



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

EMANUELA RIBEIRO VIEIRA DE OLIVEIRA

CUIDADO EM SAÚDE DO POVO INDÍGENA GUAJAJARA - DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGENA DO MARANHÃO.

SÃO PAULO
2021

EMANUELA RIBEIRO VIEIRA DE OLIVEIRA

CUIDADO EM SAÚDE DO POVO INDÍGENA GUAJAJARA - DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGENA DO MARANHÃO.

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

Orientação: SELMA APARECIDA CHAVES NUNES

SÃO PAULO
2021

RESUMO

Este estudo, objetiva compreender os cuidados em saúde e descrever a contribuição do trabalho como médica da família do DSEI - Maranhão Polo Base Grajaú na Região do Bananal. Para esta experiência formativa se faz possível com a aprovação da seleção do ministério da saúde para atuação específica na saúde indígena, contemplando os princípios do SUS. Que visa à integralidade do atendimento para todos os cidadãos brasileiros aproximando saúde e território, desenvolvendo a cultura local do cuidado em saúde com as práticas biomédicas necessárias as aldeias indígenas e a toda população indigenista com políticas específicas para as realidades vivenciadas nas aldeias. A experiência multidisciplinar do trabalho em equipe ocorre há dois anos na aldeia Taboca, localizado na região do Bananal. Durante a formação no curso de especialização em saúde indígena buscamos sistematizar conceitos estudados com a prática desenvolvida diariamente nas aldeias nas qual o trabalho como médica contempla uma população de 1.410 indígenas. No trabalho conceituamos e refletimos sobre vários aspectos da organização e do modelo de saúde que atuamos bem como o despertar para o entendimento da vivência interdisciplinar com a população do território que compomos através das ações desenvolvidas os cuidados da saúde de todos. As referências para esta pesquisa se pautam nos documentos oficiais da saúde indígena. As orientações para o cuidado em saúde e a participação da população nos eventos da equipe agrega o compromisso da profissão associada ao desafio de buscar fazer o que é esperado pela formação. No caso a Pós em saúde indígena direciona a compreensão do ensino para a melhoria dessas ações, utilizamos de dados da aldeia campo da pesquisa com 15 hipertensos e 01 diabético ação que desenvolvemos durante seis meses. Contribuiu para a profissionalização daqueles que tanto gostam dos seus lugares de atendimento alternativo, considerando a realidade das aldeias em um total 40, assim como me específico todas as disciplinas e os momentos de participação no curso elevaram o aprender e a identificar as práticas assertivas já desenvolvidas.

Palavras-chave:

Saúde Indígena. Promoção da Saúde. Povos Indígenas. Distrito Sanitário Especial Indígena

APRESENTAÇÃO

FIGURA-1. Atendimento na Unidade Básica de Saúde da Aldeia Taboca



Foto: Arquivo da Equipe/ Aldeia Taboca. 2020: Ação educação em saúde, desenvolvida, devido o aumento de hipertensos e diabéticos.

A formação em medicina com esforço e compromisso, pelo qual sempre procurei novas perspectivas

para desenvolver minha função com a saúde, tornando-a como um bem superior me levou a outros lugares do mundo e do país. Sou formada em uma universidade da Bolívia. Essa experiência no DSEI/Maranhão é meu primeiro emprego, não pensei em trabalhar com saúde dos povos indígenas, por não conhecer antes como se organizava essa política de Atenção Básica da Saúde Indígena.

De experiência no Território indígena, um ano de atividades, muitas reflexões são analisadas, na verdade acho que fui escolhida. Está sendo uma experiência muito gratificante, pois tenho aprendido muito com os povos indígenas.

Quando escolhi a saúde Indígena, assim como antes falei não tinha noção da grandiosidade desse subsistema de organização. Só conhecia o que se falava na escola, e a realidade é outra. Encontrei povos de costumes em algumas aldeias no modelo de sociedade que atualmente vivemos, com usos similares as culturas dos povos de outras sociedades, assim como nós que estávamos chegando. São povos que precisam de atenção básica, pois cada vez estão complementando seus costumes fico pensando sobre estarem perdendo sua essência de indígena ou associando novas práticas que em algum momento não servirão para sua cultura.

Trabalhar com essa modalidade do cuidado em saúde com os indígenas de todo o polo está sendo escola, pois aprendemos com as diversidades. Essa pós-graduação está sendo de grande importância para nós médicos, compreendemos melhor sua cultura e a forma que devemos fazer a Atenção Básica de qualidade para atender a necessidade de cuidado para a saúde dos povos indígenas.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

