



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DANUSIA REGINA CRUZ SILVA LIMA

A SOBREVIVÊNCIA DA ALDEIA ALTAMIRA, NO CENTRO DO SERTÃO DO SÃO  
FRANCISCO

SÃO PAULO  
2021

DANUSIA REGINA CRUZ SILVA LIMA

A SOBREVIVÊNCIA DA ALDEIA ALTAMIRA, NO CENTRO DO SERTÃO DO SÃO  
FRANCISCO

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

Orientação: SELMA APARECIDA CHAVES NUNES

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

Trabalho descritivo, cujo objeto principal é a aldeia Altamira, local de moradia da etnia Atikum-Umä, no Sertão Submédio do São Francisco. Aspectos ambientais, econômicos, sociais de uma comunidade sobrevivente do sertão nordestino, com assistência fragilizada e apresentando problemas de extrema gravidade, como ausência de saneamento básico há mais de uma década e perfil epidemiológico evidenciando alta prevalência de doenças infectocontagiosas, além de defasagem no próprio sistema de informação à atenção indígena. Apesar de focar no conhecer do território e de sua história, também há um caráter de apelo e denúncia na narrativa. Na prática, não houve impacto concreto na mudança estrutural sobre as condições de saneamento ou outras desigualdades de Altamira, estando ainda em aberto diversas questões acerca da falta de assistência desta aldeia.

### **Palavras-chave:**

Território Sociocultural. Saúde da População Indígena. Perfil Epidemiológico. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

## APRESENTAÇÃO

Meu nome é Danúsia Regina Cruz.



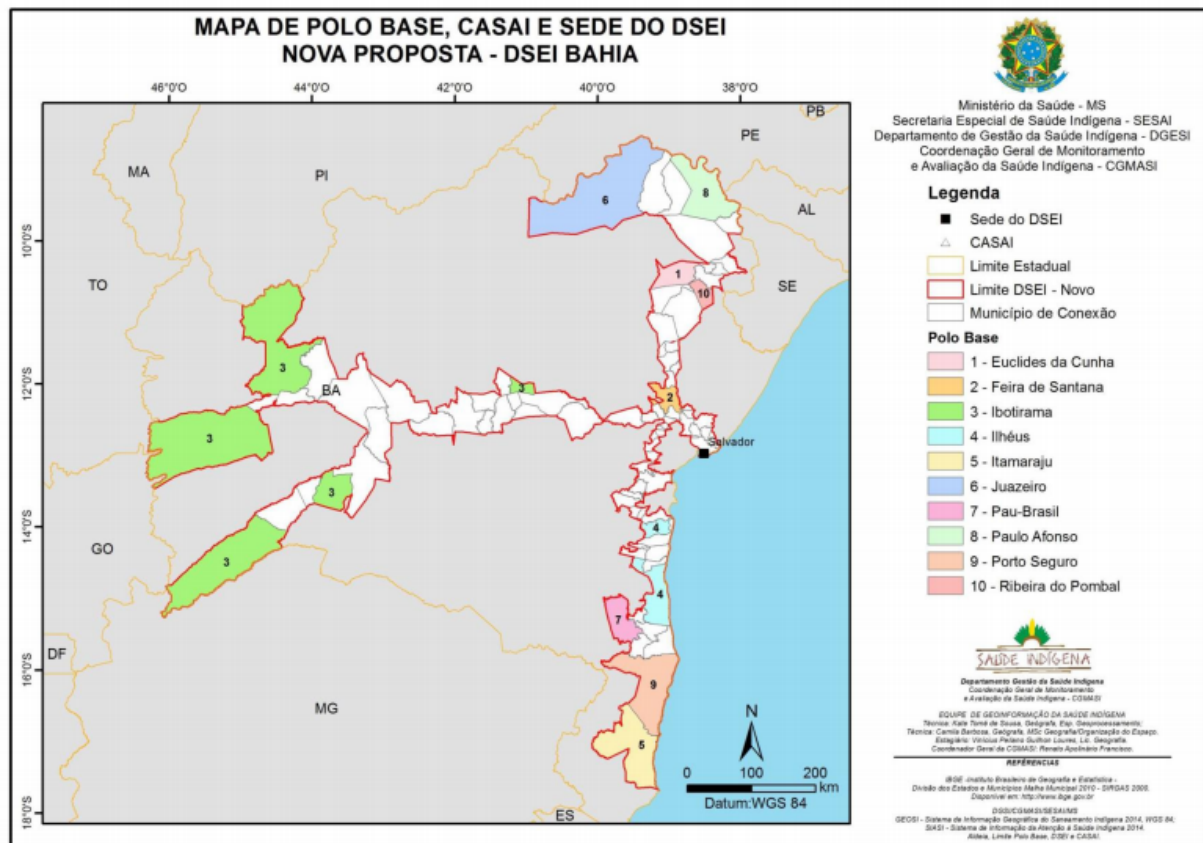
(Fonte: acervo pessoal)

