



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOSE LUIZ BONI JUNIOR

A PALAVRA É CONSCIENTIZAÇÃO: DOENÇAS DIARREICAS NA ÁREA APALAI -
DSEI DO AMAPÁ E NORTE DO PARÁ.

SÃO PAULO
2021

JOSE LUIZ BONI JUNIOR

A PALAVRA É CONSCIENTIZAÇÃO: DOENÇAS DIARREICAS NA ÁREA APALAI -
DSEI DO AMAPÁ E NORTE DO PARÁ.

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

Desde a década de 1990, a população indígena vem fazendo reivindicações constantes ao governo e à sociedade nacional, devido ao agravamento progressivo de suas condições de saúde, as quais são caracterizadas por altos índices de morbimortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz dos serviços de saúde. Essas reivindicações têm como pano de fundo uma situação socioeconômica precária, a indefinição territorial e as relações entre indígenas e não indígenas conflitantes que comprometem diretamente a integridade física e etnocultural da população da área Apalai. Ao qual a saúde se fez presente dentro das aldeias da área Apalai, estou a dois anos trabalhando com o povo Apalai que estão localizados no Parque do Tumucumaque, ao Norte do Pará, com o passar do tempo. Com a confiança e a criação de vínculos, conhecemos as necessidades da área indígena e os fatores determinantes para as condições de vida e saúde dos indígenas brasileiros. O respeito ao indígena, a atenção à saúde e a preservação da vida desses povos são influenciados por uma série de questões, em que os mesmos se veem dependentes, em sua maioria, do governo local. Dentre outras questões, destacam-se o assédio de usineiros, garimpeiros, posseiros, fazendeiros, de madeireiras e da sua própria tolerância diante das políticas indigenistas direcionadas para: a alimentação, educação, moradia, saúde e previdência social. Frente a esse cenário abordamos, neste trabalho, a questão da saúde diretamente ligada à precariedade ou inexistência de saneamento básico e redes de esgoto, na área Apalai. Assim como acontece geralmente: um problema se torna consequência ao outro. Desta forma, aqui, além de apontarmos problemas agravantes na saúde indígena, desenvolvemos projetos e ações que se baseou em criar movimentos para se tratar, mais à fundo, das doenças diarreicas. Essas doenças acometem toda a população e, quando a contaminação é abrangente à toda a comunidade, as autoridades voltam olhares receando o desenvolvimento de uma epidemia. Isto posto, o projeto visa conscientizar e trabalhar com toda a comunidade da área Apalai, levando palestras, rodas de conversas entre outras ações com as diferentes faixas etárias, na mudança dos hábitos geradores de doenças.

Palavras-chave:

Saúde Indígena. Tratamento da Água. Morbidade. Higiene Habitacional. Educação em Saúde.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é José Luiz Boni Junior, tenho 32 anos de idade, sou médico no Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e norte do Pará pelo Programa Mais médicos. Sou natural de Presidente Prudente, que fica localizado no interior de São Paulo, aproximadamente, 580km da capital.

Meu sonho sempre foi ser médico e estar ajudando as pessoas, porém, ao terminar o ensino médio me deparei com uma realidade financeira que me impossibilitou em realizar este sonho. Fiquei um ano inteiro somente trabalhando e outro ano trabalhando e estudando como técnico em informática. Foi quando me apresentaram a possibilidade de ir para Bolívia e não exitei em buscar este sonho. Fui para Bolívia no ano de 2008 e me inscrevi na Universidad Cristiana de Bolívia na cidade de Santa cruz de la Sierra, concluindo o curso, no ano de 2013. Já no ano de 2014 realizei o serviço social rural obrigatório e posteriormente realizei a defesa do exame de grado, no Hospital Universitário da Ucebol e nos anos de 2015 e 2016 estive trabalhando em outras funções no Brasil, para retirar a documentação necessário para poder trabalhar no meu país.

Esperava por uma oportunidade de trabalhar, até que, finalmente, estava com os documentos em mãos e pronto para me inscrever. Eu sempre gostei de morar fora de casa, então, resolvi escolher o Amapá e a saúde indígena por indicação de um amigo da faculdade, com a finalidade de estar em contato com a natureza e sair da vida cotidiana da cidade.

A saúde indígena é tudo o que eu mais queria na vida. Ela conseguiu unir várias paixões em um só lugar e me possibilitou estar em contato direto com a natureza. Pude trabalhar na minha área medica, ajudando as pessoas com ações, levando saúde, saindo da vida cotidiana da cidade grande, conhecendo o lado da vida indígena que pouquíssimas pessoas tem conhecimento ou a possibilidade de estar em contato direto com eles.

Eu entendo quando as pessoas criticam ou simplesmente comentam sobre a vida e costumes dos povos indígenas. Eu que sempre me interessei pela natureza e pelo estilo de vida na selva e acreditava ter um pensamento formado, quando entrei na primeira escala fiquei impressionado com a organização, com os costumes, danças e pinturas indígenas. Com o passar dos dias, dentro da aldeia, fico mais apaixonado. Nesta especialização, aprendo coisas novas, dou valor para pequenas coisas que antes não me importavam e amadureço a cada dia me tornando uma pessoa mais compreensiva, minimalista, humilde, detalhista e apaixonado pela natureza e tendo o pensamento de preservação da nossa fauna e flora brasileira.

Na área Apalai, exerço a função de médico, na unidade básica de saúde indígena, que fica localizada no Polo Base Bona. Realizo visitas domiciliares e busca ativa. Também faço o monitoramento dos programas de idosos, o acompanhamento de crianças até 5 anos e pré-natal. Sou responsável pelo atendimento de urgências e emergências e em último caso, referencio o paciente aos hospitais de Macapá se necessário. A foto abaixo foi tirada na aldeia Mataware, onde estava desembarcando para mais uma escala de trabalho. Lá permanecemos dentro da área indígena e a equipe é composta por: eu (médico), um(a) técnico em enfermagem, esporadicamente um dentista e um(a) auxiliar bucal. Dando apoio aéreo um piloto, já que a nossa única forma de entrada e saída é a aérea. No Polo base Bona, onde estou alocado temos: 2 agentes indígenas de saúde, 2 agentes de saneamento, um proeiro e um piloto fluvial que, juntos, nos auxiliam na comunicação, no atendimento, nos itinerantes, quando muitas vezes nos topamos com os choques de realidades entre culturas e com as dificuldades encontradas pela precariedade da saúde brasileira.

.Fotografia 1: Aldeia Mataware.



Fonte: José Luiz Boni Junior (2019)

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e norte do Pará

Aspectos Físicos

De acordo com os dados obtidos no site da estado do Amapá, o clima desta região é quente e superúmido, proporciona que prevaleça a vegetação de floresta equatorial, como a Floresta Amazônica, que ocupa mais de 70% do território amapaense. Na região litorânea, constata-se a presença de manguezais, uma vegetação que protege as margens dos rios que deságuam no Atlântico e serve de sustento às famílias da região.

Já o relevo é composto, em sua maioria, de baixas altitudes. Localizado em pontos do Planalto das Guianas, o Amapá apresenta poucos terrenos com aclives acentuados. Para se ter uma ideia da predominância de planícies no estado, o ponto de altitude mais elevada é a Serra do Tumucumaque, com 701 metros de altura. Essa serra abriga o Parque Indígena do Tumucumaque, importante área de preservação ambiental na região.

Na hidrografia, destacam-se os rios Amazonas e Oiapoque, os maiores do estado. Aproximadamente 40% do Amapá são banhados pela bacia amazônica. Devido à enorme cobertura vegetal presente no estado, os rios representam importante via de transporte, além de contribuir com a economia e alimentação da população com pesca, turismo e lazer.

