



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JANAYNA CASTRO GRAPIGLIA

DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
MATO GROSSO DO SUL

SÃO PAULO
2021

JANAYNA CASTRO GRAPIGLIA

DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
MATO GROSSO DO SUL

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

Orientação: ANABELE PIRES SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O DSEI Mato Grosso do Sul possui sede na cidade de Campo Grande, capital do estado do Mato Grosso do Sul, compreende uma extensão territorial de 246. 637,439 km², com uma população indígena estimada em 83.241 habitantes, segundo dados do próprio DSEI ano 2017. O DSEI Mato Grosso do Sul é composto por 15 Polos Base, unidades administrativas descentralizadas. Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias, a equipe de saúde é responsável pela organização dos atendimentos em nível local e pela articulação com os serviços de saúde dos municípios que abrigam as populações indígenas. As etnias predominantes são os Terena e Atikun. A etnia de maior predominância é a Terena. Com um total de 1000 terenas e 494 sao da etnia Atikun. O relevo da localidade é composto por terras baixas. Trata-se no geral de um relevo plano, de terras baixas, típicos da região pantaneira. É uma região de clima tropical, com inverno seco. Apresenta estação chuvosa no verão, de novembro a abril, e nítida estação seca no inverno, de maio a outubro (julho é o mês mais seco). A temperatura média do ar do mês mais frio é superior a 18°C. As precipitações pluviométricas são superiores a 750 mm anuais, atingindo 1.800 mm. Foram realizados levantamentos sobre dados epidemiológicos no território que apontaram prevalência de Diabetes *Mellitus* igual a 19,13 % considerada alta visto que a média nacional varia em 8%; prevalência de Hipertensão Arterial de 22,63% também mais alta que a média nacional; prevalência de Obesidade em adultos foi de 21,95 %; há ainda uma alta prevalência de doenças respiratórias (20,21%) com 302 atendimentos em 2020 e 410 atendimentos relacionados ao aparelho gastrointestinal (27,44%) casos. O tema eleito foram as infecções do trato urinário. O objetivo deste trabalho foi trazer um panorama geral de como são desenvolvidas as ações de saúde no DSEI Mato Grosso do Sul. O território recorte foram os indivíduos da etnia Terena. Trata-se da grande maioria dos Indígenas atendidos. Para isso o projeto se faz com a apresentação do médico, impressões gerais sobre o território, relevo, economia, clima, condições gerais de saúde, e demais detalhes que são importantes a serem apresentados para entendimento do contexto dos indígenas desta região. O tema eleito para ser trabalhado são as Infecções do Trato Urinário (ITU). Trata-se de uma condição presente em quase que 50% das gestações. E quando negligenciado pode trazer consequências as gestantes, indo desde a prematuridade até a morte. Como considerações finais apresenta-se a importância das ações no cotidiano da EMSI e os benefícios trazidos para as mulheres da comunidade.

Palavras-chave:

Saúde da População Indígena. Educação em Saúde. Gestantes. Infecção.

APRESENTAÇÃO

Me chamo Janayna Castro Grapiglia, tenho 29 anos, sou formada em medicina no exterior, pela Universidade Politécnica e Artística do Paraguai, ano de 2018. Sou brasileira, nascida na cidade de Aquidaua, Mato Grosso do Sul. Sempre sonhei em estudar medicina, para ajudar as pessoas e também pelo respeito que a profissão oferece. Para mim, os médicos eram como deuses, pois tem o dom de ajudar e salvar vidas. Durante muitos anos, tentei passar nos vestibulares de medicina no Brasil, infelizmente não consegui a nota de corte, e vindo de uma família muito humilde, não poderia pagar uma faculdade de Medicina Particular devido ao alto preço das mensalidades.

Até que conheci, uma médica recém chegada na minha cidade, Dra Vânia Sales, formada em Medicina na Bolívia; após 6 longos anos de faculdade e depois de mais dois árduos anos, estudando para aprovar no Exame de Revalidação de Diplomas Médico (REVALIDA) a médica veio trabalhar em nosso país. Fiquei apaixonada pela historia de vida da Dra Vânia, que encorajou a mim e a minha família à estudar medicina no exterior. Ela mesma estava ajudando seu irmão mais novo, a cursar medicina no exterior, em um país bem mais próximo da minha cidade: o Paraguai. Havia relatos sobre excelentes universidades médicas com um custo de vida acessível.

Em 2013 iniciei meu tão sonhado sonho de ser Médica, começando a estudar medicina em outro país, longe da família, em um lugar novo e desconhecido, com uma língua que eu não entendia nada, o espanhol. Foram seis longos anos de faculdade, com muita dificuldades, problemas de adaptação com a língua local, dificuldades culturais quanto ao estilo de vida, alimentação, viver e aprender a ficar sozinha, ler livros enormes e cansativos em espanhol, aprender a falar e escrever fluentemente o “castellano”, além da própria carreira medica exigir muito da pessoa, noites em claro estudando, provas intermináveis, erros e acertos. E nos dois últimos anos do curso, plantões cansativos e obrigatórios para concluir a carreira para então, ter o titulo de “Medico Cirujano”.

Em 2018 consegui realizar meu sonho de ser Médica e ter meu registro profissional Paraguaio, fiquei um ano no Paraguai trabalhando, fazia plantões no Hospital Regional de Pedro Juan Caballero e trabalhei como Professora Universitária da carreira de medicina na minha própria instituição de ensino, além de outras duas universidades médicas locais. Durante este tempo, não pude prestar o REVALIDA, exame este, cujo ultimo havia ocorrido apenas em 2017, um ano antes da minha formação.

Até que em 2019, em fevereiro, abriu as inscrições do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), ciclo 17, com a saída em massa dos médicos cubanos do programa, o governo brasileiro abriu edital de chamamento para médicos com Registro no Conselho Regional de Medicina Brasileiro (CRM), porém não houve cobertura das vagas ofertadas, foi onde, abriu novamente o edital, agora para médicos formados no Exterior. Foi no mês de fevereiro que pude me inscrever para atuar neste programa maravilhoso.

Fomos encaminhados para a cidade de Brasília para fazer parte de um processo chamado de “acolhimento”, um curso intensivo de um mês direto, que ao final, deveríamos ser aprovados em nas provas para poder receber o Registro do Ministério da Saúde, para atuar no município ou Distrito Sanitário Especial Indígena, escolhido durante as inscrições. Após concluir e ser aprovada no acolhimento, pude me dirigir ao DSEI-MS, localizado no Município de Campo Grande, capital do Estado do Mato Grosso do Sul. Lá fui recebida pela equipe da DIASI, e pelo coordenador técnico na época Dr Fernando que apresentou nosso universo de trabalho e motrou como é gratificante trabalhar na saúde indígena do meu estado.

Sempre sonhei em retornar a minha casa, e poder trabalhar no meu país, ainda mais podendo ajudar o meu estado e cuidar de uma população tão ímpar, como a população indígena. Um grande desafio profissional é poder conhecer novas culturas e aprender com elas, assim como foi durante minha formação como médica no Paraguai. Durante minha formação tive o prazer de conhecer e trabalhar com uma população indígena local, os “guaranis”, a maior etnia proveniente neste país, discriminados no próprio Paraguai, população muito humilde e pobre, por não falarem o castellano apenas a língua nativa deles. Devido a isso, pelo tempo que convivi com eles, resolvi durante as inscrições do PMMB, escolher trabalhar no DSEI-MS, para continuar ajudando os indígenas, porém agora no meu tão sonhado Brasil.