Sou baiana, do interior e sempre quis ser médica, desde muito nova. Lia muito, estudava com gosto e isso era meu sonho de vida. Realizei meu propósito em 2018 e, pouco tempo depois, vim parar no meu emprego atual, no DSEI Bahia. Durante a faculdade, sempre fui uma pessoa muito ligada a questões sociais, participei duas vezes de diretório acadêmico e também de movimentos sociais extramuros da Universidade, entendendo que a Medicina não se faz apenas dentro das paredes de um hospital ou de uma Unidade de Saúde. Tive interesse, precocemente, por saúde pública e por áreas como saúde da população rural, saúde da mulher, saúde indígena, o que estivesse ligado a minorias políticas e grupos vulneráveis. Como vim de família humilde, sou mulher e negra, não pude negar minhas raízes nem ignorar o fato de que me identificava, sobremaneira, com populações desassistidas, de alguma forma ou que sofressem algum tipo de opressões na sociedade. Assim, foi uma alegria para mim, quando aberto o edital do Mais Médicos naquele ano, poder verificar que haviam vagas em um Polo Base do DSEI Bahia perto de onde moro, no Vale Submédio do São Francisco.

Minhas expectativas eram amplas. Coloco no passado, pois, após o tempo inicial de ideais utópicos sobre conhecer a realidade indígena local, pude constatar que não é fácil trabalhar na saúde, com estes povos. As particularidades inerentes à saúde indígena se mostraram pra mim, principalmente na infraestrutura precária e desestimulante do Polo Base onde estou lotada, até o momento. É extremamente desafiante trabalhar com povos isolados, em situação de pobreza extrema, por isso, ansiei muito pela especialização em Saúde Indígena, pois esperava ter um arcabouço teórico que me auxiliasse no enfrentamento dos percalços no trabalho.

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

O DSEI Bahia atende 33.599 indígenas de 28 etnias, em 103 aldeias, contando com 26 Unidades Básicas de Saúde Indígena. Com sede em Salvador, o DSEI conta com nove polos-base no interior do estado, quais sejam: Euclides da Cunha, Ibotirama, Ilhéus, Itamaraju, Juazeiro, Pau Brasil, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal. Sua extensão, em 2020, era, em Km<sup>2</sup>, 165.197,16.



(Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2016 - 2019)

O Polo Base de Juazeiro abarca três cidades no norte da Bahia: Abaré e suas aldeias, Sobradinho e Curaçá, que são sede das aldeias Camixá e Altamira, respectivamente. Estas duas são de responsabilidade da EMSI da autora, estando situadas no meio da caatinga, onde predominam as xerófitas, com poucas áreas de média ou grade altitude. O clima é extremamente quente e seco, chegando a níveis alarmantes de baixa umidade em algumas épocas do ano, e temperaturas que ultrapassam os 40°C.

A população total da área coberta pela equipe da autora é cerca de 180 habitantes, das etnias Truká (Sobradinho) e Atikum (Curaçá). A população, muitas vezes, está inserida em contexto de trabalho informal, como em atividades domésticas (mulheres e crianças) e agricultura (mulheres e homens). Esta última oferece risco alto à saúde dos usuários pelo impacto de agrotóxicos utilizados na atividade laboral (a fruticultura irrigada é a base da economia do submédio do São Francisco), especialmente sem o devido equipamento de proteção individual. Além disso, é comum na rotina da equipe os atendimentos cuja queixa esteja voltada para problemas osteomusculares decorrentes de excesso de carga nestes mesmos trabalhos, além de um estilo de vida que não permite acesso a

atividade física adequada. Em ambas as áreas, o acesso é feito, primeiro por rodovias e segundo, por estradas de terra, que podem estar comprometidas em períodos de chuva.

Em Sobradinho, há, perto da aldeia, um complexo eólico, que não aparenta impactar negativa ou positivamente na rotina da aldeia.

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

"O Distrito Sanitário é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, com foco na eficiência e na celeridade, bem de acordo com as especificidades dos povos indígenas. [...]"

