



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ARTHUR FALCHETTI

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA INTERIOR SUL NA ALDEIA GENGIVA:
O EFEITO DO COMPARTILHAMENTO SOCIOCULTURAL COM DIFERENTES
POVOS

SÃO PAULO
2021

ARTHUR FALCHETTI

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA INTERIOR SUL NA ALDEIA GENGIVA:
O EFEITO DO COMPARTILHAMENTO SOCIOCULTURAL COM DIFERENTES
POVOS

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

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são unidades federais que correspondem a uma ou mais terras indígenas, dentre elas a aldeia Gengiva, pelo qual se localiza no DSEI Interior Sul Polo Base Guarita e é formada por povos de etnia Guarani. Oriundos de países latínos americanos, principalmente do Paraguai, são povos que contém como língua nativa o Tupi-Guarani. Historicamente são conhecidos por seguir a cultura de seus antepassados, que entre os quais podemos destacar o Pajé como líder maior dentro da cultura médica, utilização de ervas tradicionais para uso medicinal e o casamento arranjado de adolescentes e adultos de diferentes faixas etárias. Devido a falta de políticas públicas adequadas, muitos adolescentes acabam migrando para cidades vizinhas em busca de melhores oportunidades, com isso a junção de diferentes povos acabam trazendo para dentro da aldeia hábitos de outras comunidades. Este trabalho tem por objetivo descrever o território de atuação na aldeia Gengiva no Polo Base Guarita - RS, onde a junção destes diferentes costumes tem gerado importantes alterações na saúde por modos inadequados de mudanças alimentares e sociais. Estes tendem a aumentar casos de doenças cardiovasculares devido ao consumo de alimentos industrializados, bebidas alcólicas em quantidades excessivas e o uso de tabaco. Dentro desta comunidade conseguimos especificar algumas alterações provindas de seus costumes e assim identificar suas complicações, dando ênfase às doenças hipertensivas por terem um aumento importante de casos dentro da aldeia Gengiva. Dentro de uma comunidade indígena todas as dificuldades se tornam duplicamente maior, pois muitas vezes seus costumes os impedem de compreender os problemas gerados por tais mudanças.

Palavras-chave:

Povos Indígenas. Hábitos Saudáveis. Equipe de Saúde. Exercício Físico. Hipertensão.

APRESENTAÇÃO

Sou Arthur Falchetti, tenho 30 anos e sou formado desde 2018 em Medicina pela Faculdade Barceló de Buenos Aires na Argentina. Desde criança sempre sonhei com ser médico e por alguns motivos esse sonho me levou a um país vizinho onde eu pude me formar e me realizar. Em 2019 me inscrevi no programa Mais Médicos e consegui uma vaga no DSEI interior Sul. Assim que consegui a inscrição as incertezas e o medo tomaram conta, perguntas como "será que vou dar conta?", "como deve ser uma reserva indígena?", "será que vou me adaptar?", essas indagações tomaram conta dos meus pensamentos, porém com algumas pesquisas e principalmente após o convívio no dia a dia, fui acostumando com a rotina e ficando mais tranquilo. Minhas inquietações foram respondidas, hoje além de gostar não me vejo trabalhando fora da reserva.

Minhas expectativas e aspirações são aprender com os povos indígenas e poder de alguma forma ajuda-los, tendo em vista que estes são muitas vezes negligenciados pela sociedade.



CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul abrange 4 estados, estes são São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande Do Sul. Seu município Sede se encontra em São José-SC, possui 6 polos bases localizados nas cidades de Bauru-SP, Guarapuava-PR, José Boitux-PR, Chapecó-PR e Passo Fundo-RS e está inserido em 32 municípios Bauru, Guarapuava, Londrina, José Boitux, Vitor Meirelles, Porto União, Chapecó, Seara, Aberlado Luz, Ipuacu, Entre Rios, Passo Fundo, Água Santa, Benjamim, Carazinho, Charrua, Constantina, Engenho Velho, Erexim, Faxinalzinho, Gentil, Iraí, Cacique, Nonoai, Planalto, Redentora, Ronda Alta, Santa Maria, São Miguel das Missões, Três Palmeiras, São Valério do Sul e Tenente Portela. Tendo 36 postos de saúde, abrangendo um total de 31.103 indígenas das etnias Terena, Guarani Kaingang, Krenac, Xatá, xokleng e carijó divididas em aproximadamente 166 aldeias. Com 24.311 os Kaygangs contemplam a maior população de indígenas, seguido dos Xoklens com 4.146 indígenas e os Guarani com 1.649. Todo restante é dividido em uma menor população entre as outras etnias, 86.6% dos indígenas no DSEI Interior Sul se comunicam com a língua portuguesa.

Sua extensão territorial é de aproximadamente 262.605.029 hectares, seu clima predominante é temperado com temperaturas menores aos 20 graus durante o inverno, e superiores aos 30 graus durante o verão. Sua estação de seca ocorre durante o inverno e outono, e as estações chuvosas durante o verão e a primavera. O relevo contém principalmente duas divisões, o planalto atlântico que se estende do leste até o litoral, e o planalto meridional que é predominante e leva a formação das serras. A vegetação nativa que é a mata atlântica e a mata dos pinhais se encontram em boa parte devastada, na região se encontra também os campos como a pampa gaúcha e em menor quantidade a restinga e os mangues.

As principais atividades econômicas na região do DSEI são Pecuária e Agricultura (milho, soja, Arroz, Maçã). Essas plantações por sofrerem facilmente danos de pragas e até mesmo do tempo, uma alta quantidade de agrotóxico acaba por ser utilizada, esses contaminam rios, lagoas e chegam até as aldeias causando doenças agudas e crônicas. Muitas reservas indígenas como a Guarita possuem plantações de soja em seu território, expondo assim a comunidade indígena aos malefícios do agrotóxico.

O transporte na DSEI interior sul é predominantemente feito de forma terrestre, muitas aldeias ficam próximas de rodovias federais e estaduais, as mais afastadas normalmente tem acesso através de estradas de chão batido, dificultando muito a locomoção até as mesmas.

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

O modelo atual de organização do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) foi criado a partir de conferências nacionais de saúde em 1993 na segunda conferência nacional de povos indígenas (CNSPI). Foi reivindicado a criação DSEI, "a proposta versava a respeito da implantação de um modelo de saúde adequado às áreas indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS)" (ATHIAS; MACHADO., 2001).

Em 23 de setembro de 1999, a lei número 9.836 criou o subsistema de atenção aos povos indígenas no âmbito do SUS cinco anos após a II CNSPI, posteriormente em 2002 foi criada a Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), os DSEIs são compostos por unidades de saúde dentro das terras indígenas, que contam com o trabalho dos agentes indígenas de saúde (AIS) e dos agentes indígenas de saneamento (AISAN) pelos polos bases que incluem equipes multiprofissionais de saúde e pelas casas do índio (CASAI).

