



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GUILHERME HENRIQUE DE MATOS ALCAZAR

DSEI MANAUS: ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE INDIVÍDUOS  
DA ALDEIA KWATÁ

SÃO PAULO  
2021

GUILHERME HENRIQUE DE MATOS ALCAZAR

DSEI MANAUS: ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE INDIVÍDUOS  
DA ALDEIA KWATÁ

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: ANAPAULA MARTINS MENDES

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

O território descrito é o DSEI Manaus, localizado no Estado do Amazonas com 235.405 km<sup>2</sup>. Possui dimensões continentais, atendendo cerca de 28 mil indígenas. Contemplando 17 polos bases, distribuídos entre os municípios de Manaus, Novo Airão, Manacapuru, Itacoatiara, Autazes, Nova Olinda do Norte, Borba, Manicoré, Berururi, Careiro e Anamá, distribuídos em (219) duzentos e dezenove aldeias. O DSEI abrange os municípios de Manaus (Capital), Iranduba, Novo Airão, Manacapuru, Beruri, Anamá, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Manaquiri, Autazes, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Nova Olinda do Norte, Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá, Urucurituba e Uruará situados no Estado do Amazonas. Abarca ainda trinta e cinco etnias, Kokama, Tikuna, Kambeba, Apurinã, Mura, Jamamadi, Gavião, Munduruku, Torá, Parintintin, Tenharim, Diahoi, Mura-Pirahã, Sateré-Mawé, Tukano, Arara, Baré, Dessano, Makuxi, Mayoruna, Kanamari, Kulina, Marubo, Deni, Miranha, Kayapó, Kaxinawá, Arikem, Karapanã, Barasana, Tariano, Baniwa, Tuyuka, Hexkaryano e Maragua. O relevo do DSEI é de planícies e várzeas, com um clima Equatorial Úmido. A vegetação é tipicamente de floresta amazônica, com árvores imponentes. A economia local é baseada em agricultura de subsistência, agricultura familiar, poucas criações de animais como galinhas, porcos, gado, carneiros. Sobre a vegetação predominante da área (território recorte) onde trabalha-se destaque para florestas de terra firme, florestas fluviais alagadas e mata de igapó. Sobre as atividades econômicas exercidas na região atendida (área recorte) (pelos indígenas e não indígenas) destaque para venda de produtos oriundo da caça, pesca, agricultura familiar e do extrativismo em especial da madeira e de óleos essenciais (castanha, andiroba e copaíba). Já os não indígenas da região alguns trabalham em comércio, agricultura familiar e atividades do tipo. Trata-se de uma região de infraestrutura precária, desprovida de estradas de alta rodagem, visto que o único acesso se dá forma fluvial. Sobre a minha área em específico a população apresenta 2.736 indígenas. Atendo somente uma etnia, a Munduruku. O problema eleito foi a Hipertensão Arterial, o principal problema de saúde do território. Acredita-se que a influência da vivência com o homem branco nos últimos 30 anos tem influenciado, principalmente em relação a alimentação, e não realização de atividades físicas. Quanto aos motivos que lhe levaram a escolher a HAS como situação a ser trabalhada destaque para o fato de ser o principal agravo de saúde dos indígenas. Com dados epidemiológicos de incidência de hipertensão de 14,69% e de diabetes de 8,63%. A rede explicativa que contempla o plano de soluções se apresenta na realização de ações individuais e coletivas voltadas a adoção de uma alimentação saudável, prática de atividade física e adesão ao tratamento medicamentoso da forma correta. Como considerações finais da proposta acredita-se que as ações desenvolvidas no decorrer do curso trouxeram um olhar mais crítico sobre a abordagem dentro da saúde indígena, tanto com relação a equipe de saúde como em relação a abordagem com os usuários.

### **Palavras-chave:**

Saúde de Povos Indígenas. Educação em Saúde. Hipertensão. Pressão Arterial.

## APRESENTAÇÃO

Sou formado pela “Universidad Maria Auxiliadora” em Assunção no Paraguai, turma de 2016. Passei quatro anos estudando na “Universidad Cristiana de Bolivia” – UCEBOL na cidade de Santa Cruz de La Sierra. A escolha pelo programa de saúde indígena trata-se de um desejo antigo de fortalecer as raízes da ancestralidade familiar, e de conhecer de forma realmente autêntica os saberes e necessidades dos povos da floresta, em especial a medicina natural. Como Universalista conheci alguns ensinamentos das tribos amazônicas, como também houveram oportunidades de imersão nesses conhecimentos, em sua fonte, alinhado a um programa de fundo humanitário. Sendo a chance de unir o desejo de resgate da ancestralidade matriarcal a um futuro de práticas médicas humanizadas.

A saúde indígena surgiu em minha vida a partir de um pacto pessoal de retomada da ancestralidade e um mergulho nas raízes familiares, que me orientaram nas escolhas e tomada de decisões profissionais. A medicina, e posteriormente a saúde indígena, foram o meio que escolhi como forma de reafirmação desse pacto de proteção e acolhida das minhas origens étnicas. Quanto às expectativas aspirações frente ao trabalho com a saúde destes povos, deseja-se conciliar os conhecimentos médicos científicos aos tradicionais e desenvolver um trabalho humanizado, sem desprezar a medicina tradicional e sua espiritualidade, remédio para alma, aprimorando ambas as técnicas com a finalidade de auxiliar aqueles que permanecem marginalizados.

