



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA I / CCBS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UFMA / FIOCRUZ

RÔMULO AUGUSTO SOUSA BÉLICHE

**Vivências e saberes da assistência à saúde no enfrentamento
da pandemia pelo novo coronavírus na população indígena
das etnias Kanela e Guajajara no Estado do Maranhão.**

RÔMULO AUGUSTO SOUSA BÉLICHE

**Vivências e saberes da assistência à saúde no enfrentamento
da pandemia pelo novo coronavírus na população indígena
das etnias Kanela e Guajajara no Estado do Maranhão.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – ProfSaúde, vinculado a Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira

Coorientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo L. Barbosa

Linha de pesquisa: Informação e Saúde

BÉLICHE, Rômulo Augusto Sousa.

Vivências e saberes da assistência à saúde no enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus na população indígena das etnias Kanela e Guajajara no estado do Maranhão / Rômulo Augusto Sousa Béliche. São Luís, 2022.

50 f.

Coorientadora: Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Orientador: Márcio Moysés de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/CCBS, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Atenção a saúde. 2. COVID-19. 3. Povos Indígenas.
I. de Oliveira, Márcio Moysés. II. Barbosa, Maria do Carmo Lacerda. III. Título.

RÔMULO AUGUSTO SOUSA BÉLICHE

Vivências e saberes da assistência à saúde no enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus na população indígena das etnias Kanela e Guajajara no Estado do Maranhão.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão /FIOCRUZ, para obtenção de grau em Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Informação e Saúde

Aprovado em ____/____/____.

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira (orientador)

Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa (coorientadora)

Prof. Dr. Fábio França Silva (Membro externo)

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho (Membro interno)

Profa. Dra. Ivone Lima Santana (Membro interno)

Profa. Dra. Cristiane Fiquene Conti (Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Maranhão, que me abraçou e me capacitou cada dia ao meu exercício de docência.

Ao ProfSaúde, que me oportunizou ser cada dia melhor como profissional e como ser humano.

Ao meu orientador Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira, que soube me conduzir nesse desafio único durante a rotina de trabalho e mestrado.

A coorientadora Profa. Maria do Carmo Lacerda Barbosa por suas palavras motivadoras e norteadoras.

A FIOCRUZ pela oportunidade de acesso a materiais teóricos tão incríveis e numa didática clara, direta e contextualizada.

A Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, que confiou a mim a oportunidade de ajudar na assistência a grupos vulneráveis do nosso estado, a exemplo dos indígenas.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão por ter permitido minha integração a equipe local de saúde indígena para tão nobre missão.

Aos colegas de turma pelo apoio mútuo, persistente e pela motivação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me levado a caminhos que sem sua intercessão eu jamais chegaria.

À minha família, que sempre me apoia em todos os passos e sempre torce por meu sucesso.

Aos amigos que foram motivadores nesta jornada.

RESUMO

A COVID-19 trata-se de uma patologia que pode culminar em uma infecção respiratória aguda potencialmente grave e de distribuição global, sendo a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus. Num momento tão inusitado como este é importante relatar a experiência vivida na assistência aos povos indígenas na tentativa de trazer a discussão sobre as ações de saúde direcionadas a grupos vulneráveis e de como é imprescindível que o profissional conheça a realidade para o qual destina o cuidado. Este estudo teve como objetivo discorrer a respeito da experiência com a população dos indígenas das etnias Kanela e Guajajara sobre a assistência à saúde prestada durante o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus. Trata-se de uma pesquisa narrativa com base documental de vivência referenciada sobre assistência à saúde de grupos vulneráveis do Estado do Maranhão durante todo o mês de junho de 2020 e a quarta semana de fevereiro de 2021. O relato compreendeu uma linha do tempo desde a idealização, planejamento e execução das ações, partindo de um cenário global para o regional, até o desenvolvimento das práticas vivenciadas. Constatou-se que, em um período com limitadas informações sobre esta espantosa patologia, a desinformação, a má informação e as *Fake News* acerca da pandemia formaram um cenário que, aliado a outros determinantes sociais de saúde, foram decisivos na propagação do vírus em inúmeras aldeias. Com 1.268 atendimentos, realização de 986 testes rápidos para detecção de anticorpos para o SARS-COV-2 e, no período da vacinação, aplicação de 174 doses de imunizantes contra a COVID-19, entre outros resultados, a experiência vivida evidenciou a potencialidade das ações educativas e de como é fundamental estarmos atentos sobre as oportunidades de atividade de educação em saúde que vão surgindo no dia-a-dia; também salientou a importância de alimentar corretamente os sistemas de informação com o propósito de geração de dados de apoio decisório que ajudarão na condução das ações de saúde. Conclui-se, portanto, que é imprescindível a criação de políticas públicas de saúde que alcancem os povos com alta vulnerabilidade social, dentre eles os indígenas, sempre levando em conta os determinantes sociais de saúde, como cultura e ambiente, e principalmente ouvindo o que estes povos têm a dizer e seus anseios.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; COVID-19; Povos Indígenas.

ABSTRACT

COVID-19 is a pathology that can culminate in a potentially serious acute respiratory infection of global distribution, being the largest pandemic in recent human history caused by the new coronavirus. In such an unusual moment as this, it is important to report the experience lived in assisting indigenous peoples in an attempt to bring the discussion about health actions aimed at vulnerable groups and how it is essential for professionals to know the reality for which care is intended. This study aimed to discuss the experience with the indigenous population of the Kanela and Guajajara ethnicities about the health care provided during the confrontation of the pandemic caused by the new coronavirus. This is a narrative research based on documentary evidence of referenced experience on health care for vulnerable groups in the State of Maranhão throughout the month of June 2020 and the fourth week of February 2021. The report comprised a timeline from the idealization, planning and execution of actions, starting from a global scenario to a regional one, to the development of the practices experienced. It was found that, in a period with limited information about this amazing pathology, misinformation, bad information and Fake News about the pandemic formed a scenario that, combined with other social determinants of health, were decisive in the spread of the virus in countless countries. villages. With 1,268 consultations, 986 rapid tests were carried out to detect antibodies to SARS-COV-2 and, during the vaccination period, application of 174 doses of immunizations against COVID-19, among other results, the lived experience showed the potential of educational actions and how fundamental it is to be aware of the opportunities for health education activities that arise on a daily basis; also highlighted the importance of correctly feeding information systems with the purpose of generating decision support data that will help in the conduction of health actions. It is concluded, therefore, that it is essential to create public health policies that reach people with high social vulnerability, including indigenous people, always taking into account the social determinants of health, such as culture and environment, and especially listening to what these peoples have to say and their desires.

Key-words: Delivery of Health Care; COVID-19; Indigenous Peoples.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Aldeia Escalvado, etnia Kanela	16
FIGURA 2	Moradia de indígenas Kanelas, Aldeia Escalvado	18
FIGURA 3	Localização do território Cana Brava/Guajajara	19
FIGURA 4	Principais eventos entre Início da Pandemia e chegada nas aldeias	23
FIGURA 5	Reunião técnicos do Polo Base de Barra do Corda	24
FIGURA 6	Unidade Básica de Saúde Indígena Cacique Iraci Amorim Soares	26
FIGURA 7	Atendimento a indígena ao lado de sua moradia	27
FIGURA 8	Deslocamento até a aldeia dos Porquinhos, etnia Kanela	28
FIGURA 9	Indígenas da etnia Kanela tomando café ao amanhecer	29
FIGURA 10	Atendimento na aldeia Escalvado	30
FIGURA 11	Casal de indígenas na aldeia Velha, etnia Kanela, trabalhando o urucum	31
FIGURA 12	Escola Estadual onde ocorreram as ações de saúde na Aldeia Velha	32
FIGURA 13	Conversa com Carlomam, Agente Indígena de Saneamento (AISAN)	32
FIGURA 14	Reunião com equipe técnica do Polo Base de Grajaú	33
FIGURA 15	Vacinação de indígenas contra a COVID-19 na Aldeia Coquinho	34
FIGURA 16	Vacinação de indígenas Guajajaras contra a COVID-19	34
FIGURA 17	Registro do momento em que a Cacique falava sobre a vacinação	37
FIGURA 18	Atendimento a indígena Kanela, Aldeia Porquinhos	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agentes Indígenas de Saneamento
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CASAI	Casa de Apoio a Saúde Indígena
COVID-19	<i>Corona Virus Disease – 19</i> (Doença Causada pelo Coronavírus)
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FESMA	Força Estadual de Saúde do Maranhão
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
MA	Maranhão
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i> (Síndrome Respiratória Aguda Grave)
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3.1	AÇÕES GOVERNAMENTAIS.....	13
3.2	SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI).....	13
3.3	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA (DSEI).....	14
3.4	FORÇA ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO (FESMA).....	15
3.5	INDÍGENAS.....	16
3.5.1	Kanelas.....	16
3.5.2	Guajajaras.....	18
4	OBJETIVOS.....	20
4.1	OBJETIVO GERAL.....	20
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
5	METODOLOGIA.....	20
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	20
5.2	POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO.....	21
5.3	PERÍODO.....	21
5.4	ETAPAS DO PROCESSO.....	21
5.4.1	Maio 2020.....	21
5.4.2	Junho de 2020.....	21
5.4.3	Fevereiro de 2021.....	21
6	MARCO TEÓRICO DA NARRATIVA.....	22
7	DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE VIVENCIADAS...	24
7.1	PRIMEIRA SEMANA DE JUNHO DE 2020 – ATENDIMENTO NAS ALDEIAS PRÓXIMAS A BARRA DO CORDA.....	25
7.2	SEGUNDA E TERCEIRA SEMANAS DE JUNHO DE 2020 – ATENDIMENTO NAS ALDEIAS DE JENIPAPO DOS VIEIRAS E AS OUTRAS ALDEIAS MAIS DISTANTES.....	27
7.3	QUARTA SEMANA DE JUNHO DE 2020 – ATENDIMENTO AS 3 ALDEIAS DOS KANELAS, EM TERRITÓRIO DE FERNANDO FALCÃO E BARRA DO CORDA.....	28

7.4	FEVEREIRO DE 2021 – VISITAS AS ALDEIAS DO MUNICÍPIO DE GRAJAÚ, TERRITÓRIO CANA BRAVA/GUAJAJARAS.....	33
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	35
8.1	UNIVERSO INFORMACIONAL SOBRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA COVID-19.....	35
8.2	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA COVID-19.....	36
8.2.1	Individuais e coletivas.....	36
8.2.2	Governamentais.....	37
8.2.2.1	Orientação e visitas domiciliares.....	37
8.2.2.2	Consultas e Testagens.....	38
8.2.2.3	Imunização.....	39
8.3	CULTURA E CONTAMINAÇÃO NAS ALDEIAS.....	40
8.4	CONHECIMENTO ADQUIRIDO DURANTE O CUIDADO A GRUPOS VULNERÁVEIS NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	42
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS.....	44
	ANEXO 01	49

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de uma patologia que pode culminar em uma infecção respiratória aguda potencialmente grave e de distribuição global, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas por meio de aerossóis e gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

O novo coronavírus (COVID-19) foi se disseminando pelo mundo e alcançando todos os continentes rapidamente (BESSA, 2020), sendo que em fevereiro de 2020 foi notificado no Brasil o primeiro caso e em março identificada a transmissão comunitária da doença, na qual não era mais possível reconhecer o caso inicial de infecção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Conforme Santos *et al.* (2020) a COVID-19, seja sua presença em escala global ou em cada um dos países e regiões, foi um processo interpretado como “fato ou fenômeno social total”. Nela se manifestou um amplo leque de dimensões (economia, religião, legislação, moralidade, estética e ciência), em imbricações altamente complexas. No entanto, em segmentos sociais específicos, observaram-se conformações próprias, é o caso dos povos indígenas no Brasil, uma parcela da população que foi duramente atingida pela pandemia.