São 34 DSEIs em todo território nacional com subordinação técnica da FUNASA em Brasília. O Dsei Interior Sul abrange áreas indígenas localizadas nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, Devido a sócio-diversidade e particularidade dos Dseis Interior Sul e Litoral Sul, a gestão é compartilhada ficando ao Dsei Interior Sul os Pólos Bases do Estado de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

O CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA (Condisi) segundo a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 art 3 compete ao condisi (Mais importantes):

I - 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;

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

III - 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;

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

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

VII - 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 VIII - 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;

X - 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;

XI - 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;

XII - 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;

XIII - 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;

XV - 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;

XVI - Orientar o Conselho Local quanto à participação de um representante no Conselho Municipal de Saúde;

XVII - 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;

XVIII - 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;

XIX - Propor e aprovar Comissões, com a finalidade de assessorar o CONDISI nas ações de saúde indígena, se assim for necessário;

XX - 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;

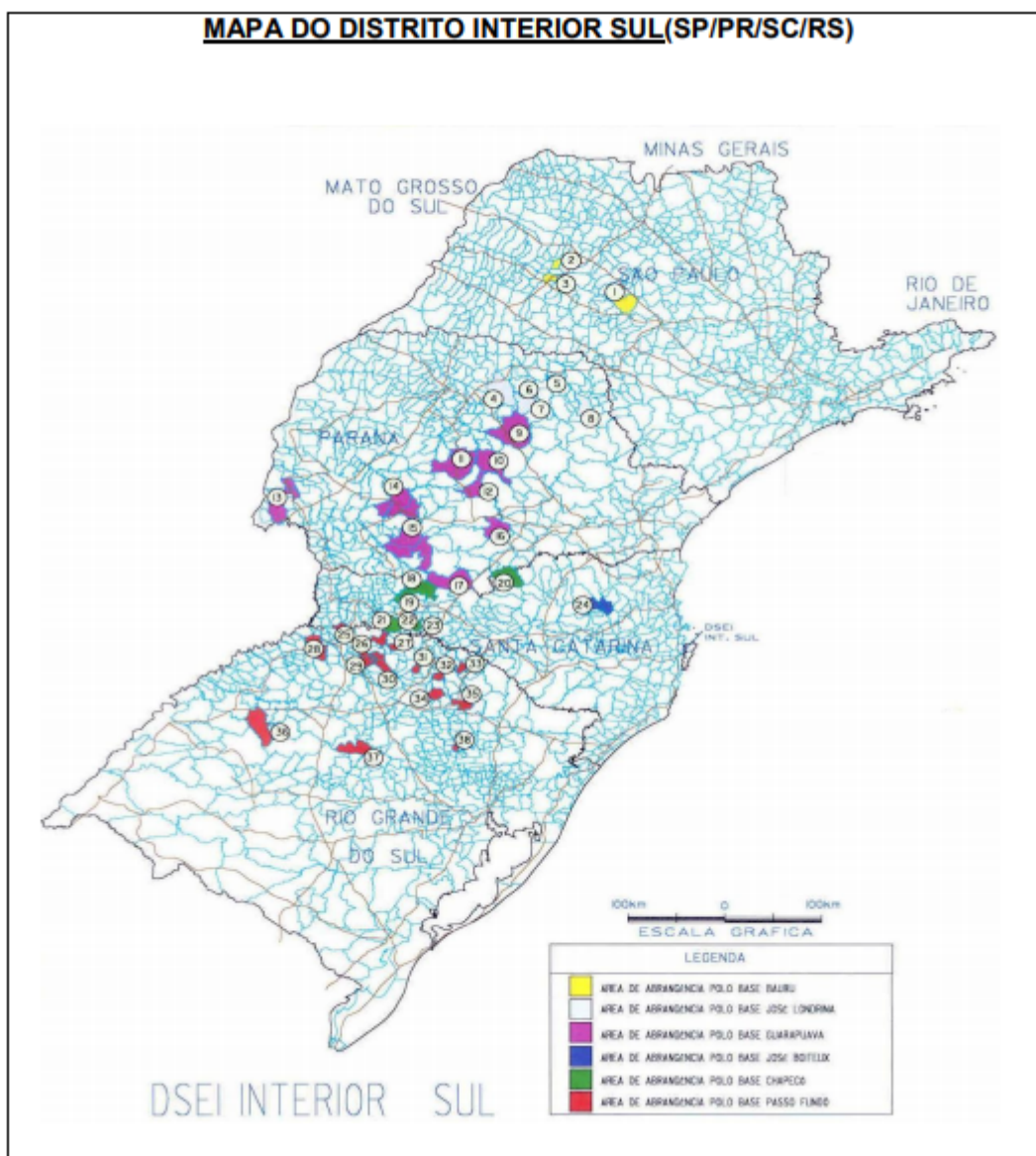
XXI - Aprovar ou modificar o presente Regimento Interno, com suas normas de organização e funcionamento, adequando-o sempre que houver necessidade às deliberações delegadas pela legislação e de suas instâncias superiores;

Art. 4º Na composição do Conselho Distrital de Saúde Indígena - Condisi, aplica-se o princípio da paridade, sendo 50% dos usuários, representando os povos indígenas do Dsei Interior Sul, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde indígena e 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, conforme dispõe a RESOLUÇÃO No 453, DE 10 DE MAIO DE 2012 do Conselho Nacional de Saúde, composto por 64 membros;

Art. 13. O Conselho Distrital de Saúde Indígena terá a seguinte estrutura organizacional: I - Plenária; II - Presidência e Vice-Presidência; III - Secretaria Executiva; IV - Comissões;

O DSEI Interior Sul tem uma população de 31.103 indígenas está composto por 164 aldeias em 69 municípios do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, possui 10 polos bases e 04 diferentes etnias (Guarani, Kaygang, xokleng e charrua).

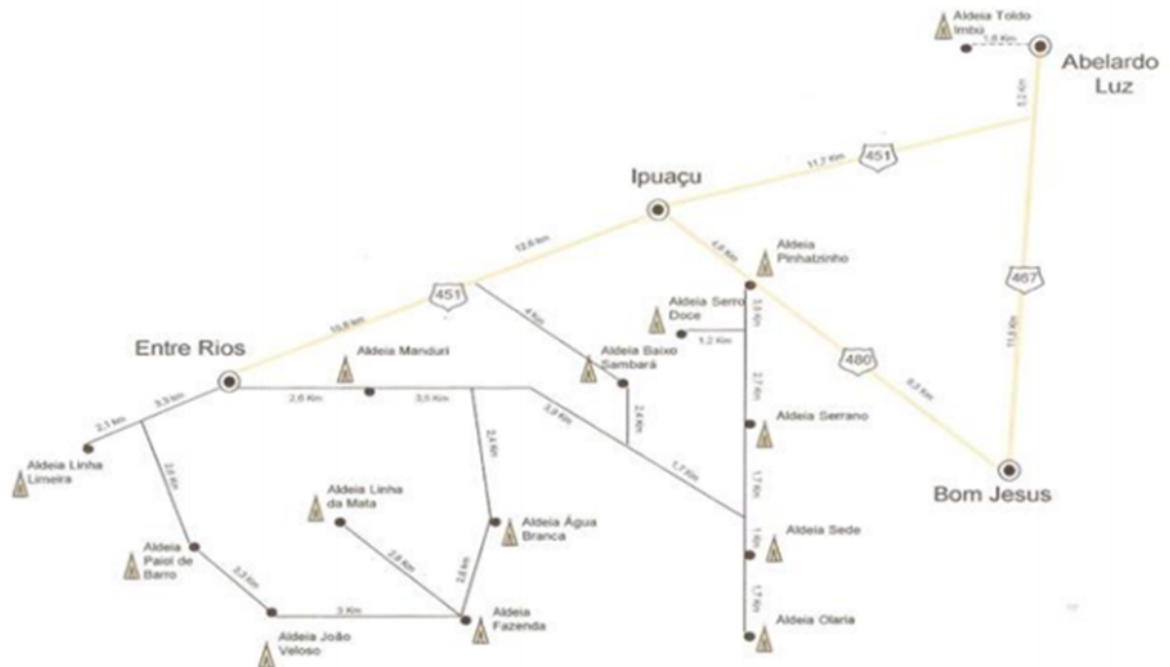
Figura 1. Mapa do DSEI Interior Sul



Fonte: DSEI Interior Sul

Das 164 aldeias apenas 22% dessas possuem UBS, um total de 36 UBS, possui 10 polos bases nas localidades de (José Boiteux/SC, Chapecó/SC; Florianópolis/SC; Araquari, Passo Fundo; Guarita, Barra do Ribeiro, Osório, Porto Alegre e Viamão).

Figura 2. Mapa cartográfico das aldeias do Polo Base Chapecó



Fonte: DSEI Interior Sul

Na imagem acima um mapa cartográfico das aldeias do Polo Base de Chapecó (IPUAÇU, ENTRE RIOS E ABELARDO LUZ).

