



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

AMANDA PRISCILLA GARCIA

ALDEIA PAIOL DE BARRO: DESCRREVENDO E RECONHECENDO  
PARTICULARIDADES DESSE TERRITÓRIO PERTENCENTE AO DSEI INTERIOR SUL.

SÃO PAULO  
2021

AMANDA PRISCILLA GARCIA

ALDEIA PAIOL DE BARRO: DESCRREVENDO E RECONHECENDO  
PARTICULARIDADES DESSE TERRITÓRIO PERTENCENTE AO DSEI INTERIOR 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: MAURICI TADEU FERREIRA DOS SANTOS

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

O presente trabalho tem como objetivo a descrição e a construção de um diagnóstico sócio-sanitário-epidemiológico de um território em particular: A Aldeia Indígena Paiol de Barro. Três eixos sustentam essa construção:

Reconhecimento do território;

Vigilância em saúde e

Trabalho em equipe.

O objetivo dessa construção é adquirir competências antropológicas, políticas, epidemiológicas, educativas e de saúde pública, todas necessárias para uma boa atuação na saúde indígena, além de adquirir postura crítica sobre o campo de saúde indígena e capacidade de atuar na promoção e produção de saúde nesse território em particular.

A aldeia Paiol de Barro pertence ao DSEI Interior Sul, está localizada no Oeste de Santa Catarina e é parte do Polo Base de Ipuacu.

Na primeira seção são descritos aspectos físicos, demográficos e socio-ambientais do DSEI em geral. Na segunda são relatados aspectos históricos, políticos e de organização em saúde.

Na terceira seção é delimitado um território em particular, a aldeia Paiol de Barro e a partir daí nas próximas duas seções são descritos os aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos desta aldeia.

Os registros colhidos podem ser úteis para a análise de rotinas e de riscos à saúde e para a discussão junto às comunidades e equipe multidisciplinar, sobre estratégias para o enfrentamento dos mesmos.

Na última seção, como estratégia para o levantamento de problemas desse território se utiliza a rede explicativa, que além de ser um instrumento de coleta de dados, permite um monitoramento no nível operacional da equipe de saúde e conduz à melhorias dos serviços de promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças. Reconheceu-se como problema, o suicídio e problemas relacionados à saúde mental dos indivíduos desse território. Levantou-se os determinantes desse problema com participação de membros da comunidade e da equipe de profissionais de saúde e finalmente apresentou-se as ações propostas. Ações e soluções essas, propostas em conjunto, por todos os atores envolvidos.

## **Palavras-chave:**

Suicídio. Território Sociocultural. Vigilância Sanitária Ambiental. Equipe Multiprofissional. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

## **APRESENTAÇÃO**

Nasci em Curitiba em janeiro de 1981, sendo a primeira filha de um casal de jovens, de 18 e 24 anos.

Sou uma pessoa de profundas inquietações espirituais e filosóficas e amante do estudo do comportamento humano e da biologia em todos os seus âmbitos.

Fiel às minhas inquietações, iniciei minha experiência acadêmica no curso de Ciências Biológicas, logo após me mudei à Buenos Aires para estudar medicina na Universidade de Buenos Aires - UBA. Ainda em Buenos Aires me especializei em Medicina de Saúde e Comunidade e em Medicina Ayurveda.

A oportunidade de trabalhar em uma comunidade indígena veio com o Programa Mais Médicos e compreendí que seria uma excelente e instigante forma de regressar à meu meu país depois de 18 anos.

Aspiro ao trabalhar com esses povos originários aprender com a perspectiva deles de vida. Já em poucos meses de convivência aprendi que não há necessidade de se viver em um ritmo tão acelerado e que tudo pode ser mais lento e mais centrado no presente. O processo de nascer é mais leve e o de morrer menos complicado, entre outras várias particularidades. Tenho tido a oportunidade de atender aos meus pacientes de maneira holística , conhecendo já a realidade de cada um e integrando as práticas e os rituais locais no tratamento.

É para mim, de grande valor a possibilidade de estudo e pesquisa na área de Saúde Indígena.

A seguir apresento uma foto minha em companhia da técnica de enfermagem Ridiele Roque e da minha paciente em uma visita domiciliar.

Figura 1: Visita domiciliar - Aldeia Paiol de Barro



Fonte: Foto de minha própria autoria, 2019

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

A configuração do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI/ISUL), inicialmente, abrangia os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, todavia, após a Portaria 32, de 23 de maio de 2012, a configuração do DSEI/ISUL abrange hoje dois estados: Santa Catarina e Rio Grande do Sul. (PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA 2020-2023 \_ DSEI INTERIOR SUL)

No Brasil, são 34 DSEI divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas.

O DSEI/ISUL possui extensão territorial de 159.569 km<sup>2</sup>, tendo sua sede situada no município de São José/SC, na região metropolitana de Florianópolis/SC (Rua Capitão Pedro Leite, 530 -Barreiros), tendo como coordenador local o Sr Alexandre Rossetini de Andrade Costa.

São 82 os municípios com aldeias e acampamentos indígenas em sua área de abrangência.

A população do DSEI/ISUL é composta, majoritariamente, por indígenas da etnia Kaingang (78,68%), seguido por indígenas da etnia Guarani M'bya (8,29%), Xokleng (5,49%) e Guarani (5,13%). Entretanto, estão registrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), indígenas das etnias Charrua, Guarani Kaiwoá, Terena, Pataxó, Galibi, Saterê-Mauê e Xetá. (SIASI, novembro de 2019).

Santa Catarina possui 5 Polos Base situados nos municípios de São José, Araquari, José Boiteux, Ipuçu e Chapecó, cujo nome dos Polos é o mesmo do município de sede - exceção Polo Base Florianópolis, que está situado no município de São José. Assim, as áreas indígenas em Santa Catarina (SC). A população de indígenas é de 11.406 indivíduos. Essas áreas estão concentradas em 17 municípios com comunidades indígenas distribuídas em terras regularizadas, em regularização e em acampamentos, totalizando 47 aldeias e 3 acampamentos.

Os municípios com população indígena de Santa Catarina são: Abelardo Luz, Araquari, Balneário Barra do Sul, Biguaçu, Canelinha, Chapecó, Entre Rios, Garuva, Imaruí, Ipuçu, José Boiteux, Major Gercino, Palhoça, Porto União, São Francisco do Sul, Seara e Vitor Meireles.

No Rio Grande do Sul são 6 Polo Base situados nas cidades de: Passo Fundo, Tenente Portela, Porto Alegre, Barra do Ribeiro, Osório e Viamão. Os Polos Base levam os nomes das cidades onde estão situados, com exceção de Tenente Portela, cujo nome do Polo Base é Guarita. As áreas indígenas no Rio Grande do Sul (RS). A população de indígenas é de 27.539 indivíduos. Essas áreas concentradas em 65 municípios com comunidades indígenas distribuídas em terra regularizadas, em regularização e em acampamentos totalizando 128 aldeias e 16 acampamentos.

Os municípios com população indígenas desse estado são: Água Santa, Barra do Ribeiro; Benjamin Constant do Sul; Bento Gonçalves; Caçapava do Sul; Cachoeira do Sul; Cacique Doble; Camaquã; Canguçu; Capivari do Sul; Caraá; Carazinho; Charqueadas; Charrua; Constantina; Cristal; Cruzeiro do Sul; Eldorado do Sul; Engenho Velho; Erebangó; Erechim; Erval Seco; Estrela; Estrela Velha; Farroupilha; Faxinalzinho; Gentil; Gramado dos Loureiros; Guaíba; Ibiraiaras; Iraí; Lajeado; Lajeado do Bugre; Liberato Salzano; Maquiné; Mariana Pimentel; Mato Castelhano; Muliterno; Nonoai; Osório; Palmares do Sul; Passo Fundo; Pelotas; Planalto; Porto Alegre; Redentora; Rio dos Índios; Rio Grande; Riozinho; Rodeio Bonito; Ronda Alta; Salto do Jacuí; Santa Maria; Santo Ângelo; São Leopoldo; São Miguel das Missões; São Valério do Sul; Sertão; Tabai; Tenente Portela; Terra de Areia; Torres; Três Palmeiras; Viamão e Vicente Dutra.

O clima da região do DSEI Interior Sul é o subtropical e sofre a ação de frequentes massas de ar polar que atuam com mais intensidade no inverno. As estações são bem definidas com temperaturas altas no verão e bastante baixas no inverno, geadas costumam ser bem frequentes nesse período. O índice de chuvas é alto por todo o ano.

A vegetação da região é a Mata Atlântica com presença de Araucárias. A Mata de Araucária foi devastada em grande parte entre 1915 a 1960 devido à grande procura por madeira e falta de fiscalização dos órgãos competentes. A Mata Atlântica em geral foi devastada pela marcha do povoamento e prática da agricultura e pecuária.