Costumo afirmar que a saúde indígena me encontrou e não eu encontrei ela, pelo tempo que trabalhei no Paraguai, atendi praticamente as comunidades mais carentes locais, e a principal população que eu cuidei como médica paraguaia, foi a indígena Guarani. Fazíamos visitas domiciliares em aldeias distantes do centro de Pedro Juan Caballero - PY, de modo que a viagem demorava quase um dia todo para atender os indígenas paraguaios, as condições de trabalho não eram diferentes das que tenho presenciado aqui no Brasil, falta de insumos, postos

de saúde destruídos e sem estrutura mínima digna. Tive que aprender um pouco do idioma o guarani para poder me comunicar com eles tanto nos postos como no hospital regional. Mas sempre tinha algum paraguaio, colega de trabalho para me dar uma ajudinha quando eu não entendia absolutamente nada. Gosto de desafios, de tudo que é complicado e que exija de mim ao máximo, gosto de lidar com o extremo, sempre sonhei trabalhar com algo difícil e que não me leva-se a comodidade, e por isso atuei com as populações mais carentes possíveis. Sou um médico raiz, como gosto de falar, que trabalha onde ninguém gosta ou quer ir, onde não tem recursos e equipamentos tecnológicos disponíveis.

Como expectativas e aspirações busco poder contribuir e ajudar esse povo tão humilde e simples, que acredita em suas raízes, que acredita no espiritual e que ainda busca manter suas origens mesmo com a modernidade e a civilização batendo a sua porta. Tenho em mente, que não vou conseguir mudar tudo, mas quero pelo menos sentir que durante este tempo que pude conviver com eles, que pude aprender lidar com a dificuldade com as adversidades sem querer obrigar eles a entender o meu lado, a minha medicina moderna e ocidental, farmacológica, que podemos trabalhar juntos, respeitando ambos lados e que o nosso objetivo é um só, cuidar do ser humano com muito respeito e amor. Respeitar o espaço de cada um, e que juntos podemos melhorar a saúde de todos.

Durante meu trabalho nas aldeias, eu aprendi a gostar de atender gestantes, realizar o pré natal, cuidar dessas mulheres durante este período tão singular e mágico, que é a gestação. Afinal, a gestação é uma fase muito desejada pelas mulheres indígenas, e por suas famílias. É algo importante para elas, a continuação da raça, das raízes. Toda mulher deve ser capaz de dar a luz a um filho, é um dever que Deus ou dos espíritos ancestrais que deixaram a todas as mulheres indígenas e por isso, as mulheres se sentem completas ao levar a gestação até o final sem intercorrências e de preferência por via de parto normal. E quando eu comecei a trabalhar, as aldeias estavam sem médico a pelo menos 6 meses, o pré natal era realizado por uma enfermeira local, que vinha uma vez por mês do município de Aquidauana, ou seja não tinha um acompanhamento regular, não tinha avaliação de gravidade da situação, o que a enfermeira achava grave, encaminhava ao UPA da cidade para ser tratada, porém os médicos do UPA geralmente “não gostam de atender as indígenas locais”, havendo até relatos que os mesmos “acham elas sujas e descuidadas”, de modo que “o preconceito é muito grande ainda” infelizmente. Este não é o meu posicionamento ou apresentação de juízo de valor. Respeito demais a cultura indígena.

Quando comecei os atendimentos pude vivenciar essa dificuldade em encaminhar as gestantes ao UPA, ou ao alto risco, que é realizado a 90 km, em Aquidauana. É muito frequente os casos de infecção urinária nas gestantes indígenas, um quadro considerado comum entre as gestantes desde que seja uma vez na gestação, sem causar riscos maiores para o feto ou para a mãe.

O problema se dá a partir da grande prevalência de quadros de infecção urinária de repetição, com resultados de urocultura com micro organismos agressivos e de difícil controle por meio de antibióticos, que podem ocasionar complicações graves ao feto e a mãe, como abortamentos, partos prematuros, descolamentos das placentas, infecções placentárias e de líquido amniótico, com internação das mães, e dos fetos por sepse neonatal, assim como o óbito fetal e materno. Dialogando com as parturientes, pude presenciar a falta de conhecimento quanto aos cuidados íntimos de higiene pessoal, assim como de limpeza das roupas, da casa, a grande maioria não tem água tratada, a água utilizada é proveniente de poços com bomba.

Não existe diálogo sobre sexualidade nas famílias ou sobre planejamento familiar. A grande maioria das gestantes são de adolescentes, meninas que praticamente não sabem nada sobre sexualidade e sobre a responsabilidade de se tornarem mães. É de conhecimento de todos que gestação precoce, ou seja em jovens, adolescentes é considerado de alto risco, pela falta de maturidade e compreensão desta fase tão importante na vida das mulheres, principalmente nas indígenas, que para elas, o importante é casar jovem, construir família e dar a luz aos filhos o mais rápido possível, para provar seu valor como mulher na comunidade.

Podemos vivenciar o contrário também, mulheres que buscam construir suas vidas sem estar atreladas ao marido ou a família, que buscam sua independência social e profissional, mas a grande maioria ainda vive a rotina de ser a “dona de casa, mãe de família”. Essa imaturidade psicossocial, a falta de diálogo familiar ou do casal, sobre sexualidade e planejamento familiar, leva a gestações indesejadas, e de alto risco, principalmente para as mais jovens. Devido a essa dificuldade encontrada durante este ano de atendimento, resolvi abordar este assunto no meu trabalho de conclusão de curso, por que tive diversas situações que complicaram, devido a infecções urinárias de repetição nas gestantes, levando incluso a óbitos fetais. Apresenta-se a Figura 01 a seguir com imagens sobre ações da Saúde Indígena.

