.

Sendo assim, por meio do SASI foi elaborada, em 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), por meio da Portaria nº 254/2012. A PNASPI tem como propósito:

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002, P.13).

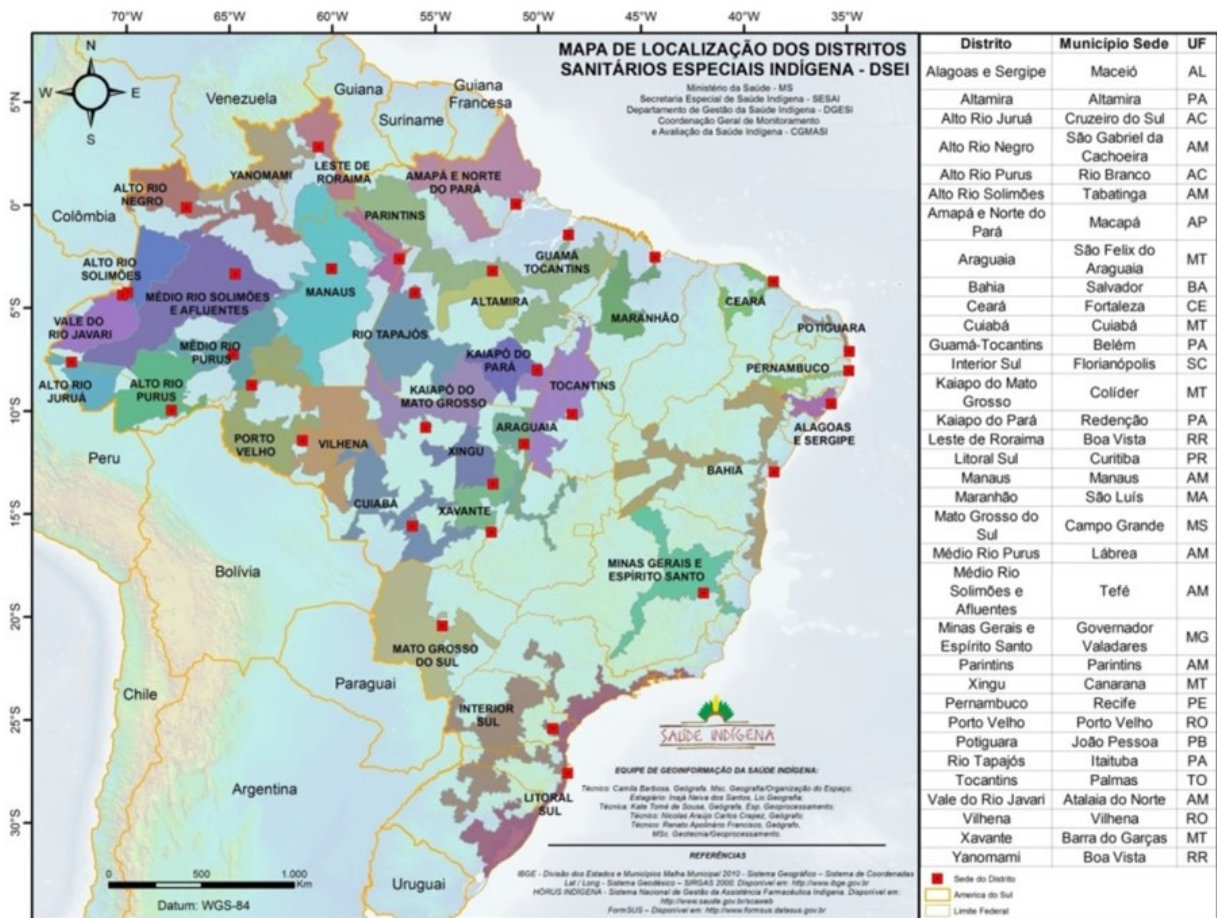
A política apresenta como modelo estrutural, para a organização dos serviços, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). De acordo com Brasil (2020), o DSEI trata-se de uma unidade descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), que abrange várias atividades técnicas orientadas em um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado. Propondo medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, reordenando a rede de saúde e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais, voltadas para a assistência à saúde dos povos indígenas, com participação social da população.

O controle social é feito por meio dos conselhos locais, situados em uma aldeia ou em um grupo de aldeias, como também pelos conselhos distritais de saúde indígena. Os membros dos conselhos são escolhidos pelas comunidades indígenas, estes por sua vez, são os porta-vozes das comunidades e levam as discussões locais para as Conferências Nacionais de Saúde Indígena (MENDES et al., 2018).

O Brasil apresenta 34 DSEIs, que foram divididos de acordo com os critérios territoriais, levando em consideração a ocupação geográfica das comunidades indígenas e que não obedecem aos limites estaduais (Figura 04).



Figura 04 - Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



Fonte: BRASIL, 2020.

A estrutura de atendimento dos DSEIs é formada por Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI), polos base e pelas Casas de Saúde Indígena (CASAI). Os polos base tem como objetivo promover de forma organizada os serviços de atenção básica à saúde e são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O Brasil possui 361 polos base, 67 CASAI e 1.199 UBSI (BRASIL, 2020).

### DSEI Ceará

O DSEI-CE tem sua sede situada na cidade de Fortaleza, sendo vinculado à Secretária de Saúde Indígena-SESAI, em Brasília. Sua estrutura organizacional é composta por 09 polos bases, 26 UBSI e 01 CASAI, que abrangem 18 municípios do estado, prestando serviços de saúde a uma população de aproximadamente 27.128 indígenas (Figura 05) (BRASIL, 2020). E de acordo com o IMIP, no ano de 2018, o DSEI-CE apresentava 184 profissionais de saúde e realizou mais de 25 mil atendimentos médicos e 100 mil procedimentos.

Figura 05 - Organização do DSEI-CE segundo povo, polo base e municípios abrangentes.

<b>POVO</b>	<b>POLO BASE</b>	<b>MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA</b>
<b>Jenipapo-Kanindé</b>	Aquiraz	Aquiraz e Caucaia
<b>Pitaguari</b>	Aquiraz, Crateús, Itarema e Maracanaú	Aquiraz, Maracanaú, Novo oriente e Pacatuba
<b>Kanindé</b>	Aratuba	Aratuba e Canindé
<b>Anacé</b>	Caucaia	Caucaia e São Gonçalo do Amarante
<b>Tapeba</b>	Caucaia, Crateús e Maracanaú	Caucaia, Quiterianópolis e Maracanaú
<b>Tremembé</b>	Caucaia, Itarema	Caucaia, Itarema, Acaraú, Itapipoca
<b>Kalabaça</b>	Cratés e Poranga	Cratés e Poranga
<b>Kariri</b>	Cratés	Crateús
<b>Potyguara</b>	Cratés e Monsenhor Tabosa	Cratés, Monsenhor Tabosa, Boa Viagem, Tamboril e Novo Oriente
<b>Tabajara</b>	Cratés, Monsenhor Tabosa e Poranga	Cratés, Monsenhor Tabosa, Boa Viagem, Novo Oriente e Tamboril
<b>Tupinambá</b>	Cratés	Cratés
<b>Gavião</b>	Monsenhor Tabosa	Monsenhor Tabosa
<b>Tapuia</b>	Monsenhor Tabosa	Monsenhor Tabosa e Boa Viagem
<b>Tapuia-Kariri</b>	São Benedito	São Benedito

Fonte: IMIP, 2015.

Segundo Chaves (2017), o DSEI-CE oferece várias ações de saúde necessárias à atenção básica e que se articulam com o SUS, para referência e contra-referência. Além de possuir uma equipe básica para executar suas ações, também apresenta um controle social por meio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde. A participação é o controle social organiza-se por meio de 01 Conselho Distrital e 13 Conselhos Locais de Saúde Indígena.

#### **Polo Base Monsenhor Tabosa**

O Polo Base Monsenhor Tabosa é formado por um conjunto de 36 aldeias e 4.757 índios, que contam com o atendimento de três Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. As áreas que atendemos são classificadas como área 1- nascente do Rio Acaraú, área 2 - Serrote do Pinga e área 3 - Serra da Salina, onde cada área é composta por 11 a 13 aldeias. No território também temos as Unidades Básicas de Saúde Indígena.