Aspectos demográficos

A população amapaense conta com 861.773 pessoas, segundo estimativas do IBGE em 2020, sendo 512 mil apenas na capital, Macapá. O estado apresenta muitos imigrantes de países fronteiriços com o Brasil, como Venezuela, Guiana Francesa e Suriname, com grande expressividade em Oiapoque, cidade no extremo norte do Amapá.

A sede do Distrito Sanitário Especial Indígena(DSEI) fica localizada no município de Macapá, capital do estado do Amapá, atendendo a um território de 5.392.325.4348 HA. Este DSEI abrange um total de 4 (quatro) municípios, contando com uma população indígena de 12.269 pessoas. As etnias ali existentes são: Waiãpi, Karipuna, Palikur, Galibi, Galibi Maworono, Tiriýó, Kaxuiana, Txikriana, Apalai, Waiana - totalizando 139 aldeias. Existem 6 (seis) Polos-base de saúde e 24 (vinte e quatro) Postos de Saúde.

CASAI: 01 no município de Macapá e 01 no município de Oiapoque.

Meios de transporte utilizado: Terrestre, Fluvial e Aéreo

Distribuição dos Polos Base

Área indígena do Oiapoque: Terras Indígenas Uaçá, Jumina e Galibi.

Polo Base Manga

- * Localizada no município de Oiapoque - AP distante 20km fronteira com Guiana Francesa.
- * Etnias: Karipuna, Galibi e Karipuna do Amapá
- * Número de aldeias: 27
- * População: 3801 indígenas
- * Acesso de aldeias: terrestre e fluvial
- * 08 UBSI: Espírito Santo, Santa Izabel, Açaizal, Galibi, Kunanã, Uaha, Estrela, Tukay.

Polo Base Kumene

- * Localizada no município de Oiapoque - AP a 4horas via fluvial motor 40hp fronteira com Guiana Francesa.

- ✦ Etnias: Palikur
- ✦ Número de aldeias: 12
- ✦ População: 1761 indígenas
- ✦ Acesso de aldeias: terrestre, fluvial e aéreo.
- ✦ 01 UBSI: Flexa.

Polo Base Kumarumã

- ✦ Localizada no município de Oiapoque - AP distante 4 horas via fluvial motor 40Hp fronteira com Guiana Francesa.
- ✦ Etnias: Galibi marworno
- ✦ Número de aldeias: 03
- ✦ População: 2318 indígenas
- ✦ Acesso de aldeias: terrestre, fluvial e aéreo.
- ✦ Não possui UBSI.

Terras indígenas Wajãpi

Polo Base Aramirã

- ✦ Localizada no município de Pedra Branca do Amapari - AP a 285km de Macapá -AP
- ✦ Etnias: Waiãpi
- ✦ Número de aldeias: 37
- ✦ População: 1345 indígenas
- ✦ Acesso de aldeias: terrestre e fluvial
- ✦ 05 UBSI: CTA, Maryru, Ytuwasu, Jakarekãgoka, Yvyrareta.

Terras Indígenas do Parque Tumucumaque e Rio Paru deste

Polo Base Missão Tiriyó

- ✦ Localizada no município de Óbitos - PA, Norte do Pará fronteira com Suriname.
- ✦ Etnias: Tiriyós, Kaxuyana, Txikuyana
- ✦ Número de aldeias: 31
- ✦ População: 1817 indígenas
- ✦ Acesso de aldeias: exclusivamente aéreo a terra indígenas e para aldeias adjacentes pode percorrer via terrestre e fluvial.
- ✦ 07 UBSI: Kuxaré, Urunai, Yawa, Maritepu, Pedra da Onça, Santo Antônio e Boca do Marapi.

Polo Base Bona

- ✦ Localizada no município de Almeirim - PA, Norte do Pará fronteira com Suriname.
- ✦ Etnias: Apalai, Wayana, Tiriyós, Waiãpi, Akuriyo
- ✦ Número de aldeias: 24

- ♦ População: 1280 indígenas
- ♦ Acesso de aldeias: exclusivamente aéreo a terra indígenas e para aldeias adjacentes percurso via fluvial.
- ♦ 03 UBSI: Matawaré, Pururé e Xuixuimene.

Sou o médico responsável pelo Polo base Bona e das aldeias cachoeirinha até a aldeia Parapara, que estão localizados no Parque Tumucumaque e Parque Paru D'Este ao norte do estado do Pará. Por estarmos sobre a linha do equador e a dentro da floresta amazônica temos um clima super úmido, com muitas chuvas e com temperaturas que variam entre 22 a 35 graus celsius.

A única forma de entrada e saída da área é pelos aviões como pacientes, acompanhantes, como carona da saúde ou fretamento de aeronaves de forma privada.

Figura 1: Modelo assistencial



Fonte: Cartografia DSEI Amapá e norte do Pará de 2017 - cedido pelo DSEI

Aspectos demográficos

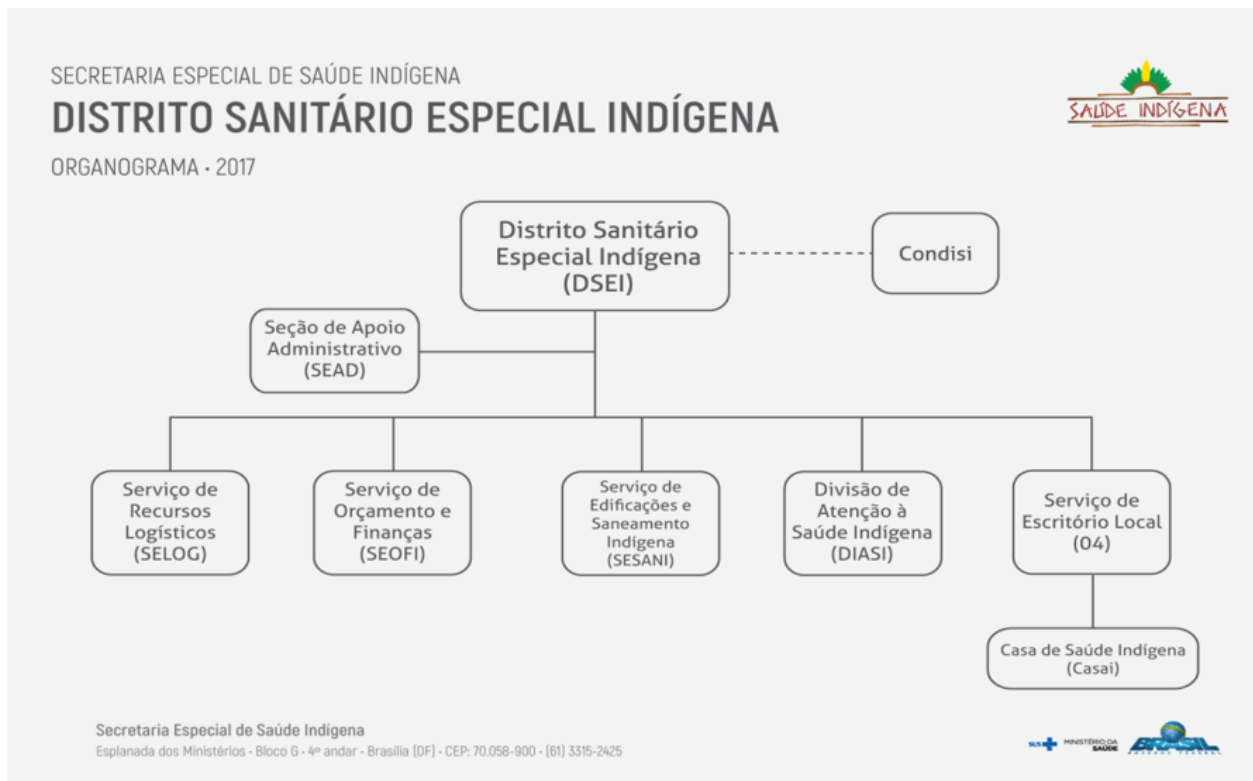
Condisi

Controle social (CONDISI - ANP) tem com finalidade avaliar, acompanhar, fiscalizar, supervisionar e deliberar ações que abrange o Distrito sanitário especial indígena prestados por quaisquer instituições sendo elas privadas, publicas, governamentais ou não.

