



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JESEABE SANTOS OLIVEIRA

DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO E DOENÇA MAIS PREVALENTE NA POPULAÇÃO  
ADULTA, ALDEIA NOVA KARAPANATUBA, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL  
INDÍGENA RIO TAPAJÓS, BRASIL

SÃO PAULO  
2021

JESEABE SANTOS OLIVEIRA

DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO E DOENÇA MAIS PREVALENTE NA POPULAÇÃO  
ADULTA, ALDEIA NOVA KARAPANATUBA, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL  
INDÍGENA RIO TAPAJÓS, BRASIL

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

Orientação: ANABELE PIRES SANTOS

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

As doenças crônicas constituem um problema de saúde coletiva no Brasil de elevada importância, principalmente a Hipertensão, a Diabetes, as Doenças Cardiovasculares e o Acidente Vascular Cerebral, sendo a hipertrigliceridemia um dos principais fatores de risco. Diversos estudos clínicos e meta análises estabeleceram claramente a associação entre dislipidemia e aumento de risco de morte. A elevação dos níveis plasmáticos de colesterol, também o aumento de triglicérides são fatores de risco para eventos cardiovasculares, sendo esta a principal causa de morte no mundo. O Brasil acompanha este fenômeno internacional. A distribuição desigual das doenças crônico-degenerativas tem sido atribuída aos diferentes graus de transformação social em diversas populações. Estudos internacionais em populações indígenas submetidas a mudanças em seus estilos de vida têm mostrado prevalências elevadas de hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovasculares. Estudos com populações indígenas têm demonstrado a ocorrência de aumento das doenças cardiovasculares, de diabetes e de transtornos mentais em razão do processo de crise de identidade cultural e de mudanças de hábitos, ressaltando-se os alimentares. Embora nessas populações venha sendo cada vez mais frequente a detecção de mudanças comportamentais e de casos de doenças crônicas após o contato com a população não-indígena, é ainda comum a coexistência de padrão epidemiológico composto por doenças infectocontagiosas e carenciais. Observa-se a um alto índice de casos de hipertrigliceridemia na população adulta da aldeia Nova Karapanatuba do DSEI Rio Tapajós. Considerando esse cenário, este estudo teve como objetivo propor intervenções para diminuir o número elevado de pacientes com níveis alto de colesterol e triglicérides, através do aumento da informação, promoção de mudanças de hábitos e estilos de vidas destes. A proposta de intervenção aqui apresentada foi embasada no conhecimento clínico e científico de profissionais da equipe multiprofissional de saúde indígena do Polo Base Jacareacanga tipo I do DSEI Rio Tapajós, por meio da qual, após o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema prioritário que foi a elevada prevalência de hipertrigliceridemia na população adulta. Espera-se diminuir a incidência de casos nos próximos anos.

### **Palavras-chave:**

Hábitos Saudáveis. Saúde Preventiva. Dislipidemia. Hábitos Alimentares. Prevenção de Doenças. Saúde da População Indígena.

## APRESENTAÇÃO

Eu me chamo Jeseabe Santos Oliveira, sou médico formado no exterior. Minha origem é de uma pequena cidade brasileira com uma população de um pouco mais de 7 mil habitantes, chamada Abel Figueiredo, no interior do estado do Pará. Quando nasci, na década de 80, esta cidade era apenas uma vila pertencente ao município de São João do Araguaia-Pa, por este motivo é que em todos os meus documentos pessoais constam que nasci no município de São do Araguaia uma vez que Abel Figueiredo veio a ser emancipada somente no ano de 1991.

Por mais de 20 anos a minha mãe trabalhou como lavadeira do que antes era o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e que depois se tornou o Hospital Municipal de Abel Figueiredo. Foi nessa época que tive meus primeiros contatos com um posto de saúde. Havia um médico, ainda na Fundação SESP, o Dr. Ronaldo Barbosa, que gostava muito de me oferecer parte do lanche dele na cozinha do posto de saúde, ele me sentava no colo dele e me deixava brincar com o estetoscópio que ele sempre levava no pescoço. Havia também a saudosa enfermeira Rosana, ela me deixava vê-la fazer curativos nos pacientes. Esse meu contato contínuo com o posto de saúde me despertou o desejo de ser médico, igual ao Dr. Ronaldo, “quando crescesse”.

Formei-me em medicina em setembro de 2018, na cidade de Sucre, capital da Bolívia, pela Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Pouco tempo depois de minha formação vi anunciarem nos telejornais o desligamento dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Eu, particularmente, já fazia planos de inscrever-me ao PMMB, e disputar por uma vaga, independentemente de estarem ou não os cubanos no programa. Porém, com a saída dos cubanos, eu vi aumentarem as chances de ser homologado pelo programa. Por isso mesmo é que passei quase dois meses após a minha formação acadêmica em medicina agilizando os documentos necessários para a minha inscrição ao programa. Eu poderia já estar procurando por uma vaga de emprego no mercado de trabalho como clínico geral na Bolívia ou Argentina, mas meu coração já estava arquejante, com saudades de casa, da família, dos amigos e do Brasil e, por isso, persisti confiante de que tudo daria certo para o PMMB. Fiz a minha inscrição em dezembro de 2018, no início de 2019 meu nome constava na lista dos médicos homologados. A partir disto, planejei onde atuar, traçando dois planos:

Plano a) Escolher alguma das cidades próximas a minha cidade com vaga disponível, assim eu poderia estar mais perto de meus familiares.

Plano b) Escolher algum Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que fosse no Pará, assim eu poderia estar mais perto de meus familiares.

Eu tenho um irmão que há dezesseis anos trabalha como professor numa aldeia indígena, por isso, durante muitos anos eu tive contato frequente com esses povos, graças ao trabalho de meu irmão. Deste contato frequente e de minhas experiências de trabalho de estágio rural obrigatório com a população quéchua (etnia indígena) na Bolívia é que surgiu a minha paixão pelos povos indígenas. Quando olhei na lista de cidades disponíveis, não havia mais nenhuma vaga em cidades próximas a minha cidade, então, pus em prática o Plano B, foi quando encontrei o DSEI Rio Tapajós, vale dizer que eu já havia pesquisado e estudado um pouco sobre ele quando pesquisava DSEIs no Pará e esse foi com o qual me identifiquei. Consegui uma vaga! Fui para Brasília, fiz o acolhimento, aprovei. Em março de 2019 dez médicos e eu chegamos à cidade de Itaituba, Pará, e iniciamos o trabalho poucos dias depois.

No DSEI Tapajós sou médico responsável por uma população de 1.308 indígenas de etnia Munduruku, atuo no Polo Base Jacareacanga tipo I. Meu ponto de apoio fica na aldeia Nova Karapanatuba, que recebe esse nome devido a uma grande incidência de pernilongos chamados na região com o nome de carapanã. Nesta aldeia foi construída uma bem-estruturada Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) e alojamentos para a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

Minha expectativa é aprender costumes tradicionais do povo munduruku, para nunca desrespeitá-los ou magoá-los, mesmo que isso ocorra sem intenção. Quero também aprender ao máximo a língua munduruku, para atendê-los no seu idioma, principalmente aos idosos, não que me faça tanta falta saber o idioma munduruku, pois sempre tenho um agente indígena de saúde (AIS) como tradutor para os casos em que eu necessite tradução, mas considero como algo importante que nos facilitaria o diálogo entre médico e paciente. Quero poder dar o máximo de mim como profissional de saúde indígena para atender as demandas que venham surgir. E por fim, minha aspiração é um dia chegar a ser coordenador distrital do DSEI Rio Tapajós, que tanto amo, ou algum outro DSEI, para ser a voz dos indígenas através de um não-indígena e, assim poder ajudar a lutar por suas causas no campo da saúde.

A figura 1 mostra parte de meu trabalho durante uma visita domiciliar, fora de meu ponto de apoio, na aldeia

Kaburuá, aldeia esta de difícil acesso.

**Figura 1: Atendimento à população munduruku da aldeia Kaburuá**



*Fonte: Arquivo pessoal, 2019*

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

### Distrito Sanitário Especial Indígena DSEI

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social.

No Brasil, são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena (Casais). A figura 2 mostra no mapa do Brasil como estão distribuídos os DSEIs no território nacional.

Figura 2: Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



Fonte: Fórum Nacional de Educação Escolar Indígena (FNEEI), set.28, 2017

### DSEI Rio Tapajós

A sede do DSEI Rio Tapajós está situada no município de Itaituba, no estado do Pará, seguindo por todo o oeste do estado, estendendo-se pelas margens do rio Tapajós. O DSEI Rio Tapajós, unidade gestora com autonomia administrativa, técnica e financeira, atende as populações indígenas Munduruku, Munduruku-cara-preta, Kayapó, Kayabi, Apiaká e Maitapu. Cada etnia apresenta seus próprios costumes, crenças, culturas, língua, práticas de

cura e medicina tradicional. A população indígena totaliza-se em 12.451 (SIASI/DSEI-RT/2017). Os usuários aldeados estão distribuídos em 157 aldeias, 11 Polos Base, com equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) em cada Polo Base. Atualmente os Polos Base estão localizados nos municípios de Jacareacanga, Itaituba e Novo Progresso.

As aldeias localizam-se em sua grande maioria na bacia do rio Tapajós, mais precisamente nos afluentes: rio Teles Pires, Cururu, Kabitutu, Rio das Tropas e outra parte nos afluentes do rio Iriri (Bacia do Rio Xingu), nos rios Pixaxá ou Curuaés, Curuá, Jabuí e Iriri. Para atender toda essa demanda e logística, conta-se com as unidades de saúde dentro das aldeias, chamadas Polos Base, composta por EMSI. Os profissionais que fazem parte da EMSI são: Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Psicólogos, Farmacêuticos/Bioquímicos, Nutricionistas, Técnicos de Laboratório, Técnico de Enfermagem, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Saúde Bucal, AIS, Agente Indígena de Saneamento (AISAN) e Motorista Fluvial. Estes profissionais são responsáveis pelo acompanhamento da população indígena realizado na atenção primária à saúde, focando na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, respeitando as suas especificidades culturais e com controle social. Essas equipes multidisciplinares trabalham com escala de serviço, sendo a jornada de trabalho da seguinte forma: 30 dias de trabalho diretamente na aldeia por 15 dias de arejamento/folgas, exceto os profissionais médicos que trabalham 30 dias por 30 dias de arejamento/folgas, dessa forma consegue-se ter profissionais de saúde à disposição da população indígena diretamente nas aldeias 24 horas por dia nos 365 dias do ano.

O transporte na região é 90% fluvial o ano todo, para isso o DSEI conta com embarcações em todos os Polos Base e nas aldeias, para prestar atendimento de qualidade, visitas domiciliares, educação em saúde, atendimento médico, de enfermagem e odontológico, bem como a execução de todos os programas preconizados pela SESAI/Ministério da Saúde. Os programas e ações executadas são: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Imunização, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Vigilância Nutricional, Saúde Bucal, IST/HIV/HV/AIDS, Vigilância Epidemiológica, Vigilância do Óbito, Controle e Combate da Tuberculose, Controle e Combate da Malária, Endemias, Doenças em Eliminação, Hipertensão e entre outras ações desenvolvidas de forma diferenciada respeitando as práticas de cura e medicinas tradicionais da população indígena. Ainda conta com transporte terrestre, com uma frota de veículos oficiais dispostos nas CASAI e Polos Base de Itaituba e Novo Progresso que são apoio nas referências do SUS e retaguarda nos casos de pacientes encaminhados dos Polos Base para atendimento de média complexidade nas referências do SUS nos municípios.

