



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

HELISON DE JESUS LANDULFO

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DO MARANHÃO - POLO BASE ARAME - ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA ANGICO TORTO

SÃO PAULO
2021

HELISON DE JESUS LANDULFO

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DO MARANHÃO - POLO BASE ARAME - ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA ANGICO TORTO

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

O trabalho de descrição do Território Sócio-cultural aqui apresentado aborda o DSEI Maranhão. Possui sede na Cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão. O DSEI está localizado na região da Amazônia Legal possuindo um território de extensão territorial de 76.013,07 km². Trata-se da sétima maior população indígena do país, conforme dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena SIASI, com 43.151 indígenas, distribuído em 20 etnias. O DSEI se distribui em 573 aldeias, 47 Unidades Básicas de Saúde Indígena, 6 Polos Base (Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca). Apresenta ainda três CASAI - Casas de Saúde do Índio, em São Luís, Imperatriz e Teresina no Piauí. O relevo do DSEI é composto por floresta amazônica com um clima bastante úmido e quente, com árvores altas e mata densa. O clima é tropical com temperaturas de 24-35 graus. A economia da região é baseada em agropecuária, contudo os indígenas trabalham com agricultura familiar, de subsistência, caça, pesca, artesanatos. O território recorte foi a Aldeia Angico Torto. A mesma apresenta uma população de 2000 indígenas, que padecem de infra estrutura relacionada a estradas precárias, falta de saneamento nas aldeias, e outros problemas. Dentre os principais problemas de saúde destaque para as verminoses, parasitoses, doenças crônicas, doenças dermatológicas, doenças respiratórias, entre outras. Este trabalho contempla ações realizadas com a comunidade no intuito de conter o número de positivos para verminoses e parasitoses, e incluem ações de educação em saúde, visitas domiciliares, distribuição de hipoclorito, e demais ações que de fato diminua o número de casos de verminoses e parasitoses na região. Como considerações finais apresenta-se os benefícios trazidos a partir da implantação destas ações a população do território.

Palavras-chave:

Promoção da Saúde. Saúde Indígena. Território Sociocultural. Vulnerabilidade.

APRESENTAÇÃO

Nasci no ano de 1986 na pequena e modesta cidade de Itaetê, região da Chapada Diamantina na Bahia, filho de uma família humilde e trabalhadora, cujo objetivo sempre fora que os filhos pudessem estudar e adquirir conhecimento. Sou o segundo filho dos três que tiveram meus pais. Sempre muito trabalhadores e honestos nos incentivaram e apoiaram os filhos nos estudos. Eles viajavam periodicamente e nos deixavam a cargo dos nossos avós e minha tia, a qual era professora e nos presenteava com livros infantis, despertando assim o espírito da leitura em nossas vidas.

Nos mudamos de cidade algumas vezes, porém sempre pela mesma região baiana. Essas mudanças eram de certa forma dolorosa para uma criança acostumada com seus amigos, mas foram cruciais para meu processo de adaptação futura e na idade adulta às diversas situações e meios que a vida me impôs. Aos 14 anos fui para a cidade de Feira de Santana onde cursei o Ensino Médio. Inicialmente tive as dificuldades culturais de uma transição abrupta de região, porém consegui ao longo do tempo suprimir e me adaptar.

Ao completar 15 anos meus pais me deram a oportunidade de juntamente com minha irmã mais velha irmos continuar nossos estudos na cidade de Feira de Santana. Minha irmã, a filha mais aplicada nos estudos da família, conseguiu bolsa de estudos por mérito de sua nota no vestibular em fisioterapia, na Universidade Católica de Salvador. Vindo morar comigo a minha irmã mais nova, que tinha já alcançado idade para continuar seus estudos além da nossa pequena cidade natal. Prestei vestibular para o curso de licenciatura em história, na Universidade Estadual de Feira de Santana, obtendo êxito no certame.

No ano de 2007 iniciei esse curso que iria mudar minha visão de mundo, curso que aprendi a ter muita admiração e afeto. Infelizmente não consegui concluir o curso por motivos pessoais, os quais me levaram a retornar à minha cidade de origem. Durante esse período lecionei em algumas escolas, o que foi uma experiência impactante para mim. Particpei de uma seleção para bolsa monitoria do Núcleo de Investigações Transdisciplinares, onde tive a oportunidade de me relacionar com pessoas de diversos campos do conhecimento. Onde tive o meu primeiro contato com os povos indígenas da Bahia, tivemos encontros periódicos com os povos Tuxá, Kiriri e Tupinambá.

Um dos momentos mais emblemáticos foi à participação no ritual Kiriri chamado Toré, em Mirandela, Ribeira do Pombal. No ano de 2009 fui a Belém do Pará participar do Fórum Social Mundial, lá participei da oficina acerca do movimento cocaleiro boliviano e tive o primeiro contato com os povos indígenas da Bolívia. Posteriormente, por problemas familiares e pessoais tive que trancar o curso e retornar à cidade de Itaetê. Apesar de inconcluso, foi uma experiência indescritível fazer parte do curso de Licenciatura em História da Universidade Estadual de Feira de Santana, onde fiz grandes amizades, dos quais ainda uma se perdura apesar do tempo e das distâncias.

No ano de 2011 tomei a decisão de juntamente com minha companheira irmos estudar medicina na cidade de Cochabamba, Bolívia. Ao chegar nos deparamos com algumas situações que demoramos um pouco para nos adaptar como o frio, a altitude elevada e a cultura e comida local. Passado os primeiros meses de adaptação, a vida ficou mais fluida e tranquila. Realizamos nossos estudos na Universidade Técnica Privada Cosmos. No país andino da cidade de Cochabamba onde foi nosso barco nessa jornada por longos sete anos de lutas. Aprendi a cultura local, a valorizar o diferente, a ver o outro com o olhar menos julgador e a respeitar as diferenças culturais, concomitantemente com a faculdade de medicina que era em período integral, eu trabalhava alguns dias da semana durante a madrugada, de segurança e futuramente promovendo eventos para brasileiros, no intuito de complementar a renda.