O censo de 2010 revelou que 896 mil pessoas se declaravam ou se consideravam indígenas no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Ainda segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano 2020, a população residente em áreas indígenas no Brasil era estimada em 1.108.970 e no Maranhão 42.261 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). Estes povos vivendo em terras indígenas são altamente vulneráveis a COVID-19, uma vez que populações indígenas convivem, em geral, com elevada carga de morbimortalidade, com o acúmulo de comorbidades infecciosas e ligadas a contaminação ambiental, assim como doenças crônicas, aumentando o risco de complicações e mortes pela COVID-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Segundo o *site Deutsche Welle* (2020b) o primeiro paciente indígena brasileiro com a COVID-19 foi diagnosticado no dia 1º de abril no Estado do Amazonas e apresentou-se 35 dias após o primeiro caso positivo ter sido notificado no país. Em junho de 2022 o Boletim Epidemiológico do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, atualizou os dados, desde o início

da pandemia, sobre a situação do coronavírus em indígenas, contabilizando 66.140 casos confirmados nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e destes 916 evoluíram para óbito. Sendo que no DSEI Maranhão foram 1.963 casos confirmados e destes 43 evoluíram para óbito. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

No Estado do Maranhão existem diversas etnias indígenas, dentre elas a Kanela e a Guajajara, população foco desta narrativa, que possuem potenciais desafios para a implementação das medidas preventivas recomendadas em face da COVID-19, tais como: os modos de vida, o convívio e o compartilhamento de utensílios/objetos de uso pessoal, as dificuldades para aplicar as medidas de higienização das mãos e dos objetos, a precariedade do acesso ao saneamento básico e as dificuldades para obtenção de materiais de higiene e limpeza (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022b). Diante disto, torna-se necessário e importante relatar a vivência prestada na assistência à saúde desta população durante a pandemia.

2 JUSTIFICATIVA

Num país com diversos grupos vulneráveis, como os indígenas, e num momento tão inusitado e único como o da pandemia, é importante relatar a experiência vivida na assistência a estes povos, na tentativa de trazer a discussão sobre assistência à saúde prestada a grupos vulneráveis e de como é imprescindível que o profissional conheça a realidade para o qual destina o cuidado, tornando possível a efetivação do planejamento e o direcionamento de ações estratégicas, bem como, a implementação e a avaliação do impacto desses cuidados no contexto dessa população.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pandemia do novo coronavírus está relacionada à síndrome respiratória aguda grave, onde o vírus SARS-COV-2 é o causador da doença chamada COVID-19, que foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, Província de Hubei, China. (ISER *et al.*, 2020).

Em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus, sendo em 16 de janeiro notificada a primeira importação em território japonês e no dia 21 de janeiro os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado. Ao final do mês de janeiro, diversos países já haviam confirmado importações de casos, incluindo Estados Unidos, Canadá e Austrália. (LANA *et al.*, 2020).

Entretanto, neste meio tempo, segundo o *site Deutsche Welle* (2020a), o primeiro óbito por COVID-19 foi de um homem de 61 anos que comprava regularmente alimentos no mercado de Wuhan, China em 11 de janeiro de 2020.

A partir de então a doença rapidamente se disseminou por todos os continentes, teve um aumento exponencial do número de infectados e ocasionou milhares de morte no mundo (ISER *et al.*, 2020). Quando, em 30 de janeiro, a OMS declarou a epidemia uma emergência internacional. (LANA *et al.*, 2020).

No Brasil, em 7 de fevereiro, havia 9 casos em investigação, mas sem registros de casos confirmados (LANA *et al.*, 2020). O Ministério da Saúde somente recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de COVID-19 no dia 26 de fevereiro de 2020. Posteriormente com a conclusão das investigações de óbito suspeitos de COVID-19 realizados pelos estados, foi possível determinar que o primeiro óbito confirmado laboratorialmente por COVID-19 ocorreu no dia 12 de março (e não 17 de março como anteriormente divulgado), numa paciente do sexo feminino, com 57 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020c). Sendo que até 18 de junho de 2022 foram notificados em território nacional 31.693.502 casos de COVID-19 e 669.010 óbitos, e no Estado do MA foram 440.987 casos acumulados e 10.890 óbitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022c).

O primeiro paciente indígena brasileiro com a COVID-19 foi diagnosticado no dia 1º de abril no Estado do Amazonas (DEUTSCHE, 2020b) e a notificação do primeiro óbito por COVID-19 ocorreu na semana epidemiológica 12 (15/03 a 21/03/2020), no Estado do Pará, DSEI Guamá-Tocantins (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020d). Conforme dados divulgados ainda pelo Ministério da Saúde através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no Boletim Epidemiológico de 24 de junho de 2022, em todo o Brasil foram 66.140 casos confirmados de COVID-19 em indígenas assistidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), onde 916 foram a óbito. Segundo o mesmo Boletim, no DSEI-MA foram 1.963 casos confirmados de COVID-19 e 43 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

Como descrito, a pandemia alcançou o Brasil poucas semanas após seu início na China e não tardou a atingir os territórios indígenas. De forma a compreender a importância deste fato e seu impacto na população indígena, antes é importante conhecer as principais ações governamentais para o combate à COVID-19, a estrutura da rede de assistência à saúde dos indígenas em seus territórios, a Força Estadual de Saúde e os indígenas assistidos.

3.1 AÇÕES GOVERNAMENTAIS

Desde os primeiros alertas da disseminação do SARS-COV-2 em território nacional, diversas comunidades e organizações indígenas adotaram estratégias de autoproteção, como o isolamento voluntário, a redução da circulação de pessoas das aldeias para os centros urbanos, a produção e disseminação de materiais educativos e a organização de campanhas para garantir a segurança alimentar das famílias indígenas. (PONTES *et al.*, 2021).

Essas ações foram entendidas como complementares às medidas governamentais, que deveriam garantir o direito à saúde dos povos indígenas, entretanto, a pandemia evidenciou as deficiências do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS) e a sua frágil articulação com os demais níveis de complexidade da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). (PONTES *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, as lideranças e organizações indígenas desenvolveram diversas estratégias para pressionar a União. Dando destaque à formulação do projeto de lei 1.142, que foi apresentado na Câmara dos Deputados em março de 2020 e, após intensa tramitação, sancionado pelo presidente da República, em julho, como a lei 14.021. Apesar das alterações e vetos que sofreu, é um projeto robusto, que estabelece amplo leque de medidas necessárias para o enfrentamento da pandemia, relacionadas, entre outras dimensões, a insumos para prevenção e assistência, proteção territorial, protocolos sanitários e segurança alimentar. (PONTES *et al.*, 2021).

Portanto, a Lei 14.021 de 7 de julho de 2020, dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à COVID-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à COVID-19. (BRASIL, 2020).

Ainda em 2020, primeiro ano da pandemia, houve também outros avanços na luta por melhores condições de saúde para os indígenas, cabe citar a elaboração de protocolos sanitários para entrada de profissionais da saúde em territórios indígenas e a inclusão destes povos como grupo prioritário no Plano Nacional de Imunização da COVID-19. (PONTES *et al.*, 2021).

3.2 SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI)

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde (MS)

responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SASISUS). Sua criação, em 2010, originou-se da necessidade de reformulação da gestão da saúde desta população no país, reivindicada pelos próprios. Assim, a SESAI é uma conquista destes povos e essa população é a única que conta com um subsistema de atenção à saúde dentro do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

3.3 DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA (DSEI)

Para implementar o modelo assistencial adotado no SASISUS, a SESAI executa suas ações por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que se definem como espaços territoriais étnicos, culturais e populacionais dinâmicos. As ações de atenção primária à saúde indígena e de saneamento básico são realizadas nas terras e territórios onde vivem estes povos e são desenvolvidas respeitando os saberes e as práticas tradicionais de saúde, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS. Os territórios sob a responsabilidade de cada DSEI podem abranger mais de um município e/ou Estado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No Brasil, há 34 DSEI divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo assim aos limites dos estados. Sua estrutura de atendimento conta com unidades básicas de saúde indígenas (UBSI), Polos Bases e as Casas de Apoio a Saúde Indígena (CASAI). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022d).

O DSEI-MA atende a uma população que compreende um total de 37.012 indígenas, distribuídos em mais de 600 aldeias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a). Estão localizadas em 20 municípios, todos no Maranhão, com oito Etnias: Guajajara, Gavião, Awá-guajá, Guajá, Urubu-ka'apor, Krikati, Kanela e Timbira, pertencentes aos troncos linguísticos macro-jê e Tupi. O DSEI-MA tem sua sede na cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão e operacionaliza suas ações através de seis Polos Bases com funções técnicas e administrativas que são: Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca, além de três unidades de CASAI localizadas em São Luís e Imperatriz no Maranhão e em Teresina no Piauí (FREITAS, 2017).

As ações de saúde são desenvolvidas em territórios dinâmicos pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por profissionais de saúde, Agentes

Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Faz-se necessário complementar com alguns conceitos importantes, a saber (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017):

- a) a EMSI corresponde a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena em uma área, sob gestão do SASISUS;
- b) os Polos Bases são subdivisões territoriais do DSEI, sendo base para a EMSI organizar técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adscrita;
- c) a CASAI como estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS, para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes, quando necessário;
- d) a UBSI como o estabelecimento de saúde localizado em território indígena, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento realizados pela EMSI.

3.4 FORÇA ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO (FESMA)

Em 2016 o governo do Maranhão criou o “Plano Mais IDH”, e dentro deste, no eixo saúde, o projeto chamado Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA) destinado ao acompanhamento de alguns grupos específicos (como gestantes, diabéticos, hipertensos e hansenianos) em municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O programa foi criado por meio do Decreto nº 30.616, de 02 de janeiro de 2015, com alteração para o Decreto nº 31.891, de 21 de julho de 2016. (SECRETARIA DE ESTADO EXTRAORDINÁRIA DE ARTICULAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO MARANHÃO, 2017).