Sobre o trabalho na saúde indígena e sua contribuição para a construção do TCC, acredita-se que o foco de estudo e objeto da investigação são cruciais. De modo que sem a real imersão na realidade sociocultural dos povos tradicionais os dados coletados, e adiante expostos, seriam meros números irrealistas. Iremos trabalhar a Hipertensão Arterial. Um problema crônico comum entre esta população. Acredita-se que principalmente frente a estrutura alimentar adotada, repleta de carboidratos, açúcares, sódio, e produtos industrializados.

Apresenta-se a seguir algumas imagens da atuação na Saúde Indígena:

Figura 01. Atendimentos no DSEI Manaus (1)



Fonte: acervo próprio, 2021;

Figura 02. Atendimentos no DSEI Manaus (2)



Figura 03. Atendimentos no DSEI Manaus (3)

Fonte: acervo próprio, 2021;



Fonte: acervo próprio, 2021;

Figura 04. atendimentos no DSEI Manaus (4)



Fonte: acervo próprio, 2021;

Figura 05. atendimentos no DSEI Manaus (5)



Fonte: Acervo próprio, 2021;

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

Os DSEI foram criados pela Lei 9.836/99. Trata-se de uma rede de serviços implantada nas terras indígenas para atender os povos indígenas com base em critérios: geográficos, demográficos e culturais. Estes DSEI seguem os princípios do SUS (BRASIL, 1999).

O DSEI Manaus é o distrito sanitário onde desenvolve-se as ações dentro do Programa Mais Médicos Para o Brasil. Atende cerca de 30.768 indígenas. Se estende da capital amazonense até o centro-leste do Estado. No geral são 16 polos bases, distribuídos entre os municípios de Manaus, Novo Airão, Manacapuru, Itacoatiara, Autazes, Nova Olinda do Norte, Borba, Manicoré, Berururi, Careiro e Anamã. Além disso há (218) duzentos e dezoito aldeias (INSTITUTO OVÍDIO MACHADO, 2020).

Trata-se de um DSEI de dimensões territoriais de alguns países. Conta com 235.405 km<sup>2</sup>. Abrange os municípios de Manaus, Iranduba, Novo Airão, Manacapuru, Beruri, Anamã, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Manaquiri, Autazes, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Nova Olinda do Norte, Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá, Urucurituba e Urucará situados no estado do Amazonas. Dividida em trinta e cinco etnias, Kokama, Tikuna, Kambeba, Apurinã, Mura, Jamamadi, Gavião, Munduruku, Torá, Parintintin, Tenharim, Diahoi, Mura-Pirahã, Sateré-Mawé, Tukano, Arara, Baré, Dessano, Makuxi, Mayoruna, Kanamari, Kulina, Marubo, Deni, Miranha, Kayapó, Kaxinawá, Arikem, Karapanã, Barasana, Tariano, Baniwa, Tuyuka, Hexkaryano e Maragua (MANAUS, 2019).

O Polo base Kwatá é onde desenvolve-se as atividades. O mesmo situa-se distante a quase duas horas de Nova Olinda do Norte e somente é acessível via fluvial. O serviço de saúde é prestado por uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) composta por: um médico, duas enfermeiras, cinco técnicos de enfermagem, um dentista e um auxiliar em saúde bucal (MANAUS, 2019).

Nas aldeias do Polo existem (22) vinte e dois agentes indígenas de saúde (AIS), um odontólogo, um auxiliar de dentista, dois agentes de saneamento (AISAM), sendo que nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, antropólogos, dentre outros somente estão disponíveis na capital Manaus, ou seja, em casos extremos. Ainda fazem parte da equipe multidisciplinar motoristas fluviais, uma auxiliar de serviços gerais e uma cozinheira.

O relevo do DSEI é de planícies e várzeas, com um clima Equatorial Úmido. A vegetação é tipicamente de floresta amazônica, com árvores imponentes. A economia local é baseada em agricultura de subsistência, agricultura familiar, poucas criações de animais como galinhas, porcos, gado, carneiros. Sobre a vegetação predominante da área (território recorte) onde trabalha-se destaque para florestas de terra firme, florestas fluviais alagadas e mata de igapó. Sobre as atividades econômicas exercidas na região atendida (área recorte) (pelos indígenas e não indígenas) destaque para venda de produtos oriundo da caça, pesca, agricultura familiar e do extrativismo em especial da madeira e de óleos essenciais (castanha, andiroba e copaíba). Já os não indígenas da região alguns trabalham em comércio, agricultura familiar e atividades do tipo. Trata-se de uma região de infra-estrutura precária,