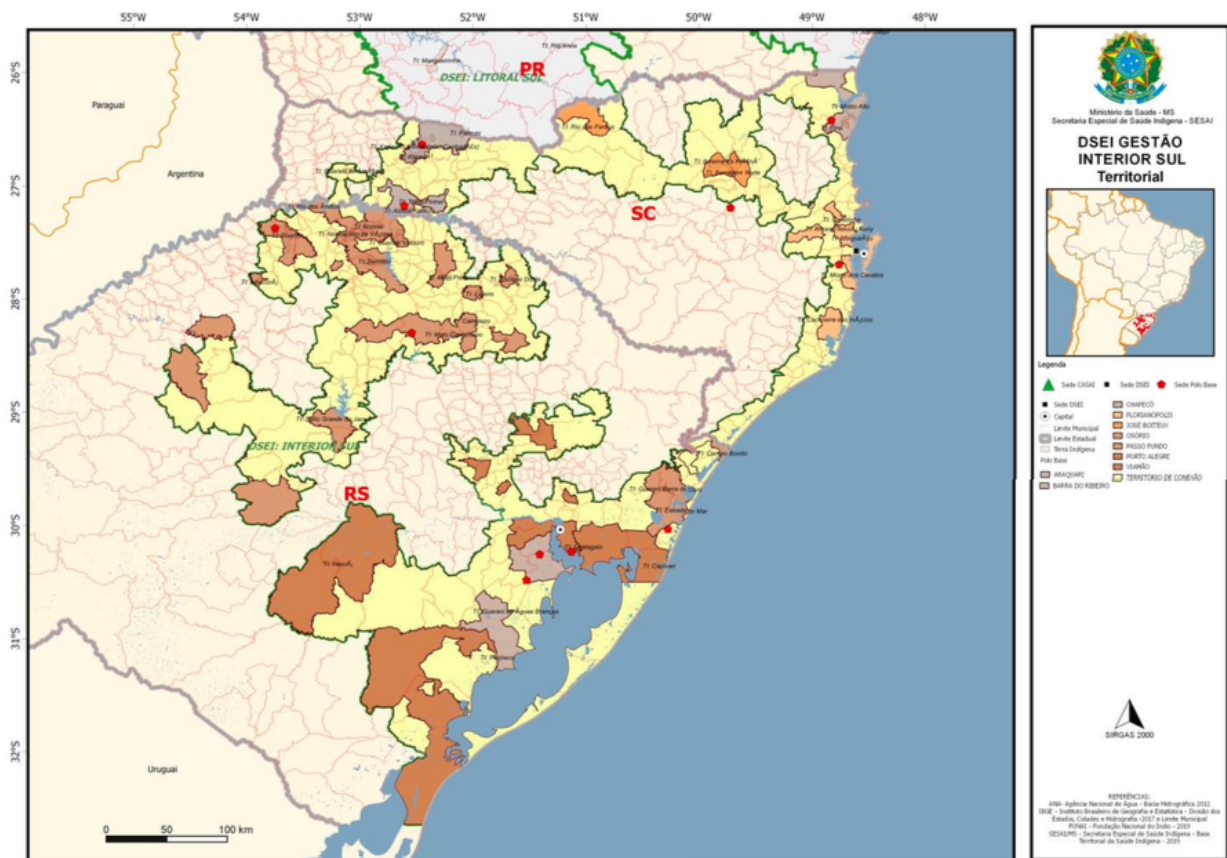
O relevo é composto pelo Planalto Meridional, com rochas sedimentares, arenitos e basaltos (o basalto se faz evidente na coloração vermelha intensa da terra do oeste do território). Ao sul da região do DSEI encontram-se os campos conhecidos como pampas. A formação dos pampas tem uma vegetação característica rasteira, gramíneas dominadas pelas pradarias.

A hidrografia do território encontra-se predominantemente sobre as bacias do rio Uruguai e hidrográfica do Guaíba e é particularmente importante para a produção de energia elétrica, o território alberga várias usinas hidroelétricas e lida com o impacto ambiental, social e econômico dos alagamentos decorrentes da construção dessas usinas.

A economia dessas comunidades baseia-se na agricultura familiar e prestações de serviço com plantio de mandioca, feijão, milho, hortaliças e pomares. Se dedicam à criação de gado de leite e corte, porcos e galinhas. Os trabalhadores pertencentes ao Pólo-Base de Ipuacu por exemplo, além de dedicarem-se a agricultura familiar, trabalham em grande número em frigoríficos instalados nas cidades próximas à aldeia.

A seguir o mapa do DSEI Interior Sul, em seguida os mapas correspondentes às Bacias Hidrográficas dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, mapa Relevo - Região Sul, e Mapa Clima- Região Sul.

Figura 2. Mapa do DSEI Interior Sul, 2019.



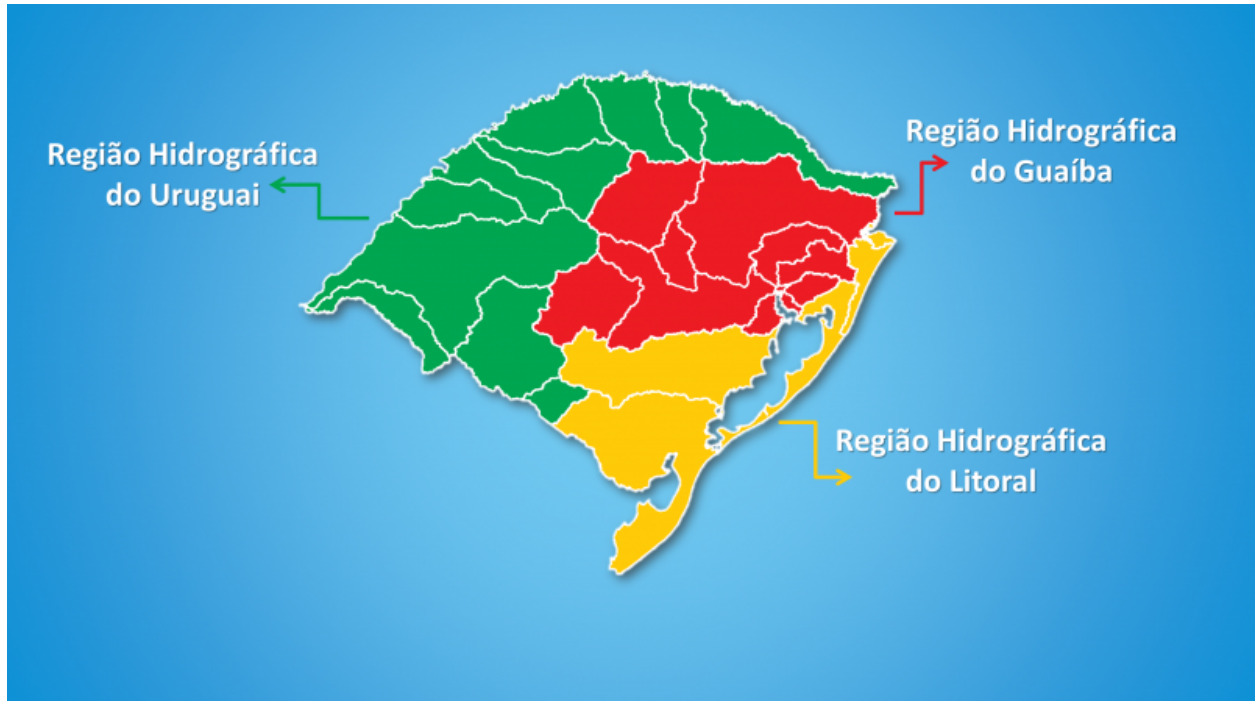
Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 -2023 \_ DSEI INTERIOR SUL

Figura 3. Mapa da bacia hidrográfica do Estado de Santa Catarina.



Fonte: <https://www.sema.rs.gov.br/bacias-hidrograficas>

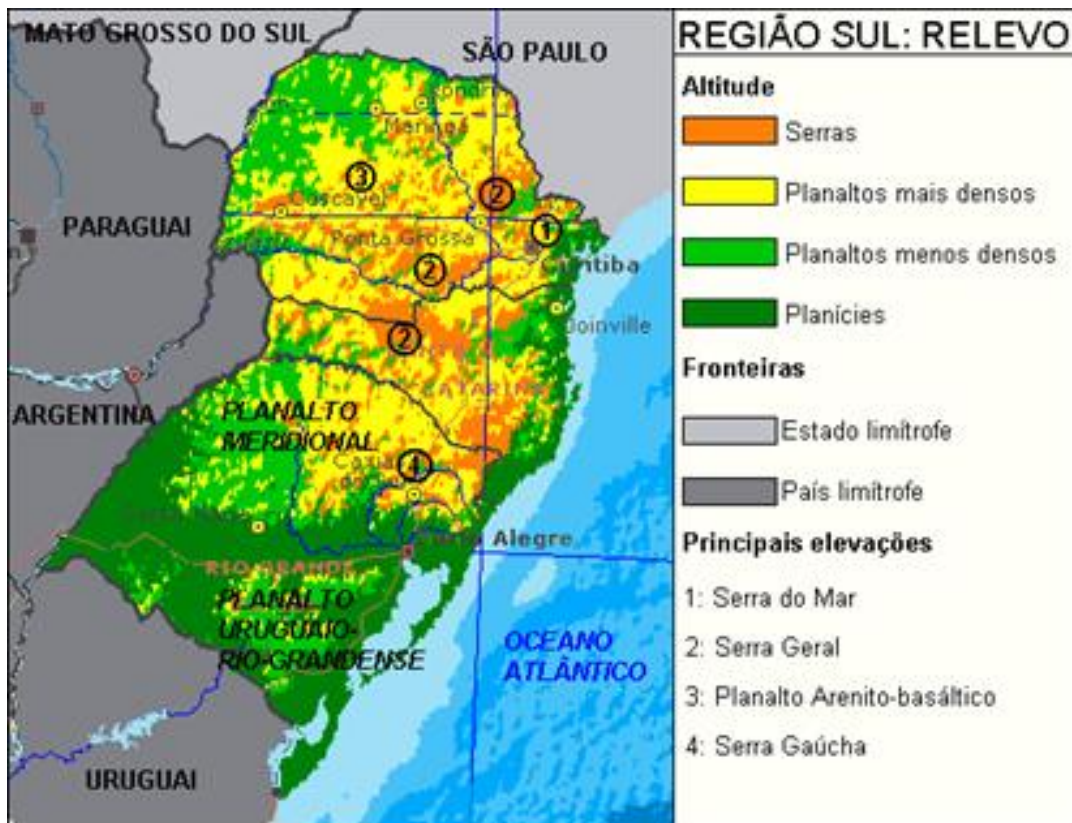
Figura 4. Mapa da bacia hidrográfica do Estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: <https://www.sema.rs.gov.br/bacias-hidrograficas>