Diante do fato da COVID-19 ter chegado aos territórios indígenas do Estado do Maranhão, fez-se necessário o apoio do Governo Estadual nas ações de assistência à saúde, por meio da cooperação da Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA), havendo redirecionassem dos focos do projeto às ações de combate ao novo coronavírus, incluindo na assistência os grupos vulneráveis, como quilombolas e indígenas do estado.

3.5 INDÍGENAS

Como já mencionado, os indígenas relatados aqui serão os da Etnia Kanela localizados nas aldeias Escalvados, Porquinhos e Aldeia Velha, e os da Etnia Guajajara em várias aldeias do Território Cana Brava/Guajajara.

3.5.1 Kanelas

Crocker (2021), no *site* “Povos Indígenas no Brasil”, traz as seguintes informações: Kanela é o nome pelo qual ficaram conhecidos dois grupos Timbira: os *Ramkokamekrá* e os *Apanyekrá*. Ambos são pautados pelo mesmo repertório cultural.

Ramkokamekrá significa “índios do arvoredo de almécega”. As principais aldeias são a Escalvado (figura 1) e a Aldeia Velha, situadas no território Indígena Kanela que hoje encontra-se homologado e registrado como território indígena. Até recentemente essas terras ficavam no município de Barra do Corda, mas agora localizam-se no município de Fernando Falcão. É provável que o nome Kanela, em relação a estes indígenas, seja uma referência ao fato deles serem visivelmente mais altos, com suas longas pernas quando comparados pela população regional a seus vizinhos Guajaras. (CROCKER, 2021).

Figura 1 – Aldeia Escalvado, etnia Kanela. Fernando Falcão/MA, 2021.



Fonte: Google Maps, 2021.

Ainda conforme Crocker (2021) *Apanyekrá* significa “o povo indígena da piranha” e também são conhecidos por *Apanyekrá-Canela*. A aldeia principal é a Porquinhos e encontra-se a cerca de 80 Km a sudoeste do município de Barra do Corda e 45 Km a oeste da aldeia

Ramkokamekrá de Escalvado. No que diz respeito aos *Apanyekrá*, a regularização da Terra Indígena Porquinhos, onde se encontra a aldeia de mesmo nome, aconteceu no começo da década de 1980.

Os Kanelas de um modo geral falam a língua da família Jê, no tronco Macro-Jê. Muitos deles conseguem se expressar em português, mesmo que não o falem corretamente. Os *Ramkokamekrá* têm maior domínio dessa língua do que os *Apanyekrá*. Entre aqueles, geralmente os homens falam melhor o português do que as mulheres, por contarem com mais experiências urbanas e por praticarem o comércio. (CROCKER, 2021).

Em relação aos serviços de saúde, há uma UBSI e EMSI dentro da aldeia Porquinhos que faz o atendimento daqueles indígenas, e uma UBSI e EMSI na aldeia Escalvado, há cerca de 800m do círculo central da aldeia, que faz a cobertura desta e da Aldeia Velha, distante alguns poucos quilômetros dali. Nestas UBSIs são realizados os atendimentos em nível primário, armazenados os medicamentos mais utilizados e os prontuários dos pacientes. Nos prontuários são registrados os históricos das doenças como hipertensão, diabetes, entre outras. Estas UBSIs possuem alojamento em anexo, onde os profissionais da EMSI podem descansar e ter relativo conforto durante sua permanência no território indígena. Uma característica da rotina de trabalho desses profissionais é que muitas vezes são procurados para fazer atendimentos sem “horário determinado” (durante o almoço e de madrugada, por exemplo).

Durante esta semana com os indígenas Kanelas, alguns dados foram coletados com as EMSIs referentes às populações residentes em cada uma das três aldeias Kanelas. Em junho de 2020, na aldeia Escalvado viviam cerca de 2.221 indígenas (592 famílias), em Porquinhos viviam 843 indígenas (342 famílias) e na aldeia Velha viviam 122 indígenas (31 famílias). Estes dados são resultado do processo de territorialização feito pelas duas EMSIs que acompanhavam estas populações naquele período.

Crocker (2021) ainda traz as seguintes informações sobre a etnia Kanela:

- a) eles moram em casas de palha de palmeira ou pau-a-pique (Figura 2), ao estilo sertanejo, construídas em torno de um grande caminho circular com aproximadamente 300 metros de diâmetro, incluídos os pequenos quintais atrás de cada casa (Figuras 1 e 2);
- b) uma praça com aproximadamente 75 metros de diâmetro fica no centro, e, como raios da circunferência, saem caminhos do pátio central para cada casa (Figura 1);

- c) um primeiro casamento acontece quando a menina tem em torno de 11 a 13 anos e entrega sua virgindade ao homem de quem ela gosta, no entanto, ela não está definitivamente casada enquanto não engravidar e dar à luz uma criança.

Figura 2 – Moradia de indígenas Kanelas, Aldeia Escalvado. Fernando Falcão/MA, 2020.



Fonte: O autor, 2020.

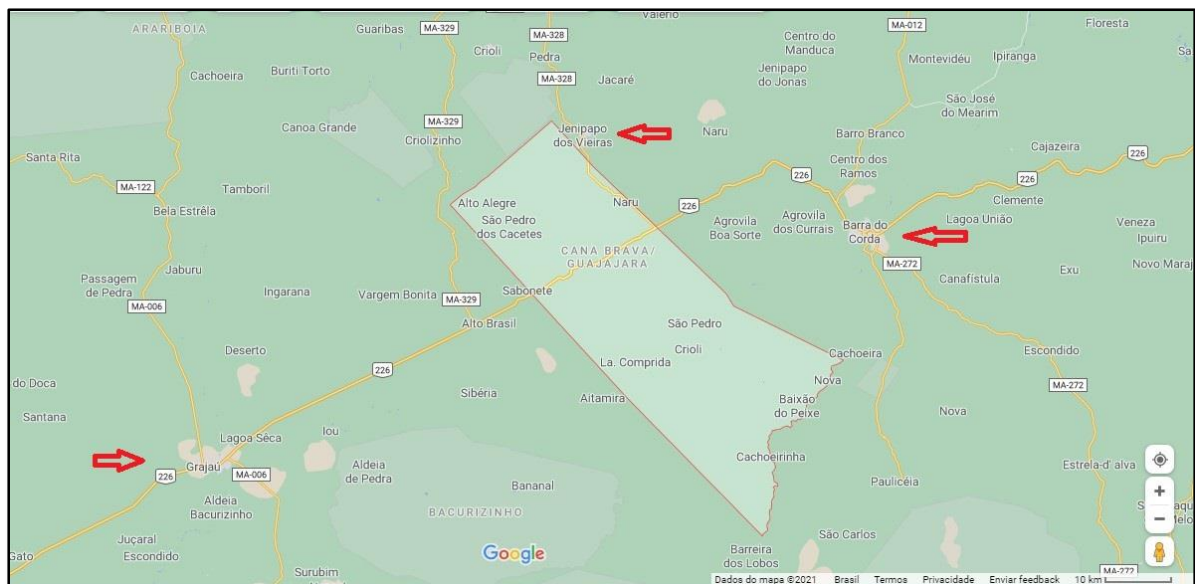
3.5.2 Guajajaras

Os Guajajaras são um dos povos indígenas mais numerosos do Brasil, habitam mais de 10 Terras Indígenas, todas situadas no Maranhão e localizadas nas regiões dos rios Pindaré, Grajaú, Mearim e Zutúua. A principal atividade de subsistência é a lavoura, sendo comum o plantio de mandioca, macaxeira, milho, arroz, abóbora, entre outros. Na estação seca, de maio a novembro, são realizadas a broca, derrubada, queimada, coivara e limpeza, enquanto de novembro a fevereiro se faz o plantio e as capinas. A pesca é mais praticada pelas aldeias ribeirinhas. Estes povos costumam pescar cerca de 36 espécies diferentes, sendo o cará, o cascudo, a lampreia, o mandi e a traíra as mais comuns. (SCHRÖDER, 2021).

Conforme Schröder (2021) explica a língua Guajajara pertence à família tupi-guarani. Nas aldeias ela é a principal língua, enquanto o português tem a função de língua franca, que é entendida pela maioria. O número exato dos Guajajaras é desconhecido, pois as estatísticas da FUNAI são incompletas, ignorando várias aldeias. Outro fator a ser considerado é que muitos destes vivem nas zonas urbanas de cidades próximas a seus territórios, como Barra do Corda e Grajaú. A quantidade de aldeias também não é exata.

Na Figura 3 vemos o território Cana Brava/Guajajara onde ocorreu a maior parte dos atendimentos descritos neste relato. No período de junho de 2020 foram visitadas cerca de 30 aldeias Guajajaras, porém foram atendidos indígenas de aproximadamente 67 aldeias desta etnia, tendo em vista que a equipe de trabalho se fixava nas maiores e os indígenas residentes nas menores e mais próximas vinham até o local de atendimento. O anexo 1 demonstra as aldeias cobertas, bem como a quantidade de atendimentos e testes rápidos realizados durante este período para detecção de anticorpos para o SARS-COV-2. Também foi ainda neste território que na quarta semana de fevereiro de 2021 ocorreram em 32 aldeias as ações de imunização contra COVID-19.

Figura 3 - Localização do território Cana Brava/Guajajara e a proximidade aos municípios de Grajaú, Jenipapo dos Vieiras e Barra do Corda. Maranhão, 2021.



Fonte: Google Maps, 2021.

A presença dos indígenas Guajajaras no território Cana Brava/Guajajara é registrada desde os meados do século XIX, quando por aquela região passaram os primeiros viajantes não indígenas e exploradores de essências vegetais. Quando Melo Uchôa, fundador de Barra do Corda, chegou na região em 1839, já encontrou na região os indígenas Guajajaras (CARVALHO, 1987). Freitas (2017) salienta que a BR-226 passa dentro deste território que tem cerca de 137.329 há de área.

As aldeias Guajajaras geralmente localizam-se à beira de rios ou perto de lagoas na mata e muitas vezes na proximidade de estradas para vender o artesanato, por exemplo. Cada aldeia tem seu próprio cacique ou líder. Alguns caciques tentam estender sua influência às aldeias

vizinhas, mas sua autoridade é muito instável nesses casos e pode ser contestada a qualquer instante pelos concorrentes da própria aldeia. (SCHRÖDER, 2021).