Quanto aos conselhos locais o polo apresenta três, sendo: Conselho dos Tabajara, da Serra das Matas, que tem como presidente a Francisca Ambrosio, conhecida como Fransquinha (Pajê dos povos Tabajara); Conselho dos Potiguatapuiá, que tem como presidente Marinete Potiguara; Conselho dos Potijara, presidido pela liderança Elisa.

### **CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”**

O seguinte estudo terá como território recorte o Polo Base Monsenhor Tabosa. A experiência de trabalhar com povos indígenas tem sido extremamente gratificante, todos os dias aprendo coisas novas e desperto cada vez mais meu olhar para a população que atendo, as vivências do dia a dia no polo me permitiram um maior conhecimento acerca dos povos que o habitam.

O interesse em desenvolver este trabalho, em todo o polo, surgiu da atividade profissional que tenho há pouco mais de um ano no território. Trabalhar no Polo Base Monsenhor Tabosa despertou-me um desejo de aprofundar meus conhecimentos sobre a situação de saúde e os aspectos culturais dessa população. A escolha dele, como território recorte, surgiu a partir da necessidade que sinto de conhecer as particularidades de cada povo.

Sendo que, uma maior compreensão dos aspectos socioculturais e epidemiológicos, das quatro etnias, permitirá um melhor desenvolvimento e fortalecimento das ações de saúde ofertadas no território, uma vez que, a partir de um diagnóstico situacional posso encontrar formas efetivas de enfrentar os principais problemas que assolam a população, inclusive incluir as práticas tradicionais dos povos indígenas nas ações que possam ser desenvolvidas. Meu contato direto com todo o território também é um elemento importante, que facilitará a identificação dos determinantes e condicionantes de saúde das etnias.

Apesar do polo apresentar diversas aldeias e povos de etnias diferentes, consigo observar que os principais problemas de saúde são praticamente os mesmos. Deste modo, trabalhar com todo o polo é extremamente importante, visto que são situações de saúde bem semelhantes, no entanto, que diferem em certos pontos devido à singularidade de cada uma das quatro etnias e que podem ser resolvidas com estratégias que respeitem as particularidades socioculturais de cada uma delas, melhorando assim as condições de saúde de toda a população do polo e não apenas de algumas aldeias ou etnias.

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

O Polo Base Monsenhor Tabosa é composto por indígenas de quatro etnias, sendo os Potyguara, Tabajara, Gavião e Tubiba-Tapuya. Os povos Potyguara são originários do litoral do Rio Grande do Norte e da Paraíba, onde vivem até hoje. No entanto, houve uma dispersão deste povo para o litoral e sertão da capitania do Siará Grande (Ceará), acredita-se que isso aconteceu devido a conflitos intensos pela disputa de terras.

Atualmente no DSEI Ceará existem quatro comunidades étnicas dos Potyguara, situadas nos municípios de Tamboril, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente e Crateús. Os Potyguara de Monsenhor Tabosa e de Tamboril tem como característica a união e o apoio mútuo entre as comunidades. Vale destacar a luta destas comunidades por uma educação diferenciada, uma iniciativa pioneira que teve como objetivo a retomada, pesquisa e ensino do Tupi, um verdadeiro reencontro com sua língua ancestral que havia sido perdido em partes pelo contato com a civilização (MEMORIAL DA CULTURA CEARENSE, 2007).

Os Tabajara devido a constantes conflitos de terras têm sua história marcada por contínuas migrações. Atualmente vivem em cinco municípios: Crateús, Poranga, Quiterianópolis, Tamboril e Monsenhor Tabosa. A aldeia Tabajara de Olho D'água dos Canuto é uma das que ficam mais próximas da zona urbana, há apenas 4 Km da cidade de Monsenhor Tabosa, tendo um forte contato e interação com a cidade, fato que ocasionou, com o decorrer dos tempos, a perda de muitos aspectos culturais. Todas as aldeias Tabajara de Tamboril e Monsenhor Tabosa são organizadas por meio de associações, tendo como característica a união entre os povos (MEMORIAL DA CULTURA CEARENSE, 2007).

O povo Gavião vive apenas no município de Monsenhor Tabosa em uma única aldeia, de acordo com os mais antigos seus descendentes são originários do município de Crateús e do estado do Piauí, visto que, o povo Gavião de Monsenhor Tabosa surgiu da união entre Maria Rodrigues e um indígena Gavião. Tem como característica o trabalho em conjunto que é realizado por toda a comunidade para que possam manter seu sustento, também lutam em conjunto com os povos Potyguara, Tubiba-Tapuia e Tabajara pela demarcação de suas terras (MEMORIAL DA CULTURA CEARENSE, 2007).

Os Tubiba-Tapuia também habitam apenas o município de Monsenhor Tabosa, o etnônimo Tubiba foi construído durante o processo de organização étnica e deriva de um tipo de abelha bem comum na região que vivem. Segundo a tradição oral, estes são descendentes de índios rebeldes que migraram para outras regiões e reconhecem sua origem em uma índia que ficou para trás, sendo capturada e posteriormente obrigada a casar-se com um homem branco, dando origem aos atuais moradores da aldeia. Os Tubiba - Tapuia consideram de extrema importância o resgate do conhecimento sobre o passado da comunidade, assim como o restabelecimento de seus costumes e crenças (MEMORIAL DA CULTURA CEARENSE, 2007).

Todos esses povos têm em comum a luta diária pela afirmação de sua identidade cultural, que foi reprimida pelo o homem branco, a defesa das suas tradições e cultura, a luta pelo direito à terra e a ocupação de um espaço na sociedade que é seu por direito. Todos os povos do Polo Base Monsenhor Tabosa falam o português fluído com sotaque cearense, algo que acontece nas demais aldeias do Ceará.

Essa perda do idioma começou a partir da implantação do diretório pompalino, em 1759, quando o Marquês de Pombal pregou que para dominar os povos indígenas era necessário dominar suas línguas e proibiu a língua nativa nas escolas. Sendo assim, os índios foram obrigados a aprender o português e com o tempo perderam seus idiomas de raiz (RODRIGUES, 2019).

### **Dados de populacionais e estrutura**

De acordo com os dados do DSEI-CE, o Polo Base Monsenhor Tabosa tem uma população total de 4.757 índios, sendo 3.995 no município de Monsenhor Tabosa, 449 no de Boa Viagem e 313 em Tamboril. A etnia Potyguara tem 2.612 indígenas, a Tabajara 1.816, a Tubiba - Tapuia 243 e a Gavião 86, distribuídos em 36 aldeias, 34 na zona rural e 2 na zona urbana (Tabela 2) (DSEI-CE, 2016).

Tabela 2 - Distribuição geográfica por etnia dos povos indígenas do Polo Base Monsenhor Tabosa

ETNIA	MUNICÍPIO	LOCALIZAÇÃO	ZONA
Tabajara	Monsenhor Tabosa	Olho d'água dos Canutos	Rural
		Olho d'aguinha	
		Malhada da Onça	
		Baixa Fria	
		Lagoa dos Santos	
		Belmonte	
		Serra Branca	
		Sítio do Souza	
		Taboa	
Potyguara	Monsenhor Tabosa	Mundo Novo	Rural
		Jacinto	
		Tourão	
		Mertijo	
		Queimada	
		Pelada	
		Salgado	
		Chupador	
		Várzea	
		Pitombeira	
		Passarinho	
		Vila Nova	
		Quixaba	
	Passagem		
Boa Viagem	Longá		

Gavião	Monsenhor Tabosa	Boa Vista	
Tubiba Tapuya	Monsenhor Tabosa	Pau Ferro	Rural
	Boa Viagem	Pitombeira do Benedito	
		Gameleira	
		Arara dos Franco	
Tabajara	Boa Viagem	Arara dos Mariano	Rural
	M. Tabosa	Rajado	
	Tamboril	Grota Verde	
Potyguara	Tamboril	Viração	Rural
		Sítio	
Potyguara	Monsenhor Tabosa	Jucás	Urbana
Tabajara		Marruás	Rural
Potyguara		Lagoa dos Santos	Urbana

Fonte: MOVIMENTO INDÍGENA DO CEARÁ, 2019.