Participa do planejamento e aprovação do plano distrital de saúde indígena, em sua composição de acordo com a portaria do MS/nº 755/12 estipula 50% de usuários(16 vagas), suas entidades e movimentos representativos, 25%(8 vagas) trabalhadores da saúde indígena e 25% (8 vagas)representantes do governo, com um total de 32

conselheiros titulares sendo o nosso Presidente o Senhor Wellison Yaparrá Narciso e Asurui Waiãpi como vice-presidente.

.Figura 2: Organograma.



Fonte: Cartografia DSEI Amapá e norte do Pará de 2017 - cedido pelo DSEI

Aspectos Socioambientais

A alimentação é baseada na plantação de mandioca, macaxeira, frutas em geral, na caça de animais silvestres, pela pesca no rio Paru D'Este e seus afluentes ou por indígenas que possuem renda fixa e podem custear a alimentação provinda da cidade que no geral são os que trabalham para a saúde(AIS e AISAN), profissionais da educação(Professores e diretores das escolas indígenas) e ONGs.

As doenças prevalentes se da de acordo a época do ano, de janeiro a junho-Julho com as fortes chuvas e o clima mais úmido prevalece as doenças do sistema respiratório, de agosto a dezembro pela baixa do rio e a falta de saneamento básico, prevalece as gastroenterites, a proliferação de vetores e conseqüentemente o aumento de malária e leishmaniose.

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

Aspectos Históricos de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

A população indígena no Brasil é estimada em, aproximadamente, 817.963 mil pessoas, segundo os dados do IBGE (2010), distribuídas em 220 sociedades indígenas. Formando uma considerável sociodiversidade que equivale a 0,25% do total de habitantes brasileiros, de acordo com a Fundação Nacional do Índio. Essa vasta diversidade étnica e linguística coloca o Brasil entre as maiores do mundo, com aproximadamente 60 grupos indígenas isolados dos quais ainda não existe informações; 274 línguas faladas por esses grupos, as quais compõem mais de 30 linguísticas diferentes.

A III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 2001, avaliou a implantação dos DSEI, discutiu o modelo de gestão e organização dos serviços, parcerias e articulações com o SUS; controle social; formação, reconhecimento e inserção social dos agentes indígenas de saúde; desenvolvimento de recursos humanos para a atuação junto a populações culturalmente diferenciadas; dentre outros assuntos.

O distrito DSEI diz respeito a uma unidade organizacional da FUNASA que corresponde a terras indígenas e possui autonomia administrativa.

[...] um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA, 2002)

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-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e pelas Casas do Índio (CASAI), que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS.

Organização do DSEI Amapá e Norte do Pará

Implantado, oficialmente, em 1999, com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, o subsistema organizou suas unidades de ação, de acordo com a proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Estes se caracterizam como uma rede conectada aos serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população. Aos distritos sanitários é de responsabilidade, portanto, oferecer ações de prevenção de doenças (por exemplo, vacinação e saneamento), cuidados de saúde dirigidos a segmentos populacionais específicos, tais como o grupo materno-infantil e os idosos.

Outras ações possíveis nesses sistemas locais de saúde são o monitoramento das condições de alimentação e nutrição, bem como da saúde dos ambientes, educação em saúde, remoções de emergência e outros serviços que contribuam para o bem-estar dos grupos étnicos atendidos no subsistema (SANTOS et al., 2008). A distribuição dos distritos sanitários nas unidades federadas obedeceu às características culturais e distribuição das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que contribuíram para a definição de suas localizações e áreas de abrangência. Assim, a FUNASA optou pela implantação de 34 Distritos Sanitários.

Cada DSEI conta com uma rede de serviços, ou seja, com um conjunto de unidades sanitárias onde o atendimento é realizado segundo níveis diferenciados de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. Se considerarmos que o Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI) registra um total de 717 postos implantados, e que existem mais de 4 mil aldeias cadastradas nesse mesmo sistema, é possível concluir que persiste um grande número de aldeias sem cobertura assistencial, mesmo no nível mais simples de atendimento.

Estado do Amapá no Município de Oiapoque ficam 3 áreas indígenas: terras indígenas Uaça, Jumina e Galibi com as etnias Galibi Marworno, Palikur, Karipuna e Galibi do Oiapoque já no Município de Pedra Branca do Amapari fica a área Terras indígenas Wajãpi com a etnia Wajãpi. Já o Estado do Pará Município de Óbidos contém a área Parque

Tumucumaque, com as etnias: Tiriyo e Katxuyana. No Município de Almeirim corresponde a parte da área indígena do parque Tumucumaque e área indígena Rio Paru D'este com as etnias Apalai, Waiana

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI)

O conselho distrital de saúde indígena do Amapá e norte do Pará (CONDISI AP e norte PA) foi criado com base nas propostas e diretrizes da PNASPI, estabelecidas pela Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 que dispõem sobre o Subsistema de Atenção a Saúde indígena do SUS (SASI/SUS). A Lei nº755 de 18 de abril de 2012 e da resolução CNS/MS nº453 especifica que se trata de um órgão deliberativo, colegiado e de natureza permanente para o exercício do controle social da saúde indígena.

O CONDISI do Amapá e norte do Pará tem 32 conselheiros distritais distribuídos da seguinte forma:

Representantes dos usuários indígenas totais 16 vagas titulares, sendo elas: 4 Vagas de titulares para região Wajãpi, 3 Vagas de titulares para região Tiriyo, 3 Vagas de titulares para região Apalai e 6 Vagas titulares para região do Oiapoque.

Os representantes dos trabalhadores são em um total de 8 vagas titulares constituídos em: 4 vagas titulares para profissionais da área de nível superior e 4 vagas titulares para profissionais da área de nível médio.

E por fim, os representantes dos prestadores de serviços da área de saúde indígena do governo municipal, estadual e federal tem um total de 8 vagas titulares distribuídas em: 1 vaga titular para representante do DSEI AP e norte do PA, 1 vaga titular para representante da secretaria municipal de saúde de Pedra Branca do Amapari, 1 vaga titular para representante da secretaria municipal de saúde de Oiapoque, 1 vaga titular para representante da secretaria extraordinária dos povos indígenas do estado do Amapá, 1 vaga titular para representante da secretaria estadual de saúde do Amapá, 1 vaga titular para representante do conselho indigenista missionário, 1 vaga titular para representante da coordenação regional da fundação nacional do índio - FUNAI e 1 vaga titular para representante do instituto de pesquisa e formação indígena - Iepé.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Minha escolha é o Polo base Bona por ser a área em que eu passo a maior parte do tempo, quando não estou percorrendo as 24 aldeias sendo 3 polos centrais e no total de 7 pistas para pousos e decolagem destas 3 liberadas para uso da saúde. Estou há mais de um ano trabalhando nesta área com os povos indígenas Apalai, neste polo base recebemos informações e monitoramos as outras aldeias pertencentes à área de abrangência do Polo.

Minha trajetória no campo da saúde indígena e nesta área Apalai, é uma das melhores experiências que obtive na vida, pois ali aprendi a colocar em prática a biomedicina em conjunto com a medicina tradicional, respeitando a cultura alheia, as individualidades e superando as barreiras enfrentadas no decorrer do dia. No começo tive dificuldade em explicar e adaptar as orientações clínicas para cada doença, com o decorrer do tempo, conhecendo a realidade com estilos de vida e as condições de recursos de cada paciente para assim estarem aderindo ao tratamento da melhor forma e obter o resultado esperado. Hoje com o conhecimento adquirido consigo saber o que cada família e cada aldeia pode e tem disponível para saber adaptar ao tratamento e realizar as orientações adequadas e com isso trazer melhores resultados. Com isso há uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde e os indígenas, trazendo uma maior confiança e uma maior liberdade com os pacientes, fazendo com que eles relatem os problemas e as queixas mais íntimas.