Existem, hoje, no País, 34 DSEI's. Para a definição dos Distritos, foram realizadas reuniões com lideranças e organizações indígenas, representantes da Funai, antropólogos, universidades e instituições do governo e entidades não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde." (Política Nacional de Atenção à Saúde do Povos Indígenas, 2002)

Em 2012, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) elaborou seu primeiro plano distrital de saúde, com o objetivo de integrar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) ao Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele momento, gestores, trabalhadores e usuários experimentavam uma nova forma de fazer saúde indígena, mais próxima e mais atenta aos princípios e diretrizes do SUS, mas com muitas dúvidas, anseios e expectativas. Nesse mesmo ano foi publicada a Portaria nº 755 de 18 de abril, segundo a qual passava a ser de competência dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) a participação na elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), assim como, a aprovação do seu conteúdo e o acompanhamento e avaliação da sua execução. (Avaliação do PDSI 2016-2019)

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; e

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

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.

Composição e Representatividade do CONDISI Bahia:

- 1 - 50% de usuários indígenas: 18 vagas de conselheiros titulares.
- 2 - 25% de trabalhadores da saúde indígena: 09 vagas de conselheiros titulares.
- 3 - 25% de gestores e prestadores de serviços da saúde indígena: 09 vagas de titulares.
- 4 - Total de Conselheiros do CONDISI: 36 vagas de Conselheiros Titulares.

(Trecho retirado do site do Ministério da Saúde, sob o título "Controle social na Saúde Indígena". Acesso em Março de 2020).

O Distrito Sanitário Saúde Indígena da Bahia- DSEI Bahia abrange, atualmente 9 Polos Base. Atuando nos Polos, 23 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI - responsável pela Atenção Básica para atender às necessidades da população indígena. Essas equipes multidisciplinares são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem/técnicos de enfermagem, e agentes indígenas de saúde (AIS) e de saneamento (AISAN). (Cartografia do DSEI Bahia, 2013).

As EMSI atendem 33.599 indígenas de 28 etnias, em 103 aldeias, contando com 26 Unidades Básicas de Saúde. Com sede em Salvador, o DSEI-BA conta com nove polos-base no interior do estado, quais sejam: Euclides da Cunha, Ibotirama, Ilhéus, Itamaraju, Juazeiro, Pau Brasil, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal e um Polo funcionando apenas de forma administrativa como referência aos indígenas encaminhados para procedimentos no município de Feira de Santana. Sua extensão, em 2020, era, em Km<sup>2</sup>, 165.197,16. (Cartografia do DSEI/BA; Site da SESAI)

No DSEI-BA não há Casa de Apoio à Saúde do Índio - CASAI. (Site da SESAI, acesso em Fevereiro de 2021).

Número de profissionais a serviço da saúde indígena: 99 do quadro efetivo; 02 em cargo de confiança; 01 do quadro temporário - CTU; 18 médicos do Programa Mais Médicos; 132 contratados por empresas terceirizadas; 04 estagiários e 11 profissionais disponibilizados pela FUNASA/BA (CHESF e MAPA/BA) (PDSI 2016-2019).

São **474 profissionais** contratados pelo IMIP (Site da SESAI).





### DSEI BAHIA - 2015



POLO BASE	MUNICÍPIOS ABRANGENTE	POPULAÇÃO	QUANTIDADE ETNIAS	ETNIAS
Euclides da Cunha	Euclides da Cunha	1.011	1	Kaimbé
Ibotirama	Ibotirama, Angical, Santa Rita de Cassia, Muquém de São Francisco, Utinga, Serra do Ramalho e Coqueiros	1.153	8	Tuxá, Kiriri, Pankarú, Atikum, Fulni-ô, Pataxó Hã Hã Hãe, Xakriabá e Paiaia
Ilhéus	Ilhéus, Camamu, Buerarema, Una	4.900	2	Tupinambá e Pataxó Hã Hã Hãe
Itamaraju	Itamaraju, Prado, Alcobaça	2.644	2	Pataxó e Pataxó Hã Hã Hãe
Juazeiro	Sobradinho, Curaça e Abaré	1.774	3	Atikum, Truká e Tumbalalá
Pau Brasil	Pau Brasil, Camacan e Itaju do Colonia	4.000	1	Pataxó Hã Hã Hãe
Paulo Afonso	Paulo Afonso, Rodelas e Glória	3.100	8	Tuxá, Xukuru Kariri, Pankararé, Truká, Atikum, Kambiwá, Pankararú e Kantarururé
Porto Seguro	Porto Seguro, Belmonte, Santa Cruz Cabralia	15.000	2	Pataxó e Tupinambá
Ribeira do Pombal	Ribeira do Pombal, Banzaê e Quijigue	4.000	2	Tuxá e Kiriri
TOTAL		37.582		