Em relação aos serviços de saúde, há algumas UBSIs distribuídas pelo território que fazem o acompanhamento dos indígenas Guajajaras. Um exemplo é a UBSI Cacique Iraci Amorim Soares que faz a cobertura de várias aldeias naquele território. Algumas aldeias são cobertas por UBS comum, como por exemplo várias aldeias do município de Grajaú que estão dentro do território indígena, porém são atendidas pela UBS do Povoado Alto Brasil. Nestas UBSIs são realizados os atendimentos em nível primário, armazenados os medicamentos mais utilizados e os prontuários dos pacientes. Nos prontuários são registrados os históricos das doenças, entre outras informações relevantes. Estas UBSIs possuem alojamento em anexo, onde os profissionais da EMSI podem descansar e ter relativo conforto durante sua permanência no território indígena.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência com a população dos indígenas das etnias Kanela e Guajajara sobre a assistência à saúde dada para o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dimensionar o universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes acessadas pelos indígenas;
- Identificar as estratégias utilizadas para a prevenção e controle da COVID-19 na população indígena;
- Caracterizar os comportamentos culturais que foram decisivos na disseminação ou não da doença;
- Compreender o impacto do conhecimento adquirido durante o cuidado a grupos vulneráveis no contexto das práticas de enfermagem.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho trata-se de um uma pesquisa narrativa com base documental de vivência referenciada sobre assistência à saúde de grupos vulneráveis.

5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

O universo do relato compreende os indígenas do Estado do Maranhão da etnia Kanela que vivem nas aldeias Velha, Porquinhos e Escalvado, no município de Fernando Falcão e Barra do Corda (CROCKER, 2021) e os da etnia Guajajara, em inúmeras aldeias localizadas e distribuídas no território indígena Cana Brava/Gujajara, que fica compreendido nas proximidades dos municípios de Jenipapo dos Vieiras, Barra do Corda, Itaipava do Grajau e Grajaú (FREITAS, 2017).

5.3 PERÍODO

A assistência à saúde aos indígenas das etnias Kanela e Guajajara ocorreu durante todo o mês de junho/2020 e a quarta semana de fevereiro/2021, compreendendo distintos momentos da pandemia pelo coronavírus.

5.4 ETAPAS DO PROCESSO

5.4.1 Maio 2020

- Solicitação de apoio nas ações de saúde do DSEI-MA ao Governo Estadual;
- Acordo de cooperação entre Governo do Estado/ DSEI-MA;
- Formação das equipes da FESMA;
- Planejamento estratégico das ações.

5.4.2 Junho de 2020

- Distribuição das equipes nos territórios indígenas;
- Reunião com Equipe Técnica da Saúde Indígena nos Polos Bases de cada região;
- Reunião com as equipes de saúde indígena locais para maiores orientações;
- Execução das estratégias do planejamento em saúde.

5.4.3 Fevereiro de 2021

- Redistribuição das equipes da FESMA nos territórios indígenas pelo estado;
- Reunião com equipe técnica do Polo Base de Grajaú para reconhecimento da realidade local e atualização sobre situação vacinal local;
- Elaboração das estratégias de saúde voltadas a imunização contra a COVID-19.

6 MARCO TEÓRICO DA NARRATIVA

Após a identificação do vírus SARS-COV-2 em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 30 de janeiro de 2020 que a epidemia da COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e em 11 de março de 2020, uma pandemia. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O novo coronavírus foi se espalhando e alcançando os cinco continentes rapidamente (BESSA, 2020), sendo que nos países europeus, em janeiro de 2020, já era possível ver o início da tragédia que se anunciava, onde países como Itália e Espanha já apresentavam vários casos de infecção grave em tão poucas semanas desde a chegada do vírus, o que sobrecarregou o sistema de saúde, resultando em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) lotadas e adoção de políticas públicas como *lockdown* em várias cidades destes países. (CORONAVÍRUS, 2020).

Muito embora o quadro pandêmico estivesse bem consolidado nos países europeus, o coronavírus só foi identificado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 (MALTA *et al.*, 2020). Conforme a nota técnica de nº 25/2020 do Ministério da Saúde (MS), a seguinte linha do tempo a respeito da COVID-19 foi traçada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b):

- a) trinta de janeiro de 2020 - a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou Emergência Sanitária Global;
- b) três de fevereiro de 2020 - o Ministério da Saúde do Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional;
- c) onze de março de 2020 - a OMS declarou pandemia da infecção;
- d) vinte de março de 2020 – o Ministério da Saúde do Brasil decreta estado de calamidade pública e declara o estado de transmissão comunitária em todo território nacional brasileiro. Importante recordar que a transmissão comunitária é uma modalidade de circulação do vírus na qual as autoridades de saúde não conseguem mais rastrear o primeiro paciente que originou as cadeias de infecção.

Saindo do contexto nacional para o regional, em acordo com o Estudo Sorológico de Infecção por COVID-19 no Maranhão, o primeiro caso notificado no estado foi em São Luís, no dia 19 de março de 2020 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2020). Uma vez que o vírus chegou ao Maranhão, rapidamente se espalhou pelo interior do estado, o que trouxe preocupação ao governo local, que redirecionou o foco da Força Estadual para as ações de combate ao coronavírus, incluindo os grupos vulneráveis, como quilombolas

e indígenas do estado.

Vale ressaltar que as populações indígenas convivem, em geral, com elevada carga de morbimortalidade, associadas a doenças infecciosas, a contaminação ambiental e a doenças crônicas. As doenças infecciosas nesses grupos tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte da população devido ao modo de vida coletivo e as dificuldades de implementação das medidas não farmacológicas, além de sua disposição geográfica, sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar cuidados de saúde, podendo levar até mais de um dia para chegar a um serviço de atenção especializada a saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Em maio de 2020, a coordenação do DSEI do nosso estado enviou ofício a Secretária Adjunta de Atenção Primária e Vigilância em Saúde solicitando profissionais de saúde da FESMA para dar suporte em ações nos territórios indígenas pelo estado. A Secretaria Adjunta, ao compreender a situação e contexto pandêmicos, garantiu o envio de profissionais da Força Estadual de Saúde para estas áreas com o objetivo de cooperar com ações de assistência e promoção da saúde aos povos indígenas. A mesma solicitação ocorreu em outros momentos durante este período de pandemia, inclusive no final de janeiro de 2021, o que resultou no retorno destes profissionais as aldeias dos Guajajaras para suporte na imunização contra a COVID-19. De forma a fornecer um resumo da linha do tempo do Marco Teórico desta narrativa, ela segue sistematizada em ilustração conforme a figura 4:

Figura 4 – Principais eventos entre Início da Pandemia e chegada nas aldeias.



Fonte: O autor, 2021.

A cooperação consistiu em equipes de profissionais técnicos seguirem a estas localidades de populações vulneráveis para prestação de atendimento, testagem e posteriormente imunização contra a COVID-19, sempre se somando as ações já realizadas pelas equipes locais de saúde indígena. Mediante este apoio do estado e da minha função como enfermeiro da FESMA, participei como membro de uma destas equipes, sendo deslocado para prestar assistência aos indígenas da etnia Kanela e Guajajara durante todo o mês de junho de 2020 e a quarta semana do mês de fevereiro de 2021, ou seja, em períodos bem diferentes da pandemia.

7 DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE VIVENCIADAS

Em maio de 2020 o governo do estado ofertou equipes com profissionais da área da saúde (motorista, médico e enfermeiro) como forma de cooperação às ações de assistência à saúde indígena em resposta a um pedido do DSEI-MA, na tentativa de somar esforços as equipes locais de saúde indígena, fortalecendo assim a assistência nestes territórios.

O planejamento entre estado e DSEI-MA para o mês de junho de 2020 consistiu em dois principais focos de ação: a) testagem para detecção de anticorpos para o SARS-COV-2; b) atendimento a indígenas com sinais/sintomas da COVID-19. Para a quarta semana de fevereiro de 2021 consistiu em um único objetivo: apoio na imunização dos indígenas contra o novo coronavírus.

Figura 5 – Reunião com técnicos do Polo Base de Barra do Corda. Maranhão, junho de 2020.



Fonte: O autor, 2020.

Várias equipes foram formadas e cada equipe enviada a diferentes territórios no estado, onde minha equipe e eu seguimos destinados a região de Barra do Corda. O primeiro contato com os técnicos da saúde indígena se deu no Polo Base de Barra do Corda no início de junho de 2020, onde a equipe estadual foi apresentada aos profissionais da equipe de saúde indígena e receberam as orientações técnicas sobre como proceder em território indígena, bem como práticas de segurança e demais orientações técnicas essenciais ao contexto daquele período de pandemia. Durante este momento, também foram organizados os insumos a serem levados, desde medicamentos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), alimentos, água, impressos, testes rápidos para detecção de anticorpos entre outros.

A equipe da FESMA buscou operacionalizar o cronograma realizado em conjunto com as equipes do Polo Base, visando suprir as necessidades locais, especialmente com foco nos territórios que mais necessitavam de atenção. O cronograma de trabalho de junho 2020 foi planejado em acordo com a proximidade e localização entre as aldeias e os centros urbanos mais próximos e conforme maior necessidade de assistência, de maneira que nas três primeiras semanas foram visitadas as aldeias dos Guajajaras e na quarta semana foram as três aldeias dos Kanelas. Entretanto, em 2021 o cronograma foi formulado apenas para a quarta semana de fevereiro e consistia em visitar as aldeias pertencentes a área do município de Grajaú, porém dentro do território Cana Brava/Guajajara, para ofertar a imunização contra a COVID-19 a diversas aldeias Guajajaras com baixa cobertura vacinal. A seguir, a descrição das semanas de trabalho.

7.1 PRIMEIRA SEMANA DE JUNHO DE 2020 – ATENDIMENTO NAS ALDEIAS PRÓXIMAS A BARRA DO CORDA.

A princípio nossa equipe se alojou na zona urbana de Barra do Corda, por ser mais próxima das aldeias a serem visitadas. Conforme o estabelecido no planejamento estratégico de saúde e seguindo o cronograma definido, nos encontramos na Unidade Básica de Saúde Indígena Cacique Iraci Amorim (Figura 6), já em território indígena, próximo a Barra do Corda, cerca de 30 minutos de carro e com fácil acesso.

O local era uma Unidade Básica de Saúde Indígena e alojamento juntos, ou seja, serviu como ponto de apoio para os profissionais da saúde indígena, uma vez que se alojaram lá. Havia consultórios, farmácia, cozinha, quartos e banheiros separados por sexo, *wi-fi* e caminhonete a disposição com motorista que prestou apoio em situações de necessidade.

Figura 6 – UBSI Cacique Iraci Amorim Soares. Barra do Corda/MA, 2020.



Fonte: O autor, 2020.

