



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

FELIPE ANDRE ZILIO

TERRITORIALIDADE E SAÚDE NO POLO BASE SÃO SEBASTIÃO, DSEI ALTO RIO
SOLIMÕES, TONANTIS-AM

SÃO PAULO
2021

FELIPE ANDRE ZILIO

TERRITORIALIDADE E SAÚDE NO POLO BASE SÃO SEBASTIÃO, DSEI ALTO RIO
SOLIMÕES, TONANTIS-AM

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: JULIANA NOGUEIRA DE SOUZA CAMPOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões está situado no extremo oeste do Amazonas e atende uma população de aproximadamente 70 mil indígenas de diversas etnias. As equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) são cotidianamente desafiadas pelas peculiaridades culturais destes povos e deste território a levar uma atenção à saúde de qualidade à população. O polo base São Sebastião faz parte deste DSEI e abrange uma população de 4 mil indígenas. Através da análise deste território foi possível observar problemas comuns e evitáveis como a elevada incidência de síndromes diarreicas devido ao consumo de água contaminada, tendo em vista a falta de saneamento básico nesse território e o aumento de doenças como hipertensão arterial e diabetes, devido à mudança dos hábitos alimentares desta população. A fim de levar uma proposta de soluções a estes problemas foram realizadas intervenções nesse território, na tentativa de promover a saúde agindo na prevenção e controle destas doenças.

Palavras-chave:

Tratamento da Água. Doença Crônica. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Território Sociocultural.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Felipe André Zílio, tenho 32 anos, nasci no dia 22/01/1988, na cidade de Quedas do Iguaçu, estado do Paraná, porém cresci e vivi na cidade de Santa Helena, no mesmo estado, até meus 23 anos, quando decidi começar a estudar medicina na cidade de Assunção, no Paraguai.

Sempre vivi em uma região de tríplice fronteira (Brasil, Argentina, Paraguai) e a escolha por cursar medicina no exterior foi pela forte conexão que tenho com o Paraguai, já que tenho familiares que vivem há mais de 25 anos naquele país, além de motivos financeiros.

O Paraguai tem uma presença muito forte da cultura indígena em suas terras, a etnia predominante é a guarani, sendo este idioma de mesmo nome considerado oficial no país, junto com o espanhol. Durante a faculdade tive contato com este povo e pude enxergar sua realidade, a forma como eram tratados, como era sua relação com outras etnias e com as pessoas ditas “civilizadas”.

Várias vezes participei de atendimentos, visitas e me relacionei socialmente com os indígenas daquela região. Este foi o primeiro contato que tive com populações indígenas e suas questões sociais.

Além disso, tenho um apreço especial por culturas diferentes, onde podemos extrair saberes, costumes, modos de vida diferentes da vida globalizada que vivemos nas grandes cidades. Sempre acreditei que para exercer a medicina não existem fronteiras e aliar a prática desta profissão que amo à compreensão e conhecimento de diversos povos e seus modos de vida, me fez querer vir ao Amazonas e conhecer esta região tão diferente da que fui criado. Além disso, trabalhar na área indígena possibilita uma forma diferente de exercer a profissão, longe da rotina diária de consultórios e hospitais.

Além de contribuir para saúde destes povos tenho um grande objetivo de desenvolver-me pessoalmente observando seus costumes, vivências, saberes e problemas. Acredito que com este curso enriquecerei minha compreensão sobre a população indígena como um todo, além de aprimorar as técnicas para um melhor exercício da medicina e promoção da saúde neste âmbito.

Apresento algumas imagens do meu trabalho:

Figura 1. Atividade sobre técnicas de amamentação.



Fonte: arquivo pessoal

Figuras 2 e 3. Atenção ao pré-natal





Fonte:arquivo pessoal

Figura 4. Puericultura



Fonte: arquivo pessoal

Figura 5. Visita Domiciliar

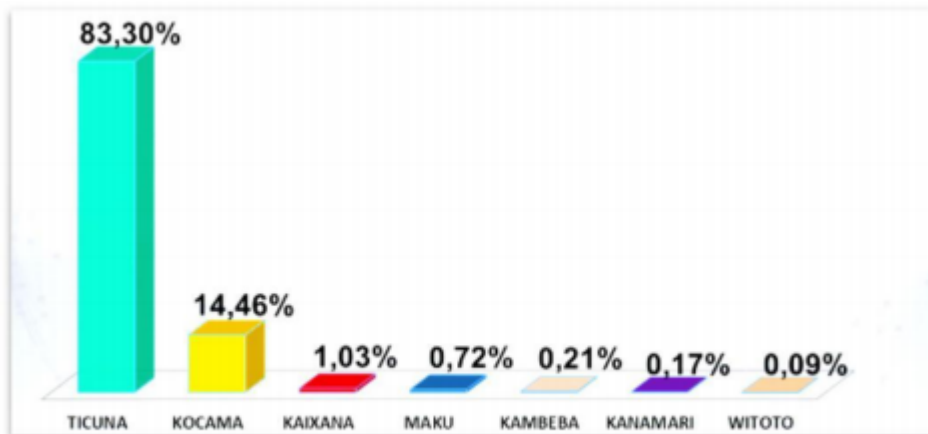


Fonte: arquivo pessoal

Figura 6. O transporte da zona rural é todo fluvial, não existe conexão entre as aldeias por terra



Fonte: arquivo pessoal



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões (2018).

Conforme se nota, a etnia Ticuna tem supremacia numérica na região e, além disso, é a que mais conserva sua língua materna e também costumes tradicionais. Atualmente, deve-se mencionar que existe um movimento de resgate da cultura e línguas das outras etnias, como os Kocamas, que tem também uma representação importante no DSEI.

Para atender toda a população, o distrito organizou sua estrutura em uma sede situada no município de Tabatinga, a Casa de Apoio ao Índio (CASAI), presente no mesmo município, 13 polos bases (PB) e 12 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), distribuídas estrategicamente pela região.

A estrutura física é ocupada por 26 equipes multidisciplinares de trabalho compostas por médicos, odontólogos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes indígenas de saúde com a missão de levar a atenção básica de saúde à população.

Contudo, o DSEI encontra desafios peculiares ao exercício de sua missão. Em primeiro lugar a logística se apresenta como um verdadeiro obstáculo no cotidiano dos profissionais, pois a principal conexão existente entre as localidades atendidas se dá por via fluvial, dificultando os atendimentos, entregas de materiais e medicamentos. O Rio Solimões é extenso, de águas correntes, além disso, passa por temporadas em que os níveis da água podem variar em até 14 metros durante o ano, impedindo o acesso rápido dos barcos utilizados pelo DSEI.

Em seguida a região é complexa, miscigenada pelos povos da tríplice fronteira, conta com a presença de populações tradicionais, ribeirinhas, indígenas, estrangeiros, com uma pluralidade de hábitos e costumes, além do choque cultural existente entre a população que vive nas cidades e a que vive em zona rural, nas aldeias, característica que influencia no processo saúde-doença presente nesta região.

Ainda, deve-se ressaltar a presença de organizações criminosas situadas na fronteira dedicadas principalmente ao tráfico de drogas oriundas do Perú e da Colômbia e aos constantes ataques de piratas ao longo do rio que praticam roubos e furtos e impedem a navegação pacífica e segura, muitas vezes frustrando referências de pacientes e até mesmo o acesso das equipes a comunidades mais longínquas, as quais acabam ficando sem atendimento até a solução da questão.