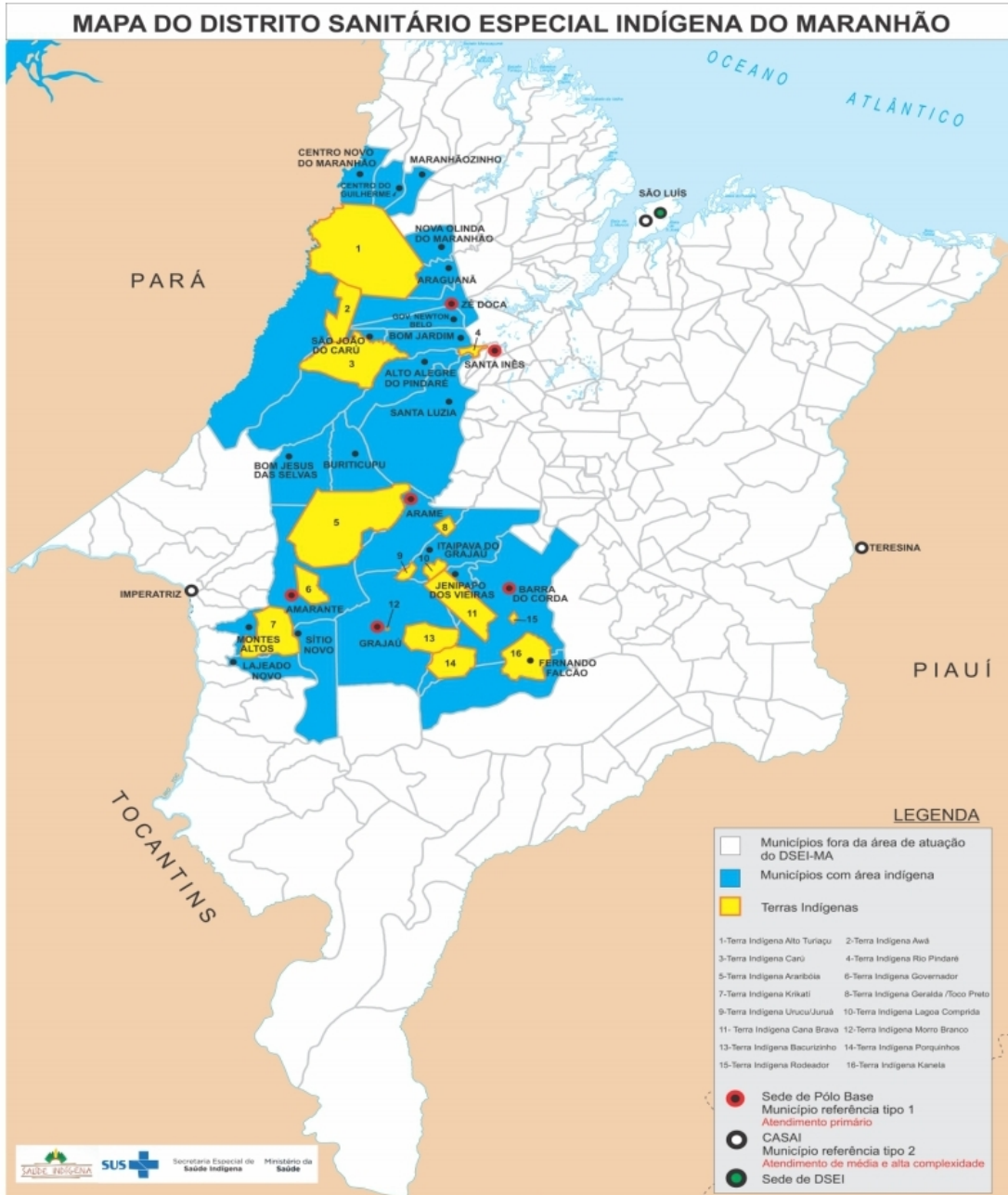
O Distrito Sanitário Especial Indígena Maranhão - DSEI/MA, como unidade gestora, descentralizada ligada à Secretaria Especial de Saúde Indígena e ao Ministério da Saúde, concentra a 7ª maior população indígena do país, conforme dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - SIASI/2020. Com aproximadamente 43.151 habitantes indígenas.

A população indígena está distribuídas em 573 aldeias, com 20 etnias sendo 08 etnias mais conhecidas Guajajara, Gavião, Awá-guajá, ka'apor, Krikati, Kanela e Timbira, pertencentes aos troncos linguísticos Macro-jê e Tupi. Tem sua sede em São Luís a capital do estado. O território de atuação de 76.013,07km². Opera suas funções as ações de 06 - Polos Bases. Que são eles Amarante, Arame, Barra da Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca. Com um número de 47 Unidades Básicas de Saúde Indígena-UBSI, 03 casas de saúde do Índio (CASAI). No Maranhão estão localizadas em São Luís e Imperatriz e no Piauí em Teresina.

O polo Base Grajaú sedia-se no município de Grajaú, possui 06 equipes multidisciplinares de saúde indígena-EMSI, distribuídas e atuando nos municípios de Grajaú, Itaipava do Grajaú e Jenipapo dos Vieiras, e assistem aos Povos Indígenas Guajajara e Timbiras. Com uma população indígena de 7.239 totalizando 168 aldeias.

FIGURA 2- MAPA DE DISTRITAL DO DSEI/ MA.