Infelizmente no DISEI interior Sul não possui CASAI. Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que no estado são compostas por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, odontólogos, agente de saúde bucal, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, agentes indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde que contam ainda com o apoio de engenheiros, arquitetos, geólogos e técnico de edificações. Essas EMSIs assumem configurações diversas que buscam se adaptar a realidade dos povos indígenas e suas especificidades étnicas e culturais.

No DSEI interior Sul temos 62 UBS, sendo 44 no estado do RS e 18 no estado de SC.

Quadro 1. Estado, Polos base e Aldeias com UBS

ESTADO	POLO BASE	ALDEIA	UBS
SC	Araquari	Pindoty	Sim

SC	Araquari	Morro Alto	Sim
SC	Chapecó	Kondá	Sim
SC	Chapecó	Toldo	Sim
SC	Chapecó	Toldo Pinhal	Sim
SC	Ipuaçu	Toldo Imbú	Sim
SC	Ipuaçu	Linha Limeira	Sim
SC	Ipuaçu	Paiol de Barro	Sim
SC	Ipuaçu	Fazenda São José	Sim
SC	Ipuaçu	Pinhalzinho	Sim
SC	Ipuaçu	Sede	Sim
SC	José Boiteux	Bugio	Sim
SC	José Boiteux	Palmeira	Sim
SC	José Boiteux	Plipatol	Sim
SC	José Boiteux	Sede	Sim
SC	José Boiteux	Toldo	Sim
SC	José Boiteux	Coqueiro	Sim
SC	José Boiteux	Figueira	Sim
RS	Barra do Ribeiro	Coxilha da Cruz	Sim
RS	Barra do Ribeiro	Água Grande	Sim

RS	Guarita	Gengiva	Sim
RS	Guarita	Bananeiras	Sim
RS	Guarita	Estiva	Sim
RS	Guarita	Irapua	Sim
RS	Guarita	Katiu Gria	Sim
RS	Guarita	Laranjeira	Sim
RS	Guarita	Mato Queimado	Sim
RS	Guarita	Missão	Sim
RS	Guarita	Paú Escrito	Sim
RS	Guarita	Inhacorá	Sim
RS	Guarita	Km 10	Sim
RS	Guarita	Pedra Lisa	Sim
RS	Guarita	Três Soitas	Sim
RS	Osório	Varzinha	Sim
RS	Osório	Campo Molhado	Sim
RS	Osório	KM 45	Sim
RS	Passo Fundo	Carreteiro	Sim
RS	Passo Fundo	Guabiroba	Sim
RS	Passo Fundo	Votouro	Sim

RS	Passo Fundo	Cacique Doble	Sim
RS	Passo Fundo	Ligeiro	Sim
RS	Passo Fundo	Linha Capinzal	Sim
RS	Passo Fundo	Linha São Sebastião	Sim
RS	Passo Fundo	Linha Bela Vista	Sim
RS	Passo Fundo	Ventarra	Sim
RS	Passo Fundo	Bananeira II	Sim
RS	Passo Fundo	Santa Catarina	Sim
RS	Passo Fundo	Iraí	Sim
RS	Passo Fundo	Rio da Várzea	Sim
RS	Passo Fundo	Santo Antonio	Sim
RS	Passo Fundo	Nonoai	Sim
RS	Passo Fundo	Vila Alegre	Sim
RS	Passo Fundo	Pinhalzinho	Sim
RS	Passo Fundo	Alto Recreio	Sim
RS	Passo Fundo	Ko´Enju	Sim
RS	Passo Fundo	Caneleira	Sim
RS	Porto Alegre	Lomba Kaygang	Sim
RS	Viamão	Tekoa	Sim

RS	Viamão	Lomba do Pinheiro	Sim
RS	Viamão	Pindo Mirim	Sim
RS	Viamão	Estiva	Sim
RS	Viamão	Cantagalo	Sim

Fonte: Autoria própria.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O povo Guarani é originário de praticamente toda América latina, povoaram e povoam principalmente países abaixo da linha do equador, como Argentina, Bolívia, Paraguai e Brasil. Se diferencia internamente em diversos grupos muito semelhantes entre si, nos aspectos fundamentais de sua cultura e organizações sociopolíticas, porém, diferentes no modo de falar a língua guarani.

Com essa pequena introdução podemos iniciar falando da escolha do meu território recorte, a Gengiva é uma aldeia localizada na terra indígena Guarita e pertence ao município de Erval Seco. A Guarita é uma reserva localizada no Rio Grande do Sul, e tem seu polo base o município de Tenente Portela, com aproximadamente 10 mil indígenas segundo os últimos dados da DSEI. Os índios Guaranis da aldeia Gengiva são do grupo Mbya, nos séculos XVI e XVII, os cronistas denominavam “guaranis” os grupos de mesma língua que encontravam desde a costa atlântica até o Paraguai.

Os Guaranis da aldeia Gengiva hoje são formados por aproximadamente 40 famílias. Os homens em boa parte trabalham na própria aldeia com afazeres em cortes de lenhas, pesca, plantação de milho e outros alimentos. Para manter a aldeia em boas condições, uma boa parte dos homens também trabalham em construções fora da reserva, já as mulheres Guaranis trabalham em afazeres domésticos e artesanais, onde em datas festivas (dia do índio, natal, pascoa) saem para vender fora da aldeia.

Com o avançar dos brancos na localidade os Guaranis começaram a se afastar dos mesmos, por causa de conflitos e a proximidade dos brancos, acabaram trocando de localização de moradia até três vezes, indo cada vez mais longe dos brancos. Hoje a aldeia gengiva tem como limites a cidade de Erval Seco, aldeia Katiu Gria e Capoeira dos Amaros, ambas aldeias pertencentes ao povo Kaiyngang, com seu território bem delimitado e afastado dos vícios da comunidade branca. A aldeia gengiva conseguiu de uma maneira espetacular manter sua cultura viva e principalmente sua língua conservada, não se tem a porcentagem exata de Guaranis na gengiva que são “Bilingues”, porém por experiência de contato quase 100% destes falam Guarani, e 60% falam português.

Culturalmente vivem em ocas de barro ou casas de madeira, possuem um Pajé que é o senhor mais sábio de toda a aldeia. O cacique é um homem jovem que possui graduação e agora esta terminando sua pós-graduação na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), isso faz que o mesmo sempre tenha muitas ideias novas, porém, sempre respeitando a história do seu povo. Uma das práticas dos Guaranis que podem ser vista como antiquadra ou até mesmo abominável por alguns, é o casamento “arranjado” pela família, inclusive eu mesmo presenciei uma situação muito difícil de aceitar ao meu ver, onde uma criança de 12 anos foi obrigada a casar com um senhor de 42 anos, sendo algo cultural para eles, precisei aceitar mesmo não concordando com tal ato. São distintas situações que nos põem à prova, nem tudo da área da saúde aprendemos dentro de uma universidade.

Tive a escolha da aldeia Gengiva por ser um território bem delimitado geograficamente e por possuir uma rica cultura ainda viva do povo Guarani, sendo que também acredito poder encontrar os dados antropológicos, epidemiológicos e demográficos deste território.

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

O povo Guarani é conhecido por distintos nomes: Chiripá, Kaingúá, Monteses, Baticola, Apyteré, Tembekuá, entre outros, porém sua autodenominação é Avá, que significa em Guarani, "pessoa".

Como já falado em outros capítulos, possuem uma grande população não apenas no Brasil, mas em uma grande maioria dos países Sul Americanos abaixo da linha do equador. Por mais que todas elas se chamem do mesmo nome "Guarani" elas se dividem em subgrupos, hoje no Brasil encontramos os Kaiowa principalmente no território do Mato Grosso e também os Ñandeva e Mbya. Uma grande parte hoje das aldeias possuem mais de um subgrupo, a Gengiva é uma aldeia que fica na reserva indígena Guarita, onde mais de 90% da população é de etnia Kaingang, por estarem na mesma reserva, a uma grande troca cultural de pensamentos e até mesmo formando casais entre as populações. Antigamente não era permitido se envolver com outras etnias, hoje já está mais liberado, inclusive alguns Guaranis vivem em território Kaingang.