Tal fato perdurou até o sétimo semestre, quando ficou inviável conciliar as duas atividades. A cidade de Cochabamba tem em sua maioria populacional pessoas da etnia indígena Quechua. Ao longo dos anos, fui aprendendo hábitos e costumes deles, além de algumas palavras e pequenas frases de sua língua. Isso foi primordial durante meu internato hospitalar e no serviço rural obrigatório que prestamos ao final da carreira para o governo boliviano. Eu e minha companheira fizemos tanto o internato quanto o serviço rural na região denominada "Valle Alto de Cochabamba". Fui uma experiência única e que levarei para o resto da vida, conviver inserido na cultura Quechua. Nas localidades de Tarata e Cliza deixei amigos e pacientes que acredito eu jamais os "olvidaré".

Durante esse período descobri que muitas das vezes a linguagem mais importante entre médico e paciente nem sempre é a falada e sim a sensibilidade e o tato ao abordar cada ser humano, e acima de tudo, o respeito. Ao retornar ao Brasil no ano de 2018, ansiosos e esperançosos de fazer a prova do Revalida, tivemos nossas

expectativas frustradas pela não realização da prova pelo governo federal. Apesar de tal fato não parei de me capacitar e realizei o Módulo Básico de ultrassonografia no Instituto Cetrus, na Vila Mariana, em São Paulo. De retorno à Bahia, fomos agraciados com a abertura do edital dos Mais Médicos Para o Brasil e no momento da seleção das vagas disponíveis escolhi o DSEI Maranhão, pois a minha primeira escolha seria o DSEI Bahia, porém suas vagas já haviam se esgotado.

Após o curso de capacitação em Brasília e São Luís, cheguei à cidade de Barra do Corda, Polo Base Indígena onde eu seria alocado. Atualmente, também curso a especialização em Saúde Indígena e estou iniciando a pós graduação em Gestão em Saúde pelo Instituto Albert Einstein. Portanto, ao longo do tempo no Programa Mais Médicos trabalhei com o Povo Indígena Guajajara, inicialmente na região da Terra Indígena Lagoa Cumprida, Polo Base de Barra do Corda. Atualmente, estou na Terra Indígena Araribóia, Polo Base de Arame, todos compreendidos pelo DSEI Maranhão. Contudo, me sinto cada vez mais desafiado por um Sistema que teria tudo para ser perfeito em sua teoria (o SUS). Onde existem momentos de alegrias e momentos de tristeza. A distância dos grandes centros faz com que exista uma carência grande por serviços de maior complexidade.

Em nosso território atuamos no limite de nossas condições físicas e mentais. E para isso que estamos na nobre profissão, onde existe desafios a serem superados. Quando não é possível superá-los, há que se adaptar. No atual cenário pandêmico em que vivemos neste ano de 2020, os desafios foram extremos e cansativos. Fui acometido pelo SARS COV 2 e isso nos primeiros meses de disseminação da doença, onde não tínhamos nenhum suporte local, nem informações mais apuradas e precisas acerca da doença. A minha companheira também foi infectada. Ambos tivemos o desafio de sermos uns dos primeiros da comunidade a sentir o peso da doença. Durante esse período, estávamos correndo contra o tempo para tentar 'blindar' a população indígena local, sobretudo as aldeias próximas as regiões de população não indígena. Ouve êxito parcial nas ações. Muitas dificuldades materiais. Inúmeras. Fizemos o humanamente possível.

A aspiração que possuo em relação a saúde indígena é de que os recursos cheguem ao meu local de atuação, através de uma assistência farmacológica mais adequada e adaptada para esses povos, que possamos ter um alojamento adequado para a equipe de saúde, fora do ambiente de trabalho, o que torna extremamente insalubre o meio. Que exista menos demagogia por partes políticas e mais ação em promover meios para as equipes atuarem de forma adequada, e que exista uma parceria por parte do município local em atender os pacientes encaminhados para a emergência sem preconceitos, e com a realização de encaminhamentos necessários, visando o bem estar dessa população. Finalizo este capítulo ressaltando que o trabalho na saúde indígena é considerado primordial, pois sem ele não teria como se ter uma visão crítica de uma especialidade que muito tem nos ajudado. A vivência na comunidade indígena e o trabalho nos proporciona uma abrangência de temas para aprofundar, discutir e explorar visando a melhoria de nossas condutas e pelo bem estar da população assistida.

Entender na prática o que lemos e correlacionar com o dia a dia é oportunidade única e que deve ser aproveitada ao máximo possível. Espero concluir o curso de especialização em Saúde Indígena com êxito. Após essa conclusão espero poder continuar a estudar e aprofundando meus conhecimentos.

Apresenta-se a figura 01 com atendimentos:

Figura 01. Atendimentos no DSEI Maranhão



Foto: Acervo pessoal, 2020;

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O DSEI Maranhão tem sua sede na Cidade de São Luís, capital do Maranhão, localizado na região da Amazônia legal possuindo um território de extensão territorial de 76.013,07 km². Concentra a sétima maior população indígena do país, conforme dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena SIASI, com 43.151 indígenas, distribuído em 20 etnias, e operacionaliza suas ações através de seis Polos Bases com funções técnicas administrativas que são: Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca. Possui ainda três casas de saúde do índio - CASAI, em São Luís, Imperatriz e Teresina no Piauí (MARANHÃO, 2013).

Abrange um total de 20 municípios, sendo algumas das etnias, que pertencem a este território: Guajajara, Gavião, Awá-Guajá, Urubu-Kaapor, Krikati, Kanela e Timbira, que pertencem aos troncos linguísticos Macro-jê e Tupi. Toda essa região se compreende dentro da Amazônia Legal, situados em uma zona de transição entre cerrado e floresta amazônica, criando assim um ecossistema singular (MARANHÃO, 2013).

Há no DSEI 47 UBSI - Unidade Básica de Saúde Indígena, que estão situadas nas 573 aldeias deste espaço sanitário. Algumas dessas terras são atravessadas por estradas asfaltadas federais ou estaduais, impactando diretamente na vida e no cotidiano desses povos. O exemplo mais emblemático do estado é a BR 226 que corta ao meio a terra Indígena Canabrava, da etnia Guajajara, compreendida entre os municípios de Grajaú e Barra do Corda (BRASIL, 2020).

O contato constante com os viajantes e os constantes problemas advindos desse contato tão estreito, ao longo dos anos criou um clima de animosidade na Região, principalmente na cidade de Barra do Corda, onde a pequena porém expressiva parcela da população tem preconceito com os indígenas de modo geral.