Figura 5. Mapa do relevo da Região Sul





Fonte: [https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul\\_relevoclima.php](https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul_relevoclima.php)

Figura 6. Mapa - Clima da Região Sul.



Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Mapa\\_clima\\_Regiao\\_Sul.gif](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Mapa_clima_Regiao_Sul.gif)



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

Os **Distritos Sanitários Especiais Indígenas(DSEI)** são unidades de responsabilidade sanitária federal correspondentes a uma ou mais terras indígenas criadas pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999, também conhecida como *Lei Arouca*, devido à atuação do Deputado Sergio Arouca na sua aprovação.

A Lei Arouca alterou a Lei Nº 8.080/90, criando no Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizando-o em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Essa lei cria o relacionamento entre o subsistema de saúde e os órgãos responsáveis pela política indigenista; permite uma atuação complementar por parte dos estados, municípios e organizações não governamentais; determina a necessidade de diferenciação na organização do SUS para atender às especificidades da atenção intercultural em saúde, recuperando o princípio de equidade das ações de saúde; possibilita a representação indígena no Conselho Nacional de Saúde, nos conselhos estaduais e municipais; estabelece o financiamento no âmbito da União para os DSEI; adota uma concepção de saúde integral e diferenciada; aplica os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização ao subsistema de saúde indígena.

A partir de 1999 foram organizados no Brasil 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas ficando a execução da atenção à saúde indígena sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, braço executivo do Ministério da Saúde no Brasil.

Em 2011, a responsabilidade pela saúde indígena passa à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão vinculado diretamente ao Ministério da Saúde. FONTE: Desai/Funasa/MS, 2003.

### **ATUAÇÃO DO CONDISI**

Por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, ocorre a participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde. No 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).

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. Integrados ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), os conselhos de saúde indígena estão organizados em:

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:

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:

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.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena terá a seguinte estrutura organizacional:

I - Plenária;

II - Presidência e Vice-Presidência;

III - Secretaria Executiva;

IV - Comissões

#### MANDATO

A Presidência e a Vice-Presidência serão exercidas por Conselheiros Indígenas eleitos para tal dentre os demais membros do Condisi:

I - A eleição do Presidente e Vice-Presidente do Condisi deverá ocorrer na reunião ordinária anterior ao término do mandato;

II - O mandato do Presidente e Vice-Presidente será de 2 (dois) anos, com direito a 1 (uma) reeleição, por igual período;

III - O mandato dos Conselheiros (usuário, trabalhador, gestor ou prestador) terá duração de 2 (dois) anos, podendo estes serem reconduzidos, mediante aprovação em ata de seus respectivos Conselhos Locais, instituições ou representações;

IV - Os membros do Condisi tomam posse perante o Presidente do Conselho, e o Presidente e Vice-Presidente perante o Chefe do Distrito, mediante assinatura de termo de posse em livro próprio; V - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do Conselho deve ser avaliada como impedimento da representação do segmento;

VI - É vedada a participação de representantes de cargos eletivos (Prefeito, Vice-Prefeito e Vereador), Legislativo e do Judiciário nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes, conforme disposto na Resolução no 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena - Condisi deverá fazer gestões junto ao Dsei para que seja assegurada dotação orçamentária e financeira anual e no Plano Distrital de Saúde Indígena, com a finalidade de viabilizar as ações de controle social no âmbito do Dsei.

#### ORGANIZAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA INTERIOR SUL (DSEI ISUL)

O DSEI ISUL tem sede no município de São José, Santa Catarina, sendo gerido por um coordenador distrital, auxiliado pelos chefes nomeados dos setores obedecendo ao organograma estabelecido pela Secretária de Saúde Indígena - SESAI, onde são assessorados pelos profissionais de saúde Responsáveis Técnicos (RT's) pelos programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS).

A configuração do DSEI Interior Sul abrange os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com a população atual, segundo informações do SIASI, mês de referência novembro de 2019, de 38.945 indígenas aldeados representando as etnias Kaingang, Guarani, Xokleng, Charrua e Xetá distribuídos em 11 Polos Base,

O Polo Base é uma subdivisão territorial do DSEI, sendo base para as equipes organizarem técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita, conforme a Portaria no 1.801 de 9 novembro de 2015, Arto, 4, a. Podem estar localizados em uma comunidade indígena (Polo Base Tipo I), neste caso correspondendo a uma unidade básica de saúde e sede administrativa ou ainda em um município de referência, somente como sede administrativa e de apoio as EMSI (Polo Base Tipo II). Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe, além de prestar assistência à saúde no âmbito da atenção básica, realiza capacitação e supervisão dos AIS.

No Estado de Santa Catarina há 5 (cinco) Polos Base, situados nos Municípios de São José, Araquari, José Boiteux, Ipuçu e Chapecó, cujo nome dos Polos Base é o mesmo do município sede - exceção do Polo Base Florianópolis, que está situado no município de São José. Estes atendem há uma população de aproximadamente 10 mil indígenas

No Estado do Rio Grande do Sul são 6 (seis) os Polos Base e estão situados nas cidades de: Passo Fundo, Tenente Portela, Porto Alegre, Barra do Ribeiro, Osório e Viamão. Os Polos Base levam os nomes das cidades onde estão situados, com exceção do Polo Base Guarita que fica localizado no município de Tenente Portela.

Dos 11 (onze) Polos Base do DSEI ISUL, somente o Polo Base de Barra do Ribeiro é um Polo Base do Tipo I, ou seja, é uma sede administrativa e de assistência situado no município de Barra do Ribeiro, no Rio Grande do Sul. Os demais Polos Base são do Tipo II e caracterizam-se por representarem somente a sede administrativa das equipes de saúde que prestam assistência à comunidade indígena da sua área de abrangência.

O DSEI Interior Sul não possui CASAI, utiliza como referencia a CASAI de Curitiba-PR.

#### ATENÇÃO BÁSICA E FLUXO DE ATENDIMENTO NA SAÚDE INDÍGENA

O atendimento à saúde de forma complementar, baseia-se na necessidade da presença contínua das Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) nos Polos Base e aldeias a fim de garantir o desenvolvimento dos programas de saúde e a assistência permanente às comunidades.

Os indivíduos e suas respectivas famílias são atendidos no modelo da atenção básica do Ministério da Saúde pelas EMSI's que são compostas por Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Médico Clínico Geral. A assistência é prestada por meio de programação mensal prévia nas aldeias, pois a depender do local não há equipe multidisciplinar diariamente. Estas equipes podem ser fixas, isto é, realizam atendimento diariamente na mesma comunidade ou podem ser volantes sendo que trabalham por meio de programação para realizar atendimento distribuído a uma determinada população dentro do período mensal.

As demandas que superam a capacidade de resolução no nível de Atenção Básica do Polo Base são resolvidas de acordo com a realidade local:

Serviço especializado na sede do próprio município ou município mais próximo;

Hospital local de pequeno porte com baixa complexidade e resolução; Hospital regional de médio porte com média complexidade e resolução; Hospital geral/especializado de grande porte em alta complexidade e resolução.

A rede de referência, com localização geográfica definida, está articulada com o Polo Base, opera de forma integrada e obedece aos mecanismos de referência e contra referência de pacientes e informações.

Uma vez realizado o atendimento básico e caso seja necessário referenciar os pacientes para os serviços de média ou alta complexidade, cabe a EMSI fazer a solicitação ao Polo Base para que haja o encaminhamento à rede de referência conforme pactuado com os gestores municipais além de manter o acompanhamento da situação de saúde e/ou evolução do paciente e o acompanhamento na rede de regulação. Em relação aos encaminhamentos, a EMSI/Polo Base não tem autonomia de fazer remanejamento ou solicitação de ajustes, visto que depende do sistema de regulação do SUS (SISREG) que é o responsável por dar o devido andamento no processo.