A aldeia possui uma hierarquia definida por um conselho dos mais sábios, hoje o Cacique é Sandro Da Silva, professor do colégio local e um estudioso da cultura Guarani. Na continuação da hierarquia temos o Pajé, que é o curandeiro local, o mesmo trabalha muito com ervas e plantas medicinais e é conhecido na aldeia por ser um grande sábio. Seguido do pajé, dentro desta hierarquia ainda temos o Coronel, este é basicamente o braço direito do Cacique, passando todas as informações como problemas, inquietudes e necessidades para o Cacique e para a comunidade.

Na aldeia gengiva a população é um pouco fechada, inclusive muitas vezes temendo o "Branco", assim, após conversas pude descobrir e aprender alguns costumes culturais dos mesmos, alguns chamam a atenção por serem muito diferentes dos Kaingangs, para fins didáticos resolvi numerar em comparação com seus vizinhos Kaingangs.

Quadro 2. Aspectos sociais do Povo Guarani e Kaingang

	Guarani (Gengiva)	Kaingang (Guarita)
Casamento	Na grande maioria, os casamentos são arranjados, as meninas desde cedo já são prometidas a seus maridos, normalmente com 13 anos já estão casados.	Não tem casamento arranjado, as meninas tem o livre-arbítrio para escolher seus parceiros, dificilmente se casam antes dos 18 anos.
Funeral	Existe uma "casa enterro" como eles chamam, quando um sábio falece ele pode ficar sendo velado até 7 dias nesse lugar, lá se acende um tipo de erva para harmonizar o ambiente e guiar o espírito até a luz.	Muito parecido com os brancos, única diferença é que eu pude notar é que mesmo não sendo tão próximo existe uma grande comoção, a comunidade que perde um parente normalmente se fecha no dia.

Trabalho	Chamam seu sustento do artesanato, agricultura e caça, raramente saem da aldeia para trabalhar.	Diferente dos vizinhos, trabalham normalmente em frigoríficos da região e na colheita de maçã de grandes fazendas em cidades do estado.
Saúde/ Doença	Antes de consultar normalmente passam pelo pajé, porque o mesmo tem que se certificar que não é doença espiritual. Possuem um grande inventario de receitas de remédio do mato e ervas.	Não possuem mais um pajé, raros são os que fazem chás ou remédios do mato.

Fonte: Autoria própria.

Na aldeia Gengiva possuem 31 famílias com aproximadamente hoje 36 casas. Segundo o Cacique, anteriormente em torno de 5 anos atrás eram quase 40 famílias, ele acredita que por causa da globalização e de poucas oportunidades a aldeia vem diminuindo ano a ano. A população total é de 115 pessoas, sendo 65 homens e 50 mulheres. A população total de idosos é de 6 pessoas, e temos 7 menores de cinco anos. Esses últimos dados podemos observar que é uma população ativa, cujo mais de 87,5% da mesma tem idade entre 6 e 59 anos.

Na comunidade possui uma UBSI na qual apresenta uma sala de enfermagem, um consultório médico e uma sala de dentista. Não possui uma equipe de saúde completa todos os dias, mas contém uma técnica em enfermagem que se desloca segunda, quarta e sexta, e uma equipe completa todas as quartas-feiras com enfermeiro, médico, e dentista, possui também 2 AIS e 1 AISAN. Os eventos e reuniões da comunidade são realizados em um centro comunitário existente dentro da aldeia.

O colégio estadual da comunidade possui ensino fundamental de primeira a quarta série, sendo à partir do quinto ano os alunos começam a ir para a cidade de Erval Seco para completar o estudo. A escola tem como nome Sepé Tiaraju, e seus docentes são Sandro da Silva, Alexandrina da Silva e Manoel Fernandes. Como a aldeia gengiva fica dentro da reserva Guarita e essa possui 90% da população de etnia Kaingang, a maioria dos conflitos que acontecem ou já aconteceram foi prevalentemente entre etnias indígenas, principalmente com a demarcação territorial onde o a aldeia Gengiva possui um pequeno espaço de terra que é muito pouco cultivável.

Quando se iniciou o contato com os brancos ainda na época da colonização, segundo o Cacique Sandro, os seus antepassados se distanciavam dos mesmos por motivos de doença, morte e medo. O mesmo refere que a Gengiva é formada por Guaranis que vieram do litoral de SC, Paraguai, MT e Rio de Janeiro.

Cedido gentilmente pelo cacique Sandro, podemos ver no mapa a escola, em sua frente o posto de saúde, ao lado do posto o centro comunitário e mais afastado com as iniciais "DPY" é a casa do Pajé. Hoje já construídos pelos mesmos, existe um açude com peixes da região, sendo estes para pesca do tipo Pirá pé, Piraju e Nhundi´A. Ao lado da Escola existe uma

grande horta, onde alunos e a comunidade se juntam para plantar e colher alimentos, essa prática de agricultura, caça e pesca é de onde tiram quase 80% da sua alimentação, o resto vem de doação e compra em mercados na cidade vizinha. Seus principais animais de caça são os tatus, pacas, cutias, guaxus, guayrás. Sua principal atividade econômica é o artesanato, onde os mesmos são exímios artesões produzindo produtos que são vendidos em toda a região sul do Brasil, esse conhecimento, com a fabricação desses utensílios vem desde criança passando de geração para geração, utilizada como principal matéria prima: Takua, Takua´l e Kurupi´KA.

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

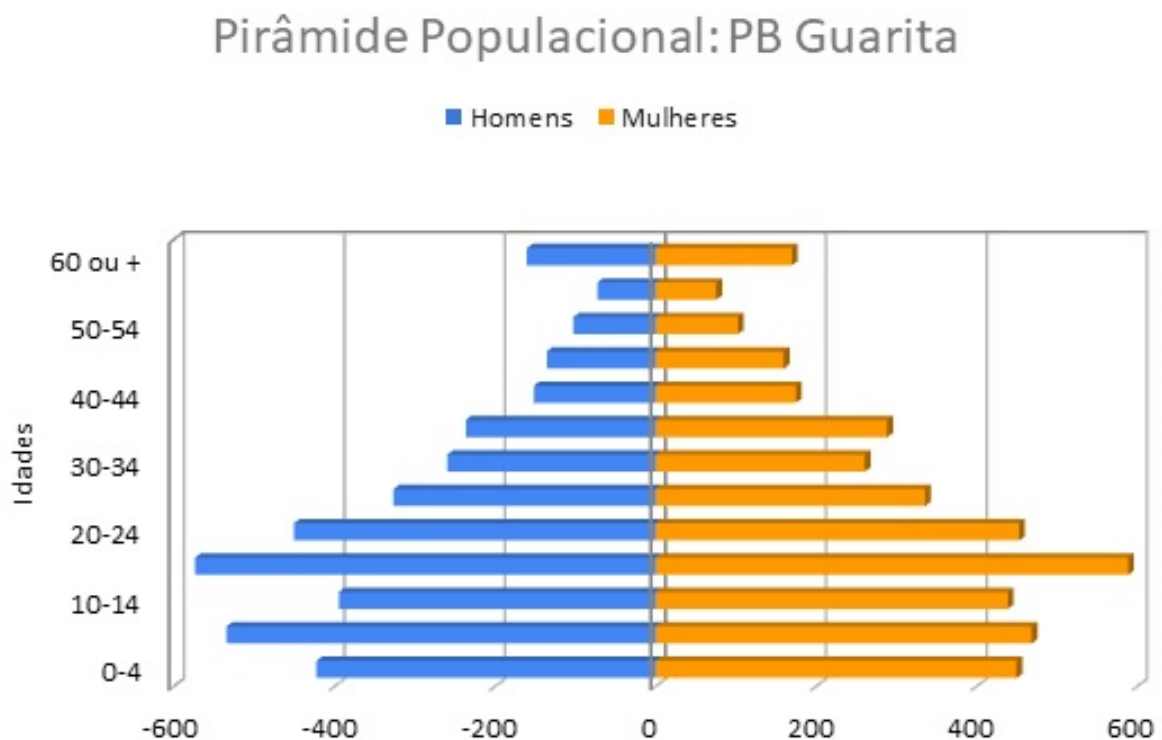
O Polo base guarita se localiza no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, onde se encontram 7784 indígenas de etnia Guarani e Kaingang.