Figura 01. Atendimentos Puerpério e Crescimento e Desenvolvimento



Fonte: própria autora, 2020

Figura 02. Atendimentos Puerpério e Crescimento e Desenvolvimento

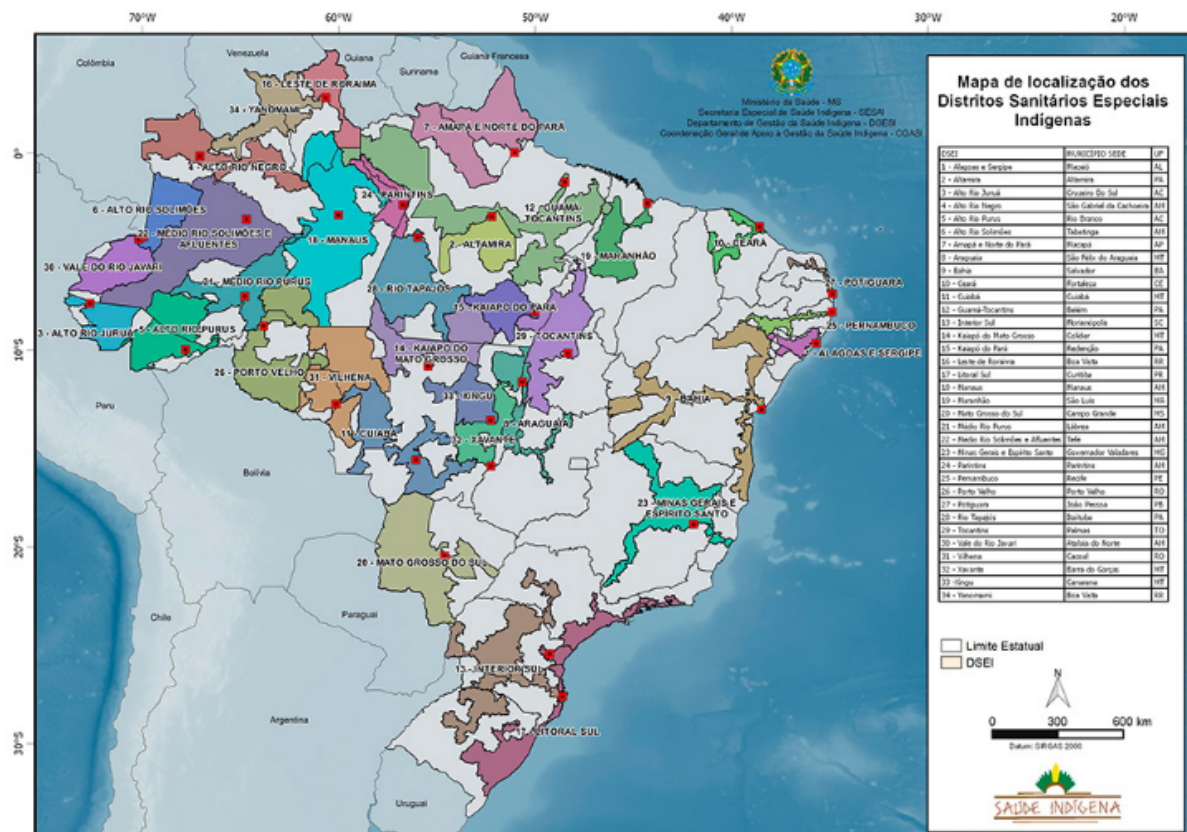


Fonte: Própria autora, 2020

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O DSEI em que trabalho, tem sede na cidade de Campo Grande, capital do estado do Mato Grosso do Sul, compreende uma extensão territorial de 246. 637,439 km², com uma população indígena estimada em 83.241 habitantes, segundo dados do DSEI ano 2017. Apresenta um total 15 Polos Base, com 30 Unidades Básicas de Saúde Indígena, 03 Casais, e o meio de transporte predominante é o terrestre e fluvial. A Figura 03 apresenta distribuição dos DSEIs pelo Brasil, sendo o DSEI MS o número 20 (INSTITUTO OVÍDIO MACHADO, 2020).

Figura 3. Mapa de localização dos Distritos Sanitários pelo Brasil, 2017



O DSEI possui sede na cidade de Campo Grande, capital do estado do Mato Grosso do Sul, sendo que as unidades administrativas descentralizadas. Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias, a equipe de saúde é responsável pela organização dos atendimentos em nível local e pela articulação com os serviços de saúde dos municípios que abrigam as populações indígenas (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

O relevo da localidade é composto por terras baixas. A bacia hidrográfica do Rio Nioaque- Mato Grosso do Sul está localizada entre os paralelos 20°35' e 21°35' S e meridianos 55°30' e 56°10' W. Trata-se no geral de um relevo plano, de terras baixas, típicos da região pantaneira. É uma região de clima tropical, com inverno seco. Apresenta estação chuvosa no verão, de novembro a abril, e nítida estação seca no inverno, de maio a outubro (julho é o mês mais seco). A temperatura média do ar do mês mais frio é superior a 18°C. As precipitações pluviométricas são superiores a 750 mm anuais, atingindo 1.800 mm (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

As atividades econômicas predominantes do DSEI são agricultura e pecuária, e os indígenas geralmente desenvolvem atividades primárias, ou recebem benefícios do governo federal que ajudam em sua subsistência. Na rede de atendimento à saúde indígena sobe responsabilidade do DSEI MS, estão envolvidos 29 municípios do estado, que abrigam 75 aldeias indígenas. O fluxo organizacional dos serviços de saúde nos DSEI se inicia com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que são responsáveis pelas ações de atenção primária em suas respectivas aldeias e atuam de modo semelhante ao Agente comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia da Saúde da Família (ESF) tradicional. Temos também o Agente Indígena de Saneamento (AISAN), que tem como função acompanhar o abastecimento de água e da rede de saneamento instalada em sua aldeia (MATO GROSSO DO SUL,

2017).

Os Postos de Saúde constituem a primeira referência para os AIS e contam com a atuação de médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos assistentes sociais, compondo a Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena (EMSI). Composição essa que pode variar em relação a algumas categorias profissionais, de acordo com o DSEI. Existem atualmente no DSEI Mato Grosso do Sul, 33 EMSI e 71 Postos de Saúde, sendo em média um em cada aldeia. As demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos Polos Base são referenciadas para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local ou regional, geralmente na cidade mais próxima com hospitais de referência (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

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

Com relação ao processo histórico de criação dos DSEIs, o mesmo remonta a 28 de agosto de 1999, através do Decreto nº 3.156 da Presidência da República, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e, criação e inserção dos distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) (BRASIL, 1999). Em 23 de setembro do mesmo ano, a Lei nº 9.836 estabeleceu o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Fato ocorrido nove anos após a criação do SUS e cinco anos após a II CNSPI (BRASIL, 1999). Dando sequência há a publicação da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), integrando-a a Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

Quanto ao SIASI - Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena, o mesmo foi criado no ano 2000 como parte da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, implantado em 2001, e apresenta o cadastro da população indígena residente nas aldeias. É a principal ferramenta de monitoramento da saúde (BRASIL, 2009). Este sistema é responsável pela coleta, processamento e análise de informações para acompanhamento da saúde das comunidades e contempla óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura (SOUSA, SCATENA, SANTOS, 2007).

Outra importante ação que definiu a construção dos DSEIs foi a III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 2001, avaliou a implantação dos DSEI, discutiu o modelo de gestão e organização dos serviços, parcerias e articulações com o SUS; controle social; formação, reconhecimento e inserção social dos agentes indígenas de saúde; desenvolvimento de recursos humanos para a atuação junto a populações culturalmente diferenciadas; dentre outros assuntos (BRASIL, 2001).

O DSEI diz respeito a uma unidade organizacional que corresponde a terras indígenas e possui autonomia administrativa, [...] um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. Os Distritos foram implantados de modo a dispor de uma rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada com a rede de complexidade crescente do SUS. São 34 Distritos Especiais Indígenas, em todo o território nacional com subordinação técnica ao Departamento de Saúde Indígena em Brasília e às Coordenações Regionais da FUNASA nos estados (BRASIL, 2004)

Os DSEIs são compostos por unidades de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN); pelos pólos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e pelas Casas do Índio (CASAI), que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS (BRASIL, 2004). Em algumas realidades, há postos de saúde nas aldeias que incluem permanentemente a EMSI.