O trabalho da equipe de saúde é estar o mais próximo da comunidade, família e paciente para estar presente e saber as maiores dificuldades e com isso trabalhar na prevenção onde não demanda muito recurso e a taxa de cura é maior. Estamos implantando modelos de medicina preventiva e sempre realizando reuniões para estarmos atualizados nas queixas da comunidade e procurar desenvolver um trabalho exemplar com o mínimo, acreditando um em futuro promissor.

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

Segundo os antropólogos Paula Morgado Lopes e Gabriel Coutinho Barbosa (2003), os Apalai e os Wayana são etnias indígenas de língua karib, que vivem na região de fronteira entre o Brasil - Rio Paru de Leste, Pará - o Suriname - Rios Tpanahoni e Paloemeu - e a Guiana Francesa - alto Rio Maroni e seus afluentes Tampok e Marouini. Há cem anos, pelo menos, existe essa relação entre os povos de todas as fronteiras, em que habitam as mesmas aldeias e casam-se entre si.

A atual composição dos Apalai e Wayana é resultado da interação de vários outros grupos, com os quais mantinham relação desde o século XVIII (BARBOSA, 2007). Ainda que saibam de toda a diversidade como marca registrada de seus povos e reconheçam, ainda, alguns indivíduos como "puros", os Apalai e Wayana, atualmente, estão todos "misturados". No final dos anos 70, o antropólogo suíço Daniel Schoepf intitulou estes indígenas como "Wayana-Apalai", termo adotado pelos órgãos públicos e oficiais ainda nos dias atuais (LOPES, 2003). Entretanto, os Apalai e Wayana não se identificam desta mesma forma. Para eles existem inúmeras divergências em suas culturas, sobretudo, no que diz respeito à: linguística, origens, trajetórias históricas, costumes e práticas diversas (cantos, misticismo, concepções e estéticas). Um dos pontos marcantes - para se ter ideia do quão divergente as duas culturas podem ser - os Wayana têm o costume de cremar os corpos de pessoas falecidas; já os Apalai preferem enterrá-los. Desta forma, os indivíduos descendentes de casamentos mistos costumam ser identificados como "misturados" ou "cruzados".

Cada indivíduo adulto fala, pelo menos, duas ou três línguas, como: apalai, wayana e, em alguns casos, wajãpi, aluku e crioulo. Ainda que sejam bilíngues, em sua maioria, eles privilegiam o uso da língua falada em sua aldeia e cada comunidade é identificada conforme a língua falada por seu fundador. No Polo base Bona ou área Apalai, por exemplo, a presença e a disputa entre dois líderes que se destacam, ambos escolhidos por agentes assistenciais, tende a ser firmada, quando cada um reivindica por destaques, com bases em suas origens (BARBOSA, 2007).

No Brasil, a língua apalai é tida como a preferencial entre diálogos dos diferentes grupos, por conta da atividade missionária de 1968 a 1992. A alfabetização da população é feita nas línguas portuguesas e apalai, sendo que a última é a língua dos livros e dos cultos. Ainda assim, a língua wayana passou, na última década, a ter grande admiração entre os jovens, uma vez que permite a comunicação com os povos wayana e tiriýo do Suriname e da Guiana Francesa.

Os Apalai e Wayana, atualmente, estão distribuídos em três grupos territoriais, pelos eixos do rio Paru de Leste (no Brasil), do rio Marouini (na Guiana Francesa) e do rio Tapanahoni (no Suriname). A maioria dos Apalai vivem em terras brasileiras, já os Wayana estão mais distribuídos pela Guiana Francesa e Suriname (BARBOSA; LOPES, 1996). Essa distribuição de três conjuntos em diferentes territórios é resultado da convivência com o não-indio, definida por migrações e por fusões com outros povos indígenas. Ainda assim, essa distância não é limitadora para a interação entre estes três povos, já que muitas vezes estão ligados por laços de parentescos e por parcerias formais de troca.

Aqui, no Brasil, os Wayana e Apalai dividem-se em diversas aldeias, todas situadas no alto e médio curso do Rio Paru de Leste, dentro do Parque Indígena do Tumucumaque e da Terra Indígena Rio Paru D'Este (LOPES, 2003). Atualmente, em território brasileiro, os Apalai e Waiana são de 1280 indivíduos, divididos em 24 aldeias ao longo do rio Paru de Leste. As aldeias são constituídas por: casais, seus filhos e filhas solteiros, filhas casadas, genros e netos. Em algumas há também os filhos casados e noras, onde todos estes constituem um grupo doméstico.

De acordo com Lopes e Barbosa (2003), há três tipos de casas comuns na comunidade:

Tahkuekemy - casa de estrutura ovalada de um andar com assoalho e paredes de paxiúba ou achas de madeira, semi-aberta ou fechada, com teto coberto de folhas de ubim e bacaba.

Tyrakamano - casa térrea de estrutura ovalada sem assoalho, fechada até o chão com paredes de paxiúba ou achas de madeira, e teto coberto com folhas de ubim e bacaba.

Tymanakemy - casa de estrutura ovalada de dois andares com assoalho de paxiúba, semi-aberta ou fechada e teto coberto com folhas de ubim e bacaba.

Na maioria das aldeias, existe uma casa de reuniões ou “prefeitura” destacada por sua forma e localização. Esta fica no “centro” da aldeia, visível a todos e que possibilita saber quem chegou e o que os moradores fazem ali dentro da comunidade. Estas construções têm a capacidade acolher visitantes de outras aldeias, outros indígenas ou não-indígenas e para as realizações de festas. Há uma geração passou a ser, também, espaço para atividades comunitárias, como reuniões políticas e religiosas (LOPES, 2007).

As aldeias da área Apalai estão ligadas aos seus respectivos chefes e fundadores. Toda a aldeias fica aos cuidados de seu líder, enquanto que a morte deste chefe tende a resultar em uma redistribuição de seus habitantes que formam novas aldeias ou migram para as que já são existentes. São os mais velhos que detêm o saber tradicional. Entre estes os mais temidos e os que estão num maior degrau hierárquico são os xamãs, os quais apresentam um saber especializado e esotérico, que lhes permite a comunicação com o mundo espiritual e com o social.

Durante todo o ano são feitas imersões na floresta para caça e coleta de alimentos. Nestes momentos são obtidos: mel silvestre, açaí e bacaba, larvas de insetos, ovos de tracajá (nas praias, durante a estação seca), arumã para a confecção de cestaria, resinas vegetais, barro e argilas para a produção de cerâmica e de tinturas minerais etc (LOPES, 2007). Por meio da caça os Apalai e Wayana acrescentam à sua dieta: tapires, cervídeos, roedores (paca e cutia, por exemplo), macacos (cuatá e guariba entre outros), porcos do mato (queixada e caititu), aves (mutum, jacamim, tucano), jacaré e lagartos. A pesca também se caracteriza pela diversidade de pescados e técnicas empregadas: tucunaré, surubim, pacu e piranha são algumas das espécies obtidas na região. A pesca com linha e anzol industrializados predomina, mas também são utilizadas redes “malhadeiras” (sobretudo, durante a época das chuvas), o arco e flecha e o timbó (na estação seca). Tradicionalmente, os Apalai e os Wayana não praticam a criação de animais para a alimentação. Além de cachorros para caçar e comercializar com outros grupos indígenas, são criados patos, galinhas e algumas espécies silvestres (mutuns, jacamins, tucanos e araras, macacos e caititus). Estes animais não são consumidos, apenas os ovos de galinha e de pato, e, mesmo assim, só em situações de escassez. Os indígenas também não produzem em grandes quantidades para comercializar, salvo pequenas quantidades de farinha transportada em viagens, vendidas a trabalhadores extrativistas da região durante as décadas de 1920 a 60, e atualmente, em garimpos próximos à área indígena (BARBOSA; LOPES, 2003).