Quantidade de profissionais contratados para atender essa população é de 462

Fonte: <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/dseibahia.html>. Acesso em Fev/2021

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

O território analisado neste presente trabalho é a Aldeia Altamira, localizada no município Curaçá, Bahia. Ao Norte da Bahia, fazendo fronteira com o estado de Pernambuco, Altamira é ocupada pelos Atikum desde o fim da década de 90, quando o povo, hoje pouco mais de 100 habitantes, chegou à região. Está adscrita ao Pólo Juazeiro, do DSEI Bahia, juntamente com Camixá e Pambu. Destas, trabalho ainda na primeira, que localiza-se em Sobradinho.



(Fonte: acervo pessoal)

Os Atikum são um povo de fenotipo heterogêneo, que sugere traços da população negra, algo comum em toda a região do Sertão Baiano. Conquanto um povo sofrido e enfrentando sérios problemas básicos de subsistência, ainda é ligado ao que restou de longos anos de colonização. Falantes apenas do português, sem lembrança de outro idioma nativo, são praticantes do Toré e, na sua concepção de saúde, possuem conhecimento e práticas ligadas à medicina tradicional dos povos da terra - benzedeiras, curandeiras são figuras procuradas com frequência e são coautoras no processo de cura e reabilitação dos males.

Assim que cheguei à região, percebi dificuldade no lidar com o povo. Resistentes à pessoas de fora, com o tempo, no entanto, foram mostrando-se acolhedores e grandes aliados na construção da saúde como algo muito além do modelo biomédico (hoje, dominando cada vez mais os espaços dos povos originários). Apesar das intensas dificuldades que enfrentam na obtenção de direitos básicos como a terra (ainda em processo de demarcação), saneamento básico, assistência integral, universal, equânime à Saúde, alimentação e educação, permanecem na luta por ocupar os espaços de controle social. Sua AIS (Agente Indígena de Saúde), uma das conselheiras locais, relata diversos obstáculos para que suas demandas cheguem a maiores instâncias, incluindo a insuficiência de representação em fóruns e conselhos e refere que a aliança com o poder público do município é que, na maioria das vezes, supre as necessidades mínimas das famílias.

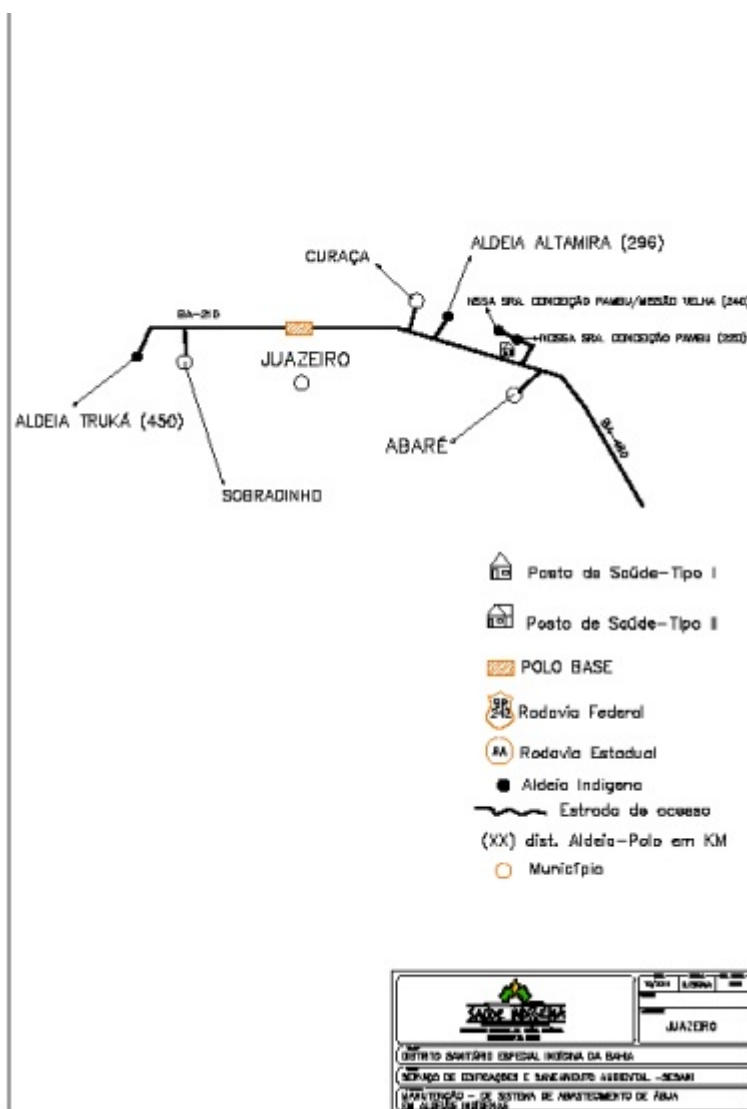
Colocar-se no local de escuta ao invés de estar em posição de ditar conhecimentos pode levar a grandes alianças e a construção de vínculos sólidos e baseados em respeito e diálogo. Assim descrevo minha relação com os Atikum, que me recebem e co-criam sua própria estrutura de enfrentamento da sua complexa realidade.