Todos os dias de lá partimos para as aldeias daquela região, no território Cana Brava/Guajajara, saindo antes das 08h00min da manhã da UBSI e retornando às 17h00min, de segunda a sexta-feira e sempre acompanhado dos técnicos da saúde indígena, pois estes possuíam vínculo com as comunidades e, portanto, facilitaram a execução e aceitação das ações de saúde realizadas que aconteceram através de visitas as aldeias escolhidas previamente de acordo com o perfil epidemiológico.

Ao chegarmos nas aldeias, houve uma triagem previamente feita pelos profissionais locais da EMSI, os quais elegeram os pacientes que haviam tido sinais/sintomas sugestivos da COVID-19 há oito ou mais dias para realização da testagem e os indígenas com sinais/sintomas atuais que precisaram de atendimento naquele momento.

Testes rápidos, com resultados em alguns minutos, foram realizados para detecção de anticorpos IgM/IgG para SARS-COV-2, os mesmos foram notificados à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e logo em seguida cada indígena passou por atendimento médico e/ou de enfermagem, a depender de cada caso. Conforme prescrição médica houve dispensação de medicamentos (antibióticos, xarope, antitérmicos entre outros) e distribuição de máscaras.

Em muitos momentos durante estes atendimentos, atividades educativas sobre a pandemia da COVID-19, medidas preventivas e/ou uso correto das medicações foram feitas com as comunidades indígenas locais. O centro das ações foram: a) triagens de pacientes

suspeitos para a COVID-19; b) testagem; c) busca ativa de contatos de casos positivos; e d) visitas domiciliares a pacientes com sinais/sintomas sugestivos da COVID-19, mediante necessidade e sempre do lado de fora das casas, devido melhor circulação de ar (Figura 7).

Figura 7 – Atendimento a indígena ao lado de sua moradia, em Território Cana Brava/Guajajara. Maranhão, 2020.



Fonte: O autor, 2020.

Com o passar dos dias, notou-se um padrão de que quanto mais próximas das zonas urbanas as aldeias dos Guajajaras estavam, mais testes reagentes foram encontrados, o que possivelmente poderia ser pela constante movimentação dos indígenas entre aldeias e centros urbanos, podendo ter como uma das causas a liberação do auxílio emergencial do governo federal, que na época gerou momentos de grandes aglomerações em agências bancárias nos centros urbanos e possivelmente a contaminação de muitos indígenas que até lá foram buscar seus benefícios e retornaram as aldeias.

Os atendimentos se deram de forma compartilhada, no intuito de proporcionar um olhar mais ampliado acerca do processo saúde-doença e do arranjo familiar, buscando melhorar cada vez mais a qualidade dos serviços prestados. Nas aldeias dos Guajajaras, por serem mais próximas das zonas urbanas de Barra do Corda, Jenipapo dos Vieiras e das demais unidades de apoio, foi possível ir em várias aldeias todos os dias.

7.2 SEGUNDA E TERCEIRA SEMANAS DE JUNHO DE 2020 – ATENDIMENTO NAS ALDEIAS DE JENIPAPO DOS VIEIRAS E AS OUTRAS ALDEIAS MAIS DISTANTES.

Conforme já expresseo, a visitação seguiu os mesmos padrões da semana anterior, com foco na testagem, assistência a pacientes com sinais/sintomas da COVID-19, e ações educativas que foram realizadas em momentos mais tranquilos quando os indígenas estavam sentados aguardando o atendimento, por exemplo.

7.3 QUARTA SEMANA DE JUNHO DE 2020 – ATENDIMENTO AS 3 ALDEIAS DOS KANELAS, EM TERRITÓRIO DE FERNANDO FALCÃO E BARRA DO CORDA.

Nas aldeias Porquinhos e Escalvado havia uma equipe multidisciplinar e uma UBSI que fizeram o acompanhamento dos indígenas. Na aldeia Velha não havia unidade de saúde, porém a população era coberta pela UBSI de Escalvados que ficava há poucos quilômetros de distância e com fácil acesso por estrada de piçarra. Cada equipe multidisciplinar das duas aldeias foi composta naquele momento por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, um profissional da medicina e um Agente Indígena de Saúde (AIS), e eles fizeram o acompanhamento daqueles indígenas durante seu período de trabalho, que consistiu em 20 dias na aldeia e 10 dias de folga.

As ações se iniciaram pela Aldeia Porquinhos, onde foi necessário ir um dia antes do começo dos atendimentos e dormir lá, pois além de distante, o acesso era ruim. Tal aldeia se encontrava a quase 90 km de distância de Barra do Corda (bem mais dos 80 km esperados por nossa equipe), com vários trechos de um terreno bastante arenoso (Figura 8), levando 4 horas para percorrer tal distância e como havíamos saído às 16h30min de Barra do Corda, chegamos perto das 21h00min na aldeia.

Figura 8 – Deslocamento até a aldeia Porquinhos, etnia Kanela. Fernando Falcão/MA, 2020.



Fonte: O autor, 2020.

No caminho, além do terreno irregular e de mata que fechava por vezes a estrada, foi necessária a presença de um guia que conhecia o caminho, pois havia várias bifurcações. Ao chegarmos lá, fomos direto pra UBSI na própria aldeia. Neste local, anexado a UBSI ficava um alojamento, com dois quartos, dois banheiros, uma sala de estar e uma cozinha, onde os profissionais ficaram alojados durante seu período de trabalho. O local era bem confortável, com televisão, geladeira, internet e *wi-fi* disponíveis. Após o jantar naquele dia, todos fomos conversar um pouco sobre como seria o processo de trabalho do dia seguinte para em seguida deitar.

Na manhã seguinte, já no dia da ação na Aldeia Porquinhos, acordei às 06h00min e ao sair do alojamento, do lado de fora vi nas proximidades do local uma família indígena tomando café e conversando em português, mesmo sem haver um não indígena por perto (Figura 9). Notando a tranquilidade daquele momento, me perguntei como aquelas pessoas compreendiam o que estava se passando no mundo fora da aldeia, onde Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de vários hospitais estavam lotadas e grandes centros urbanos com *lockdown* decretado.

Figura 9 – Indígenas da etnia Kanela tomando café ao amanhecer na Aldeia Porquinhos. Fernando Falcão/MA, junho de 2020.



Fonte: O autor, 2020.

Durante aquele dia, o processo de trabalho consistiu em nos juntarmos a EMSI e formarmos uma única equipe para prestação de apoio nas ações de saúde. A princípio

começamos com a realização de testes rápidos para detecção de anticorpos IgM e IgG. Importante lembrar que os indígenas já haviam passado por uma pré-triagem feita pela EMSI nos dias anteriores, de maneira que já conhecíamos o público a ser testado para COVID-19. Na prática, os idosos e as mulheres foram a grande maioria (Figura 10).

Figura 10 – Atendimento na aldeia Escalvado. Fernando Falcão/MA, 2020.



Fonte: O autor, 2020.

Após as testagens, alguns profissionais da equipe (médico, enfermeiro) fizeram visitas domiciliares a alguns indígenas que necessitaram muito e não tiveram como ir até o local de atendimento. A visita sempre aconteceu fora das casas, ao ar livre, onde havia maior circulação de ar e com todos os cuidados possíveis para não levar/trazer contaminação. Em cada visita, o indígena foi avaliado e, conforme cada caso, medicado. As orientações sobre isolamento e medidas de prevenção foram todas repassadas durante o atendimento, na testagem e bem como em atendimento domiciliar, e muitas vezes os AIS e caciques locais ajudaram na comunicação, o que facilitou a compreensão daqueles que pouco entendiam a nossa língua. No final do dia seguimos para a sede de Fernando Falcão, onde passamos a noite.

No dia seguinte, seguimos rumo a aldeia dos Escalvados e aldeia Velha próximas entre si. Estive pela manhã na aldeia Velha, e antes de iniciar os atendimentos, fiz uma pausa na casa de um casal de indígenas que estavam trabalhando com o urucum, e tive a oportunidade de conversar com um sr. Indígena sobre sua cultura e trabalho (Figura 11).

Figura 11 – Casal de indígenas na aldeia Velha, etnia Kanela, trabalhando o urucum. Fernando Falcão/MA, 2020.



Fonte: O autor, 2020. Divulgação de imagem autorizada pelos indígenas.

Este senhor indígena me explicou com um português muito limitado sobre o seu trabalho e cotidiano. Sua companheira nenhuma atenção me deu, pois estava focada no trabalho com o urucum, fruto da região. Talvez nem falasse português ou entendesse minhas palavras. Pude perceber também durante a conversa informal que a compreensão dele sobre a pandemia era superficial, se limitando ao que ouvia dos outros ou era repassado pelos “parentes”, como chamam entre si os indígenas da região.

Durante o atendimento, que ocorreu na Escola Estadual E.I. Amidipê na aldeia (Figura 12), conversei com o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) da Aldeia Velha (Figura 13), e o mesmo me relatou que achava que o novo coronavírus poderia ter chegado na aldeia possivelmente através dos visitantes que chegaram de fora para comercializar algo, ou levar serviços, e também trazido pelos “parentes” que tiveram que ir até a cidade resolver algo e entraram em contato com o vírus, a exemplo de muitos que foram buscar o Auxílio Emergencial do Governo Federal.

Figura 12 – Escola Estadual onde ocorreram as ações de saúde na Aldeia Velha.



Fonte: O autor, 2020.

Figura 13 – Conversa com Carlomam Canela, Agente Indígena de Saneamento (AISAN).



Fonte: O autor, 2020. Divulgação de imagem autorizada pelo indígena.

Cenário semelhante ao que o AISAN relatou também é encontrado no *site* Instituto Socioambiental (OVIEDO *et al.*, 2020), notícia de 13 de julho de 2020, onde ele publicou a matéria de que muitos indígenas haviam se deslocado até as cidades para buscar o auxílio de R\$ 600,00 e comprar alimentos e na volta para suas aldeias teriam levado consigo o vírus, contaminando assim os mais velhos.

Ao terminar as ações pela manhã na aldeia Velha, me desloquei para a aldeia Escalvado, maior aldeia dos Kanelas, onde o processo de trabalho se deu de forma semelhante as demais aldeias, seguindo o mesmo padrão de atendimento e ações ofertadas.

Nas três aldeias, as duas EMSIs trabalharam com ações de promoção e prevenção de agravos, além da assistencial. Porém na pandemia, muitas destas foram reduzidas, priorizando àquelas voltadas a COVID-19. Nas três aldeias Kanelas tive a oportunidade de estar e prestar assistência, tendo o coronavírus alcançado as localidades, mesmo tão distantes.