São dificuldades diárias que se apresentam aos profissionais do DSEI Alto Rio Solimões, mas

que não impedem a dedicação à atividade fim e ao desenvolvimento de alternativas para levar a atenção básica de saúde, através de inúmeros serviços, aos habitantes do Alto Rio Solimões.

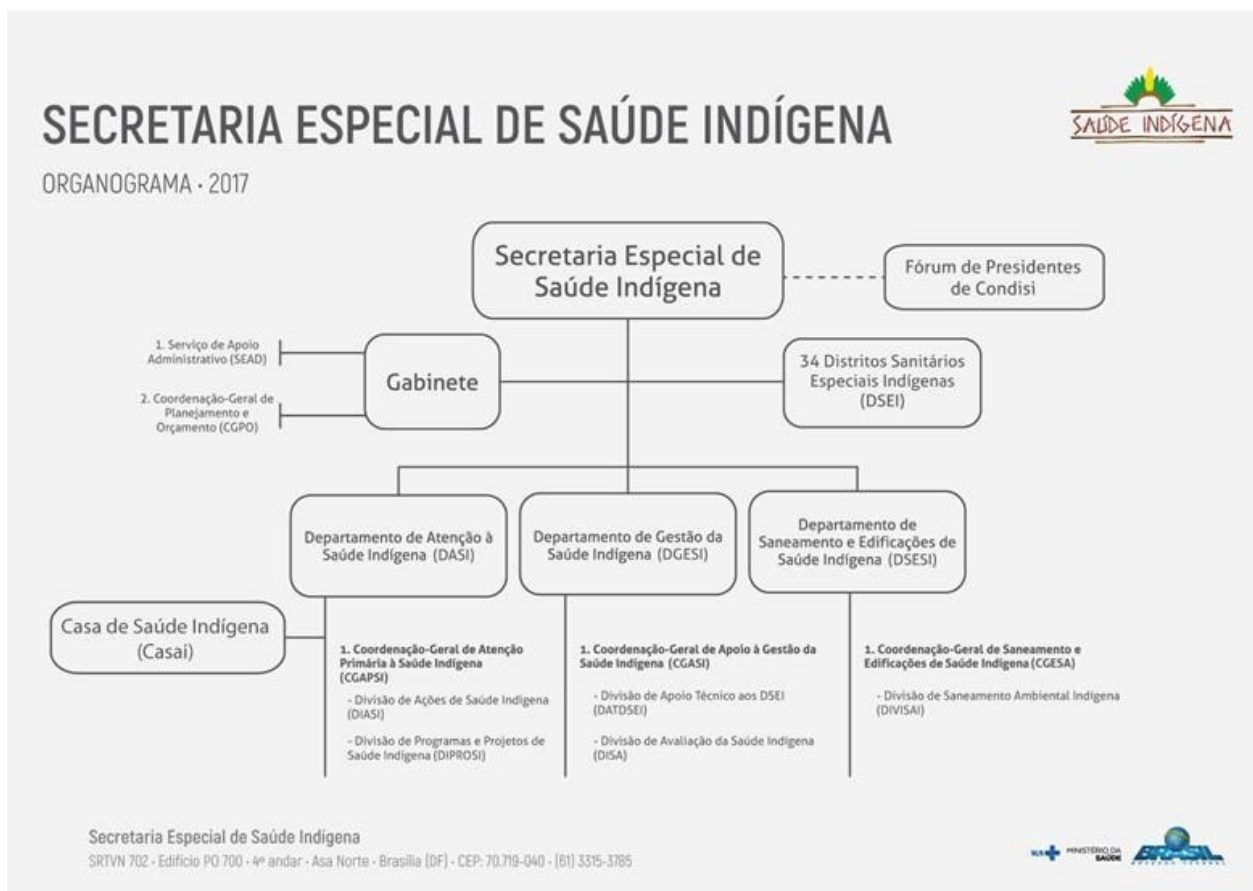
CAPÍTULO 2 - ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DSEI

O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões surgiu no contexto da promulgação da lei n. 9.836 de 24 de setembro de 1999, também conhecida como Lei Arouca, a qual dispôs sobre a criação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, divididos não por estados e municípios, mas por área territorial, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas.

A formação de um Distrito Sanitário Especial Indígena permitiu aos representantes organizar a atenção à saúde indígena de forma autônoma, baseado nos princípios do SUS da descentralização, regionalização e hierarquização.

Desde 2011, o DSEI Alto Rio Solimões encontra-se subordinado à Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, que é um órgão diretamente vinculado ao Ministério da Saúde.

Figura 9. Organograma da SESAI



Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2017.

Conforme já mencionado, para atender à população indígena presente no território delimitado para sua atuação, o DSEI organizou-se da seguinte forma: a sede foi instalada no município de Tabatinga, levando em consideração a logística e a infra-estrutura para atender as necessidades do DSEI, já que o município de Tabatinga conta portos fluviais, aeroporto, hospital para referência de pacientes de média e alta complexidade e unidade de pronto-atendimento (UPA).

Figura 10. Sede do DSEI Alto Rio Solimões



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões

Figura 11. Equipe da Sede do DSEI Alto Rio Solimões



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões

Figura 12. Porto fluvial instalado no município de Tabatinga



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões

Além disso, o município conta com 01 casa de saúde indígena (CASAI), a fim de oferecer melhores condições de permanência aos indígenas que necessitam de observação e acompanhamento em seus tratamentos.

Figura 13. Casa de saúde indígena, reinaugurada em 2019, após realização de reformas implementadas pelo DSEI.



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões

Além da estrutura centralizada no município de Tabatinga, o DSEI instalou 13 polos-base distribuídos no território de atuação para atender às 235 aldeias sob sua responsabilidade, além de 12 unidades básicas de saúde indígena - UBSI.

Figura 14. Divisão dos polos-base por município

Município	Polos Bases
Tabatinga	Umariçu I Umariçu II Belém do Solimões
Benjamin Constant	Feijoal Filadélfia
São Paulo de Olivença	São Paulo de Olivença – Sede Campo Alegre Vendaval
Amaturá	Nova Itália São Francisco do Canimari
Santo Antônio do Içá	Betânia
Tonantins	São Sebastião
Japurá	Vila Bittencourt

Fonte: SIASI,2020.

Figura 15. Divisão das aldeias presentes na área de abrangência do DSEI Alto Rio Solimões, por município.

Polo Base	Município	Total de Aldeias
Umariçu I	Tabatinga	06
Umariçu II	Tabatinga	03
Belém do Solimões	Tabatinga	28
Betânia	Santo Antônio do Içá	29
Campo Alegre	São Paulo de Olivença	09
Feijoal	Benjamin Constant	15
Filadélfia	Benjamin Constant	21
Nova Itália	Amaturá	13
São Francisco do Canimari	Amaturá	13
São Paulo de Olivença	São Paulo de Olivença	43
Vendaval	São Paulo de Olivença	21
São Sebastião	Tonantins	33
Vila Bittencourt	Japurá	01
TOTAL		235

Fonte: SIASI,2020.

Para atender a população que vive longe da área central do município de Tabatinga, o DSEI conta com mais 4 CASAIS situadas nos municípios de São Paulo de Olivença, Benjamin Constant, Amaturá e Santo Antônio do Içá, que contam também com atenção de média e alta complexidade.