Com uma cultura voltada à caça e pesca e diminuição gradativa dessas fontes de alimentos por questões territoriais e investidas em seu território, muitas crianças da população indígena Guajajara apresenta desnutrição crônica ou subnutrição. Agravando assim seu estado de saúde quando são acometidas por alguma doença. Tal fato só será resolvido com uma intervenção do estado para por meio de técnicos que tenham a sensibilidade de inserir a agricultura familiar de forma mais expressiva no cotidiano da etnia.

O relevo da região é constituído pela floresta amazônica com um clima bastante úmido e quente, com arvores alta e mata densa. No território onde atuo, há uma estimativa de dois mil indígenas, pois existem muitas famílias Nômades na região. A Terra Indígena Araribóia, é compreendida pelo município de Arame, com um total de seis mil indígenas da Etnia Guajajara e Awá Guajá, sendo sua etnia predominante o Guajajara (MARANHÃO, 2013).

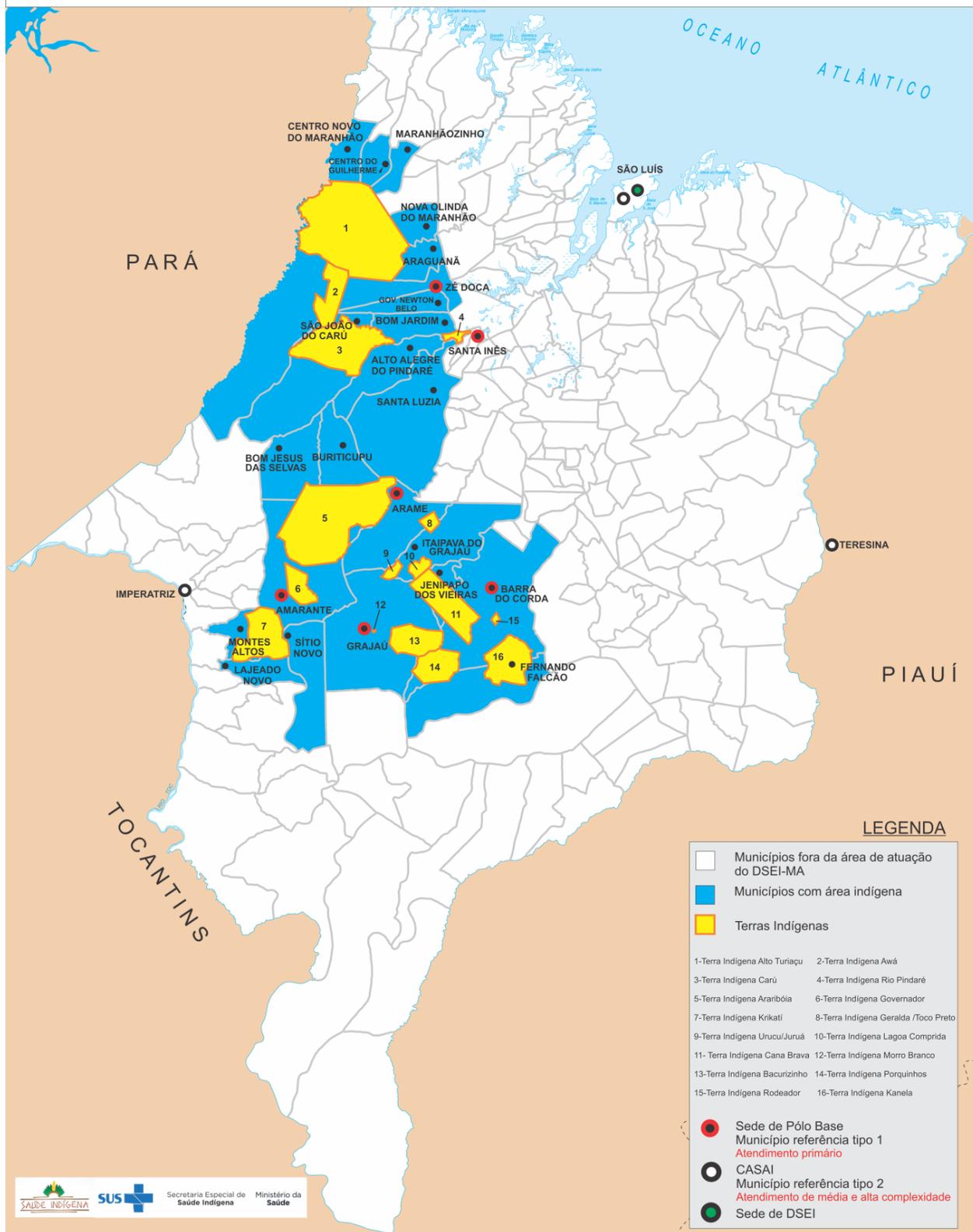
Em nossa região a população não indígena exerce como meio de atividades econômicas a pecuária, agricultura e o comércio. E os indígenas exercem a agricultura e a caça em pequena escala, muitos vivem também de vendas de artesanato e programas de Governo Federal. Sendo comum o plantio de mandioca, milho, arroz, abóbora, melancia, feijão, fava, inhame, cará, gergelim, amendoim. Na estação seca eles a broca, derrubada, queimada, coivara e limpeza, enquanto de novembro a fevereiro se faz o plantio e as capinas.

A infraestrutura da região é precária, onde há uma estrada a MA 006. E adentrando as aldeias são estradas vicinais de má conservação e perigosas, que na maioria das vezes se faz necessário o uso de veículos com tração 4x4 para percorrer o caminho e chegar seguro.

Ilustra-se para conhecimento na Figura 02 o Mapa do Distrito Sanitário Especial indígena do Maranhão:

Figura 2. Distrito Sanitário Especial indígena do Maranhão:

MAPA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO MARANHÃO



Fonte: Cartografia DSEI MA/2013.

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

O DSEI Maranhão abrange o interior e sudoeste do estado, localizado na capital São Luís. No ano de 1998 através do Diretor do Departamento de Operações da FUNASA, fora realizada uma parceria com a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) através do Mestrado em Saúde e Ambiente a elaboração e realização em conjunto de um projeto de distritalização dos serviços de saúde para os povos indígenas de todo o estado, onde haveria apoio com recursos da Companhia Vale do Rio Doce (MARANHÃO, 2013).