7.4 FEVEREIRO DE 2021 – VISITAS AS ALDEIAS DO MUNICÍPIO DE GRAJAÚ, TERRITÓRIO CANA BRAVA/GUAJAJARAS.

O objetivo do apoio foi diretamente voltado a vacinação dos indígenas Guajajaras de várias aldeias deste território durante a quarta semana de fevereiro. E antes de iniciarmos os trabalhos, também tivemos reunião com os técnicos do Polo Base de Grajaú (Figura 14), semelhantemente como ocorrido em Barra do Corda no ano anterior.

Figura 14 - Reunião com equipe técnica do Polo Base de Grajaú. Maranhão, fevereiro de 2021.



Fonte: O autor, 2021.

Estas aldeias tinham como referência uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Grajaú, que ficava próxima ao território, no povoado chamado Alto Brasil, ou seja, uma UBS “comum” e não uma UBSI. Nosso processo de trabalho foi organizado para sairmos pontualmente às 08h00min desta UBS. O alojamento dos profissionais da saúde indígena ficava cerca de 300 m desta UBS, era uma casa alugada para tal função, com *internet*, cozinha, uma sala, um banheiro e um quarto.

Os profissionais envolvidos na vacinação compreenderam: um motorista, três Agentes Indígena de Saúde (AISs), uma técnica de enfermagem e um enfermeiro, todos da saúde

indígena, e um motorista e eu, enfermeiro, do Governo Estadual. Os demais profissionais da EMSI, como médico e dentista, mantiveram seu cronograma de atendimento rotineiro.

A EMSI já havia mapeado as aldeias com baixa cobertura vacinal, portanto, iniciamos a busca ativa desses indígenas, casa a casa, aldeia a aldeia. A vacina usada foi a Coronavac, do Instituto Butantan, apresentação com uma dose por frasco, o que ajudou no trabalho.

No primeiro dia a estratégia usada foi fixar uma base de vacinação numa escola dentro de uma aldeia indígena bem central e os AISs foram convocando os “parentes”, que compareceram e foram vacinados, totalizando 60 indígenas com a primeira dose nesse momento inicial. Nos demais dias, a estratégia consistiu em ir nas aldeias, e de casa em casa fomos conversando, escutando as dúvidas e orientado quanto a vacinação. E conforme a aceitação foi acontecendo, a vacinação prosseguiu (Figuras 15 e 16), principalmente porque as lideranças locais apoiaram a campanha de vacinação.

Figura 15 - Vacinação de indígenas contra a COVID-19 na Aldeia Coquinho, etnia Guajajara. Maranhão, 2021.



Fonte: O autor, 2021.

Figura 16 - Vacinação de indígenas Guajaras contra a COVID-19. Grajaú/MA, 2021.



Fonte: O autor, 2021.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez feito o relato das experiências sobre a assistência à saúde dada para o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus na população dos indígenas da etnia Kanela e Guajajara, salientamos os seguintes pontos positivos para a realização das ações: insumos e medicamentos ofertados de forma suficiente; construção coletiva do processo de trabalho; disponibilização adequada de recursos humanos; e boa receptividade pela população das aldeias.

Assim como podemos citar os referidos pontos negativos: acesso ruim a muitas comunidades; muitas aldeias com localização em regiões que exigem complexa logística de atenção e em locais que oferecem precárias condições de saneamento básico, sem nenhuma fonte de água potável próxima ou descarte adequado de excrementos humanos; divergência cultural; falta de recursos para tratamento de casos mais complicados da COVID-19; hesitação vacinal e *Fake News*.

De forma a compreendermos melhor os resultados destas vivências, estratificamos nos parâmetros a seguir.

8.1 UNIVERSO INFORMACIONAL SOBRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA COVID-19

No mês de junho de 2020, as informações referentes a pandemia ainda estavam sendo consolidadas, uma vez que seu início era bastante recente no país.

Os indígenas, sejam Kanelas ou Guajajaras, tinham a compreensão de que o vírus havia vindo de muito longe, do outro lado do mundo, por onde a doença se espalhou, inclusive muitos acreditaram e disseram que havia chegado nas aldeias trazido pelo ar. Alguns deles, que tiveram acesso a televisão, citaram reportagens sobre a situação da superlotação dos hospitais nas cidades. Os mais jovens que acessaram à *internet* das escolas locais se informaram sobre o que se passou fora das aldeias e de como a pandemia se espalhou pelo mundo.

Porém, de maneira geral, eles não tinham certeza que a doença havia chegado com grande incidência nos territórios indígenas dali, porque até aquele momento ainda não havia sido realizada testagem em larga escala para COVID-19 dentro daquelas aldeias, apesar de que já havia casos de síndromes gripais em muitas comunidades.

No período que compreendeu junho de 2020, no mundo foram inúmeras as *Fake News* sobre o tema e nas aldeias isso não foi diferente, havia ainda muita desinformação por parte dos

indígenas e má informação também, muitas destas chegaram através dos “parentes”, que foram até a cidade resolver alguma questão pessoal e de lá trouxeram e repassaram de “boca em boca”, comentários referentes a como estava fazendo mal ao “homem branco” a nova doença.

Entretanto, as principais, mais adequadas e corretas informações/orientações sobre contágio e prevenção recebidas ali foram obtidas pelos profissionais da EMSI, que as transmitiram durante os atendimentos e consultas, porém o alcance ainda era pequeno.

Observou-se na prática que os indígenas sabiam muito pouco sobre prevenção, contaminação e tratamento, se limitando ao que absorveram das EMSIs e da televisão, com conhecimento superficial sobre uso de máscaras e isolamento social, tendo a cultura como principal base para tratarem os casos de síndromes gripais com recursos naturais.

Por exemplo, em muitas aldeias dos Guajajaras, quando surgiram os primeiros casos de síndromes gripais, os indígenas suspeitaram que fosse a “doença da televisão”, então trataram com chás de “casca de pau” para combater os sintomas de febre, tosse, dor no corpo e coriza. Tal informação era repassada entre eles, enfatizando que o chá salvou muitos ali, pois tratava-se de um conhecimento dos antepassados transmitido oralmente por gerações.

Quando retornei em fevereiro de 2021, já com a imunização, percebi que os indígenas tinham maior compreensão do que estava ocorrendo. Mas se por um lado as informações corretas haviam chegado, as *Fake News* sobre imunização contra COVID-19 também. Presenciei muitas recusas acerca da vacinação geradas pelas notícias falsas a respeito do poder de proteção da mesma, assim como existiu a crença, por parte de alguns poucos, de que o fato de terem sido priorizados foi porque seriam considerados “cobaias” para as vacinas.

Porém, foi de suma importância a participação de muitos Caciques e Agentes Indígenas de Saúde no combate as *Fake News*, que foram incansáveis na transmissão das informações corretas sobre as vacinas.

8.2 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA COVID-19

8.2.1 Individuais e Coletivas

No período de junho de 2020, a principal estratégia individual identificada em relação ao controle e prevenção da pandemia por parte dos indígenas foi que ao apresentarem sinais/sintomas que pudessem ser da COVID-19 buscaram a assistência das EMSIs. Fato este, que apesar da dificuldade em seguirem com isolamento social ou uso de máscaras, demonstrou

forte vínculo com as EMSIs que puderam, diante deste conhecimento da situação, planejar as ações necessárias para controle do caso.

Já em fevereiro de 2021, em relação ao processo de imunização dos indígenas, se por um lado o “homem branco” esperava ansiosamente as vacinas chegarem, com muitos indígenas nem tanto, pelo menos neste momento. Esta etapa teve um início difícil, com necessidade de convencimento. Portanto, essa população foi vacinada aos poucos, mesmo diante da disponibilidade de oferta da vacina. A maior dificuldade era a desconfiança pelo recente imunizante que até então não havia sido aplicado em larga escala em outros povos.

A cobertura vacinal se intensificou quando várias lideranças indígenas (Caciques) tomaram a atitude de serem imunizadas na frente dos demais para gerar exemplo e convocaram os indígenas para tomarem a vacina, o que demonstrou por parte deles a compreensão da responsabilidade coletiva dentro da aldeia. Marino (2021) exemplifica o caso da Cacique Maria de Nazaré Guajajara da Aldeia Cajazeiro (Figura 17), que além de se vacinar em público, deu entrevista sobre a importância de se vacinar e também para demonstrar exemplo de como a imunização era segura e ao mesmo tempo um ato de amor ao próximo.

Figura 17 – Registro do momento em que a Cacique Maria de Nazaré Guajajara da Aldeia Cajazeiro falava sobre os benefícios da vacinação contra a COVID-19.



Fonte: O autor, 2021. Divulgação de imagem autorizada.

8.2.2 Governamentais

8.2.2.1 Orientação e Visitas domiciliares

Nesse período, ao adentrarmos uma aldeia, sempre usamos todos os Equipamentos de Proteção Individual disponibilizados e adequados ao ambiente (avental, gorro e máscara), pois tínhamos a preocupação de não levar e/ou não trazer contaminação dos diversos locais, afinal, múltiplas visitas aumentariam o risco de introdução da COVID-19 (Figura 18).

Figura 18 – Atendimento a indígena Kanela, Aldeia Porquinhos. Fernando Falcão/MA, 2020.



Fonte: O autor, 2020.

Com isso em mente, as visitas domiciliares só ocorreram em justificável necessidade, e nesses casos, sempre do lado de fora das casas, onde havia melhor circulação do ar. Portanto, o maior desafio era prestar a assistência com o mínimo de risco de contaminação pela COVID-19 entre as moradias. As orientações referentes aos cuidados, prevenção, contaminação e tratamento eram repassadas de forma constante conforme as oportunidades surgiam: no momento em que os indígenas aguardavam atendimento, durante estes atendimentos e através dos AIS e dos demais profissionais da EMSI, geralmente de forma oral e com o apoio dos “parentes” que tinham maior compreensão do português e língua materna.

8.2.2.2 Consultas e Testagens

Em junho de 2020, as EMSIs priorizaram as ações direcionadas ao combate a COVID-19. Nesses casos, quando chegamos nas aldeias para consultas e testagens, foi possível ver que já haviam realizado triagem com os pacientes e selecionado para testagem aqueles que estavam

com pelo menos 8 dias do início de sintomas referentes a COVID-19, como: coriza, dor de garganta, cefaléia, dor no corpo, dificuldade de respirar, tosse, febre, entre outros.