Para os pacientes indígenas referenciados para atendimento de Alta Complexidade, em Santarém-Pa, para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), primeiramente é realizado o agendamento na Casa de Saúde Indígena (CASAI) Itaituba, Jacareacanga ou Novo Progresso, seja de consultas ou exames diretamente no SISREG. O deslocamento destes pacientes em TFD é realizado pelo próprio DSEI, por meio de contrato de transporte fluvial com Embarcação Comum Recreio. Para trecho aéreo, o DSEI possui um contrato de frete de aeronave que é solicitado de acordo com fluxo interno de solicitação, tanto para demandas de agendamento programáveis, como para casos que necessitem de urgência. Neste mesmo contrato o DSEI ainda tem a disponibilidade de aeronaves helicópteros, mono motor e caravan, transporte de passageiros e cargas, para atender as demandas de aldeias que não é possível chegar por meio terrestre devido a fatores sazonais, como chuvas e alagamentos e ausência de pista de pouso.

Além destes Polos Base, o DSEI-RT também conta com a estrutura de uma sede administrativa para o funcionamento do DSEI e uma CASAI no município de Itaituba e outras três CASAI distribuídas nos municípios de Santarém, Novo Progresso e Jacareacanga que servem para receber e acompanhar pacientes referenciados pelas unidades Polos Base para as unidades do SUS no município.

As CASAI são estabelecimentos criados no âmbito do SasiSUS e responsáveis pelo acompanhamento de todos os pacientes que são referenciados dos Polos Base para as unidades do SUS nos municípios de abrangência do DSEI, garantindo a estes, alimentação, transporte terrestre e fluvial, medicação do componente básico, atendimento de enfermagem, psicológico, de assistência social e nutricional, pelo período que o mesmo necessitar realizar procedimentos e atendimentos no município. Essas unidades localizam-se prioritariamente e conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), nos municípios sede e não nas aldeias, como já informado, são responsáveis pelo agendamento de consultas e exames no SISREG na rede de Atenção de Médica e Alta Complexidade.

## **Geografia e Infraestrutura**

A área de abrangência do DSEI Rio Tapajós está localizada na Amazônia Legal, na região sudoeste do estado do Pará e faz fronteira com os estados do Mato Grosso e Amazonas. O clima predominante é o equatorial, devido à proximidade com a linha do equador, em plena zona intertropical da Terra. Fatores como calor e umidade são determinantes para explicar a enorme biodiversidade presente na floresta, onde a fauna e a flora oferecem toda base proteico calórica dentro dos costumes tradicionais para povos que ali vivem. As aldeias sob jurisdição deste DSEI são acessadas em sua grande maioria via fluvial, porém existem aldeias, que de acordo com a sazonalidade, período de chuvas - inverno amazônico, o acesso é somente aéreo devido a trafegabilidade das estradas para as aldeias. O quadro 1 aponta os meios de transporte, os tipos e finalidades dos mesmos a serviço do DSEI Rio Tapajós.

### Quadro 1: Meios de Transporte a serviço do DSEI Rio Tapajós

Transporte	Tipo	Uso
Terrestre	Caminhonete	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos em pequenas quantidades.
	Micro-ônibus	Transporte de equipe e usuários e maior número.
	Caminhão	Transporte de materiais e equipamentos de médio e grande porte e apoio aos setores do DSEI.
Fluvial	Embarcação de comum recreio (voadeira)	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos
	Barco a motor de centro	Transporte de equipe, usuários, materiais e equipamentos de médio e grande porte;
Aéreo	Mono motor	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos em pequenas quantidades além de remoções de urgência e emergência das aldeias onde o tempo de viagem é demorado.
	Caravan	Transporte de equipe e usuários e maior número
	Helicóptero	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos em pequenas quantidades para aldeias onde não há possibilidade de acesso com outro meio de transporte
	Voo comercial	Transporte de profissionais e usuários em traslado intermunicipal/estadual para eventos e tratamentos fora de domicílio via SCPD

**Fonte: SETRAN/DSEI Rio Tapajós, 2017**

As comunidades indígenas estão distribuídas às margens dos rios e igarapés afluentes do Rio Tapajós onde recebem atendimentos através da sede de cada Polo Base que possuem de 5 a 18 aldeias. As aldeias em sua grande maioria não possuem saneamento básico e microssistemas de água, onde as comunidades usufruem de sistemas alternativos de captação de água ou fazem coleta nos rios e igarapés próximo às aldeias. As residências em grande maioria fazem parte ainda do contexto cultural arquitetônico são construídas de barro, palha e madeira. Atualmente o DSEI tem trabalhado com processos para construções de Unidades de Saúde e sistemas de captação de água dentro dos Polos Base, porém devido a morosidade desses processos algumas obras estão aguardando liberação de recursos para construção, no entanto, os Polos Base Katõ, Teles Pires, Missão São Francisco e Restinga já estão com as obras em andamento e já foi entregue a nova unidade de saúde do Polo Base Jacareacanga.

Em decorrência da história do contato, frentes econômicas e as instituições não indígenas, como missões de



evangelização e o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), vários aspectos da vida cultural das etnias assistidas pelo DSEI Tapajós sofreram mudanças. Contudo, várias expressões culturais se mantiveram presentes, como danças, cantos e rituais de caráter coletivo relacionados aos espíritos, guerra e o uso dos recursos naturais. Nas práticas religiosas os pajés exercem um papel primordial de cura através de manipulação de ervas, atos de defumação e contato com o mundo dos espíritos. A religiosidade tradicional é muito presente entre as etnias Munduruku e Kayapó, mesmo com as mudanças sofridas com o contato, existem locais sagrados nos territórios aonde são realizados alguns rituais, mas na grande maioria estas atividades são elaboradas dentro dos domicílios, no pátio da aldeia e nas unidades de saúde. A religiosidade está presente em todos os aspectos da vida cotidiana, regendo as relações com a natureza, as práticas do mundo do trabalho e as relações sociais. A figura 3 identifica a localização específica dos polos base e CASAI do DSEI Rio Tapajós.

**Figura 3: Croqui de Localização dos Polos Base e CASAI sobre área de jurisdição do DSEI Rio Tapajós**



Fonte: SIASI/DSEI-RT/2017

Atualmente o DSEI Rio Tapajós atende em 6 Terras Indígenas homologadas e 3 territórios tradicionalmente ocupados conforme mostra o quadro 2 abaixo.

**Quadro 2: Terras Indígenas sob jurisdição do DSEI Rio Tapajós.**

Terra Indígena	Municípios	Extensão	Situação
Munduruku	Jacareacanga	2.396.027	Homologada
Mekragnoti	Altamira	4.966.783	Homologada
Baú	Altamira	1.545.197	Homologada

<b>Praia do Mangue</b>	Itaituba	33	Homologada
<b>Praia do Índio</b>	Itaituba	31	Homologada
<b>Sai Cinza</b>	Jacareacanga	1.248.95	Homologada
<b>Dajé Kapap Eipi (Sawré Muybu)</b>	Itaituba e Trairão	178.173	Identificada
<b>Sawré Apompo</b>	Itaituba	-	Em identificação
<b>Sawré Jayba</b>	Itaituba	-	Em identificação
<b>Munduruku-Cara-preta/maitapu</b>	Aveiro	-	Em estudo
<b>Total de Hectares</b>		<b>9.211.139</b>	

Fonte: FUNAI, 2017

A figura 4 aponta as terras indígenas nas quais o DSEI Rio Tapajós presta atendimentos.

**Figura 4: Croqui de Localização das Terras Indígenas atendidas pelo DSEI Rio Tapajós.**



Fonte: SIASI/DSEI-RT/2017

### **Povos indígenas sob abrangência do DSEI**

O DSEI atende 6 etnias dentro do seu território (quadro 3), sendo a maioria indígenas Munduruku que vivem em aldeias ao longo do Rio Tapajós, os Kayapó com a segunda maior população se distribuem em dez aldeias no município de Altamira e Novo Progresso às margens dos rios Iriri, Pixaxá e Curuá. As etnias de menor número estão espalhadas em grande parte nas aldeias Munduruku, por ocorrem casamentos interétnicos entre Munduruku, Apiaká e Kayabi. Nesta situação, a etnia que muda para a aldeia Munduruku adota a cultura da aldeia. No ano de 2017 a SESAI foi determinada por uma ação civil pública, prestar atendimento às comunidades autodeclaradas indígenas do Baixo Tapajós. Após este episódio o DSEI presta assistência às comunidades de Pinhel, Escrivão e Camarão no município de Aveiro, onde vivem indígenas das etnias Munduruku-cara-preta, Maitapu e Cumaruara. Estas três etnias estão em processo de autoreconhecimento e resgate de seus costumes, vivem em casas de projetos do INCRA e dividem as comunidades com população não indígena.

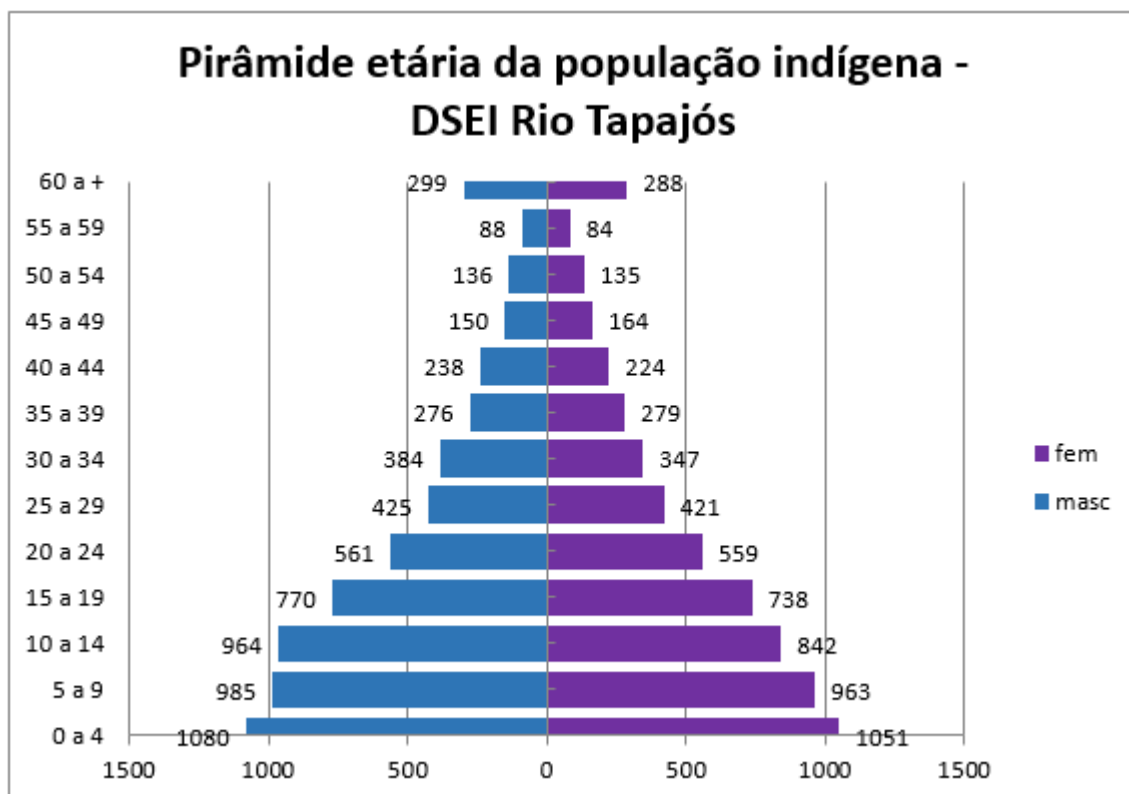
**Quadro 3: Quantitativo de usuários por etnia - DSEI Tapajós**

<b>Etnia</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Munduruku</b>	10530
<b>Munduruku Cara preta</b>	193
<b>Apiaká</b>	340
<b>Maitapu</b>	102
<b>Kaiabi</b>	13
<b>Kayapo</b>	1266
<b>Cumaruara</b>	4
<b>Tembé</b>	2
<b>Ava canoeiro</b>	1
<b>Total</b>	12451

Fonte: SIASI/DSEI -RT/ 2017

### **População por faixa etária e sexo - Dsei Rio Tapajós**

As pirâmides populacionais são importantes no sentido de elaborarem um planejamento a médio e longo prazo. Na pirâmide abaixo, por exemplo, a estrutura etária da população aponta uma base onde há uma grande quantidade de crianças e jovens, porém chama a atenção no topo, onde há um ligeiro alargamento na faixa etária maior de 60 anos. Outra característica importante a se tomar em conta é a distribuição por sexo onde se observa que a totalidade predominante é o sexo masculino em todas as faixas etárias apresentadas.