O primeiro contato do paciente é com o agente indígena de saúde (AIS) que é residente na aldeia e que por meio das visitas domiciliares verifica a necessidade dos indivíduos e os conduz para o atendimento com a EMSI, seja encaminhando-os para o atendimento ou levando a EMSI até os indivíduos.

A segunda referência para o atendimento são as unidades básicas de saúde indígena (UBSI) ou as casas de apoio localizadas nas aldeias. As UBSI são dotadas de equipamentos básicos para atendimento e podem ficar aos cuidados do técnico de enfermagem naqueles locais onde não há equipe fixa e sob responsabilidade do enfermeiro da EMSI. As casas de apoio são locais cedidos pela comunidade para que os profissionais da saúde realizem o atendimento necessário naquelas aldeias onde não há UBSI. Estas não são dotadas de infraestrutura e são usadas pelas EMSI volantes para o atendimento a comunidade das aldeias e acampamentos indígenas. As UBSI que estão localizadas em aldeias com quantitativo populacional pequeno, caracterizam-se por difícil acesso ou ainda locais onde há necessidade de desenvolver ações e assistência continuada pela vulnerabilidade ou susceptibilidade daquela comunidade à determinados agravos e que não possuem uma rotina de atendimento diário de EMSI completa, mantem-se apenas o AIS ou o Técnico de Enfermagem para atendimento contínuo.

Além das categorias profissionais citadas acima, existem alguns Polos Base que possuem profissionais especializados que complementam a EMSI e tem como principal função, realizar o matriciamento junto à mesma, bem como fortalecer a rede de referência local. As categorias profissionais que complementam as EMSI são: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicólogo, de modo que a composição da equipe vai depender do perfil epidemiológico e das necessidades de saúde e acesso e complexidade de serviços.

#### EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA (EMSI)

Cada profissional da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena desempenha papel primordial na consolidação dos princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde, não só “pelo grande quantitativo de profissionais atuantes na Atenção Básica, mas também pela diversidade de ações e atividades desenvolvidas” (TURCI, 2008)

A Enfermagem destaca-se por sua importância na assistência à saúde da população indígena, sendo a maior categoria profissional da área da saúde e desenvolvendo ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família Indígena (ESFI) ou também chamada de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). A Enfermagem é a ciência fundamentada na promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da população. Conforme o Decreto no 94.406/87 que regulamenta a Lei 7.498 de 1986, os profissionais de enfermagem são os enfermeiros, os técnicos em enfermagem, os auxiliares em enfermagem, e as parteiras.

O enfermeiro desenvolve atividades de nível superior, o técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio, conforme (COFEN, 1987).

A elaboração deste Regimento Interno de Enfermagem baseia-se na Lei nº 7.498/86 e Decreto Lei 94.406/87, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem; Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e nos Protocolos Assistenciais e código de ética e regulamentação do exercício profissional da medicina (CFM, resolução no 1931/2009).

## COMPOSIÇÃO

Os profissionais que compõe a equipe de Enfermagem estão assim classificados:

- ◆ Enfermeiro
- ◆ Técnico de Enfermagem

Conforme estabelecido na PORTARIA No 2.656, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007 do Ministério da Saúde.

Os profissionais que compõe a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena estão assim classificados:

- ◆ Enfermeiro
- ◆ Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem
- ◆ Médico
- ◆ Agente Indígena de Saúde
- ◆ Cirurgião Dentista
- ◆ Auxiliar de Saúde Bucal

Os profissionais que compõe a Equipe Complementar Multidisciplinar de Saúde Indígena estão assim classificados:

- ◆ Psicólogo
- ◆ Nutricionista
- ◆ Assistente Social
- ◆ Farmacêutico.





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

Descrição da aldeia Paiol de Barro – etnia Kaingang

Escolhi a aldeia Paiol de Barro pela proximidade que tenho com a população desse território, que hoje conta com 594 indígenas. Apesar de trabalhar no atendimento de cinco aldeias no total, tive mais identificação pessoal e envolvimento com essa comunidade. É nela que se localiza a Unidade Básica de Saúde Indígena onde trabalho três vezes por semana.

Pela maior permanência na aldeia acredito ter um entendimento mais profundo da dinâmica da população e aspectos subjetivos do processo saúde-doença que podem auxiliar no meu entendimento da epidemiologia local e os fenômenos e aspectos associados.

Acredito que farei uma interpretação mais fundamentada dos dados socioantropológicos e culturais, além dos epidemiológicos.

Somem a isso meu interesse em desenvolver um objetivo específico: entender o elevado índice de suicídio (e tentativas não concretizadas) nesse território em particular. Explanar sobre possíveis determinantes do problema detectado e propor um plano de ação para o enfrentamento dessa problemática e de outras no âmbito da saúde mental.

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

A aldeia Paiol de Barro é uma das 16 aldeias que conformam a Terra Indígena Xaçecó, que tem uma extensão de 15.623 hectares e abrange os municípios de Ipuacu e Entre Rios. Foi homologada em 1991 e tem aproximadamente 7000 habitantes. A população da aldeia Paiol de Barro pertence a etnia Kaingang.

O povo Kaingang vive atualmente em 30 terras indígenas distribuídas em quatro estados ( SP, PR, SC e RS), que representa somente uma pequena parte do seu território original.

A história de contato da etnia em geral teve início no final do século XVIII e se efetivou realmente no começo do século XIX.

Os Kaingang da região oeste de Santa Catarina tiveram suas terras invadidas por camponeses mais amplamente na década de 1940. Naquele então, os camponeses eram incentivados pelos governantes a vencer a natureza. Vencer a natureza significava não apenas desflorestar, mas dominar os índios e suprimir a cultura indígena que era vista como não produtiva e atrasada em geral. (BRIGHUENTI, 2012, P.75).

A disputa pelas terras e pelo poder local foram registradas em uma manifestação liderada por camponeses em Chapecó já em 1985, eles eram contra a demarcação de terras indígenas e exibiam cartazes com a frase: INDIO NA TERRA: MATA VIRGEM. COLONO NA TERRA: MATA A FOME. (BRIGHUENTI, 2012, P.75)

A outra etnia presente na Terra Indígena Xaçecó é a Guarani. No início do século passado eram eles que ocupavam o território que hoje se denomina Aldeia Paiol de Barro. Os Kaingangs chegaram na região e foram ocupando gradualmente o local. A ocupação teria sido sem conflitos mas a etnia Guaraní preferiu migrar à alguns km da região (aproximadamente 7 Km) na que hoje se denomina aldeia Limeira, que é exclusiva da etnia Guarani.

A língua Kaingang pertence à família je, do tronco macro-je e foram identificados 5 dialetos, com diferenças mais evidentes fonológicas. Na aldeia Paiol de Barro a população inteira é bilingue, sendo que os mais novos tem preferência pelo idioma Português.

Em relação ao modelo de sociedade, são caracterizados com sociedades sociocêntricas e dualistas, apresentando um sistema de metades Kamé e Kairu. (princípio de exogamia, quem pertence à metade Kamé se casa com os da metade Kairu entre outras diversas particularidades). Apesar de ter conhecimento desse modelo de sociedade, atualmente ele não é exercido no território em questão. "Coisa dos mais antigos," dizem eles.

Atualmente o que se mantém é a concepção de descendência : ser Kaingang significa ser filho de pai Kaingang. Os que tem pai "branco"ou não índio, são considerados mestiços e os que são fruto de relações interétnicas são considerados misturados. Casais onde um dos dois não é indígena só pode habitar a aldeia se o homem é indígena. Se a índia se casa com "branco" deve morar na cidade.

### **DADOS POPULACIONAIS DO TERRITÓRIO RECORTE**

A Aldeia Paiol de Barro pertence ao município de Entre Rios e possui uma população de 694 pessoas. São aproximadamente 80 famílias que vivem atualmente em 193 casas.

Para chegar à aldeia é necessário deslocar-se 7 km do município em estrada de chão.

Figura 7: Acesso à aldeia Paiol de Barro



Fonte: Arquivo pessoal. 2020

Figura 8: Placa que demarca a entrada em Terras Indígenas do município de Entre Rios, SC.



Fonte: Arquivo pessoal. 2020

Logo após a placa, inicia o território da aldeia Paiol de Barro. As primeiras casas a serem avistadas são rodeadas de pequenas e médias roças, onde se avistam gado, porcos, galinhas, hortas e plantações.

Seguindo pela “picada” como os habitantes locais se referem à estrada passamos por casas cada vez mais próximas e com quintais menores, se assemelhando ao que chamamos de centro urbano.

Figura 9: Vista da comunidade Paiol de Barro na entrada da parte mais populosa da aldeia. Pode-se avistar a Unidade Básica de Saúde Indígena ( flecha em verde) e o colégio ( em vermelho)



Fonte: Arquivo pessoal. 2020

A Unidade Básica de Saúde Indígena (UBS Gonçalino Roque) está localizada no alto, com ampla vista para a aldeia e possui no mesmo terreno o horto medicinal e a “casinha de preparos” onde eram preparados os fitoterápicos amplamente utilizados pela população. Ao dia de hoje a casa de preparos se encontra interditada pelo Ministério Público Federal, pois foi registrada como produtora de fitoterápicos, e sendo assim necessitaria de um farmacêutico responsável. No momento a comunidade encontra-se empenhada em mudar o registro para casa de Medicina Tradicional Indígena, o que solucionaria o impasse.

|

Figura 10: UBS Gonçalino Roque, à sua esquerda se visualiza o horto medicinal, cercado e mais à frente, a Casa de Preparos em verde e branco.