Quadro 3. Total de população por etnia, Polo base Guarita.

Etnia	Total população
Kaingang	7482
Guarani	213
Branco	99
Total	7784

Fonte: DSEI Interior Sul

Figura 3. Pirâmide populacional Polo Base Guarita



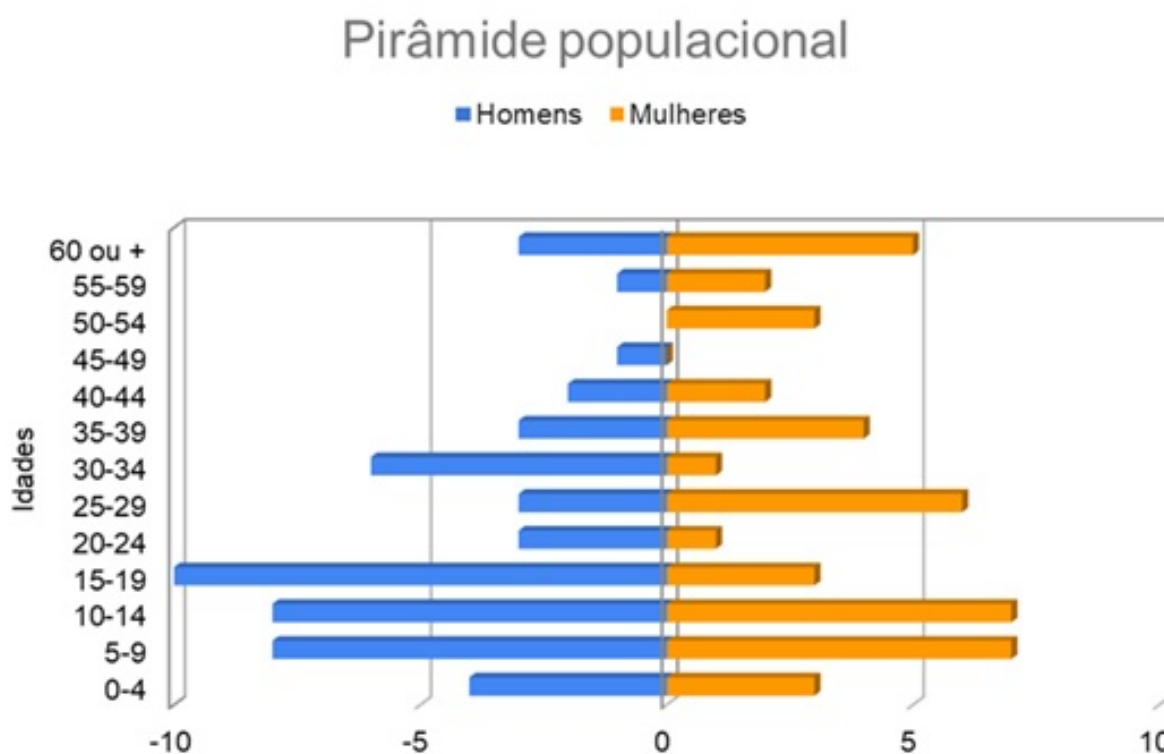
Fonte: autoria própria

A pirâmide etária serve para nos fornecer informações importantes sobre natalidade, idade média da população, longevidade, entre outros temas. A pirâmide etária do PB. Guarita é uma pirâmide considerada Jovem porque apresenta uma base larga e um topo mais estreitado, indicando que há altos índices de fecundidade e natalidade e uma população bastante jovem, essa pirâmide é comum de países subdesenvolvidos. Em comparação com a pirâmide etária do Brasil, que hoje se encontra como transitória ou adulta, é dizer que é uma pirâmide que ainda tem elevadas taxas de natalidade, porém tem um aumento na expectativa de vida.

A aldeia Gengiva de Etnia exclusiva Guarani possui uma população de 115 indígenas, se localiza no Polo base guarita e possui uma diferente pirâmide etária não sendo exclusivamente uma pirâmide jovem. Segundo o Cacique atual e algumas lideranças, a aldeia gengiva passou por importantes mudanças com o contato com os brancos, já que ao contato, os mesmos sofreram uma diminuição de sua população o que fez as lideranças mudarem de local uma aldeia inteira, a mesma foi alocada a quase 30km longe da principal rodovia e dentro da área protegida.

Nos últimos anos apesar de a população vir crescendo, os jovens ao chegar a maior idade começam a sair à procura de oportunidades fora da aldeia, o que reflete um acentuado declínio populacional a partir dos 19 anos, logo há um aumento novamente aos 35 anos onde tem a imigração de retorno para a aldeia.

Figura 4. Pirâmide populacional Aldeia Gengiva



Fonte: autoria própria.

A base mesma é considerada uma pirâmide jovem pela alta natalidade e fecundidade. Nos indicadores de saúde do Polo base Guarita, encontramos baixas taxas de mortalidade infantil, o componente neonatal possui taxas elevadas que pode refletir problemas na atenção pré-natal e ao parto.

Quadro 4. CMI do Polo base Guarita

CMI	17,54
CMI neonatal	17,54

CMI pósneonatal	0
-----------------	---

Fonte: autoria própria

Hoje no Brasil a taxa de mortalidade infantil está abaixo de 13,8, referindo uma grande melhora comparada ao ano de 2000, no qual se encontrava com 29,02 Na aldeia Gengiva nos últimos anos não tivemos óbitos infantis, no ano de 2020 ocorreram quatro nascimentos com todos nascidos vivos e sem intercorrências neonatais ou pósneonatais. Segundo os indicadores de Mortalidade geral, a aldeia Gengiva possui uma taxa de mortalidade de 20,83, comparado ao CMG do Brasil que se encontram segundos dados do IBGE de 2015 em 6,08. Essa grande diferença do coeficiente de mortalidade pode explicar pelas precárias qualidades de vivendas, saneamento básico e mortes por doenças crônicas não transmissíveis.

A Taxa de Natalidade está relacionada com o crescimento da população, na aldeia Gengiva temos uma taxa de natalidade de 41,67, comparada a taxa de natalidade brasileira que segundo os últimos dados se encontra a T.N 14,16 em uma tangente decrescente. Essa alta natalidade da Gengiva é parecida com os números de natalidade de países subdesenvolvidos, e com pirâmides consideradas jovens. A Taxa de fecundidade dos Guarani da aldeia Gengiva se encontra em 25 x 1000 habitantes, este indicador mostra a capacidade de geração de filhos em uma população, essa taxa se encontra quase 20x acima a taxa de fecundidade do Brasil que esta em 1,72.

Quadro 5. Comparação de indicadores - Aldeia Gengiva e Brasil por 1000 habitantes

Indicadores	Gengiva	Brasil
Mortalidade Geral	20,83	6,08
Taxa de Natalidade	41,67	14,16
Taxa de Fecundidade	25	1,72

Fonte: autoria própria

Nessa tabela observamos a grande tendência do Brasil se desenvolvendo e cada vez mais chegando a índices de países desenvolvidos e a aldeia gengiva com índices de países subdesenvolvidos.