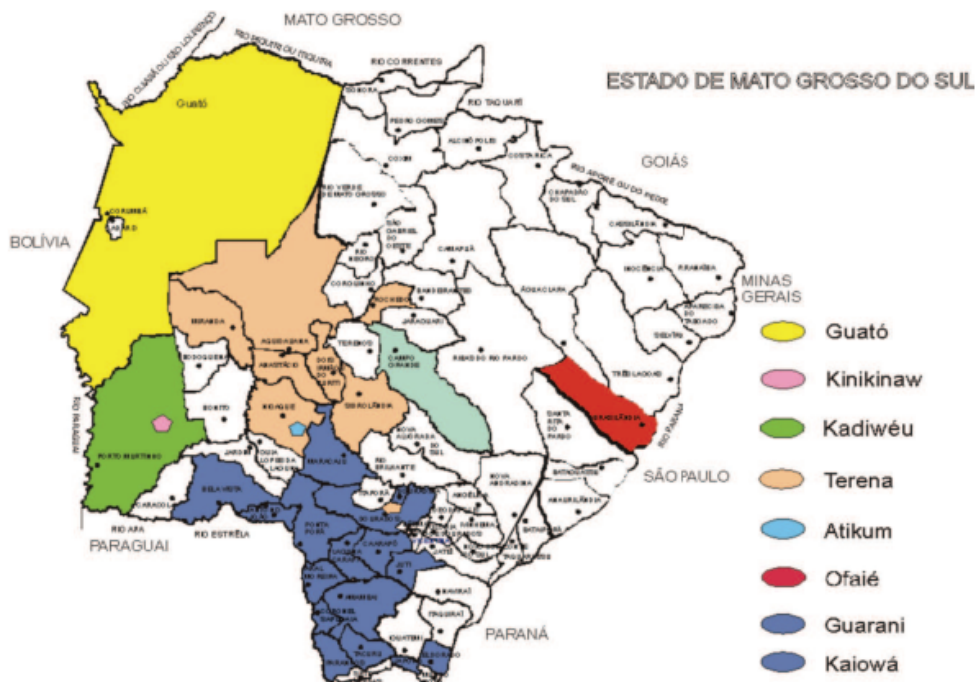
A respeito dos aspectos históricos de construção do DSEI não existe na sede documentos que apresentem tais informações. Já com relação as aldeias de Nioaque a terra se formou a partir

da evasão de mil indígenas Terenas, originários da Serra de Maracajú, devido a fortes pressões por parte dos fazendeiros, que queriam tomar esta terra, após a guerra do Paraguai. Segundo relatos de documentos antigos do Serviço de Proteção ao Índio de 1919, 200 indígenas, provenientes do grupo do Capitão Vitorino, ocuparam uma área à duas léguas da cidade de Nioaque, dando origem posteriormente as aldeias Brejão, lar da família do Capitão Vitorino e a aldeia Água Branca, conhecida anteriormente por abrigar grande parte da população mais antiga que se deslocou da serra de Maracajú. Mesmo sendo a aldeia mais antiga, Água Branca, destaca-se a aldeia Brejão, pelo seu contexto político-administrativo, devido a formação do Posto Indígena em 1925, pelo inspetor de Mato Grosso, na época Coronel Nicolau Horta Barbosa, com nome de "Posto Indígena Capitão Vitorino". Com o passar do tempo, a aldeia Água Branca foi aumentando o número de famílias, e com isso, a disputa pelo controle social e político, dividindo-se em três comunidades, hoje, conhecidas como Aldeia Água Branca, Taboquinha e Cabeceira.

O DSEI MS é composto por 15 Polos Base, unidades administrativas descentralizadas. Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias, a equipe de saúde é responsável pela organização dos atendimentos em nível local e pela articulação com os serviços de saúde dos municípios que abrigam as populações indígenas. Na rede de atendimento à saúde indígena sobre responsabilidade do DSEI MS, estão envolvidos 29 municípios do estado, que abrigam 75 aldeias indígenas, conforme visto na figura a baixo (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

Figura 4. Distribuição da População Indígena no DSEI Mato Grosso do Sul

Figura 04 - Mapa da distribuição da população indígena por etnia em Mato Grosso do Sul



Fonte: BRASIL, 2015

O fluxo organizacional dos serviços de saúde nos DSEI se inicia com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que são responsáveis pelas ações de atenção primária em suas respectivas aldeias e atuam de modo semelhante ao Agente comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Temos também o Agente Indígena de Saneamento (AISAN), que tem como função acompanhar o abastecimento de água e da rede de saneamento instalada em sua aldeia (BRASIL, 2020).

Os Postos de Saúde constituem a primeira referência para os AIS e contam com a atuação de médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos assistentes sociais, compondo a Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena (EMSI), composição essa que pode variar em relação a algumas categorias profissionais, de acordo com o DSEI (BRASIL, 2020).

Existem atualmente no DSEI MS, 33 EMSI e 71 Postos de Saúde, sendo em média um em cada aldeia. As demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos Polos Base são referenciadas para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local ou regional. Os municípios que atendem indígenas em suas unidades de saúde recebem incentivos do Ministério da Saúde (MS) de acordo com a portaria 2.656/2007, que regulamenta a transferência de recursos para a Atenção Básica e Especializada dos Povos Indígenas, também conhecidos como "Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas" (IAB-PI) e "Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas" (IAE-PI).

A gerência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS) é realizada pelo DSEI em Mato Grosso do Sul. O DSEI MS é, o responsável pela organização orçamentária e técnica das ações de saúde nas áreas indígenas do Estado (BRASIL, 2020). Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, existem onze áreas programáticas em saúde voltadas às populações indígenas do estado, sendo elas: Programa de Vigilância Epidemiológica, Programa de Imunização, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena, Programa de Saúde da Criança, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase, Programa de IST/HIV/AIDS e hepatites, Programa de Saúde bucal, Programa de monitoramento das doenças Diarreicas Agudas e Programa de Saúde Mental. Além destas, existe a Assistência Farmacêutica, responsável pela distribuição de medicamentos, e também o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que sistematiza os dados demográficos, de imunização, de morbidade, de atendimento das equipes de saúde (BRASIL, 2020).

Em fevereiro de 2021 o prefeito municipal de Nioaque firmou um documento com o novo coordenador do DSEI, relacionado a apoio das ações. E, graças a este novo acordo de ajuda, podemos receber do município combustível para nossa viatura rodar, já que antes acabava e não podíamos abastecer pela prefeitura. E devido ao meu apelo ao secretário e prefeito, foi firmado um pacto de urocultura para todas as gestantes indígenas no início do pre natal e no final.

Paralelo aos serviços de saúde há o funcionamento das estruturas do Controle Social, do qual o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) é a instância de maior importância, pois é responsável pela aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena realizado a cada quatro anos, acompanhamento, avaliação de sua execução e aplicação dos recursos financeiros do DSEI. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), formados por representantes escolhidos

pela própria comunidade, atuam identificando as necessidades de saúde locais e escolhem seus representantes para atuarem no Conselho Distrital. Portanto, em Mato Grosso do Sul, existe um CONDISI para cada DSEI, bem como um CLSI para cada Polo Base.

