



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANDRE GARCIA BRUSCAGIM

ALDEIA VILA ALEGRE, UM PEQUENO TERRITÓRIO DO DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGENA INTERIOR SUL, COM GRANDES CONHECIMENTOS
INDÍGENAS COMPROMETIDOS PELA AGREGAÇÃO SOCIOCULTURAL

SÃO PAULO
2021

ANDRE GARCIA BRUSCAGIM

ALDEIA VILA ALEGRE, UM PEQUENO TERRITÓRIO DO DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGENA INTERIOR SUL, COM GRANDES CONHECIMENTOS
INDÍGENAS COMPROMETIDOS PELA AGREGAÇÃO SOCIOCULTURAL

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

Orientação: MAURICI TADEU FERREIRA DOS SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como premissa apresentar o Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, sua composição geral, porém com um foco em um território indígena em específico, a Aldeia Vila Alegre. Buscando descrever e analisar a situação territorial, sociopolítica e efeitos do compartilhamento sociocultural enfrentado por esses indígenas.

Composta por indígenas de etnia Kaingang, a Aldeia Indígena Vila Alegre localiza-se próximo a cidade de Nonoai no estado de Rio Grande do Sul, pertencente ao Polo Base Passo Fundo e Dsei Interior Sul.

Sua renda principal está voltada a agricultura, porém com muitos indígenas trabalhando em frigoríficos e empresas em cidades próximas.

É uma população muito simpática e acolhedora, e a união é a base principal desse território.

Por meio da civilização e contato com o homem branco perdeu-se costumes culturais próprios de seu povo, aumentando doenças ocasionadas por alimentos industrializados, sedentarismo e produtos eletrônicos.

A obesidade se destaca como um dos principais problemas de saúde nessa comunidade, e também como um desencadeador de doenças agudas e crônicas.

A equipe de saúde está sempre em contato direto com a comunidade, buscando melhor atendê-los e buscando sempre novos conhecimentos para poder transpassá-los a seus pacientes como um melhor atendimento e buscando a melhor qualidade de vida para todos.

Palavras-chave:

Saúde da População Indígena. Povos Indígenas. Educação em Saúde. Sedentarismo. Educação Alimentar.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é André Garcia Bruscatim, tenho 30 anos, natural de Barboza Ferraz-PR, minha família reside em Sinop-MT há mais ou menos 16 anos. Aos 20 anos de idade conquistei meu primeiro diploma de nível superior em Técnico De Redes De Computadores na Universidade de Cuiabá (UNIC - Campos Sinop-MT), sempre tive interesse em cursar Medicina, porém na época não tinha condições para o mesmo. Aos 24 anos de idade tive a oportunidade de me mudar para Santa Cruz de la Sierra- Bolívia para cursar o tão sonhado curso de Medicina na Universidad Cristiana de Bolívia (UCEBOL).

Formei-me aos 30 anos, e em 2019 tive a oportunidade de entrar no Programa Mais Médicos do Brasil. Sempre tive interesse em trabalhar com populações carentes, e através desse desejo optei em trabalhar em Saúde indígena.

Fui alocado no DSEI INTERIOR SUL, e hoje me encontro trabalhando na Aldeia Sede de Nonoai-RS, onde atendo 5 aldeias (ALDEIA SEDE, CAPINZAL, CASACATA, CAPÃO ALTO E VILA ALEGRE) de etnia KAINGANG.

Um dos maiores desafios que encontro é entender melhor a interculturalidade que necessariamente faz parte das relações entre culturas diferentes e fazer dela uma aliada (ou amiga) no meu trabalho. Dessa forma poderei estabelecer um diálogo de troca e compartilhamento de saberes (aprendendo e ensinando) de forma a conhecer seus modos de vida e então poder compartilhar minhas funções como médico da maneira mais adequada. Isso ajudaria muito, por exemplo, na conscientização e aderência em mostrar a importância dos horários das medicações - como é o caso da TB.

Busco aperfeiçoar meus conhecimentos para, assim, melhor atender a comunidade indígena, buscando conhecimentos dos antigos da aldeia e dividindo experiências com os mesmos.

Figura 1: Grupo de gestantes da aldeia Vila Alegre de Nonoai-RS.

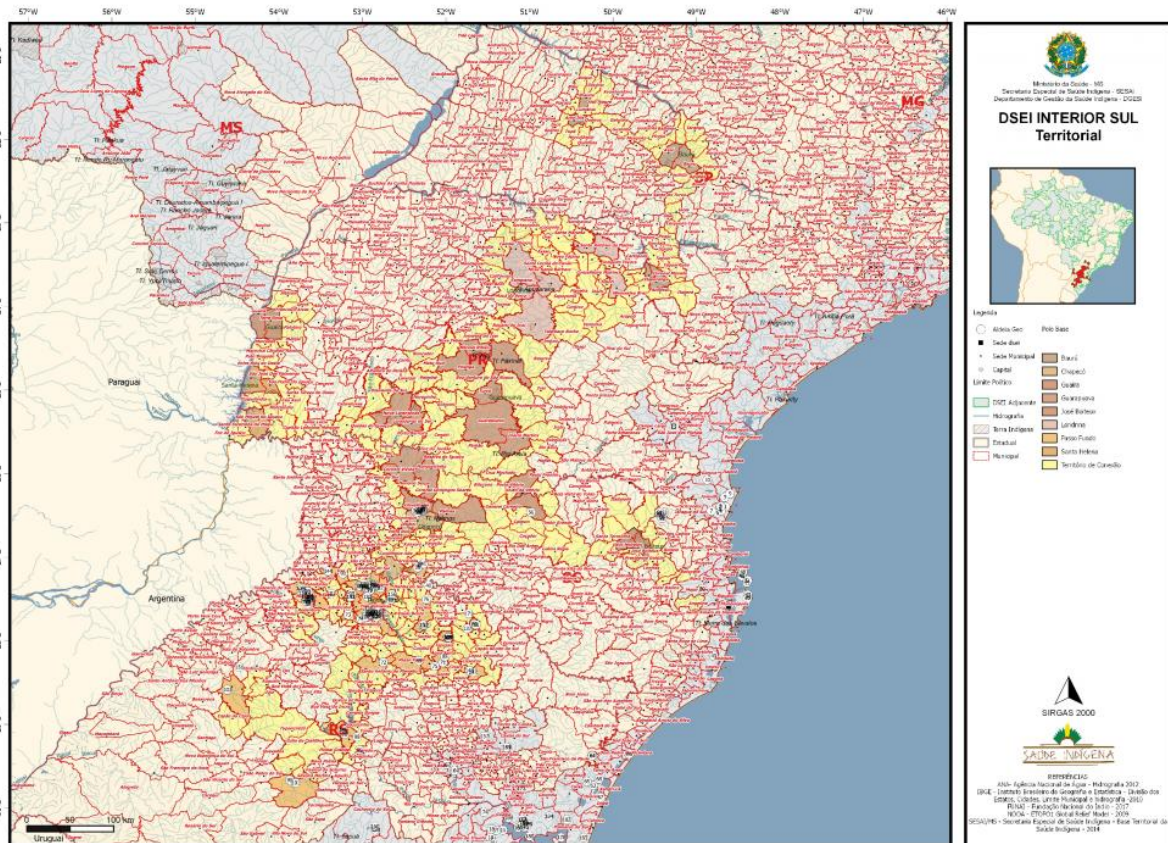


Fonte: arquivo pessoal de André Garcia Bruscatim, 2019.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Interior Sul, localizado em São José – SC, compreende 4 estados, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Possui 6 Polos Bases atualmente localizados nas cidades de Baurú-SP, Chapecó-SC, Guarapuava-PR, José Boiteux-SC, Londrina-PR e Passo Fundo-RS, e mais 03 Polos Bases propostos e aprovados em Itaporanga-SP, Ipuacu-SC e Guarita-RS.

Figura 2: Mapa territorial do Dsei Interior Sul



Fonte web.: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/mapas-dseis/interior-sul.jpg>, 2020.

Atendendo uma média de 42.300 indígenas de 7 etnias diferentes (Kaingang, Terena, Guarani, Krenac, Xokleng, Xatá e Carijó). Em um espaço territorial de aproximadamente 262.605.029 hectares. São 32 Municípios diferentes e divididos em aproximadamente em 166 aldeias atendidas em 36 Postos de Saúde, onde o principal meio de transporte é terrestre.

Engloba em média 3 planícies diferentes, a Planície Platina, Planalto Atlântico e o Planalto Meridional:

- ♦ Planície : Constituído por terrenos ondulados e sedimentares, mais ao interior.
- ♦ Planalto Atlântico.: Constituído por terrenos cristalinos próximos ao litoral, estendendo-se desde o Paraná ao norte do Rio Grande do
- ♦ Planalto : Constituído por formações vulcânicas com rochas basálticas, situa-se no interior.

Dividido em depressão periférica (Planalto Atlântico) e planalto arenito-basáltico, até o rio Paraná.

Possui uma vegetação variada, com matas de araucária nos planaltos, e os campos nos pampas. As florestas de

Araucárias que reveste parte região Sul do país, é composta também por outras espécies como cedro, canela, angico, etc.

Figura 3: Florestas de Araucárias



Fonte web.: https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul_vegetacao.php, 2020

Constituindo parte da Serra do mar, temos a mata Atlântica, com espécies como carvalho, ipê amarelo, ipê da serra, figueira, entre outras.

Figura 4: Mata Atlântica



Fonte web.: https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul_vegetacao.php, 2020

Os campos que podemos encontrar em todo sul do país, composta por erva rasteira, se destaca na região litorânea. com vegetação composta por mangues restingas e praias.