No ultimo ano tivemos 4 gestações, com 4 nascidos vivos todas as gestantes foram acompanhadas no pré-natal, realizando no mínimo 6 consultas cada uma delas. Participaram do pré-natal enfermeira, dentista e Médico, todos os partos foram por via normal realizados no hospital parceiro na cidade de Tenente Portela - Rio Grande do Sul. Os pacientes com problemas de saúde que não podem ser resolvidos na aldeia são encaminhados para o município de Tenente Portela e Redentora, onde são atendidos no hospital ou na UPA da cidade.

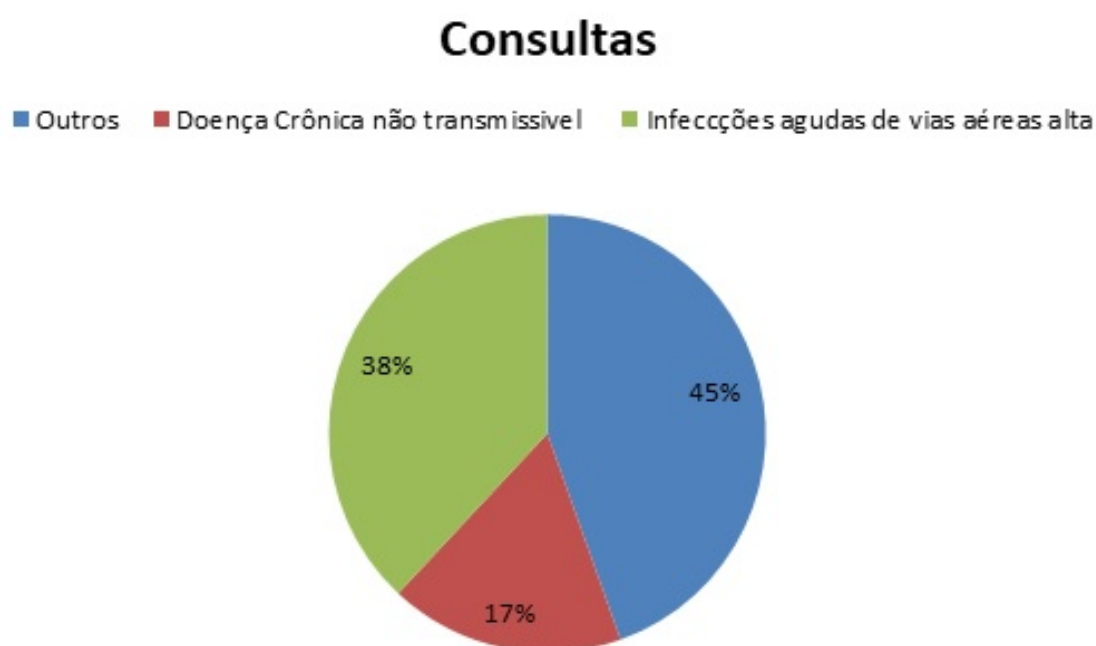
Em relação à morbidade, desde janeiro de 2020 até julho de 2020, na aldeia Gengiva tivemos 90 consultas na UBSI, na qual 35 foram por infecções agudas de vias aéreas superiores não especificadas totalizando 38% das consultas com estes mesmo diagnóstico. Estes são os principais motivos de consultas na rotina clínica da UBSI.

Quadro 6. Doenças crônicas não transmissíveis, Aldeia Gengiva.

Doença Crônica	Quantidade	Consultas no período
Diabetes	1	3
Hipertensão Arterial	6	8
Obesidade	3	5

Fonte: Autoria própria

Figura 5. Consultas de Janeiro 2020 até Julho 2020, Aldeia Gengiva.



Fonte: autoria própria

A tuberculose é doença muito prevalente e com altas taxas de incidência no Brasil, em 2013 foram registrados 73.692 casos novos de tuberculose, sendo 503 casos de TB multi-resistentes a drogas. Nesse mesmo ano o Brasil teve 4.557 óbitos por tuberculose, o que equivale a 2,3 óbitos/100 mil habitantes, sendo o risco 3 vezes maior em homens do que em mulheres.

Os indígenas apresentaram as maiores taxas de incidência do país, registrando aumento de 95,4/100.000 mil em 2008 para 104/100.000 em 2011. Apesar desses dados e estudos alarmantes sobre a maior prevalência de tuberculose nos indígenas, o Polo Base Guarita no ano de 2020 foi diagnosticado um caso de tuberculose pulmonar, na aldeia Gengiva não temos notificação esse ano (2020) de Tuberculose.

Os números de Covid-19 mudam a todo o momento, esse problema que era até então uma doença que estava em países a milhões de Km, a alguns meses já chegou até nosso território nacional e não demorando muito, adentrou às fronteiras de terras demarcadas indígenas. Hoje temos um problema de saúde público que infelizmente não está recebendo a atenção

necessária das autoridades a nível federal. Segundo os dados oficiais do Ministério da Saúde até o dia de hoje (16/08/2020) temos números crescentes e assustadores de Covid-19 entre os indígenas e em todo o Brasil.

Quadro 7. Casos de Covid-19, Brasil, Indígenas, DSEI Interior Sul e Polo base Guarita.

	Confirmados	Infectados	Óbitos
BRASIL	3.317.096		107.232
INDÍGENAS	19.573	5.113	338
DSEI INTERIOR SUL	776	364	14
PB GUARITA	99		0

Na aldeia Gengiva até o momento não temos casos suspeitos e nem confirmados de Covid-19, barreiras sanitárias foram feitas pelas próprias lideranças e agentes indígenas de saúde, o que vem dando resultado para freiar o crescimento da doença na reserva e principalmente na aldeia.

A taxa de letalidade é a proporção entre o número de mortes por uma doença e o número total de doentes que sofrem dessa doença, ao longo de um determinado período de tempo ela avalia a gravidade máxima de uma doença é a % de casos de uma doença que acaba em morte.

Quadro 8. Taxas de letalidade, Brasil, Indígenas, DSEI Interior Sul e Polo base Guarita.

	TAXA DE LETALIDADE
BRASIL	3,2%
INDÍGENAS	1,72%
DSEI INTERIOR SUL	1,80%
PB GUARITA	0%

Podemos observar na tabela acima, uma taxa de letalidade maior em território nacional que em reservas indígenas, isso pode explicar por alguns motivos, um seria a subnotificação de casos por falta de testes e pela dificuldade de notificar, tanto dificuldades a nível cultural ou territorial. Segundo a classificação do estado nutricional em menores de 5 anos, comparando o Polo Base Guarita e aldeia Gengiva em e porcentagem, encontramos valores bastante parecidos entre os mesmos, comparação na tabela abaixo.

Na Gengiva existem 20 mulheres de 25 a 64 anos, que são aptas para realizar o preventivo (Papanicolau) para câncer no colo do útero, no ano de 2019, 13 mulheres da população alvo realizaram, o que totaliza 65% da população feminina alvo, esse número se encontra abaixo da meta de 85% proposta pelo ministério da saúde.

Quadro 9. Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos, Polo base Guarita e Aldeia Gengiva.

	Muito Baixo Peso	Baixo peso	Peso adequado	Peso elevado
PB. Guarita	2,52%	7,68%	63,88%	25,92%
Aldeia Gengiva	0%	0%	71,43%	21,57%

A aldeia gengiva não possui sistemas de abastecimento de água, o mesmo é feito por

caminhão pipa cedido pela prefeitura da cidade de Erval Seco ou pelo DSEI. Algumas casas possuem poços artesianos porém a qualidade da água nesses locais geralmente é precária porque não há monitoramento contínuo da qualidade da água dos poços. Não existem locais adequados para o destino das fezes, situação que leva à contaminação ambiental importante.