A força de Trabalho para atender os mais de 70.000 indígenas residentes na área de atuação

do DSEI consiste em 26 equipes multidisciplinares compostas de médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes indígenas de saúde. Estes profissionais dedicam-se principalmente à atenção primária em saúde realizando serviços de atenção à saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, saúde do idoso, imunizações, saúde sexual, vigilância alimentar e nutricional, controle de doenças endêmicas como a malária e a tuberculose além de promoção à saúde através da educação permanente destes povos.

O modelo assistencial segue o padrão do SUS, baseado na descentralização das unidades para estarem mais próximas à população e atuar de acordo com os níveis de referências já implementados no SUS.

A atenção à saúde começa com o atendimento dos pacientes nas aldeias, através de visitas domiciliares ou através das UBSI que estão mais próximas. Nas aldeias que não possuem UBSI os pacientes podem procurar diretamente o serviço do polo-base, situado estrategicamente nas calhas de rios presentes na região.

Cada polo-base pode referenciar o paciente, de acordo com suas necessidades, para o seu município de referência, vinculado diretamente ao SUS. Por exemplo, o paciente que é atendido na aldeia de Belém do Solimões é referenciado ao município de Tabatinga, à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Maternidade ou ao Hospital de Guarnição, dependendo da complexidade deste paciente.

O transporte dos pacientes é realizado através do SAMUSI, com embarcações do próprio do DSEI e, na impossibilidade, com a ajuda de embarcações e profissionais do SAMU.

Figura 16. Ambulanchas entregues em 2020 para facilitar o transporte de pacientes referenciados.



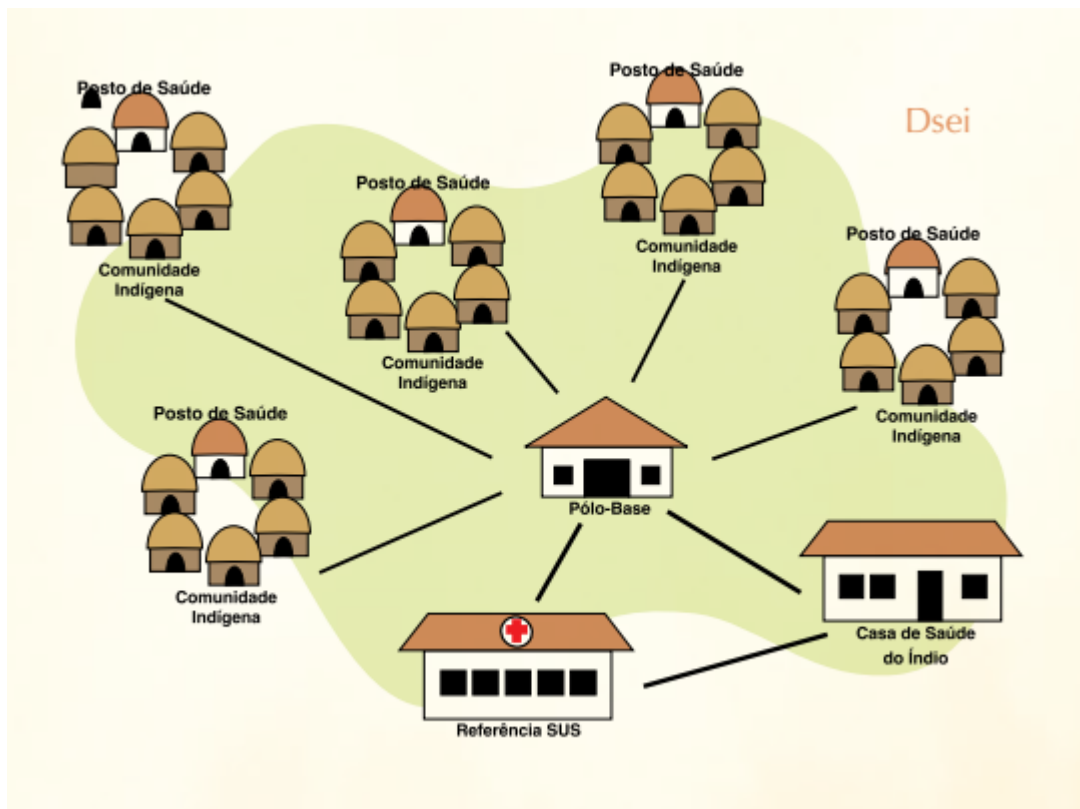
Fonte: Dsei Alto Rio Solimões 2020.

A casa de saúde indígena (CASAI) serve de apoio para o paciente e seu acompanhante, caso tenham que permanecer aguardando resultado de exames, em monitoramento, ou para completar seu tratamento.

Os polos-base têm autonomia também para referenciar estes pacientes para especialistas diretamente à capital Manaus, caso não consiga o atendimento necessário nos municípios de referência, os quais nem sempre têm a especialidade indicada ao paciente. Um exemplo clássico é o acompanhamento de pacientes cadastrados no programa de saúde mental, que se dirigem até Manaus anualmente para realizar consultas com neurologistas e psiquiatras, recebendo o auxílio de transporte e alimentação do próprio DSEI, assim como o apoio da CASAI de Manaus.

O transporte desses pacientes geralmente se dá de forma fluvial, em lanchas rápidas e barcos que realizam o serviço privado no rio Solimões.

Figura 17. Esquema de modelo assistencial do DSEI



Fonte: livro A Lei Arouca-10 anos, pág. 32

A integração com o SUS é evidente e necessária tendo em vista que as equipes de saúde presentes nos territórios apenas cumprem a função de atenção primária em saúde, devendo o paciente ser referenciado toda vez que necessitar de atenção de média e alta complexidade.

É necessário ressaltar também a presença dos agentes indígenas de saúde (AIS) dentro deste modelo assistencial adotado.

O DSEI tem ao todo cerca de 440 profissionais indígenas contratados para trabalhar como Agentes Indígenas de Saúde, pessoas residentes nas próprias comunidades, capazes de identificar os problemas de saúde de cada aldeia, além de realizar o acompanhamento de crianças, idosos e pacientes especiais vigilando a nutrição, continuidade do cuidado oferecido pelas equipes e identificação de problemas específicos dos pacientes residentes nas comunidades.

Recentemente o DSEI promoveu a capacitação da primeira turma de agentes indígenas de saúde, os quais receberam instrução adequada ao reconhecimento e conduta ao identificar os problemas de saúde presentes nas comunidades.