Em relação às unidades de saúde o território apresenta cinco Unidades Básicas de Saúde Indígena, sendo elas: Unidade de Saúde Indígena Monsenhor Tabosa Equipe 1, Unidade de Saúde Indígena Monsenhor Tabosa Equipe 2, Unidade de Saúde Indígena Monsenhor Tabosa Equipe 3, Unidade de Saúde Indígena de Boa Viagem e Unidade de Saúde Indígena Viração. Nem todas aldeias possuem uma unidade de saúde indígena para o atendimento de sua população, muitos atendimentos são realizados em unidade de saúde municipais para não-indígenas, ou seja, a equipe de saúde indígena e a não-indígena dividem o mesmo espaço para atendimento (MOVIMENTO INDÍGENA DO CEARÁ, 2019).

Quanto aos aspectos educacionais o polo possui cinco escolas indígenas estaduais, distribuídas em dois dos três municípios que compõem o polo. O município de Monsenhor Tabosa tem cinco escolas indígenas, são elas: Escola Indígena Povo Caceteiro, Escola Indígena Joaquim Urgena, Escola Indígena Monsenhor Tabosa e Escola Indígena Aba Katu. Tamboril apresenta apenas uma, a Escola Indígena Alto da Catingueira (SEDUC, 2020).

O Polo Base Monsenhor Tabosa apresenta uma grande diversidade de organizações sociais, isto se deve em partes as quatro etnias que compõem o território. Possui três conselhos, sendo: Conselho de Política Indígena Tabajara da Serra das Matas, Conselho do Povo Indígena Potyguara da Serra das Matas e Conselho de Mulheres Potyguara na Revitalização da Cultura Local.

Também apresenta dois grupos e seis associações: Grupo de Mulheres da Viração, Grupo de Jovens Potyguara da Viração, Associação Indígena Tabajara de Grota Verde, Associação Indígena Gavião da Boa Vista, Associação Indígena Tubiba - Tapuia de Pau Ferro, Associação de pais e mestre dos Potyguara de Viração, Associação Indígena da Aldeia Jucás e Associação Renascer dos Povos Indígenas Potyguara, Tabajara, Gavião e Tubiba -Tapuya (ALDECO, 2020).

### **Atividades econômicas**

Em relação as atividades econômicas destacam-se principalmente a agricultura familiar e de subsistência,

através do plantio diversificado de alimentos como: milho, feijão, fava, macaxeira e jerimum. Algumas famílias também investem na criação de animais, como vaca, ovelha, cabra, galinha caipira e porco. A caça e a pesca servem como complemento da alimentação de algumas famílias, no entanto, a caça é feita de forma esporádica, visto que, a diversidade de animais que vivem nas matas próximas é pequena e vem diminuindo nos últimos anos (MOVIMENTO INDÍGENA DO CEARÁ, 2019).

Alguns indígenas também trabalham de forma informal e formal, dentro e fora das aldeias. Os empregos informais foram surgindo devido ao cenário de poucas alternativas econômicas, então a forma de obter uma renda foi aprender outros ofícios, aqui podemos destacar pedreiros, serventes (auxiliares de pedreiros), costureiras, trabalhadores braçais (aqueles que fazem serviços como plantar e limpar roças, fazer cercas etc).

Já os empregos formais se resumem aos trabalhos que surgiram do processo de implementação das políticas públicas voltadas para os povos indígenas na área da saúde e da educação. Destacam-se aqui os índios e índias que trabalham nas escolas indígenas exercendo vários cargos, também os funcionários das unidades de saúde, como os agentes indígenas de saúde, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saneamento, agentes administrativos e zeladores (auxiliares de serviço geral) (MOVIMENTO INDÍGENA DO CEARÁ, 2019).

### **Práticas tradicionais de atenção e cuidado**

As práticas tradicionais voltadas para promoção e recuperação da saúde tem como base o conhecimento de plantas e ervas medicinais da região. Os povos indígenas do polo Monsenhor Tabosa herdaram de seus antepassados o conhecimento das ervas do mato, dos lugares sagrados, dos tratamentos de saúde, do trabalho do pajé, dos curadores, das rezadeiras, benzedeadas e das parteiras. Entre os Potyguara também existem as mezinheiras, pessoas que trabalham com as ervas do mato, é importante destacar que esse tipo de trabalho é feito tanto por homens como por mulheres (SOUSA, 2020).

Para cada enfermidade existe uma planta ou erva específica a ser utilizada, dentre as mais utilizadas podemos citar: marmeleiro, quebra-pedra, muçambê, mastruz, ameixa, jâtoba, angico, bálsamo, mamona, romã, vassourinha, jurema preta, aroeira, que podem ser usados na preparação de garrafadas, de mel (lambedores) e chás, para curar as enfermidades físicas.

Quando se trata de uma doença espiritual as pessoas são tratadas pelos pajés, rezadeiras e benzedeadas, estes detêm um grande saber acerca de rezas, orações e rituais. Os pajés desenvolvem seu trabalho por meio do contato com o pai Tupã, da mãe terra, dos encantados e dos espíritos da mata. Os rezadores podem usar apenas a reza ou outros elementos como sal, água e ervas. Já os benzedeadas usam ramos e galhos para benzerem as pessoas, mencionando orações e preces.

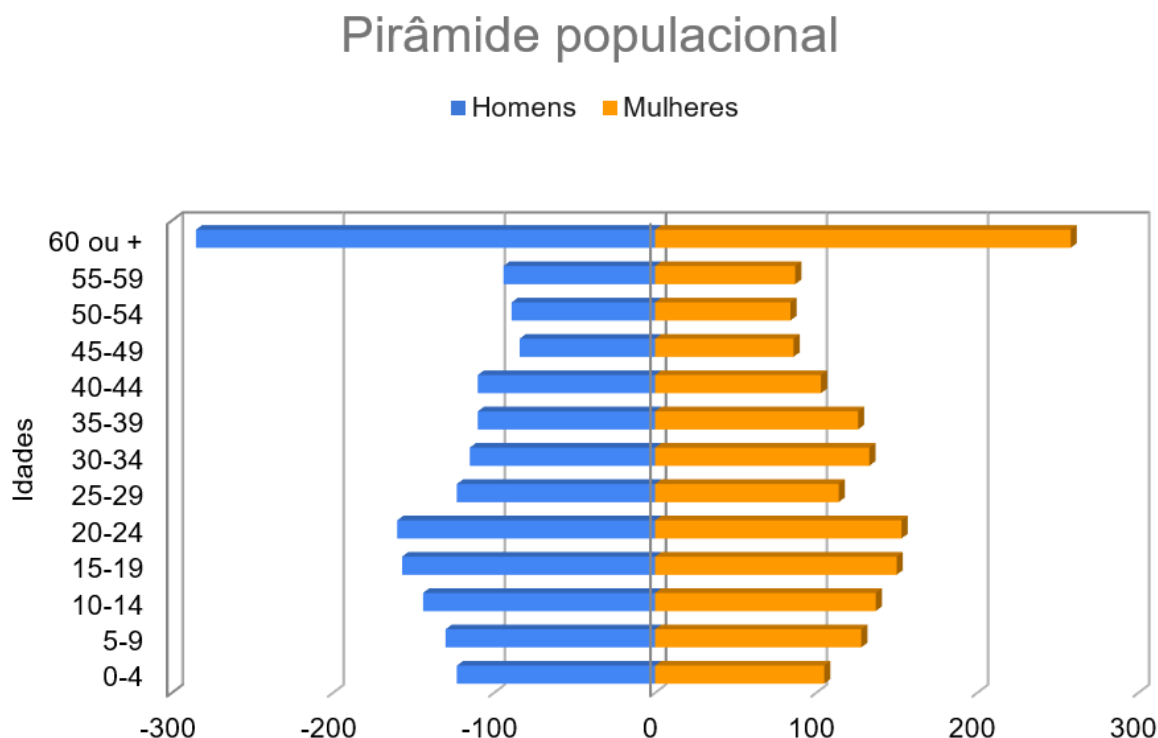
A primeira escolha de tratamento de uma enfermidade por parte da grande maioria dos povos indígenas são as práticas tradicionais e naturais, principalmente entre os mais velhos. O sistema de saúde também é utilizado por estes, mas geralmente como segunda escolha, visto que para eles muitas coisas podem ser resolvidas sem a necessidade de atendimento da equipe de saúde.