Já agora, a população: ao todo, na área Apalai habitam lá cerca de 320 famílias, segundo os dados recolhidos na DSEI. Essas famílias moram em casas de madeira e o teto é feito de “ubim” (palha). Dentro da aldeia, eles se comunicam pela própria língua nativa: o Apalai e Waiana. Para o Polo base Bona, cada aldeia pertencente a este conjunto existe uma escola, totalizando 24 escolas. Lá o ensino é lecionado até o 4º ano do Ensino Médio.

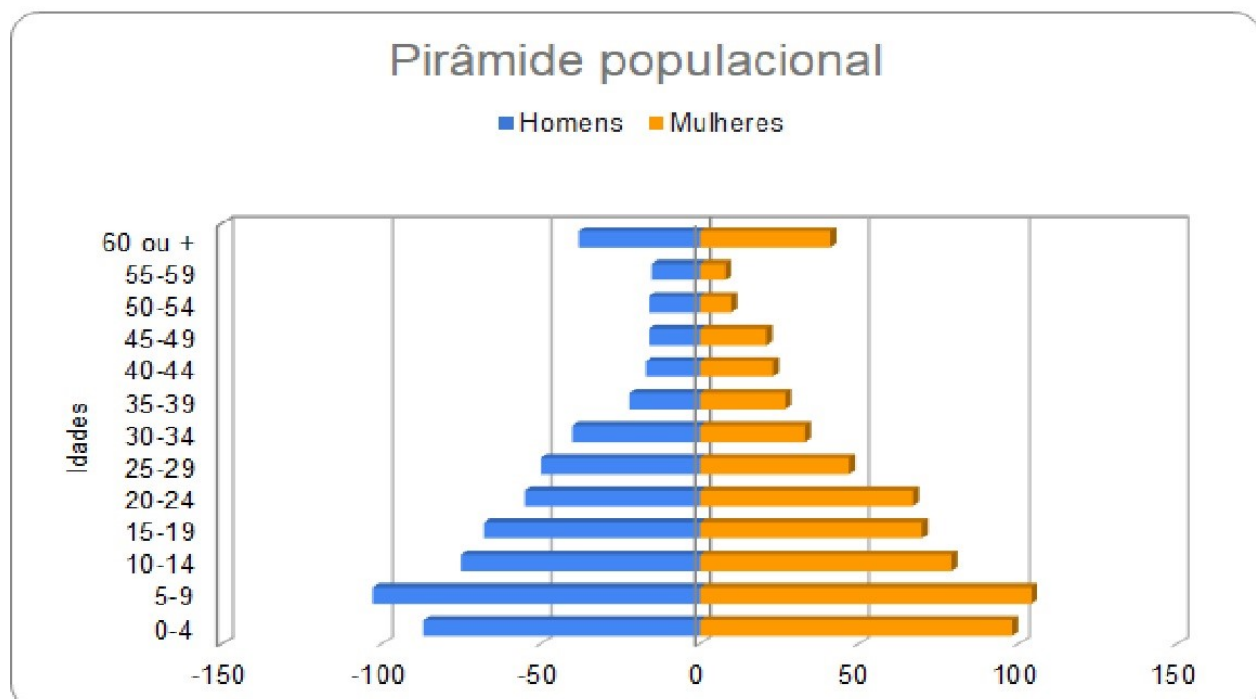
CAPÍTULO 5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

Natalidade e mortalidade

Considerando-se o intervalo de tempo observado (2019), o gráfico aponta altos índices de natalidade no território dos Apalai e Wayana. As taxas de natalidade relativas ao sexo feminino são maiores do que os índices referentes ao sexo masculino, sendo que a maior concentração da população local está entre as faixas infantis entre 0 e 9 (nove) anos de idade. Esses números caem conforme as faixas etárias aumentam, entretanto há um aumento relativo à concentração de indivíduos idosos (com mais de 60 anos), demonstrando um aumento na expectativa de vida da população do território analisado.

Em relação à pirâmide brasileira, os dados referentes aos territórios dos Apalai e Wayana seguem lógicas diferentes: enquanto na pirâmide brasileira observa-se um maior número de indivíduos adultos jovens, nesta localidade há maior prevalência de crianças com idade compreendida entre 5 (cinco) e 9 (nove) anos. Esses números são inversamente proporcionais (conforme a idade aumenta, há menor concentração de indivíduos), até que se chegue ao topo da pirâmide, correspondente à concentração de idosos. mas aumentam no topo da pirâmide, cujo gráfico expressa o contingente de indivíduos idosos. Ainda que em proporções diferentes, a pirâmide brasileira também indica o aumento do número de idosos no país, fator que pode estar associado à melhoria da qualidade de vida da população.

. Figura 3 - Pirâmide populacional dos territórios Apalai e Wayana



Fonte: SIASI/MS, 2019. Dados informados pelo DSEI AP e norte do PA.

Coefficiente de Mortalidade Infantil (CMI)

O coeficiente de mortalidade infantil é de significativa importância para que sejam avaliados o acesso e as condições de saúde existentes para determinada população. Desmembrado em coeficiente de mortalidade infantil neonatal (CMINeo) e Coeficiente de Mortalidade Infantil pós-neonatal, os resultados podem ser classificados em categorias que permitem a realização de inferências e previsões a respeito dos índices de morte da população em estudo. No caso dos Apalai e Wayana, não houve levantamento de dados suficientes para o cálculo do índice em questão, portanto não foi possível calculá-lo. De acordo com os dados obtidos através da DSEI, no ano de 2019 foram contabilizados 15 nascidos vivos.

Coeficiente de Mortalidade Geral, Taxa de Natalidade e Taxa de fecundidade

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) ou Taxa Bruta de Mortalidade diz respeito ao risco de morte da população de estudo considerando-se todas as causas possíveis. Esse coeficiente é obtido através da divisão do total de óbitos, em um dado período, pela população calculada por mil pessoas. Para Vermelho, Leal e Kale (2005) argumentam que este cálculo permite que sejam comparados os níveis de saúde em uma determinada variação de tempo. Para o território dos Apalai e Wayana, efetuou-se o cálculo em questão, obtendo-se o coeficiente de 0,81 óbitos a cada 1000 habitantes no ano de 2019. No Brasil, os dados oficiais referentes ao ano de 2015 apontam uma taxa de 6,08 o que corresponde a um valor acima do correspondente ao território estudado, indicando que o coeficiente de mortalidade do local em questão é relativamente baixo, quando comparado à taxa que considera toda a população brasileira.

A taxa de natalidade indica a relação existente entre o número de nascimentos e de habitantes em um ano, sendo calculada pela divisão do número de indivíduos nascidos vivos neste período (15) pelo número de indivíduos da população em geral (1230) por mil, obteve-se o valor de 12,2. Esta alta taxa de natalidade pode ser evidenciada na análise da pirâmide etária onde temos uma população infantil bastante expressiva, assim como a taxa de fecundidade. Em comparação com a média brasileira, considerando-se os dados oficiais obtidos para o ano de 2015, observou-se que há mais indivíduos nascidos vivos no território-recorte em relação à população brasileira.

A taxa de fecundidade se relaciona com o potencial de procriação, podendo sofrer influência de razões que conduzam à infertilidade ou do uso de medicamentos anticoncepcionais. Para que se obtenha a taxa de fecundidade de uma população, é necessário que se calcule a divisão entre o número de indivíduos nascidos vivos durante o período de um ano e o número de mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos). Para o território de estudo, o valor obtido foi de 5,1%, enquanto que a média brasileira, no ano de 2015, correspondeu a 1,72 %, o que indica que a taxa de fecundidade no território dos Apalai e Wayana é expressivamente maior, quando comparada com a realidade brasileira.