Fonte: Arquivo pessoal.2020

Figura 11: Horto Medicinal



Fonte: Arquivo pessoal. 2020

A aldeia conta ainda com um colégio – Escola Indígena Paiol de Barro, que abrange os ensinios pré-escolar, fundamental e médio, uma igreja católica, quatro igrejas evangélicas, um cemitério, uma mercearia e a estrutura do antigo posto de saúde que atualmente funciona de espaço para reuniões da liderança e da comunidade em geral.

Figura 12: Igreja Católica



Fonte: Arquivo pessoal. 2020

Figura 13: Cemitério (Na ocasião, danificado pelo ciclone que atingiu o sul do Brasil dias antes do registro)



Fonte: Arquivo pessoal.2020

A seguir um mapa ilustrativo feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde Indígena e constantemente atualizado por elas. Encontra-se na parede da sala de reuniões do Posto de Saúde.

Figura 14: Mapa ilustrativo da Aldeia Paiol de Barro.

(Em Azul, a localização das igrejas, em lilás o centro comunitário, em vermelho o colégio, em verde a Unidade Básica de Saúde, em amarelo o supermercado e em cinza no canto superior direito, o cemitério. Todas as casas da aldeia estão representadas e identificadas no mapa, assim como os rios).



Fonte: Foto de arquivo pessoal.2020

Grande parte das famílias possuem horta para consumo próprio que cultivam hortaliças em geral, além de pequenas plantações de mandioca e criação de galinhas e porcos. Porém uma parte da população tem como atividade comercial a criação de gado de leite e corte e a produção agrícola.

A produção é vendida na cidade e nas aldeias.

Algumas famílias complementam a renda com a venda de artesanatos no litoral catarinense na temporada, mas atualmente são poucas.

A principal atividade remunerada exercida fora das aldeias é o trabalho nos frigoríficos da região. Vários ônibus se dirigem à aldeia em três turnos para o transporte desses trabalhadores. Se estima que a aglomeração nesses transportes foi a principal responsável pela grande contaminação pelo SARS-coV-2 (Covid-19) que afetou a

população em 2020.

Em relação às práticas de atenção e cuidado indígenas, destaco o amplo uso de chás, "garrafadas" medicinais, emplastro de argila e macerado de plantas.

Atualmente temos alguns curandeiros atuando, quatro mais especificamente, que integram rezas e benzeduras com a indicação de compostos preparados por eles. Temos o técnico de enfermagem Adilson Lemes, que se considera sábio das práticas medicinais indígenas e que manipula e indica fitoterápicos vários. Os cultos evangélicos também são amplamente procurados para as práticas de cura.

A equipe de saúde está bastante integrada com as práticas tradicionais de cuidado locais. Quando a Casa de Preparos estava em funcionamento o médico que atuava na unidade receitava vários dos preparados locais. Os pacientes se dirigiam à "casinha" com a receita em mãos. Se utilizava menos a farmácia, segundo eles.

Procuro estimular a busca pela medicina complementar como prática complementar aos tratamentos ou até mesmo como tratamento definitivo, sempre definindo pautas de alarme e colocando-me a disposição.



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

A Aldeia Paiol de Barro compreende um contingente populacional de 594 indígenas (SIASI, 2019). O que representa 1.52% da população total do DSEI Interior Sul (DSEI/ISUL).

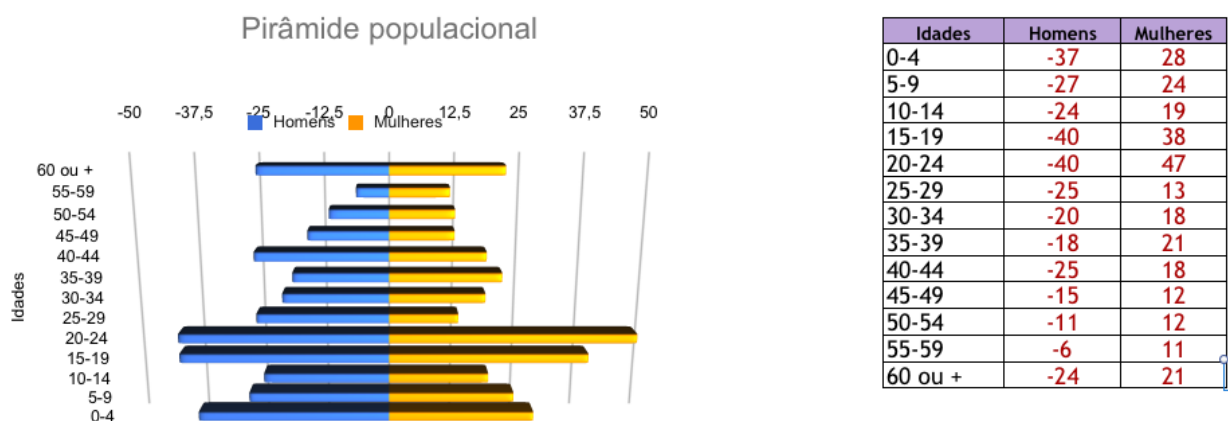
Na atual composição demográfica, para cada 100 mulheres existem 110 homens, relação aproximada com a composição do DSEI/ISUL que é de 100 mulheres para 100.3 homens.

A aldeia em questão, assim como o Brasil e o DSEI/ISUL vivencia uma transição demográfica e apresenta uma tendência ao envelhecimento da população apesar de que a maior faixa etária está compreendida entre os 20 - 24 anos. Assim como a pirâmide brasileira que também é caracterizada pelo predomínio de adultos jovens.

Apesar da pirâmide etária brasileira de 2010 caracterizar um país adulto, na Aldeia Paiol de Barro o predomínio de adultos em relação à população idosa é menos pronunciado.

Em comum entre as pirâmides, (brasileira, DSEI Interior Sul e da aldeia Paiol de Barro) se observa a mudança de perfil epidemiológico populacional, que deve-se à diminuição da natalidade ao longo do tempo que se soma a uma redução das taxas de mortalidade. Mudanças essas associadas à melhora na qualidade de vida em geral.

Figura 15: Pirâmide sexo-etária da população da aldeia Paiol de Barro



Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 -2023 \_ DSEI INTERIOR SUL

Outros indicadores em comparação com o DSEI Interior Sul: (Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 -2023 \_ DSEI INTERIOR SUL)

Proporção de menores de 5 anos da população: 10,94 % (DSEI/ISUL: 12,27%)

Proporção de idosos : 7.57% (DSEI/ISUL: 5,26%)

### DISTRIBUIÇÃO POR ETNIAS

Na aldeia Paiol de Barro, a etnia predominante é a Kaingang, com 578 indivíduos dos 594 habitantes. No DSEI/ISUL essa etnia corresponde a 79,30% do total da população.

Conta-se também com 1 indivíduo da etnia Jeripankó e com 15 indivíduos não-indígenas.

#### TAXA DE NATALIDADE

A taxa de natalidade da aldeia no período de 2019 foi de 31,99 por 1000 indivíduos, bem superior a taxa brasileira de 2015 que foi de 14,16/1000 habitantes, o que indica um maior crescimento da população local em relação ao nacional. Calcula-se dividindo o número de nascidos vivos no período de um ano com a população geral.

A taxa de natalidade brasileira vem diminuindo substancialmente ao longo dos últimos anos. Era de 20,28 / 1000 habitantes em 2001.

#### TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL

A Taxa de Fecundidade está relacionada com o número de mulheres em idade fértil e mostra a capacidade de geração de filhos em uma população. Calcula-se dividindo o número de nascidos vivos no período de um ano pelo número de mulheres de 15 a 49 anos. O resultado multiplica-se por 100.

No ano de 2019, correspondeu na aldeia a 11.38%, dado pronunciadamente maior se comparado ao da população brasileira em geral, que em 2015 correspondeu a 1,72%. A taxa de fecundidade brasileira vem diminuindo nos últimos anos, no ano 2000 era de 2,39%.

#### COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL (CMG)

Corresponde ao número de óbitos na aldeia em 2019 pelo número total de população multiplicados por mil.

Na Aldeia Paiol de Barro esse valor corresponde à 8,42 por 1000 indivíduos.

O coeficiente de mortalidade geral representa o risco de morte por todas as causas em uma população em um dado local e período. O CMG da aldeia é superior ao brasileiro em 2015 que é de 6,08 por mil habitantes.

#### TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL

No Brasil a taxa correspondente aos anos 1991/2000 foi de 1,63. (IBGE.Censo Demográfico de 1991/2000)

#### PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE

##### TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMI) é um indicador clássico, utilizado para avaliação das condições de saúde de uma população. É composto usualmente de dois componentes:

CMI Neonatal (CMINeo) e CMI Pós-Neonatal (CMIPós-Neo).

O CMI na Aldeia Paiol de Barro em 2019 foi de 52,63 por 1000 nascidos vivos. Desse dado, parte o componente CMINeo que foi de 52,63 por 1000 nascidos vivos e o CMIPós-Neo que foi de 0.