DSEI MARANHÃO



São Luís
2019

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

Antes de entender como foi construído o DSEI, vamos voltar na história do SUS para compreender como surgiu a saúde indígena. As políticas de saúde para a população indígena teve sua criação pela secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, de acordo com estudos o ministério da saúde cria através de decretos aprovados no senado essa área da saúde especifica dentro do ministério, com a função de coordenar e executar a nível nacional, todas as decisões relacionadas aos povos indígenas, para implementar a gestão de um subsistema de atenção a saúde, referenciado no cuidado integral atendendo os princípios do SUS. Neste entendimento observam-se, as práticas de saúde na medicina tradicional, fortalecendo o controle social e efetivando o respeito às particularidades culturais conforme define o PDSI (2012-215).

O Plano Distrital de Saúde Indígena iniciará sua construção nos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CSLI), com consolidação pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e aprovação no Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) com posterior encaminhamento a Secretaria Especial de Saúde Indígena para homologação.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são unidades de responsabilidade Sanitária Federal. Essas unidades são correspondentes a uma ou mais terras indígenas criadas pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999.

Sobre os conselhos distritais de saúde indígena, suas concepções originais têm como responsabilidade estabelecer as diretrizes e fiscalizar a execução das ações de saúde no território de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Promover a justa e progressiva ocupação dos espaços da gestão por profissionais indígenas, como defendido na Convenção 169 da OIT e Declaração dos Direitos Indígenas da ONU, não deve ser confundida com a finalidade apenas do controle social definida para os CONDISI.

FIGURA 3 - Organização do DSEI/ MA.



Na Região do Bananal, na qual desenvolvo meu trabalho como médica, com a etnia Guajajara, região com aproximadamente 1.410 indígenas e 40 aldeias. A aldeia Taboca, (na figura 3 - localizamos como comunidade indígena). Convivendo com os costumes e hábitos do cotidiano urbano. ponto de apoio da equipe (o posto de saúde e alojamento), toda a comunidade tem energia elétrica e água, essa aldeia polo base de Grajaú fica 70 km, aonde gastamos mais ou menos 2h de viagem, pois o acesso é um pouco complicado, de mata fechada, estrada de barro, que quando chove fica de difícil acesso.

Essa região de certa forma localiza-se em um lugar mais favorável, nas questões econômicas destaca-se a plantação de soja e atividades de pequenos agricultores, fica próxima da cidade, assim a comunidade tem acesso fácil, convivendo com os costumes e hábitos do cotidiano urbano. Neste sentido observam-se os impactos na saúde que aumentam, como hipertensão, Diabetes e outras que aos poucos vão aparecendo.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Médica da Saúde Indígena, trabalho há um ano no DSEI /MA. com a Etnia Guajajara. Escolhi uma aldeia maior convivência devido, nosso alojamento e o posto de saúde ser nessa área. Por estadia acabamos nos aproximando mais. Mas quero só fazer uma introdução dessa Etnia que trabalho, para entender-mos o contexto em que habitamos.

Os Guajajara segundo pesquisas do ISA - Povos Indígenas do Brasil/Povo Guajajara/SESAI-2014. Corresponde a um dos povos indígenas mais numerosos do Brasil. Habitam mais de 10 Terras Indígenas na margem oriental da Amazônia, todas situadas no Maranhão. Sua história de mais de 380 anos de contato marcada por aproximações com os brancos e por recusas totais, submissões, revoltas e grandes tragédias. Além de Guajajara, este grupo tem uma outra autodenominação mais abrangente, Tenetehára, que inclui também os Tembé. Guajajara significa "donos do cocar" e Tenetehára, "somos os seres humanos verdadeiros".

Os Guajajara têm uma história longa e muito singular de contato com os brancos. Essa introdução da etnia Guajajara para a gente entender que mudou poucas coisas daquela época.

Trabalhar na Região chamada Bananal, aqui em Grajaú/MA, Atendo a 40 aldeias, a que escolhi para o trabalho da pós-graduação denomina-se aldeia Taboca, composta por 43 famílias e 183 indígenas, é uma aldeia das maiores que tem na região que atendo. A aldeia Taboca nas questões socioeconômica a maioria dos indígenas sobrevivem dos programas governamentais, Bolsa Família, nosso idosos a maioria são aposentados e as outras famílias, desenvolvem atividades na agricultura alguns plantam arroz, feijão, mandioca e milho, a maioria vive do que planta, outro da pesca caça e ajuda de familiares.

Elencamos como uma das problemáticas que temos, seria a aproximação que os indígenas tem com a cidade, como já vimos antes, é uma realidade desde de muito tempo, acredito que não mudou muito essa relação. Com essa aproximação suas culturas, seus costumes e hábitos foram mudando, eles têm o acesso “às coisas da cidade”, seus alimentos não são mais os mesmo, consumidos sem agrotóxicos, hábitos de vida foram alterados ao longo dos anos, e com essas alterações surgem o aparecimento das doenças, atualmente na aldeia taboca temos 15 hipertensos, 01 diabético, temos indígenas com problemas cardíacos, e muitas enfermidades respiratórias graves.