Sendo concluído o projeto no mês de fevereiro e intitulada “Distrito Sanitário dos Povos Indígenas do Maranhão: projeto de implantação”. Onde se formalizou e detalhou na data de 28 de agosto de 1999, com o Decreto n. 3.156 da Presidência da República, a estrutura e a inserção dos DSEIs no âmbito das Coordenações Regionais da FUNASA. Assim foi criado o Distrito Sanitário especial Indígena do Maranhão (BRASIL, 1999).

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: Participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução; Avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena (MARANHÃO, 2013).

De acordo com 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 (BRASIL, 1999).

A organização política dos indígenas de nossa área se dá em torno de uma figura política em cada aldeia, o cacique. O qual nem sempre é o mais velho, porém é um cargo passado por via hereditária. São múltiplas aldeias. Cada uma tem o seu cacique local e com sua organização.

Em relação aos serviços de saúde aos indígenas, se faz através da nossa equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Indígena existente na aldeia, onde é nossa base de atuação e alojamento. De lá, nós saímos para atender as outras aldeias no entorno dessas comunidades.

Compreende um total de 33 aldeias. Organizamos-nos da forma com que se possa aproveitar o máximo possível de cada deslocamento do veículo que fica à disposição desse território (caminhonete 4x4). Atuamos como determina as diretrizes do PMM com a atenção primária de saúde, porém em alguns momentos realizamos atenção de emergência e urgência durante o período em que aguardamos os meios de locomoção para enviar o paciente ao hospital municipal local.

Em nosso território há apenas 01 equipe de EMSIs, composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 5 técnicos de enfermagem, 3 agentes indígenas de saúde(AIS) e 2 motoristas.

Ainda falando sobre o controle social, o mesmo é desenvolvido pelo CONDISI Maranhão.

Apresenta em sua composição (de acordo com o ministério Público federal), Alexandre Parreira Guimarães - Coordenador. Demais Membros: Emerson Kalif Siqueira, Fernanda Alves de Oliveira, Daniela Lopes de Faria, Gustavo Kenner Alcântara, Thiago Cunha de Almeida. Sua atuação é ser o órgão responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões (MPF, 2020)

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:

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;

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.

O Condisi é composto por: 50% de representantes dos usuários; 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena; e 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena.

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: Participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução; Avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

De acordo com 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 (BRASIL, 1999).

O DSEI Maranhão é composto por seis Polos Base sendo eles: Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca, consta também três casas de saúde do índio (CASAI), em São Luis, Imperatriz e Teresina no Piauí. O Polo Base de Amarante possui 72 aldeias com população de 6.706 indígenas (MARANHÃO, 2013).

O Polo Base de Arame possui 62 aldeias com população de 5.315 indígenas. O Polo Base de Barra do Corda possui 129 aldeias com população de 12.119 indígenas. O Polo Base de Grajaú possui 106 aldeias com população de 8.363 indígenas. O Polo Base de Santa Inês possui 25 aldeias com população de 1.886 indígenas. O Polo Base de Zé Doca possui 22 aldeias com população de 1.165 indígenas. Totalizando 424 aldeias e 36.060 indígenas distribuídos em todo o DSEI Maranhão.

Ademais, há três casas de saúde do índio (CASAI), em São Luis, Imperatriz e Teresina no

Piauí. As quais abrangem todo o território do DSEI. O polo Base Amarante situado no município de Amarante do Maranhão possui quatro Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

O polo Base Arame com sede no município de Arame possui três Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O Polo Base Barra do Corda com sede no município de Barra do Corda possui sete Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena-(EMSI). O Polo Base Grajaú com sede no município de Grajaú possui seis Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O Polo Base Santa Inês com sede no município de Santa Inês possui duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O Polo Base Zé Doca com sede no município de Zé Doca possui duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena(EMSI). Totalizando 28 EMSI.

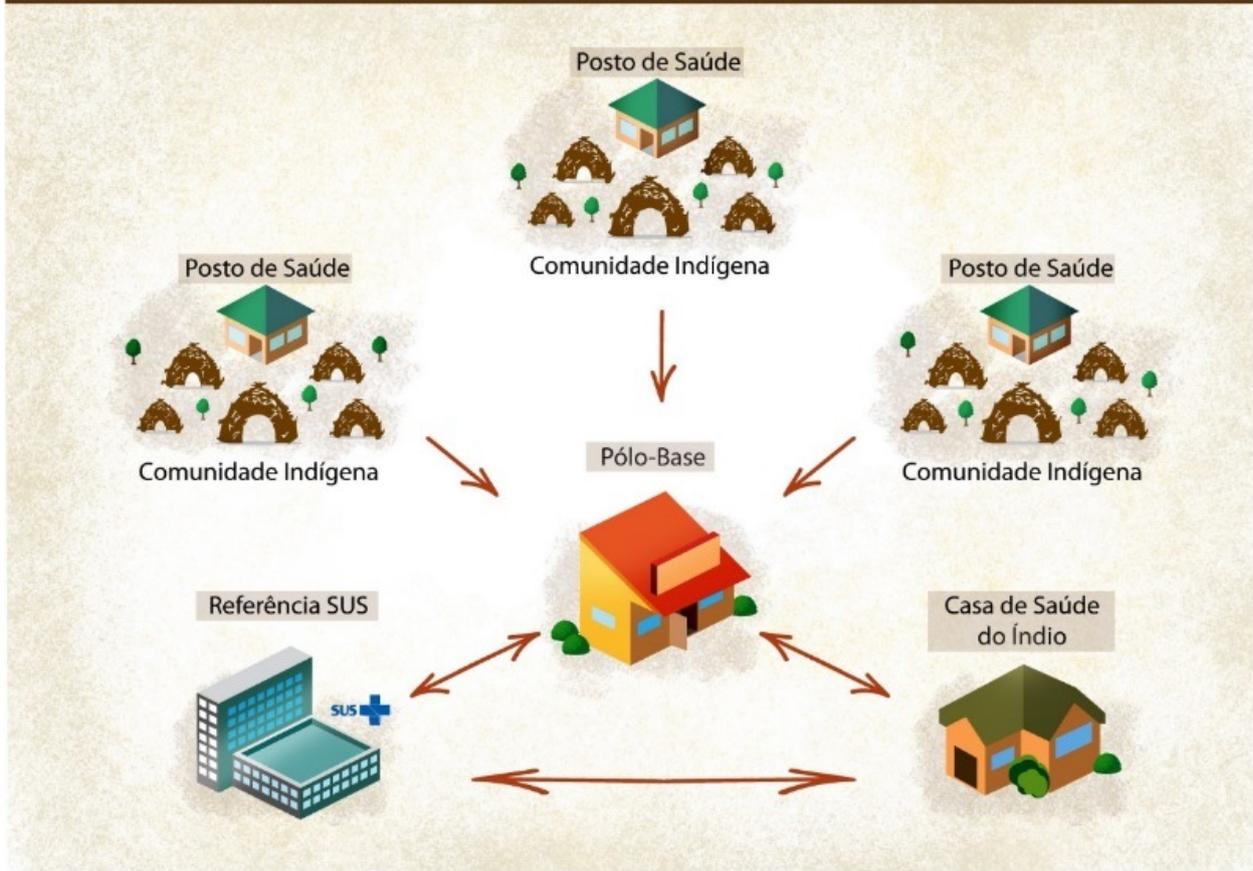
A articulação com as redes de atenção à saúde municipal e hospitais de referência municipais é em Amarante o Hospital Municipal São Jose De Ribamar, em Arame o Hospital Municipal De Arame, Hospital Santa Neusa Ltda., Hospital São Francisco De Assis, ambos em Grajaú. No Polo Base de Barra do Corda consta o Hospital Materno Infantil, Hospital Acrisio Figueira. Grajaú o Hospital Santa Neusa Ltda e Hospital São Francisco De Assis.