O estado do Mato Grosso do Sul conta com três Casas de Saúde Indígena (CASAI), a maior de todas localizada na capital do estado em Campo Grande, que recebe mensalmente muitos indígenas, de todo o estado que necessitam de transporte e hospedagem, as outras duas Casas de apoio, encontram-se nos municípios de Dourados e Amambay. A Portaria 1.801, de 09/11/2015, define entre os estabelecimentos de Saúde Indígena a CASAI como responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, para realização de ações complementares da atenção básica e de atenção especializada, estendendo essa atenção aos acompanhantes, quando necessário. A Casa de Saúde Indígena é parte integrante do SASISUS, sendo uma unidade de caráter nacional que é vinculada ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena, da SESAI. Minha População apresenta um total de 1.494 pessoas nas quatro aldeias do Município de Nioaque. São duas etnias predominantes os Terena e Atikun. A etnia de maior predominância é a Terena. Temos um total de 1000 terenas e 494 são da etnia Atikun.

A respeito do controle social exercido pelo CONDISI. São conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde. Se dão a partir da participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde. De acordo com as diretrizes e normativas do Sistema Único de Saúde (SUS), os estados, Distrito Federal e os municípios possuem autonomia na gestão dos recursos e na implantação e implementação das políticas públicas de saúde, baseadas nas diretrizes e normas do Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda segundo preceitua a Lei 9.836/99, que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, está garantida a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde. Integrados ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), organizados em (BRASIL, 1999):

- Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) - permanente, consultivo composto somente por indígenas; - Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) - permanente, paritário e deliberativo; - Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCondisi) - permanente e consultivo.

Cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito de cada DSEI e entre suas atribuições estão (BRASIL, 2017):

I - participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução;

II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e

III - apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

Quanto a composição do Condisi (BRASIL, 2017):

I – 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

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

III – 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam.

A organização do DSEI é por chefes gerais, geralmente um profissional da saúde indígena de carreira, os supervisores e gerentes, e as equipes de saúde indígena. O Polo Base encontra-se na cidade de Nioaque, e atende as aldeias Água branca, Cabeceira, Taboquinha e Brejão e todas apresentam UBS. O Polo Base encontra-se na cidade de Nioaque, e atende as aldeias Água branca, Cabeceira, Taboquinha e Brejão e todas apresentam UBS. Além deste, no município de Anastácio existe 1 aldeia (denominada aldeinha) com uma UBS. No município de Aquidauana, temos 10 aldeias, (Limão Verde, Córrego Seco, Buritizinho, Bananal, Lagoinha, Morrinho, Imbirussu, Colônia Nova, Ipegue, Agua Branca) todas com UBS. Há 3 CASAI, em Amambai, Campo Grande e Dourados.

Temos apenas uma EMSIs, localizada no polo base de Aquidauana. O polo base atende os municípios de Aquidauana, Anastácio e Nioaque. Em Nioaque, temos como equipe de trabalho, um médico (eu), um dentista, uma enfermeira, dois técnicos indígenas de enfermagem, quatro Agente Indígena de Saúde (AIS), quatro Agente Indígena de Saneamento (AISAN). O polo base apresenta dois médicos do PMMB (eu e dr Elton), dois médicos pela Missão Caiúá, quatro enfermeira, e oito técnicos, dezesseis AIS, quinze AISAN, uma nutricionista e uma psicóloga.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Trabalho na Saúde Indígena, no município de Nioaque, Polo Base de Aquidauana, DSEI-MS, há um ano, pelo Programa Mais Médicos do Governo Federal, e pude vivenciar, durante este período as diferenças, entre as quatro aldeias em que desenvolvo meu trabalho como profissional da saúde. Destas quatro aldeias, três delas são da etnia Terena (Tereno), apenas uma delas apresenta uma etnia diferente, os Atikum. Decidi, por escolher como território recorte, descrever e estudar mais a fundo a etnia Terena, predominante em meu estado, Mato Grosso do Sul, e também mais prevalente em meu espaço de trabalho. O tema eleito para abordagem foram as Infecções do Trato Urinário. Dados do território levantados pela equipe de saúde no ano de 2020 evidenciaram que pelo menos 20% das gestações apresentam ITU.

O território recorte são as aldeias terena onde trabalho, composta por água branca, brejão, cabeceira e taboquinha. Os motivos pessoais pairam na idéia que as infecções do trato urinário são complicações muito comuns, importantes de serem estudadas e quando não há um tratamento adequado pode promover importantes complicações, chegando até mesmo a morte do bebê.

Quanto a um breve conhecimento sobre a realidade percebe-se que o sexo feminino é predominantemente acometido por Infecção do Trato Urinário (ITU) 10 a 20 vezes mais que o sexo masculino. Acredita-se que 48% das mulheres apresentam pelo menos um episódio de ITU ao longo da vida. Fisiologicamente as mulheres são mais suscetíveis à ITU devido características anatômicas uretrais que facilitam a proliferação de bactérias.

Na gestação, é a complicação clínica mais comum. As complicações na gravidez relacionadas à presença da ITU são muitas. Elas podem ocorrer isoladamente ou desencadear uma série de problemas em que uma intercorrência vai induzindo a outra. Sabendo-se do risco aumentado de ITU na gestação, da possibilidade de ocorrência da infecção assintomática e das possíveis complicações maternas e perinatais, se torna inquestionável a necessidade de realização dos exames de EAS/urocultura, rotineiramente durante o acompanhamento do pré-natal (BRASIL, 2012).

Segundo o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar cultura de urina para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar erradicação da bacteriúria. Se a urina for estéril e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto (BRASIL, 2012).

Como características culturais, a partir dos atendimentos e da observação percebeu-se que a higiene das mulheres muitas vezes é comprometida, além disso consumir água não tratada como promover a higiene pessoal com esta água contaminada/ou não tratada pode contribuir para o surgimento das ITUs no território.

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

As etnias mais atendidas são a Terena e Atikun. Há um total de 567 famílias, e o tipo de habitação existente são casas de madeira, e algumas casas de alvenaria, todavia as mais comuns são casas feitas de madeira, casebres cobertos com lona e palha seca. O tipo de comunicação usado é a Internet via rádio, telefone celular.

Quanto ao número de escolas e níveis de ensino existem no território 3 escolas, uma na aldeia Água Branca com Ensino Fundamental e Médio, outra na aldeia Cabeceira, ensino primário, e outra na aldeia Brejão, com ensino fundamental ao médio.

Com relação aos determinantes do processo saúde doença, no território apresenta-se alguns argumentos: No que tange ao tempo e características do contato com a sociedade nacional nas aldeias atendidas a população indígena praticamente está urbanizada, visto que as aldeias ficam a apenas 15 minutos do município de Nioaque. Os indígenas são acostumados a comer alimentos industrializados, como doces, refrigerantes, tem automóveis, água encanada ou de poço com bomba, luz elétrica e internet via rádio, muitos tem ensino superior.

Quanto à relação atual com a sociedade nacional, já houve conflitos no tempo do processo de demarcação territorial, ligados a relações de interdependência no território. As Terra Indígenas de Nioaque foram demarcadas em 1985, as áreas são de uso exclusivo dos indígenas, atualmente não temos problemas quanto demarcação de terra ou conflitos territoriais com fazendeiros. O convívio com os fazendeiros é pacífico; hora ou outra ocorrem algum conflito mas nada fora de situações habituais.