A relação entre os povos indígenas e a equipe de saúde indígena é boa, porém existem algumas práticas da biomedicina que causam estranhamento entre eles, muitos reclamam da quantidade de medicamentos que é passada para tratar alguma patologia, outros são relutantes em utilizar remédios para o controle de diabetes e hipertensão arterial. Eles acreditam que o uso constante de medicamentos pode, futuramente, ocasionar mal à saúde. Mas de uma forma geral a relação entre os povos indígenas e os profissionais da equipe de saúde indígena é positiva.

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

De acordo com os dados da pirâmide populacional (Figura 06), podemos perceber que existe equilíbrio entre os sexos, de um total de 3.388 indígenas, acompanhados pela EMSI, (50,88%) são do sexo masculino e (49,11%) do sexo feminino. O que vai de encontro com os dados do último censo demográfico, onde entre os sexos para o total de indígenas existiam 100,5 homens para cada 100 mulheres, vale ressaltar que a presença masculina (51,6%) era mais predominante nas áreas rurais (FUNAI, 2012).

Figura 06 - Pirâmide populacional do Polo Base de Monsenhor Tabosa, 2019



Fonte: Próprio autor, 2020.

Em relação às faixas etárias, (14,3%) estão entre 0-9 anos, (17,3%) tem de 10-19 anos, (30,5%) de 20-39 anos, (21,7%) de 40-59 anos e (16,02%) tem 60 anos ou mais. Ainda segundo o Funai (2012), a pirâmide etária indígena brasileira tinha uma base larga que ia se reduzindo com a idade, um padrão que refletia as altas taxas de fecundidade e mortalidade, que são influenciadas principalmente pelos indígenas que vivem na zona rural.

Deste modo, podemos perceber que a pirâmide etária do território recorte apresenta uma base mais estreita até os 9 anos, que se alarga até os 24 anos, apresentando novamente um estreitamento até os 59 anos. Verificamos também que o topo é bem mais largo que a base, isso se dá pelo fato de todos os indivíduos com 60 ou mais anos terem sido agrupados em apenas uma única faixa etária.

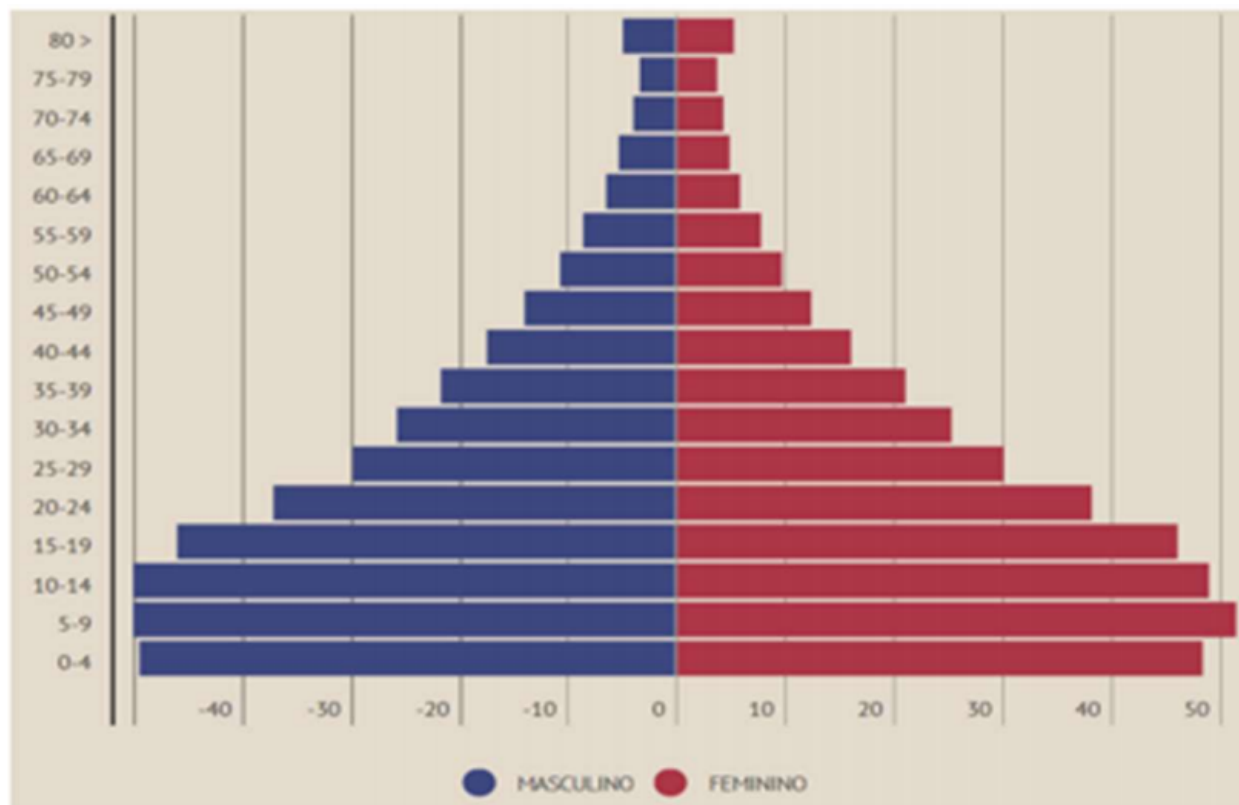
No entanto, os idosos representam (16,02%) de toda a população, sendo maior que a de crianças de 0-9 anos (14,3%). Sousa *et al.* (2020) trazem que, o envelhecimento populacional é um fenômeno que tem se tornando bem evidente à medida que novas pesquisas demográficas são realizadas, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica que tem afetado diretamente a estrutura etária da população. Os estudos demonstram que em 2030 nosso país terá cerca de 41,6 milhões de idosos, em 2060 a proporção será de 1 idoso para cada 3 brasileiros e até o final do século mais de 40% da população do nosso país será composta por pessoas com 60 anos ou mais.

Nesta perspectiva, a pirâmide etária do território recorte retrata o fenômeno do envelhecimento



populacional que o Brasil vem passando e vai passar nos próximos anos. Comparando esta com a pirâmide etária dos povos indígenas atendidos pelo SasiSUS (Figura 07) podemos notar algumas semelhanças, dentre as quais o aumento no número de idosos, principalmente na faixa etária de 80 anos ou mais, isso só reforça a questão do envelhecimento populacional, também, entre os indígenas.

Figura 07 - Pirâmide etária dos Povos Indígenas assistidos pelo SasiSUS, Brasil, 2017



Fonte: Brasil, 2018.

De acordo com Lima e Oliveira (2019), o aumento da população com 60 anos ou mais pode ser explicado pela diminuição da mortalidade, influenciada pela melhoria da qualidade de vida devido aos programas de saúde pública, acesso ao saneamento básico e melhora da higiene pessoal, e devido à queda da taxa de natalidade no Brasil.