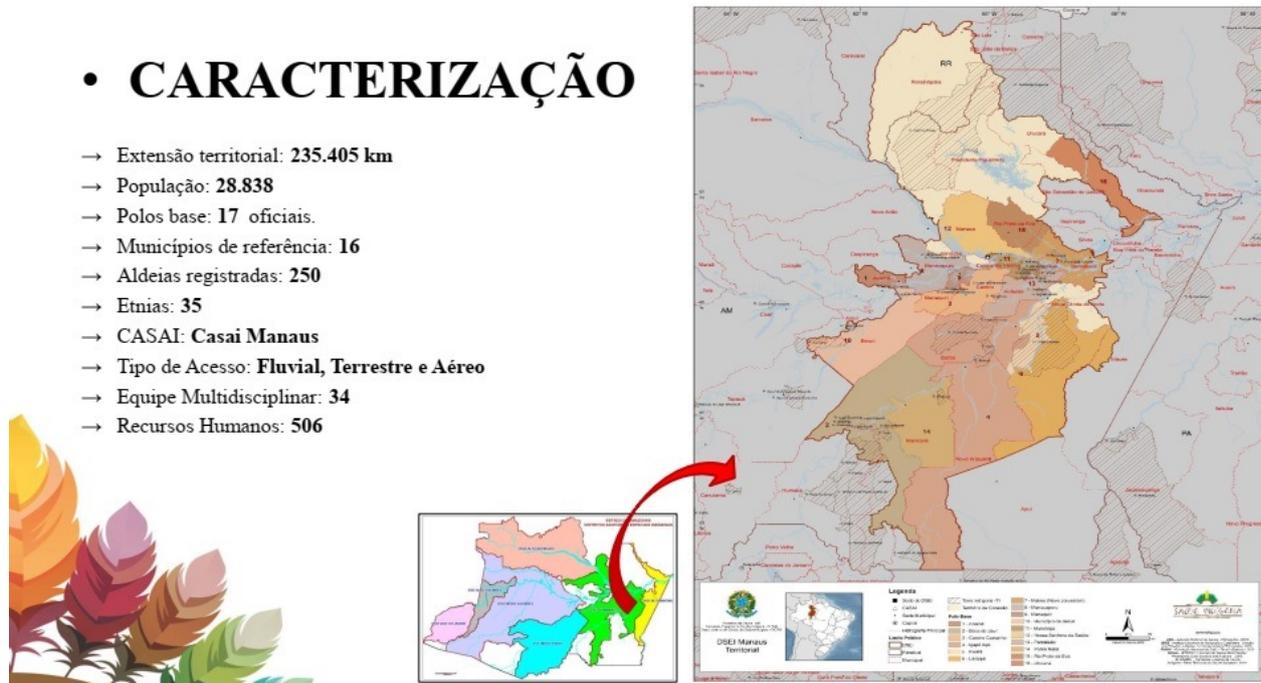
desprovida de estradas de alta rodagem, visto que o único acesso se dá da forma fluvial (MANAUS, 2019).

A organização política se dá através da Sede. O DSEI Manaus possui sede localizada na Capital Manaus, onde são processadas as informações e definidas as estratégias as demais estruturas. Existe além do DSEI, ainda a CASAI - Casa de Apoio a Saúde Indígena (CASAI) que acolhe também a pacientes indígenas de outros DSEIs para que recebam tratamento especializado e de alta complexidade (MANAUS, 2019).

Há ainda o controle social, realizado pelos conselheiros representantes das aldeias, sendo vinte ao todo, também vinte vices conselheiros, um conselheiro distrital e o Cacique-Geral.

Apresenta-se a figura 06 com caracterização do DSEI Manaus:

Figura 06. Caracterização do DSEI Manaus



Fonte: Manaus, 2019.

Ainda tratando sobre aspectos gerais do DSEI é importante mencionar que houve mudança no estilo de vida de grande parte dos indígenas do DSEI Manaus, influenciado pela proximidade das aldeias, e do constante contato entre os povos da floresta e o homem branco. Infelizmente é cada vez mais comum a inserção de alimentos e bens industrializados favorecendo o aparecimento de doenças, o que torna as tribos do polo Kwatá similares às cidades interioranas do norte do país.

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

Em relação aos aspectos históricos da construção dos DSEI de maneira geral se deu pela Lei 9.836/99, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) caracterizam uma rede de serviços implantada nas terras indígenas para atender os povos tradicionais, a partir de critérios, geográficos, demográficos e culturais. Seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 1999).

O DSEI Manaus apresenta poucos achados na literatura sobre seu histórico. É sabido que questões relacionadas ao processo histórico do contato do povo Munduruku remontam a um intenso contato com a sociedade envolvente há muito tempo, sendo que os primeiros contatos aconteceram no século XVIII e continuaram até os dias atuais. Este povo apresenta uma fama de índios guerreiros, como sendo uma constante na história dos Munduruku. Nesse sentido os relatos históricos afirmam que os Munduruku no século XVIII foram conhecidos não só pelos seus constantes ataques aos colonizadores portugueses, como também à outros povos indígenas da região amazônica (MENDONÇA, 2009).

Assim o povo Munduruku apresentou muitos conflitos com o homem branco sejam colonizadores portugueses, ou seja, até mesmo por incursões de brasileiros em todos os tempos. Sempre houve conflitos com madeireiros, garimpeiros, fazendeiros, pescadores e outros indivíduos que adentravam as terras sem o consentimento (MENDONÇA, 2009).

Nesse sentido cumpre salientar que a organização política dos indígenas atendidos cabe aos conselheiros representantes das aldeias, vinte ao todo, também vinte vice conselheiros, um conselheiro distrital e o Cacique-Geral.

Sobre os serviços de saúde aos indígenas atendidos, os mesmos pairam na atenção primária, que ocorrem em espaços inapropriados ou com destinações diversas. Muitas ações são realizadas pela equipe multiprofissional objetivando a limitações de danos e reabilitação, atuando ainda de forma coordenada na prevenção a saúde física e mental deste povo indígena. Entende-se por serviços de atenção primária os executados pela própria EMSI, secundária CASAI e outros pontos de atendimento na cidade de Manaus, sendo que a terciária também é realizada nesta capital (MENDONÇA, 2009).