Nas visitas domiciliares refletimos: “Gente aquele chá que nossa vó fazia? Porque eles são familiarizados com chás, aprendi que a fitoterapia através do chá é um aliado a um bem está, aquelas orientações que nosso bispo-vo fazia? Oriento para que continuem com a cultura de alternativas próprias para benefício da saúde, nominamos alguns tipos de chás e benefícios, as doenças e proteção para outras. Busco ainda refletir com eles porque mudou? Porque vocês não fazem? Gente vamos diminuir o sal, o açúcar, vocês sabiam que há muito tempo isso não existia nas aldeias, vamos se cuidar, isso mata, vocês sabiam? Então são orientações que nos perguntamos toda hora.

3.1- A cultura das crenças para o cuidado

Existe ainda dentro da aldeia, uma resistência muito grande, quando a equipe precisa levar o mesmo para cidade, para receber um suporte melhor, a comunidade ainda se recusa, pois relata que quando se deslocam para serem atendidos na cidade, são largados, não tem uma atenção “, na cidade não se resolve”. Ao longo dos estudos da pós- graduação compreende-se que esse descrédito do cuidado que eles mencionam não ter acesso na cidade ocorre ao longo da construção das tentativas de organizar um modelo especial para a saúde indígena, neste sentido a atenção diferenciada em saúde indígena vem implementar essa política do cuidado em saúde dentro e fora da aldeia.

Para garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, a favorecer a superação dos fatores que tornaram essa população mais vulnerável aos agravos da saúde. (FUNASA, 2002). Penso que é

necessário relembrar experiências do cuidado com os Guajajara que durante este tempo de trabalho duas crianças foram a óbito, porque a família não permite levar para a cidade. Essas situações mostram a fragilidade da confiança deles para os cuidados fora de sua cultura, como médica é uma frustração muito grande, mas desenvolvo o olhar perspectivo que a credibilidade no sistema de saúde, comece a ser aceito com as pequenas práticas locais e expandidas para a saúde integral de todo o sistema especial indígena.

São coisas que acontecem e perguntamos: Essa etnia sempre teve contato com os brancos, com a cidade, seus hábitos de vida mudaram devido a isso? Diante da indagação de (MENDONÇA, 2010) será que eu percebo que estou trabalhando com outro povo? Será possível compreender que a atenção diferenciada para a saúde dos indígenas, mesmo que principiante, configura-se como uma estratégia positiva, gradativamente, concretiza-se nas ações para o atendimento indígena. Contempla o direito desse povo historicamente fragilizado, esse atendimento integral vem a incluir a diversidade social, geográfica, histórica e política buscando fatores de superação da vulnerabilidade quando reflito eles vivem como brancos? , alguns são estudados, muitos deles cobram direitos sobre direitos, e os deveres? Mesmo que há pouco tempo venha sendo trabalhada em torno de 13 anos essa atenção diferenciada resulta da própria luta dos indígenas, apesar de ter indígenas em todo o território nacional são de uma identidade própria construída antes da chegada dos Europeus, desenvolvem e defendem seus valores como se cuidarem-se, divertirem, uma visão de mundo particular. RODRIGUES,2013.

Mesmo quando respondemos nossos questionamentos ampliamos as análises de um lugar de aprendizagem para todas as áreas da sociedade. Quando penso que a culpa das transformações na cultura indígena é do branco? Os governantes conhecem de maneira correta as especificidades da saúde quando se refere ao povo indígena? FUNAI? Os índios falam tão pouco, será que o indígena quer ser branco? Mas na hora de direitos quer ser índio? Desenvolvendo esse processo de interrogação fui conceituando e sistematizando as políticas de saúde para os indígenas bem como a atenção diferenciada para estes povos e para os profissionais que a eles atendem.

Porque os hospitais e centro de saúde não quer atender o indígena como tem que ser atendido? Então questiono e procuro entender ou dar a desculpa para mim mesmo. Mais não devemos esquecer que eles agem assim porque eles são indígenas, e não deixaram de ser indígenas, mesmo com essas aproximações da cidade, e como relata a história, eles ainda têm sua identidade, tem sua cultura, tem sangue indígena pulsando, eles são povos indígenas, será que é difícil de entender isso?

Enfim, tudo que foi relatado é como sinto o trabalho na saúde indígena, como médica da aldeia Taboca, são perguntas que questiono. Também tenho respostas que eles são povos vencedores e guerreiros, que brigam de verdade para que ele não perca sua identidade. Procuro realizar um atendimento integral com os hipertensos, porque sinto que trago um atendimento humanizado, quando brinco com eles, quando dou a liberdade de dizer o que sinto referente a eles. Sou grata a essa oportunidade, porém como já relatei em outras reflexões, à saúde indígena é marcada pela política de saúde fragilizada, muitas injustiças, falta de estruturas, a falta de uma equipe qualificada, resumindo, todos precisavam conhecer um pouco o que é saúde indígena. As contribuições do professor Douglas e Dr. Sofia, são reflexivas, para compreendermos os indígenas em sua essência, ampliando o despertar para novas maneiras de fazer uma atenção diferenciada em saúde indígena.