Figura 5: Restinga



Fonte

web.: https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul_vegetacao.php, 2020

Possui clima Tropical no estado de São Paulo e Norte do Paraná, no demais estados prevalece o clima subtropical. Prevalece um verão curto, mas com temperaturas elevadas e inverno rigoroso, com baixas temperaturas. A temperatura média anual fica entre 16°C e 22°C, chegando em torno de -5°C no inverno em algumas regiões. A umidade relativa do ar anual fica, geralmente, entre 60% e 85% com um índice pluviométrico anual em torno de 1.200 mm. Na parte litorânea esse índice pode passar de 2.000 mm anuais.

A economia do Dsei Interior Sul baseia-se em torno da agricultura e pecuária, com plantações de soja, milho, arroz e maçã. Pelo uso indiscriminado de agrotóxicos para combater pragas, os rios e águas de poços e lagoas acabaram sendo contaminados, A construção de Usinas Hidroelétricas (como de UHE Monjolinho em Nonoai-RS, onde possui aldeias Guarani e Kaingang) que devasta e agride a fauna e flora de sua região, sem contar todo desmatamento (sempre com interesses financeiros como a agricultura), causando assim danos culturais e também a saúde dos indígenas dessas regiões.

Segue abaixo alguns quadros de divisão demográfica populacional(informações retiradas do Plano distrital de saúde indígena 2012 - 2015):

Quadro 1: Divisão demográfica populacional - Dsei Interior Sul.

ESPECIFICAÇÕES TADO DSEI INTERIOR SUL	SÃO PAULO	PARANÁ	SANTA CATARINA	RIO GRANDE DO SUL	TOTAL
POPULAÇÃO INDÍGENA	1050	13342	9095	18.855	42.342
Nº DE MUNICÍPIOS COM ÁREA INDÍGENA	05	23	08	32	68
QUANTIDADE DE ALDEIAS	09	45	28(*)	84	166
Nº DE ETNIA	04(**)	06(***)	04(****)	02(*****)	08(*****)
Nº DE POLOS BASE	01	02	02	01	06(*****)

Fonte: Plano distrital de saúde indígena 2012 - 2015

(*)Conforme apresentado na reunião do CONDISI pelos Conselheiros do PB José Boiteux, houve uma subdivisão de uma aldeias do Polo Base José Boiteux, que ainda não foi oficializada.

(**) Terena, Guarani, Kaingang, Krenac

(***) Kaingang/ Guarani/ Carijó/ Xokleng/Xetá /Avá-Guarani

(****) Guarani/ Kaingang/ Xokleng

(****)Guarani/ Kaingang

(*****)Terena, Guarani, Kaingang, Krenac / Carijô/ Xokleng/Xetá /Avá-Guarani

(*****) 06 Polos Atualmente (PB Bauru/SP; PB Guarapuava/PR; PB Londrina/PR; PB José Boiteux/SC, PB Chapecó/SC; PB Passo Fundo) + 03 proposto e aprovado (PB Itaporanga/SP; PB Ipuçu/SC; PB Guarita/RS)

Quadro 2: Caracterização dos povos indígenas por Polo Base - Dsei ISul

Dsei	Polo Base	Município	Etnia	População												População Total	Língua Indígena	% de Comunicação em Português
				Homens						Mulheres								
				<1	1-4	5-9	10-49	50-59	≥60	<1	1-4	5-9	10-49	50-59	≥60			
Interior Sul	Bauru	Bauru/SP	Terena, Guarani, Kaingang, Krenac	12	40	62	351	34	42	7	39	57	325	34	47	1.050	Aruak/ Macro Jê/Tupi Guarani	100
Interior Sul	Guarapuava	Guarapuava/PR	Kaingang / Guarani /Avá-Guarani	135	567	752	2978	191	222	150	591	761	2923	220	289	9.779	Kaingang/ Guarani /Avá-Guarani	79,47
Interior Sul	Londrina	Londrina/PR	Kaingang / Guarani/ Carijô/ Xokleng/ Xetá	48	172	269	1173	88	90	43	161	245	1097	84	93	3.563	Kaingang / Guarani/ Guarani/ Xetá	59,75
Interior Sul	José Boiteux	José Boiteux/SC	Xokleng/ Guarani	14	88	154	718	51	51	15	93	162	618	54	55	2.073	Xokleng/ Guarani	100
Interior Sul	Chapecó	Chapecó/SC	Kaingang / Guarani	73	306	462	2429	174	190	66	313	389	2263	146	211	7.022	Kaingang ue/ Guarani	100
Interior Sul	Passo Fundo	Passo Fundo/RS	Kaingang / Guarani	222	840	1290	6224	397	419	241	865	1288	6200	369	500	18.855	Kaingang/ Guarani	98,48
Interior Sul	Dsei Interior Sul	São José	Terena, Guarani, Kaingang, Krenac, Carijô Xokleng, Xetá Avá-Guarani	504	2013	2989	13873	935	1014	522	2062	2902	13426	907	1195	42342	Terena, Guarani, Kaingang, Krenac, Carijô Xokleng, Xetá Avá-Guarani	89,61

Fonte: Plano distrital de saúde indígena 2012 - 2015

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

Em meados do início da década de 90 criou-se o modelo atual de organização dos serviços de saúde para áreas indígenas, por meio de conferência de saúde foi criada a ideologia dos DSEI's. Somente em 1993, na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI) foi referendado este modelo.

Somente ao final de 1998, conseguiu-se a decisão política de implantar o modelo assistencial referendado, tomada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Por meio da portaria 254, de 31 de janeiro de 2002, o Ministro de Estado da Saúde implementa a criação de uma política nacional de atenção a saúde dos povos indígenas (PNASPI).

O Brasil conta com 34 DSEI's no total, todos subordinados a FUNASA. Uma nova crise se abateu na saúde indígena levando à mobilização nacional de lideranças e organizações indígenas e indigenistas. As propostas da I e II Conferências Nacionais de Saúde Indígena foram resgatadas pelo movimento culminando com a transferência da gestão da FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde, antiga reivindicação do movimento indígena e indigenista (BRASIL, 2002).

Cada DSEI é responsável por coordenar Polos Bases, que estes são responsáveis por manter e coordenar as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), e também dar suporte para aldeias e acampamentos indígenas pertencentes a sua região que não contem uma EMSI.

A equipe básica de saúde dos distritos deverão ser compostas por:

- médicos,
- enfermeiros,
- odontólogos,
- auxiliares de enfermagem e
- agente indígena de saúde.
- agente indígena de saneamento.

E contando também com o apoio de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários, e pela casa do índio (CASAI), que atende como um ponto de referência de saúde indígena.

Segundo Regimento Interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena, em cada DSEI consta também com um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), que por sua vez, é responsável pelo controle social da saúde indígena. em cada DSEI consta também com um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), que é responsável pelo controle social da saúde indígena, formado por usuários, indicados por suas comunidades, prestadores de serviços, por trabalhadores da área da saúde e representantes da ONG's envolvidas.

Suas atribuições são: (CONDISI, 2019)

- aprovação do Plano Distrital;

- avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e

- verificação e acompanhamentos da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, com as seguintes atribuições:

I. manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade;

II. avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;

III. indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados.

Compete ao CONDISI Interior Sul:

- Planejar, fiscalizar e acompanhar a execução das ações de atenção a saúde indígena, com enfoque intersetorial e interinstitucional, respeitando as diferenças culturais, necessidades e os interesses de cada comunidade;

- Apoiar e defender as práticas e rituais dos povos indígenas, buscando conciliar a prática da medicina ocidental com as da medicina tradicional indígena;

- Propor, defender, apoiar e acompanhar iniciativas de ações de atenção à saúde, por meio de projetos de auto-sustentabilidade na produção de alimentação básica, habitação, condições de uso do solo, respeitando os costumes de cada comunidade, bem como de outras ações voltadas a suprir as demandas dos fatores determinantes e condicionantes da saúde;

- Propor diretrizes gerais e específicas no campo da saúde indígena a serem aplicadas na área de abrangência do Dsei Interior Sul

- Propor, defender, apoiar e acompanhar iniciativas de valorização dos direitos dos povos indígenas no âmbito da saúde;

- Acompanhar, supervisionar, fiscalizar e avaliar o desenvolvimento de ações previstas no Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul

- Acompanhar a execução das ações e dos serviços de saúde planejados, bem como a sua implementação por parte de órgãos públicos, privados e entidades não governamentais que atuam no campo da saúde indígena do DSEI Interior Sul;

- Propor ao DSEI critérios para a elaboração da programação orçamentária e financeira anual da saúde indígena, acompanhando, fiscalizando detalhadamente a aplicação, e aprovando a prestação de contas de recursos oriundos de órgãos públicos, privados e entidades não governamentais;

- Articular e apoiar as ações dos Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI, respeitando a

forma de organização de cada povo por região, visando à formulação em conjunto de diretrizes básicas comuns ao exercício de suas atribuições na área da saúde, observando os dispositivos legais sobre a matéria;