Na capital amazonense (Manaus) é onde são processadas as informações sobre o DSEI. Nesta base são definidas e planejadas as estratégias e ações a serem realizadas. Está organizado em 16 polos bases, distribuído entre os dez municípios já mencionados anteriormente. O Distrito dispõe de uma casa de apoio a saúde indígena (CASAI) localizada no município de Manaus. Possui também 3 casas de apoio nos seguintes municípios de Manicoré e Nova Olinda do Norte (regional de saúde do madeira); Manacapuru (Regional Rio Negro e Solimões) (MANAUS, 2019).

No que diz respeito ao controle social e atuação do CONDISI, se dá através da participação ativa do controle social no planejamento das ações a serem desenvolvidas no distrito, bem como o controle social local de cada polo Base.

Nesse sentido compete ao CONDISI Manaus (MANAUS, 2019):

- 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;
- IV - Propor diretrizes gerais e específicas no campo da saúde indígena a serem aplicadas na área de

abrangência do DSEI Manaus;

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 Manaus;

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 Manaus;

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

IX - 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;

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 encaminhamento ao Fórum Permanente de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde indígena para conhecimento e acompanhamento;

XII - Deliberar 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 Manaus;

XIII - Articular, 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 sobre assuntos pertinentes à saúde indígena, quando necessário;

XIV - Acompanhar, supervisionar e avaliar a política de Recursos Humanos no âmbito do DSEI;

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 - Indicar nome de conselheiros do CONDISI para participar dos Conselhos Municipais e/ou Estaduais de Saúde na área de abrangência do DSEI;

XVII - Acompanhar e fiscalizar as atividades das Casas de Saúde do Índio - CASAI, dos Pólos-Base e das Unidades Básicas de Saúde Indígena (Postos de Saúde) nas Aldeias, quando for o caso;

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

XIX - Acompanhar e fiscalizar a movimentação e aplicação de recursos financeiros transferidos pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, às Prefeituras Municipais e Hospitais de Referência para ações de saúde aos povos indígenas, quando houver;

XX - Acompanhar o encaminhamento da demanda de pacientes indígenas para as Unidades de Saúde do SUS nos Municípios de referência e contra-referência para prestação de serviços de saúde de média e alta complexidades;

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;

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

Quanto a sua composição, é realizada por 50% dos usuários, representando os povos indígenas do DSEI Manaus, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde indígena e 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

E sua organização e funcionamento se faz na seguinte estrutura organizacional (MANAUS, 2019):

I - Plenário;

II - Presidência e Vice-Presidência;

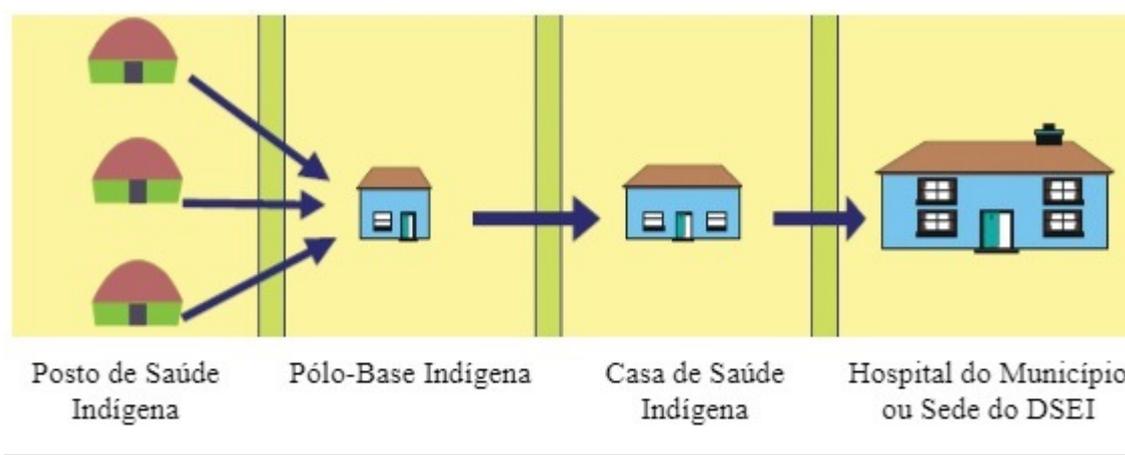
III - Secretaria Executiva;

IV - Comissões.

No que tange a articulação com as redes de atenção à saúde para serviços de média e alta complexidade em nosso território são encaminhados a Capital Manaus (representando II e III nível de atenção).

Apresenta-se a Figura 07 conforme deve ser a Organização dos serviços de Saúde nos DSEIs:

Figura 07. Organização dos serviços de Saúde



Fonte: Garnelo e Pontes, 2012.

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

O território eleito para ser abordado é o Polo-Base Kwatá. O tema eleito foi a Hipertensão. No ano de 2020 foram catalogados 524 pessoas na aldeia Kwatá, e destes 77 foram cadastrados como hipertensos a serem considerados. A incidência da hipertensão é entre esta população de 14,69%, correspondente a média nacional que paira entre 15-20% segundo a 7ª diretriz de hipertensão arterial. Trata-se de uma população com contato com o homem branco há mais de 30 anos e que adotou sua alimentação. Muitos destes indivíduos apresentam obesidade e sobrepeso. Além disso desenvolveram hábitos sedentários, e apresentam má adesão ao tratamento.