Em Santa Inês o Hospital Municipal De Alto Alegre. Hospital Adroaldo Alves Matos. Hospital Municipal Thomaz Martins. Em Zé Doca a Casa De Saúde E Maternidade Afonso Barros, Hospital São Francisco, Hospital SESP De Zé Doca.

Apresenta-se Figura 3 a organização do DSEI e modelo Assistencial:

Figura 3. organização do DSEI e modelo Assistencial

Organização do DSEI e Modelo Assistencial

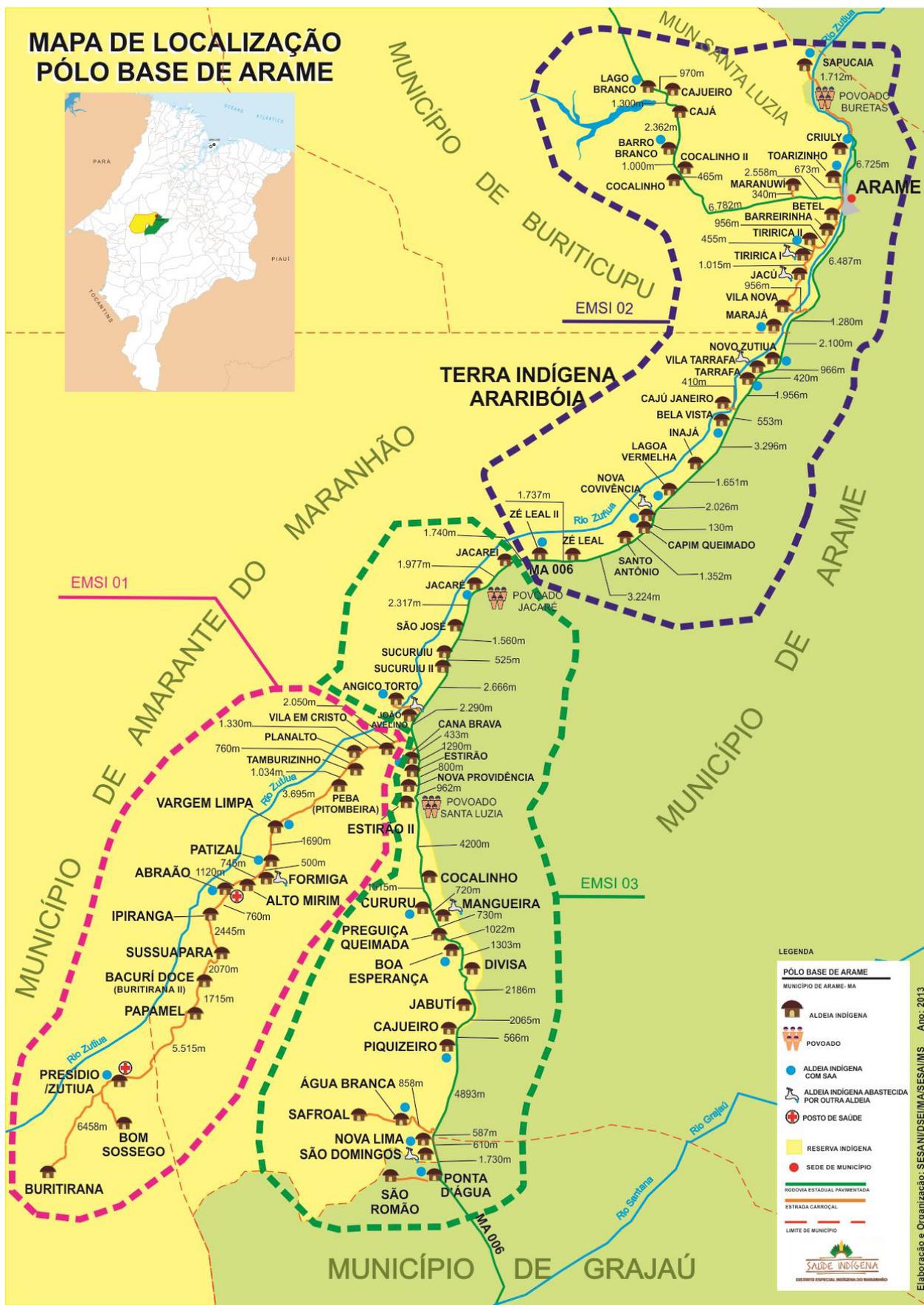


Fonte:Ministério da saúde. Nascimento, 2017

É oportuno apresentar o mapa de localização do polo onde desenvolve-se as ações:

Figura 4. Mapa de Localização do Polo Base de Arame Maranhão:

MAPA DE LOCALIZAÇÃO PÓLO BASE DE ARAME



LEGENDA

PÓLO BASE DE ARAME

MUNICÍPIO DE ARAME-MA

- ALDEIA INDÍGENA
- POVOADO
- ALDEIA INDÍGENA COM SAA
- ALDEIA INDÍGENA ABASTECIDA POR OUTRA ALDEIA
- POSTO DE SAÚDE
- RESERVA INDÍGENA
- SEDE DE MUNICÍPIO
- ROCOVA ESTADUAL PAVIMENTADA
- ESTRADA CARROÇAL
- LIMITE DE MUNICÍPIO