Relacionados as atividades econômicas, produção alimentar e força de trabalho, muitos indígenas adquirem seu sustento com produção e venda de leguminosas, frutas e aves, outros vivem de pequenas mercearias vendendo doces, bebidas e pães. Alguns vivem da criação de gado de leite e corte. Outros vivem do artesanato, produção de vasos e cestos de palha, brincos e adornos com penas e sementes coloridas. Mas grande parte da população trabalha na cidade, principalmente no comércio e no frigorífico. Recebem também apoio do governo por meio do benefício social Bolsa Família e auxílio emergencial. Recebem também da SESAI sacolão para todos os indígenas. Este sacolão trata-se de uma sexta básica distribuída aos indígenas.

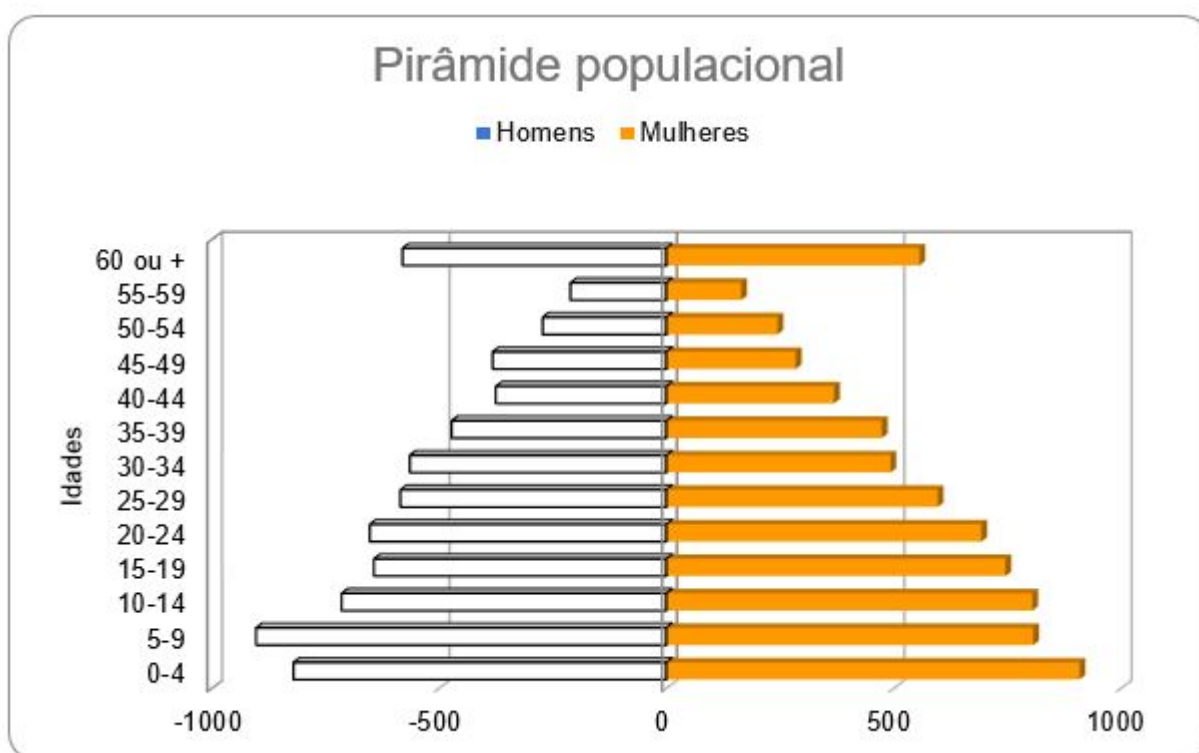
No que diz respeito as práticas tradicionais de atenção à saúde, autocuidado, prevenção de doenças e cura, mesmo tendo aceito muito bem a medicina e os tratamentos modernos atuais, alguns indígenas mais velhos fazem uso se chás medicinais, ervas e emplastos para tratar dores, edemas e as mais diversas feridas. Alguns acreditam em mal olhado, feitiços feito por outras pessoas para adoecer determinadas famílias, principalmente por meio dos atikuns, que são chamados de macumba. Buscamos respeitar a cultura e crenças. Os indígenas também são muito religiosos, acreditam no poder da fé, fazem orações pedindo cura a Deus e a Jesus Cristo. Os especialistas tradicionais do território são as pessoas mais velhas. Nas aldeias não temos pajé, temos anciões que fazem uso de seus conhecimentos milenares para ajudar a comunidade. Respeitamos a cultura e tradição, não havendo problemas.

Sobre a articulação e relação entre os especialistas tradicionais e os profissionais de saúde, não existe problema em relação aos cuidados administrados pelos anciões para cuidar e tratar a comunidade, temos uma boa relação, eles aceitam meus tratamentos e eu respeito os cuidados realizados por eles. Nossa equipe tem boa relação com o Conselho Local de Saúde e com os caciques. Principalmente agora devido a situação de pandemia, a comunidade tem se aliado conosco para evitar a proliferação e propagação do vírus.

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

A população das etnias atendidas (Terena e Atikum) se apresenta na pirâmide etária, figura 5, com a grande maioria dos indivíduos com idades entre 0 a 29 anos, considerando-se como uma população bastante jovem. Comparando com a população brasileira apresenta-se bastante similar.

Figura 05. Pirâmide etária, população indígena Terena e Atikum, Distrito Sanitário Indígena Mato Grosso do Sul, 2020



Fonte: próprio autor, 2020

Análisa-se primeiramente o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) além dos componentes neonatal e pós-neonatal da população do território recorte. Neste sentido o CMI se apresentou igual 61,22 a cada 1000 nascidos vivos (considerado alto). Já o CMI Neonatal foi de 20,41 por 1000 nascidos vivos (considerado normal). E o CMI pós-neonatal de 40,82 por 1000 nascidos vivos (considerado elevado). No geral os números estão considerados altos com relação a média nacional. É sabido que os valores de indígenas geralmente são mais altos do que da população geral.

O acesso aos serviços de Saúde é feito através das equipes de saúde indígena. Há ainda UBS em todas as aldeias onde trabalho, havendo plantões e escalas.

No que diz respeito ao Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), Taxa de Natalidade e Taxa de

fecundidade da população do "território recorte" CMG de 7,34 por 1000 indivíduos, quanto a Taxa de natalidade foi de 15,73 por 1000 indivíduos (valores considerados altos). Já a Taxa de Fecundidade foi de 6,16%. A cobertura do PCCU foi 31,95% considerada bastante baixa visto que o Ministério da Saúde considera como Ideal acima de 80%,

Quanto ao Coeficiente de Prevalência e Incidência de Tuberculose, e todas as formas e a prevalência de COVID-19 em seu território recorte, apresenta-se a Prevalência de Tuberculose (pulmonares e extra-pulmonares) igual a 69,91 a cada 100.000 indivíduos. A Incidência de Tuberculose (pulmonares e extra-pulmonares) foi de 55,93 por 100.000 indivíduos. A taxa de incidência de tuberculose no Brasil foi 2019 de 35,0 por 100.000 habitantes, considerado aceitável. É uma taxa considerada razoável visto que os maiores coeficientes em nível nacional apresenta incidência acima de 51 casos/100.000 hab., quando de observa os estados do Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Roraima e Acre. A Prevalência de COVID-19 foi de 4,66%.