A prática médica entre os indígenas Kwatá evidenciou que desde os primeiros contatos com o homem branco houve uma mudança nos costumes, alimentação, e outras características destes povos. Atualmente há um alto consumo de enlatados, açúcares, alimentos com excesso de carboidratos pobres, álcool, tabaco, entre indígenas desta população; associado a isso adicione o sedentarismo, como um contribuinte ferrenho para esta condição entre a população do território. Todos estes fatores contribuem para um alto número de hipertensos no território, elegendo-se a tríade como sendo alimentação desequilibrada, sedentarismo, e hábitos não adequados (tabaco, e álcool) como sendo os principais contribuintes para esta condição no território.

Esta população possui um baixo conhecimento sobre questões relacionadas a educação em saúde. Outro ponto que os afeta profundamente é o fato de achar que somente o medicamento irá resolver o problema. Existe de fato a necessidade da execução de ações que possam modificar a realidade do território; justamente por isso, foram eleitas as doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão), por representar atualmente o maior problema de saúde do território, ainda que outros agravos como: diabetes, parasitoses, verminoses, doenças dermatológicas, respiratórias, sejam a realidade desta população e mereçam atenção, este projeto irá ater-se a hipertensão. Com relação a demais informações sobre o território recorte, o mesmo apresenta planícies e várzeas, com clima equatorial úmido. A vegetação é tipicamente de floresta amazônica, com árvores imponentes. A economia local é baseada em agricultura de subsistência, agricultura familiar, poucas criações de animais como galinhas, porcos, gado, carneiros.

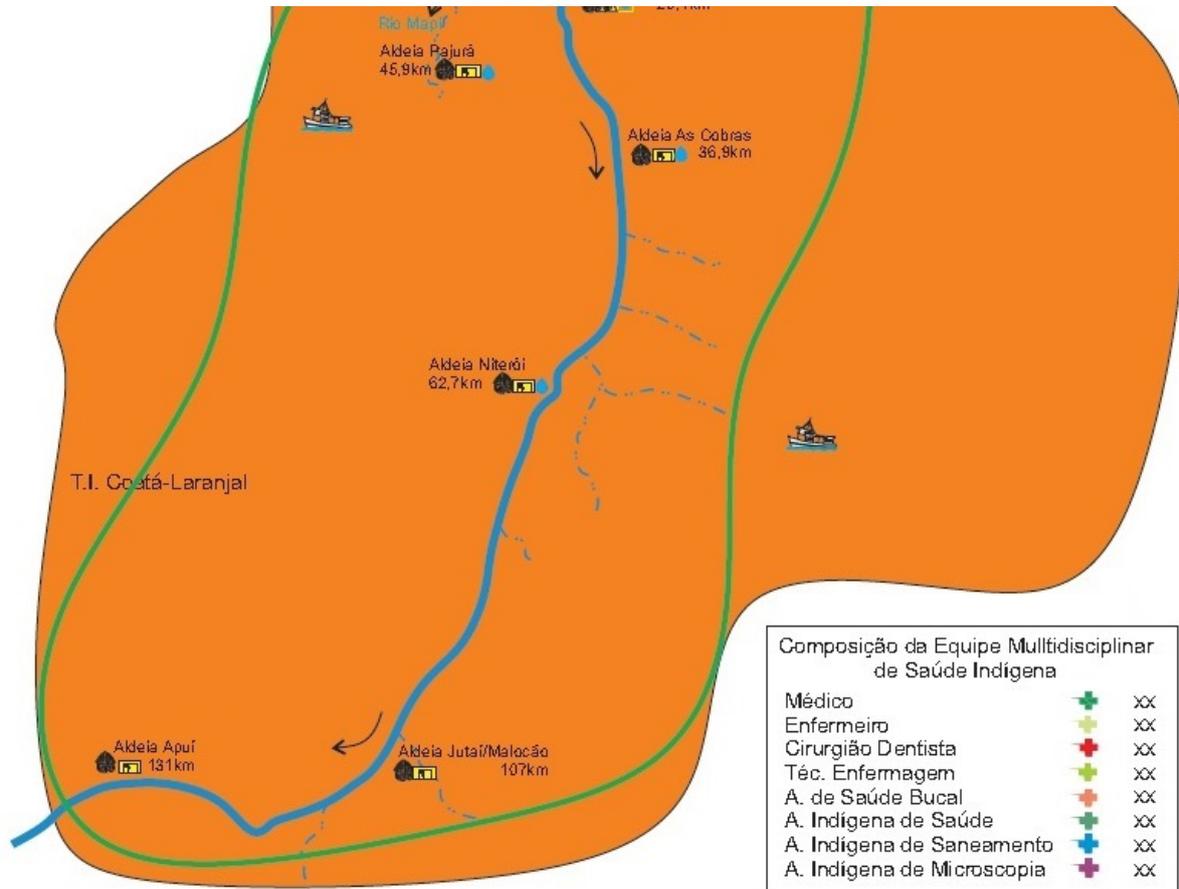
Apresenta-se algumas figuras com o território recorte:

Figura 08. Território Recorte (1)



Fonte: Manaus, 2019.

Figura 09. Território Recorte (2)



Fonte: Manaus, 2019.

Figura 10. Território Recorte (3)



Fonte: Manaus, 2019.