Segundo a Organização Mundial de Saúde , o CMI da aldeia em questão é classificado como sendo alto, ou seja, superior a 50 óbitos por 1000 crianças nascidas vivas.

O óbito do neonato em questão foi de causa infecciosa, logo evitável, em uma gravidez gemelar com parto prematuro (26 semanas de gestação).

#### TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA

O cálculo da mortalidade na infância se obtém com a relação de óbitos em menores de 5 anos com nascidos vivos de um determinado lugar multiplicados por 1000. A taxa na Aldeia Paiol de Barro é de 52,63.

No Brasil esse número no mesmo período de tempo foi de 14,4, valor substancialmente menor.

(Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).)

#### MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna é considerada um indicador de acesso da mulher aos cuidados de saúde e da capacidade do sistema de saúde de responder às suas necessidades.

Considera-se que a maioria pode ser evitada com atenção à saúde precoce e de qualidade.

Calcula-se com a relação de número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto ou puerpério dividido pelo número de nascidos vivos em determinado período. O valor multiplica-se por 1000.

Na aldeia, em 2019 não houve morte materna.

#### TIPO E LOCAL DE REALIZAÇÃO DE PARTOS

No ano de 2019 foram realizados na Maternidade do Hospital Regional São Paulo em Xanxerê ( hospital de referência da região) 19 partos. Deles 14 foram partos normais e 5 foram cirúrgicos. Não foram realizados partos domiciliares.

#### ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADULTOS

A Vigilância Alimentar e Nutricional está inserida no contexto da Vigilância Epidemiológica, considerada como o sistema de coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de problemas em saúde pública.

O foco das estratégias de Vigilância Alimentar e Nutricional se configura no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutrição - SISVAN, conduzido pelo Ministério da Saúde. Este é um sistema composto por uma série de indicadores de consumo, antropométricos e bioquímicos, com o objetivo de avaliar e monitorar o estado nutricional e alimentar da população brasileira.

A Vigilância Alimentar e Nutricional é um valioso instrumento de apoio às ações de promoção da saúde que o Ministério da Saúde recomenda que seja adotado pelos profissionais da área e pelos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, visando o aumento da qualidade da assistência à população. Valorizar a avaliação do estado nutricional é atitude essencial ao aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde.

O estado nutricional da população é realizado através da coleta e análise de dados antropométricos.

Na aldeia Paiol de Barro foram constatadas em crianças menores de 5 anos:

2 crianças com muito baixo peso em 2019;

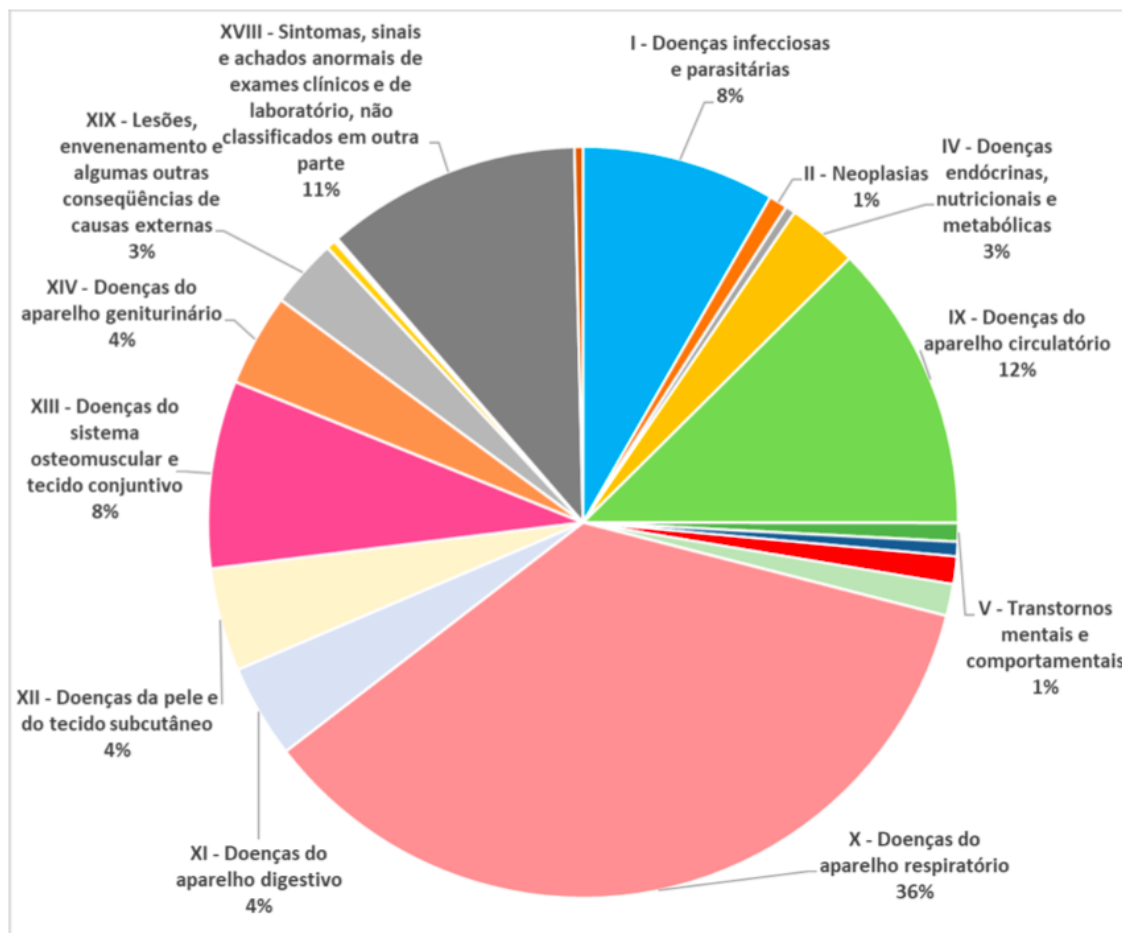
1 criança com baixo peso;

51 com peso adequados para a idade e

7 crianças com peso elevado para a idade.

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Figura 16: Distribuição da morbidade conforme CID10, no DSEI/ISUL em 2018.



Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 -2023 \_ DSEI INTERIOR SUL

Diante do contexto de transição epidemiológica que o Brasil vem passando, as comunidades indígenas vêm passando por um processo conhecido como Sobreposição Epidemiológica, que é o aumento na carga de doenças crônico-degenerativas, junto de uma manutenção das doenças infecciosas e parasitárias.

A seguir, apresenta-se a morbidade (taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada):

Doenças infecciosas e parasitárias: 75

Neoplasias: 19

Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários: 13

Doenças endócrinas e metabólicas : 50

Doenças do aparelho circulatório: 29

Transtornos mentais e comportamentais: 6

Doenças do Sistema Nervoso: 33

Doenças dos olhos e anexos: 129

Doenças do ouvido e apófise mastoide: 171

Doenças do aparelho respiratório: 38

Doenças do aparelho digestivo: 21

Doenças de pele: 164

Doenças do sistema osteomuscular: 106

Doenças do sistema genito urinário : 6

Lesões por envenenamento ou causas externas: 2

Gravidez, parto ou puerpério: 58

Afeccões do período perinatal: 14

Malformações congênitas: 19

Causas externas de morbidade e mortalidade: 1

Apresenta-se a seguir a distribuição de morbidade em ordem decrescente do DSEI/ISUL com dados coletados em 2018 a modo de análise e comparação com os dados da aldeia Paiol de Barro:Doenças do aparelho respiratório

Doenças do aparelho circulatório

Doenças infecciosas e parasitárias

Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo

Doenças da pele e do tecido subcutâneo e

Doenças do aparelho digestivo

Na aldeia Paiol de Barro foram:

Doenças de Pele

Doenças do olho e anexos

Doenças do sistema osteomuscular

Doenças infecciosas e parasitárias

Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais.

#### INDICADORES DE SANEAMENTO BÁSICO

A aldeia Paiol de Barro conta com sistema de abastecimento de água em funcionamento incluindo monitoramento mensal da qualidade da água ofertada:

Conta com destinação adequada de dejetos através de fossas sépticas;

Conta com coleta de lixo realizada pelo município a cada 3 dias somente dos resíduos da Unidade Básica, a população é instruída a separar o lixo, realizar compostagem com o lixo orgânico e comercializar os recicláveis.

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

**Problema: Suicídio no território e problemas relacionados à Saúde Mental: uso prejudicial de álcool; violências não letais; óbitos por homicídio ; tentativas de suicídio e óbitos por suicídio.**

A saúde mental repercute em tudo. O bem estar emocional repercute nas relações, tomada de decisões, qualidade do trabalho, no cuidar dos filhos e da família em geral, no cuidado da casa e na capacidade de amar e ser amado. Tem estreita relação com a qualidade de vida, do sono, da alimentação e da saúde em geral.

O indivíduo em sofrimento psíquico, ou com patologias como depressão e ansiedade está mais predisposto a distúrbios da alimentação, descompensação de doenças crônicas, ausentismo laboral, alcoolismo, tabagismo e drogadição.