Sobre a prevalência de diabetes mellitus, hipertensão arterial, cárie dentária, obesidade em adultos e estado nutricional de crianças da população do "território recorte" apresenta-se:

- a prevalência de Diabetes Mellitus igual a 19,13%, bastante alta;
- a prevalência de Hipertensão Arterial de 22,63%, também mais alta que a média nacional, segundo a 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016);
- a prevalência de Obesidade em adultos foi de 21,95%;
- a prevalência (Experiência) de cárie dentária (CPO-D) relacionada a número de dentes cariados, perdidos e obturados(restaurados) aos 12 anos foi de 10%, considerada muito alta pois a média nacional está em 6,5 segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2012);

Existem ainda outras doenças como: doenças dermatológicas 352 (23,56%) casos; doenças ortopédicas e musculares (25,97%); doenças respiratórias 302 (20,21%) ocorrências; doenças do aparelho gastrointestinal 410 (27,44%) casos; Hanseníase 10 casos; Leishmaniose 01 caso; Pé diabético: 15 casos; Retinopatia 102 casos (ou início de lesões); verminoses e parasitoses (36,61%) ocorrências; tuberculose 10 casos; diabéticos 285; HAS 338 indígenas (22,63%); Transtornos mentais e comportamentais 321 (21,48%); doenças oftalmológicas 60 (4,01%) casos; doenças do sistema nervoso 95 (6,35%) casos.

Com relação aos indicadores de saneamento básico como utilização de rede geral de água (100% das famílias são atendidos) por água de poços tipo cacimba e poços artesianos. Não existe rede de esgoto, sendo os dejetos enviados a fossas sépticas. O lixo é incinerado ou enterrado.

Todos os indígenas do meu território apresentam possibilidade de atendimento de saúde, sendo que os encaminhamentos são enviados para Aquidauana. Os procedimentos realizados são primários. Com relação ao tema em questão temos 20% das usuárias do território recorte apresentando ITU, principalmente na gestação, a meta da equipe de saúde é diminuir para 5%.

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

O problema eleito para a abordagem no território foram as infecções do trato urinário na gestação. O problema foi eleito por ter se realizado um levantamento no território e ter se percebido que pelo menos 20% das mulheres acompanhadas apresentam as infecções do trato urinário (pelo menos um evento). Acredita-se que o mesmo esteja intimamente ligado a qualidade da água ingerida pelas mulheres indígenas, como também pela água utilizada para banho e limpeza pessoal, além de modificações advindas da gestação que favorecem o surgimento de organismos que provocam as infecções (PANCOTTO; LOVISON; CATTANI, 2019).

Quando na assistência pré-natal um dos parâmetros analisados é a urina da paciente. A solicitação deste exame tem evidenciado a presença de organismos como Escherichia Coli (70 a 85% dos casos), Klebsiella, Enterobacter, Proteus SPP, Enterococcus faecalis, Staphilococcus saprophyticus coagulase negativa, Streptococcus Beta hemolítico do grupo B (agalactiae) (SANTOS FILHO; TELINI, 2018). O mesmo ocorre na área acredita-se em virtude das condições ambientais, da qualidade da água ingerida, da água utilizada para higiene, além das naturais modificações anatômicas provenientes da gestação.

Dentre os fatores que mais influenciam para o problema acredita-se que a resistência microbiana frente ao uso indiscriminado de antibióticos, além de fatores ambientais e comportamentais para o problema. Além disso, pode-se apontar fatores de risco como: idade inferior a 20 anos, nível econômico baixo, menor escolaridade e viver sem o companheiro foram fatores observados. Há ainda outras questões como a falta da oferta de exames EAS/urocultura para as gestantes via SUS visto que a grande maioria paga para realizar tais exames básicos em nosso município. Há ainda casos de gravidez na adolescência e gestação não planejada principalmente de mulheres entre (13 a 17 anos) representando cerca de 80% das gestantes que foram acompanhadas sendo menores de idade. Também pode se considerar a necessidade de ampliar os conhecimentos quanto a sexualidade e planejamento familiar, tendo em vista as modificações no jeito de viver ocorrido nas últimas décadas.

Neste sentido, o plano de soluções apresentado para o caso incluiu o enfrentamento do problema está ligado principalmente as ações de planejamento reprodutivo, como também ações realizadas já nas primeiras consultas do pré-natal. Implementou-se neste sentido grupos de gestantes que recebiam instruções de forma individual e coletiva, que incluía as orientações relativas as ITUs, entre outras. Estamos trabalhando tanto a prevenção a saúde como a promoção. Temos orientado todas as mulheres em idade fértil sobre a importância do planejamento da maternidade. Como também a partir da confirmação da gestação da adoção de hábitos que possam favorecer uma gestação tranquila inclusive sobre a perspectiva das ITUs. Assim as ações estão sendo continuadas com a ação dos membros da equipe de saúde com relação as ITUs e demais peculiaridades provenientes da gestação. Temos conseguido sucesso, contudo no ano de 2021 as ações darão sequência e estaremos medindo a incidência e avaliando se os objetivos foram alcançados. São orientadas também sobre a importância de consumir água de qualidade, de proceder com a higiene adequada, da forma adequada, além da adesão ao tratamento medicamentoso de forma correta, frente ao fato do horário influenciar significativamente no sucesso do tratamento.

Apresenta-se o quadro com as ações sobre o problema:

Quadro 01. Problemas e Determinantes

QUAL É O PROBLEMA	COMO ACONTECE	
	Mudanças no modo de viver	Alterações no Meio Ambiente
ITU na gestação	Alterações advindas da gestação e uso de água não adequada para consumo e higiene.	Contaminação de poços, rios e córregos utilizados para consumo e higiene;

Fonte: própria autora, 2021

Quadro 02. Plano de Soluções

ALDEIA		Polo Base	DSEI	Outros Setores
Ações Individuais	Ações coletivas			
- Consultas de acompanhamento; - Visitas domiciliares; - Orientações sobre prevenção a ITU; - Uso de hipoclorito;	Reuniões com as gestantes da comunidade sobre os cuidados referentes a ITU;	Polo Base Aquidauana	Mato grosso do Sul	EMSI CASAI; Hospitais;

Fonte: próprio autor, 2021

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

Após o levantamento dos problemas do território apresenta-se algumas importantes informações sobre o problema das infecções do trato urinário (ITU). Trata-se de um grave problema encontrado no nosso meio. Isto porque o índice de gestantes sendo encaminhadas ao pré-natal de alto risco, devido a ITU complicadas ou recorrentes, tem chegado a quase 20% dos casos nas nossas aldeias.

Isso gera gastos excessivos ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao Município e as famílias. Cite-se o exemplo em transporte dessas gestantes ao município mais próximo que fica a 90 km da nossa cidade. Gastos desnecessários com antibióticos mais caros e potentes para as famílias, devido a resistência bacteriana desenvolvida pelo uso irracional dos mesmos. Além disso, a de se falar sobre a necessidade de aguardar vagas via sistema CORE, um sistema de transferência e agendamento de vagas que normalmente esta sobrecarregado e que agora encontra-se mais lento devido a pandemia de COVID-19.