Figura 5. Equipe de saúde atendimento a criança da etnia Guajajara.



Foto autorizada/arquivo equipe de saúde/2020.

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

De acordo com as informações do ISA - Povos Indígenas do Brasil/Povo Guajajara/SESAI-2014. Os índios Guajajara, são bastante numerosos e considerados um dos maiores povos indígenas do Brasil, ocupam mais de 10 terras indígenas e estão localizados no território Maranhense na margem oriental na região da Amazônia. situa-se no centro do Maranhão/MA, nas regiões dos rios Pindaré e Grajaú.

No que se refere ao contato com os brancos e suas experiências de aproximação, soma-se mais de 380 anos. Esse contato de longo período representa uma singularidade na história dos índios dessa etnia. As lutas advindas das aproximações resultam também em revoltas documentadas nos fatos históricos nacionais, que marcaram a história dos povos indígenas do Brasil. Tendo a última revolta ocorrida em 1901, ficando conhecida como a revolta dos Capuchinhos que eram missionários. Essa revolta mostra aspectos de recusas totais dos índios que é importante a sociedade lembrar para entendê-los. Vamos lembrar que o primeiro contato poderá ter ocorrido segundo a história dos Guajajara em 1615 nas proximidades do rio Pindaré região atualmente habitada pelos índios Guajajara.

Os Guajajara abandonaram grande parte de sua cultura material tradicional, ainda produzindo um pouco da cestaria e redes de dormir para uso doméstico e comercialização. A pajelança é uma atividade quase exclusivamente masculina. A função principal dos pajés ainda é curar e celebrar as festas de Maíra e da "mesada", um ritual de oferendas em favor de pessoas doentes. A pajelança costuma ser vista como ambígua, porque os poderes dos xamãs podem ser usados para objetivos tanto positivos quanto negativos.

A aldeia Taboca faz parte de um território indígena, de Etnia Guajajara, da região do Bananal, do Polo Base de Grajaú/ MA. Com uma população de 183 indígenas, 43 famílias, com aproximadamente 43 casas, todas as casas são feitas de barro e palhas, com uma unidade de saúde e uma escola que recebe alunos até o primário, às outras séries os indígenas se deslocam para cidade, a maioria dos indígenas são evangélicos.

A nossa equipe consegue ter um diálogo produtivo com a comunidade, onde conseguimos fazer a promoção e prevenção, dentro da aldeia, onde temos um tipo de comunicação que é respeita a cultura e a cresce dentro dos limites que podemos fazer.

As principais atividades econômicas são: Agricultura, alguns têm sua roça, (para consumo e para a comercialização), Produzem os artesanatos (redes, pulseiras), as mães de família recebem o Bolsa Família, e alguns são empregados na cidade e aposentados.

As práticas tradicionais nesse território, são presentes, como o usos de plantas medicinais, o uso dessas ervas para picada de cobra e etc. A pajelança onde os indígenas ainda praticam, o ritual da menina moça, a menina que tem sua primeira menstruação, a menarca, fica em tocaia (um quarto isolada de todos, durante uma semana).

Reconhecer aos indígenas sua organização social, bem como seus costumes, crenças e fazer respeitar, está instituído na (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988,) assim os outros documentos elaborados seguem as orientações para práticas de respeito, mesmo que esse respeito comprometa a saúde pela crença, a equipe multidisciplinar compreende e busca interagir para a mudança de entendimento associativa o conhecimento da crença e o da medicina para salvar vidas.

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

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA ALDEIA TABOCA

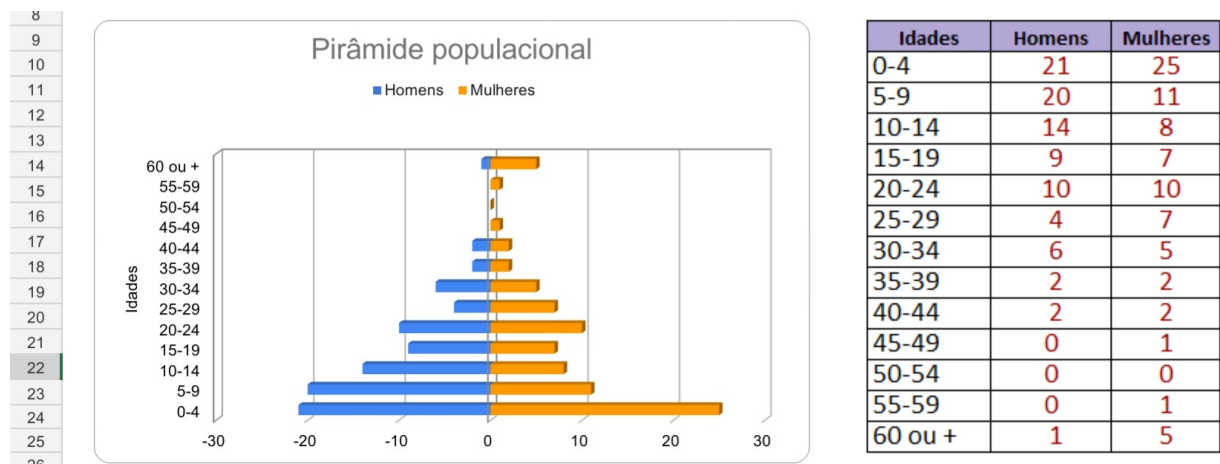
POLO BASE DE GRAJAÚ-MA

Território e população

ALDEIA TABOCA:

Pirâmide sexo-etária da população.