- Receber, analisar, avaliar e dar encaminhamento às denúncias, reivindicações, recomendações e moções das comunidades indígenas e dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, requerendo providências ou intervenção quando for necessário, na condição de instância recursal;
- Analisar, avaliar os projetos de pesquisa que necessitem de anuência do CONDISI, consultar e informar as aldeias quando for o caso, e encaminhar ao Fórum Permanente de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde indígena para conhecimento e acompanhamento;
- Deliberar e fiscalizar sobre a realização, modificação ou extinção de convênios, contratos ou acordos, doações, auxílios e subvenções de órgãos públicos ou privados e entidades não governamentais, que impliquem em compromisso financeiro para o DSEI Interior Sul
- Articular e viabilizar junto à gestão do DSEI/SESAI, a participação de membros do CONDISI e Conselhos Locais Saúde Indígena em reuniões, cursos, seminários, conferências, congressos, mesas redondas, oficinas de trabalho e outros eventos desenvolvidos por outras instituições sobre assuntos pertinentes à saúde indígena, quando necessário;
- Participar da elaboração, acompanhar, supervisionar, avaliar e propor adequações à política de Recursos Humanos no âmbito do DSEI Interior Sul;
- Participar do processo de preparação da Conferência Nacional de Saúde Indígena e aprovar o seu regimento, a organização e normas de funcionamento sobre a realização de Conferências Locais e Distritais de Saúde Indígena, com base nas orientações e recomendações do Conselho Nacional de Saúde;
- Orientar o Conselho Local quanto à participação de um representante no Conselho Municipal de Saúde;
- Articular com os Conselhos Locais e Lideranças a indicação e participação de representante indígena nos Conselhos Estaduais de Saúde dos estados da área de abrangência do DSEI Interior Sul;
- Acompanhar e fiscalizar, com garantia de suporte logístico pelo DSEI Interior Sul, as atividades das Casas de Saúde do Índio - Casai, dos Pólos-Base e das Unidades Básicas de Saúde Indígena (Postos de Saúde) nas Aldeias;
- Propor e aprovar Comissões, com a finalidade de assessorar o CONDISI nas ações de saúde indígena, se assim for necessário;
- Acompanhar e fiscalizar, com garantia de suporte logístico pelo DSEI Interior Sul, a movimentação e aplicação de recursos financeiros transferidos pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS e também o cumprimento das ações pactuadas com as Prefeituras Municipais e Hospitais de Referência para ações de saúde aos povos indígenas, quando houver;

- Aprovar ou modificar o presente Regimento Interno, com suas normas de organização e funcionamento, adequando-o sempre que houver necessidade às deliberações delegadas pela legislação e de suas instâncias superiores;

- Manifestar-se sobre assuntos de sua competência, principalmente, os casos omissos a este Regimento.

O CONDISI Interior Sul é composto por 64 membros distribuídos por:

Representantes dos usuários/indígenas, titulares e suplentes:

I - Representante do estado de São Paulo: 4 vagas titulares e 4 suplentes

II - Representante do estado do Paraná: 8 vagas titulares e 8 suplentes

III - Representante do estado de Santa Catarina: 7 vagas titulares e 7 suplentes

IV - Representante do estado do Rio Grande do Sul: 13 vagas titulares e 13 suplentes

Representantes de entidades dos trabalhadores da saúde indígena, titulares e suplentes:

I - Representante do estado de São Paulo: 2 vagas titulares e 2 suplentes

II - Representante do estado do Paraná: 4 vagas titulares e 4 suplentes

III - Representante do estado de Santa Catarina: 3 vagas titulares e 3 suplentes

IV - Representante do estado do Rio Grande do Sul: 7 vagas titulares e 7 suplentes

Representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, titulares e suplentes:

I - Representante das Secretarias Estaduais de Saúde: 4 vagas titulares e 4 suplentes

II - Representante do COSEMS: 4 vagas titulares e 4 suplentes

III - Representante da FUNAI: 3 vagas titulares e 3 suplentes

IV - Representante da ONG: 1 vaga titular e 1 suplente

V - SESAI: 4 vagas (SP, PR, SC, RS) titulares e 4 suplentes

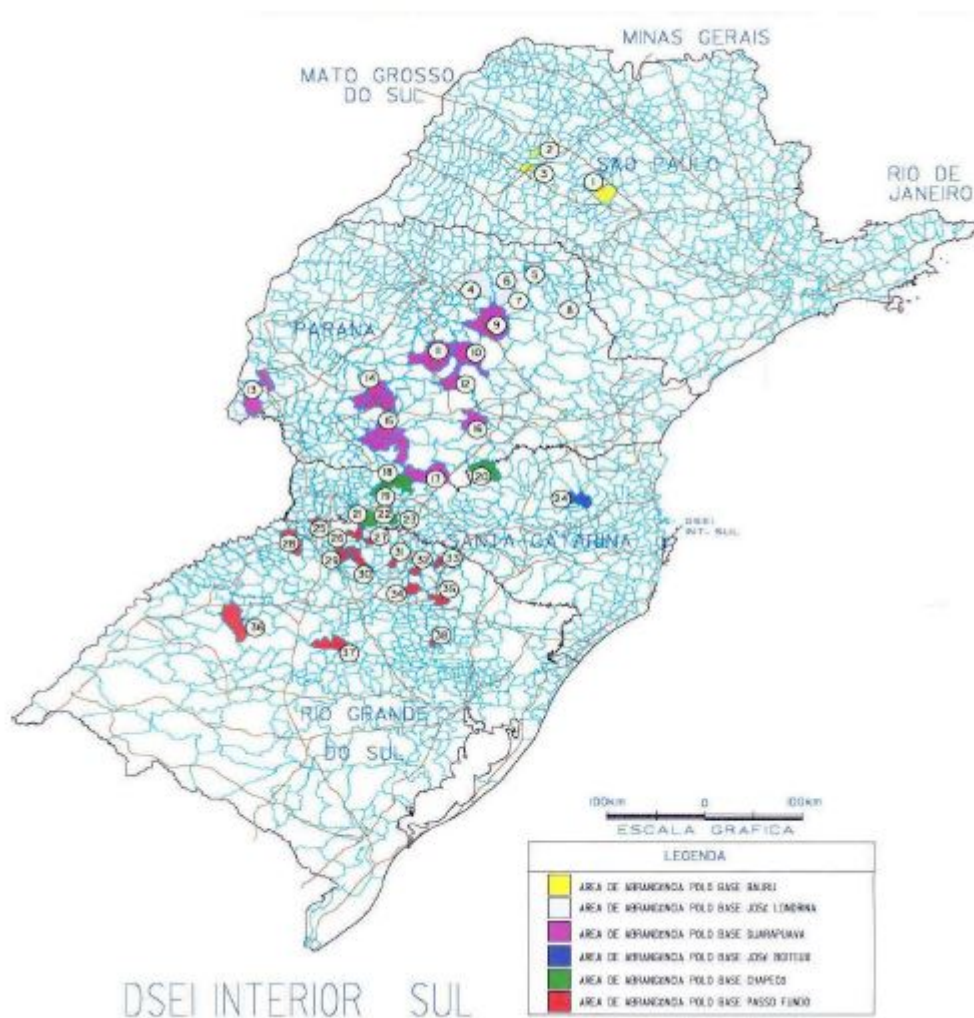
A cada Conselheiro titular corresponderá um suplente que o representará em seu afastamento e impedimento legal junto ao Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Os membros suplentes poderão participar das reuniões do Conselho somente com direito a voz, e na ausência dos membros titulares, substituirão estes, com direito a voto, sendo vetado o voto por procuração.

O DSEI INTERIOR SUL abrange os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Localiza-se na cidade de São José-SC. Possui 6 Polos Bases atualmente localizados nas cidades de Baurú-SP, Chapecó-SC, Guarapuava-PR, José Boiteux-SC, Londrina-PR e Passo Fundo-RS, e mais 03 Polos Bases propostos e aprovados em Itaporanga-SP, Ipuçu-SC e Guarita-RS.

Figura 6: Mapa do Dsei ISUL

MAPA DO DISTRITO INTERIOR SUL (SP/PR/SC/RS)



Fonte: DSEI Interior Sul / SESAI / MS

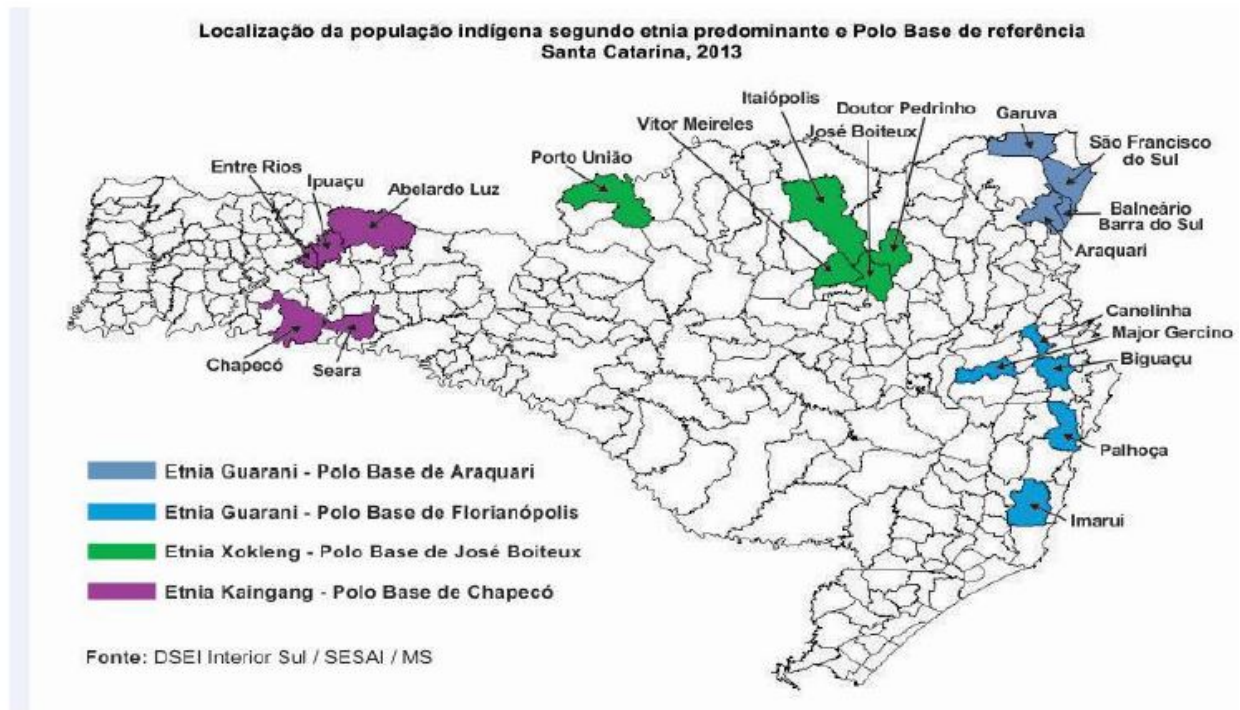
Devido a particularidades do DSEI INTERIOR SUL e DSEI LITORAL SUL, ocorreu uma nova divisão entre estados, onde o DSEI INTERIOR SUL ficou responsável pelos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e o DSEI LITORAL SUL ficou responsável pelos estados de São Paulo e Paraná.