SAÚDE INDÍGENA
DEPARTAMENTO ESPECIAL, SECRETARIA DO MARANHÃO

Elaboração e Organização: SESA/NDSE/IMA/SESA/IMS Ano: 2013

Fonte: MARANHÃO, 2013.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Fora escolhido como território recorte à área de abrangência da UBS Angico Torto. Pois, conforme a vivência no dia a dia com outras etnias que atuei ao longo de minha trajetória profissional, tive a oportunidade de conviver com outra população indígena como na Bolívia com o Quéchuas da região Andina, e agora no Brasil, com os Guajajara da Floresta Amazônica maranhense, onde pude perceber que a parasitose é muito recorrente entre eles. Sobretudo por hábitos e costumes, como o de andar descalço, banhar-se em rios e lagos, e conviverem com cães e suínos, entre outros predisõem esta população a verminoses e parasitoses. Ressalta-se que existe uma predominância maior em pacientes pediátricos, que são acometidos por escabiose, amebíase e larva migrans cutâneas (LMC) predominantemente.

Concluindo, que o principal problema é o impacto causado na população assistida (Verminoses e Parasitoses). As crianças têm seu crescimento e desenvolvimento afetado devido à alta incidência de parasitas e um acometimento muito recorrente dos mesmos. Há dificuldades em implementar os tratamentos pois a adesão nem sempre é favorável. Na escabiose, por exemplo, que é necessária uma higienização das roupas pessoais do paciente e de seu local de repouso (a rede), todavia mesmo com as orientações muitos não procedem.

Isso aumenta as recidivas dos quadros, levando a um círculo vicioso de tratamento farmacológico e medidas higiênicas inadequadas. Acredita-se que esta condição possa estar intimamente relacionada aos hábitos da população em andar descalços, consumir água de má qualidade, higiene precária, que certamente impacta na grande quantidade de casos de verminoses e parasitoses entre este povo.

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

Neste capítulo falaremos sobre os principais aspectos socioeconômicos do território recorte para a implementação do projeto. A população em geral vive economicamente dependente dos recursos de programas governamentais. Há poucas exceções (MARANHÃO, 2013). Predomina a falta de recurso pecuniário. Os medicamentos que dispomos através do DSEI e polo base são o que a população pode ter acesso, e nem sempre chega os medicamentos de forma plena. Parte da população entrega seus cartões magnéticos que são a via de recebimento dos provimentos governamentais a alguns comerciantes locais, e ficam dependentes dessas pessoas.

A agricultura e pecuária são exercidas em pequena escala e em poucas aldeias e a confecção de artesanato para fins comerciais não existe nesse território, esta é uma realidade. Falando sobre qualidade da água, energia elétrica e internet neste território, pode-se dizer que na maioria das aldeias a água consumida passa por um processo químico com cloro e outros agentes para se tornar potável, todas as casas possuem energia elétrica e o acesso a internet existe em aproximadamente 20% das aldeias compreendidas pelo território da UBS Angico Torto.

Muitos dos membros do território consomem águas que não são consideradas de boa qualidade. Além disso há o problema da higiene, do andar descalços, que certamente traz consigo importantes fatores que corroboram com a condição encontrada relacionada as verminoses e parasitoses. Em nosso território temos uma população de dois mil indígenas, ou seja media de 400 famílias. Com a predominância de etnia Guajajara, uma população essencialmente coletora e caçadora, com pouco feitiço à agricultura, pecuária e comércio como já citado.

Os indígenas desta região habitam em casa simples, a maioria feita de taipa coberta de palha e as outras de alvenaria coberta de telha de cerâmica. Em relação à educação em nossa área indígena existem seis escolas de ensino médio e fundamental. De maneira geral o contato com o branco se deu há muitos anos da etnia Guajajara com uma história longa e muito singular, sendo o primeiro contato em 1615 as margens do rio Pindaré, com alguns conflitos. Atualmente a relação atual com a sociedade nacional é pacífica e harmoniosa, chegando a ter muitos casais interculturais. Pois, em nosso território não existe conflito de convivência. Contudo é sabido que logo no início os colonizadores tiveram problemas. Na atualidade o processo de demarcação pacificou bastante a situação, e praticamente não se vê conflitos na região.

Houve alguns casos esparsos, como o da Terra Indígena Arariboia no Maranhão vem sofrendo com os madeireiros, e fazendeiros no início de 2019, onde os indígenas denunciaram a invasão e o loteamento de partes da terra indígena, portanto sem fiscalização necessária, devido os cortes orçamentários da Fundação Nacional do Índio (Funai), eles vêm organizando grupos de Guardiões da Floresta para assim fiscalizar o território e afastar invasores indesejáveis. A agricultura exercida no território não é suficiente para suprir as demandas de toda a população. Há uma dependência explícita do município local e de seus comércios de gêneros alimentícios e de higiene na área urbana.

Quanto às práticas tradicionais de atenção à saúde: autocuidado, prevenção de doenças e