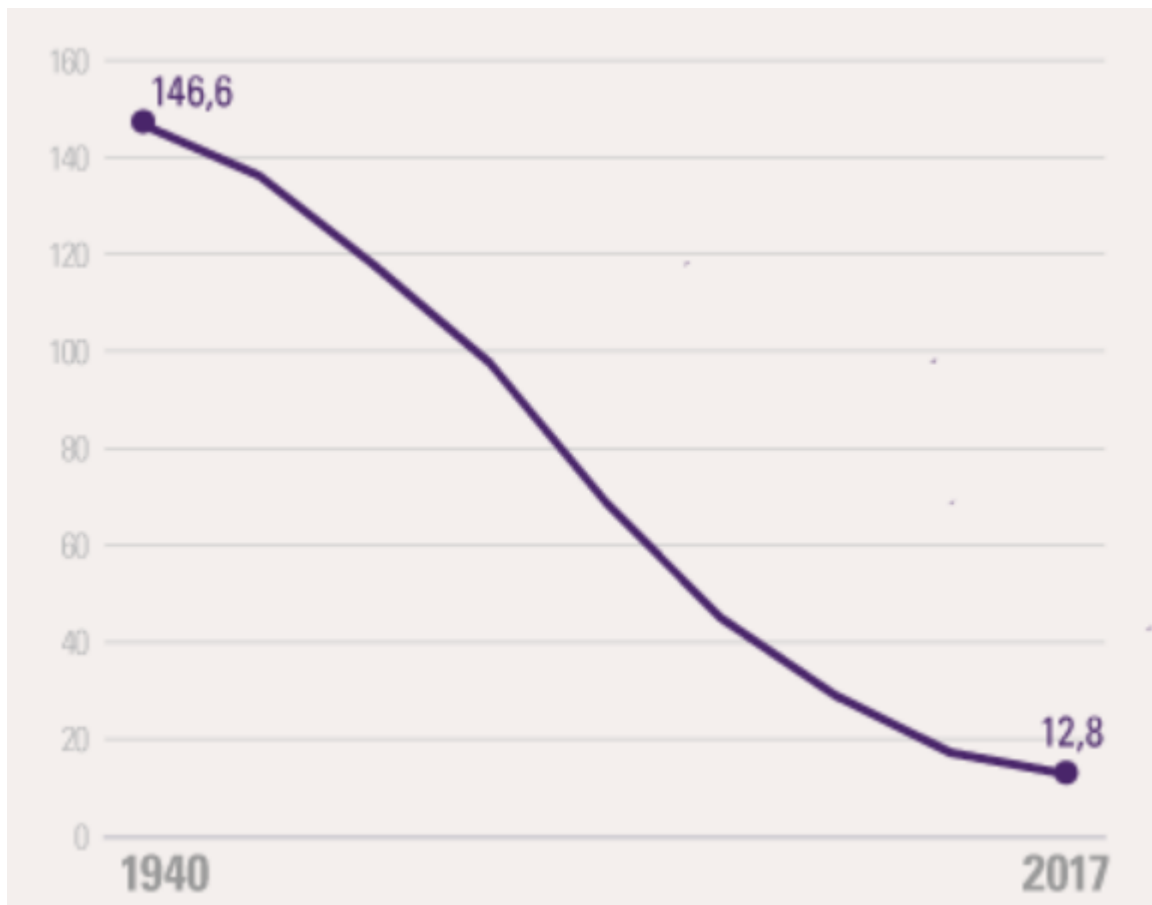
Segundo os dados locais de 2019, o Polo Base Monsenhor Tabosa apresentou uma Taxa de Natalidade de (11,9%), sendo que no mesmo ano, de acordo com as projeções do IBGE, a Taxa Bruta de Natalidade em nosso país foi de (14,20%) e a do Ceará de (14,60%). Já a Taxa de Fecundidade do território foi de (4,51%), superior à do Brasil e do Ceará no mesmo ano, com (1,77%) e (1,69%) respectivamente. Quanto ao Coeficiente de Mortalidade Geral apresentamos um percentual de (4,88%), menor do que o do Brasil (6,51%) e do Ceará (7,13%) (IBGE, 2020).

Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil apresentamos um valor de (0%), incluindo os componentes neonatal e pós-neonatal. Este fato demonstra que as ações que vem sendo desenvolvidas, principalmente durante o pré-natal, estão sendo efetivas. No entanto, apesar dos bons números de 2019, não devemos nos descuidar, as ações devem continuar sendo executadas de maneira efetiva, de modo que estes resultados continuem se repetindo ao longo dos próximos anos.

Comparando com os dados do IBGE, podemos perceber que a Taxa de Mortalidade Infantil vem caindo ao longo dos anos no Brasil (Figura 08), isso demonstra que as condições de assistência à saúde estão melhorando em nosso país e que as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e da criança vem surtindo efeito. No

entanto, ainda precisam melhorar principalmente em determinadas regiões do país, em especial as mais remotas que enfrentam diversas dificuldades para que suas populações tenham acesso à saúde.

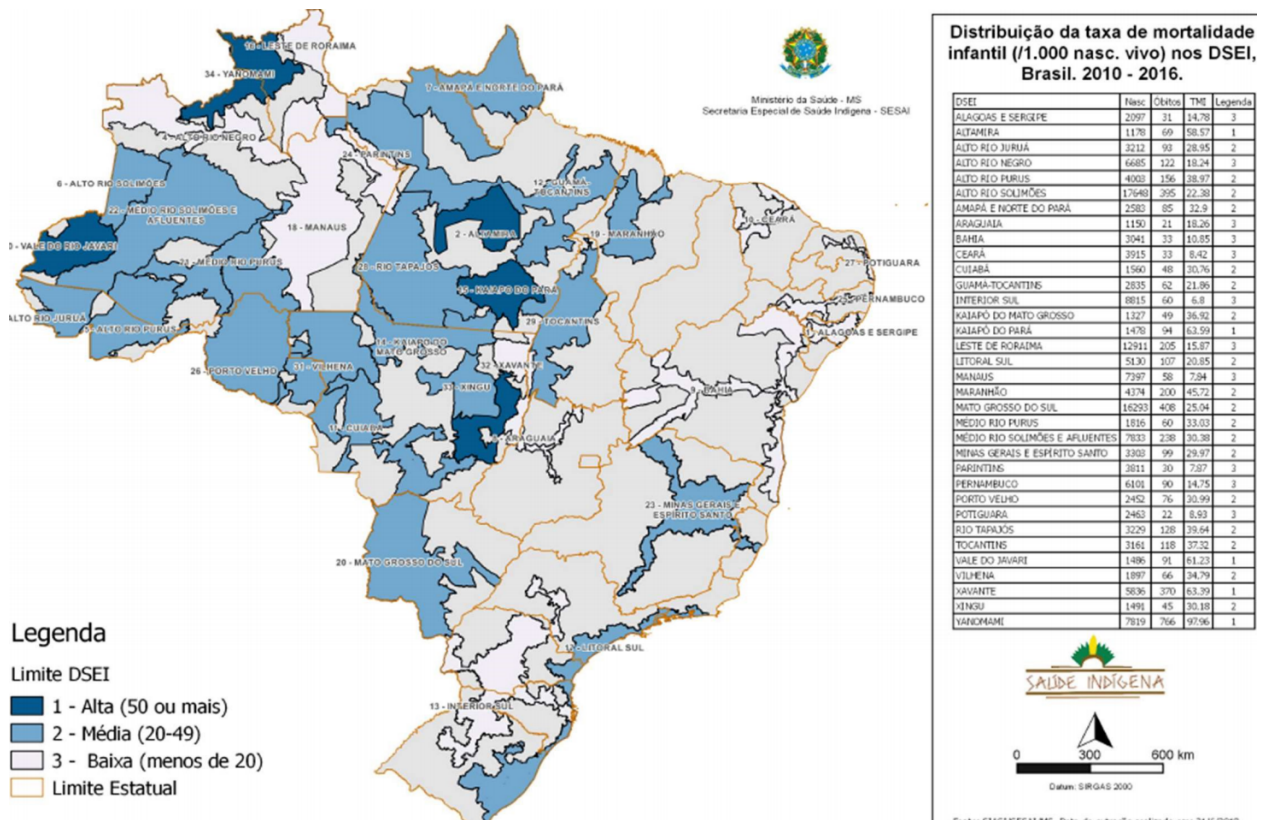
Figura 08 - Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos, Brasil 1940-2017



Fonte: Agência IBGE notícias, 2018.

Segundo a Figura 09, o Ceará é um dos estados brasileiros que apresenta uma baixa taxa de mortalidade infantil entre crianças indígenas. Em um período de 06 anos registrou 33 óbitos, uma taxa de (8,42%).

Figura 09 - Distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil (/1000 nascidos vivos) nos DSEI, Brasil 2010 - 2016



Fonte: Brasil, 2018.

No último ano não tivemos registro de nenhum óbito materno, quanto a este assunto a grande maioria dos partos são vaginais (normais), os partos por cesárea só são realizados quando algum fator impede a realização do parto normal, ou quando existe risco para mãe, ou para o bebê. Todos os partos são realizados nos hospitais dos municípios que compõem o polo, sendo eles: Hospital e Casa de Saúde Adília Maria de Lima (Boa Viagem), Hospital e Maternidade Francisquinha Farias Leitão (Monsenhor Tabosa) e Hospital Raimunda Timbo Camelo.

Vale ressaltar que em alguns casos as gestantes necessitam serem transferidas para outros hospitais de referência fora dos municípios de residência, isso ocorre porque muitos destes hospitais são de pequeno porte e não possuem uma estrutura adequada para determinadas situações, assim como profissionais especializados (Obstetras, pediatras). Então de acordo com as Regiões de Saúde do Ceará, as gestantes dos municípios de Monsenhor Tabosa e Tamboril, que necessitam de assistência mais especializada durante o parto são encaminhadas para o Hospital São Lucas (Município de Crateús), já as de Boa Viagem são encaminhadas para o Hospital São Francisco de Assis de Canindé (Município de Canindé).