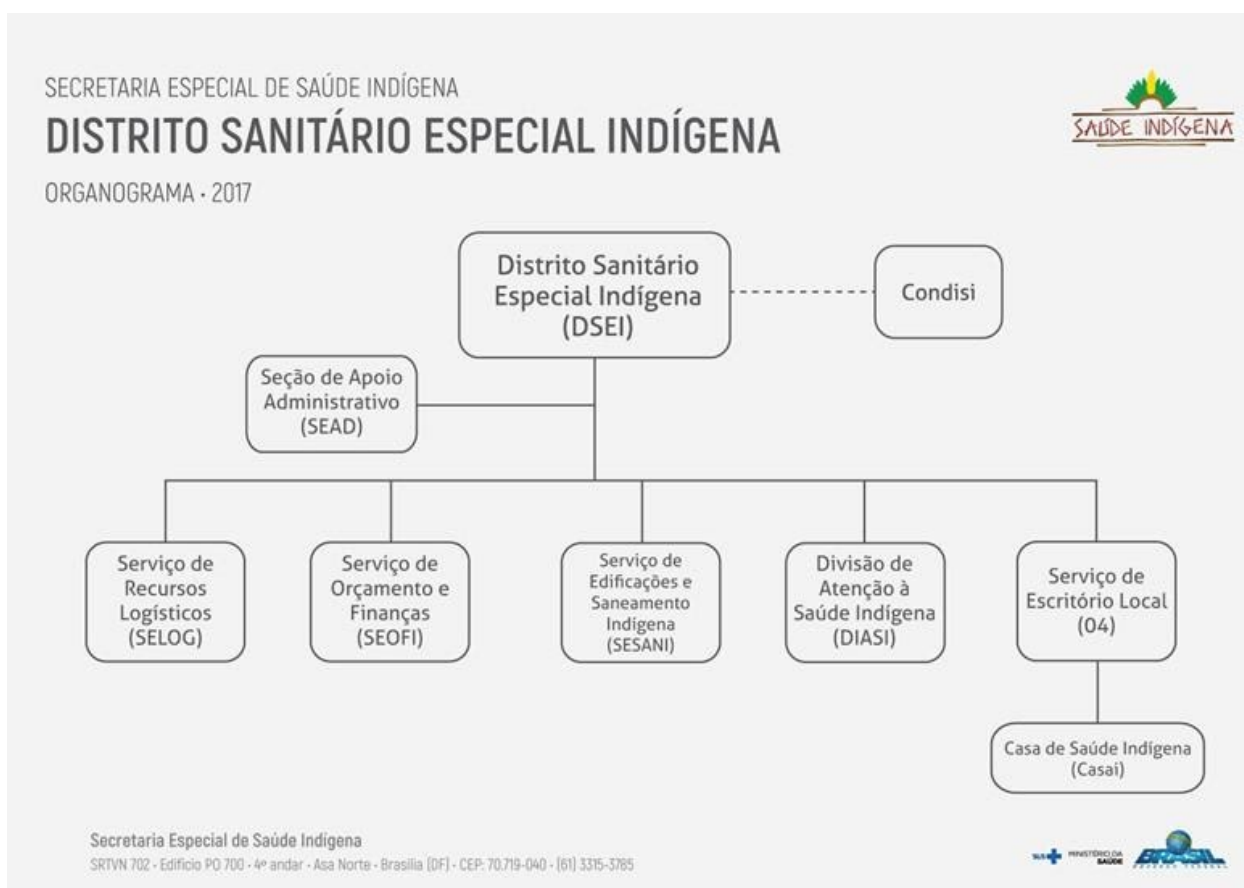
Figura18. Qualificação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)



Fonte: DSEI Alto Rio Solimões, 2018.

Além dos profissionais responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, o DSEI conta com diversos profissionais que trabalham em nível administrativo, de logística e controle social do próprio DSEI.

Figura 19. Organograma administrativo do DSEI



Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (2017)

A organização permite uma melhor estruturação dos trabalhos oferecidos e a consolidação dos objetivos do DSEI em levar uma atenção de saúde de qualidade para seus usuários. Porém, conforme se observa, existe também uma complexa organização composta por pessoas que executam o planejamento de serviços logísticos, de finanças, edificações e saneamento e também administrativos que complementam as atividades do DSEI.

Por outro lado, com o objetivo de prestar apoio e fiscalizar as atividades do DSEI e para cumprir o princípio de controle social existente no SUS, existe a atuação de conselheiros que compõem o CONDISI – conselho distrital de saúde indígena.

O CONDISI cumpre o disposto na lei 9.836/99, que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, e tem a função de fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde.

Cada polo base é também observado e fiscalizado pelos conselheiros locais de saúde, escolhidos dentre os moradores das aldeias que são abrangidas pela área de cobertura do polo base respectivo e, desse grupo, existe um representante que compõe o CONDISI e compõe o grupo de conselheiros distritais que se reúnem na sede do DSEI periodicamente.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O polo base São Sebastião está situado na área indígena de mesmo nome, no município de Tonantins/AM.

O motivo de escolha do território recorte é o trabalho que venho exercendo nesta região, o qual me possibilitou ter mais contato com essa população e com as particularidades do território, pois todos os meses visito toda a região fazendo atendimentos e já tenho um vínculo pessoal com as pessoas.

Aqui encontramos integrantes das etnias Kocama, Kaixana e Ticuna. Eles se reuniram em algumas dezenas na Aldeia São Sebastião no dia 24 de maio de 2019, onde era dia de festa e o povo comemorava a concretização da luta incessante de muitas lideranças em busca de melhores condições de vida para os povos indígenas. Era a inauguração de mais um Polo-Base no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões, o décimo-terceiro nesse território e um marco histórico na região de Tonantins. (BRASIL, 2019)

Com capacidade para atender indígenas que vivem em 31 aldeias da região, essa unidade de saúde é a primeira edificação padrão construída pelo próprio DSEI. A nova unidade de saúde é formada por três módulos: um assistencial, para o atendimento básico de saúde; um administrativo, para a gestão e a organização dos serviços; e um amplo alojamento para os profissionais que integram a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), formada por médico, dentista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN). (BRASIL, 2019)

Seguem abaixo as fotos da inauguração do polo base São Sebastião.

Figura 20. Inauguração do polo base São Sebastião 1



Fonte: Ministério da Saúde, 2019

Figura 21. Inauguração do polo base São Sebastião 2



Fonte: Ministério da Saúde, 2019

Figura 22. Inauguração do polo base São Sebastião 3



Fonte: Blog Bocas e Notícias - O portal de notícias de Tabatinga

O polo base São Sebastião conta com serviços de imunização/vacinação, com atenção à saúde da mulher, do homem, da criança, do idoso, atendimento odontológico, sistema de vigilância alimentar e nutricional, combate a doenças sexualmente transmissíveis, assistência farmacêutica, programa de Hipertensão, exames preventivos, educação em saúde, rede farmacêutica, visitas domiciliares, vigilância epidemiológica e serviço social.

Embora o polo conte com inúmeros serviços, há problemas como as doenças infecciosas, principalmente as respiratórias, gastrointestinais e cutâneas e a equipe de saúde está percebendo um aumento nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

Outro problema que encontramos é referente ao saneamento básico, pois a população não conta com água potável. Os moradores utilizam água da chuva por meio do desenvolvimento de coletores artesanais, além de água de rio e de igarapés.