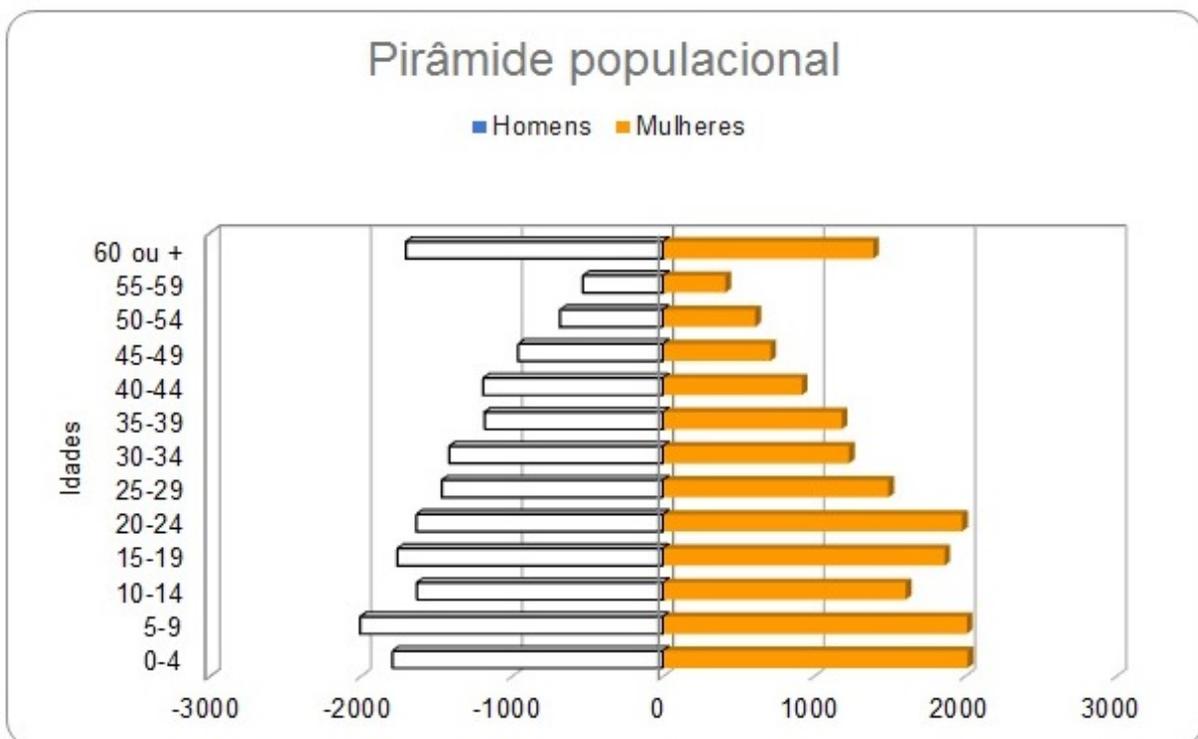
cura no território há um Page de maior importância local em relação aos outros o Sr Abraão Guajajara, pessoa de muito bom trato e convívio, e com ele temos uma convivência bastante harmoniosa e tranquila. Entretanto, os Pajés em nosso território é quem administram a cura através de seus rituais xamânicos, invocando e incorporando sempre os seres da natureza que estão ao redor. Nossa a articulação e relação entre os especialistas tradicionais e os profissionais de saúde é de um convívio de inteira harmonia e respeito recíproco. Ouvimos e respeitamos o conhecimento ancestral tradicional e eles nos ouvem e nos respeitam da mesma forma. Nossa relação sempre foi pautada em respeitar os saberes ancestrais e medicinais tradicionais Guajajara.

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

O território recorte onde foram coletados os dados populacionais dizem respeito a aldeia da UBS Angico torto, na Aldeia Angico Torto.

Segundo o levantamento epidemiológico de dados do DSEI a pirâmide etária populacional se apresenta da seguinte forma:

Figura 5. Pirâmide etária



Fonte: dados da equipe de saúde, 2020.

O primeiro dado a ser apresentado é o coeficiente de mortalidade infantil CMI (menores de 01 ano) igual, que neste caso foi de 66,67 por 1000 nascidos vivos (considerado extremamente alto, segundo padrões da OMS) necessitando de medidas voltadas ao pré-natal e puerpério que possam diminuir estes números. Já o CMI Neonatal (nº de óbitos de crianças menores de 28 dias) foi de 33,33 por 1000 nascidos vivos. E o CMI pós-neonatal (nº de óbitos de crianças maior ou igual a 28 dias e menores de 01 ano) de 22,22 por 1000 nascidos vivos (considerado na média).

Quanto ao Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), a Taxa de Natalidade e Taxa de fecundidade da população do território recorte apresenta-se da seguinte forma: CMG igual 4,44 por 1000 indivíduos (considerado bom), e a Taxa de natalidade igual 20,64 por 1000 indivíduos (também considerada dentro das médias nacionais). Já a Taxa de fecundidade é igual a 7,33%.

No que diz respeito a cobertura do Câncer de Colo de Útero, que representa a divisão do nº de mulheres entre 25 e 64 anos que fizeram exame de citologia oncológica de colo uterino pelo

nº total de mulheres entre 25 e 64 anos atingiu-se 35,64% das mulheres indígenas (relativamente baixo, visto que o Ministério da Saúde recomenda 80% de cobertura). É preciso implementar no território ações que melhorem esta cobertura e adesão das mulheres em idade suscetível ao exame a realizá-lo.

O Coeficiente de Prevalência e Incidência de Tuberculose foi de 33 por 100.000 indivíduos. Já a Incidência de Tuberculose (pulmonares e extra-pulmonares) foi igual a 39 casos por 100.000 indivíduos. A prevalência de COVID 19 foi de 1245, correspondendo a 3,73 % da população indígena do território.

A prevalência de diabetes é de 7,53%, de Hipertensão Arterial Sistêmica de 7,66% e de obesidade em adultos de 14,79%, e 10% e cáries entre indivíduos menores de 12 anos.

As principais doenças do território adscrito são Doenças Dermatológicas (785), Doenças Orto Musculares (575), Doenças Respiratórias (2013), Doenças do Aparelho Gastrointestinal (632), Hanseníase (38), Leishmaniose (01), Pé diabético (28), Retinopatia (160), Verminoses e Parasitoses (2055), Tuberculose (10), HAS (1584), DM (1556), Transtornos Mentais e comportamentais (547), Doenças de olho e anexos (70), Doenças do Sistema Nervoso (208). Estes dados dizem respeito ao DSEI e foram fornecidos pelo próprio.

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

Parasitose é realmente um problema em nosso território, pois impacta negativamente na saúde da população assistida. As crianças tem seu desenvolvimento retardado entre outras repercussões clínicas no âmbito pediátrico.

Aos adultos a incapacidade de exercer as atividades diárias quando se encontram em quadros agudos de diarreia por exemplo. O acometimento nessa área ocorre devido e múltiplos fatores que vão desde a água contaminada e falta de adoção de alguns hábitos de higiene. Percebe-se ainda que hábitos como andar descalços em meios que existe fezes de cães, gatos e suínos, banho de rio e igarapé, e ingestão de água contaminada são os principais fatores.

Ao realizar um levantamento no território percebeu-se que em 100 consultas pelo menos 35 apresentam positividade para verminoses e parasitoses. Estes valores correspondem ao levantamento realizado no território recorte relacionado aos indígenas de etnia Guajajara são acometidas por tal agravo.