Cobertura do Programa de Controle do Câncer do Colo Uterino (PCCU)

A cobertura demonstra a razão entre ações/intervenções e a população à qual se pretende realizar determinada intervenção. Quando se trata de câncer de colo do útero e populações indígenas, há condições que podem ser caracterizadas como fatores de risco, como: vida sexual iniciada de forma precoce, multiparidade, escassez e precariedade no acesso ao sistema de saúde e a pluralidade de parceiros sexuais.

O percentual de PCCU pode ser obtido através da razão entre o número de mulheres com idade compreendida entre 25 e 64 anos que já realizaram o exame de citologia oncótica de colo uterino e o número total de mulheres do território recorte que possuem a idade considerada. No território de estudo, em que há um total de 180 mulheres que possuem entre 25 e 64 anos, apenas 5 mulheres já realizaram o exame de citologia oncótica do colo uterino, número relativamente baixo, considerando-se o tamanho da população feminina que pode realizá-lo. Esse resultado revela a cobertura de, apenas, 2,78% de cobertura PCCU.

Coeficiente de Prevalência e Incidência de Tuberculose e a prevalência de COVID 19

Quando se analisa a amplitude de uma doença em uma determinada população, calcula-se o coeficiente de prevalência. Tal coeficiente é obtido por meio da divisão entre o número de casos existentes e o número total de pessoas de uma população, em um intervalo de tempo. Esse tipo de cálculo é importante do ponto de vista da saúde e da análise dos gastos com saúde pública. O Coeficiente de Prevalência e Incidência de Tuberculose pode ser obtido através da divisão entre a somatória do número de casos novos e antigos e a população total por 100.000 (cem mil) indivíduos. No território recorte, observou-se a prevalência de 2 (dois) casos. Deste modo, considerando-se que na população total há 1.230 indivíduos, o coeficiente de prevalência de tuberculose é igual a 162.6 em 100.000 habitantes.

Em relação à prevalência de COVID-19, foram notificados 180 casos, perfazendo, assim, um coeficiente de 14,63%. Considerando-se o tamanho da população, pode-se afirmar que o número é relativamente grande, e que reflete a situação da pandemia no Brasil.

Prevalência de diabetes mellitus, hipertensão arterial, cárie dentária, obesidade em adultos e estado nutricional de crianças da população

O cálculo da prevalência de diabetes mellitus é obtido através da divisão entre o número de casos da doença e da população que possui 20 (vinte) anos ou mais. Na comunidade indígena estudada, notou-se a prevalência de 8 casos, para um universo de 546 indivíduos que atendem os requisitos para a realização do cálculo. O coeficiente observado foi de 1,47 %. Considerando, ainda, o mesmo universo, notou-se a prevalência de 24 casos de hipertensão arterial, gerando um coeficiente de 4,4%. Em relação aos casos de obesidade, esses números apresentaram um decréscimo: para um universo de 546 indivíduos, há 15 que foram acometidos, e um coeficiente igual a 2,75%.

Em relação aos casos de cárie no local aos 12 anos de idade, há uma escala de classificação, fornecida pela OMS, que indica o grau de experiência da cárie: ela pode ser definida como “muito baixa”, “baixa”, “moderada”, “alta” e “muito alta”. Não foram reportados casos de prevalência de cárie dentária no local, pois não contamos com equipe odontológica no local para mapeamento e tratamento de casos.

Em relação ao Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos de idade, notou-se que 5 crianças apresentaram um peso muito baixo em relação à idade (2,16%), 38 apresentaram um peso baixo em relação à idade (16,38%), 180 se enquadraram nos requisitos de peso adequado para a idade, e 9 indivíduos possuíam um peso elevado para a idade (3,88%).

Na área Apalai, as questões de saneamento básico são preocupante e, por consequência, responsáveis pela maior crise: as doenças diarreicas. Na área Apalai, não existem banheiros e a comunidade toda faz suas necessidades fisiológica à beira dos rios. Quando há chuvas, a mesma se encarrega de levar todos esses dejetos que estão à margem, diretamente, ao rio. É necessário ressaltar que a população usa a água do rio para todos os tipos de atividades domésticas e de higiene, ou seja, neste rio contaminado que: as pessoas tomam banho, lavam roupas, higienizam seus utensílios doméstico, coletam água para ingerir e cozinha entre outras atividades. Sendo assim, essa contaminação se desenvolve em viroses, as quais são muito facilmente transmitidas às crianças que estão sendo amamentadas e aos adultos em geral, pela transmissão no ar. Essa contaminação mútua, atualmente, já começa a ser considerada com epidêmica.

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

Os Apalai e os Wayana são povos que, há pelo menos cem anos, mantêm laços estreitos de convivência, vivem nas mesmas aldeias e casam-se entre si. Ambas as falantes de língua Caribe, as tribos habitam a região da fronteira entre o Brasil (eixo do rio Paru de Leste - Norte do Pará), o Suriname (eixo do rio Tapanahoni) e a Guiana Francesa (eixo do rio Marouni). Enquanto a maior parcela dos Apalai se encontra em território brasileiro, os Wayana se distribuem pela Guiana Francesa e Suriname. O motivo pelo qual os indígenas dessas comunidades estão espalhados pelos três territórios remonta de uma relação antiga com homens não índios, migrações e processos de fusão com outros povos indígenas.

Por essa razão é bastante comum encontrar registros que se referem a essas populações como um único grupo, mesmo com suas diferenças sendo pontuadas com base em suas histórias e características culturais diversas. O antropólogo suíço Daniel Schoepf foi responsável por nomear os povos como "Wayana-Apalai", por seu histórico de estarem todos "misturados" entre si. O novo termo, instaurado no final da década de 1970, é adotado até hoje pelos órgãos públicos e oficiais brasileiros.

Somente a partir da década de 1960 os Wayana-Apalai passaram a ser assistidos pelos governos brasileiro e franco guianês, por meio de organizações assistencialistas oficiais e missões de fé, que foram responsáveis por estabelecer os modelos de serviço de saúde e educação a serem implantados nas comunidades, bem como pelo crescimento demográfico de ambas as populações. Um dos fatores que influenciam, tanto de maneira positiva quanto negativa, os índices de crescimento demográfico é a atenção à saúde da mulher e na assistência pré-natal.

De acordo com o Informe Técnico Institucional do Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instaurado em 1 de junho de 2000 (Portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000, na seção 1, página 4) e se estabelece como uma resposta às necessidades de atenção e atendimento à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Na busca de humanizar o processo de assistência à mulher e ao recém-nascido, melhorar o acesso e a qualidade aos serviços do acompanhamento pré-natal, Rohde coloca que o PHPN.