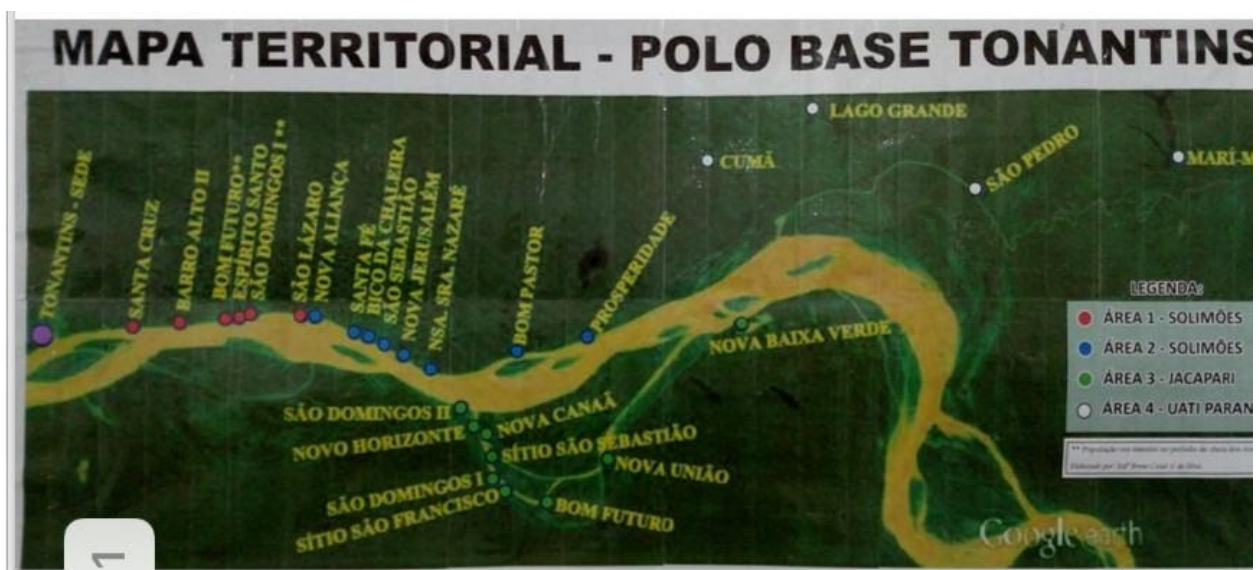
Logo, percebo que exercer a medicina aqui, é um pouco diferente de exercê-la em grandes centros hospitalares e consultórios médicos. Aqui encontramos enfermidades e problemas sanitários às vezes infrequentes em outros locais. Porém, é aqui que encontro uma população indígena cheia de histórias interessantes e amor para oferecer e onde estou desenvolvendo meu trabalho.

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

O **polo base de Tonantins** é uma unidade de saúde cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como **Unidade de Atenção à Saúde Indígena** que presta atendimentos de saúde na localidade da zona rural da cidade Tonantins - AM.

- ✦ **Nome da Unidade:** Polo Base de Tonantins
- ✦ **Razão Social:** Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Solimões
- ✦ **Unidade do Tipo:** Unidade de Atenção à Saúde Indígena
- ✦ **Especialidades:** Atendimento Básico de Saúde

Figura 23. Mapa territorial do polo base São Sebastião



Fonte: Google maps.

O polo base São Sebastião, em Tonantins/AM, é responsável pelo atendimento de quase 4 mil usuários indígenas das etnias: TICUNA, KOCAMA e KAIXANA.

Em Tonantins/AM encontramos uma população estimada de 18.898 pessoas, segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), 2020.

Existe a região da zona rural, onde está concentrada majoritariamente a população indígena e as principais aldeias e a população da zona urbana, que tem acesso a melhores serviços públicos presentes na cidade.

O tipo de habitação dos moradores da área indígena se resume em uma casa de madeira, teto de zinco, alguns cômodos, banheiro - patentes um pouco longe da residência, palafitas para a época de alagamento. Não contamos com saneamento básico e com água potável. A ingestão hídrica é por meio da coleta da água da chuva, de rio e de igarapés.

Figura 24. Modelo de habitação dos moradores do polo base



Fonte: arquivo pessoal (2019)

O tipo de comunicação é rústico. Há o uso de telefone celular porém sem sinal de internet, geralmente os indígenas se comunicam entre as comunidades através de avisos entre pessoas ou deslocamento até a área.

A produção alimentar vem da roça e da pesca, sendo a última a mais importante pois além de pescar para comer, o peixe é um produto para venda na cidade. Os moradores produzem nas roças: mandioca, macaxeira, cana, açaí, castanha, frutas (buriti, pupunha, mapati, cacau, cupuaçu, ingá). A população conta com programas sociais também. O Bolsa Família é o principal.

Figura 25. Produção de farinha nas cozinhas artesanais



Fonte: arquivo pessoal (2019)

Os instrumentos domésticos geralmente são importados dos centros urbanos, já se podem visualizar panelas, potes plásticos e outros utensílios domésticos como geladeira e até em algumas casas máquina de lavar. Já os instrumentos e equipamentos agrícolas são: terçado, machado, enxada, forno artesanal de torrar farinha e para pescar e caçar ao invés da tradicional zarabatana, flecha, vara de pesca, arpão encontramos rede de pesca e armamento de caça.

Quanto aos especialistas tradicionais, contamos com parteiras, benzedeiros. Porém, atualmente os moradores se encontram muito conectados com o cristianismo. Há igrejas evangélicas presentes nas aldeias, religião das cruzadas - o irmão José catequizou os índios

dessa região.

Figura 26. Imagem da igreja da comunidade.



Fonte: Arquivo pessoal (2019)

O transporte da zona rural é todo fluvial, não existe conexão entre as aldeias por terra. A região é marcada por alagamentos, uma parte do ano fica inundada e a outra parte seca. Isso faz com que haja dificuldade no transporte de pacientes para o atendimento rápido e especializado.

Figura 27. Transporte fluvial



Fonte: arquivo pessoal (2019)

Quanto à instituição de ensino, contamos com escolas na maioria das aldeias (escola indígena) com professores indígenas contratados pelo município.

A falta de saneamento básico induz as doenças gastrointestinais nos moradores desta região. A água, que é consumida pelos moradores, é coletada da chuva, ou de rios ou de igarapés e armazenada em coletores artesanais. Também notamos o aumento do consumo de alimentos industrializados, com excesso de açúcar, sal e gordura saturada o que ocasionou um aumento nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão e diabetes.

As doenças prevalentes no polo base, além das DCNT e das gastroenterites, são as piodermites e as doenças respiratórias. Uma doença que conseguimos controlar bem foi a desnutrição, que geralmente é muito prevalente em territórios indígenas.

Figura 28. A população do polo base é jovem, com muitas crianças



Fonte: arquivo pessoal (2019)

Após 01 ano de convivência com estes povos e acesso ao conteúdo da pós-graduação em saúde indígena foi possível ampliar a observação e análise dos aspectos sociais e culturais dessa região. É nítido como as questões territoriais e culturais influenciam no processo saúde-doença desses indivíduos.

Um aspecto relevante que pude observar foi uma certa “mistura cultural”. Esses povos vêm de uma história de contato muito marcante. Desde meados de 1950 o contato se intensificou devido à exploração dessas terras para a extração de borracha. Os indígenas tradicionais foram miscigenados com a população que foi trazida de diferentes partes do país (principalmente nordeste) para iniciar a exploração da borracha neste território. Além disso, movimentos missionários mudaram drasticamente a cultura desse povo. Não existe aldeia hoje sem uma cruz implantada em seu território.

O que temos hoje é um povo no qual é possível sim identificar resquícios de suas tradições porém temos que filtrar os comportamentos em meio a crenças religiosas distintas, implantação de um “comportamento de consumo” presente nas cidades e além disso o abandono de festas tradicionais para a realização de festas religiosas, presentes no calendários das diversas igrejas.

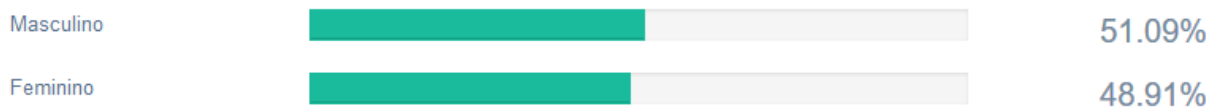
CAPÍTULO 5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

O polo base São Sebastião está situado na área indígena do mesmo nome, que fica no município de Tonantins, no estado do Amazonas. A população do território é de 3.774 pessoas, divididas em 33 aldeias, sendo 1.928 homens (51.09%) e 1.846 mulheres (48.91%), segundo dados do SIASI.