(Informações obtidas através de entrevistas a moradores locais e observação da própria autora. A literatura existente sobre a etnia Atikum não corresponde à população atual da Aldeia Altamira, mas aos seus antepassados).

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

Na Aldeia Altamira, moram indígenas da etnia Atikum, filhos da aldeia-mãe, Atikum Umã (fruta da serra do Umã), que começou a ter contato com o homem branco há algumas décadas, quando um padre subiu a serra para adentrar a aldeia, segundo suas histórias: o padre foi comido pelos habitantes, de hábitos canibais e, até, hoje, conta-se que no local onde foi morto, há uma fonte na qual nunca falta água.

A partir daí, começaram a se relacionar com a população da parte urbana de Carnaubeira da Penha, sertão pernambucano, por exemplo, com encaminhamentos para partos em hospitais e hoje já tem contato frequente com o município (estão há pouco mais de 10 anos presentes no território atual, fazenda em Curaçá-BA, que ainda encontra-se em processo de demarcação territorial). São falantes da língua portuguesa, pois sua língua nativa não sobreviveu. Ainda preservam, apesar disso, alguns de seus costumes, rituais como o Toré e a Jurema, remédio de raízes para quem precisa ser curado.



(Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2016 - 2019)

O Toré é conduzido pelos mais velhos, os rezadores, que possuem dons mediúnicos e são quem, também

orientam os tratamentos tradicionais (utilização de seivas para tratamento dermatológico, extrato de raízes para males internos). Aos sábados, segundo relato de lideranças, se reúnem para manter este hábito e manter o espírito de comunidade, com seus cantos e danças com maracás e vestes de palha.

A população total da aldeia é de 130 pessoas, divididas em 44 famílias, que habitam em 33 casas, na sua maioria de taipa. A organização social interna segue o modelo de uma pequena vila: possui escola (que vai até o nível Fundamental), casa de farinha (atualmente, abriga as instalações da Unidade de Saúde), igreja.

As atividades econômicas internas são a pesca, coleta e agricultura, tendo muitas famílias sua pequena roça. Alguns moradores, no entanto, trabalham para empresas de fruticultura irrigada da região, a maioria homens. As mulheres são, em sua maioria, responsáveis pelo cuidado das crianças e das casas. Os jovens, quando trabalham, estão integrados ao comércio da cidade, exercendo funções de caixa, por exemplo.

O município é parceiro da comunidade quando se trata dos diversos recursos em saúde: humanos, financeiros, dentre outros. A população indígena é atendida na atenção secundária da cidade e também recebe insumos da Secretaria de Educação. Quanto às próprias práticas, população busca manter sua tradição e procura, quando há sinal de problema, seus rezadores, o antigo pajé e a medicina natural (baseada no conhecimento das plantas). Havendo situação de partos, há uma parteira, porém, caso haja tempo e transporte disponível, a parturiente é levada ao hospital.