A Aldeia Taboca é atendida pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, quatro auxiliares de enfermagem e cinco Agentes Indígenas de Saúde (AIS). A população é formada por 173 indígenas, 44 famílias e pela etnia Guajajara.



A população da Aldeia Taboca é assim composta de 84 indígenas do sexo feminino, em uma distribuição de 25 crianças do sexo feminino até 04 anos de idade.

Mulheres indígenas em idade com atenção para o planejamento familiar 26 mulheres.

O que compõem o número de indígenas do sexo masculino um total de 89, sendo uma maior população maior de 0 a 9 anos de idade.

compreende-se que a população da Aldeia é de uma faixa etária jovem com um número de 46 crianças no geral.

A faixa etária dos homens e mulheres que desenvolvem a hipertensão corresponde à idades de 30 a 60 anos. Com um total de 15 hipertensos.

Taxa de Natalidade e Taxa de fecundidade da população

$$\text{CMG} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de \u00f3bitos}}{\text{popula\u00e7\u00e3o total}} \times 1000 \text{ igual RESULTADO por 1000 indiv\u00edduos}$$

$$\text{CMG} = \frac{1}{173} \times 1000 \text{ igual } \boxed{5,78} \text{ por 1000 indiv\u00edduos}$$

$$\text{Taxa de natalidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no per\u00edodo de um ano}}{\text{n}^\circ \text{ da popula\u00e7\u00e3o geral}} \times 1000 \text{ igual RESULTADO por 1000 indiv\u00edduos}$$

$$\text{Taxa de natalidade} = \frac{4}{173} \times 1000 \text{ igual } \boxed{23,12} \text{ por 1000 indiv\u00edduos}$$

$$\text{Taxa de fecundidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no per\u00edodo de um ano}}{\text{n}^\circ \text{ de mulheres de 15 a 49 anos}} \times 100 \text{ igual RESULTADO } \%$$

$$\text{Taxa de fecundidade} = \frac{4}{15} \times 100 \text{ igual } \boxed{26,67} \%$$

Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e seus componentes neonatal e p\u00f3s-neonatal da popula\u00e7\u00e3o .

$$\text{CMI} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de \u00f3bitos de crian\u00e7as menores de 01 ano}}{\text{n}^\circ \text{ nascidos vivos no per\u00edodo no ano escolhido}} \times 1000 \text{ igual RESULTADO por 1000 nascidos vivos}$$

$$\text{CMI Neonatal} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de \u00f3bitos de crian\u00e7as menores de 28 dias}}{\text{n}^\circ \text{ nascidos vivos no per\u00edodo no ano escolhido}} \times 1000 \text{ igual RESULTADO por 1000 nascidos vivos}$$

$$\text{CMI p\u00f3s-neonatal} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de \u00f3bitos de crian\u00e7as maior ou igual a 28 dias e menores de 01 ano}}{\text{n}^\circ \text{ nascidos vivos no per\u00edodo no ano escolhido}} \times 1000 \text{ igual RESULTADO por 1000 nascidos vivos}$$

$$\text{CMI} = \frac{1}{4} \times 1000 \text{ igual } \boxed{250} \text{ por 1000 nascidos vivos}$$

$$\text{CMI Neonatal} = \frac{0}{4} \times 1000 \text{ igual } \boxed{0} \text{ por 1000 nascidos vivos}$$

$$\text{CMI p\u00f3s-neonatal} = \frac{1}{4} \times 1000 \text{ igual } \boxed{250} \text{ por 1000 nascidos vivos}$$

Dados epidemiol\u00f3gicos:

Na aldeia Taboca, n\u00e3o existe saneamento b\u00e1sico, o abastecimento de \u00e1gua e atrav\u00e9s de po\u00e7os artesanais, e na maioria das vezes essa \u00e1gua , n\u00e3o \u00e9 devidamente tratada e com isso temos as ocorr\u00eancias de parasitoses,

as diarréias agudas.

A população vem mantendo contato cada vez mais intenso com os municípios do entorno, fazendo com que os partos nas aldeias não aconteçam com frequência, e a maioria são realizados na cidade.

O contato da população indígena com a sociedade não indígena vem se acelerando. Nos últimos anos, mudanças no estilo de vida, com destaque para a introdução cada vez mais acentuada de alimentos industrializados: álcool e a necessidade crescente de dinheiro para aquisição de bens manufaturados dos mais variados tipos de consumo. Sendo diagnosticados nos últimos anos casos de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial.