Fonte: SIASI/DSEI-RT/2017

Considerando as duas maiores populações que o DSEI Rio Tapajós assiste, Munduruku e Kayapó, elencamos algumas características que se seguem no texto abaixo.

#### ★ Povo Munduruku

Esse povo indígena é pertencente à família linguística Munduruku, do tronco Tupi. Sua autodenominação é Wuy jugu e, segundo os saberes difundidos oralmente entre alguns anciãos, a designação Munduruku, como são conhecidos desde fins do século XVIII, era o modo como estes eram denominados pelos Parintintins, povo rival que estava localizado na região entre a margem direita do rio Tapajós e o rio Madeira. Esta denominação teria como significado “formigas vermelhas”, em alusão aos guerreiros Munduruku que atacavam em massa os territórios rivais.

A situação sociolinguística dos Munduruku é bastante diversificada, em decorrência de diferentes momentos da história de contato com as frentes de colonização, e pelo fato da dispersão em diferentes espaços geográficos ocupados por este povo. A população localizada nas pequenas aldeias às margens do Tapajós em sua maioria é bilíngue. Na aldeia Sai Cinza, aldeias dos rios Cururu, Kabitutu e outros afluentes do Tapajós, as crianças, mulheres e idosos falam na maioria das vezes unicamente a língua materna. Ocorrem também casos em que a língua Munduruku passa por processo de desuso, com domínio quase exclusivo do português, com crianças e jovens que não falam plenamente o Munduruku, a exemplo das aldeias do Mangue e Praia do Índio, localizadas na periferia da cidade de Itaituba.

Os Munduruku mantêm algumas práticas culturais relacionadas à pesca, atividade de maior intensidade no verão, entre as quais estão as brincadeiras que antecedem a pescaria com timbó, uma raiz que após ser triturada é usada nos rios para facilitar a captura dos peixes. Geralmente no dia anterior à “tinguejada”, a raiz do timbó é triturada sobre troncos, onde é batida de forma ritmada com pedaços de paus pelos homens.

A riqueza da cultura Munduruku é extraordinária, incluindo um repertório de canções tradicionais de

musicalidade e poesia incomum, que versa sobre relações do cotidiano, frutos, animais etc. Nas práticas religiosas os pajés exercem um papel primordial de cura através de manipulação de ervas, atos de defumação e contato com o mundo dos espíritos. A religiosidade tradicional é muito presente entre os Munduruku, mesmo com as mudanças sofridas com a colonização. A religiosidade está presente em todos os aspectos da vida cotidiana, regendo as relações com a natureza, as práticas do mundo do trabalho e as relações sociais.

Há a presença de duas missões religiosas. A Missão São Francisco, localizada na aldeia Missão, no rio Cururu, instalada em 1911; e a Missão Batista, que iniciou suas atividades em fins da década de 1960, estando situada na aldeia Sai Cinza, no rio Tapajós, com uma distância de cerca de 40 minutos de lancha da pequena cidade de Jacareacanga. Como falei anteriormente, as interferências na vida cultural e religiosa dos Munduruku estão presentes devido à atuação das duas instituições religiosas, porém, os Munduruku em sua maioria, apesar de participarem dos rituais católicos e protestantes, dificilmente podem ser considerados como plenamente convertidos. Atualmente não há mais uma objeção aberta por parte das Missões às práticas de pajelança. E ao que parece os Munduruku não atribuem grande importância às condenações feitas pelas religiões cristãs à sua religiosidade tradicional. A presença de missões de diferentes religiões não causou entre os Munduruku rivalidades ou disputas deste cunho, fato que pode significar que eles atribuem soluções e interpretações próprias no que diz respeito a religião.

Na cultura material se destacam as cestarias e os trançados, que são atividades masculinas, cabendo ao homem a confecção do Iço – cesto com o qual as mulheres carregam os frutos e produtos da roça –, as peneiras e demais utensílios de uso doméstico feitos com talas e fibras naturais. Nos cestos Munduruku são grafados com urucu desenhos que identificam o clã do marido. Assim, por exemplo, as tipoias para carregar as crianças que são confeccionadas pelas mulheres com a fibra extraída de uma árvore, identificam, com a cor natural vermelha ou branca, a metade exogâmica à qual a criança pertence. Alguns homens e, especialmente, as mulheres são exímias na confecção de colares com figuras zoomorfas (peixes, tracajás, gato do mato, jacaré etc.) esculpidos com sementes de inajá e tucumã. A cerâmica, atividade feminina por excelência, encontra-se quase desaparecida.

A sociedade Munduruku dispõe de uma organização social baseada na existência de duas metades exogâmicas, que são identificadas como a metade vermelha e a metade branca. Atualmente existem cerca de 38 clãs mais conhecidos, que estão divididos entre as duas metades, de onde se originam não apenas as relações de parentesco, como também diversos significados na relação com o cotidiano da aldeia, com o mundo da natureza e do sagrado.

Na organização da sociedade Munduruku, a descendência é patrilinear, isto é, os filhos herdam o clã do pai, sendo que a regra de moradia é matrilocal, condicionando o rapaz recém-casado a passar a morar na casa do sogro, a quem deve prestar sua colaboração nas tarefas de fazer roças, pescar, caçar e todas as demais atividades relacionadas à manutenção da casa, incluindo acompanhar a família nos trabalhos de extração e coleta nos seringais e castanhais. Geralmente este período de moradia corresponde aos primeiros anos de casamento, até o nascimento do segundo filho; depois desta fase o marido providencia a construção da casa para sua família.

Nos últimos anos, em algumas famílias e aldeias, entre as atividades produtivas se inclui o trabalho nos garimpos de ouro, realizado geralmente na região dos rios Kaburuá e Tropas, com a exploração de pequenas grotas e baixões. Mas essa necessidade tem sido pauta de discussões em rodas de conversas e assembleias envolvendo as associações indígenas e ONG,s e Instituições governamentais, no geral a falta de atividades de recursos é amenizada pela inclusão de grupos etários nos benefícios sociais. Isso ocasionou algumas mudanças no papel de provedor e na fonte de renda dentro das famílias. Os benefícios recebidos geralmente são socializados, com especial atenção para os netos, sendo que na maioria das vezes contribuem para aquisição de produtos que antes só eram acessíveis através do trabalho de extração e exploração de recursos naturais.

Os meios de vida relacionados à produção e obtenção de alimentos entre os Munduruku constituem de forma preponderante o campo da economia tradicional, apesar da inclusão de alguns produtos não indígenas nos hábitos alimentares, que precisam ser comprados regularmente, dos quais os mais presentes são o sal, o café e o açúcar. A agricultura é praticada conforme os conhecimentos imemoriais, em terra firme, com pleno aproveitamento dos espaços e o plantio consorciado de culturas. Os cultivos mais presentes são os diferentes tipos de mandioca, bananas, batatas, cana e cará. As frutíferas são plantadas na maioria das vezes nos caminhos para roça.

Na divisão social do trabalho, cabe ao homem fazer a broca e derrubada da mata onde será aberta a roça de

toco. A coivara, limpeza após a queimada, normalmente é feita por toda família. O plantio de mandioca é feito com a participação do homem e da mulher; outros cultivos como as batatas, cará, abacaxi e pimentas são realizados apenas pelas mulheres. Normalmente as atividades de capina das roças e as colheitas são feitas pelas mulheres.

Atividades como a pesca, caça e coleta têm relevância na obtenção de alimentos e se organizam de acordo com as estações do ano. A pesca por certo constitui atualmente a principal forma de obter proteína animal, sendo realizada cotidianamente na estação seca com bons resultados, e menos praticada no período das chuvas, quando os rios enchem formando igapós e dificultando a atividade.

A coleta de frutas é realizada em diferentes períodos do ano de acordo com a safra de cada frutífera (açai, pataúá, bacaba, uxi, jubá, pupunha, murici, ingá, castanha etc.). Os densos sucos, chamados na região de vinhos, têm papel importante na alimentação, especialmente no período chuvoso, quando o peixe se torna escasso, e compõem, ao lado da farinha e da carne de caça, a base da alimentação no inverno.

Quanto aos meios para obtenção de rendimentos que possibilitem aquisição de produtos (sal, açúcar, sabão, roupas, sandálias, combustíveis etc.), os Munduruku atualmente desenvolvem atividades de produção de farinha em algumas comunidades do rio Tapajós, coleta de castanha em muitas comunidades dos diferentes rios e produção de borracha - esta, diga-se de passagem, cada vez menor pelos baixos preços oferecidos. Atualmente os Munduruku servem de mão-de-obra nos garimpos dentro e fora das T.I. onde alguém são os próprios donos dos equipamentos, forma que esta atividade acabou sendo incorporada no seu universo cultural.

#### ♦ Povo Kayapó

A língua falada pelos Kayapó pertence à família linguística Jê, do tronco Macro-Jê. Existem diferenças dialetais entre os vários grupos Kayapó decorrentes das cisões que originaram tais grupos, mas em todos eles a língua é uma característica de maior abrangência étnica, levando ao reconhecimento de que participam de uma cultura comum.

As aldeias Kayapó tradicionais são compostas por um círculo de casas construídas em torno de uma grande praça descampada. No meio da aldeia, há a casa dos homens, onde as associações políticas masculinas se reúnem cotidianamente. Esse centro é um lugar simbólico, origem e coração da organização social e ritual dos Kayapó, célebre por sua complexidade. Note-se que essa estrutura espacial e simbólica pode ser reencontrada entre os outros grupos Jê.

A periferia da aldeia é constituída por casas dispostas em círculo, repartidas de modo regular, nas quais habitam famílias extensas. Essa porção da aldeia é associada, sobretudo, às atividades domésticas, ao desenvolvimento físico do indivíduo e à integração no seio dos grupos de parentesco. Quando as mulheres não trabalham na roça, elas coletam frutos e lenha ou se banham. O restante do tempo é passado no interior ou nos entornos da casa, onde elas fiam, ocupam-se de suas crianças, preparam a comida ou simplesmente entretêm-se com os membros de sua família. Conceitualmente, o círculo das casas é território de mulheres, essencialmente direcionado para assuntos "femininos". Trata-se do domínio das relações individuais como o afeto e a evitação, assim como das relações de reciprocidade e de mediação. No mais, essa zona periférica é associada aos tabus alimentares, ao ciclo de vida, ao parentesco, ao casamento e aos laços de amizade formal.