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

O território recorte selecionado foi aldeia Kwatá. Os indígenas da aldeia Kwatá apresentam como atividades econômicas: ligadas a agricultura familiar, agricultura de subsistência, atividades primárias, criações de gado, pesca, e artesanatos. Além disso, há uma forte dependência dos benefícios do governo federal. Há pouquíssimos casos de indígenas que trabalham na cidade, e outros são funcionários públicos que atendem as necessidades da população indígena do território. Questões relacionadas a água consumida no território apontam que a água não é de qualidade. Por se tratarem de tribos ribeirinhas, na grande maioria das vezes não se tem saneamento básico nas aldeias. Apenas 10 dentre as 20 aldeias apresentam Sistema de Abastecimento de Água/SAA. Havendo 04 aldeias com SAA em obras.

Há energia elétrica, com auxílio extra de geradores. O acesso a internet existe, mas de baixa qualidade. As habitações na sua grande maioria são de madeira, de palha, e poucas de alvenaria. Ainda existe comunicação via rádio, e telefone móvel (celular). Na grande maioria das aldeias existe escolas de Ensino Fundamental, e outras com escolas de Ensino Médio. Os indígenas da etnia Kwata atualmente não possuem quaisquer conflitos com não indígenas no território. Havendo até uma cooperação. Inclusive é oportuno apresentar o processo de demarcação do território já foi realizado. Com exceção de eventos esparsos praticamente não existe conflitos na Terra Indígena.

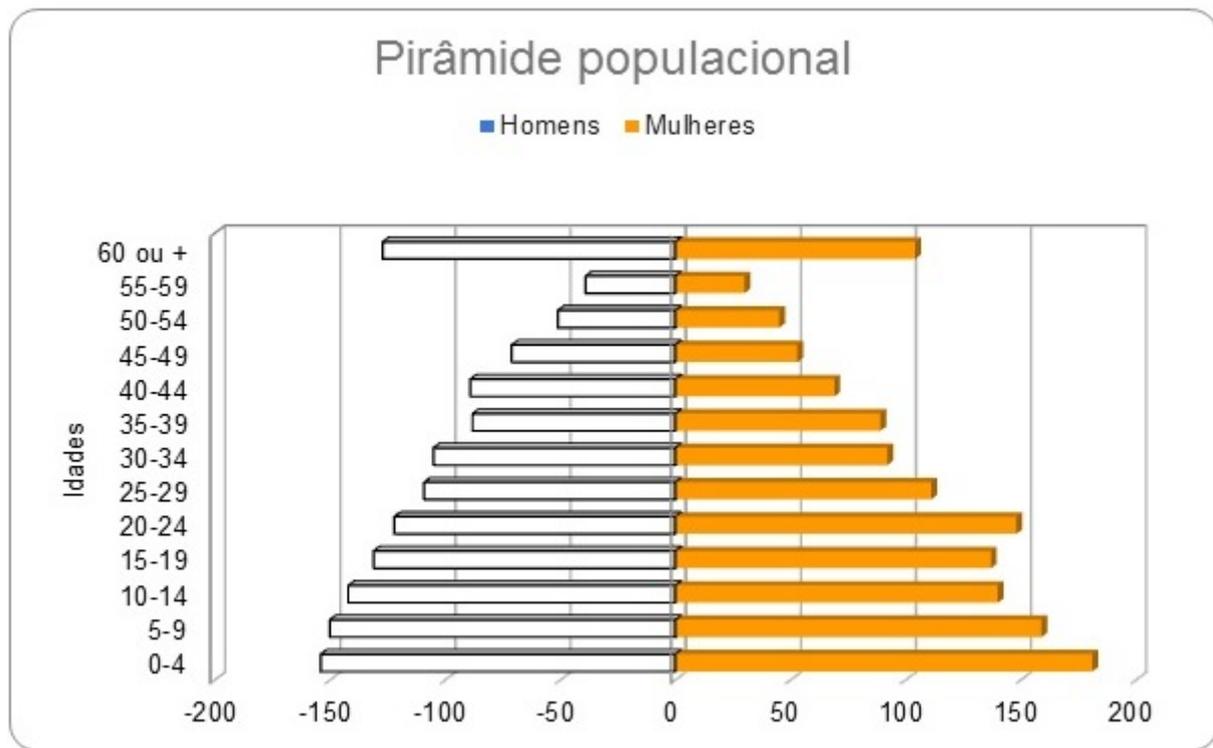
Há entre os indígenas uma hierarquia, que na grande maioria das vezes é exercida por idade, ou por experiência. Temos acompanhado as decisões e respeitado suas vontades (geralmente são realizadas reuniões a cada 90 dias). Neste sentido os especialistas tradicionais são considerados conselheiros representantes das aldeias, vinte ao todo, também vinte vice conselheiros, um conselheiro distrital e o Cacique-Geral. Sobre a articulação e relação entre os especialistas tradicionais e os profissionais de saúde os mesmos são informados e participam ativamente das ações. E, quando necessário, são atendidos pela equipe de saúde da mesma forma que os demais habitantes. Não há conflitos entre a EMSI e os conselheiros e caciques. Na hipótese de necessidade de recursos mais especializados, encaminha-se os indígenas para Manaus, onde existem recursos de segundo e terceiro nível.

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

A aldeia Kwatá foi o território recorte eleito. Apresenta um total de 2736 indígenas, e antes do levantamento realizado pela equipe de saúde não possuíamos dados epidemiológicos atualizados. Além disso, conseguir acesso a estes dados no DSEI foi complexo, por isso os levantamentos dizem respeito aos anos de 2019 e 2020.