Em relação ao estado nutricional das crianças menores de 05 anos, (85,09%) estão com o peso adequado para a idade, (1,7%) com muito baixo peso, (1,7%) com baixo peso e (11,4%) com peso elevado para a idade. Segundo os dados da Vigilância Alimentar e Nutricional dos DSEIs do Brasil, no ano de 2016, (2,5%) das crianças avaliadas nutricional e acompanhadas pelo sistema estavam com muito baixo peso, (6,7%) com baixo peso, (88,3%) com peso adequado e (2,5%) com peso elevado (BRASIL, 2018). Sobre a taxa de prevalência de obesidade em adultos apresentamos um percentual de (0,73%).

Quanto a morbidade da população, as doenças crônicas mais frequentes são diabetes e hipertensão arterial. A prevalência de diabetes é de apenas (0,55%), diferente da prevalência de hipertensão que atinge (15,19%) dos indígenas do polo. Já relacionado as doenças infecto-contagiosas, a Taxa de Incidência de Tuberculose foi de 30,51% (2019), sendo menor que a taxa do Brasil (35%) em 2019. Sobre a incidência de COVID-19, até o dia 12/08, tivemos 10 casos, uma taxa de 0,31%, com registro de um óbito.

Podemos dividir as doenças mais frequentes em dois grupos, as crônicas e as agudas. A doença crônica mais frequente é hipertensão arterial, já as agudas são as infecções das vias aéreas superiores como: gripe, resfriado e faringite, principalmente em determinados meses do ano, isso ocorre devido as condições climáticas da região onde o polo está situado e também são comuns os casos de dor, principalmente cefaleia e lombalgia. A faixa etária com maior número de atendimentos é de 60 a 70 anos.

A taxa de cobertura do exame Preventivo do Câncer de Colo do Útero (PCCU) foi de apenas 46,06% (2019), um percentual bem abaixo do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Infelizmente ainda encontramos inúmeras barreiras para a realização do PCCU, entre elas a vergonha, o medo de realizar o exame e as crenças culturais. São inúmeros os relatos deste tipo: “não vou fazer, minha mãe ou minha avó nunca fez e nunca teve doença nenhuma, então não preciso fazer, não vou caçar doença”. Diante dessa baixa adesão percebemos que são necessárias intervenções para melhorar as taxas de cobertura. Quanto a Saúde Bucal, a prevalência (Experiência) de cárie dentária, aos 12 anos, foi de 4,3%, sendo considerada moderada.

As informações de saúde do território são coletadas por meio dos seguintes instrumentos:

- Prontuários individuais de cada paciente, onde são registradas todas as consultas, incluindo queixas principais, medicações prescritas, solicitação e resultado de exames;

- Caderneta da gestante, da criança e do idoso;

- Fichas individuais de notificação;

- Livro de registro de sintomáticos respiratórios; Livro de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de Tuberculose;

- E-SUS: ficha de atendimento individual, ficha de procedimentos, ficha de atividade coletiva, ficha de atendimento odontológico individual, ficha de vacinação e ficha de marcadores de consumo alimentar; Além das fichas que são de responsabilidade das agentes de saúde indígena que são: ficha de cadastro domiciliar e territorial (uma ficha para cada domicílio), ficha de cadastro individual (uma ficha para cada residente do domicílio) e ficha de visita domiciliar e territorial.

No território são desenvolvidos os seguintes programas, estratégias, linhas de cuidado e políticas de saúde: Programa Nacional de Imunização, Política Nacional de Saúde Bucal, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, Programa Nacional de Controle da Tuberculose e Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas (Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e cuidado da pessoa tabagista), Controle dos cânceres do colo de útero e mama, Estratégias de atenção ao pré-natal de baixo risco, Estratégias de acolhimento a demanda espontânea, Saúde sexual e reprodutiva, Linhas de cuidados a pessoas com doenças respiratórias crônicas, Controle e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.

Em relação aos indicadores de saneamento básico, o abastecimento de água é feito por meio de açudes, poço, cacimbas, cacimbões e cisternas. Algumas comunidades possuem abastecimento de água com rede encanada até o domicílio, que é realizado por meio de poços profundos, mas nem todos tem acesso a esse benefício. As cisternas são um instrumento importante de captação e armazenamento de água na região, a água armazenada é utilizada para diversas atividades, mas em especial para consumo e cozimento de alimentos. Para esta finalidade a água de consumo é filtrada em filtros de barro ou tratada com hipoclorito de sódio. Vale ressaltar que em épocas de seca algumas comunidades necessitam de abastecimento por carro pipa.

No território não existe rede de coleta e tratamento de esgoto, as formas de escoamento dos banheiros são por meio de fossa rudimentar ou a céu aberto. Também não existe coleta de lixo, o lixo em sua grande maioria é queimado ou jogado a céu aberto, no fundo dos quintais, em alguns casos também é enterrado.

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

Os processos de urbanização e de industrialização são responsáveis, cada vez mais, pelas inúmeras transformações que acontecem no mundo moderno e todas essas mudanças causaram alterações nos hábitos de vida, que interferem diretamente na alimentação e até na cultura das pessoas, resultando no aumento significativo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estes processos também desencadearam várias modificações no modo de vida dos povos indígenas brasileiros, são perceptíveis as transformações ocorridas nos hábitos socioculturais e econômicos. Todas estas mudanças ocorreram devido a interação dos índios com a sociedade não indígena (SOUZA FILHO et al., 2015).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das DCNT que apresenta distribuição epidêmica em todo o mundo, contribuindo de forma significativa com o aumento da carga de doenças e perda da expectativa de vida, devido as incapacidades geradas pela HAS. De acordo com estudos, no Brasil de 24,3% a 32,5% dos adultos tem HAS e apesar dos primeiros estudos em adultos indígenas terem apresentado ausência ou valores mínimos de HAS nesta população, os estudos mais atuais mostram que os número de indígenas com HAS vem se modificando e aumento consideravelmente nos últimos anos (CHAGAS et al., 2020).

De acordo com os estudos realizados em povos indígenas, durante as décadas 70 e 80, a HAS era quase que inexistente. No entanto, no ano de 2011, uma investigação realizada com os indígenas da aldeia Jaguapitu em Mato grosso do Sul mostrou prevalência de hipertensão em 29,7% dos participantes (SOUZA FILHO et al., 2015). Estudos recentes realizados com as etnias Nahukwá e Kaingang mostram uma prevalência de HAS que oscilou entre 15,4% a 46,2%, respectivamente (CHAGAS et al., 2020).

Dessa forma, a mudança no cenário epidemiológico dos povos indígenas ocorre devido a incorporação de novos comportamentos ocasionados pelo contato crescente com não indígenas, pela degradação ambiental, conflitos pela terra, restrição dos territórios tradicionalmente percorridos e expansão de fronteiras agrárias. Além destes, a proximidade com as grandes cidades, a facilidade de conseguir alimentos ultraprocessados, as modificações no modo de trabalho e a diminuição da atividade física proporcionam uma nova forma de adoecimento, dando espaço para o surgimento de doenças como a HAS (CHAGAS et al., 2020).

Diante do exposto, podemos perceber que a HAS é um sério problema de saúde pública que afeta a população de todo o planeta e que nas últimas décadas também vem se tornando um problema de saúde entre os povos indígenas. No Polo Base Monsenhor Tabosa a situação não é diferente, temos um total de 498 pacientes com HAS, com uma prevalência 15,19% na população do polo.

Podemos observar, durante os atendimentos, que a maioria dos pacientes hipertensos se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, são do sexo masculino e alguns apresentam dificuldades em seguir o tratamento medicamentoso de forma regular. Muitos relatam que não tomam os anti-hipertensivos todos os dias ou no horário correto, pois acabam esquecendo. A adesão correta do tratamento é um dos problemas a ser enfrentado para o controle da pressão arterial dos pacientes.

Além dos pacientes diagnosticados com HAS, ainda temos os pré-hipertensos, aqueles que tem grandes chances de apresentar progressão para a hipertensão, e os pacientes hipertensos que têm outras comorbidades associadas, por exemplo, diabetes e dislipidemia. A grande preocupação com essa parcela da população é o alto risco de desenvolvimento de complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica, que podem levar a óbito.