Figura 29. População por sexo, Polo Base São Sebastião, 2020

Dados Populacionais Sexo

População Total: **3774***



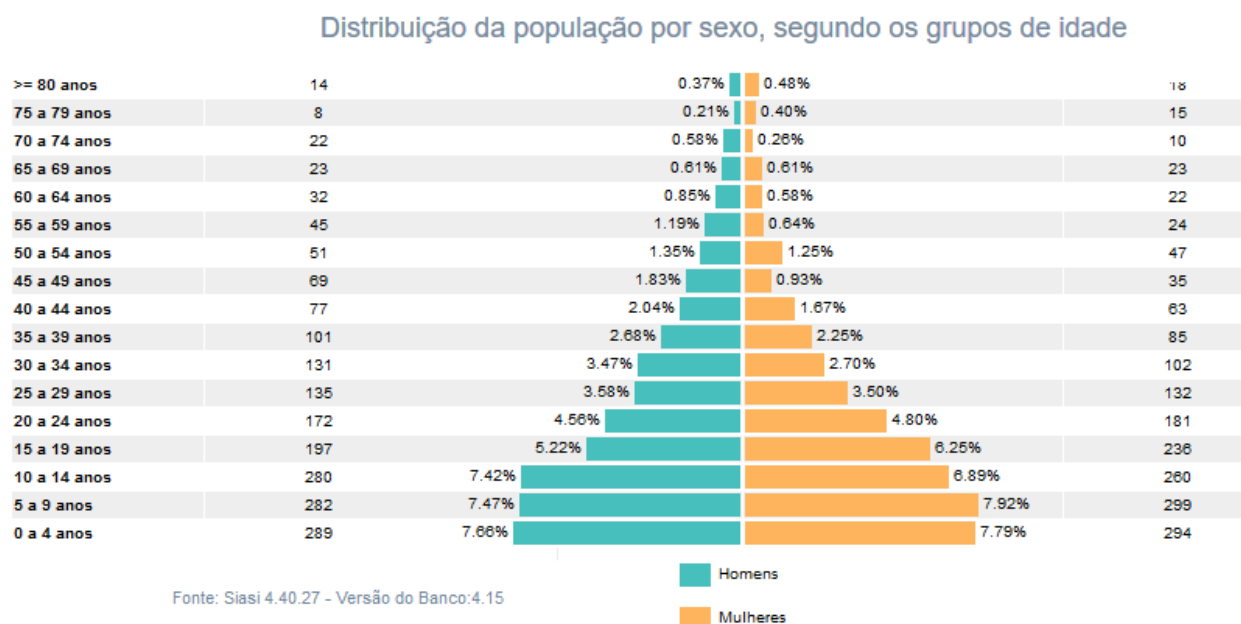
*Vivos

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco:4.15

Fonte: SIASI

A população é formada basicamente por crianças, adolescentes e adultos jovens, seguindo o padrão de outras populações indígenas no território brasileiro e destoando da realidade da sociedade brasileira em geral, onde há concentração maior de idosos. Conforme se nota pela análise da tabela e da pirâmide sexo-etária sobre o território recorte, a população idosa é menor, prevalecendo uma população jovem, com base larga e topo estreito.

Figura 30. Pirâmide sexo-etária Polo Base São Sebastião



Fonte: SIASI

No ano de 2019 foram registrados 151 nascimentos em uma população de 3.774 pessoas, resultando em uma taxa de natalidade de 40,05 por 1.000 indivíduos, acima da média da sociedade brasileira. A taxa de fecundidade também está elevada, em torno de 18,11%. Quanto aos óbitos foram registrados 10 óbitos resultando em um coeficiente de mortalidade de 2,65 por 1.000 habitantes.

Com esses dados podemos observar que a população está em franco crescimento, porém os indicadores preocupam porque, ao mesmo tempo que a população cresce, os serviços para o atendimento desta, como hospitais, escolas, profissionais, permanecem estáveis, não havendo maiores investimentos por parte dos governantes na melhoria de condições de vida desta população.

Em relação aos indicadores de saúde do polo base, encontramos altas taxas de mortalidade infantil, em especial em seu componente neonatal, que pode refletir problemas de atenção pré-natal e ao parto.

Quadro 1. Coeficiente de Mortalidade Infantil, Polo Base São Sebastião, 2020.

CMI	13,25
CMI neonatal	13,25
CMI pós-neonatal	0

Fonte: SIASI, 2020

Apesar dos números verifica-se que o polo base possui uma boa cobertura no atendimento ao pré-natal e que a maioria das gestantes tem realizado mais de 4 consultas antes do parto.

Figura 31. Quadro 2. Acompanhamento de pré-natal, Polo Base São Sebastião

Resultado	Meta	Total de gestantes* com estado nutricional acompanhado	Gestações Finalizadas	Executado	Resultado Alcançado
Acompanhamento do Estado Nutricional das Gestantes Realizado.	90%	154	152	101.32%	112.57%
Resultado	Meta	Total de gestantes* com 4 ou mais consultas de pré-natal	Gestações Finalizadas	Executado	Resultado Alcançado
Acesso a pelo menos 04 ou mais consultas de pré-natal garantido	75%	138	152	90.79%	121.05%
Resultado	Meta	Total de óbitos maternos investigados	Total de Óbitos	Executado	Resultado Alcançado
Óbitos maternos investigados	80%	0	0	--	--
Indicadores					Total
Número de gestantes com acompanhamento de VAN					154
Número de gestantes com 04 ou mais consultas de pré-natal					138
Número de óbitos de MIF investigados					0

*São consideradas todas as gestações finalizadas no período, exceto as finalizadas por aborto.

Fonte: SiasI 4.40.27 - Versão do Banco 4.15

Fonte: SIASI

Porém, tendo em vista que o município de Tonantins o qual é referência para o atendimento no serviço terciário não possui estrutura para atenção neonatal, como profissionais especializados e unidade neonatal, os recém-nascidos acometidos por agravos durante o

parto ou no período neonatal têm mais probabilidades de ir a óbito.

Com relação ao acompanhamento nutricional, verifica-se que a maioria das crianças vem sendo acompanhadas rotineiramente e foram registrados poucos casos de crianças com muito baixo peso na área de abrangência do polo-base, conforme se vê pelos dados retirados do SIASI.

Quadro 2. Estado nutricional das crianças, Polo Base São Sebastião.

Peso elevado para a idade	1,74%
Peso adequado para a idade	94,08%
Baixo peso para a idade	3,31%
Muito baixo peso para a idade	0,87%

Fonte: SIASI, 2020

Os principais agravos de saúde presentes na população estão consonantes com os que afligem as populações das diferentes áreas do DSEI Alto Rio Solimões sofrendo principalmente de doenças infecciosas, principalmente respiratórias, gastrointestinais e de pele e um destaque para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes, devido a alterações dos hábitos de vida desta população.

No ano de 2019 não foi registrado nenhum caso de tuberculose, hanseníase e HIV no território, doenças focais nos programas do Ministério da Saúde. Além disso, nenhum caso de malária foi registrado.