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

Após analisar, os dados epidemiológicos um problema diagnosticado foi o número elevados de pacientes hipertensos e o provável aumento do mesmo nos próximos anos. Segundo a OMS a Hipertensão Arterial Sistêmica (HTA) se define como “Uma condição clínica multifatorial definida como uma pressão arterial sustentada maior ou igual a 140 mmHg sistólica e 90 mmHg diastólica estando frequentemente associada a alterações de órgãos alvos, alterações metabólicas e altamente relacionada com a mortalidade cardiovascular e cerebrovascular.”. Destrinchando essa definição podemos dizer que na parte onde fala multifatorial, é dizer que existem diversos fatores para desenvolver a HTA, que são fatores não modificáveis como, idade, raça, cor de pele, antecedente familiar, e existem os fatores modificáveis onde se encaixa nosso problema.

Hoje temos 7% da população da aldeia indígena Gengiva com HTA diagnosticada muito abaixo dos 35% da população brasileira, porém esses 7% é um número com tendência de crescimento. Basicamente os indígenas não tem nenhum fator de risco não modificável para HTA, com exceção a idade, então podemos continuar na análise de multifatorial onde vamos falar dos fatores modificáveis como, obesidade, consumo de alimentos industrializados ricos em sódio e açúcar, álcool, tabagismo, sedentarismo, estresse, etc.

Quadro 10. Problemas

QUAL É O PROBLEMA?	COMO OCORRE?
--------------------	--------------

	Mudanças no modo de viver	Alteração no meio ambiente
Alterações metabólicas	Aumento do consumo de alimentos industrializados, rico em sódio e açúcar.	Diminuição do território apto para o próprio plantio.
O paciente hipertenso tem risco elevado de desenvolver enfermidades cardiovasculares	A diminuição do consumo de alimentos típicos da cultura guarani.	Falta de estímulos para a realização de hortas comunitárias.
Consumo do álcool e tabaco	Oportunidades de trabalho somente fora da aldeia.	Aproximação dos Brancos, em grandes fazendas de soja.
Estresse	Falta de apoio e diminuição da qualidade de vida.	Problemas com drogas e álcool.
Sedentarismo	Diminuição de atividades como caça, pesca, etc.	Espaço físico limitado dentro da aldeia.

Quadro 11. Soluções dos problemas

Aldeia	Polo Base	DSEI
<p>Ações Individuais: Acompanhar periodicamente o paciente com HTA.</p> <p>Ações coletivas: Identificar na comunidade novos casos ou pacientes com riscos para desenvolver HTA.</p>	<p>Identificar com a Comunidade e as lideranças as possíveis causas da HTA.</p>	<p>Consolidar os dados obtidos de PA, Altura, Peso, circunferência de cintura.</p>
<p>Ações individuais: Consultar individualmente cada paciente com HTA a cada 3 meses e a cada 6 meses aos que apresentam riscos.</p> <p>Ações coletivas: Realizar rastreio e reuniões com a comunidade para buscar possíveis pacientes com fatores de risco.</p>	<p>Disponibilizar equipamentos, espaços e meio de locomoção para os funcionários poderem fazer um adequado rastreio.</p>	<p>Mandar os dados consolidados para o Polo Base e para as aldeias.</p>
<p>Ações individuais: Fazer acompanhamento com eletrocardiograma, laboratório e RX torácico para descartar alterações crônicas da HTA.</p> <p>Ações coletivas: Realizar palestras com nutricionistas explicando a importância da alimentação saudável.</p>	<p>Prover a aldeia com medicações.</p>	<p>Apoiar com recursos financeiros os seminários e palestras.</p>

<p>Ações individuais: Conversar com os líderes das comunidades a importância da criação da horta comunitária.</p> <p>Ação coletiva: Realizar reuniões e palestras com professores, saúde e líderes indígenas para viabilizar a criação de uma horta comunitária.</p>	<p>Acompanhar as reuniões e disponibilizar materiais para que se possa realizar a obra.</p>	<p>Encaminhar os materiais solicitados.</p>
<p>Ação coletiva: Criar grupos de exercícios contra o sedentarismo (caminhadas, alongamentos, etc) para melhorar a qualidade de vida.</p>	<p>Articular parcerias.</p>	<p>Dar apoio logístico.</p>

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

Como visto no capítulo anterior, a Hipertensão Arterial é uma doença com uma baixa prevalência na comunidade da Gengiva, porém com dados inquietantes para o futuro. Com essa preocupação tenho a ideia em manter essa comunidade longe dessa enfermidade, com isso elaborei alguns planos educativos, nutricionais e de atividades físicas para a Gengiva, com o objetivo de que não haja um aumento de casos, haja diminuição do consumo de remédios anti-hipertensivos e a não piora dos casos já confirmados.

ATIVIDADE: PALESTRAS, VÍDEO AULA E ETC

Objetivo: Explicação para grupos de 6 até 10 indígenas, sobre os riscos e agravos a saúde que a hipertensão pode causar.

Estratégia: 1. Formar grupos de pacientes já hipertensos tratados com drogas anti-hipertensiva, pacientes hipertensos grau 1 sem a necessidade de uso de fármacos e pacientes com risco de desenvolver a hipertensão.

2. Ocorrer essas atividades a cada 15 dias.

3. Duração de 45 minutos.

Colaboradores: AIS: Fazer as chamadas das atividades informando o horário local das mesmas. Nutricionista (Cedidos pela prefeitura municipal, 1x por mês para as palestras). Enfermeiros e Médicos para dúvidas e acompanhamento (como as atividades serão realizadas a cada 15 dias, médicos e enfermeiros irão se revezar). Grupo de colaboradores indígenas que irão fazer a tradução das atividades e posterior comunicação aos participantes.

Local: Sala de aula do colégio estadual da comunidade gengiva. Formar parceria com lideranças e coordenadores da área da educação.

ATIVIDADE: PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Objetivo: Dados da sociedade brasileira da hipertensão, revelam que a pressão arterial elevada já atinge 30% da população adulta brasileira, destes 80% são pessoas sedentárias. O exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas nos sistemas corporais e principalmente no sistema cardiovascular. Estudo envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos com idades de 35 a 83 anos, mostra que a adesão a medidas não farmacológicas, dentre as quais a prática do exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos.

Estratégia: 1. Atividade livre para toda a comunidade, dividindo grupos por idades para se ter uma melhor avaliação e cuidado. 2. Exercício *endurance* dinâmico (Aeróbico), estes exercícios reduzem até 8% da pressão arterial sistólica e 5% da pressão arterial diastólica. 3. Exercício de resistência isométrico (utiliza a contração muscular e o equilíbrio), estes exercícios reduzem até 10% da pressão arterial sistólica e 6% da pressão arterial diastólica.

Colaboradores: Profissionais de Educação Física com apoio dos AIS para ajudar na comunicação.

Local: Caminhadas e corridas pelas ruas da aldeia Gengiva e utilização do salão da comunidade para os demais exercícios.

ATIVIDADE: CONSULTAS COM NUTRICIONISTA INDIVIDUAL

Objetivo: Avaliar a prevalência de excesso de peso, hipertensão arterial e fatores de riscos cardiovasculares da população. Dados da OMS indicam que cerca de 90% dos casos de HAS poderiam ser evitados com a adoção de práticas dietéticas como o consumo de frutas,

legumes e consumo reduzido de gordura saturada, sódio e bebidas açucaradas.

Estratégia: Consultas agendadas uma vez por mês, onde os técnicos em enfermagem são responsáveis por fazer o agendamento e o aviso prévio da data. Estas consultas têm duração de 30min por paciente. São agendados no máximo 6 Indígenas mensalmente e no final das 6 consultas são realizadas reuniões entre médico, nutricionista e enfermeira, para debater as recomendações e modificações feitas pela nutricionista (Na primeira consulta o nutricionista irá utilizar o questionário de marcadores alimentares proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN).

Colaboradores: Nutricionista (cedida em parceria pela prefeitura), médico da UBSI, técnico de enfermagem, enfermeira e AIS (Agente de Saúde Indígena).

Local: UBSI.

ATIVIDADE: SABOR SAUDÁVEL

Objetivo: 1. Troca de informação entre cozinheira do colégio estadual, nutricionista e comunidade indígena. 2. Apresentações de variedades de pratos saudáveis para uma reeducação alimentar utilizando ingredientes da própria comunidade.