O DSEI INTERIOR SUL contém 11 Polos Bases atualmente (PB José Boiteux/SC, PB Chapico/SC; PB Florianópolis/SC; PB Araquari) proposto e aprovado (PB Ipuçu/SC) PB Passo Fundo; PB Guarita, PB Barra do Ribeiro, PB Osório, PB Porto Alegre e PB Viamão. Com uma população total de 31.103 indígenas, distribuídos entre 164 aldeias de 4 etnias diferentes (Guarani, Kaingang, Xokleng e Xetá), em 69 municípios. Contém um total de 60 postos de saúde, compostas por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, odontólogo,

auxiliar de dentista, agente indígena de saúde (AIS), agente indígena de saneamento (AISAN). E tem como referência de emergência hospitais de cidades mais próximas, e suas articulações de consultas de urgência segue protocolo de referência do SUS.

Figura 7: Mapa do Estado de Santa Catarina - Polos Bases

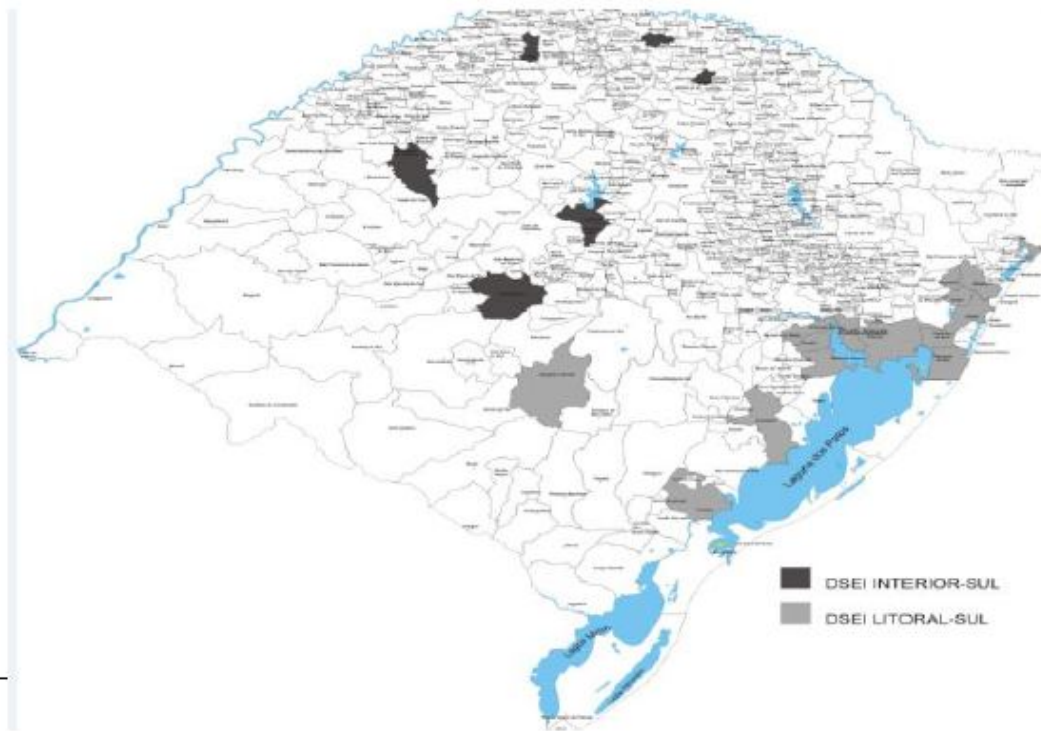
Mapa do Estado de Santa Catarina – área de Abrangência dos Polo Base José Boiteux e Chapecó- Dsei ISul e PB Araquari e Florianópolis – Dsei LiSul



Fonte: DSEI Interior Sul / SESAI / MS

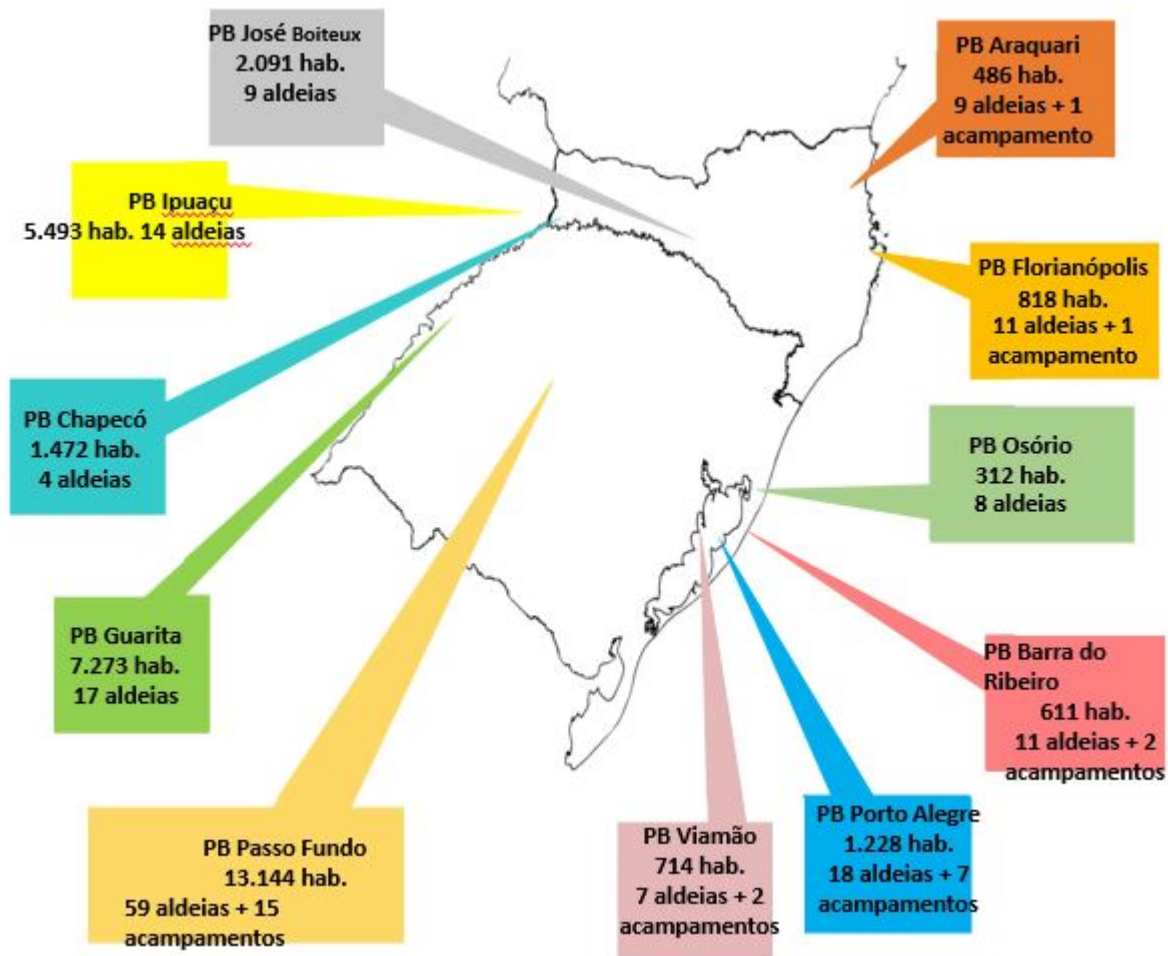
Figura 8: Mapa do Estado do Rio Grande do Sul - Polos Bases

Mapa do Estado do Rio Grande do Sul – área de Abrangência dos Pólo Base Dsei ISul-RS e LiSul-RS da etnia Guarani



Fonte: DSEI Interior Sul / SESAI / MS

Figura 9: Polos Bases de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (quantidade de habitantes e aldeias)



Fonte: DSEI Interior Sul / SESAI / MS

O Polo Base Passo fundo está situado atualmente na cidade de Passo Fundo-RS, responsável por 58 aldeias, com uma população em média de 13024 indígenas, distribuídas por 32 municípios. Contém 26 unidades de saúde indígenas, 23 equipes de saúde indígenas completas e 13 incompletas, 10 espaços de saúde e 01 equipe volante que atende que atende 5 áreas em processo de demarcação.