O prazo de 8 dias desde o início dos sintomas se deveu ao fato de que foram usados os testes rápidos de detecção de anticorpos IgM/IgG para o vírus SARS-COV-2 em amostras de sangue por punção digital, produzidos pela empresa chinesa Wondfo, com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, chegados no Brasil por volta do final de março de 2020. Eram indicados em pessoas suspeitas de COVID-19 que tiveram 8 ou mais dias desde o início dos sintomas, de forma a ter uma melhor acurácia do teste. Importante lembrar que anticorpos IgM são os que aparecem primeiro, sendo relacionados a infecções recentes e os anticorpos IgG são produzidos posteriormente indicando que a infecção se deu há algum tempo e, portanto, que a pessoa deve ter adquirido imunidade ao novo coronavírus. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

Neste período, nas duas etnias foram 1.268 atendimentos e um total de 986 testes rápidos realizados, sendo 479 reagentes (48,58%) e 507 não reagentes (51,42%) conforme demonstra o Anexo 01. Neste também encontramos que em relação aos Kanelas houve a realização de 280 testes rápidos dentro do total estimado de 3.186 indígenas nas 3 aldeias desta etnia, tendo como resultado 131 testes reagentes (46,78%) e 149 não reagentes (53,22%). Ainda por este tempo, em relação aos Guajajaras foram visitadas cerca de 30 aldeias destes, porém também foram atendidos indígenas de aldeias próximas que vinham atrás do atendimento, totalizando a cobertura de 67 aldeias da etnia Guajajara, de maneira que a população destas 67 era estimada em 4.094 indígenas, onde foram realizados 706 testes rápidos, sendo que 348 foram reagentes (49,29%) e 358 não reagentes (50,71%).

Quando um paciente apresentou resultado reagente, seja para IgM ou IgG, o mesmo foi encaminhado para avaliação médica, que diante do quadro clínico e teste reagente tomava a conduta adequada conforme as diretrizes preconizadas na época. Havia dispensação de medicamentos como: xaropes, analgésicos, antitérmicos e antibióticos, conforme prescrito pelo profissional médico, sendo que após a nossa saída daquela aldeia, a EMSI ficava encarregada de continuar o acompanhamento do indígena e seus contatos.

8.2.2.3 Imunização

O Brasil iniciou a vacinação contra a COVID-19 em 17 de janeiro de 2021 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022a) e com a chegada dos imunizantes no Estado do

Maranhão, em fevereiro a equipe estadual já iniciou o processo de apoio a vacinação com os indígenas em mais de 30 pequenas aldeias dos Guajajaras, no território Cana Brava/Guajajara.

O imunizante disponível e utilizado com os indígenas foi o fabricado pelo Instituto Butantan de São Paulo em parceria com a farmacêutica chinesa *Sinovac*, a então denominada CORONAVAC, com apresentação em monodose, 0,5ml cada dose, podendo ser utilizada em até 08 horas após aberto o frasco, desde que mantida em condições assépticas e sob temperatura entre +2°C e +8°C. O esquema de imunização foi de 2 doses de 0,5 ml com intervalo de 2-4 semanas. Foi recomendada a administração da vacina na região deltóide da parte superior do braço por via intramuscular e foi destinada a população maior de 18 anos naquele período.

Visitamos aldeia por aldeia levando o imunizante e orientando sobre os seus efeitos, o combate a pandemia e como aquela pequena atitude de se vacinar poderia contribuir com a proteção de toda a comunidade. Durante toda esta quarta semana de fevereiro de 2021 foram aplicadas 174 doses, na maioria a primeira, principalmente nos chefes de família e nas pessoas de referência, pois a partir destes tornou-se possível vacinar os demais componentes das famílias e indígenas mais resistentes, cujas “justificativas” para não vacinar foram as mais variadas, desde “medo de morrer”, medo de desenvolver uma outra doença mais séria que a COVID-19, a até não vacinar por acreditar que estaria sendo “cobaia” de um experimento.

Muitos indígenas relataram suas desconfianças, dúvidas e anseios em relação aos imunizantes, e prontamente conversamos e trocamos informações, tiramos as dúvidas, até que a vacinação ocorreu. Nos casos em que ainda assim não aconteceu, marcamos de retornar depois para novamente ofertar o imunizante. Cada vacinado era uma conquista!

8.3 CULTURA E CONTAMINAÇÃO NAS ALDEIAS

Durante a pandemia, muitos brasileiros, que não tinham como se manter por terem suas rendas afetadas, foram até as agências bancárias receber o auxílio emergencial do governo federal, bem como também os indígenas. Nestas agências o cenário de aglomeração foi comum, o que segundo o relato de muitos indígenas, facilitou a contaminação dos “parentes” e a condução do vírus até a comunidade.

Nas aldeias próximas as zonas urbanas, o acesso facilitado por estradas de asfalto e piçarra possibilitou a entrada de viajantes nas aldeias comercializando produtos (cadeiras, mesas, entre outros) e tais visitas foram uma das outras possíveis fontes de contaminação nestas comunidades.

Os hábitos culturais de vida destes povos (viver em casas coletivas com ausência de isolamento domiciliar e compartilhamento de utensílios - tigelas, cuias e outros objetos de uso pessoal) somados à precariedade do saneamento básico e às dificuldades em aplicar as medidas de higienização das mãos e dos objetos (complexo acesso a materiais de higiene e limpeza) favoreceram a exposição às doenças infecciosas e criaram situações de contágio. O uso de máscaras diariamente em situações de aglomeração foi uma tarefa difícil para aqueles indígenas mais velhos, devido à falta de hábito e a menor proximidade com a cultura do “homem branco”.

Considerando também que, as equipes da UBSI foram responsáveis pelos atendimentos de baixa complexidade e que as ocorrências de alta complexidade ficaram a cargo dos hospitais regionais, isto implicou em um aparato complexo para a remoção e deslocamento dos doentes. Nestes casos, a influência da distância e principalmente de critérios culturais e/ou religiosos (Pajé) foram determinantes em referenciar ou não alguns pacientes adoecidos para fora da comunidade, o que agravou muitos casos, podendo chegar a óbitos.

Em junho de 2022 o Boletim Epidemiológico do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena registrou nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Brasil 916 óbitos por coronavírus desde o início da pandemia, sendo que no DSEI Maranhão foram 43 óbitos, compreendendo 4,7 % do total de óbitos por COVID-19 de indígenas no país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

Ainda referente aos óbitos ocorridos nesse período pandêmico, em relação aos indígenas assistidos pelo SASISUS, em 02 de janeiro de 2021 (entre as semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2020) a taxa de mortalidade dos indígenas dos 34 DSEI foi de 67,3 por 100.000 habitantes e no DSEI Maranhão foi 71,4 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Em 01 de janeiro de 2022 (entre as semanas epidemiológicas 1 a 52 de 2021) a taxa de mortalidade dos indígenas dos 34 DSEI foi de 38,8 por 100.000 habitantes e no DSEI Maranhão foi de 21,2 por 100.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022e). Em 18 de junho de 2022 (entre as semanas epidemiológicas 1 a 24 de 2022) a taxa de mortalidade dos indígenas dos 34 DSEI foi de 4,8 por 100.000 habitantes e no Maranhão foi 10,6 no mesmo período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022f).

Tendo em vista que a taxa de mortalidade da população indígena pela COVID-19 no Estado do Maranhão estava em um patamar e veio decrescendo ano a ano desde 2020, início da pandemia, até junho de 2022, elegemos como possíveis fatores que influenciaram nesses números as melhorias no processo de notificação dos casos de COVID-19, bem como eficácia

das ações governamentais, como a vacinação em massa em territórios indígenas e divulgação de informações corretas acerca da prevenção e contaminação, entre muitos outros fatores que exigirão estudo mais aprofundado.

8.4 CONHECIMENTO ADQUIRIDO DURANTE O CUIDADO A GRUPOS VULNERÁVEIS NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Ponderando o quão importante é levar em consideração os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ao pensar na vulnerabilidade dos povos indígenas nesta pandemia, isto é, levar em conta todos aqueles fatores sociais, econômicos, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, percebi que estes povos possuem várias características peculiares que os tornam ainda mais diferentes dos não indígenas.

Caberia citar o grau coeso de convivência, onde dificilmente seria possível implementar o isolamento domiciliar, a prejudicada comunicação devido a língua diferente, o difícil acesso a diversas aldeias e as precárias condições de saneamento básico em algumas localidades, entre vários outros fatores.

Pensando em todo este contexto, percebo a grande importância do princípio da equidade do SUS ser o nosso guia durante o planejamento e execução das ações de saúde, onde entendo, através deste princípio, que os desiguais devem ser tratados de forma desigual, justamente por terem necessidades diferentes dos demais e que se não forem vencidas, sanadas, impedirão que aquele indivíduo tenha pleno acesso aos serviços ofertados.

Compreendi também que no trabalho com grupos que vivem em comunidades se faz necessário ter um planejamento de trabalho com ofertas de serviços que contemplem às necessidades da população a ser assistida, não se limitando a apenas ofertar o que há disponível na UBS e/ou UBSI. Porém, para que haja uma organização mais exata e adequada das ações e serviços a serem planejados e implementados é imprescindível conhecer o território, ou seja, investir na territorialização.

Uma mudança profissional que notei, aconteceu quando passei a refletir sobre a potencialidade das ações educativas como promotoras de um cuidado ético e integral das comunidades e de como é fundamental estarmos atentos sobre as oportunidades de atividade de educação em saúde que vão surgindo no dia-a-dia, sempre respeitando a cultura local e a forma

de ver o mundo do outro, sendo a pandemia um campo extremamente fértil para temas educativos.

Outra contribuição que esta experiência acrescentou foi perceber o valor da necessidade de alimentar corretamente os sistemas de informação, em relação as notificações das testagens para detecção de anticorpos para o SARS-COV-2, as vacinas aplicadas contra a COVID-19 e seus eventos adversos pós-vacinação. Informações estas, que quando bem coletadas, servem para gerar dados de apoio decisório que conduzirão as políticas públicas. Isto se torna importante para que a equipe possa planejar as ações de assistência à saúde, focando em determinada deficiência e fazendo uma avaliação do processo de trabalho, paralelamente a ação, adequando-o e/ou alterando-o.

Portanto, compreendi que as políticas públicas precisam enxergar os mais vulneráveis na medida de suas necessidades, onde se faz preciso ajudar o próximo não só porque mereça, e sim porque também precisa. Esta experiência também possibilitou reflexões que provocaram mudanças na minha prática de saúde e na minha forma de ver alguns conceitos que antes tinham um significado não tão profundo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia esteve e está bastante ativa em todo o mundo por mais de dois anos. Cada sociedade fez seu planejamento e implementou suas políticas públicas para controle do agravo que tem se espalhado e feito vítimas. Em nosso estado ações de combate à COVID-19 ocorreram em fases diferentes da pandemia e desempenharam intervenções diversas.

Entender as realidades indígenas, a partir de mecanismos próprios dos serviços de saúde, é um desafio constante no processo de trabalho, em virtude da magnitude territorial e cultural dos Povos Indígenas. Nesse amplo contexto procuramos realizar as ações programadas, sempre respeitando a diversidade e cultura local.