As primeiras percepções estão relacionadas a pirâmide etária. Conforme a figura a seguir:

Figura 11. Pirâmide Populacional do Território Recorte



Fonte: EMSI, 2020.

A pirâmide etária apresenta uma semelhança grande com a pirâmide etária nacional, visto que percebe-se um envelhecimento populacional. Ainda que haja um grande contingente de nascimentos entre esta população de indígenas do território recorte.

Um segundo indicador analisado foi o Coeficiente de Mortalidade Infantil. Trata-se de um indicador clássico, utilizado para avaliação de condições de saúde de uma população. Neste estudo epidemiológico apresenta-se os elementos que o compõem. O Coeficiente de Mortalidade Infantil ficou na casa dos 42,25; considerado relativamente alto. Já o Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal (CMINeo) que neste caso apresentou valor de 14,08, sendo que o coeficiente nacional varia na casa 11,5, estando mais alto que a média nacional. Quanto ao Coeficiente de Mortalidade Infantil Pós-neonatal (CMIPós-neo) apresentou-se em 28,17, considerado alto quando comparado com a média brasileira. É importante ressaltar que geralmente a mortalidade infantil indígena é três vezes maior que a média nacional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica-se o CMI em três níveis:

- Alto, para 50 ou mais óbitos por mil crianças nascidas vivas;
- Médio, entre 20 e 49 óbitos por mil crianças nascidas vivas;
- Baixo, para menos de 20 óbitos por mil crianças nascidas vivas.

Um outro indicador analisado foi o Coeficiente de Mortalidade Geral, que representa o risco de morte por todas as causas em uma população de um dado local e período. O mesmo se apresentou em 4,01, considerado um número dentro da média quando comparado a média nacional. Além disso, analisou-se a taxa de natalidade, relacionada ao tamanho e ao crescimento da população, que neste caso apresentou-se em 25,95 considerado até alto frente a média brasileira. E por fim que se apresentou a taxa de fecundidade, relacionada ao número de mulheres em idade fértil. Este indicador mostra a capacidade de geração de filhos em uma população, se apresentando em 10,16, dentro da média nacional.

A epidemiologia também levantou a cobertura de preventivo de Papanicolaou. Trata-se da proporção entre uma ação/intervenção e a população-alvo desta intervenção, usualmente expressa por um percentual. De acordo com o que preceitua a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo. Infelizmente em nosso caso conseguimos somente 36%. Devemos desenvolver medidas para superar esta deficiência.

Dentre os fatores de risco para o câncer de colo de útero presentes em algumas comunidades indígenas apresente-se : atividade sexual precoce, multiparidade, pouco acesso a serviços de saúde, multiplicidade de parceiros, entre outros, podemos, por exemplo, em uma população considerar todas as mulheres acima de 18 anos como passíveis de se ofertar o exame, desde que tenham iniciado atividade sexual. É importante desenvolver ações eficazes que possam minimizar tal condição, de cobertura tão baixa.

A tuberculose foi outra preocupação. Trata-se de uma das prioridades da Saúde Pública no Brasil, visto que o Brasil está entre os 22 países com maior carga bacilar do Mundo, sendo por isso importante se compreender bem estes indicadores. É importante salientar que populações indígenas são consideradas prioritárias nas ações de controle da tuberculose por apresentarem taxas de incidência cerca de 3 vezes maior que a população em geral. Os maiores problemas em populações indígenas são: o sub-diagnóstico e o sub-registro dos casos. Neste sentido foram registrados 7 casos em 2020, perfazendo um total de 255,85 a cada 100.000 indivíduos, considerado alto.

Por fim apresenta-se as doenças crônicas apresentando uma incidência de hipertensão de 14,69% e de diabetes de 8,63%. Há ainda casos de sobrepeso e obesidade, parasitoses e verminoses, doenças respiratórias e doenças dermatológicas.

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

Conforme já apresentado anteriormente a hipertensão é um problema no território recorte. Representa 14,69% dos membros do território com o problema. Temos ainda problemas relacionados ao tabagismo, alcoolismo, drogadição, alimentação desequilibrada, excesso de sódio e má adesão ao tratamento como desafios a serem superados.

Acredita-se que o problema ocorra nesta área principalmente em virtude da mudança de hábitos realizada pelos indígenas nas últimas décadas. A influência da cultura do homem branco foi muito grande e impactou negativamente neste sentido. É muito comum ver indígenas assistindo televisão por todo o dia; ou até mesmo embriagando-se com álcool com frequência maior que duas vezes na semana; uso de tabaco de forma efetiva; entre outras condições que favorecem o surgimento da hipertensão. Além disso, é muito comum indivíduos com sobrepeso ou obesos no território.

Fazendo uma análise entre 100 consultas realizadas com esta população, pelo menos 20 consultas estarão ligadas a questões relacionadas a Hipertensão. Não existe uma etnia que apresente maior surto, sendo por igual tal condição.

Deste modo os fatores que influenciam em tal condição são obesidade, tabagismo, etilismo, drogadição, alimentação, e sedentarismo.