Figura 10: Polo Base Passo Fundo/RS

POLO BASE PASSO FUNDO/RS

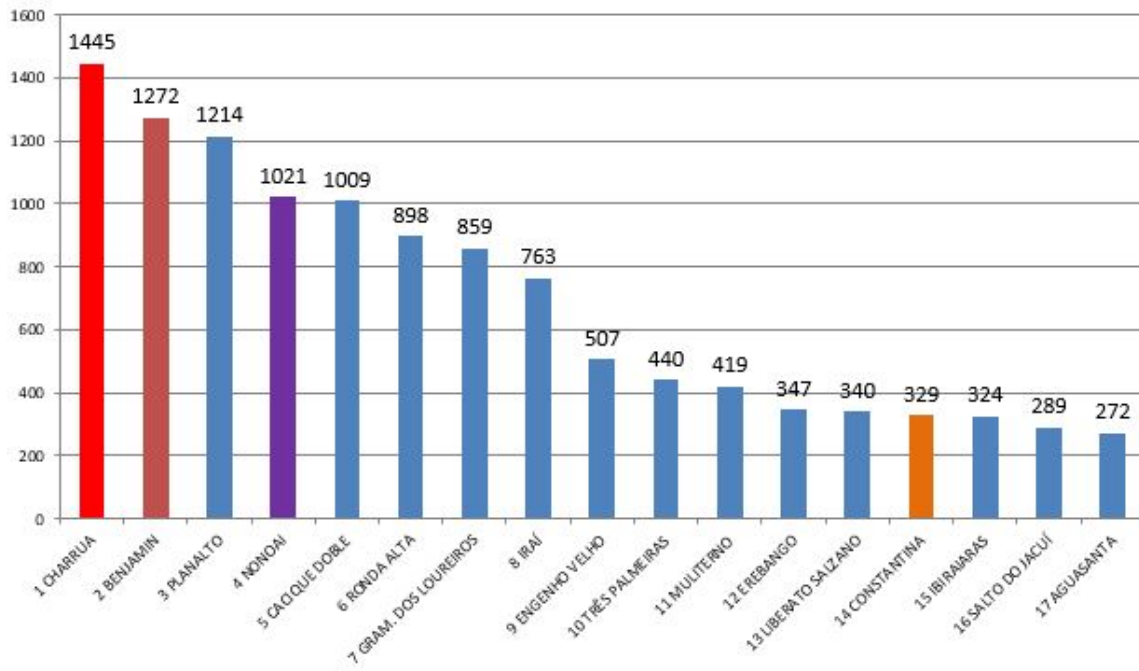


Fonte: DSEI Interior Sul / SESAI / MS

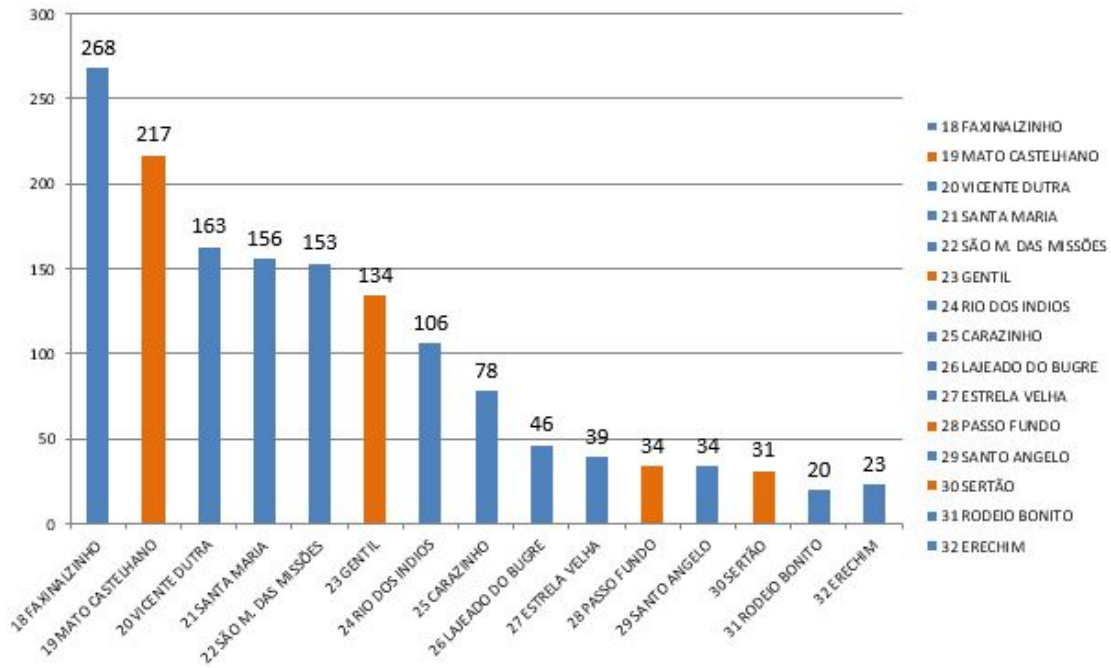
O PB Passo Fundo ainda possui uma equipe técnica composta por 02 RT's, 04 supervisores (sendo 2 atuando como RT), 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 ponto focal SIASI. Sua equipe complementar é composta de nutricionista, farmacêutica, Psicóloga e Fisioterapeuta.

Figura 11: População indígena por Município pertencente ao Polo Base Passo Fundo/RS

POP Municipio



POP Municipio



Fonte: DSEI Interior Sul / SESAI / MS

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

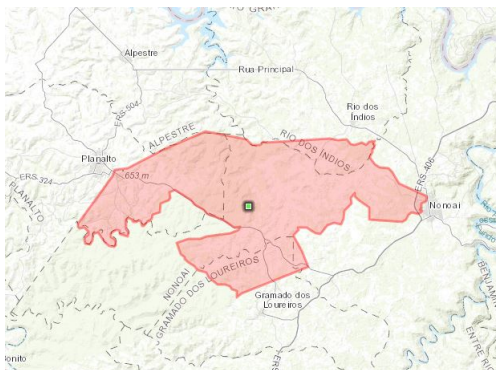
Escolho a Aldeia Vila Alegre como território recorte a ser descrito, com isso poderei aprofundar meu TCC. A Aldeia Vila Alegre possui uma comunidade específica de Etnia Kaingang; localizada próximo a cidade de Nonoai- RS, com território delimitado, o que ajudará na descrição. Além disso os indígenas são mais acolhedores e acessíveis, e por este motivo consegui criar um vínculo de pertencimento com uma boa parte da comunidade. A Aldeia tem uma população onde a cooperação é visível, além de sempre buscarem ajudar uns aos outros, com um forte sentimento coletivo.

Por conseguir uma certa confiança e credibilidade da população, creio que conseguirei melhor desempenho e acessibilidade aos dados necessários ao TCC, pois tenho um vínculo pessoal e profissional, conhecendo razoavelmente as dimensões físicas, políticas, culturais e epidemiológicas da referida população.

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

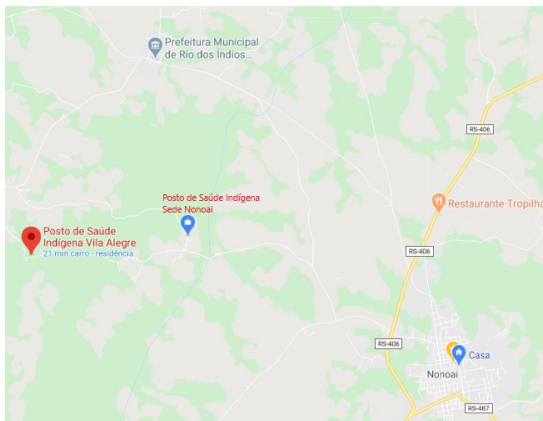
Pertencente a Terra Indígena Nonoai, a Aldeia Vila Alegre situa-se no perímetro rural da cidade de Nonoai (pertencendo ao estado de Rio Grande do Sul), está a uma distância 11,5 km da cidade de Nonoai e a 7,3 km da cidade de Rio dos Índios, ficando na divisa territorial dos municípios. Em meados de 1970 tiveram alguns brancos que criaram vínculos com os indígenas desta região. Por meio de amizade e afetos amorosos acabaram aceitando esses brancos e os incluindo em sua população como indígenas. As regras locais aceitavam que os homens Kaingang casassem com as brancas e vivessem na aldeia, porém as mulheres Kaingang que casassem com brancos teriam que sair da aldeia (nesta cultura o homem manda em sua casa).

Figura 12: Mapa da Terra indígena Nonoai



Fonte: site <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3776>, 2020.

Figura 13: Mapa via satélite da localização do Posto de Saúde Vila Alegre, com referências do Posto de Saúde Aldeia Sede, cidades de Nonoai e Rio dos Índios em 2020.



Fonte: <https://www.google.com/maps>, 2020.

Comandada por uma liderança que comanda a Terra Indígena Nonoai, formada pelo Cacique Sr. José Orestes do Nascimento (habitante da aldeia Bananeira), Major Valdir Lopes (habitante da Aldeia Sede Nonoai), Capitão Paulo Vergueiro (habitante da Aldeia Vila Alegre), entre outros.

Formada por uma população de 128 indígenas de etnia Kaingang, 27 famílias em 27 casas, possui uma escola de educação infantil, os alunos do ensino fundamental são levados para aldeia Capinzal (onde consta somente ensino Fundamental) ou para Aldeia Sede (composta por todas etapas da educação básica).

A renda financeira da população é praticamente da agricultura, onde alguns indígenas plantam em suas terras, e alguns indígenas arrendam suas terras para “brancos” plantarem (com liberação do Ministério Público). Alguns sobrevivem por meio de bolsa família, aposentadoria dos mais idosos, e alguns vão para frigoríficos em Santa Catarina ou para cidade de Nonoai para trabalhar.

Possui 1 posto de saúde composto por consultório médico e odontológico, com atendimentos em 2 tardes por semana, intercalados os dias de atendimentos médicos e odontológicos. Consta de um técnico de enfermagem para atendimento e triagem de segunda a sexta-feira, os dias e/ou horários que não tem atendimento médico, o mesmo faz a triagem e encaminha o paciente para atendimento. Possui um AIS e um AISAN para atendimento desta aldeia. Os demais dias a população consta com atendimento em uma UBSI da Aldeia Sede Nonoai, que se localiza aproximadamente a 4 km. E tem como referência hospitalar o Hospital Comunitário de Nonoai. Em nossa aldeia também constamos com um Pajé, Sr. Jorge Garcia, com 98 anos de idade encontra-se hígido e muito bem de saúde, bem conceituado em todas aldeias do SUL do país, trabalha com o atendimento de medicina natural e também faz palestras em universidades sobre seus tratamentos. Tenho um ótimo convívio com Sr. Jorge e com isso conseguimos unificar vários tratamentos tradicionais com a biomedicina.

Em nossa região, a maior parte dos atendimentos são por doenças do trato respiratório, e doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, onde os pacientes creem que quando estão estabilizados estão curados e param de se medicar por conta própria e/ou param a medicação para não “viciar”. Mesmo explicando bem para os pacientes, os mesmos tem uma concepção em sua cabeça sobre isso e não mudam. Mas mesmo assim somos insistentes, mesmo que não venham para consulta, fazemos visitas domiciliares para tentar manter o acompanhamento e processo de saúde dos pacientes crônicos.