A prevalência de diabetes está em torno de 0,98%, sendo 16 casos para uma população de 1636 (> 20 anos) e a prevalência de hipertensão está em 4,65%, sendo 76 casos para um total de 1636 pessoas (>20 anos).

No que se refere ao saneamento básico, a maioria das aldeias abrangidas pelo polo-base não tem abastecimento de água. Os moradores utilizam de água da chuva através de sistemas coletores desenvolvidos de forma artesanal e água do rio e de igarapés. Apenas 3 aldeias têm abastecimento por meio de poço artesiano e água encanada até as residências.

Quanto aos indicadores de saúde do polo base voltados para os fatores de risco para o câncer de colo de útero, encontramos na comunidade o início precoce da atividade sexual, a multiparidade, o pouco acesso a serviços de saúde e a multiplicidade de parceiros.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres, com idade entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2020.

O rastreio local para identificar o câncer de colo uterino na comunidade é baixo. A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que, para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero, a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo. Em nossa população encontramos apenas uma cobertura de 8,31%. Dez vezes menor do que o recomendado pela OMS.

Os indicadores de saúde encontrados no polo base São Sebastião não destoam da realidade vivida pelos indígenas a nível nacional e também pode-se observar a diferença que existe entre os dados da população brasileira. Os indígenas estão mais vulneráveis e vivem em condições mais precárias que o restante da população.

Através da análise desses indicadores é possível identificar que essa população é acometida muitas vezes por uma tripla carga de doenças: infecciosas e parasitárias, doenças crônicas e também causas externas.

Apesar disso, é importante destacar que a presença das EMSI nos territórios indígenas têm contribuído para melhorar muito a atenção à saúde desses povos. As equipes estão em contato diário com a população e, ainda que devagar, as metas e desafios vêm sendo concluídos. Exemplo disso é a baixa prevalência da desnutrição e o declínio da mortalidade infantil pós-neonatal existente nesses territórios.

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

A partir da análise dos aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos do território recorte, é possível observar que a população adscrita no polo-base São Sebastião padece de doenças que são sensíveis à atenção primária em saúde (APS) e que podem ser evitadas através de instrumentos de prevenção por meio da educação em saúde.

Em primeiro lugar deve-se destacar a falta de saneamento básico presente nas aldeias. A população deste território em sua grande maioria não possui água encanada para consumo e as medidas de tratamento de água não são capazes de evitar síndromes diarreicas, parasitoses e outras doenças trazidas pelas águas contaminadas. Em cada casa, é desenvolvido um sistema coletor de águas da chuva que é captado através de calhas improvisadas com chapas de zinco e despejo em caixas de água adquiridas na cidade. Quando a chuva não é suficiente, a população se utiliza de águas de igarapés e muitas vezes do próprio rio Solimões para o consumo, sem adição de produtos de tratamento ou medidas para a eliminação de germes como a fervura.

O resultado é um elevado índice de síndromes diarreicas de causas variadas como bactérias e também parasitoses como giárdia e ameba.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2017) a maior parte do nosso organismo é constituído por água. Ela é vital para o bom funcionamento dos nossos órgãos e metabolismo. No entanto, se a água que consumimos não for de boa qualidade, ela pode transmitir diversas doenças.

Por isso, o MS é o órgão responsável por definir o padrão de potabilidade da água para consumo humano, que é aquela destinada à ingestão, preparação e produção de alimentos e à higiene pessoal e, portanto, deve ser fornecida à população com qualidade e quantidade suficiente, para que não ofereça riscos à saúde.

Trazer água encanada, filtrada e tratada, seja por meio de estações para tratamento de água do rio ou a perfuração de poços artesianos seria uma ótima forma de intervir no processo saúde-doença da população, evitando o adoecimento e as várias consultas à equipe de saúde por estes problemas. Porém estas soluções são difíceis, pois dependem de órgãos governamentais, de orçamento próprio, planejamento e diversos outros entraves burocráticos.

A solução imediata para o problema é intervir através da educação em saúde, informando e levando instrumentos onde as pessoas possam realizar o tratamento básico da água em sua residência.

Assim sendo, foi elaborado um projeto de educação em saúde com base em palestras e uma cartilha do Ministério da Saúde (MS) ensinando como realizar o tratamento básico da água para que fique própria para o consumo.

Figura 32. Cartilha do Ministério da Saúde, tratamento de água para consumo.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017

Assim como explica na cartilha do MS (2017), caso a água que você utiliza para consumo humano não receba tratamento prévio, é necessário o tratamento da água no domicílio, das seguintes formas:

- ♦ Filtrar e adicionar 2 gotas de solução de hipoclorito de sódio a 2,5% em 1 litro de água (misture e espere 30 minutos para consumir);
- ♦ Filtrar e ferver a água por 5 minutos (espere esfriar para consumir). O recipiente que será utilizado para o tratamento e armazenamento da água no domicílio deve estar limpo e ser de uso exclusivo para este fim.

Também levamos em conta para as palestras, as informações que, segundo o diretor geral da (OMS), o senhor Tedros Adhanom Ghebreyesus, a água potável, o saneamento e a higiene em casa não devem ser um privilégio apenas daqueles que são ricos ou vivem em centros urbanos. Esses são alguns dos requisitos mais básicos para a saúde humana e todos os países têm a responsabilidade de garantir que todos possam acessá-los.

O segundo problema muito relevante é o crescente consumo de alimentos industrializados dentro das aldeias do território.

Um comportamento que vem sendo observado entre esta população é a rotina mensal que consiste no deslocamento até a cidade de Tonantins para retirar benefícios sociais, como o bolsa família, e a compra de alimentos industrializados nos mercados presentes do município, entre eles alimentos embutidos como salsicha, calabresa, carne em conserva e doces diversos.

Com o estímulo do governo através do benefício, nota-se que os indígenas estão preferindo comprar esses alimentos, cujo preparo é facilitado e também são compatíveis com a renda, do que plantar, pescar e caçar, atividades muitas vezes laboriosas para estas pessoas. Apesar do abandono não ser total, verifica-se que estes produtos vem cada vez mais preenchendo a dieta desses indígenas. As roças, atualmente, se restringem a plantações de banana, macaxeira e mandioca para a preparação artesanal de farinha.

Com isso já é possível notar, através de exames esporádicos, um incremento das dislipidemias e também o diagnóstico cada vez mais frequente de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Frear este novo padrão de consumo de alimentos industrializados parece impossível devido a facilidade com que os indígenas os adquirem e o incentivo ao consumo que recebem através do recebimento dos benefícios sociais. O plano proposto mais uma vez é realizar palestras de informação e discutir com as pessoas das aldeias sobre os malefícios do consumo exagerado desses produtos.

É preciso conscientizar essa população que vem adotando o comportamento das pessoas que vivem nas cidades e levar informações corretas sobre a forma de alimentar-se, ensiná-los a discernir a gordura, da proteína, dos carboidratos e também as consequências de uma dieta desequilibrada para o organismo.

O plano proposto é relacionar o consumo de alimentos industrializados com as doenças crônicas prevalentes como hipertensão, diabetes e dislipidemias e as consequências dessas doenças para o organismo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) destaca que os alimentos industrializados são a provável principal causa alimentar para o aumento de peso e de doenças crônicas em diferentes regiões do mundo. E isso é cada vez mais reconhecido por pesquisadores em nutrição e saúde pública.