Nos anos de 2019 e 2020 no território em questão, observou-se uma demanda grande da comunidade no que se refere a saúde mental. Uma porcentagem significativa da população faz uso contínuo de psicotrópicos com pouco ou nenhum acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Nesses dois anos, houve 5 tentativas de suicídio e uma consumação.

No processo de identificação de um problema de saúde ou demanda social no território da Aldeia Paiol de Barro, participaram, a população em geral (realizou-se uma pergunta em um grupo de WhatsApp da comunidade, questionando sobre qual seria o maior problema de saúde/ situação na aldeia, com quatro alternativas de respostas).

Entre elas estava: Problemas Emocionais (depressão, ansiedade, tentativas de suicídio, sofrimento psíquico, alcoolismo e todas as formas de violência).

As outras opções eram: Diabetes Mellitus (seu aumento e mudanças de hábitos alimentares como possível causa);

Hipertensão Arterial (polimedicação associada e seus possíveis riscos);

e a última: Incidência de câncer na aldeia e suas possíveis causas.

Das 42 pessoas que responderam, 34 escolheram a alternativa relacionada a "problemas emocionais" , seis escolheram a alternativa relacionada ao câncer e duas escolheram a opção sobre hipertensão arterial.

Participaram também a Técnica de Enfermagem Ridieli Roque, indígena não aldeada; Valdevino Belém, técnico de enfermagem indígena não aldeado; Adilson Lemes, técnico de enfermagem indígena aldeado; a Psicóloga do Polo Base Ipuçu, Enielga Zaniol.

Os profissionais foram questionados sobre:

\_ O problema é realmente real?

\_ Se eles consideram que houve um aumento de incidência das patologias psiquiátricas/sofrimento psíquico ou aumento no diagnóstico e reconhecimento do problema?

\_ Qual seria para eles o motivo dessa demanda no nosso território?

Todos foram taxativos ao afirmar que sim, é um problema real e que os preocupa bastante. A psicóloga e dois dos profissionais consideraram que os problemas relacionados à saúde mental dos indígenas estão em franco aumento e o técnico Valdevino, que trabalha há 38 anos como técnico de enfermagem na aldeia considera que os agravos relacionados aos problemas mentais tem diminuído. Ele relata a dificuldade que enfrentavam quando não havia equipe de saúde na aldeia. A Unidade Básica de Saúde mais perto estava a 40 km e a referência para pacientes de saúde mental era Curitiba ( aproximadamente 500 km de distancia). Segundo ele, com o diagnóstico precoce que se realiza atualmente e a disponibilidade de recursos maior, inclusive medicamentoso, há mais segurança nesse sentido e redução dos casos extremos.

Determinantes do problema:

Debateu-se com a equipe de saúde sobre os possíveis determinantes do problema e chegou-se a dois grandes grupos:

\_ Fatores psicopatológicos:

- ◆  
Abuso de substâncias, em especial do álcool;
- ◆  
Depressão
- ◆  
Psicosis
- ◆  
Sofrimento emocional
- ◆  
Sofrimento afetivo

\_ Determinantes Sociais e Políticos:

- ◆  
Desemprego
- ◆  
Disfunção familiar
- ◆  
Violência doméstica
- ◆  
Violência coletiva
- ◆  
Violência política
- ◆  
Exclusão
- ◆  
Falta de representatividade na sociedade



♦ Desigualdade social

♦

Pobreza

Segundo o Ministério da Saúde no período entre 2011 e 2015 houve 15,2 mortes por suicídio para cada 100 mil indígenas, número quase 3 vezes maior que o da população não indígena brasileira. Brancos (5,9) , pretos e pardos (4,7) e amarelos (2,4).

De acordo com dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a principal causa de suicídio no Brasil são os transtornos afetivos (cerca de 36%), como depressão e ansiedade. Em segundo lugar (23%) está a dependência de substâncias psicoativas como o álcool.

Com o objetivo de conhecer melhor os dados relacionados á saúde mental dos habitantes da aldeia estudada, foram recoletados e analisados os seguintes dados referentes aos anos de 2019 e 2020:

\_ Pacientes em uso de psicotrópicos: 49 pessoas (8,24% da população) em 2019 e 55 pessoas (9,25%) em 2020, desses 33 (5,55%) tiveram acesso a especialista psiquiatra ou neurologista;

\_ Pacientes em uso prejudicial de álcool: 79 pessoas (13,29% da população total), sendo 69 do sexo masculino (87,3% dos casos). Desses 24 (30,3% dos casos) são acompanhados por algum serviço da Rede de Atenção Psicossocial.

\_ Pacientes que foram vítimas de violências não letais: 12 pessoas em 2019 (2,02% do total da população) e 1 pessoa em 2020. Desses 13 casos, em 11 (84,6%) o agressor estava alcoolizado.

Em todos os casos, os pacientes consideraram que sua situação foi de violência e não uma pratica culturalmente aceita. Em 7 desses casos a comunidade praticou alguma ação de punição ao agressor.

\_ Óbitos por homicídio: 1 caso em 2019, sexo masculino, em via pública, com vítima e agressor alcoolizados.

\_ Tentativas de suicídio no período: 5 casos sendo que 3 deles fazia uso prejudicial de álcool. Os 5 casos com histórico pessoal de tentativas anteriores. 3 tentativas por enforcamento e 2 por intoxicação.

\_ Óbitos por suicídio: 1 caso, sexo masculino, 19 anos por enforcamento em 2019. Não fazia uso de bebidas alcoólicas. Casado.

Chegou-se a seguinte conclusão:

Houve um aumento no número de pacientes medicados de forma contínua com psicotrópicos e muitos deles estão sem acompanhamento com especialista. Faz-se necessária uma revisão individual dos casos para análise da aderência aos medicamentos, efeitos colaterais, necessidade de continuidade do tratamento entre outros. Essa análise deve ser feita em conjunto, médica da UBSI e Psicóloga do Polo Base e se necessário, encaminhamento à especialista.

Há um número expressivo de alcoólicos no território, maioria sexo masculino e somente 30,3% estão tendo algum tipo de suporte profissional.

Dos indivíduos que foram vítimas de violências não letais, em 84,6% o agressor estava alcoolizado.

Das tentativas de suicídio no período, 60% faziam uso prejudicial de álcool.

Baseado na identificação de um problema realizado com a participação da comunidade, considerado real e de importância no território no momento presente e feita a caracterização desse problema baseado nos dados registrados pelo Polo Base Ipuacu, traçou-se um plano de soluções para os problemas detectados:

Ações individuais:

Foi coordenado com a prefeitura de Entre Rios, após uma reunião para explicitar a demanda da comunidade, que todas as quintas-feiras, na UBS do município, será atendida a população indígena que está a espera de consulta psicológica. Já estão sendo atendidas 10 pessoas por semana desde a segunda quinzena de janeiro;

Convocar todas as pessoas em uso de psicotrópicos para reavaliação e acompanhamento médico dos casos, se necessário, encaminhamento à psiquiatra;

Convidar à todas as pessoas em uso indevido do álcool para avaliação médica e escuta. Se possível escuta psicológica para abordagem devida de cada caso em particular;

Investigar patologias associadas ao alcoolismo.

Acompanhamento individualizado aos pacientes com tentativa/ tentativas recorrentes de suicídio;

Os técnicos de enfermagem que conhecem toda a população se encarregarão de abordar de maneira particular cada caso através das agentes de saúde indígena e convidá-los a comparecer na unidade ou marcar uma consulta em domicílio.

Ações Coletivas:

Criação de um grupo de Terapia Grupal Cognitiva-Comportamental, de frequência se possível semanal, coordenado pela psicóloga Enielga Zaniol.

Esse modelo de terapia se desenvolve da seguinte maneira:

◆

Membros com problemas similares, de 5 a 10 por grupo;

◆

- ♦ Reforço dentro do próprio grupo;

- ♦

- ♦ Treinamento de habilidades sociais com modelos do mesmo grupo;

- ♦

- ♦ Cooparticipação de pares no processo de cura, a comunidade se empodera ao tomar conhecimento dos problemas que envolvem o grupo e ao participar ativamente do processo do outro. Há o reconhecimento nos semelhantes, a sensação de que não se está sozinho.

É aplicável em uma grande variedade de padecimentos como depressão, ansiedade, agressividade, manejo da dor, sofrimento psíquico por causas familiares, vícios, entre outros.

- ♦

- ♦ Dá ao terapeuta a oportunidade de ver o paciente colocando em prática suas habilidades sociais;

- ♦

- ♦ O grupo oferece oportunidade de aprender e aplicar condutas e cognições;

- ♦

- ♦ Os pacientes aportam feed-back, desenvolvendo habilidades de liderança;

- ♦

- ♦ Ajudando a outros pacientes, aprendem a ajudar-se a si mesmos. Altruísmo curativo (Irvin Yalom 1985)

- ♦

- ♦ Possibilidade de auto avaliação por confrontação com o grupo com relação as percepções distorcidas ou defensivas.

Criar uma agenda de palestras em escolas e centros comunitários com a participação se possível dos próprios pacientes, dando seus depoimentos.

Solicitar apoio ao Polo Base para que se possa incorporar ao grupo um terapeuta ocupacional para que seja realizado um diagnostico de situação e conduta a determinar. Com o apoio desse profissional, entre outras coisas, estimular a realização de manualidades como cestos e outras expressões artísticas indígenas locais, se possível em grupos de encontro idealizados para esse fim.