Os Kayapó são monogâmicos. Quando um homem se casa, ele deixa a casa dos homens para habitar sob o teto de sua esposa. As mulheres, por sua vez, jamais deixam sua residência materna. Teoricamente, uma casa abriga várias famílias conjugais: uma avó e seu marido, suas filhas com seus esposos e crianças. Quando o número de residências se torna grande demais (40 pessoas ou mais), o grupo residencial sofre uma cisão e constrói uma ou mais casas novas contíguas à primeira.

O centro da aldeia é constituído de duas partes: a praça, onde se desenrola a maior parte das atividades públicas, e a casa dos homens. A incorporação de um rapaz jovem na vida da casa dos homens se faz por meio de laços de amizade que nada têm a ver com os laços de parentesco. Assim, a incorporação nos grupos de homens políticos adultos (as associações masculinas) é um assunto exterior ao parentesco, o que contrasta fortemente com as relações alimentadas na periferia da aldeia. O centro é, pois, relacionado às associações masculinas e às

atividades tipicamente reservadas aos homens - reunir-se, discursar, realizar cerimônias e rituais públicos.

A aldeia é o centro do universo Kayapó, o espaço mais socializado. A floresta circundante é considerada como um espaço antissocial, onde os homens podem se transformar em animais ou em espíritos, adoecer sem razão ou mesmo matar seus parentes; lá habitam seres meio-animais, meio-gente.

A porção da floresta na qual a população da aldeia caça, pesca e ara é socializada pela atribuição de nomes de lugares. Em seguida, intervenções humanas na natureza são acompanhadas de rituais. Por exemplo, a instalação de novas roças é precedida de uma dança que apresenta muitas semelhanças estruturais com o ritual de guerra. Instalar novas roças é uma guerra simbólica de fato, não contra um inimigo humano, mas contra um inimigo natural. Na volta da caça, os homens devem cantar para os espíritos da caça, que eles mesmos mataram, para que estes permaneçam na floresta. Cada espécie animal designa um canto que começa sempre pelo grito do animal morto. O conjunto ritual Kayapó consiste em uma linguagem muito particular: os ritos exprimem e atualizam valores fundamentais da Sociedade, refletem igualmente a imagem que o grupo tem de si mesmo, da sociedade e do universo. Cada um deles traduz uma parte dessa visão cosmológica e estabelece uma ligação entre o homem e a natureza, na qual é sobretudo a relação homem-animal que se vê reforçada.

Os rituais Kayapó são numerosos e diversos, mas sua importância e duração variam fortemente. Dividem-se em três categorias principais: as grandes cerimônias de confirmação de nomes pessoais; certos ritos agrícolas, de caça, de pesca e de ocasião - por exemplo, aqueles realizados quando de um eclipse solar ou lunar - e, enfim, os ritos de passagem. Estes últimos são frequentemente solenes, porém curtos, e raramente acompanhados de danças ou cantos: são organizados para anunciar publicamente a passagem de algumas pessoas de uma classe de idade para a outra.

São os pajés que entram em contato com os espíritos naturais e aprendem com eles novos cantos e nomes. Esses nomes, ao lado dos cantos aos quais eles se referem, são elementos emprestados do mundo "natural", devendo, então, ser introduzidos na cultura no momento das grandes cerimônias de nomeação. Nessas ocasiões, a maior parte das sequências rituais ocorre na praça central da aldeia.

## Recursos Humanos

Os recursos humanos são distribuídos em toda a extensão do DSEI onde as equipes de área cumprem escala de serviços de 30 dias trabalhados para 15 a 30 dias de folga, as CASAIs fazem plantões 12/36h, os recursos humanos se dividem entre funcionários do quadro no Ministério da Saúde, convênios e empresa terceirizada, conforme especifica o quadro 4 abaixo.

**Quadro 4: Cargos existentes no DSEI Rio Tapajós, com vínculo tipo convênio, no ano 2019.**

CARGO	TOTAL	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREG.	
		P. S.	P. B. - I	P. B. - II	CASAI	DSEI	DSEI	CONVÊNIO
Agente de Comb Endemias	13	-	13	-	-	-	-	13
Agente de Saúde Pública	3	-	-	-	-	3	3	-
AIS	71	6	61	-	4	-	-	71
AISAN	25	3	22	-	-	-	-	25
Assessor indígena	2	-	-	-	-	2	-	2
Assistente social	5	-	-	-	3	2	-	5

Atendente de enfermagem	10	-	-	-	8	2	<b>10</b>	-
Aux. De enfermagem	2	-	-	-	-	2	<b>2</b>	-
Aux. De saúde bucal	6	-	6	-	-	-	-	<b>6</b>
Aux. De saneamento	1	-	-	-	-	1	<b>1</b>	-
Cirurgião-dentista I	5	-	4	-	-	1	-	<b>5</b>
Enfermeiro I	50	5	24	3	12	6	-	<b>50</b>
Engenheiro	2	-	-	-	-	2	-	<b>2</b>
Farmacêutico/bioquímico	4	-	-	-	2	2	-	<b>4</b>
Geólogo	1	-	-	-	-	1	-	<b>1</b>
Guarda de endemias	16	-	-	-	-	16	<b>16</b>	-
Médico	11	-	11	-	-	-	-	<b>11</b>
Microscopista	1	1	-	-	-	-	<b>1</b>	-
Nutricionista	4	-	2	-	1	1	-	<b>4</b>
Psicólogo	1	-	-	-	-	1	-	<b>1</b>
Técnico de enfermagem I	68	9	31	2	24	2	-	<b>68</b>
Técnico de laboratório	8	3	5	-	-			

Fonte: SIASI/DSEI-RT/2019



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

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são unidades de responsabilidade sanitária federal correspondentes a uma ou mais Terras Indígenas (TIs) criadas pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999, também conhecida como Lei Arouca, devido à atuação do Deputado Sérgio 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 de 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, conforme mencionado anteriormente, ficando a execução da atenção à saúde indígena sob a responsabilidade de Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, braço executivo do Ministério da Saúde do Brasil.

Os DSEIs são, atualmente, de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), e foram delimitados a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Cada DSEI possui um conjunto de equipamentos que permite a realização do atendimento de casos simples, ficando as ocorrências de alta complexidade a cargo de hospitais regionais, implicando em um aparato para remoção dos doentes.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pela Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde.

O controle social se dá por meio dos Conselhos Indígenas de Saúde (Condisi), que garantem, ao menos no plano da legislação, a participação dos índios na gestão dos DSEIs. Os conselheiros são escolhidos pelas comunidades atendidas e participam de reuniões periódicas organizadas pelos gestores de cada DSEI. Na prática, a relação entre os povos indígenas e esses gestores é tensa, permeada por problemas relacionados à gestão e a aplicação de recursos.

### **Breve histórico**

A área de abrangência do DSEI Rio Tapajós está localizada na Amazônia Legal, na região sudoeste do estado do Pará e faz fronteira com os estados do Mato Grosso e Amazonas. O clima predominante é o equatorial, devido à proximidade com a linha do equador, em plena zona intertropical da Terra. As aldeias sob jurisdição deste DSEI são acessadas em sua grande maioria via fluvial, porém existem aldeias, que de acordo com a sazonalidade (período de chuvas - inverno amazônico) o acesso é somente aéreo devido a trafegabilidade das estradas para as aldeias.

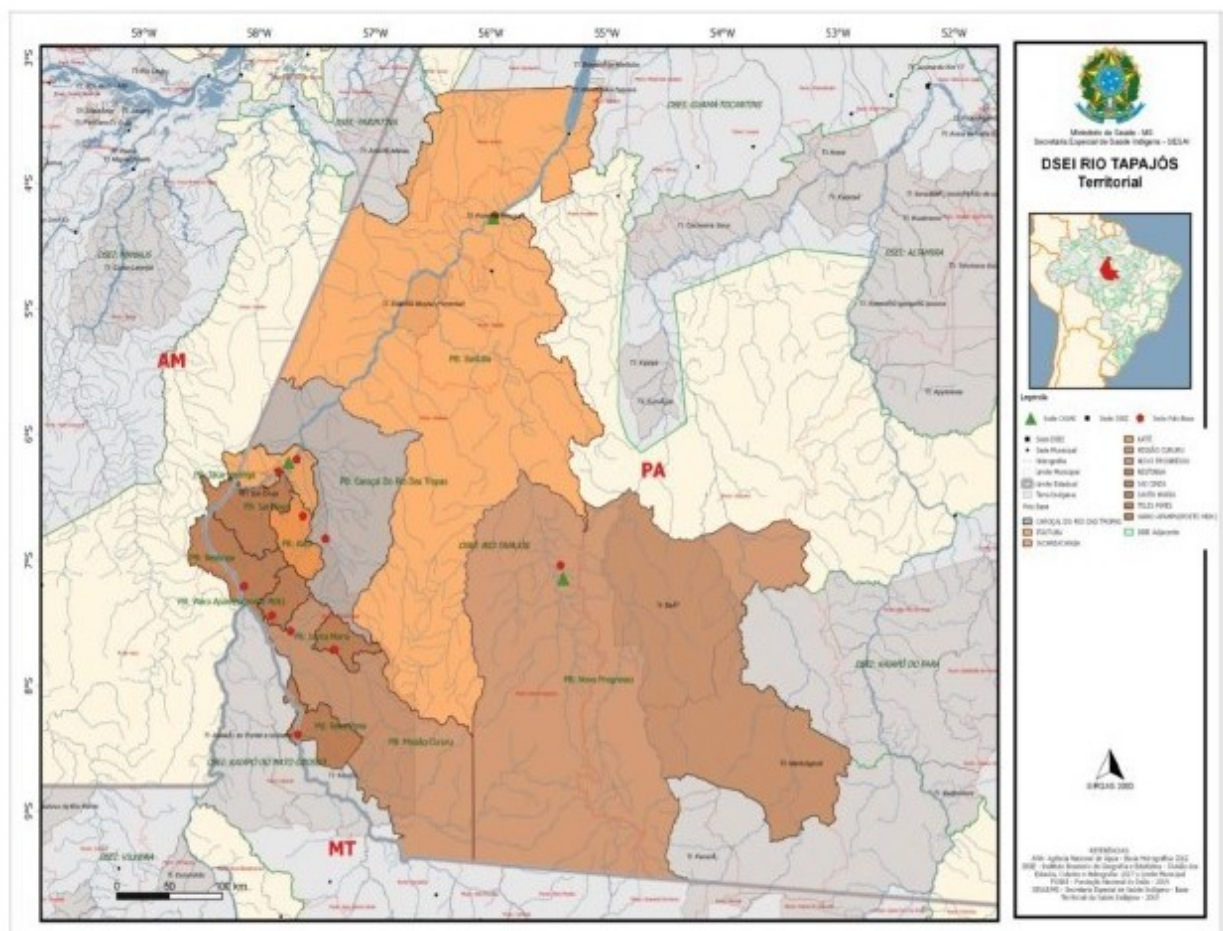
O DSEI Rio Tapajós, atende as populações indígenas Munduruku, Munduruku Cara-preta, Kaiapó, Kayabi, Apiaká, Tembé, Cumaruara e Maitapu, cada uma delas com seus próprios costumes, crenças, culturas, língua, práticas de cura e medicina tradicional. As aldeias localizam-se a grande maioria na bacia do Rio Tapajós, mais precisamente nos afluentes: rio Teles Pires, rio Cururu, rio Kabitutu, rio das Tropas e outra parte nos afluentes do rio Iriri (Bacia do rio Xingu) nos rios Pixaxá ou Curuaés, Curuá, Xixê e Iriri. O transporte em nossa região é 90% fluvial o ano todo.