A HAS é uma doença crônica que necessita de tratamento durante toda vida, então identificar os fatores que levam ao surgimento da hipertensão, assim como, a introdução de medidas preventivas e de controle da doença são estratégias fundamentais para a diminuição de complicações e de novos casos, uma vez que, segundo Bezerra et al. (2014), a HAS "é o principal fator de risco modificável para o desenvolvimento de doenças do aparelho circulatório, e seu tratamento adequado reduz, consideravelmente, a morbimortalidade por doença cardiovascular".

Quadro 1 - Problema e determinantes

QUAL É O PROBLEMA	COMO ACONTECE	
	Mudanças no modo de viver	Mudanças no meio ambiente
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um sério problema de saúde pública.	Transição nutricional, devido, mudanças nos padrões alimentares indígenas.	Longos períodos de estiagem.
A HAS é uma das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório.	Grande consumo de alimentos ultraprocessados.	Irregularidade das chuvas.
É uma doença crônica que funciona como o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica.	Introdução de sal e temperos industrializados no preparo das refeições.	Falta de demarcação das terras indígenas.
A HAS possui alta prevalência e baixas taxas de controle.	Perda do hábito de caçar e pescar.	
	Redução do roçado e da variabilidade de leguminosas.	
	Redução dos níveis de atividade física.	
	Venda do roçado para aquisição de produtos nas cidades.	
	Consumo de fumo e bebidas alcoólicas.	

Fonte: Próprio autor, 2020.

Quadro 2 - Plano de soluções para a hipertensão arterial no Polo Base Monsenhor Tabosa

ALDEIA		POLO BASE	DSEI	OUTROS SETORES
<b>Ações individuais</b>	<b>Ações coletivas</b>	Organização das ações a serem desenvolvidas: palestras, rodas de conversa, reuniões com os AIS.	Consolidar as informações sobre os hipertensos dos polos bases.	Acionar o apoio de instituições que podem ser grandes parceiras: Secretárias Municipais de Saúde, Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA) e Ministério da Saúde.
Fazer a estratificação individual de risco cardiovascular dos pacientes.	Conversar com a comunidade para compreender como eles veem os fatores que levam a hipertensão.			
Acompanhar periodicamente os pacientes de acordo com os níveis de estratificação.	Fazer palestras sobre as causas da HAS e a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso no seu controle.	Fornecer suporte para a estratificação de risco dos pacientes.	Apoiar com recursos financeiros todas as ações a serem desenvolvidas no polo base.	

Investigar a causa da HAS no indivíduo.	Fazer rodas de conversa sobre a importância de uma alimentação equilibrada e a prática de atividade física no controle da HAS.	Programar o acompanhamento dos pacientes hipertensos, de acordo, com a estratificação de risco.	Prover o polo base com materiais e medicamentos anti-hipertensivos.	Instituições e organizações não-governamentais que incentivem e orientem a produção de alimentos, assim como forneçam sementes e mudas de árvores frutíferas: Secretária do Desenvolvimento Agrário do Estado do Ceará, Associação para o Desenvolvimento Local Co-Produzido - ADELCO, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará - EMATERCE, Instituto Agropolos do Ceará.
Investigar se o paciente tem outras doenças além da HAS, como diabetes e dislipidemia.	Fazer o mapeamento dos pacientes hipertensos e pré-hipertensos.	Acompanhar os hipertensos de alto risco e encaminhar para referências se necessário.	Melhorar a contrarreferência, dos pacientes que precisarem de atendimento especializado.	
Investigar fatores de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades.	Conversar sobre a importância de roças e hortas para o cultivo de legumes, frutas, hortaliças e temperos naturais.	Informar a sede do DSEI sobre a classificação de risco dos pacientes hipertensos da área de abrangência.	Apoio logístico para as equipes de saúde.	
Orientar o paciente sobre a importância de diminuir a ingestão de alimentos industrializados e com alto teor de sódio.	Orientar os AIS sobre os sinais, sintomas, tratamento e consequências da hipertensão.	Consolidar as informações sobre os hipertensos de cada aldeia.	Articulação e promoção de parcerias com outros setores.	
Incentivar a prática de atividades físicas.	Fazer rodas de conversa sobre a utilização de alimentos e chás no controle da hipertensão.	Fornecer materiais educativos e medicamentos anti-hipertensivos para a população.	Receber, organizar e tratar as informações de vigilância à saúde.	
Orientar sobre os malefícios do fumo e das bebidas alcoólicas.		Incentivar o cultivo de alimentos.		
		Articulação de parcerias.		

Fonte: Próprio autor, 2020.

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

As práticas de educação em saúde fazem parte de um processo político pedagógico que, envolve um pensamento crítico e reflexivo, englobando profissionais de saúde, seus gestores e a população. As ações de educação em saúde permitem a população construir seus conhecimentos e sua autonomia nos cuidados em saúde, de forma individual ou coletiva, possibilitando a tomada de decisões por parte do indivíduo, no que diz respeito ao cuidar de si e da sua família (FALKENBERG et al., 2014).

As estratégias de educação em saúde são uma ferramenta importante para os profissionais de saúde, em especial aqueles que trabalham na atenção básica, visto que, permitem a viabilização da promoção da saúde, dando ao usuário autonomia para seu cuidado. Deste modo, o desenvolvimento de ações educativas que possam ajudar na prevenção de agravos, no tratamento e reabilitação das pessoas podem melhorar consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes e reduzir possíveis complicações (VASCONCELOS et al., 2017).

Diante do exposto fica evidenciado a importância de ações de educação em saúde, principalmente para os pacientes que apresentam comorbidades crônicas, que com o passar do tempo podem apresentar sérias complicações, inclusive levar a morte. Sendo assim, diante do fato de 15,19% da população do Polo Base Monsenhor Tabosa ser hipertensa, percebemos a necessidade de traçar ações de educação em saúde voltada para esse público. Uma vez que, precisamos de ações eficazes, que estimulem a melhoria da qualidade de vida, os hábitos alimentares, práticas de atividades físicas e adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos.

Quadro 3 - Planejamento das Ações de Educação em Saúde no Polo Base Monsenhor Tabosa.

<b>Problema</b>	Grande número de pacientes hipertensos, com prevalência de 15,19% (498 pacientes).
<b>Público-alvo</b>	Pacientes hipertensos do Polo Base de Monsenhor Tabosa, das quatro etnias do território: Potyguara, Tabajaras, Tubiba - Tapuia e Gaviões.
<b>Objetivos</b>	Aumentar a compreensão da população sobre a hipertensão arterial sistêmica; Estimular e explicar a importância da mudança de hábitos de vida (mudanças na alimentação, prática de atividade física, redução de peso); Incentivar a adesão adequada do tratamento medicamentoso.
<b>Ação</b>	Rodas de conversar.
<b>Materiais e recursos</b>	Recursos Humanos: pacientes hipertensos, Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), NASF (Nutricionista), Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e líderes das aldeias; Recursos Materiais: folhetos e cartazes (Informando o dia, horário e local das ações).
<b>Parcerias</b>	As Secretárias de Saúde e os NASF's dos municípios onde ficam situadas as aldeias (Boa Viagem, Monsenhor Tabosa e Tamboril); Lideranças indígenas das aldeias.
<b>Local</b>	Unidades Básicas de Saúde Indígenas e pontos de apoio onde são realizados os atendimentos.
<b>Período</b>	Primeiro semestre de 2021 (Após melhora dos indicadores epidemiológicos de COVID -19 ou após imunização com vacina contra COVID-19).

Fonte: Próprio autor, 2020.

As rodas de conversa serão realizadas com todos os povos indígenas do polo, visto que, a hipertensão arterial sistêmica é um problema que atinge as quatro etnias. Sendo assim, será realizado várias rodas de conversas em diferentes locais de atendimento da população. Entendemos que, como a hipertensão pode ser controlada através da mudança dos hábitos de vida é importante que todos os 498 pacientes, do polo, diagnosticados com hipertensão participem deste momento.

Para a realização das atividades iremos precisar do apoio de todos os membros da EMSI, dos AIS, além das secretárias de saúde dos municípios, dos NASF's e das lideranças indígenas do território. Os AIS terão um papel importante, pois serão eles que distribuirão os panfletos convidando e informado os pacientes sobre as ações, as secretárias de saúde darão apoio disponibilizando os nutricionistas da equipe dos NASF's para



participarem das ações e as lideranças indígenas serão convidadas para participar como forma de fortalecer e incentivar a participação da comunidade, serão um apoio a mais para a realização das rodas de conversa.