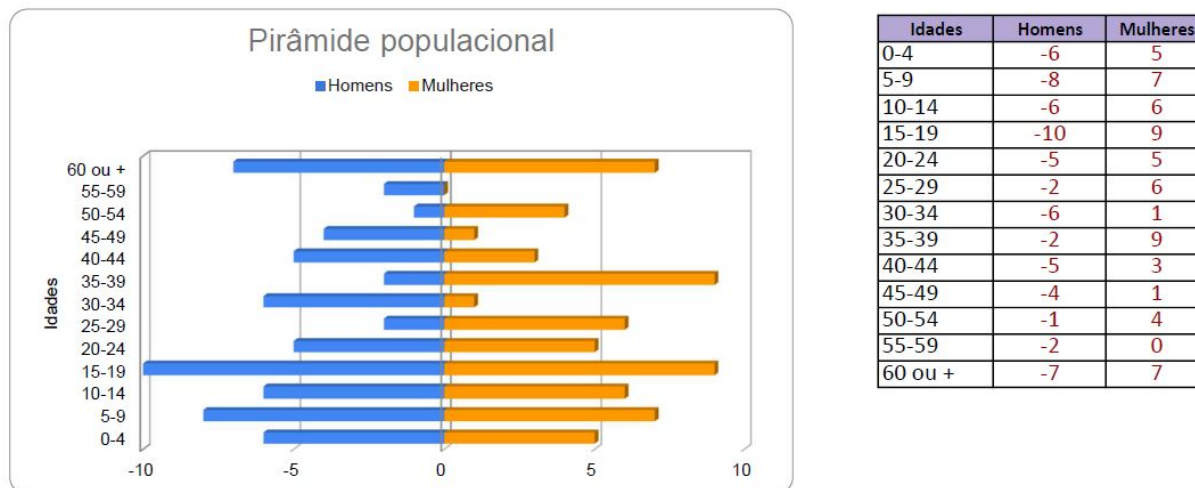
Por terem uma alimentação rica em carboidratos, doces, industrializados e serem sedentários, atendemos muitos pacientes obesos, hipertensos e diabéticos, e quando falamos sobre a mudança de estilo de vida não aceitam.

E o maior desafio que temos em relação a biomedicina é que alguns vem a consulta com diagnóstico, tratamento e solicitação de exames definido por eles, e quando não liberamos o medicamento ou o pedido de exames que exigem, gera um certo conflito, e dizem que estamos aqui para fazer o que querem e que os medicamentos são deles. Algumas vezes enfrentamos alguns desacordos em consultas, porém sempre resolvemos da forma correta, visando a saúde do paciente e sempre trabalhando primeiramente com a profilaxia (tanto a profilaxia primária, secundária, terciária e quaternária).

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

A aldeia Vila Alegre é povoada por 127 indígenas Kaingang, sendo 64 masculinos e 63 femininos. Abaixo citarei alguns dados epidemiológicos para poder demonstrar melhor a realidade deste território.

Figura 14. Pirâmide Populacional por sexo e faixa etária, ano 2019.



Fonte: DSEI Interior Sul / SESAI / MS

Podemos verificar que os adultos jovens vêm se distanciando cada vez mais deste território, relatam que a maioria caba migrando para outras aldeias maiores por motivo de casamento ou ate mesmo de maior conforto. E uma pequena parte está migrando para zonas urbanas. Por meio de informações colhidas da pirâmide populacional brasileira, pude verificar o quão diferente é a população desse território com o nacional, pois o brasil vive um declínio da pirâmide onde a população está envelhecendo mais que se reproduzem, já na comunidade indígena o crescimento populacional infantil se mantem em alta.(IBGE, 2020)

Por ser um território pequeno e por influência dos costumes dos brancos nota-se as baixas taxas de natalidade e fecundidade dentro do ano de 2019 na aldeia Vila Alegre e que por meio de entrevistas verifica-se que diminuiram conforme o passar dos anos. Por meio de diálogo com os indígenas desta aldeia, tive a constatação de pontos cruciais que influenciaram em um declínio expressivo da taxa de crescimento populacional deste território, aos quais posso citar como exemplos as migrações dos jovens para aldeias próximas as cidades em busca de conforto, a formação superior (fazendo com que fiquem em grandes cidades em busca trabalho e mesmo conforto), a diminuição da interculturalidade indígena por meio do contato com o homem branco, e o ponto principal que citaram foi a diminuição de interesse em geral uma família com mais membros, onde gerou uma inversão de valores sobre a família que antes tinham uma ideia de que uma família boa era numerosa e hoje buscam uma família menor para ter menores gastos e maiores confortos.

Taxa de Natalidade

$$\frac{3}{127} \times 1000 \text{ igual } \boxed{23,62} \text{ por 1000 individuos}$$

Taxa de Fecundidade

$$\frac{3}{34} \times 100 \text{ igual } \boxed{8,82} \%$$

Podemos verificar também como a implementação da saúde indígena e a busca da prevenção de agravos, a

busca ativa efetuada pela equipe e o seguimento do cuidado continuado em saúde, com um adequado acompanhamento de pré-Natal, partos hospitalares, puerpério por meio de visitas domiciliares e o acompanhamento regular de crescimento e desenvolvimento da criança, obteve uma alteração significativa de marcos das principais mortes ocorridas em décadas passadas, como o Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal, Pós-Natal e mortalidade materna (demonstrados a seguir).

Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)	
$\frac{0}{3}$	x 1000 igual 0 por 1000 nascidos vivos
Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal	
$\frac{0}{3}$	x 1000 igual 0 por 1000 nascidos vivos
Coeficiente de Mortalidade Infantil pós-neonatal	
$\frac{0}{3}$	x 1000 igual 0 por 1000 nascidos vivos

Nos dias de hoje nossa equipe de saúde está cada dia mais provando as vantagens de trabalhar com a prevenção ao invés do tratamento, uma prova disso é alguns coeficientes de mortalidade que mantemos zerados, além dos já apresentados posso destacar o “coeficiente de mortalidade materna”.

Por diminuição de atividades esportivas e de condicionamento físico, aumento do sedentarismo e alimentação irregular e industrializada está aumentando cada vez mais o índice de sobrepeso e obesidade, além do aumento também de doenças crônicas como doenças do Sistema Cardiovascular, Diabetes Mellitus e Síndrome Metabólica. Segue gráficos nutricionais por faixa etária e coeficientes de doenças crônicas apresentadas por essa população:

Figura 15

Distribuição do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos, segundo Peso por Idade - Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional, DSEI INTERIOR SUL, Polo Base PASSO FUNDO, Aldeia VILA ALEGRE, UF RS, Município NONOAI, Período Anual de 2019

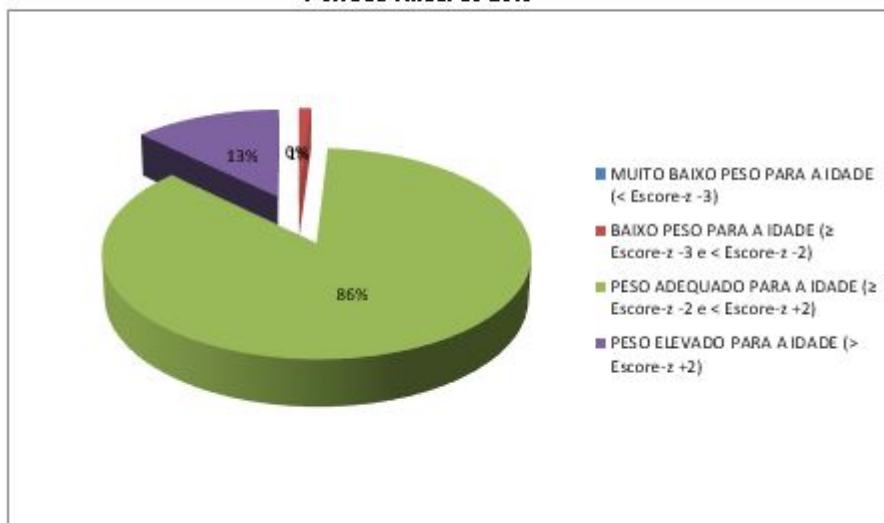


Figura 16

Distribuição do Estado Nutricional de Adultos, segundo IMC - Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional, DSEI INTERIOR SUL, Polo Base PASSO FUNDO, Aldeia VILA ALEGRE, UF RS, Município NONOAI, Período Janeiro de 2019