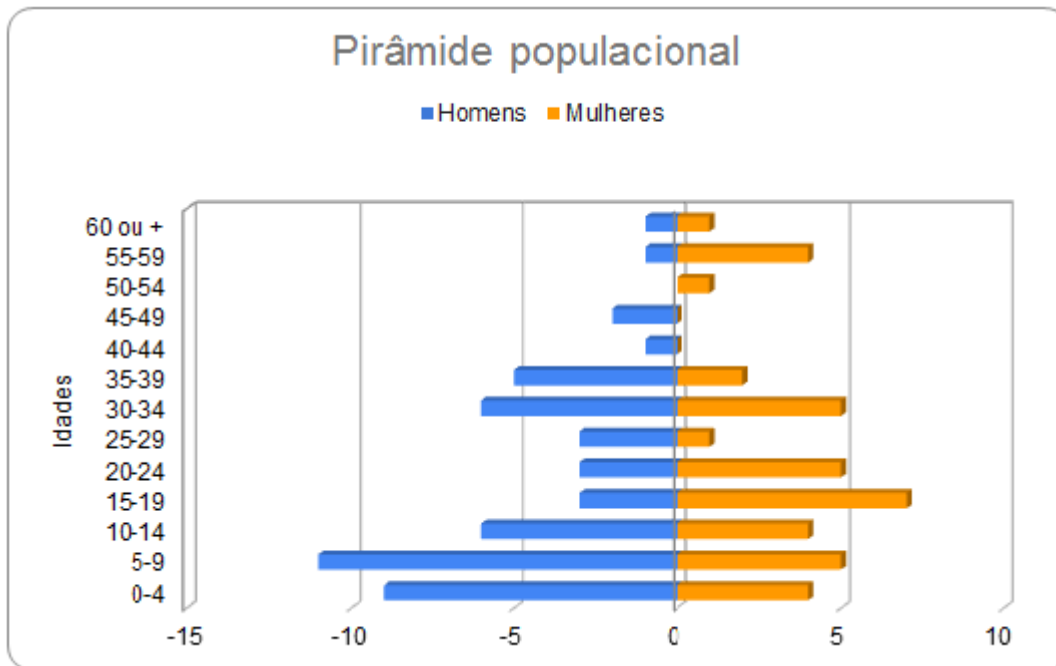


(Fonte: acervo pessoal)

Sendo uma comunidade há muito tempo já em contato com a sociedade branca, o cuidado em saúde cada vez mais, tem se centrado na medicina levada ao local, ou seja, pela equipe. Ainda existem os mais velhos que possuem o posicionamento contrário a certas intervenções, como exame preventivo do câncer de colo de útero ou o tratamento com fármacos. Porém, esta população é exceção.

(Dados: entrevistas com a coordenação técnica e AIS; SIASI.)

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



Pirâmide sexo-etária da população Atikum-Umã em 2019, da aldeia Altamira, 90 habitantes (dado não oficial do Sistema de Informação à Saúde Indígena).

A pirâmide da população descrita evidencia, presença de maioria de população jovem e pouca quantidade de idosos, com a base alargada.

♦ Taxa de natalidade

$$3/90 \times 1000 = 33,3 \text{ nascimentos a cada } 1000 \text{ habitantes}$$

♦ Taxa de fecundidade total

$$2/7 \times 1000 \text{ (15 a 19 anos)} + 1/5 \times 1000 \text{ (30 a 34 anos)} = 485,7$$

♦ Taxa de mortalidade total

$$1/90 \times 1000 = 11,1$$

♦ Taxa de crescimento anual

$$TN - TM = 22,2$$

♦ Taxa de mortalidade Infantil e seus componentes

0 (Nenhuma criança morta no ano vigente). Esta taxa se repetiu no ano seguinte, o que pode indicar, apesar da pequena amostragem, que a atenção à saúde da criança mostra-se minimamente bem estruturada, assim como o

fluxo de pré-natal, que também está associado com a taxa de morte materna.

♦ Taxas de mortalidade proporcional: ver mortalidade total

♦ Mortalidade na infância (< 5 anos)

0 (nenhuma criança morta correspondente a esta faixa etária no ano vigente).

♦ Mortalidade materna

0 (não houve morte materna no ano vigente)

No que concerne ao tipo e local de realização dos nascimentos, todos são realizados em hospital local. Houve um parto vaginal e uma cesariana, para o ano em questão, até o momento da escrita. O estado nutricional de crianças e adultos (desnutrição, excesso de peso e obesidade) está incompleto no sistema de informação, não sendo possível trazer estas informações.

♦ Taxas de prevalência de doenças crônicas, infecto-contagiosas, parasitárias, endêmicas e outros agravos:

- Hipertensão Arterial Sistêmica:

9/90 x 1000 (prevalência) = 100 hipertensos a cada 1000 habitantes (10%), taxa menor que a da população total brasileira (cerca de 25%, segundo o ministério da Saúde, em 2019), mas ainda, assim, dentro do grupo das doenças crônicas não transmissíveis mais diagnosticadas na saúde indígena e, também, causadora de grande número de mortes, assim como no País.

- Diabetes Mellitus:

3/90 x 1000 (prevalência) = 33.3

- Diarreia aguda de origem infecciosa presumível:

48 casos novos/ 90 pessoas x 1000 (incidência) = 533 a cada mil. De elevada incidência no país e causadora ainda de importante morbidade e mortalidade infantil, a diarreia não é adequadamente notificada e mostra o quanto a assistência à saúde e a disposição de saneamento básico no local é eficiente.