As rodas de conversa serão momentos leves e de muita informação, por meio destas serão esclarecidas muitas dúvidas que a população possa ter, principalmente os mitos sobre hipertensão. Além de muitas informações e orientações, principalmente sobre alimentação, prática de atividades físicas, importância do peso corporal adequado e do uso de medicamentos para o controle da pressão arterial.

Para que as rodas de conversa não sejam cansativas e nem muito longas, elas ocorrerão, em cada local, em dois dias distintos. Na primeira roda falaremos sobre hipertensão (O que é? Quais as causas e as consequências) e a importância do tratamento medicamentoso adequado. Na segunda roda será abordado a importância da alimentação e da prática de atividade física no controle da pressão, aqui contaremos com o apoio dos nutricionistas do NASF.

As rodas de conversa serão realizadas nos locais onde fazemos os atendimentos, atualmente no Polo Base Monsenhor Tabosa contamos com 05 Unidades Básicas de Saúde Indígena e em algumas comunidades realizamos os atendimentos em Unidades Básicas de Saúde dos municípios, onde dividimos espaço com outras equipes de saúde não indígena, além de pontos de apoio em locais que não tem unidades de saúde.

A realização das rodas de conversa só será possível após a melhora dos indicadores epidemiológicos dos casos de COVID-19 nos municípios onde estão situadas as aldeias ou após a vacinação dos povos indígenas contra a COVID-19, uma vez que, atualmente a incidência de COVID continua alta e temos que tomar todos os cuidados necessários para evitar ainda mais a disseminação do coronavírus. Desde modo, só poderemos colocar em prática nossa ação educativa no primeiro semestre de 2021, na esperança de que nesse período a população indígena já tenha sido vacinada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste estudo me proporcionou novos conhecimentos acerca do DSEI Ceará, assim como uma melhor compreensão dos aspectos socioculturais e epidemiológicos dos povos indígenas do Polo Base de Monsenhor Tabosa. Por meio deste, pude conhecer a história e características de cada uma das quatro etnias com que trabalho, e reconhecer a importância das práticas tradicionais destes.

Também me fez perceber que, a EMSI do polo, onde atuo, ainda tem um olhar muito voltado para questões curativistas e biomédicas, e que em muitos casos, tratar acaba sendo mais cômodo do que prevenir. Neste âmbito, apresentamos algumas fragilidades que precisam ser superadas, como: dificuldades para desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde, e de inserir as práticas culturais tradicionais durante os tratamentos. No entanto, nossa EMSI têm como potencialidades o respeito pelos povos do território, o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais/pacientes e profissionais/profissionais.

Deste modo, as ações de educação em saúde são, na maioria das vezes, deixadas de lado ou realizadas apenas em datas pontuais, antes do curso achava normal trabalhar desta forma, mas hoje percebo que precisamos desenvolver mais ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde, e que englobem os povos indígenas de forma participativa, compartilhando seus conhecimentos sobre a situação de saúde em território.

Por fim, a especialização me mostrou o quanto é importante conhecer os aspectos socioculturais e epidemiológicos do território onde atuamos, assim como as particularidades de cada etnia. Sem dúvidas esta experiência foi um divisor de águas na minha prática profissional, desde as primeiras disciplinas que comecei a perceber a importância de rever e mudar as minhas condutas durante os atendimentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDECO. Centro de documentação indígena. **Serra das Matas**. 2020. Disponível em: <<http://adelco.org.br/centro-documentacao/terra-indigena-serra-das-matas/>>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- BEZERRA, Vanessa Moraes *et al.* Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 10, p. 1-14, 26 out. 2017.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Perfil epidemiológico dos indígenas assistidos pelo SasiSUS e panorama dos serviços de atenção primária**. Brasília: Divisão de Ações de Saúde Indígena, 2018. 109 slides, color.
- \_\_\_\_\_. Agência de Notícias IBGE. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 76 anos; mortalidade infantil cai**. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23206-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-76-anos-mortalidade-infantil-cai>>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- \_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce.html>>. Acesso em: 11 set. 2019.
- \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária Especial de Saúde Indígena. **Sobre a SESAI**. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>>. Acesso em: 18 fev. 2020.
- CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Secretária do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Painel de Indicadores Sociais e Econômicos: Os 10 maiores e os 10 menores municípios cearenses**. Fortaleza: IPECE, 2018. 48 p. Disponível em: <[https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/11/Painel\\_Indicadores\\_2018.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/11/Painel_Indicadores_2018.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2020.
- \_\_\_\_\_. Companhia de Gestão dos Recursos Hídrico - COGERH. Governo do Estado do Ceará. **Base Cartográfica**. 2020. Disponível em: <<https://portal.cogerh.com.br/mapas/>>. Acesso em: 25 dez. 2020.
- \_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Ceará em Mapas: Informações georreferenciadas e especializadas para os 184 municípios cearenses**. 2020. Disponível em: <<http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/>>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- CHAGAS, Cristiane Alvarenga *et al.* Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 1-15, 2020.
- CHAVES, Eduardo Dezidério. **Saúde indígena no Brasil: a aplicação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas no Estado do Ceará**. 2017. 79 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.
- DSEI-CE. **Dados sobre a população do Polo Base de Monsenhor Tabosa**. Fortaleza, 2016.
- FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.
- FUNAI. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **IBGE divulga resultado do censo 2010 sobre população indígena**. 2012. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/1757-ibge-divulga-resultado-do-censo-2010-sobre-populacao-indigena>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

IMIP (Recife). **DSEI CEARÁ**. 2015. Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/dseiceara.html>>. Acesso em: 12 out. 2020.

\_\_\_\_\_. **Assistência e Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/apresentacao.html>>. Acesso em: 31/01/2021.

KABAD, Juliana Fernandes; PONTES, Ana Lúcia de Moura; MONTEIRO, Simone. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 1653-1666, maio 2020.

LIMA, Aana Raphaely de; OLIVEIRA, Alaércio Aparecido de. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Revista Inspirar Gestão & Desenvolvimento**, S.L, v. 3, n. 1, p. 1-28, jan./jun., 2019.

MEDEIROS, Cleyber Nascimento de; SOUSA, Fátima Juvenal de; LIMA, Kathiuscia Alves de; LIMA, Jader Ribeiro de. **PANORAMA SOCIOECONÔMICO DAS REGIÕES DE PLANEJAMENTO DO ESTADO DO CEARÁ**. Fortaleza: Ipece, 2017. 339 p. Disponível em: <[https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2015/02/Livro\\_Panorama\\_Regioes\\_Planejamento\\_Ceara\\_2017.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2015/02/Livro_Panorama_Regioes_Planejamento_Ceara_2017.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2020.

MEMORIAL DA CULTURA CEARENSE (Fortaleza). Centro Dragão do Mar de Arte e Cultura. **Povos Indígenas no Ceará: Organização, memória e luta**. Fortaleza: Ribeiros, 2007. 53 p.

MENDES, Anapaula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, S.l, v. 184, n. 42, p. 1-6, 2018.

MOTA, Sara Emanuela de Carvalho; NUNES, Mônica. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do distrito sanitário especial indígena da Bahia. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 11-25, jan. 2018.

MOVIMENTO INDÍGENA DO CEARÁ. **Situação dos Povos Indígenas do Ceará**. 2019. 136 p.

PEDRANA, Leo et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 42, n. , p. 1-5, 2018.

RODRIGUES, André Víctor. Governo do Estado do Ceará. **Todo dia é dia de índio: Quais são os povos indígenas do Ceará?**. 2019. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/2019/04/16/todo-dia-e-dia-de-ndio-quais-sao-os-povos-indigenas-do-ceara/>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

SOUZA FILHO, Zilmar Augusto et al. Hypertension prevalence among indigenous populations in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 49, n. 6, p. 1012-1022, dez. 2015.

SOUZA, Maria Lidiany. Tributino de Reforma Sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 275-284, jan.-mar., 2020.

SOUZA, Matheus da Conceição et al. O envelhecimento da população: aspectos do Brasil e do mundo, sob o olhar da literatura. **Braz. J. Of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61871-61877, ago. 2020.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. Educação em saúde na Atenção Básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev. Aps.**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 253-262, abr./jun. 2017.