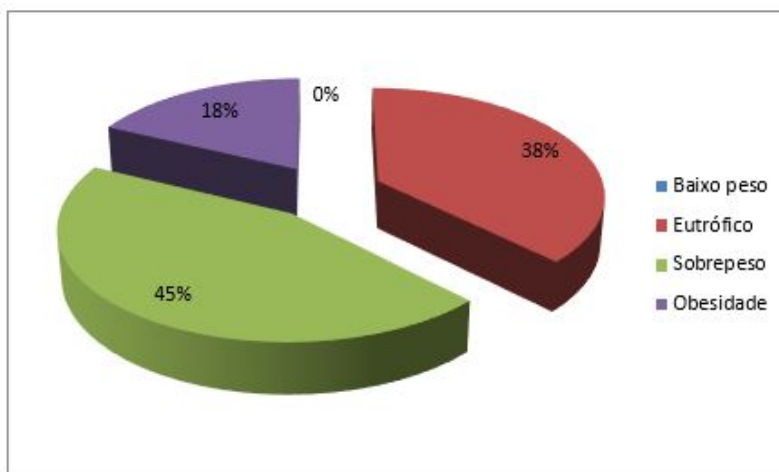
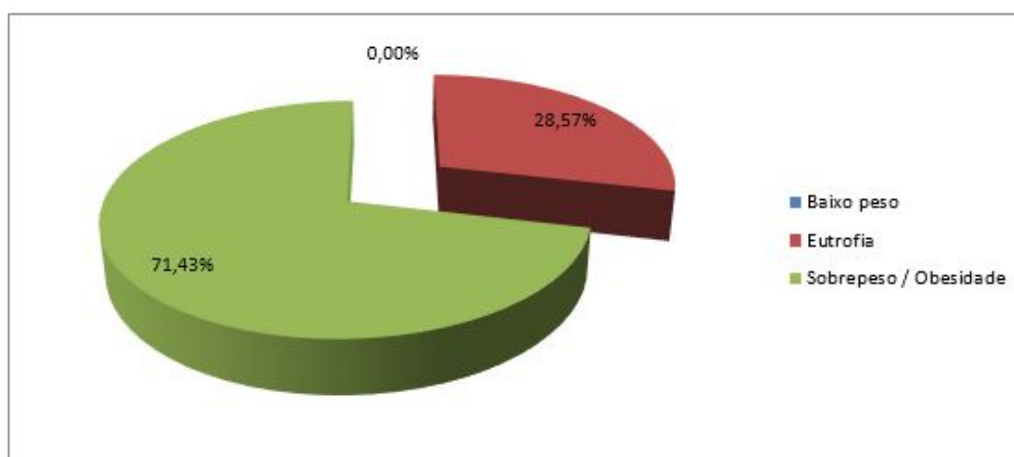


Figura 17

Distribuição do Estado Nutricional de Idosos, segundo IMC - Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional, DSEI INTERIOR SUL, Polo Base PASSO FUNDO, Aldeia VILA ALEGRE, UF RS, Município NONOAI, Período Janeiro de 2019



Prevalência de Diabetes Mellitus =

$$\frac{2}{70} \times 100 \text{ igual } 2,86 \%$$

Prevalência de Hipertensão Arterial =

$$\frac{10}{70} \times 100 \text{ igual } 14,29 \%$$

Após entrevistar alguns médicos atuantes em aldeias do Dsei Interior Sul, tive uma conclusão de que o sedentarismo, a baixa renda, e o baixo desenvolvimento educacional foram os principais fatores condicionantes destas enfermidades crônicas e está influenciando a uma doença pouco vista antigamente em aldeias (ou pouco relatada) que é o transtorno de humor (como principais representantes a depressão e ansiedade, CID F41, F41.1 e F41.2).

Para poder proporcionar uma melhor atenção à saúde indígena a SESAI impõe metas de atendimentos e rastreamento de doenças dentro das aldeias. Apesar de possuírem casas de madeira ou de alvenaria para moradia, os indígenas da aldeia Vila Alegre não possuem rede de esgoto e saneamento, a distribuição de água é efetuada por meio de poço d'água, que é drenado por bombeamento para caixa d'água e é distribuído para todas as casas. A maioria das casas não possui banheiro, os moradores dessas casas acabam utilizando banheiro de seus familiares que moram ao redor ou improvisam um local para que possam banhar-se e fazer suas necessidades fisiológicas. A energia elétrica é distribuída para todas as casas sem custo para seus usuários. E a coleta de lixo é efetuada uma vez por semana por caminhão da prefeitura do município mais próximo.

Por terem uma condição precária de moradia, buscamos sempre dar palestras para a população sobre cuidados básicos de saúde e com o auxílio de agentes de saúde indígena e agente de saneamento básico indígena buscamos proporcionar prevenção e atendimento focado nessas populações.

Por questão da cultura de tomar banho frio e do clima ser de baixas temperaturas, algumas doenças acabam sendo focos e metas como resfriados e a tuberculose. Buscamos manter uma busca ativa para tuberculose por ser de fácil contágio e difícil manutenção de tratamento. Tendo mais uma taxa zerada, por conseguir uma busca ativa eficiente e interatividade positiva entre equipe de saúde e população.

Um condicionante de saúde que se tem é a busca ativa de PCCU e Mamografias, temos o atendimento priorizado e uma busca ativa das mulheres indígenas em idade preconizada pelo Ministério da Saúde para ter uma excelente "saúde da mulher". Com palestras e consultas instrutivas conseguimos manter nossa população com esses índices zerados, com uma cobertura de 100% da população e com isso gerando maior interesse de busca ativa e assim manter-se ativas e longe dessas doenças.

Algumas doenças acabam tendo maior procura dentro dessa população. Segue um quadro com morbidade mais prevalente, para que possa conhecer um pouco mais da realidade dos atendimentos efetuados pela Equipe de Saúde Indígena.

Quadro 3 - Morbidade geral por capítulo de CID (ano de 2019)

Capítulo	Agravo	Categoria Profissional	Quantidade de Pessoas
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	Transtornos da ansiedade orgânicos	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	Conjuntivite	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Outras dermatites seborreicas	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Dor lombar baixa	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	Gastrite não especificada	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Outras deformidades adquiridas especificadas do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	Cárie dentária	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	3
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	Pulpite	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	3
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	Médico da estratégia de saúde da família	6
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Cervicalgia	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde	Colocação e ajustamento de dispositivo de prótese	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	5
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	Faringite aguda	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais	Cefaleia	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Transtornos internos dos joelhos	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	Hipermetropia	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	Enxaqueca com aura [enxaqueca clássica]	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais	Flatulência e afecções correlatas	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	Episódio depressivo leve	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	Miopia	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde	Exame geral de rotina ("check up") de uma subpopulação	Médico da estratégia de saúde da família	89
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	Degeneração gordurosa do fígado não classificada	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outros	Médico da estratégia de saúde da família	5
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	Outras cáries dentárias	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	3
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	Sinusite aguda	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Mialgia	Médico da estratégia de saúde da família	4
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoideia	Vertigem paroxística benigna	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	Outras rinites alérgicas sazonais	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras condições	Ferimento da perna	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras condições	Ferimento do tórax	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	Hernia inguinal	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	Hipertensão essencial (primária)	Médico da estratégia de saúde da família	28
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Escabiose [sarna]	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	Transtornos do humor [afetivos] orgânicos	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras condições	Luxação da articulação acromioclavicular	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde	Exame dentário	Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	23
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Outros transtornos musculares	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras condições	Contusão de outras partes do punho e da mão	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	Outras rinites alérgicas	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	Transtornos da menopausa e da perimenopausa	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Diabetes mellitus não-insulino-dependente	Médico da estratégia de saúde da família	3
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Obesidade	Médico da estratégia de saúde da família	3
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	Estado da menopausa e do climatério feminino	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais	Outros sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	Oligomenorreia secundária	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde	Seguimento pós-parto de rotina	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Diabetes mellitus insulino-dependente	Médico da estratégia de saúde da família	5
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Dorsalgia	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	Infecção do trato urinário de localização não específica	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Tinha do corpo	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoideia	Otite média não-supurativa	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa predefinida	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras condições	Outros traumatismos e os não especificados do punho e da mão	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Faringoconjuntivite viral	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde	Supervisão de gravidez normal	Médico da estratégia de saúde da família	2
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	Arritmia cardíaca não especificada	Médico da estratégia de saúde da família	1
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	Pneumonia viral não classificada em outra parte	Médico da estratégia de saúde da família	2

Fonte: SIASI – SESAI/MS, 25/08/2020

Neste ano de 2020 estamos passando por algo jamais visto, estamos passando por período de temor e apreensão por um único agente agressor, o tão temido e conhecido como COVID-19 ou Sars-Cov-2 vem trazendo tristeza e medo para todos, várias aldeias foram atingidas por este vírus, trazendo internações, mortes e sofrimento para todos. No início desta pandemia conseguimos fazer instruções por visitas domiciliares coordenadas para levar o conhecimento e equipamentos de segurança para as Aldeias. Conseguindo assim conter até o presente momento (28/08/2020) sem nenhum infectado na Aldeia Vila Alegre.

Com auxílio de estudos epidemiológicos comparativos entre Aldeias próximas, o Polo Base Passo Fundo e o Dsei

Interior Sul, consegui destacar de que em aldeias menores, as equipes de saúde conseguem efetuar um melhor trabalho e uma maior prevenção. E que a interculturalidade com o homem branco acaba trazendo maiores danos a saúde desses indígenas.

Analisando o exposto neste capítulo é visto que o empenho da equipe de saúde em busca de prevenção vem se destacando, por atingir uma diminuição de morbidade crônica e mortalidade em geral. A atenção individualizada da população, com ênfase em saúde e controle de doenças crônicas vem atingindo números gratificantes.

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

Ao longo do tempo e convívio com essa população, tive alguns levantamentos de dados epidemiológicos que demonstraram que o ponto negativo em relação a saúde foi causado pelo contato com o homem branco.

Em rodas de conversas com lideranças indígenas e própria população, consegui coletar dados de como foi modificado a vivência e costumes com o passar dos anos.

Disseram que antigamente esses indígenas pareciam bichos quando aproximavam homens brancos, corriam para floresta para se esconder. Quando havia mutirão de saúde efetuado pela antiga FUNAI, chegavam com ônibus como atenção médica, odontológica e com vacinação para população. As lideranças indígenas tinham que se unir e trazer as pessoas arrastadas a força para fazer vacinas.

A fonte de alimento deles era o que se plantava, caçava, pescava e criavam ou alimentos que a natureza proporcionava, como o Kumin, Radish. Todos tinham uma ocupação dentro da família e comunidade. Não existia consumo de bebida alcoólica, cigarros, e alimentos industrializados.

Com o passar dos anos, foi aumentando o contato com o homem branco, e com isso iniciou uma mudança de costumes alimentícios, consumo de bebidas alcoólicas, cigarro e alimentos industrializados. Começou o contato com tecnologias como televisores, computadores e celulares.