E essas mudanças que estão ocorrendo, percebemos no nosso dia-dia, nas consultas que são realizadas junto com a equipe multidisciplinar, na realização monitorada de 20 consultas ao mês de controle ao Hiperdia. Durante seis meses, onde esses dados são todos entregues ao chefe da equipe para serem analisados.

Dados da ação educativa:

| Dados do Hiperdia durante 06 meses | 20 paciente avaliados |
|-------------------------------------------|------------------------------|
| Hipertensos | 05 |
| Pré Hipertensos | 08 |
| Altas | 07 |

RESULTADOS: Podemos observar que mais de 50% dos pacientes que foram avaliados durante seis meses foram diagnosticados de HAS.

Não tivemos alteração no número de Diabetes tipo II.

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

REDE EXPLICATIVA E PLANO DE SOLUÇÕES: PROBLEMA DE SAÚDE DA ALDEIA TABOCA

QUAL É O PROBLEMA?

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica, uma enfermidade caracterizada pelo aumento da pressão arterial acima de 140/90.

Onde pode ocasionar outras enfermidades cardiovasculares.

A Hipertensão Arterial está crescente há algum tempo dentro da aldeia, com casos antigos e com novos casos a cada dia.

O mau controle da pressão ou o mau uso dos medicamentos, estão tendo um índice muito grande de mortes, como Infarto, Diabete M. Tipo II e outras.

COMO ACONTECE?

Mudanças no modo de viver:

*Mudança no hábito alimentar, por exemplo: café, açúcar, biscoito, macarrão, arroz, sal, etc.

*Diminuição da variedade dos alimentos produzidos nas aldeias indígenas.

*Mau uso da alimentação do branco

*Maior contato com o branco - fácil acesso para a cidade.

*As mães e pais não respeitam as regras da dieta, não cumprem as regras culturais.

Alterações no Meio Ambiente:

*A terra está ficando fraca, está desnutrida.

*Dificuldade de obtenção de terra fértil.

*Matança desnecessária de peixes nos rios em que as nascentes estão fora da Terra Indígena.

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

Quando comecei a organizar essa ação educativa, nem pensei em outro tema, na Aldeia Taboca, quando cheguei a mais de um ano, eu tinha um problema muito grande com pacientes HAS, pois eram pacientes que não conseguiam controlar sua Pressão Arterial, não tinham muitas informações sobre sua doença.

Desenvolvemos esse tema, com a equipe multidisciplinar, a primeira pergunta foi: vocês sabem o que HAS? Como devemos tratar quem já tem e prevenir quem não desenvolveu ainda, vamos orientar? Então começamos procurar a melhor forma de passar essas informações á comunidade, através de visitas, palestras, e a partir desses dias de sensibilização, começamos um acompanhamento semanal com esses pacientes com HAS, e nas consultas fazer o rastreio de paciente, fazendo a prevenção.

Essas ações educativas são planejadas para os pacientes que já tem HAS e também para a comunidade em geral. As atividades têm como objetivo levar a informação a comunidade, e principalmente aquele paciente que já tem essa enfermidade, como é importante saberem o que é? Como podemos controlar? Quais os riscos que ele corre? Sempre, lembrando que na área indígena, principalmente essas que ficam próximas as grandes cidades, devido o acesso ser mais fácil aos alimentos. (sal, açúcar, refrigerantes e etc.), e devemos sempre esta discutindo essas temáticas na comunidade.

Um das formas que achamos para desenvolver essas atividades foram realizar palestras na comunidade, organizamos um café da manhã com alimentos saudáveis, de fácil acesso, orientamos os AIS e AISAN para que eles façam suas visitas semanal naqueles pacientes que já tem a enfermidade, e a médica juntamente com a enfermeira mensalmente, além das consultas e os rastreios.

Sabemos que na área indígena não existe muito recursos, então fizemos uns cartazes informativos de fácil entendimento, foi discutido essas questões previas nas palestras, para não ficar uma coisa cansativa para os ouvintes, então fizemos roda de conversas. E também queríamos alguma coisa a mais, que pudessem trazer um benefício a comunidade, então pensamos em atualizar os exames de rotinas de pacientes que já tinham HAS, e pacientes com alguma enfermidade cardiovascular. Como médica da aldeia chamei meu pai tem especialidade em cardiologia para participar, fazendo consultas e exames (eco cardiograma e ECG), pois esses paciente não tinha exames atualizados, nunca realizados. Garantimos que todos pacientes com algumas enfermidades cardiovasculares fossem atendidos pelo cardiologista, realizando assim, um apoio matricial.

Essas ações não acontecem sem a equipe multidisciplinar, sem polo base e principalmente sem a participação da comunidade, então envolvemos todos nesse lindo dia de cuidado a saúde dos indígenas, na ação do HIPERDIA.