O Dsei conta com 11 Polos Base e 4 Casas de Saúde Indígena (CASAI), uma no município de Itaituba, onde fica também a sede do DSEI, e as outras três CASAI nos municípios de Santarém, Novo Progresso e Jacareacanga que servem para receber e acompanhar pacientes referenciados pelos Polos Base para as unidades do SUS nos municípios de ações complementares da atenção básica.

Das 9 etnias atendidas, destaque para a Munduruku, cuja população residem em 145 aldeias ao longo do rio Tapajós e seus afluentes, nos municípios de Itaituba, Jacareacanga e Trairão. Os Kaiapó com a segunda maior população distribuídos em 12 aldeias no município de Altamira às margens dos rios Iriri, Pixaxá e Curuá. As etnias de menor número estão espalhadas em grande parte nas aldeias Munduruku, miscigenando-se e adquirindo aos costumes e tradições Munduruku.

No ano de 2017 a SESAI foi determinada por uma ação civil pública, prestar atendimento às comunidades autodeclaradas indígenas do baixo tapajós, via DSEI Rio Tapajós que imediatamente iniciou o processo de assistência às comunidades de Pinhel, Escrivão e Camarão no município de Aveiro, estado do Pará, onde se encontram indígenas das etnias Munduruku-cara-preta, Maitapu e Cumaruara. Estas três ultimas etnias estão em processo de auto reconhecimento e resgate de seus costumes, vivem em casas de projetos do INCRA e dividem as comunidades com população não indígena. A figura 5 mostra o mapa territorial do DSEI Rio Tapajós.

**Figura 5: Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós**



Fonte: SIASI/ DSEI-RT/ 2017

**Meios de transporte**

O acesso das equipes de saúde até as comunidades assistidas se dá através de transporte terrestre, fluvial e aéreo. A tabela 1 nos mostra o quantitativo e os tipos de equipamentos de tranposrte do DSEI Rio Tapajós.

**Tabela 1: Número de equipamentos de transporte por tipo, no DSEI Rio Tapajós, 2019**

Item	Tipo	Quantidade
1	Voadeira	76
2	Barco	01
3	Motor de popa 40 Hp	38
4	Motor de popa 15 Hp	26
5	Rabeta	12
6	Picape	09
7	Van	02
8	Carro passeio	0
9	Utilitário (SUV)	0
10	Microonibus	01
11	Caminhão	04
12	Balsa	01

Fonte: SETRAN/DSEI-RT/2017

**Tabela 2: Demonstrativo da força de trabalho por local de exercício**

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA/ESCALA/ALDEIA/FOLGA	DSEI SEDE	CASAI	POLO BASE/SEDE	EMSI	TOTAL
Administrador	(vazio)	1	-	-	-	1
Agente de combate a endemias	2 dias em área e 1 dia de folga	-	-	-	13	13
Agente indígena de saneamento	8h dia	-	-	1	26	27
Agente indígena de saúde	8h dia	-	3	-	82	85
Analista de recursos humanos	(vazio)	1	1	-	-	-
Antropólogo	8h dia	1	-	-	-	1
Apoiador téc. de atenção à saúde	8h dia	1	-	-	-	1
Apoiador téc. em saneamento	8h dia	1	-	-	-	1
Assessor téc. indígena - nível I	(vazio)	-	1	-	-	1

Assessor téc. indígena - nível II	8h dia	1	-	-	-	1
Assistente administrativo	8h dia	4	-	-	-	4
Assistente social	6 h dia	1	3	-	-	4
Auxiliar em saúde bucal	2 dias em área e 1 dia de folga	-	-	-	7	7
Biólogo	8h dia	1	-	-	-	1
Cirurgião dentista - clínico geral	2 dias em área e 1 dia de folga	-	-	-	6	6
Cirurgião dentista - clínico geral	8h dia	1	-	-	-	1
Cozinheiro geral	(vazio)	2	2	-	-	-
Empregado doméstico nos serviços gerais	8h dia	1	1	-	-	-
Enfermeiro	2 dias em área e 1 dia de folga	-	-	-	28	28
Enfermeiro	8h dia	7	16	1	-	24
Engenheiro civil	8h dia	1	-	-	-	1
Farmacêutico	8h dia	1	4	-	-	5
Médico clínico	1 dia em área e 1 dia de folga	-	-	-	2	2
Médico de família e comunidade	1 dia em área e 1 dia de folga	-	-	-	11	11
Motorista de carro de passeio	8h dia	2	-	-	-	2
Motorista de carro terceirizado	8h dia	-	-	-	-	-
Nutricionista	8h dia	1	4	-	-	5
Piloto fluvial	8h dia	1	1	-	-	-
Psicólogo hospitalar	8h dia	1	-	-	-	1
Químico	8h dia	-	-	-	1	1
Recepcionista, em geral	8h dia	2	2	-	-	-
Secretário - executivo	8h dia	1	-	-	-	1
Técnico de enfermagem	2 dias em área e 1 dia de folga	19	19	-	-	-
Técnico de enfermagem	8h dia	2	28	1	59	90
Técnico de laboratório	8h dia	-	-	11	-	11
Técnico de saneamento	8h dia	2	-	-	-	2
Técnico em administração	8h dia	1	1	-	-	-
Vigilante	(vazio)	2	2	-	-	-
Total Geral		34	61	14	258	367

Fonte: DIASI/DSEI-RT/2019

## Rede de serviços

As tabelas 3, 4 e 5 identificam os estabelecimentos de referência dos pacientes sob jurisdição do DSEI Rio Tapajós incluindo os atendimentos de média e alta complexidade.

**Tabela 3: Serviços de apoio diagnóstico detalhado por Polo Base e por município, e os estabelecimentos de saúde de referência**

Município	Polo base	Estabelecimento de referencia
Itaituba	Itaituba	Hospital Municipal de Itaituba
		Hospital Municipal de Santarém
		Hospital Regional do Baixo Amazonas
Jacareacanga	Caroçal do Rio das Tropas	Hospital Municipal de Itaituba Hospital Municipal de Santarém Hospital Regional do Baixo Amazonas Hospital Municipal de Santarém Hospital Municipal de Jacareacanga
	Jacareacanga	
	Katõ	
	Missão Cururú	
	Restinga	
	Sai cinza	
	Santa Maria	
	Teles Pires	
Waro Apampu (posto MDK)		
Novo Progresso	Novo Progresso	Hospital Municipal de Novo Progresso

Fonte: DIASI/DSEI-RT/2017

**Tabela 4: Serviços de Média Complexidade**

Município	Polo base	Estabelecimento de média complexidade
Itaituba	Itaituba	Hospital Municipal de Itaituba Hospital Municipal de Santarém
Jacareacanga	Caroçal do Rio das Tropas	Hospital Municipal de Itaituba  Hospital Municipal de Santarém
	Jacareacanga	
	Katô	
	Missão Cururú	
	Restinga	
	Sai cinza	
	Santa Maria	
	Teles Pires	
Waro Apampu (posto MDK)		
Novo Progresso	Novo Progresso	Hospital Municipal de Novo Progresso Hospital Municipal de Itaituba Hospital Municipal de Santarém

Fonte: DIASI/DSEI-RT/2017

**Tabela 5: Serviços de Alta Complexidade**

Município	Polo base	Estabelecimento de alta complexidade
Itaituba	Itaituba	Hospital Regional do Baixo Amazonas
Jacareacanga	Caroçal do Rio das Tropas	
	Jacareacanga	Hospital Metropolitano de Belém
	Katô	Hospital Universitário Barros Barreto
	Missão Cururú	Hospital Ophir Loyola em Belém
	Sai cinza	
	Santa Maria	
	Teles Pires	
	Waro Apampu (posto MDK)	
Novo Progresso	Novo Progresso	

Fonte: DIASI/DSEI-RT/2017

### Infraestrutura de saúde

A tabela abaixo demonstra a quantidade de estabelecimento de saúde indígena existente.

**Tabela 6: Número de estabelecimentos de saúde indígena por subtipo, no DSEI Rio Tapajós, 2019**

Item	Subtipo de estabelecimento	Quantidade
1	CASAI	04
2	UBSI Tipo I	28

3	UBSI Tipo II	0
4	UBSI Tipo III	0
5	Polo Base tipo I -Sede	11
6	Polo Base tipo II -Sede	02
7	Sede do DSEI	01
8	Escritório Local	0

Fonte: SIASI/DSEI-RT/2017

### Infraestrutura de saneamento

Na tabela abaixo podemos observar que apenas 28% das aldeias do DSEI Rio Tapajós possuem Sistemas de Abastecimento de Água, 72% estão distribuídas com acesso a água de nascentes naturais dos rios e olho d'água.

**Tabela 7: Número e percentual de aldeias com estrutura de saneamento por tipo.**

Item	Categoria	Número de aldeias	Percentual de aldeias
1	Quantidade de aldeias com infraestrutura de abastecimento de água	42	28%
2	Quantidade de aldeias com fornecimento de água realizado pela empresa de saneamento do município sede da aldeia	0	0
3	Quantidade de aldeias com banheiros (em funcionamento)	3	2%
4	Quantidade de aldeias com coleta de resíduos domésticos realizado pela empresa de saneamento do município sede da aldeia ou por empresa contratada pelo DSEI	3	2%

Fonte: SIASI/DSEI-RT/2017

### Controle social

A participação do controle social na saúde indígena é assegurada pela Lei 9.836/99, que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, prever o acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). No âmbito do DSEI Rio Tapajós a organização do controle social se dá da seguinte maneira:

**I - Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi)** - que de acordo com Regimento Interno tem caráter permanente, paritário e deliberativo, representado por 50% de usuários: 12 vagas, 25% de trabalhadores: 6 vagas e 25% de gestores e prestadores de serviços: 6 vagas, totalizando 24 conselheiros titulares. Regimentalmente pode realizar até 4 reuniões ordinárias ao ano.

**II - Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI)** de caráter permanente, consultivo composto somente por indígenas;

Importante destacar que as atividades do CONDISI ocorrem de forma ativa, acompanhando as atividades desenvolvidas e participando das discussões com a gestão, visto que o mesmo dispõe de um espaço físico equipado na sede do DSEI.

O quadro abaixo expõe o quantitativo dos conselheiros distritais, conselhos locais e conselheiros locais do DSEI Rio Tapajós.

**Quadro 5: Dados do controle social, 2019**

Numero de Conselheiros Distritais.	24
Número de Conselhos Locais	11
Número de Conselheiros Locais	118

Fonte: CONDISI/DSEI-RT/2019

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

O território escolhido é a aldeia Nova Karapanatuba, localizada à direita das margens do Rio Tapajós, distante cerca de 15 minutos do município de Jacareacanga - PA, sendo a única forma de acesso por meio fluvial (figura 6). Esta conta com uma população presente de 408 pessoas, de etnia Munduruku.