Em 2004, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher passou a assumir o perfil de política pública, quando o governo brasileiro traz como proposta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Uma das principais propostas da então nova política de saúde foi a elaboração de ações voltadas a segmentos sociais excluídos de atenção que são: mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, as que fazem sexo com mulheres, as no climatério/menopausa e na terceira idade (BRASIL, 2004, p. 6). (ROHDE, 2008, p. 51, 52)

A assistência pré-natal é uma ação de extrema importância à saúde da mulher e, para tanto, se fundamenta como um dos principais indicadores do Pacto de Atenção Básica do SUS. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas de caráter institucional do SUS, sendo acordado entre as três esferas da gestão pública, sendo elas União, Estados e Municípios, com o objetivo de inovar os instrumentos do sistema e atingir um maior nível de eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados. Contudo, a eficácia da assistência à saúde da mulher durante a gestação e o parto ainda é um desafio para o sistema, tanto se tratando da qualidade dos serviços e atendimentos oferecidos, quanto dos "princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático" (ROHDE; p. 53, 2008)

Perante os cenários descritos anteriormente, é possível perceber que a eficácia dos serviços relacionados à saúde da mulher e à assistência ao pré-natal ainda é bastante questionável, principalmente quando se leva em conta a região e o município onde a mulher se encontra. Pensando nas mulheres indígenas Wayana-Apalai, é possível compreender que o acesso aos atendimentos médicos do pré-natal é ainda mais escasso e árduo. Uma das dificuldades percebidas se deve ao fato dessas populações habitarem uma região fronteira, sendo que algumas delas estão fora do território nacional. Ao se tratar dos povos indígenas, as fronteiras vão além da geopolítica: são também fronteiras culturais, sociais, sanitárias e econômicas. Por estarem localizados no eixo fluvial de três rios que passam por três países distintos, os Wayana-Apalai se encontram no desencontro dos sistemas de saúde brasileiro e do além fronteiras, que não são capazes de garantir o acesso e o direito igual à saúde a todos. De acordo com SIS Fronteira (2010):

A invisibilidade das populações indígenas é marcante tanto na fala das pessoas não indígenas quanto nas ações políticas municipais. Em termos práticos, os indígenas são desconsiderados mesmo quando há obrigatoriedade de fornecimento de serviços públicos previstos em lei, como é o caso da saúde. (SIS FRONTEIRAS; p. 15, 2010)

É possível refletir sobre como a barreira cultural também age de maneira a dificultar o acesso das mulheres Wayana-Apalai aos serviços de saúde. Conciliar um sistema médico "ocidentalizado", "branco" e "medicalizante" aos saberes indígenas pautados na cosmologia, em rituais sagrados, no contato com os seres da mata e dos rios, e com as forças da natureza pode se tornar um processo opressor, que afasta e, por vezes, desperta o medo na mulher indígena de cuidar de sua saúde.

Ainda que todos esses problemas sejam de suma importância e relevância dentro da saúde indígena da área Apalai, a questão do surto de doenças diarreicas é o tema escolhido para ser tratado mais à fundo neste trabalho. A diarreia nada mais é do que o sintoma de uma infecção no trato digestivo, que pode ser ocasionada por diversos organismos, como: bactérias, vírus e parasitas. Essa infecção pode ser transmitida por alimentos, água contaminada ou menos de forma viral de pessoa para pessoa. As doenças diarreicas podem durar inúmeros dias e pode deixar o corpo da pessoa em defasagem de água e sais minerais necessários para a sobrevivência. As crianças mal nutridas ou imunodeprimidas são as que apresentam o maior risco de doenças diarreicas potencialmente mortais.

As intervenções destinadas a prevenir as doenças diarreicas são: o acesso a água potável, saneamento básicos e rede de esgoto, higiene feita de forma dedicada ao próprio corpo e aos alimentos que serão ingeridos. A situação da falta de saneamento básico e de uma rede adequada estruturalmente para esgoto é o maior problema a ser resolvido para que essa constância de casos diarreicos seja sanado/diminuído. O hábito de defecar ao ar livre, às margens dos rios, assim como o acúmulo de resíduos sólidos orgânicos e inorgânicos, a falta de água potável e o não uso correto do hipoclorito são as maiores causas para a propagação desse surto.

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

No mundo inteiro, a diarreia acontece principalmente em famílias e comunidades que moram em lugares onde não há saneamento básico com água potável e esgoto; onde não conseguem ter uma boa alimentação por falta de dinheiro ou falta de recursos naturais para plantar, pescar e caçar; e onde não recebem uma boa assistência à saúde, lugares onde não há equipes de saúde, estrutura, materiais e equipamentos para o trabalho de saúde.

As doenças diarreicas são uma das maiores causas de adoecimento e morte, principalmente em crianças abaixo de dois anos e idosos, segundo o Ministério da Saúde. As diarreias são causadas por vários tipos de micro-organismos, como: bactérias, vírus, protozoários e por vermes. Os micróbios (ou micro-organismos) causadores de diarreia são seres vivos muito pequenos, invisíveis para os nossos olhos. Eles habitam o intestino do ser humano e podem viver em todo o ambiente: na terra, na água, nas plantas, em animais e nos objetos que usamos.

A transmissão da diarreia acontece de muitas formas. Nas diarreias causadas por vermes e micróbios, a propagação acontece pela via fecal-oral, quer dizer, a pessoa doente contamina o ambiente com suas fezes e a pessoa saudável leva até a boca o micróbio ou verme causador da doença, sem perceber.

As fezes da pessoa doente podem contaminar a água dos rios, lagoas e poços; a terra, as plantas e a roça; os animais que se alimentam de plantas; o terreno em volta das casas; a rede, colchão, roupas, toalha, lençol e cobertor que a pessoa doente usou. Quando a pessoa doente não lava bem as mãos depois de evacuar, os micróbios das fezes ficam na sua mão e ela pode contaminar qualquer objeto que pegar, como os utensílios de cozinha, incluindo panela, balde, cuia, copos, prato, colher; os acessórios de banheiro, como vaso sanitário, botão de descarga, torneira, maçaneta da porta; toalhas, roupas, ferramentas e brinquedos.

A mulher doente que não lava as mãos depois de evacuar pode transmitir a doença para o bebê quando vai amamentar, porque ela mexe nos seios e no bebê com a mão contaminada. As moscas, abelhas, formigas, baratas, ratos, gatos e cachorros podem passar pelas fezes de uma pessoa doente e depois contaminar alimentos, água armazenada em casa e objetos.

Nas diarreias causadas por vírus, a transmissão acontece também pelo contato direto, isto é, de uma pessoa doente para outra, pela saliva, espirro e tosse. Por isso, os casos de diarreia por vírus aumentam rápido e podem chegar a uma epidemia na comunidade e na Terra Indígena.

E é este o problema mais agravante encontrado, na área Apalai, situada no Parque Tumucumaque - no Norte do Pará. Nesta região a população Apalai e Waiana sofre deste mal, principalmente, pela falta de banheiros ou mesmo foças sépticas. O hábito nesta região é de fazerem suas necessidades fisiológicas às margens dos rios ou mesmo dentro deles.

É importante ressaltar que o rio é o principal meio de sobrevivência deles, uma vez que: bebem daquela água, usam para banho, para lavar objetos, cozinhar e para as demais necessidades que incluem a utilização de água. Sendo assim, para ajudar a diminuir esses casos, é necessário se criar uma ação educativa que abranja toda a comunidade, com a finalidade de conscientização de crianças, jovens, adultos e idosos, sejam eles homens ou mulheres.

Para isso, pensamos em algumas possibilidades de ações que podem funcionar, para a conscientização da gravidade que os costumes atuais potencializam.

- ♦ **Palestras:** levar à comunidade pessoas relacionadas à saúde para enfatizar e explicar todos os males possíveis que esses atos podem trazer à saúde da população moradora daquela região. Para esta ação deverão participar todos os integrantes da equipe de saúde: médico, enfermeiro, AIS, AISAN entre outros. O foco será em toda a comunidade, principalmente, os adultos responsáveis das casas.
- ♦ **Rodas de conversas:** os profissionais das saúdes deverão se dividir para selecionar os representantes da família e ensiná-los a descontaminar, com hipoclorito de sódio, a água que será ingerida ou mesmo usada para