Estratégia: Sabemos que culturalmente existe uma grande diferença de estilos de vida dos “brancos” e índios, porém quando se trata de saúde o intercâmbio de conhecimentos é muito bem-vindo e aceito por todos. Nessa atividade que deverá ocorrer a cada 6 meses, será uma grande troca de conhecimentos e ideias entre nutricionistas, índias e cozinheira da comunidade com aulas práticas de cozinha saudável e novas receitas.

Colaboradores: Cozinheiras, nutricionistas, lideranças da comunidade e as mulheres das famílias (na cultura Guarani a mulher é cozinheira e a dona de casa, o homem é o que traz o alimento).

Local: Cozinha do colégio estadual.

ATIVIDADE: REABILITAÇÃO E RECUPERAÇÃO

Objetivo: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a doença que mais mata no Brasil e a que mais causa incapacidade no mundo. Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do AVC é a hipertensão arterial. Nestas atividades pacientes acometidos por esta doença irão receber uma visita domiciliar de um profissional de fisioterapia preconizando o mantimento dos momentos musculares.

Estratégia: O processo de conduta fisioterápica objetiva maximizar a capacidade funcional e evitar complicações secundárias, possibilitando ao paciente reassumir todos os aspectos da vida em seu próprio meio. Atividades realizadas: Cinesioterapia (exercícios feitos através de movimentação passiva, ativa assistida e ativa), massoterapia, termoterapia, eletroterapia e drenagem linfática. Estas atividades ocorreram uma vez por semana com duração de 1 hora.

Colaboradores: Profissionais de fisioterapia.

Local: Domiciliar ou em consultório de fisioterapia, onde o enfermo é levado através de automóvel próprio da SESAI.

(Todas as atividades necessitam acompanhamento de um profissional habilitado para evitar malefícios a saúde dos participantes por falta de conhecimentos).

Mensalmente ocorrerá o hiperdia (programa do governo federal) que dá segmento ao tratamento da Diabetes e HTA que ficará de responsabilidade exclusiva do médico da comunidade, onde será atendido no dia apenas pacientes com estas enfermidades. Junto com o técnico de enfermagem e enfermeiro será feito controle de peso, padrão alimentar, controle do exercício físico e uma possível coleta sanguínea para realização de exames

contendo colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, função renal e função hepática.

A Hipertensão Arterial se divide em três estágios:

- HAS 1 (sem fator de risco): Pode-se tentar uma mudança no estilo de vida do paciente em 3 a 6 meses com dietas e exercícios físicos.
- HAS 1 (com fator de risco): Monoterapia.
- HAS 2 e HAS 3: Terapia farmacológica combinada.

Os fármacos de primeira linha são diuréticos tiazídicos, IECAS, beta bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio e BRAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com aproximadamente 23.000mil/ha, dentro da terra indígena Guarita ainda existe o costume da caça, pesca e do plantil para alimentação familiar, porém hoje, é utilizado praticamente apenas pelos idosos. Sendo um território bastante amplo e de terra fértil, poderia ser implementado alguma medida que fomentasse o aumento destas atividades, não apenas para retomar a cultura originária mas também para diminuir o uso de industrializados e aumentar a ingestão de alimentos naturais. Estas mudanças se tornaram frequentes por falta de políticas públicas adequadas que os impedem de ter um crescimento autossustentável na comunidade.

No DSEI Interior Sul Polo Base Guarita na aldeia Gengiva, a equipe de saúde desenvolve atividades como hiperdia uma vez a cada quinze dias e com palestras que contam com a participação de professores indígenas e agentes de saúde indígenas a cada noventa dias. Estas formas de atividades tem evitado o surgimento de novas doenças, favorecendo o controle de diagnosticos e prevenindo possíveis complicações. Algumas das dificuldades encontradas dentro do P.B Guarita é a falta de medicações controladas, visto que os mesmos não tem condições financeiras para adquirir estes medicamentos em farmácias. Outro obstáculo é a falta de compreensão e entedimento dos indígenas às orientações passadas pela equipe de saúde, sendo observado a grande dificuldade de seguir horários e doses corretas para ingestão de medicações. Como consequência, estes problemas acabam gerando um prejuízo para a saúde dos acometidos, piorando o controle de muitas enfermidades e causando um maior custo para a saúde pública, visto que os gastos para tratar as doenças são maiores do que sua prevenção.

Apesar da socialização entre diferentes povos ser algo importante para um crescimento e aprendizado entre diferentes culturas, precisa ser conscientizado suas possíveis consequências. Uma das formas de esclarecer estas questões, seria por meio de implementação de progamas que possam explicar o malefício do consumo de alimentos ultraprocessados que podem elevar o índice de massa corporal, o uso de álcool que trás grandes consequências tanto na saúde quanto na vida social do mesmo e de seus familiares, a utilização do tabaco podendo acarretar em grandes doenças pulmonares e vasculares, e as mudanças no estilo de vida como a ausência de exercício físico e o sedentarismo, podendo aumentar o risco de doenças cardiovasculares. Todos estes hábitos são fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial (HTA), que apesar de ser recente dentro da aldeia indígena Gengiva, a preocupação é por ter se tornado algo de crescimento exponencial. A HTA é um fator de risco alto para o desenvolvimento de AVC, IAM, problemas crônicos renais e doenças oftálmicas, sendo os idosos os maiores predisponentes, estes são os mais acometidos e necessitados a tais informações.

Uma das possibilidades para melhorar estes prejuízos gerados, seria a disponibilidade de cursos preparatórios e de atualizações para os agentes de saúde, melhorando sua capacidade de comunicação e conhecimento da causa. Outro avanço a se fazer é conseguir manter uma parceria com a secretaria de saúde da prefeitura municipal de Redentora, passando uma lista mensal com o nome, idade e drogas utilizadas, assim evitando a falta das mesmas.

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.

Distribuição da População por Sexo Segundo os Grupos de Idade. **IBGE**, 2010. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-e-grupo-de-idade-2010.html>. Acesso em: 15/08/2020.

FERNANDES, M, N, F; NÓBREGA, A, R; MARQUES, R, S; CABRAL, A, M, F; SIMPSON, C, A. **A BRIEF HISTORY OF INDIGENOUS HEALTH IN BRAZIL UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.** Rev enferm UFPE online. 2010 nov./dez.

Guarani Mbya. **Povos Indígenas no Brasil (ISA)**, 16 de julho de 2018. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guarani_Mbya. Acesso em: 14/05/2020.

MARQUES, P. J. PINHEIRO, P. J. VERÍSSIMO, T. M. & RAMOS, D. **A HIPERTENSÃO ARTERIAL E O EXERCÍCIO FÍSICO: ELEMENTOS PARA PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Vol.31. Nº1. Lisboa Fev. 2015.

MONTEIRO, F. M. & FILHO, S. C. D. **EXERCÍCIO FÍSICO E CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol.10. Nº6. Niterói Nov./Dec. 2004.

Plano Distrital de Saúde Indígena. **Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena**, Florianópolis, dezembro de 2012.

População Indígena apresenta maior taxa de incidência de tuberculose. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, São Paulo, 12 de junho de 2015. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37899>. Acesso em: 16/08/2020.

Regimento Interno do Conselho distrital de Saúde Indígena. **CONDISI**, Florianópolis, 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/interior-sul/regimento-interno.pdf>. Acesso em: 17/03/2020.

Taxa de Mortalidade Infantil por Mil Nascidos Vivos. **IBGE**, 2013. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>. Acesso em: 15/08/2020.

Vegetação da Região Sul do Brasil. **Virtuous Tecnologia da Informação**, 2007-2020. Disponível em: http://www.sogeografia.com.br/conteudos/geografiafisica/brasil/regiaosul_vegetacao.php. Acesso em: 27/01/2020.