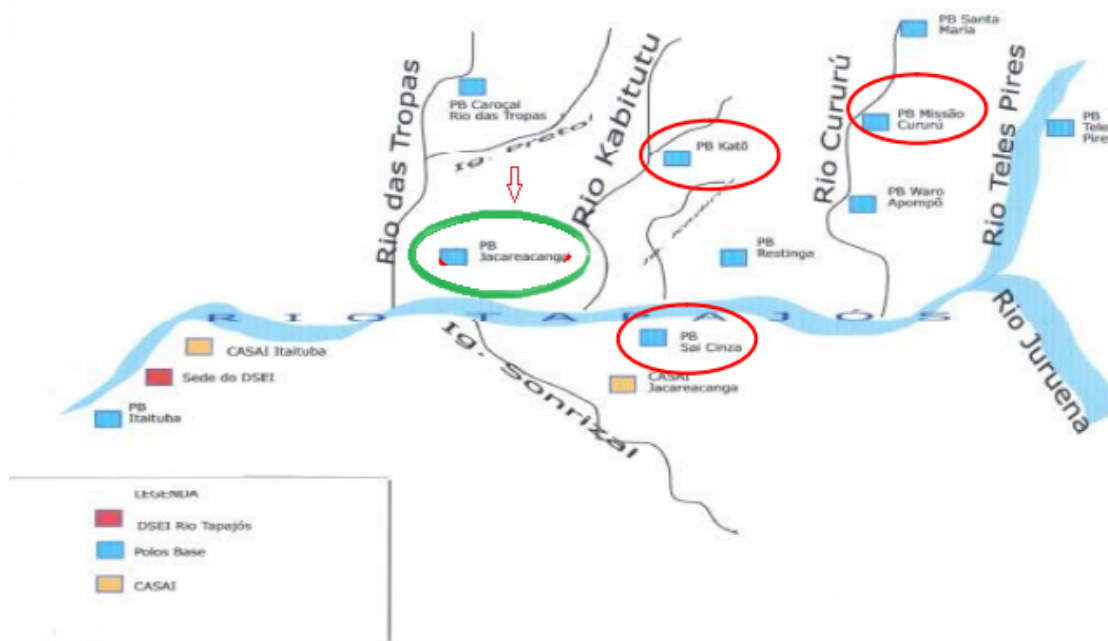
Na aldeia Nova Karapanatuba concentra-se o Polo Base Jacareacanga tipo I, onde aos 22 dias do mês de janeiro do ano 2017 foi inaugurada nesta aldeia a Unidade Básica de Saúde Indígena Krixi Muybu, que não só presta serviços à população da aldeia como serve também de ponto de apoio à população do Polo Base em geral. Tal UBSI conta com assistência à saúde organizado por meio de escalas de entrada de 30 dias à aldeia, por meio de uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro e técnico em enfermagem, além dos profissionais de saúde que são indígenas e são moradores da aldeia, tais como: um agente indígena de saúde (AIS), uma agente indígena de saneamento (AISAN), um microscopista, uma agente de serviços gerais (ASG) e três agentes comunitários de saúde (ACS) que são funcionários contratados pela Prefeitura Municipal de Jacareacanga. A assistência odontológica se dá conforme escala e disponibilidade do profissional. Os demais profissionais: psicólogo, antropólogo, nutricionista e assistente social prestam serviços através de programações agendadas conforme a necessidade do polo base.

Além da assistência à saúde presente, a aldeia conta com escolas de nível fundamental e médio e de igrejas (católica e evangélica) no território.

A escolha deste território deu-se por motivação pessoal, considerando que chamou minha atenção o fato de por ser tão próximo da cidade faz com que a maior parte da população do território prefira não plantar e consumir o que planta e sim consumir alimentos industrializados comprados na cidade.

Considerei também o fato de ser eu o médico responsável por esta aldeia e meu constante contato com este território desde o ano 2019 até os dias atuais. Considerei também os dados epidemiológicos, os costumes tradicionais milenares preservados pelos anciões e ainda a prática presente da medicina tradicional promovida por pajés, parteiras e puxadores da comunidade.

**Figura 6: Croqui de Localização do Polo Base Jacareacanga entre outros.**



Fonte: FUNAI/MJ/2009



A figura 7 apresenta a imagem de um portal de boas-vindas, escrito na língua munduruku, que fica localizado na entrada principal da aldeia Nova Kapanatuba à beira do rio Tapajós.

**Figura 7: Portal de boas-vindas à aldeia Nova Karapanatuba.**



Fonte: Arquivo pessoal, 2020.

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

A história registra que os Munduruku foram avistados pela primeira vez em 1768, ao norte da região superior do Tapajós no rio Maué-Assu, um afluente de um canal do rio Madeira chamado Paraná-Mirim, mas foi em 1795 que houve o primeiro contato, porém somente duas décadas após foram pacificados (FUNAI,1979).

O povo indígena Munduruku é conhecido como um povo de tradição guerreira, que costumava atacar os inimigos invadindo os territórios rivais em bando, conquistando com essa característica, a denominação de “formigas vermelhas”, atribuído pelos Parintintins, que eram opositores, habitantes da região localizada entre a margem direita do rio Tapajós e o rio Madeira.

As incursões de guerra renderam aos Munduruku o domínio do Vale do Tapajós desde o final do século XVIII, imprimindo sua cultura em uma região conhecida como Mundurukânia, local onde permanecem até os dias de hoje. Nos episódios de guerra utilizavam lanças com pontas de bambu e flechas envenenadas para caçar inimigos, degolar suas cabeças e mumificá-las, a fim de serem exibidas como troféus, às quais atribuíam poderes mágicos. Por ocasião do processo de mumificação e ornamentação, a cabeça, após ter sido conquistada, era mantida em uma estaca, tornando-se elemento de destaque em festividades e cerimônias por um período de até três estações chuvosas após a conquista. A cabeça mumificada e enfeitada simbolizava o feito máximo do guerreiro, carregando respeito e orgulho ao feitor e despertando inveja aos demais (RAMOS, 2003; LEOPOLDI, 2005).

Relatos dos mesmos autores explicam que essa atividade bélica se prolongava por vários meses chegando a alcançar até um ano e meio, feita em grandes excursões do rio Madeira ao Tocantins, retratando o significado e a importância da guerra para a etnia, o que deixou de ocorrer na contemporaneidade, em razão da introdução de aspectos culturais diferenciados nas comunidades indígenas, fruto das relações estabelecidas com a sociedade envolvente, essencialmente entre os indígenas que habitam às margens dos rios Tapajós, Madeira e Cururu.

As práticas de guerra somente foram amenizadas por volta de 1912 com a chegada dos padres alemães da ordem franciscana que fixaram uma missão no rio Cururu, afluente do rio Tapajós. Naquela ocasião, segundo os relatórios elaborados pela Funai na década de setenta, constatou-se que estava havendo um declínio na população e um grande envolvimento dos indígenas no comércio da borracha, o que foi utilizado pelos religiosos como estratégia para conquistá-los, oferecendo preços mais atraentes ao produto extraído e mercadorias com menor custo.

No Brasil, os Munduruku habitam terras localizadas nos estados do Pará (região sudoeste - municípios de Santarém, Itaituba e Jacareacanga), Amazonas (região leste - municípios de Canumã e Borba) e Mato Grosso (região norte - município de Juara), demonstrando preferência pelas regiões de savana no interior da floresta amazônica, às margens de rios navegáveis (RAMOS, 2003). No estado do Pará, os indígenas do município de Jacareacanga, tiveram seu território demarcado segundo Decreto Presidencial publicado em 26.02.2004 com superfície de 2.381.795,7765 ha e perímetro de 1.108.212,28m.

Devido ao constante contato com o município de Jacareacanga, a maior parte da população indígena da aldeia Nova Karapanatuba é bilíngue. Entretanto, percebe-se uma forte determinação para preservação da língua materna, visto que as mulheres, crianças e idosos se comunicam exclusivamente em munduruku, e demonstram maior dificuldade para falar e compreender o português.

### **Moradia**

Dentro da aldeia Nova Karapanatuba há 62 residências e 90 famílias. Todas as residências são construídas de madeira e são cobertas de telhas de fibrocimento, outras cobertas de palha, algumas de chão batido, outras de piso liso colorido de cimento ou cerâmica (figura 8).

**Figura 8: Visita domiciliar na aldeia Nova Karapanatuba, 2020.**



Fonte: Arquivo pessoal, 2020

### **Alimentação, força de trabalho e tipos de renda financeira**

Os modos de produção e obtenção de alimentos entre os Munduruku está pautado na economia tradicional através da caça, pesca e plantio de culturas de forma consorciada com predominância de raízes (mandioca, batata, cana e cará) e frutas.

As atividades de caça, pesca e coleta, importantes meios para obtenção de alimentos, são desenvolvidas seletivamente mediadas pelas estações do ano. De acordo com informações do Instituto Socioambiental - ISA (2010), o pescado constitui a principal fonte de proteína animal consumida na aldeia, fazendo parte das refeições somente no período de estiagem, visto que na época das chuvas os rios enchem formando igapós, dificultando sua captura. Da mesma forma, a coleta de frutas também é sazonal, correspondente à safra de cada espécie, tornando-se alimento complementar juntamente com a caça, essencialmente no período de escassez do peixe. O produto de maior consumo em todas as aldeias é a mandioca tanto na forma de farinha, após beneficiamento, como em beijus.

Ao longo dos tempos os Munduruku foram incorporando hábitos de consumo de alimentos industrializados, a exemplo de sal, açúcar e café, que precisam ser adquiridos regularmente, juntamente com outros produtos como o sabão, o combustível e o vestuário. Para isso, produzem farinha de mandioca, que é comercializada na cidade de Jacareacanga, no intuito de obter numerários para aquisição dos produtos que necessitam. Obtém rendimentos também, da venda de pequenas quantidades de ouro extraído das minas abandonadas pelos garimpeiros, assim como do trabalho remunerado nas minas em atividade e nas fazendas da região.

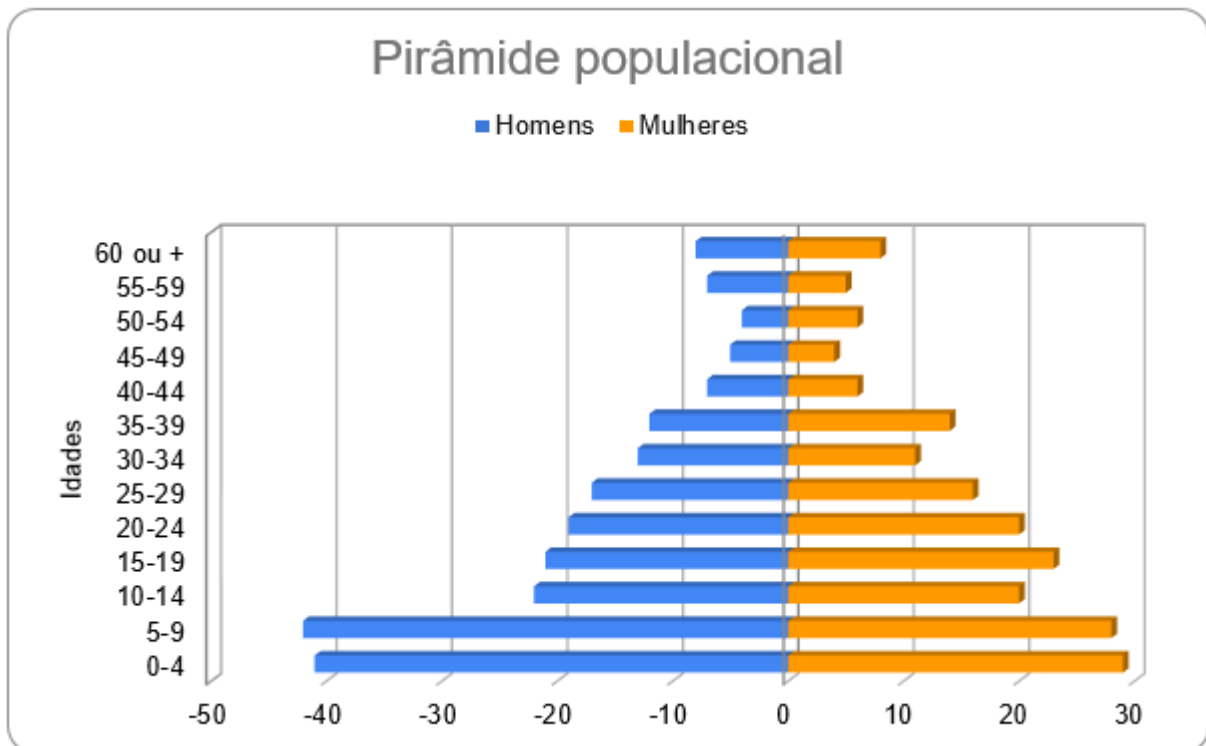
## **Comunicação**

A forma de comunicação da aldeia Nova Karapanatuba é através do acesso à cidade por meio fluvial, via radiofonia, internet e em alguns locais específicos, dentro da aldeia, onde chega sinal, por via telefônica.