Contudo, para o enfrentamento deste problema acredito ser necessária uma participação coesa de vários atores como população, equipe de saúde e principalmente os que estão praticamente excluídos dessas ações como com Município Local e seus órgãos de saúde, com todos seus aparatos e estrutura material. Uma abordagem antropológica do tema seria o ideal, além das atividades que devem ser promovidas periodicamente.

Neste sentido a rede de enfrentamento para o problema inclui ações desenvolvidas a nível domiciliar, a nível de educação em saúde com a população, informativos, distribuição de hipoclorito de sódio, entre outras medidas. As medidas visam diminuir a ocorrência do problema, como também orientar a população sobre quais hábitos são mais favoráveis e combatem a possibilidade de verminoses e parasitoses.

Com base nestas informações 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
Parasitoses e verminoses entre os indígenas do território	Utilização da água contaminada para consumo e higiene;	Contaminantes de distintas fontes fizeram com que as águas de rios e córregos tornassem impróprias;

Fonte: próprio autor, 2021.

Quadro 02. Plano de Soluções

ALDEIA		Polo Base	DSEI	Outros Setores
Ações Individuais	Ações coletivas			
<ul style="list-style-type: none"> - Consultas; - Visitas domiciliares; - Orientações sobre hábitos de Higiêne e gestão da água; - Uso de hipoclorito; 	Realizar reuniões com a comunidade abordando a necessidade de adoção de hábitos de higiene e gestão da água; Clorar a água; Utilizar sapatos;	Aldeia Angico Torto	MARANHÃO	EMSI

Fonte: próprio autor, 2021.

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

Em verdade as Verminoses e Parasitoses em nosso território recorte são consideradas um grande problema ,e se faz necessário a realização de ações para que se possa diminuir e ou sanar tal agravo, principalmente entre as crianças desta área.

Toda a população da área será beneficiada com a proposta educativa a ser implantada e ações realizadas em prol de se diminuir e ou sanar esta alto índice de verminoses e parasitoses entre os indígenas de nossa área.

Nosso objetivo específico é de promover e proporcionar a saúde de forma continuada a estes indígenas de etnia Guajajara. E discutir até que ponto as EMSIs podem intervir nos aspectos e hábitos de uma população. Realizando atividades educativas comunitárias em nossa Aldeia de Angico Torto e em cada uma das 33 aldeias compreendidas nesta área de abrangência.

Com apoio dos profissionais do DSEI e do município local, com matérias audiovisual para que todos possam melhor compreender as ações realizadas. Realizaremos tais ações nas aldeias na época de estiagem que se dá a partir do Mês de Maio de 2021, com o apoio: DSEI Maranhão e da Secretaria Municipal de Saúde de Arame.

Estas ações são consideradas fundamentais, principalmente pelo fato das verminoses e parasitoses serem de fato um problema de saúde pública, e uma realidade vivenciada entre esta população. Atualmente em 100 exames realizados pelo menos 35 apresentam alterações. Este quadro exige a necessidade de ações que possam mudar este cenário. Isto porque entre crianças e adultos as verminoses e parasitoses podem trazer consequências terríveis, em casos extremos chegando até a morte.

Estas ações envolverão reuniões com a comunidade, visitas domiciliares, atendimentos individuais, orientações diversas, distribuição de hipoclorito de sódio, além de orientações sobre a necessidade de higiene com os alimentos. Envolverão a equipe de saúde e os membros da comunidade.

Além disso utilizarão como recursos cartazes, folhetos e demais instrumentos que possam demonstrar o quanto é importante cuidados no sentido de prevenir as verminoses e parasitoses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O território recorte foi a Aldeia Angico torto, que apresenta uma população de cerca de 2000 indígenas, que padecem de infra estrutura, relacionada a estradas precárias, falta de saneamento nas aldeias, e outros problemas. Acerca dos principais problemas de saúde destaque para as verminoses, parasitoses, doenças crônicas, doenças dermatológicas, doenças respiratórias, entre outras. O presente trabalho contempla ações realizadas com a comunidade no intuito de conter o número de positivos para verminoses e parasitoses, e incluem ações de educação em saúde, visitas domiciliares, distribuição de hipoclorito, e demais ações que de fato diminua o número de casos de verminoses e parasitoses na região. Com base nas informações apresentadas e levantadas a respeito do território durante todo o curso acredita-se que os aspectos mais relevantes estão relacionados a descrição do território, principalmente da epidemiologia com base em ações que podem ser executadas nos dados levantados. Gostaria de ressaltar que muitas das informações solicitadas por mim e pela tutora não tiveram resposta pelo DSEI, alegando falta ou inexistência da mesma ou as que apresentaram remetia a 2013 ou 2010. Infelizmente o maior obstáculo para construção do TCC foram o levantamento de Dados, principalmente por parte do DSEI. Com relação a equipe multiprofissional a mesma possui totais condições de execução da proposta e tem aprendido muito com esta proposta. Buscaremos objetivos plausíveis para que o projeto seja executado a tempo hábil e que haja efetividade trazendo grandes benefícios a população. As potencialidades da proposta pairam nos benefícios que trarão a esta população e as fragilidades podem ser apontadas como disposição do DSEI em disponibilização de informações, fazendo com que o trabalho fosse um desafio a ser desenvolvido. A partir da aplicação destas ações haverá benefícios diversos a população, visto que as verminoses e parasitoses podem trazer consequências terríveis, principalmente para crianças e idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1999.

BRASIL. **DSEI Maranhão**. 2020. Disponível em: < <https://saudeindigena.saude.gov.br>> Acesso em 05 fev 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Senado federal, Brasília, 1999.

MARANHÃO. **Cartografia dos Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil no Distrito Sanitário Especial Indígena e dos Itinerários de Produção de Saúde nas Áreas Indígenas**. São Luis: SIASI, 2013.

MPF. Ministério Público Federal. **DSEI Maranhão: Condisi**. 2020. Disponível em: < bibliotecadigital.mpf.mp.br> Acesso em 05 fev 2020.

NASCIMENTO, Isabella. **Saúde Indígena: pontos importantes para o concurso do Ministério da Saúde**. 2017. Disponível em: < <https://blog.grancursosonline.com.br/saude-indigena-concurso-ministerio-da-saude/>> Acesso em 05 fev 2020.