- ♦ as inúmeras finalidades. Essas rodas de conversas devem acontecer com, no máximo, 5 pessoas, para que possam ser sanadas dúvidas e ser prestado um atendimento personalizado, baseado nas especificidades de cada família.
- ♦ **Oficinas de permacultura:** este é um dos métodos que pode ser o principal para irradiação, ou pelo menos, a diminuição das doenças diarreicas. Nestas oficinas, um grupo de profissionais irá ensinar aos indígenas práticas ecológicas e sustentáveis, como por exemplo, o banheiro seco. Além desta técnica ser a mais indicada, ao meio onde habitam, também é um resgate cultural da própria cultura ancestral indígena.
- ♦ **Apoios externos de autoridades da saúde:** contar com um amparo das autoridades municipais e estaduais de saúde, para a conscientização da população, como por exemplo, na doação de hipoclorito de sódio, aquisição de filtros de água. As autoridades dos órgãos públicos encarregados pela área devem ser acionados e convocados a fazerem uma visita na aldeia, para ver de perto, quais são as medidas necessárias e possíveis de se tomar, para o auxílio da comunidade.
- ♦ **Atividades escolares:** desenvolver na escola a conscientização de crianças e jovens, através de experimentos científicos práticos. Mostrar a eles todos os benefícios que podem ser adquiridos, usando de brincadeiras lúdicas, para alcançar esses objetivos. Nesta ação, contaremos com o auxílio total dos educadores, a fim de conseguirem conscientizar as crianças sobre questões que se tornaram corriqueiras e nocivas à saúde.
- ♦ **Divulgação de materiais para campanha:** aquisição de cartazes e folhetos educativos com a Secretaria da Saúde Municipal e Estadual. Toda a comunidade deverá se organizar na divulgação das ações que serão realizadas.
- ♦ **Visitas Domiciliares:** visitas mensais educativa, com auxílio dos líderes locais, com a finalidade de sensibilização sobre a importância da melhoria da qualidade da água, higiene pessoal e dos alimentos e destino adequado de lixos.
- ♦ **Dramatização e contações de histórias:** trabalhar com este assunto em ambiente escolar, estimulando que crianças e adolescentes, após o entendimento da gravidade que alguns padrões causam, possam elaborar suas próprias histórias e, até mesmo, seus textos para a criação de uma peça de teatro. Todas as formas de artes criadas poderão ser apresentadas em um Sarau que será organizado, dentro da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa possibilitou uma melhor compreensão sobre a situação da saúde dos indígenas da área Apalai e os aspectos mais destacáveis dessa população. Conhecemos sobre o modo de vida indígena e as representações sobre o processo saúde/doença que são questões fundamentais para o exercício dos profissionais que atuam na saúde indígena e para a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Diante dessa condição de vida e de saúde dos Apalai e Waiana, torna-se necessário que a Equipe Multiprofissional, em especial da área da saúde e educação, promovam a integração entre o sistema local de saúde e os órgãos públicos. Para isso, é indispensável uma atuação das políticas de recursos humanos para a saúde indígena e capacitação/qualificação de profissionais sobre os povos indígenas, no sentido da sua organização social, política, cultural e, principalmente, no que diz respeito a sua concepção sobre saúde e doença.

Quanto ao DSEI do Amapá e Norte do Pará, este deve intensificar parcerias com os Conselhos Locais e Distrital de Saúde, Secretarias de Saúde e Educação dos municípios sede dos Polos Base e lideranças indígenas, para a elaboração de estratégias de promoção, prevenção e recuperação da saúde indígena com a participação da comunidade local. Sugere-se, portanto, que o DSEI reveja sua estrutura organizacional de modo a favorecer o acompanhamento efetivo das ações de saúde realizadas na atenção básica e nos serviços de referência.

Nosso projeto de ação é estabelecer estratégias de intervenção educativa para serem postas em práticas com a população (de todas as idades), sobre os fatores de riscos, a sintomatologia presente nos indivíduos contaminados, descrevendo suas complicações e prevenções. Reforçamos a ideia de que é de suma importância e indispensável que os órgãos públicos, responsáveis pela saúde indígena estejam, totalmente, disponíveis e a par da gravidade da situação de saúde e de saneamento básico. Sabendo que um dos fatores de risco para as doenças diarreicas é a falta de higiene adequada, muitas vezes a simples lavagem das mãos com água potável, evidencia a necessidade de ações de educação em saúde, que promovam mudanças nos atuais hábitos da comunidade.

De forma geral, depois de serem aplicadas todas as ações definidas, esperamos que ocorram indícios de melhora na qualidade de vida e de saúde da população, mediante a uma maior disponibilidade de informações e, conseqüentemente, com o aumento do conhecimento da comunidade sobre as doenças diarreicas e seus fatores de risco. Tais informações permitirão que os pacientes tenham esclarecimentos e consciência sobre a prevenção e o controle destas doenças.

E por fim, esperamos ainda que ocorra uma conscientização definitiva, na necessidade de mudanças nos estilos de vida, adotando comportamentos saudáveis e cuidados com a higiene pessoal e alimentícia. Além disso, ao passo que as ações forem sendo efetivadas, torcemos para que a redução das complicações da doença, redução de internamento hospitalares, assim como a melhoria da atenção integral aos pacientes.

Acreditamos, também, que através destas intervenções ocorra a redução do número de procura por atendimentos médicos, em virtude das doenças diarreicas na área Apalai. Confiamos que ao resgatarmos a importância de um padrão de vida saudável (ou o mais próximo disso) decorrentes das ações sensibilizantes, que gerem a construção de uma consciência de cuidado entre pacientes, profissionais de saúde e comunidade, em que todos sejam atingidos e beneficiados. Promover mudanças nos padrões construídos e maior efetividade da atenção primária de saúde é o caminho que buscamos encontrar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ♦ BARBOSA, Gabriel Coutinho. BARBOSA, Gabriel Coutinho. Os Aparai e Wayana e suas redes de intercâmbio. São Paulo: USP, 2007.
- ♦ BAVARESCO, A. MENEZES, M. MILLER, R. Projeto Gestão ambiental e territorial indígena, 2014.
- ♦ Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília, 2004.
- ♦ Cartografia DSEI Amapá e norte do Pará, 2017.
- ♦ COUTINHO, Tadeu et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2003.
- ♦ FUNASA/Fundação Nacional de Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: SIASI-Local - Versão 1.0 - Documento base. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Saúde Indígena, 2002.
- ♦ LOPES, Paula Morgado Dias. Os Aparai, os Wayana e seus princípios cosmológicos. In: GALLOIS, Dominique (Org.). Sociedades indígenas e suas fronteiras na região sudeste das Guianas : contribuições etnográficas. São Paulo, 2003.
- ♦ LOPES, Paula Morgado Dias; CAMARGO, Eliane; BARBOSA, Gabriel Coutinho. População Wayana-Aparai nas áreas do Parque Indígena Tumucumaque e Terra Indígena Paru de Leste, São Paulo, 1996.
- ♦ Revista brasileira de saúde materna infantil, Recife, 2002.
- ♦ ROHDE, Luzilena de Sousa Prudêncio Comunidades quilombolas e o direito à saúde: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal / Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde ; orientadora: Marta Verdi. - Florianópolis, 2008.
- ♦ SANTOS, Gersem Luciano dos. Desafios para a execução de uma política pública municipal de educação escolar indígena: dois anos de experiência em São Gabriel da Cachoeira - AM. 2008. In: SILVA, Araci Lopes da e FERREIRA, Mariana Kawall Leal (Orgs.). Antropologia, história e educação: a questão indígena e a escola. São Paulo: Global, 2001.
- ♦ SERRUYA SJ, CECATTI JG, LAGO TDG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública, 2004.
- ♦ SIS Fronteiras; 2010.
- ♦ GOVERNO FEDERAL. Página Inicial. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/control-social/control-social-na-saude-indigena>. Acesso em 27/10/2020.
- ♦ A EXPERIÊNCIA DO PROJETO GATI EM TERRAS INDÍGENAS. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/C2D00034.pdf> Acesso em 27/10/2020.
- ♦ CARACTERIZAÇÃO DO DSEI AMAPÁ. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/28/Caracterizacao-DSEI-Amapa-Chamada-Publica-n-02-2017.pdf> Acesso em 27/10/2020.
- ♦ INSTITUTO DE PESQUISA E FORMAÇÃO INDÍGENA. Disponível em: <https://www.institutoiepe.org.br/area-d-atuacao/povos-indigenas/> Acesso em 27/10/2020.