Aborde-se ainda eventuais riscos já expostos anteriormente como abortamento, coriomionites, Ruptura Prematura das Membranas Oculares (RPMO), Descolamento Prematuro da Placenta (DPP), partos prematuros, internações hospitalares, tanto das gestantes, quanto dos bebês por infecções graves que podem inclusive levar ao óbito materno-fetal.

Nesse sentido, é oportuno mencionar que levantei informações importantes sobre as gestantes analisadas, e percebo que a atividade educativa beneficiará toda a comunidade. Buscando diminuir internações hospitalares, diminuir as complicações perinatais e maternas, melhorar a satisfação como profissional por poder contribuir de alguma forma com essas comunidades; mostrando que podemos respeitosamente trabalhar juntos, melhorando a nossa relação médico-paciente, melhorando a qualidade do pré-natal, diminuindo os gastos e os riscos à saúde.

A questão levantada a partir do problema identificado é: como uma doença tão comum, pode gerar complicações tão graves, sendo que seu meio de prevenção é relativamente simples? Deste modo, a melhor forma ou estratégia para realizar ações de educação em saúde. É por meio do planejamento de palestras dialogadas, reuniões, atividades educativas. Destaca-se que é necessário o envolvimento de toda comunidade, das escolas e a presença de lideranças para poder debater e desenvolver juntos as melhores formas para abordar temas tão íntimos, que muitas vezes considerados tabus pela comunidade ou pecaminosos, devido a religião e hábitos culturais. Os assuntos com maior dificuldade de abordagem são: sexualidade, fertilidade, higiene e prevenção relacionada a Infecção do Trato Urinário.

Quanto aos materiais e recursos mais apropriados destaque para:

Recursos: jogos (de tabuleiro ou de grupo que possam servir como educativos frente ao tema) palestras dialogadas, atividades nas escolas;

Materiais: distribuição de preservativo, lubrificantes, cartolina, lápis de cor, canetão, entre outros.

Os temas serão tratados durante as ações da forma mais educativa e eficiente possível. Buscar-se-á trazer aos indígenas formas e conceitos que lhe sejam totalmente assimiláveis, buscando o máximo de eficiência nas ações.

A estratégia de planejamento será construída a partir de reuniões com caciques e líderes para escolher os temas que devem ser abordados respeitando sempre a opinião e as crenças desses povos.

Poderão colaborar com a atividade todos os membros da equipe de saúde, como também as pessoas que vivem no território. A estimativa é que se realize atividade de educação em saúde entre março a junho de 2021. Essas atividades serão realizadas nas escolas, nos salões das comunidades locais, nos próprios centros de saúde, durante as consultas de pré-natal. Destaca-se que este período de realização da atividade pode mudar, pois estamos em meio a uma pandemia mundial, causada por um vírus mortal de altíssima transmissão que tem como medida de prevenção isolamento social, lockdown e evitar aglomerações. Portanto, iremos considerar a situação sanitário do novo coronavírus para concretizar a atividade. Neste sentido, as ações de educação em saúde serão executadas a partir da vacinação dos povos indígenas e quando estivermos com um melhor controle da doença COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após apresentar todos estes conceitos sobre o território recorte percebe-se que os indígenas a quem desenvolvem-se ações de saúde apresentam condições razoáveis de vida. Contudo, as atividades desenvolvidas são de caráter primário, e há uma alta dependência do governo para sua subsistência. Além disso, há problemas estruturais nas aldeias, principalmente relacionados ao saneamento básico, tanto no contexto do abastecimento de água quanto nos esgotamentos.

Há ainda outras condições que vem desfavorecendo as condições de saúde dos membros do território. Com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis. Acredita-se que estas estejam intimamente ligadas ao modo de vida destas populações. Houve nos últimos 30 anos uma mudança brusca na alimentação, ficando muitos mais sedentários, entre outras mudanças. Há também fatores complicadores das condições de saúde como a alta incidência de verminoses, parasitoses, doenças respiratórias, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), gravidez na adolescência, agravos de saúde mental que comprometem a saúde desta população.

A EMSI tem trabalhado incessantemente para conter esses problemas. Temos trabalhando tanto no diagnóstico e tratamento, quanto na prevenção, na orientação, nas ações de educação em saúde. As equipes tem buscado promover resolutividade nas necessidades consideradas de atenção básica.

Nas que nos faltam recursos, referenciamos para cidades com maiores recursos como dourados, campo grande, entre outros. No que tange ao tema ITU em questão, temos tido uma alta incidência do problema. Justamente por isso elegeram-se um trabalho de perto junto a estas usuárias. Visto que a ITU é uma condição muito mais prevalente entre estas.

Desenvolvemos um diagnóstico precoce, conforme preconiza os protocolos do Ministério da Saúde, logo nas primeiras consultas, a partir das solicitações de exames, e verificação de organismos que possam provocar tal condição. É uma preocupação da equipe com as ITUs, principalmente na gestação, visto que tal condição pode provocar inúmeras consequências, como prematuridade, abortamento, e em casos extremos a morte da mulher.

Aborde-se ainda eventuais riscos já expostos anteriormente como abortamento, coriomionites, Ruptura Prematura das Membranas Oculares (RPMO), Descolamento Prematuro da Placenta (DPP), partos prematuros, internações hospitalares, tanto das gestantes, quanto dos bebês por infecções graves que podem inclusive levar ao óbito materno-fetal.

Nesse sentido, é oportuno mencionar que levantei informações importantes sobre as gestantes analisadas, e percebo que a atividade educativa beneficiará toda a comunidade. Buscando diminuir internações hospitalares, diminuir as complicações perinatais e maternas, melhorar a satisfação como profissional por poder contribuir de alguma forma com essas comunidades; mostrando que podemos respeitosamente trabalhar juntos, melhorando a nossa relação médico-paciente, melhorando a qualidade do pré-natal, diminuindo os gastos e os riscos à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **3º Conferência Nacional de Saúde Indígena: Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Sistema de informações da Atenção à Saúde**. 2020. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/sistemasdeinformacao.html>> Acesso em 30 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

MATO GROSSO DO SUL. **DSEI MATO GROSSO DO SUL. Caracterização do DSEI. População do DSEI Mato Grosso Do Sul - distribuídos por Municípios/UF, Polos Bases, Aldeias, e Etnias**. 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/Anexo-1659355-dsi-ms.pdf>>. Acesso em 01 de Jan de 2020.

PANCOTTO, C.; LOVISON, O.V.A.; CATTANI, F. Perfil de resistência, etiologia e prevalência de patógenos isolados em uroculturas de gestantes atendidas em um laboratório de análises clínicas da cidade de Veranópolis, Rio Grande do Sul. **RBAC**, v.51, n. 1, p. 29-33, 2019.

SANTOS FILHO, O.O.; TELINI, A.H. **Infecções do trato urinário durante a gravidez**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO, 2018.

SOUSA, M.C.; SCATENA, J.H.G.; SANTOS R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. de Saúde Pública**, v.23, n. 4, p. 853-61, 2007.