Nossas ações educativas elas são sempre realizada na aldeia, no posto de saúde, aonde a comunidade sempre é convidada a participar e compartilhar seus saberes sobre o tema abordado. Quanto as atividade elas são planejadas e tem um tema especifico como esse, por exemplo: HAS decidimos fazer pois o índice de hipertenso estava aumentando, ou aquele paciente que já era não tinha controlado, então passamos 06 meses trabalhando encima dessa ação, e depois fizemos um dia especifico , no qual o cardiologista foi. Na verdade não existe melhor época, existe a necessidade de se falar em um determinado ‘problema’ na sua área, claro que quanto mais rápido trabalhar sobre o “problema”, melhor vai ser os resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente pensa-se na vida tranquila dos povos indígenas, ao atendê-los: conhecer como vivem em seus anseios e suas memórias, nas participações e triagem para os atendimentos vão surgindo às doenças comuns de todas as sociedades, diabetes, hipertensão, tuberculoses. No caso das aldeias para as discussões consolidadas ao longo do curso de Pós em saúde indígena para este entendimento a ação desenvolvida no atendimento com os hipertensos pensado a partir do planejamento pra atender uma realidade local de comorbidades,

Vivenciar essa prática em saúde coletiva, confirma como podemos fazer saúde na visão do princípio da integralidade, buscar essa atribuição diferenciada que o curso refletiu para o perfil do profissional da saúde indígena penso que está vivenciado com os indígenas o conhecimento acadêmico e se reinventarem para viver com qualidade de vida soma-se a uma compreensão ampla atualmente de rever conceitos e desenvolver possibilidades para minha atuação na medicina.

Analisando as políticas de saúde para a população indígena, entender todo o histórico do acesso à saúde e a continuidade dos princípios e diretrizes do SUS, bem como a historicidade da população ativa de seus conceitos em saúde desenvolvidos a partir de sua historicidade, religiosidade, lideranças locais, artesanato, identidade e cultura, importante compreende que as aldeias tem suas rotinas e práticas diferenciadas assim apresenta-se também a Aldeia Taboca, estando próxima da cidade apresenta uma maior aproximação de uso da tecnologia, que as aldeias mais distantes tem pouco "contato", contato é como aprendemos saber algo das práticas do outro das outras pessoas não indígenas. Sendo que as aldeias mais distantes desenvolvem, práticas mais fitoterápicas para os cuidados de saúde.

Mapear o Território de atuação consistiu em identificar os sujeitos do cuidado para as novas ações sendo 15 Hipertensos e 01 Diabético, planejadas, as doenças que apresentavam dissociavam de suas maneiras de viver? Neste sentido identificamos os povos do polo base que atuamos e mapeamos as comorbidades da Aldeia Taboca.

O fazer saúde perpassa o consultório, o jaleco que em muitos momentos não volta branco do atendimento pelo acesso remoto a algumas aldeias. A equipe multidisciplinar tem um comprometimento com a saúde pública em especial a saúde indígena. Nas questões do cuidado com a cultura dos indígenas sempre buscando esse dialogo da biomedicina com o saber tradicional; vejo que precisamos de melhorias de atendimento desde os equipamentos de proteção até o registro do que fazemos, percebo que trabalhamos as ações e elas não são divulgadas como indicadores positivos no próprio polo de atuação.

Na questão da formação destaco que o curso nesta proposta de saúde indígena seria fundamental para todos da equipe ,esse reconhecimento específico do território, as questões que refletimos nos textos essa aprendizagem nos faz pensar sobre a pratica na busca de um atendimento qualificado para saúde.

Quero aqui destacar que os profissionais indígenas são indispensáveis neste processo de construir uma saúde indígena, porém precisam de formação continuada pois, são o elo permanente na comunidade. Penso que as novas práticas dos médicos só seriam aceitas com maior amplitude quando os profissionais indígenas locais tiverem uma formação continuada pois, a maioria elevaria a confiabilidade do fazer novo até mesmo nas questões do cuidado.

A rotatividade de profissionais médicos no polo em algum momento do tratamento fragiliza o acompanhamento das comorbidades e o elo de afetividade e confiança. Posso assim disser que não volto à mesma profissional depois de cada atendimento, diante de uma realidade que muito necessita ser feito e conciliar com o fazer do outro para mudanças sanitárias, alguns aspectos da realidade consiste em desafios embora as possibilidades de atender os objetivos com a saúde dos povos indígenas não dependem somente do nosso esforço mais de um conjunto de políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: 1988.

BRASIL. **Ministério da saúde**: Fundação Nacional da Saúde-FUNASA. 2012.

BRASIL. **Ministério da saúde**: Secretaria Especial de Saúde indígena .Plano Distrital de Saúde Indígena- PDSI- 2012-2015.

<http://www.saudeindigena.net.br/> acesso em 04.03.2021 às 14:05hs.

<https://pib.socioambiental.org> .Instituto Sociambiental- ISA-. Povos indígenas do Brasil- índios Guajajara acesso em 11.04.2021 às 18:52hs.

MENDONÇA, S. **Saúde Indígena**: distâncias que aproximam. Cadernos humaniza SUS. Brasília, v.2 Atenção Básica; série B. Textos Básicos de Saúde, 2010.

RODRIGUES, D; MENDONÇA, S.; RODER, F. **Política Indigenista de Saúde**: Curso de Especialização em Saúde Indígena na Modalidade à Distância, UNIESP; MEC, 2013.