Com essa estratégia espera-se prover apoio realmente efetivo à comunidade, respondendo a demandas específicas e individualizadas. Pretende-se que esse suporte seja dado em conjunto, seja formado por uma equipe multidisciplinar e tenha a participação ativa da comunidade em questão. Que seja reproduzida ao longo do tempo ainda que com troca de equipe.

Que seja uma ferramenta a mais para a coleta de dados e planejamento de ações futuras relacionadas à saúde mental dos indivíduos da Aldeia Paiol de Barro.



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

Com base no problema detectado através da rede explicativa no capítulo seis, a equipe de saúde da Unidade Paiol de Barro se reuniu em duas ocasiões para traçar uma estratégia complementar ao plano de soluções descrito no capítulo anterior. Estratégia essa, com cunho educativo.

Nas duas reuniões somaram-se os profissionais: o novo AISAN da equipe, Sr. Sírío Pinheiro, e a nova enfermeira da equipe, Sra Natana Belino (indígena aldeada e filha do atual cacique), além de quatro Agentes de Saúde Indígena. Todos foram atualizados sobre as questões discutidas e se mostraram bastante receptivos no que se refere a participação e colaboração com o projeto.

A psicóloga do Polo Base Enielga Zaniol participou da primeira reunião de maneira remota e colaborou principalmente provendo informações sobre a complexidade da abordagem do tema suicídio.

Além do suicídio (ato consumado e tentativas) ações educativas abordarão: problemas relacionados a saúde mental em geral e uso indevido de psicotrópicos; sofrimento emocional e afetivo; uso prejudicial de álcool e violência em geral no território em questão.

As ações visam contemplar também os determinantes sociais e políticos que refletem diretamente na saúde mental dos habitantes do território.

O grupo nas duas reuniões debateu sobre qual seria o objetivo específico dessas ações educativas e chegou-se a conclusão de que o objetivo é abrir um espaço de confiança, respeito e principalmente de não julgamento para a escuta dos agentes ativos desse território: a comunidade mesma.

Além de um espaço seguro de escuta e devolutiva que participam a comunidade e os profissionais, espera-se com o projeto levar informações científicas atualizadas e baseadas em evidências, sobre os temas relacionados e fazer um comparativo com a realidade indígena local e em diferentes lugares do Brasil.

Em resumo, espera-se com essa etapa educativa levar informação de qualidade e atualizada, a medida que a comunidade se sinta a vontade para indagar sobre tais questões. Espera-se que o processo seja ativo e adaptado a demanda dos participantes em cada reunião.

A melhor estratégia encontrada, após a leitura do texto: Ações Educativas no Contexto da Saúde Indígena: Algumas Possibilidades foi a de realização de rodas de conversa em pequenos grupos, mentorados por membros da equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde Indígena.

Não serão realizadas palestras (a menos que sejam ministradas em conjunto com membros da comunidade que queiram dar depoimentos), mas será elaborado pela equipe multidisciplinar, um material de apoio aos profissionais participantes, incluídos AIS e AISAN, para irem introduzindo as informações a medida que solicitadas direta ou indiretamente nos diálogos realizados nas rodas de conversa.

Os pequenos grupos serão formados para a abordagem de temas específicos com base nos problemas encontrados na comunidade. Teremos grupos de pessoas que fazem uso indevido de álcool, se possível, agruparemos por problemática semelhante ainda que dentro da mesma temática (abordaremos o tema violência nesses grupos);

Grupos de indivíduos com tentativas recorrentes de suicídio (esses grupos sempre mentorados pela psicóloga da equipe);

Grupos de vítimas de violência doméstica;

Pessoas identificadas em sofrimento emocional e afetivo, entre eles familiares de vítimas letais do Covid-19 (já estão sendo realizados acolhimentos em domicílio, na unidade de saúde e atendimento especializado - psicológico a essas vítimas).

Grupos de pacientes em uso indevido de psicotrópicos.

O lugar determinado para essas ações será determinado a medida que se formem os grupos. Daremos preferencia para reuniões em domicilio de algum dos moradores ou pátio das casas, a determinar pela comodidade dos participantes.

Algumas das estratégias já estão sendo implementadas, porém as reuniões começarão a ser realizadas a medida que o controle da pandemia avance.

Além de prover suporte a essa população dirigido aos problemas identificados, espera-se promover auto-estima e empoderamento através do conhecimento. Conhecimento compartilhado entre as partes e não imposto. Respeitando como cada povo lida com seu processo saúde-doença e adaptado a cultura indígena.

Promovendo acesso à informação e conhecimento facilitaremos a prática do princípio da equidade em nossas comunidades. O conhecimento em sí, não resolve todas as questões inerentes a condição humana mas é uma ferramenta poderosa no exercício da liberdade de ser quem se é.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Ailton Krenak, líder indígena, ambientalista, escritor e Doutor Honoris causa pela Universidade Federal de Juiz de Fora (MG), os profissionais de saúde devem procurar conhecer profundamente o território indígena de atuação. Somente o entendimento e conhecimento real do universo daquela comunidade possibilitará o vínculo e a empatia na relação profissional de saúde - paciente.

A aldeia Paiol de Barro é a aldeia mais estruturada do município onde está inserida. O povo Kaingang que a habita é conhecido por sua fortaleza e robustez física. São hospitaleiros com a equipe de saúde porém sérios e unidos em suas causas. Esclareço que essas são observações subjetivas após um ano e dez meses de trabalho no território. Os admiro pela capacidade de trabalho e organização.

Estão constituídos majormente por uma população jovem de 20 a 29 anos apesar do grande número de idosos e vários centenários.

A população está em franco crescimento, com taxas de natalidade e fecundidade bem superiores à média brasileira. O coeficiente de mortalidade porém, é similar.

As condições de saúde em geral são boas ainda que com taxas de mortalidade infantil e mortalidade na infância altas. Isso se deveu a um óbito neonatal no período de análise. Não houve mortes maternas no período e as gestantes há anos procuram assistência hospitalar para os partos.

As crianças em geral são muito bem cuidadas e com bom estado nutricional. Os adultos devido ao processo de Sobreposição Epidemiológica, apresentam altas taxas de morbidade por doenças endócrinas e metabólicas e de doenças do aparelho circulatório. Apesar disso apresentam boa adesão em geral aos tratamentos e se encontram em sua grande maioria compensados.

A aldeia apresenta bons indicadores de saneamento básico.

Observou-se no período, uma grande demanda da comunidade por temas relacionados à saúde mental. No ano de 2019 houve cinco tentativas de suicídio e uma consumação. Sobre essa temática se realizou uma rede explicativa e traçou-se um plano de soluções para os problemas detectados, individuais e coletivas. As ações coletivas tiveram seu início postergado pelo contexto da pandemia apesar do interesse e engajamento da equipe multidisciplinar.

A equipe de saúde atuante na aldeia é altamente qualificada e apresenta um vínculo forte com a comunidade. Como fragilidade, aponto a sobrecarga de trabalho pelo reduzido número de profissionais.

Considero na finalização desse trabalho ter adquirido competências de múltiplas áreas, todas elas extremamente necessárias para uma boa atuação como médica na saúde indígena. Além disso, a análise dos dados em geral do território permitem-me a caracterização da população e de seus problemas de saúde, logo, a realização de atividades orientadas.

Foi de muito valor o entendimento mais profundo de conceitos como os de Atenção Diferenciada; Interculturalidade; Integralidade; Equidade e Interdisciplinaridade. Conceitos estes fundamentais para o entendimento global e defesa de um sistema de saúde justo e de acordo com as necessidades reais dos nossos povos indígenas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRIGHUENTI, Clovis Antonio, **O movimento indígena no oeste catarinense e sua relação com a Igreja Católica na diocese de Chapecó/SC nas décadas de 1970 e 1980**. 2012. 611 p. Pós-graduação em História - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de História, Florianópolis, 2012.

OLIVEIRA, Adilson. ALPINI ROSA, Helena. **A Educação Escolar Indígena na Escola Indígena de Ensino Fundamental Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçepó/SC**. Anais do XV Encontro Estadual de História "1964 - 2014: Memórias, Testemunhos e Estado", 11 a 14 de agosto, UFSC, Florianópolis.

PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA, DSEI INTERIOR SUL. Ministério da Saúde - Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. São José/SC, 2019. Acesso restrito.

### Infografia

BRASIL. **Portaria MS nº 1.776 de 08/09/2003**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=184950>. Acesso em abril de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 94.406/87 de 30/03/1987**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html). Acesso em junho de 2020.

### Mapas, figuras e quadros

**Bacia Hidrográfica do Rio Grande do Sul. Mapa.** Disponível em: <https://www.sema.rs.gov.br/bacias-hidrograficas>

**DSEI Interior Sul, 2019.** Mapa. Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 - 2023 \_ DSEI INTERIOR SUL

**DSEI Interior Sul, 2019.** Figuras e quadros. Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 - 2023 \_ DSEI INTERIOR SUL

**Relevo Região Sul. Mapa.** Disponível em: [https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul\\_relevoclima.php](https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul_relevoclima.php)