O processo educacional já está instalado no território, através de escolas de ensino fundamental e médio e faculdades estaduais que funcionam por módulo de extensão presencial com cursos de pedagogia predominante na procura. As escolas são estruturadas dentro da comunidade com secretaria, direção, professores da língua materna, português, inglês e geografia entre outros.

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

### População por faixa etária e sexo da aldeia Nova Karapanatuba - Dsei Rio Tapajós/2019



Fonte: Arquivos internos da UBSI Kixi Muybu/ DSEI-RT/2019

A pirâmide populacional, acima, nos mostra que a aldeia Nova Karapanatuba possui uma população de 408 indígenas de etnia Munduruku, dos quais 218 são do sexo masculino e 190 do sexo feminino, que por faixa etária desde 0 a 60 ou mais anos de idade está distribuída da seguinte forma: de 0 a 9 anos de idade contabiliza-se um total de 140 crianças, o que corresponde a um 34,31% da população, de 10 a 39 anos de idade contabiliza-se um total de 208 pessoas jovens, o que corresponde a um 50,98% da população, de 40 a 59 anos há um total de 44 pessoas, o que corresponde a um 10,78% da população adulta e de 60 anos ou mais há um total de 16 pessoas idosas, o que corresponde a um 3,92% da população. A partir dos dados obtidos, conclui-se que a maior parte da população é do sexo masculino (53,43%).

A taxa de fecundidade total é de 4,5 filhos, dado esse que segundo o AIS da aldeia, Janilson Karo, vem diminuindo ao longo do tempo devido ao contato da população da aldeia com a cidade de Jacareacanga que fica a 20 minutos de voadeira da aldeia, com isso vários indígenas estão adotando cada vez mais os costumes dos não-indígenas e de indígenas não-aldeados que vivem nessa cidade, que segundo o AIS esses têm em média de 2 a 3 filhos. O AIS, que tem 4 filhos, diz ser de uma família de 7 irmãos e que anos atrás as mulheres Munduruku tinham em média 8 a 10 filhos e que se lembra de ter morado em uma aldeia onde havia uma família composta por 12 filhos. A taxa de mortalidade geral no ano de 2019 foi de 7,35%.

### Principais indicadores de saúde

#### Taxa de mortalidade materna, infantil e mortalidade na infância

Apesar do contato próximo à cidade as mulheres preferem dar à luz na aldeia, em suas residências, com os cuidados de uma parteira auxiliada por outras mulheres da família da gestante, esse fato é observado em 99% dos casos. Em 2019 ocorreram 20 partos dentro da aldeia. Uma porcentagem de 1% das gestantes optam por darem à luz na cidade, isso ocorre normalmente quando essas são orientadas pela EMSI sobre o risco gestacional

que padecem, necessitando cuidados especiais durante o parto, o que na maioria das vezes resulta em um parto cesáreo.

No que se refere ao estado nutricional das crianças menores de 5 anos têm-se os seguintes resultados: muito baixo peso 1,64%, baixo peso 6,99%, peso adequado 91,37%, sobrepeso 0,00% e obesidade 0,00%. No que se refere ao estado nutricional dos idosos têm-se os seguintes resultados: muito baixo peso 2,43%, baixo peso 4,66%, peso adequado 92,06%, sobrepeso 0,85% e obesidade 0,00%.

No que se refere as infecções do trato respiratório de diversas formas em crianças menores de 5 anos obtêm-se uma taxa anual de 16,07%, em idosos registra-se um valor menor de apenas 0,15%, convém destacar que a população adulta costuma tratar resfriado e síndrome gripal com medicação caseira de sua cultura, procurando mais a UBSI quando percebem que ao passar dos dias há um aumento, persistência ou agravamento da sintomatologia.

Registrou-se uma taxa de 0,036% de crianças menores de 5 anos que apresentaram algum tipo de doença parasitária, já à população adulta registrou-se 0,075%.

Foram notificados 41 casos positivos de malária entre a população geral, o que chamou a atenção é que todos esses casos foram de pessoas que estiveram em algum garimpo próximo à aldeia.

No ano de 2019 veio a óbito a única paciente portadora de diabetes da aldeia Nova Karapanatuba, tratava-se de uma senhora de 63 anos diagnosticada com diabetes tipo I, essa era insulínica que com o passar dos anos mostrou-se resistente ao tratamento e próximo a chegada do segundo semestre do ano recusou-se totalmente em receber a medicação, referia que ia tratar-se dentro da cultura, poucos meses depois a idosa veio a óbito por complicações da doença.

Em Nova Karapanatuba há um único caso de paciente portadora de asma, é uma senhora de 59 anos que também é portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS). A paciente é bastante colaborativa ao tratamento, faz consultas mensais para ambos os casos patológicos que padece e sempre procura a UBSI quando sofre uma crise asmática. Ao total são cadastrados 9 pessoas portadoras de HAS da aldeia Nova Karapanatuba, todas acompanhadas pela EMSI mensalmente.

## **Indicadores de Saneamento Básico**

### **Água**

A comunidade indígena da aldeia Nova Karapanatuba conta hoje com um Sistema de Abastecimento de Água - SAA construído pela Prefeitura Municipal de Jacareacanga, por meio de um convênio com a FUNASA no ano de 2002, privilégio este que não foi ofertado a todas as aldeias a exemplo da aldeia Caroyal do Rio Cururu que apesar de a população ter água encanada essa água vem de instalações feitas diretamente em um córrego próximo da aldeia.

Este SAA da aldeia Nova Karapanatuba é constituído por um poço semi artesiano com aproximadamente 24 metros de profundidade, reservatório com capacidade para armazenar 3.000 litros de água e rede de distribuição com tubulação de PVC. A rede principal possui diâmetro nominal de 32 mm e as redes secundárias (pontos de coleta) foram executadas com tubos de 20 mm. O poço possui uma vazão de 4,18 m<sup>3</sup> de água por hora, porém foi construído em uma área muito próxima ao rio, devido ao processo de erosão parte do terreno no entorno do mesmo está desmoronando.

No ano de 2002, quando o sistema de abastecimento foi implantado havia 201 indígenas residentes nesta comunidade, hoje esta população dobrou, de acordo com o Censo SIASI/2019 são 408 indígenas residentes na aldeia Nova Karapanatuba, de forma que a estrutura existente já não está mais atendendo à demanda diária de consumo dos habitantes.

### **Esgoto**

A unidade de saúde, alojamento dos profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI e a escola possuem banheiros com tratamento dos efluentes, realizado por meio de um sistema de fossa séptica e sumidouro. A aldeia possui 03 módulos sanitários coletivos com fossa séptica, porém a maioria deles já foi destruída por ações de vandalismo, que quebraram a estrutura e entupiram as tubulações com solo, apenas 01 continua em funcionamento. Nas residências, cada família utiliza latrinas com fossas negras ou lançam seus dejetos diretamente nos córregos ou ao ar livre.

## **Resíduos Sólidos**

Em geral, os resíduos sólidos gerados nas aldeias sob jurisdição do DSEI-RT são divididos em dois tipos: resíduos domésticos e resíduos de saúde (RS). No cenário atual, na aldeia Nova Karapanatuba, não há coleta especializada para os RS, assim, estes são armazenados em lugar apropriado e devidamente acondicionados para ser transportados pela EMSI, quando oportuno, até o Polo Base Jacareacanga, para então ser realizada a coleta destes pelo Município, por meio de um acordo não formalizado.

Em relação aos resíduos domésticos, não é executada uma destinação adequada. Geralmente, estes são queimados pela comunidade, enterrados ou até mesmo despejados ao longo da aldeia. Ocasionalmente, são promovidos mutirões de limpeza apoiados pelo Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI).

Ressalta-se que o SESANI, em parceria com a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), vem elaborando o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS) com pretensão de que seja implementado no primeiro semestre de 2021. O PGRS tem como premissas as soluções integradas para a coleta seletiva, reciclagem, compostagem, destinação final e disposição final dos resíduos domésticos e contratação de empresa para coleta dos RS da aldeia.

## **Programas de Saúde**

Mensalmente a EMSI faz atendimentos dos programas de pré-natal, saúde da criança, saúde do idoso, hiperdia, saúde mental e pessoa com deficiência (PcD), além de rastreamento para câncer de próstata, câncer de mama, câncer de colo uterino, hanseníase e tuberculose. Quando o médico está em seu período de arejamento os demais integrantes da EMSI agendam alguns pacientes com patologias complicadas, porém não urgentes, para que sejam avaliados pelo médico.

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

A aldeia Nova Karapanatuba foi beneficiada em novembro de 2020 por um grupo voluntário de profissionais de saúde composto por biomédicos, biomédico citologista e técnicos de laboratório. Dentre os serviços ofertados foi realizado na população geral o exame de bioquímicos tais como glicose, colesterol e triglicérides onde se observou um alto índice de hipertrigliceridemia entre a população jovem, adulta e idosos. Diante destes dados, a equipe multiprofissional de saúde indígena (EMSI) considerou tais resultados como preocupantes e dignos de atenção voltada ao problema. O quadro 1 demonstra o problema exposto e seus determinantes.

**Quadro 6: Problema e Determinantes**

QUAL É O PROBLEMA?	COMO ACONTECE?	
	Mudanças no modo de viver	Alterações no Meio Ambiente
O excesso de triglicérides no sangue é um problema, pois ele está associado à deposição de gorduras nos vasos, um processo chamado aterosclerose, que está intimamente ligado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.	Mudança no hábito alimentar: açúcar, chocolate, biscoito, macarrão, arroz, refrigerantes.	Pessoas sedentárias
Pode causar inflamação do pâncreas, levando a fortes dores abdominais, náuseas, vômitos, febre e calafrios.	Consumo de bebidas alcólicas.	Contaminação dos rios pelos garimpos próximos às aldeias.
Triglicérides muito altos combinados com o acúmulo de colesterol podem causar dificuldades respiratórias, dor no peito e pressão alta. As complicações podem ser fatais sem atenção médica imediata.	Diminuição de consumo de alimentos produzidos nas aldeias indígenas.	Perda de costume de ervas de medicações tradicionais.
Geralmente não apresentam sintomas, embora altos níveis possam estar associados a lesões cutâneas conhecidas como xantomas.	Mau uso no consumo de alimentos industrializados.	
Aumenta o risco de morte por infarto do miocárdio	Fácil acesso à cidade.	
53,43% da população da aldeia Nova Karapanatuba é do sexo masculino e a hipertrigliceridemia é mais prevalente em homens que em mulheres.	Não seguem as orientações de dieta recomendadas pela EMSI.	
	Preferência ao trabalho em garimpos que caçar, pescar e plantar.	