Iniciou-se também o desmatamento para início da agricultura, e neste momento aumentou o contato do homem branco em busca de terras para arrendamento. Diminuindo o espaço para trabalho com o plantio dos indígenas, pois o dinheiro e alimentos industrializados vinham com maior facilidade. Aumentando assim o sedentarismo e acesso a alimentos industrializados.

Busquei apresentar resumidamente uma parte da história desse povo para poder iniciar o verdadeiro tema que darei sequência neste capítulo, a OBESIDADE.

Nesta população enfrentamos um grande vilão da saúde, trazido pelo contato com o homem branco e o excesso desses alimentos, sedentarismo e consumo de substâncias lícitas foram protagonistas neste contexto. Uma media de 71% dessa população está com sobrepeso ou obesidade (em diferentes graus). E como consequência doenças secundárias como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, síndrome metabólica, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, entre outras.

Alguns indígenas possuem criações de gado, porco e galinha para sua alimentação. O plantio para consumo é mínimo, alguns possuem plantação de feijão ou mandioca, mas a base de sua alimentação é por meio de alimentos industrializados, refrigerantes, cervejas, doces...

A diversão que antigamente era jogos ao ar livre, pesca ou atividades em que exerciam atividades físicas, foi trocada por filmes, novelas, séries, jogos online e redes sociais. A caminhada que tinham que efetuar para transitar de um lugar ao outro hoje é feita de carro ou moto. A inchada, rastelo, facão e materiais para o plantio ou busca de alimentos foram aposentados, em seu lugar entraram os tratores, motosserras e outras máquinas para facilitar seu trabalho.

Encontrando essa problemática, aos poucos conseguimos fazer um rastreio e descobrir essas mudanças, apresentando para a população, aos poucos, as consequências causadas por essas mudanças.

Por meio de consultas domiciliares e consultas ambulatoriais, buscamos orientar a população sobre esse diagnóstico e riscos que pode trazer. Muitos referiam que a obesidade é sinal de fartura, força e beleza. Que não precisam baixar de peso, e sim, fazer algo para não ter doenças. Referem comer pouco e não sabem o porquê engordam.

De início, tive vários obstáculos para conseguir orientá-los da importância de manter o peso correto, efetuar exercícios físicos diários, diminuir o tempo de tela (incluindo televisão, computador e celular), a vantagem de ter uma alimentação saudável, e os malefícios dos refrigerantes e alimentos industrializados. A troca de molhos de tomate, temperos tipos caldo de carne ou de outros sabores e outros temperos pelos produtos naturais como

salsinha, cebolinha, alho...

Incentivamos a diminuição dos produtos ricos em carboidratos, gorduras e excessos. Alguns pacientes em consulta relatam que comeram pouca comida no almoço e estão comendo mais frutas no período da tarde, quando indago a quantidade, sorriem e dizem uma caixa, deixando visível que não se tem o controle em relação a quantidade e qualidade de alimentos.

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

Por ter uma grande prevalência e incidência na comunidade, a obesidade vem gerando doenças crônicas irreversíveis. E necessitamos gerar estratégias para abranger o conhecimento em toda comunidade. Mesmo estando em tempos de pandemia (COVID-19), temos que buscar métodos para conseguir atingir 100% da comunidade.

Podemos abordar a comunidade de várias formas, como:

Individual: nas consultas médicas ambulatoriais podemos abordar a obesidade com cada paciente, tendo uma escuta ativa, empatia, e podendo tirar dúvidas que muitas vezes não são comentadas em grupos de conversas. Geram entendimento tanto do paciente como do médico, que também melhor entende o paciente.

Visitas domiciliares: nas visitas domiciliares começamos a atingir um público um pouco maior, como os familiares costumam residir sempre em residências próximas, acabam passando os dias juntos, logo aproveitamos para fazer um aconselhamento e dar instruções para todos familiares, indagando as pessoas sobre seus costumes que possam ser indispensáveis para conseguir atingir um maior entendimento familiar.

Incentivando a família toda a se apoiar e mostrando as vantagens sobre o tratamento dessa doença (obesidade).

Rodas de conversas: neste contexto podemos abordar um maior número de pessoas, no Rio Grande do Sul tem-se o costume de reunir-se entre vizinhos para tomar chimarrão, onde temos a oportunidade de fazer rodas de conversas.

Palestras e Ações de saúde: podemos abordar vários temas nas palestras regionais e ações de saúde, onde podemos além de transmitir conhecimentos a uma maior população, e em um grupo maior podemos montar atividades, jogos e tentar incentivar os moradores a unir-se e incentivar a melhoria do estado de saúde de cada um.

Por causa do período crítico que estamos passando, as palestras e ações de saúde não podem ser efetivadas, pois geraria aglomeração de pessoas e um maior risco de contágio de doenças respiratórias. Dessa forma, buscarei atingir a população de forma particionada, por meio de visitas domiciliares e rodas de conversas, efetivar a educação em saúde em toda aldeia.

Oferecendo consultas com triagem completa (peso, altura, IMC, aferição da Pressão Arterial, circunferência abdominal), analisar risco cardiovascular e risco de desenvolver doenças crônicas, analisar alimentação (dentro de sua cultura individual), prática de esportes, de forma inicial individualizada e em contexto de grupo, solicitação de exames laboratoriais (Colesterol total e frações, triglicérides, LDL, HDL, glicemia de jejum e hemoglobina glicada, entre outros) e de Imagem (radiografia de tórax) para diagnóstico e acompanhamento desses pacientes. Demonstrar aos indígenas as desvantagens, e potenciais riscos causados a saúde pelo uso de alimentos industrializados.

Demonstrar as vantagens da prática de exercício rotineira, diminuição da gordura corporal e diminuição do sedentarismo. Buscar gerar grupos de caminhadas, estimular os jogos em

grupo entre todas as idades. Buscando com que os obesos possam sair da obesidade e os eutróficos não cheguem a obesidade.

E por final apresentar todas as complicações que podem ser geradas por consequência da obesidade, descrevendo as patologias mais comuns e conhecidas em sua população, e como a aderência do tratamento não farmacológico e farmacológico podem dar uma maior expectativa de vida para eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste, consegui descrever fragmentos de um todo complexo. O território do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, com ênfase no Polo Base Passo Fundo e Aldeia Vila Alegre.

Um olhar descritivo de sua formação populacional, sociopolítica, financeira e dados de saúde deste território. Ampliando horizontes sobre especificidades populacionais, sanitárias deste território e epidemiológicas, apresentando dados gerais regionais como a saúde indígena em todas suas vertentes, desde etnias, cultura, saneamento, saúde odontológica, psicológica, saneamento, atendimentos médicos, até mesmo os principais índices e taxas que permeiam uma atenção em saúde de qualidade.

Apresento alguns tópicos fixando que a presença do homem-branco entre os povos indígenas trouxe muitas vantagens como inovações para melhorar o cultivo, tecnologia para o uso diário tanto no trabalho como em sua residência, saúde para diminuir o índice de mortalidade, entre outras, porém trouxe também desvantagens grandíssimas como o sedentarismo, alimentos industrializados, doenças que não fazia parte do convívio indígena...

Em nosso dia-a-dia, a equipe de saúde passa por vários desafios, por muitas vezes por ausência de atualizações, conhecimento e vícios de trabalho, por ter uma rotatividade grande de médicos em áreas indígenas, a equipe e população vem com costumes de outros profissionais e muitas vezes demoram a confiar em novos médicos.

A estruturação dos postos de saúde, equipamentos básicos para fornecer um melhor atendimento e saneamento básico são precários.

Em resumo, a ausência de cursos e atualizações, equipamentos básicos e a resistência de alguns componentes da equipe a atualizações, dificulta o progresso da saúde indígena. Além disso, encontrei um certo bloqueio dos órgãos responsáveis, em relação a disponibilização de verbas para a saúde indígena, visando que um dos princípios doutrinários do SUS é a equidade e universalidade, que na prática noto que não funcionam conforme manda a normativa.

Alguns problemas básicos de saúde poderiam ser resolvidos com o verdadeiro entendimento das doutrinas do SUS, disponibilizando condições e equipamentos necessários. A disponibilidade de vagas em consultas com especialidades poderia ser aumentada. Cursos de capacitação de todos da equipe, e um suporte maior para palestras educativas a população seria um ponto chave onde poderíamos atingir melhores índices de saúde nessas comunidades.

Com este curso consegui ter uma visão ampliada da situação de saúde indígena, tanto do território foco, como em outros territórios abordados pelos demais colegas participantes. Podendo assim, ter uma melhor posição e conhecimento adquirido, podendo adequar enfrentamentos e conhecimentos transpassados pelos demais, a minha realidade.

Os temas abordados foram essenciais para uma visão ampliada dos problemas, formas mais práticas de resolução dos mesmos e uma prática médica mais ampliada e atualizada, visando sempre o atendimento diferenciado a cada realidade enfrentada por cada paciente que atendo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Plano distrital de saúde indígena 2012 - 2015. 2015. Disponível em:

<

http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/interior-sul/plano-distrital-2012_2015_dseiisul_gestao_1.pdf/at_download/file>.

Acesso em: 1 Jan. 2021 às 14:30.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA - CONDISI. Regimento interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena. Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, Brasília-DF, 2019. <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/interior-sul/regimento-interno.pdf>. Acesso 17/01/2021.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2019 Disponível em:

<<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca--brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20acima%20de%2030,anos%2C%204%2C9%25>>.

Acesso em: 1 Jan. 2021 às 17:30.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

PORTARIA Nº 755, DE 18 DE ABRIL DE 2012. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html>. Acesso em: 1 Jan. 2021 às 16:30.

Só Geografia. Vegetação da Região Sul do Brasil. Disponível em:

<https://www.sogeografia.com.br/Conteudos/GeografiaFisica/Brasil/regiaosul_vegetacao.php
>. Acesso em: 1 Jan. 2021 às 15:00.