Mais do que nunca há a necessidade de serem criadas políticas públicas de saúde que alcancem os povos com alta vulnerabilidade social, dentre eles os indígenas, sempre levando em conta suas fragilidades, cultura, e principalmente ouvindo o que estes têm a dizer e seus anseios.

A cultura de um povo diz muito sobre seu comportamento e nós, profissionais de saúde, devemos entender esta cultura de modo a executar uma comunicação sem ruídos e nos fazermos entender, para assim ajudar nosso próximo em suas fragilidades.

REFERÊNCIAS

BESSA, Marcelle. Impactos da covid-19: a saúde e a “saúde” do continente Africano.

Boletim de Economia e Política Internacional - BEPI, n. 27, p. 77-91, 2020. ISSN 2176-9915.

BRASIL. **Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020**. Dispõe sobre medidas de proteção social paraprevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas. Brasília, 27 de agosto de 2020.

CARVALHO, J. P. F. **Terras dos Guajajaras**. Março de 1987. Disponível em: <
<https://biblioteca.trabalhoindigenista.org.br/wp-content/uploads/sites/5/2018/08/CTI01990.pdf>> Acesso em 15 ago. 2022.

CORONAVÍRUS volta a assustar Espanha; primeiro-ministro britânico permanece na UTI. Nsctotal. 07.04.2020. Disponível em: <<https://www.nsctotal.com.br/noticias/coronavirus-volta-a-assustar-espanha-primeiro-ministro-britanico-permanece-na-uti>> Acesso em: 04 ago. 2021.

CROCKER, William H. **Canela Rankokamekrá**. Povos Indígenas no Brasil. 23 de janeiro de 2021. Disponível em:
https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Canela_Ramkokamekr%C3%A1. Acesso em: 04 ago. 2021.

DEUTSCHE, Welle. **Brasil confirma primeiro caso de coronavírus em indígena**. 02.04.2020b. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/brasil-confirma-primeiro-caso-de-coronav%C3%ADrus-em-ind%C3%ADgena/a-52987288>. Acesso em: 07.08.2021.

DEUTSCHE, Welle. **China tem 1ª morte por misteriosa doença viral**. 11.01.2020a. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/china-tem-1%C2%AA-morte-por-misteriosa-pneumonia-viral/a-51968253>. Acesso em: 08.06.2022.

Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114021.htm>. Acesso em: 05.07.2022.

FREITAS, Wellington Queiroz de. **Cartografia do DSEI Maranhão**. Projeto de Apoio aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. São Luís, MA. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Como reduzir os impactos do novo coronavírus entre indígenas.** Impacto Social da COVID-19, 2022b. Disponível em:

https://impactosocialdacovid.fiocruz.br/indigenas/#section_00. Acesso em: 04.07.2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Covid-19, Perguntas e respostas.** FIOCRUZ, 15.01.2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/o-que-significa-um-exame-igm-e-ou-igg-positivo>. Acesso em: 05/07/2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Vacinação contra a Covid-19 no Brasil completa um ano.** FIOCRUZ, 18.01.2022a. Disponível: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-contracovid-19-no-brasil-completa-um-ano>. Acesso em: 06.07.2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE 2010. **Os Indígenas no Censo demográfico 2010.** Disponível em: <<https://indigenas.ibge.gov.br/pt/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/os-indigenas-no-censo-demografico-2010#:~:text=O%20Censo%202010%20revelou%20que,do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Justi%C3%A7a.%5D.>> Acesso em: 11 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2021.

Dimensionamento Emergencial de População residente em áreas indígenas e quilombolas para ações de enfrentamento à pandemia provocada pelo coronavírus – 2020. IBGE, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101859>.

Acesso em: 04/07/2022.

ISER, Betine Pinto Moehlecke *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 3, 2020.

LANA, R.M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, Brasil. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal.** *Epidemiologia Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 4, 2020. Brasília, DF. 2020.

MARINO, Saulo. **Ensaio fotográfico/ Vacinação contra a COVID-19 em aldeias do Maranhão.** *Le monde diplomatique Brasil*. 10 de março de 2021. Disponível em:

<https://diplomatie.org.br/ensaio-fotografico-vacinacao-contra-covid-19-em-aldeias-do-maranhao/> . Acesso em: 02.08.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Distrito Sanitário Especial Indígena, 2022d**. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/distrito-sanitario-especial-indigena-dsei#:~:text=No%20Brasil%2C%20s%C3%A3o%2034%20DSEI,de%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena%20\(CASAI\)>](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/distrito-sanitario-especial-indigena-dsei#:~:text=No%20Brasil%2C%20s%C3%A3o%2034%20DSEI,de%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena%20(CASAI)>) Acesso em: 19 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe Epidemiológico SESAI/MS. **Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas**. Semana Epidemiológica 19 do ano 2020d (03 a 09/05/2020).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA nº 25/2020-CGSNT/DAET/SAES/MS. **Critérios técnicos para triagem clínica do coronavírus (SARS, MERS, SARS-CoV-2) nos candidatos à doação de órgãos e tecidos**. Brasília, DF, 2020b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19**. 12ª edição. Brasília, DF. 01/02/ 2022a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SASISUS**. Ministério da Saúde, – Brasília, DF. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017**. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 26 do ano 2020c (21 a 27/06 de 2020). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-20-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>. Acesso em: 16.06.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial. Doença pelo novo coronavírus – COVID-19**. Semana Epidemiológica 24 do ano 2022c (12 a 18/06 de 2022). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-118-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>>. Acesso em: 05.07.2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Boletim Epidemiológico** Nº **585**, de 24 de junho de 2022b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Maranhão, Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Ofício Circular 235/2020/MA/DIASI/MA/DSEI/SESAI/MS**. São Luis, MA. 15 de outubro de 2020a. Assunto: Solicitação de testes Rápidos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe Epidemiológico nº 35 SESAI/MS. **Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas**. Semana Epidemiológica 53 de 2020 (27/12/2020 a 02/01/2021). Publicado em janeiro de 2021. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/boletimEp.php> . Acesso em 28.08.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe Epidemiológico nº 87 SESAI/MS. **Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas**. Semana Epidemiológica 52 de 2021 (26/12/2021 a 01/01/2022). Publicado em janeiro de 2022e. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/boletimEp.php> . Acesso em 28.08.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe Epidemiológico nº 111 SESAI/MS. **Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas**. Semana Epidemiológica 24 de 2022 (12/06/2022 a 18/06/2022). Publicado em junho de 2022f. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/boletimEp.php> . Acesso em 28.08.2022.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de *et al.* **Como o Brasil pode deter a covid-19**. Epidemiologia Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Brasília, DF. 2020.

OVIDO, Antônio et al. **Linha do tempo: A omissão do governo na tragédia indígena**. Instituto Socioambiental. 13 de julho de 2020. Disponível em: <https://site-antigo.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/linha-do-tempo-a-omissao-do-governo-na-tragedia-indigena>. Acesso em: 20.05.2022

PONTES, A. L. M. et al. **Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos**. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0010>.> Acesso em: 05.07.2022.

SANTOS, Ricardo Ventura *et al.* Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2020.

SCHRÖDER, Peter. **Guajajara**. Povos Indígenas no Brasil. 23 de janeiro de 2021.

Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guajajara>> Acesso em: 03 ago. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. **Prevalência da infecção pelo vírus SARS-Cov-2 no Maranhão, Brasil**. São Luís, MA. 1ª ed. 21.08.2020.

SECRETARIA DE ESTADO EXTRAORDINÁRIA DE ARTICULAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO MARANHÃO. **Diretrizes para política municipal de saúde - Guia básico do gestor**. São Luis, MA. 2017.

ANEXO 01 – Demonstrativo das aldeias cobertas por testes e atendimentos realizados. Junho de 2020.

ALDEIA	TESTES REALIZADOS	REAGENTES	NÃO REAGENTES	ATENDIMENTOS
ALFREDO NETO	4	-	4	4
ALIANÇA	1	-	1	1
ANASTÁCIO	1	-	1	1
ARAÇAR	1	1	-	1
BANANAL	8	8	-	21
BARREIRINHA	5	-	5	5
BOA ESPERANÇA	1	1	-	1
BOA SORTE	1	-	1	1
BUIEIRA	5	5	-	5
CACHOEIRA	8	2	6	12
CACHOEIRINHA	4	1	3	4
CACIMBVA VELHA	26	12	14	44
CAJUEIRO REAL	14	4	10	28
CANA BRAVA 2	6	1	5	6
CANAÃ	23	-	23	28
CANAFISTULA	3	2	1	3
CANOEIRO	9	5	4	22
CAPIM	1	-	1	1
CAPINZAL	9	5	4	9
COLÔNIA	62	43	19	85
COROATÁ	15	15	0	27
CRIOLI 1	21	15	6	27
DO CÔCO	1	-	1	1
DUQUE VENTURA	6	6	0	18
EL BETEL	29	23	6	36
EMANOEL	18	12	6	25
ESCALVADO *	165	57	108	165
FAZENDA NOVA	1	1	-	1
IGARANA	3	-	3	3
JATOBÁ	15	14	1	25
JURITI	2	-	2	2
JITIRANA	1	-	1	1
JUSSARAL	3	2	1	3
KURUMIM WAHY	1	-	1	1
MAINUMY	1	-	1	1
MANGUEIRA	16	-	16	16
MARAVILHA	3	3	-	3
MASSARANDUBA	19	15	4	32
MAYRA	2	-	2	2
MICAELA	4	1	3	4
MONALISA	2	2	-	2
NAIVA	1	1	-	1
NATIVA	1	-	1	1
NOVA ALIANÇA	1	1	-	1

NOVA FAZENDA	1	1	-	1
NOVA JERICÓ	10	10	-	10
NUZAR	6	1	5	6
PARAISO	2	1	1	2
PANTANAL	29	-	29	43
PÉDE GALINHA	12	2	10	22
PLANALTO	24	18	6	35
PORQUINHOS *	89	60	29	91
PORTO VELHO	1	1	-	1
POVOADO SANTO ESTEVÃO	2	-	2	2
REMANSO	6	4	2	6
RIO CORDA	3	2	1	3
RODEADOR	2	1	1	2
SÃO PEDRO	44	20	24	64
TAMBURI	1	-	1	1
TRÊS IRMÃOS	56	32	24	92
TAQUARI	5	1	4	5
TUCUMÃ	1	1	-	1
URUAÇAR	1	-	1	1
VELHA *	26	14	12	57
VILA NOVA	4	-	4	4
YHUMA	3	1	2	4
YWTING	3	3	0	3
YRUKAW	3	-	3	3
ZAHI-TATA	3	2	1	3
ZUTIUA	91	40	51	91
NÃO INDÍGENAS	35	6	29	35
TOTAL	986	479	507	1.268

Legenda: *Aldeias dos Kanelas. Todas as demais são Guajajaras.

Fonte: Dados e anotações consolidados pela equipe FESMA.