Fonte: Arquivo pessoal, 2020

Diante do problema exposto planeja-se estratégias de ações para a solução do problema, conforme demonstra o quadro 2.

**Quadro 7: Plano de Soluções para a hipertrigliceridemia no território**

ALDEIA	Polo Base	DSEI	Outros Setores



Ações individuais	Ações coletivas			
Orientar sobre o consumo correto de alimentos industrializados.	Identificar com a comunidade as causas da hipertrigliceridemia no território.	O polo base é responsável pela organização das ações de palestras, reuniões e materiais.	Fortalecer as informações sobre mau uso da alimentação industrializada.	Acionar e sensibilizar mostrando os resultados dos exames laboratoriais e causas levantadas para os setores que podem ser grandes parceiros: Prefeitura municipal de Jacareacanga, lideranças, Associações indígenas, Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, FUNASA, FUNAI, Organizações não-governamentais
Acompanhar os resultados de exames de cada indivíduo em tratamento para diminuição dos níveis elevados de triglicédeos.	Propor ações educativas com: AIS, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, velhos e lideranças da aldeia.	Programar junto à nutricionista do DSEI um modelo de dieta sugestivo a ser seguido e junto com o AIS fazer esse cardápio em impresso chegar a todas as residências do território.	Apoiar com recursos financeiros os seminários, palestras, capacitação e formação da equipe.	Incentivo de cultivo de roças, caça e pesca.
Cuidado especial aos idosos	Fazer palestras na comunidade sobre as causas da hipertrigliceridemia	Acompanhar com maior ênfase aos casos de pacientes com hipertrigliceridemia grave.	Prover o polo base com materiais e medicamento para o tratamento do problema.	Discussão sobre as modificações do meio ambiente.
	Junto com os professores explicar para os alunos na escola, em especial os do ensino médio, sobre a hipertrigliceridemia.	Coordenar junto à CASAI agendamentos para repetição dos exames laboratoriais no hospital municipal.	Receber, organizar e tratar as informações de vigilância à saúde.	
		Informar a sede do DSEI sobre o diagnóstico de hipertrigliceridemia de grande porcentagem populacional no território.	Apoio logístico	
		Explicar o uso da comida do "branco", com ajuda dos profissionais.	Articulação com outros setores.	

Fonte: Arquivo pessoal, 2020

As figuras 9 e 10 são de registros das atividades realizadas pela equipe voluntária de profissionais de saúde da UFPA e SESP que estiveram prestando atendimentos à população em geral do Polo Base Jacareacanga tipo I na

aldeia Nova Karapanatuba.

**Figura 9 - Profissionais de saúde fazendo o registro dos pacientes e o recebimento de material para os exames de parasitoscopia e urinálise**



*Fonte: Arquivo pessoal, 2020*

**Figura 10: Profissionais de saúde fazendo coleta de sangue para exames bioquímicos**



Fonte: Arquivo pessoal, 2020

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

A hipertrigliceridemia é de fato um problema para a comunidade, tomando-se em conta que é uma patologia que normalmente não apresenta sintoma, porém traz sérias consequências quando não é tratada. A EMSI ao deparar-se com os resultados de exames laboratoriais pôde avaliar a extensão do problema no território. Preocupando-se com a população adulta em geral e como forma de prevenção às crianças e adolescentes é que decidiu-se formar uma estratégia para combater o problema, que não é de difícil solução, desde que a população colabore com o trabalho planejado pela EMSI.

O objetivo é solucionar o problema, entendendo-se que a educação alimentar, práticas de atividades física e o uso de medicação serão atributos suficientes para curar a doença. Vale lembrar que o uso de medicação farmacológica, será necessária apenas em um período curto de tempo, logo deixará de ser necessária adotando-se mudanças de hábitos de vida, como mudanças alimentares e práticas de atividades física. A continuidade desses hábitos contribuirá como formas de prevenção de outros agravos à saúde.

Para a solução do problema a EMSI concordou em que o médico da aldeia, o AIS e o técnico em enfermagem (que é indígena) devam conversar com o cacique da aldeia e com o conselheiro local, para explicar primeiramente a eles o problema de saúde que a população está padecendo e que na maioria dos casos é um problema de saúde assintomático, porém, perigoso. Depois disso, a equipe fará uma palestra no barracão da aldeia com a população em geral e a deixará a par da situação. Essa palestra acontecerá após o café comunitário, que nesse tempo de pandemia só está acontecendo nos dias sábados. Para a palestra teríamos como palestrantes o médico da aldeia, falando em português, e o AIS traduzindo à língua materna, e também a enfermeira que também falará em português com o apoio do técnico em enfermagem traduzindo para a língua munduruku. Serão utilizados cartazes com fotos de alguns tipos de alimentos industrializados para facilitar a compreensão da fonte dos alimentos ricos em carboidratos, açúcar e gorduras. A participação do AIS e também do técnico em enfermagem da UBSI será fundamental, tomando-se em conta que são indígenas, profissionais de saúde e são bilíngues. Também está planejada uma roda de conversa com o público diagnosticado com a doença, onde estará aberta a perguntas e respostas. Outro plano é fazer uma palestra na escola com os alunos do ensino médio, usando o data show da escola para explicar aos alunos o que é a hipertrigliceridemia e por que é tão importante tratá-la e prevenir-se da mesma e o que levou a população da aldeia em sua maioria a contrair tal doença. E, por fim, com o apoio da nutricionista do DSEI, elaborar um cardápio sugestivo, apropriado a cultura alimentar Munduruku, para que a EMSI distribuía para todas as casas da aldeia. Para a distribuição do cardápio nas residências, contaríamos com o apoio dos ACS, que sempre tem colaborado bastante com a EMSI da aldeia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a contextualização descrita anteriormente, observa-se que é preocupante os elevados indicadores negativos de saúde da população citada no território, além dos aspectos culturais envolvidos, é notório que é necessário algumas recomendações para que se possa avançar no processo de qualificação de saúde ofertada. Dentre as limitações é necessário renovar as estratégias rotuladas através de protocolos já existentes, sem sucesso em suas aplicações ou mesmo funcionam parcialmente, dessa forma não chegando a agregar de fato a prevenção de muitas das doenças acometidas à população do território recorte. Considerando as experiências pessoais de trabalho ofertado à população citada observa-se que esta apresenta indicadores de saúde de médio risco, e é de suma importância realizar estratégias que venham a promover a prevenção de agravos no território.

Dentre as recomendações sugere-se:

- Acompanhamento precoce do pré-natal conforme os aspectos culturais;
- Acompanhamento do perfil alimentar da comunidade, considerando a relação com o déficit nutricional em crianças, gestantes e idosos;
- Avaliação dos casos de diarreias, com aprimoramento do diagnóstico se é bacteriana, viral ou parasitária;
- Promoção do cuidado com os recém-nascidos em conjunto com as parteiras;
- Promover estratégias voltadas aos cuidados na prevenção da malária;
- Promoção da rede de cuidado tradicional e ocidental junto a equipe multidisciplinar de saúde em conjunto com os cuidadores tradicionais;
- Fortalecimento, incentivo e valorização do consumo da alimentação tradicional produzida no território;
- Melhora na estratégia da Vigilância Domiciliar.

Com o aprendizado no curso através dos vídeos, áudios e diversas leituras do material ofertado, assim também como as reflexões que tive no período em que me dediquei a especialização em saúde indígena, tudo isso me serviu positivamente para o trabalho que venho desenvolvendo, dos quais destaco:

- Observar mais o comportamento da etnia da qual presto serviços de saúde;
- Rever protocolos e seus atributos aplicáveis no território, avaliando a sua eficiência e ineficiência;
- Melhora na abordagem do indivíduo, respeitando acima de tudo o aprendizado que este teve dentro de sua cultura;
- Aprendi que muitas vezes o não de um paciente ou de seus familiares tem uma importância muito justa dentro de sua cultura;
- Aprendi a importância de ouvir a comunidade do território a ser trabalhado, é como disse Carl Rogers, “não podemos ensinar a outra pessoa diretamente; só podemos facilitar sua aprendizagem”;
- Aprendi que promover saúde não é apenas prevenir doenças;
- Aprendi a melhor planejar as ações de saúde.

São inúmeras as contribuições a mim favorecidas no transcorrer do curso. Portanto, é necessário agir de forma conjunta com a comunidade para que se possa ter êxito na execução dos planejamentos propostos para o território.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. SESAI. Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós. SIASI Local - Painel SIASI. Acesso: 4 mar. 2020

FNEEI. Fórum Nacional de Educação Escolar Indígena. Sesai demitirá 10 mil servidores não concursados até dezembro; Lei da Terceirização força mudança, diz secretária. Disponível em: <http://fneei.org/2017/09/28/sesai-demitira-10-mil-servidores-nao-concursados-ate-dezembro-lei-da-terceirizacao-fo-rc-a-mudanca-diz-secretaria/>. Acesso: 5 mar. 2020.

Gerenciamento de Recursos Humanos da SESAI (SESAI-RH), disponibilizados ao DSEI/RT via SEI, contudo houve necessidade de atualização local, 2019.

Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus. Unidades Indígenas. DSEI Tapajós. Disponível em: <https://www.hmtj.org.br/unidades/unidades-hmtj/dsei-tapajos.php>. Acesso: 4 mar. 2020.

ISA. Instituto Sócio Ambiental. Povos Indígenas no Brasil. Saúde Indígena. Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAd\\_e\\_Ind%C3%ADgena](https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAd_e_Ind%C3%ADgena). Acesso: 5 mar. 2020.

ISA. Instituto Sócio Ambiental. Povos Indígenas no Brasil. Mebêngôkre (Kayapó). Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Meb%C3%AAng%C3%B4kre\\_\(Kayap%C3%B3\)](https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Meb%C3%AAng%C3%B4kre_(Kayap%C3%B3)). Acesso 13 fev. 2021.

ISA. Instituto Sócio Ambiental. Povos Indígenas no Brasil. Munduruku. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Munduruku>. Acesso: 13 fev.2021.

MD. Saúde. PINHEIRO, Pedro, Cardiologia. Triglicerídeos: o que são, sintomas e tratamento. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/cardiologia/colesterol/triglicerideos/>. Acesso: 9 dez. 2020.

NOGUEIRA, Laura Maria V. A Magnitude da Tuberculose e os Itinerários Terapêuticos dos Munduruku do Pará na Amazônia Brasileira. 2011. 167 p. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery, Coordenação Geral de Pós-graduação e Pesquisa. Disponível em: [http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_LauraMariaVidalNogueira.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_LauraMariaVidalNogueira.pdf). Acesso: 13 fev. 2021.

Portal São Francisco. Hipertigliceridemia. Disponível em: <https://www.portalsaofrancisco.com.br/saude/hipertigliceridemia#:~:text=Triglicer%C3%ADdeos%20muito%20altos%20combinados%20com,o%20m%C3%A9dico%20diagnosticar%20a%20hipertigliceridemia>. Acesso: 9 dez. 2020.

SETRAN/DSEI Rio Tapajós, 2019.

SciELO. Cadernos de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública vol.17 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2001. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000200009&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000200009&script=sci_arttext&tIng=pt). Acesso: 13 fev. 2021.

Wikipedia. Distrito Sanitário Especial Indígena. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_sanit%C3%A1rio\\_especial\\_ind%C3%ADgena](https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_sanit%C3%A1rio_especial_ind%C3%ADgena). Acesso: 4 mar. 2020.

Wikipedia. Hipertigliceridemia. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertigliceridemia>. Acesso: 9 dez. 2020.