- Vulvovaginites:

24 casos novos / 26 mulheres adultas x 1000 (incidência) = 920 casos a cada 1000 habitantes.

Quanto aos indicadores de saneamento básico, a aldeia não conta com AISAN há mais de um ano e com relação à utilização de rede geral de água, poços, rede de esgoto, fossas sépticas e coleta de lixo, há a ausência de sistema de saneamento básico, também há anos, sendo a alternativa construção de fossas para descarte de dejetos e o consumo de água diretamente do rio (aldeia é localizada numa das margens do São Francisco), sem tratamento mínimo, por vezes. O lixo descartado é jogado em terrenos baldios e, posteriormente, queimado (inclusive o biológico), já que não há coleta de lixo coordenada pelo município que inclua a Zona Rural.

O Sistema de informação disponível no Polo é o SIASI, não havendo, ainda, sistema local e os programas de saúde existentes no território são o "Mais Médicos para o Brasil" e o Programa Nacional de Imunização, com suas campanhas.

Abaixo, o quantitativo da Aldeia Altamira, por gênero e idade (dados do SIASI).

Idades	Homens	Mulheres
0-4	9	4
5-9	11	5
10-14	6	4
15-19	3	7
20-24	3	5
25-29	3	1
30-34	6	5
35-39	5	2
40-44	1	0
45-49	2	0
50-54	0	1
55-59	1	4
60 ou +	1	1

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

**Problema:** A ausência de saneamento básico e suas consequências nas práticas diárias de saúde, especialmente em meio à pandemia de covid-19 na Aldeia Altamira.

**Por que:** ausência de infraestrutura: há cerca de 20 anos, a população de Altamira vive sem o sistema de água encanada, o que dificulta a sua vida em diversos aspectos: a sobrevivência pela agricultura e criação de animais não é viável quando não se dispõe de maquinário para irrigação adequada. Já na área da saúde, a ausência de saneamento básico restringe as possibilidades de serviços oferecidos: não há como fazer pequenos procedimentos, exame preventivo, curativos, etc. Além disso, a situação em voga predispõe ao surgimento de doenças infecto parasitárias, o que repercute direta e indiretamente na saúde dos habitantes (e equipe!). A falta de água encanada torna o trabalho da equipe de Saúde insalubre, não há como realizar a higiene adequada do local, o que aumenta o risco de infecções, quadro que se intensifica em época de pandemia, quando a questão central está na PREVENÇÃO e sequer pode-se colocar em prática o ponto crucial das ações pessoais para evitar o espalhamento do vírus (mote "lave as mãos e fique em casa").

Não houve, até o momento, casos confirmados de COVID na aldeia em questão e, com o tempo, as pessoas passassem a relaxar mais os hábitos de prevenção, o que demanda da equipe um esforço contínuo de estar alertando a todos e todas do perigo real desta pandemia e da urgência que há em lutar por esse direito vital que é acesso a água tratada.

Todo mês, é realizada a produção dos profissionais, individual e coletiva, nas quais constam os casos de diarreia aguda surgidos na comunidade. A frequência com que essa patologia ocorre poderia servir de alerta para que o setor de epidemiologia pudesse viabilizar ações concretas, amplas, a nível macro. Porém, até agora, isso não ocorreu.

**Justificativa do DSEI:** Foram realizados documentos e relatórios pela coordenação técnica local, mas não havia contrato. Hoje, o contrato com a empresa responsável pelas instalações no local já existe, porém, não foi feita ainda visita ao Polo para conhecimento do território e planejamento das obras. A ausência de profissional AISAN no território não foi justificada, assim como a de outros efetivos após sua saída.

Apesar de relatórios realizados e queixas feitas em espaços como reuniões com representantes do DSEI, o processo dá a impressão de ser moroso, dependente da dinâmica de cada gestão e sem a urgência correspondente ao direito básico.

### ***Plano de soluções***

**Individual:** Movimentação coletiva em prol de um direito comum/ cuidados com relação à prevenção de covid-19, para evitar desdobramentos ainda mais desfavoráveis/ encontrar uma forma de tratar e descartar o lixo sem trazer riscos à comunidade: aterro/ compostagem/ reciclagem (gerando empregos, inclusive e colaborando com adubo para as plantações locais).

**Equipe:** relatórios observacionais/ cartazes, vídeos, palestras, informativos/ discussão de casos/ Instruções em consulta individual/ produção que inclua, adequadamente, as patologias resultantes dos determinantes em questão.