O plano de soluções que conclama a todos os atores a participarem também do enfrentamento do problema envolve tanto a equipe de saúde como os usuários do território, o mesmo comporá:

- ações com a equipe de saúde relacionadas a capacitação da mesma quanto a hipertensão e suas características;
- ações com os membros do território (individuais e coletivas);
- ações de monitoramento;

Apresenta-se o quadro com as ações sobre o problema:

Quadro 01. Problemas e Determinantes

<b>QUAL É O PROBLEMA</b>	<b>COMO ACONTECE</b>	
	<b>Mudanças no modo de viver</b>	<b>Alterações no Meio Ambiente</b>
Hipertensão	Alimentação não balanceada; Sedentarismo; Excesso de carboidratos; Falta de orientação; Má adesão ao tratamento dos indivíduos já diagnosticados;	Mudança de hábitos ocorridos nos últimos 30 anos fizeram com que a rotina do indígena fosse modificada, acarretando em problemas muito comuns a não indígenas, no caso a hipertensão.

Fonte: próprio autor, 2021.

Quadro 02. Plano de Soluções

<b>ALDEIA</b>		<b>Polo Base</b>	<b>DSEI</b>	<b>Outros Setores</b>
<b>Ações Individuais</b>	<b>Ações coletivas</b>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas;</li> <li>- Visitas domiciliares;</li> <li>- Orientações diversas;</li> <li>- Monitoramento;</li> </ul>	<p>Reuniões com a comunidade sobre a hipertensão (prevenção e promoção de saúde);</p>	<p>Nova Olinda do Norte - Aldeia Kwatá</p>	<p>MANAUS</p>	<p>EMSI</p>
--	---	--	---------------	-------------

Fonte: próprio autor, 2021.

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

Em verdade a própria incidência da hipertensão no território recorte tem demonstrado que a mesma é um problema. Além disso a convivência com os indígenas, aliada a observação evidencia que há necessidade de mudanças de hábitos de vida, iniciação de atividade física regular por muitos, e abandono de tabagismo e etilismo. Por se tratar de um problema para a comunidade apresenta-se um plano e soluções baseado em ações de educação em saúde.

A população do território recorte é de cerca de 524 pessoas (aldeia kwatá), e destas no ano de 2020 foram catalogados 77 hipertensos. Além disso cerca de 45% dos membros do território apresentam ou sobrepeso ou obesidade. Como também há um número considerável de adultos tabagistas e etilistas, o que corrobora ainda mais para o quadro atual.

Neste sentido as ações irão beneficiar tanto a equipe de saúde com capacitações e orientações sobre a doença, como os membros hipertensos do território que serão submetidos a um plano de controle da doença.

O objetivo específico da atividade é promover o controle de 100% dos pacientes submetidos. Além disso deseja-se que os hábitos saudáveis de vida sejam incorporados ao estilo de vida indígena, visto que muitos já não fazem qualquer atividade física e possuem uma alimentação totalmente desequilibrada com sódio em excesso, açúcares em excesso, entre outros elementos prejudiciais a saúde e ao controle pressórico.

Neste sentido a melhor forma de realizar esta atividade é através de orientações individuais, coletivas, consultas, visitas domiciliares, folhetos, cartazes e outros mecanismos que possam de fato orientar as ações e modificar os hábitos de vida.

Quanto aos recursos utilizados destaque para folhetos, cartazes, vídeos e demais elementos que possam ser informativos e ajudem a mudança de comportamento e enfrentamento da doença crônica.

Todos os membros da equipe de saúde poderão colaborar com a atividade. Tanto os membros da equipe de saúde como os hipertensos do território serão impactados e irão colaborar significativamente com a proposta.

A atividade será realizada nos meses de março e abril ou a partir de uma segurança no que tange a covid 19. Primeiramente com a equipe de saúde e depois com os usuários, dando sequencia no monitoramento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após todos estes levantamentos pode-se afirmar que falta certa estrutura para o DSEI Manaus, principalmente devido a dificuldade de acesso de alguns locais. Além disso o DSEI apresenta dimensões continentais. Atualmente muitas das doenças estão ligadas aos hábitos de vida destes indivíduos e da falta de saneamento básico.

Cite-se ainda a mudança alimentar ocorrida nos últimos anos que vem trazendo com ela doenças que antes não eram tao comuns como o diabetes e a hipertensão. Neste sentido as ações aqui apresentadas objetivaram modificar hábitos desta população, principalmente voltado a dieta e prática de atividade física, que a cada dia torna-se menos comum.

A avaliação feita no território é que a Equipe de Saúde tem se empenhado em melhorar a saúde desta população, e ações de prevenção e promoção de saúde tem sido cada vez mais comuns. Minha perspectiva é que com o tempo e as ações no território a comunidade indígena vai absorvendo as orientações e adotando um hábito de vida mais saudável.

Como potencialidade da proposta cite-se a equipe de saúde e disposição para realização das ações. Como desafios pode-se apontar a adesão aos hábitos saudáveis de vida por parte dos indígenas. Assim sendo, este curso pode modificar a atuação direta na atenção à saúde dos povos indígenas a ponto de que um maior conhecimento sobre o território, a epidemiologia, as potencialidades e fraquezas podem trazer soluções mais eficientes aos problemas de saúde existentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Senado federal, Brasília, 1999.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC SECADI, 2012.

MANAUS. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2016-2019**. Saúde Indígena: Manaus, 2019.

MENDONÇA, Janiacley Reis. **RELAÇÃO SAÚDE E CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS ENTRE OS MUNDURUKU DA TERRA INDÍGENA COATÁ- LARANJAL, AMAZONAS -BRASIL**. 163 p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2009.