Os males provocados pelos ultraprocessados também são conhecidos dos especialistas em tecnologia de alimentos e executivos da indústria – embora a publicidade insista em veicular informações incorretas ou incompletas sobre esses produtos, atingindo sobretudo crianças e jovens. Com baixa qualidade nutricional, mas equivocadamente vistos como saudáveis, são normalmente muito saborosos, por isso podem ser consumidos em excesso e causar dependência.

Além disso, através de rodas de conversa surgiu a possibilidade de tentarmos um resgate da alimentação tradicional, fazendo com que algumas comunidades apresentassem os principais alimentos naturais da região.

No capítulo a seguir discorre-se mais sobre as ações educativas realizadas.

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

Tendo em vista os problemas identificados no território investigado e os planos para a solução destes problemas descritos no capítulo 6 buscaram-se formas de além de levar informações à população adscrita, fazer com que esta também participasse da construção de um novo conhecimento para a solução do problema.

Em primeiro lugar, para reunir o maior número de pessoas realizamos reuniões durante o atendimento da equipe multidisciplinar que é realizado mensalmente, pois é a data que todos já esperam o comparecimento da equipe.

A metodologia escolhida foi iniciar a educação em saúde através de uma palestra informativa sobre os benefícios do tratamento caseiro da água a ser consumida e a entrega de cartilhas para que as pessoas tenham em suas casas e possam visualizar sempre o método básico de tratamento com a água, através da fervura e do uso de hipoclorito de sódio.

A população também foi ouvida e uma das queixas foi o gosto da água tratada pelo hipoclorito. A alternativa para estas pessoas, foi que pelo menos realizassem a fervura e filtragem da água antes do consumo.

No que se refere ao consumo de produtos industrializados novamente foi realizado uma palestra informativa sobre a problematização da questão, porém dessa vez foi proposto uma metodologia mais participativa convidando os membros da comunidade a elaborar uma “mesa de comidas” que eles consideravam naturais e saudáveis. Isso permitiu com que as pessoas pudessem participar da construção do projeto e até apresentar às crianças e jovens alimentos que antes estavam esquecidos.

Figura 33. Alimentos tradicionais preparada pela EMSI do polo-base São Sebastião.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 34. Alimentos tradicionais preparados pela aldeia de etnia tikuna Mari-Mari



Fonte: arquivo pessoal

Figuras 35 e 36. Alimentos tradicionais preparados pelos indígenas da aldeia de São Domingos





Fonte: arquivo pessoal

Figura 37. AIS da aldeia São Lázaro apresentando a mesa de alimentos tradicionais que foi preparada pela comunidade



Fonte: arquivo pessoal

Figura 38. Alimentos tradicionais preparados pela comunidade Bom Pastor



Fonte: arquivo pessoal

Os principais alimentos que estiveram presentes nas mesas de alimentos preparados pelas comunidades foram a banana, mamão, castanhas, laranja, abacaxi, cana, peixes diversos, carne de caça (macaco, tartaruga, cotia), alimentos à base de mandioca e macaxeira, açaí e sucos naturais.

A atividade foi produtiva pois além de levar informações permitiu construir um saber junto com a comunidade, fazendo com que as pessoas trabalhassem o conhecimento recebido produzindo e apresentando um saber próprio.

De fato os indígenas que vivem em zona rural, dentro das aldeias indígenas, vem sendo influenciados de forma marcante pelos costumes da população das cidades. Este processo é inevitável e parece impossível frear que alimentos industrializados, com grande concentração de sódio e açúcar, entrem nessas comunidades e modifiquem os hábitos alimentares dessa população.

Assim sendo, cabe às equipes de saúde levar informações sobre os “novos comportamentos” que vêm sendo observados dentro das aldeias e demonstrar o vínculo existente entre estes e as doenças que vem surgindo, como hipertensão e diabetes, e as consequências dessas doenças para o organismo e a vida desta população.

O desafio é enorme, a população passou a ter maior poder de compra com os benefícios concedidos pelo governo, os quais foram importantes para tirar uma boa parte dessa população da pobreza, porém induziu também novos comportamentos de consumo. Afinal, é muito mais fácil abrir uma lata e cozinhar o alimento do que enfrentar a jornada de trabalho em uma roça ou ter que enfrentar o rio para pescar e caçar. Cabe a nós agora realizar a educação e alertar a população sobre esse novo comportamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou compreender a importância do estudo do território para o entendimento de aspectos relevantes dentro do processo saúde-doença de uma população. Quando se trata de saúde indígena, o território adquire ainda mais importância devido à relação destes povos com a região onde vivem. Apesar da constante mudança em seus costumes, ainda existem muitos povos que dependem da caça, da pesca, de plantações para sua sobrevivência e, além disso, tem um olhar diferente do habitual, não só voltado a aspectos físicos porem transcendental, já que detém ainda uma visão cosmológica do território onde vivem.

Além da descrição física do território, a análise do comportamento social e econômico da população em estudo permitiu compreender padrões de comportamento que estavam conduzindo a um aumento de morbidades como: síndromes diarreicas e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Através de mecanismos de instrumentos de educação, buscou-se intervir nestes comportamentos fazendo com que a população criasse consciência de sua conduta e participasse junto com a equipe de saúde da construção de um novo saber.

Além de demonstrações de como realizar o tratamento da água e deixá-la própria para consumo, estimulamos às comunidades indígenas a construir uma mesa repleta de alimentos tradicionais, a fim de que colocassem o conhecimento recebido através da palestra em práticas.

O resultado foi surpreendente, pois foi possível perceber que ainda é possível realizar intervenções dentro do processo saúde e doença, promovendo a saúde, sem gastos elevados, cumprindo a missão da atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52346-cuidados-com-a-agua-para-consumo-humano> Acesso em: 30 jan. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/sesai_noticias/dsei-alto-rio-solimoes-inaugura-mais-um-polo-base-no-territorio-indigena Acesso em: 01 de fev. 2021

CONDISI. Conselho Distrital de Saúde Indígena, 2020 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm acesso em: 22 de jan. 2021

DSEI. Distrito Sanitário Especial Indígena. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/DOC_ORIENTADOR_6CNSI.pdf

Acesso em: 29 de jan. 2021

Funasa. Fundação Nacional de Saúde. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf 2018 Acesso em: 26 de jan. 2021

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/tonantins.html> Acesso em: 03 de fev. 2021

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020 Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/> Acesso em: 01 de fev. 2021

OMS. Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em:

<http://www.edhorizonte.com.br/noticias/aceso-a-agua-potavel/> Acesso em: 25 de jan. 201

Rede Humanização. Disponível em:

http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/cartografia_3o_movimento.doc. Acesso em: 08 de jan. 2021

SAÚDE INDÍGENA. Secretaria Especial de Saúde Indígena. 2018. Disponível em:

<http://www.saudeindigena.net.br/dsei/> Acesso em: 25 de jan 2021

SIASI. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. 2019. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/sesai_noticias/dsei-alto-rio-solimoes-inaugura-mais-um-polo-base-no-territorio-indigena Acesso em: 28 de jan. 2021

TORRES, Ana Lúcia Garcia. **Saúde indígena: percepções do DSEI Alto Rio Solimões**. In: III Seminário Internacional em Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia - Manaus, 2018. Disponível em: <<https://www.doity.com.br/anais/iisiscultura/trabalho/80388>>. Acesso em: 08 de jan. 2021