**DSEI:** Proceder com a parte técnica e estrutural, como, por exemplo, agilizar o contrato da empresa responsável pelas instalações hidráulicas.



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

### ***Ausência de saneamento básico na Aldeia Altamira (DSEI Bahia) em meio à Pandemia de COVID-19***

O problema elencado nos primeiros rascunhos deste escrito é uma grande adversidade para a comunidade e já o era antes de a Pandemia ter se concretizado e os casos de COVID 19 terem chegado ao país. Há mais de 15 anos, a população convive em uma terra não abastecida pelo sistema de saneamento municipal, o que gera complicações das mais diversas. O planejamento de algumas atividades em educação em saúde visa, assim, atingir toda a Aldeia, mas por extensão, pode chegar aos seus contatos de fora da área circunscrita.

O objetivo da atividade será levar à população, de maneira didática e fluida, informações sobre prevenção da transmissão da COVID 19, especialmente levando em conta o fato de que não existe acesso à água tratada no território e, além disso, reforçar medidas de tratamento de água dentro dos domicílios, para evitar surgimento de doenças decorrentes do consumo de água não tratada, como as infecto-parasitárias. A forma encontrada pela equipe, para evitar aglomerações, agregar o maior número de pessoas e inovar na forma de interação para educar é a realização de uma série de entrevistas, em formato de *Podcast* (episódios de uma série em formato de áudios). A maioria da população tem acesso a sinal de internet e celular, podendo, assim, reproduzir as gravações que serão realizadas pela equipe.

Pretende-se refletir, neste caso, sobre os impactos que a ausência de estrutura para tratamento e água encanada traz para os aldeados, focando na experiência vivida, no momento, da aproximação da segunda onda de COVID, que, pelas análises em voga, tende a ser tão perigosa quanto a primeira, já contando com a lotação de leitos de UTI de diversas cidades da região. E, assim, aumentar a efetividade das orientações dadas diariamente sobre distanciamento social, etiqueta respiratória, higiene adequada, descarte do lixo adequado.

Toda a equipe desta área poderá participar das entrevistas, caso os membros assim desejarem e dar voz às notícias e manuais de prevenção. Como toda a questão é urgente, é imprescindível que seja feita o quanto antes, ou seja, de dezembro a janeiro (pelo menos quatro capítulos), de acordo com a disponibilidade de tempo da EMSI.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de o objetivo ter se centrado em desfiar o território de Altamira, de forma alguma os escritos acima dão conta de toda a sua complexidade e tampouco de modificar a realidade descrita, com o que certamente não colaborou. Contudo, investigar e buscar informações, justificativas, histórias e outros, foi fundamental para o trabalho na área e contribuiu para melhor nível de conhecimento do local, assim como exigiu da autora outra postura ante à comunidade. A equipe pode ter falhas em alguns aspectos, mas o ímpeto de permanecer enfrentando as dificuldades diárias ainda existe em comum.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde do Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: Análise da situação de saúde no SasiSUS** - Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

CHAGAS, Nívia Maria Moreira. **Cartografia do DSEI Bahia**. Apoio Institucional SESAI/DSEI. 2013.

Controle social na Saúde Indígena.

<<https://www.saude.gov.br/saude-indigena/controle-social/controle-social-na-saude-indigena>>. Acesso em Mar/2020.

IMIP. DSEI Bahia, assistência e saúde.

<http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/dseibahia.html> Acesso em Fev/2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação do PDSI 2016-2019**

<<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/12/DOC-02-BAHIA.pdf>> Acesso em Fevereiro de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE / FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001. **Programa de Controle de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano em Áreas Indígenas**. Brasília: Coordenação de Saneamento e Edificações em Área Indígena, Departamento de Engenharia de Saúde Pública, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (mimeo).

MOTA, Sara Emanuela de Carvalho. NUNES, Mônica. **Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia**. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.1, p.11-25, 2018.

PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA (PDSI) 2016 - 2019.

Povos Indígenas do Brasil: Povo Atikum. < <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Atikum> > Acesso em Agosto de 2020.

SESAI. Ministério da Saúde.

SIASI - Sistema de informação à Saúde Indígena.

VIANA, R. L. **Condições de saneamento em áreas indígenas: uma discussão sobre o sistema de informação de saneamento (SISABI) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, com enfoque nas aldeias Timbira**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Endemias, Ambiente e Sociedade. Rio de Janeiro, Maio de 2005.

VIEIRA, G.O., 2003. **Enteroparasitoses em Populações Indígenas no Brasil: uma Revisão Sistemática da Produção Científica**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro - RJ: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública.