



CARTILHA DE ACOLHIMENTO AOS COORDENADORES MUNICIPAIS

*Criada por Coordenação Estadual de
Saúde Indígena e Populações Tradicionais*



SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA E POPULAÇÕES TRADICIONAIS



CARTILHA DE ACOLHIMENTO AOS COORDENADORES MUNICIPAIS

Março 2021

Belém/PA

Governador do Estado do Pará

Helder Zaluth Barbalho

Secretário de Estado de Saúde Pública

Rômulo Rodovalho Gomes

Secretário Adjunto de Gestão de Políticas em Saúde

Sipriano Ferraz Santos Junior

Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

Ariel Dourado Sampaio Martins de Barros

Diretora de Políticas de Atenção Integral à Saúde

Laena Costa dos Reis

Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Ana Paula Oliva Reis

**Coordenadora Estadual de Saúde Indígena e Populações
Tradicionais**

Tatiany Raiol Peralta da Rocha

Organizadoras:

Cláudia Patrícia Gomes da Silva, Dóris Kós Burlamaqui de Miranda, Edilma Azulais Lima, Eliene dos Santos Rodrigues - Putira Sacuena -, Lilian Cristina Laurentino da Silva, Lorena Alves Mendes, Tatiany Raiol Peralta da Rocha, Ana Paula Oliva Reis e Laena Costa dos Reis.

Sumário

Conheça a Coordenação Estadual de Saúde Indígena e Populações Tradicionais	5
Saúde da População Indígena	6
Saúde da População Negra	12
Saúde das Populações do Campo e da Floresta	13
Conheça a Política Estadual de Enfrentamento aos Acidentes com Escalpelamento.	15
Questionário de vigilância sobre casos de escalpelamento no Estado do Pará.....	23
Referências Bibliográficas.....	29

Conheça a Coordenação Estadual de Saúde Indígena e Populações Tradicionais (CESIPT)

Boas vindas ao desafio de gerenciar a Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios do Estado do Pará. A CESIPT tem o objetivo de subsidiar os municípios na implantação das políticas de saúde dos povos indígenas, das populações tradicionais e grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade social do Estado do Pará no âmbito da Atenção Básica de forma transversal, intrasetorial e intersetorial.

A Coordenação Estadual de Saúde Indígena e Populações Tradicionais faz parte do Departamento de Atenção à Saúde (DASE) e da Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS) da Secretaria de Estado de Saúde Pública (Sespa). É responsável por orientar/estimular/acompanhar os serviços de atenção à saúde indígena e populações tradicionais paraenses acompanhando os processos de gestão.

As atividades desenvolvidas pela CESIPT têm parceria com os Centros Regionais de Saúde (CRS), integrando 13 CRS em todo o Estado; Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) e Sociedade Civil.

A CESIPT tem como missão assegurar aos povos indígenas, populações tradicionais e grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade social do Estado do Pará as políticas públicas de saúde, contemplando os princípios éticos do SUS, visando à melhoria da qualidade de vida e efetivação da cidadania.

As políticas que integram as populações assistidas por essa Coordenação são: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país (BRESAN; BASTOS; LEITE, 2015).

Ao longo dos séculos, tais frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio da introdução de novos patógenos, ocasionando graves epidemias; usurpação de territórios, dificultando ou inviabilizando a subsistência; e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras. No presente, emergem outros desafios à saúde dos povos indígenas, que incluem doenças crônicas não transmissíveis, contaminação ambiental e dificuldades de sustentabilidade alimentar, para citar uns poucos exemplos (COIMBRA JR; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

Qualquer discussão sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológica e demográfica, a enorme sociodiversidade existente. (BRESAN; BASTOS; LEITE, 2015). São 305 etnias, falantes de mais de 274 línguas indígenas distintas, que têm experiências de interação com a sociedade nacional as mais diversas. (COIMBRA JR; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

O difícil quadro de saúde indígena está absolutamente associado a processos históricos de modificações sociais, econômicas e ambientais conectadas à expansão de frentes demográficas e econômicas nas diferentes regiões do país ao longo do tempo (PEREIRA et al., 2014). É importante ressaltar que, diferente do que muitos podem vir a refletir, esse quadro não cabe ao passado das relações interétnicas no Brasil.

A partir da Constituição Federal de 1988 cessou completamente o padrão de incorporação à sociedade nacional, reconhecendo aos indígenas o direito à “sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 1988, apud GENIOLE; KODJAOGLANIAN; VIEIRA, 2011, p. 28).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi oficialmente criada em agosto de 2010 e regulamentada pelos Decretos 7.335 e 7.336, ambos de 19/10/2010. Ficavam

transferidas as ações da Saúde Indígena ao Ministério da Saúde, a serem executadas através do Departamento de Gestão de Saúde Indígena, do Departamento de Atenção à Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Para a SESAI passou também a responsabilidade pelo saneamento básico e ambiental, a preservação de fontes de água limpa, a construção de poços ou captação à distância nas comunidades sem água potável, a construção de sistema de saneamento, a destinação final do lixo e o controle de poluição de nascentes (FERREIRA et al., 2013). A SESAI também fica responsável pela promoção, articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena (TEIXEIRA, 2008).

Essa Lei alterou a anterior, de n.º 8.080/90, fundando no Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizando-o em DSEI, que cria o relacionamento entre o subsistema de saúde e os órgãos responsáveis pela política indigenista; permite uma atuação complementar por parte de Estados, Municípios e Organizações não-governamentais; determina a necessidade de diferenciação na organização do SUS para atender às especificidades da atenção intercultural em saúde, recuperando o princípio de equidade das ações de saúde; possibilita a representação indígena no Conselho Nacional de Saúde, nos conselhos estaduais e municipais; estabelece o financiamento no âmbito da União para os DSEI; adota uma concepção de saúde integral e diferenciada e aplica os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização ao subsistema de saúde indígena (MOREIRA, 2002).

A partir da Lei Arouca, organizaram-se no Brasil 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando a execução da atenção à saúde indígena sob a responsabilidade de FUNASA, braço executivo do Ministério da Saúde do Brasil. De acordo com a portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999. Os DSEI são unidades de responsabilidade sanitárias federais correspondentes a uma ou mais terras indígenas, criadas pela Lei Nº 9.836, de 24 de setembro de 1999, também conhecida como Lei Arouca, devido à atuação do Deputado Sérgio Arouca na sua aprovação (FUNASA, 2002).

Divididos em 34 territórios, definidos de acordo com termos técnicos e étnico-demográficos, os DSEI não coincidem, necessariamente, com as fronteiras municipais existentes. Os distritos contam com conselhos, dos quais participam representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e representantes de comunidades indígenas, que definem estratégias e controle de execução de políticas de saúde. Uma das metas é a busca pela humanização do tratamento da saúde do indígena e uma compreensão global desta no sentido de prover condições mais dignas a essas populações.

Os serviços de saúde a serem prestados pela rede regional devem considerar as necessidades das comunidades indígenas e a capacidade instalada na região e dizem respeito tanto ao fornecimento de suporte necessário para o desenvolvimento dos programas estratégicos nas Terras Indígenas quanto à articulação com os serviços de maior complexidade (PELLEGRINI et al. 2009).

A CESIPT objetiva a descrição das políticas de saúde, que são desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde Pública (Sespa) em parceiras com os 04 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e com a participação atuante da Federação dos Povos Indígenas do Pará, Conselho Estadual de Políticas Indigenistas e o acompanhamento da Fundação Nacional do Índio, em atendimento de saúde com qualidade aos povos indígenas no Estado do Pará.

Dentro do Estado do Pará estão localizados 04 Distritos Sanitários Especiais Indígenas:

Número de DSEI's	NOMES	POPULAÇÃO INDÍGENA
01	DSEI GUAMÁ TOCANTINS	17.586
02	DSEI KAYAPO	6.116
03	DSEI RIO TAPAJÓS	13.070
04	DSEI ALTAMIRA	4.584

Durante todo o desenvolvimento das políticas de saúde, a CESIPT busca sempre envolver as organizações indígenas no processo de alinhamentos, pactuações e realizações das ações de atendimento de saúde, tendo como importância a valorização e os cuidados com a saúde, respeitando, sobretudo, seus costumes, tradições e organização social dos povos indígenas no Pará. A Coordenação recomenda ainda que os Centros Regionais atuem em diálogos com os municípios reforçando a importância dos atendimentos diferenciados aos Povos Indígenas.

Com a pactuação entre a Sespa, DSEIS e as Organizações Indígenas, em 2019, acerca das Instruções para Acesso Regulado da População Indígena aos Serviços de Gestão Estadual que levou em consideração a dificuldade da garantia de acesso à média e alta complexidade junto às Centrais de Regulação de abrangência dos municípios de residência da referida população, com a chegada da pandemia proporcionou um diálogo mais aproximado para o atendimento das demandas específicas aos povos indígenas. Abriu-se um canal, com e-mail institucionalizado (via regulação) para o atendimento prioritário desses povos.

Enquanto política pública em desenvolvimento e construção tem-se o Conselho Estadual da Política Indigenista do Estado do Pará (CONSEPI), criado em 3 de abril de 2018, através da Lei 8.611, com regulamentação através do Decreto n. 93, de 09 de maio de 2019 e com nomeação de seus representantes através do Decreto de 8 de novembro de 2019. A Sesp, através da CESIPT, ocupa duas cadeiras (titular e suplente) dentro deste Conselho e vem trazendo as pautas de saúde para as populações indígenas do Pará.

A SESP-CESIPT/DPAIS monitora, por meio das Regionais de Saúde/Municípios, os serviços de saúde conforme as orientações do Ministério da Saúde. Considerando que, os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC) são especialmente vulneráveis às doenças infectocontagiosas, motivo pelo qual se deve seguir o disposto na Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018, que define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos PIIRC;

A CESIPT monitora e acompanha os Municípios em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, que prevê atenção diferenciada às populações indígenas com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas desses povos, com foco na oferta dos serviços de Atenção Primária e na garantia de integralidade da assistência.

PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE INDÍGENA QUE SÃO DIALOGADOS COM OS MUNICÍPIOS NO ESTADO DO PARÁ E MONITORADOS PELA CESIPT/SESPA:

- Vigilância do óbito
- Vigilância epidemiológica
- Vigilância ambiental em saúde
- Uso racional de medicamentos
- Saúde das crianças
- Saúde das mulheres
- Gestação, parto e puerpério
- Vigilância alimentar e nutricional
- Saúde Bucal
- Bem Viver – Saúde Mental
- Saúde sexual e reprodutiva

- Imunização
- Medicina tradicional e valorização dos saberes e das práticas indígenas
- Protagonismo indígena
- Educação em saúde
- Programa Saúde na Escola
- Saúde dos idosos, dos homens, dos jovens e das pessoas com deficiência
- Doenças e agravos monitorados nacionalmente (Tuberculose, Doenças transmitidas por vetores, doenças em eliminação, etc.)
- Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)
- Infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais
- Demais doenças e agravos de relevância no território.

Embora a PNASPI trate essencialmente da atenção à saúde indígena prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a política define que as demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade da atenção básica deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

Esta rede deve ser articulada e incentivada a atender os indígenas pelos Municípios de suas abrangências, levando em consideração a realidade socioeconômica, territorial e cultural de cada povo indígena por meio da diferenciação de financiamento. Nesse contexto, surgiu o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAEPI), em 1999, a partir da necessidade de estipular um incentivo para favorecer a implementação de estratégias de acolhimento diferenciado dos povos indígenas na média e alta complexidades (MAC).



Considerando a necessidade de definir critérios objetivos de alocação, distribuição, cálculo, monitoramento e avaliação do repasse do IAE-PI, foi publicada a Portaria N°2.663, de 11 de outubro de 2017 (Portaria de Consolidação N°6 de 28 de setembro de 2017).

Para a implementação do incentivo, a portaria tem como objetivos, a nível local, a elaboração dos Planos de Metas e Ações (PMA) como instrumento de planejamento integrado entre seguintes atores territoriais: DSEI, controle social indígena (CONDISI), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), demais estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, entre outros.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Esta política caracteriza-se como um instrumento que objetiva combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos pelo SUS, bem como promover a equidade em saúde da população negra.

Foi aprovada em 2007 com o objetivo de combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde da população negra. Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional.

Ela se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem a utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais e implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

As primeiras inserções do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores. Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5.º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, é um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. Fruto do debate com representantes dos movimentos sociais, consagra-se com a Portaria nº 2.866/2011, que institui a política no âmbito do SUS, um instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades de saúde das referidas populações.

Caracterizam-se como populações assistidas por essas políticas:

1) Populações do campo e da floresta: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, tais como camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros;

2) Povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais. Possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas geradas e transmitidas pela tradição.

A PNSIPCF tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida.

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações foi incorporado nesta política, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas

imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e de saúde das populações do campo e da floresta.

É importante destacar que as populações quilombolas do Estado do Pará encontram-se distribuídas nos 13 Centros Regionais de Saúde. Entre certificadas, tituladas e autodeclaradas, as comunidades quilombolas devem ser consideradas e inseridas nas políticas públicas de saúde de acordo com suas especificidades culturais, geográficas, religiosas, étnicas e etc. Destacam-se as Políticas Nacionais de Saúde da População Negra e do Campo e da Floresta como bases de atuação para inserção nestes contextos.

CONVENÇÃO 169 OIT

QUEM SÃO AS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS

São grupos étnicorraciais, segundo critérios de autoidentificação, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida no Brasil. (Legislação: artigo 2 do Decreto Federal, nº 4.887, de 2003).

DIREITO À AUTOIDENTIFICAÇÃO

As Comunidades Remanescentes de Quilombo têm o direito de atribuir sua identidade, de forma autônoma. Assim, não cabe ao Estado ou terceiros interferir no reconhecimento dessas identidades (Legislação: artigo 2, parágrafo 1, do Decreto Federal n. 4.887 de 2003. Artigo 1, item 2, da Convenção n. 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)).

DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO

Os quilombolas têm assegurado o direito de autogovernar-se e de realizar suas escolhas, sem intervenção externa. Por isso, não pode o Estado ou terceiros interferir na decisão e escolha dos membros da comunidade (Legislação: artigo 1 do Pacto Internacional sobre os direitos civis e políticos. Artigo 1 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais).

Política Estadual de Enfrentamento aos Acidentes com Escalpelamento

No cotidiano dos ribeirinhos da Amazônia, especificamente os moradores de entorno de rios do Estado do Pará, em função da vasta bacia hidrográfica e grandes distâncias, o barco é o principal meio de transporte, sendo que a maior parte destas embarcações, de uso familiar, é construída de forma rudimentar e artesanal deixando exposto o eixo que gira a hélice do motor, facilitando o risco para acidentes com escalpelamento.

O acidente ocorre com o enrolar dos cabelos no eixo do motor em funcionamento, que tem velocidade de até 2.400 RPM (rotação por minuto), arrancando de forma abrupta o couro cabeludo (total ou parcialmente), lesionando e comprometendo, em alguns casos, o pavilhão auricular, as sobrancelhas e a face, mutilando as vítimas, principalmente mulheres e crianças, deixando sequelas irreparáveis por toda a vida.

A situação socioeconômica e cultural da população ribeirinha é de extrema pobreza, o que é agravado quando ocorrem tais acidentes, pois além de comprometer a vida da vítima/paciente, são gerados impactos na dinâmica familiar, levando-se em conta que o tratamento doloroso e de longo prazo é realizado somente em Belém, essencialmente na Fundação Santa Casa - hospital de referência do Estado, sendo o acolhimento assegurado pelo espaço Acolher.

O Estado do Pará possui uma população de 8,51 milhões de habitantes (IBGE, 2018) distribuída em 144 municípios, dos quais 72 possuem influência hidrográfica. Aqueles com registro de casos de escalpelamento, considerando ainda as Macroregiões e as Regiões de Saúde, estão dispostos nos Quadros de Série Histórica de 2010 a 2021, a seguir:

Municípios paraenses	Regiões de Integração	Nº. de Casos de Acidentes de Motor com Escalpelamento Anos 2010 a 2021											
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Muaná	Marajó I	01	-	-	01	01	01	-	-	01	01	01	
Bagre	Marajó II	01	-	-	-	01	-	-	-	-	01		
Cametá	Tocantins	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-		
Chaves	Marajó I	-	-	-	01	-	-	01	-	-	-		
Cachoeira do Arari	Marajó I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01		
Currálinho	Marajó II	02	-	02	01	01	01	-	-	02	-		
Afuá	Marajó I	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01	
Anajás	Marajó II	01	-	-	-	01	-	01	-	-	01		
Abaetetuba	Tocantins	-	-	-	02	-	-	-	-	01	-		
Acará	Tocantins	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-		
Oeiras do Pará	Tocantins	-	01	-	-	-	01	-	-	-	-		
Portel	Marajó II	01	02	-	01	02	03	-	01	-	01	02	
Oriximiná	Baixo Amazonas	-	01	01	-	-	-	-	-	-	01	01	
São Sebastião da Boa Vista	Marajó I	-	01	-	02	-	01	01	-	01	02		
Barcarena	Tocantins	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-		
Breves	Marajó II	-	02	-	01	-	-	-	-	-	01	01	01
Igarapé-Miri	Tocantins	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-		
Almeirim	Baixo Amazonas	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-		
Gurupá	Marajó	-	-	01	-	-	-	01	-	-	-		
Melgaço	Marajó	-	-	01	-	01	01	01	-	-	01		
Porto de Moz	Xingu	01	-	01	-	-	-	-	-	-	02	01	
Limoeiro do Ajuru	Tocantins	01	-	-	-	02	-	01	-	-	-		
Moju	Tocantins	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Praíha	Baixo Amazonas	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-		
Ipixuna do Pará	Rio Capim	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-		
São Domingos do Capim	Guamá	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-		
Mocajuba	Tocantins	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-		
Santarém	Baixo Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-		
Santa Izabel do Pará	Guamá										01		
Ananindeua	Guajará	-	-	--	--	--	-	-	-	-	-	01	
Novo Progresso	TAPAJÓS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
TOTAL	-		09	10	10	11	10	07	01	07	13	08	02

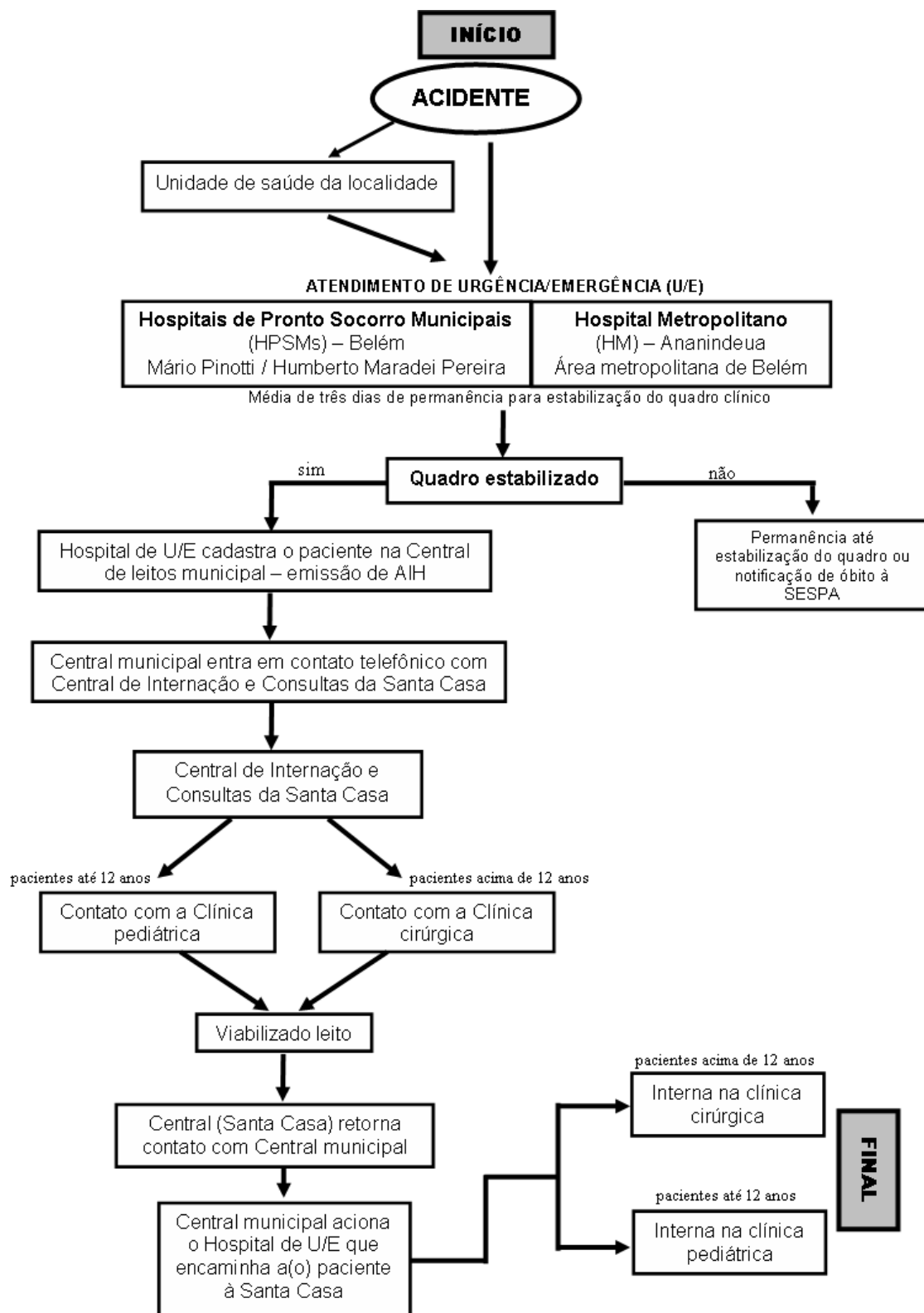
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: O que fazer quando ocorre o acidente de escarpelamento em seu Município?

A assistência às vítimas de escarpelamento é realizada, conforme PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas) pela família, pelas unidades básicas de saúde, Hospitais Regionais e pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), através do Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Escarpelamento/PAIVES, ficando o acolhimento às pacientes e acompanhantes por conta do Espaço Acolher, onde são albergadas, no aguardo de cirurgias reparadoras ou procedimentos necessários para melhorar o estado clínico e psicológico, sendo este o objeto principal do presente plano.

Diante da gravidade do acidente, as (os) pacientes necessitam de atendimento de emergência, sendo por esta razão, por deslocamento espontâneo ou a partir do atendimento inicial em Posto de saúde ou Hospital Municipal próximo ao ocorrido, para estabilização do quadro clínico do acidentado. Após a estabilização, a vítima será encaminhada para FSCMPA (caso não tenha diagnóstico de trauma) ou Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, em Ananindeua (caso tenha suspeita de trauma). Todas as pacientes encaminhadas para o Hospital Metropolitano deverão ser referenciadas para continuidade ou início do tratamento na FSCMPA.

O tratamento, na maioria das vezes, leva vários anos, em que as (os) pacientes têm que passar por diversas etapas de reabilitação, como cirurgias de trepanação, enxerto e colocação de expansor, tendo sempre que retornar aos hospitais para realizar esses procedimentos e as consultas que forem necessárias.

Segue Fluxograma de atendimento no Estado do Pará:



A Comissão Estadual de Enfrentamento aos Acidentes com Escalpelamento e Formação do Comitê Municipal

No contexto de planejar e implementar ações no enfrentamento aos acidentes com escalpelamento no Estado, cria-se no ano de 2009 a Comissão Estadual de Enfrentamento aos Acidentes com Escalpelamento, com o objetivo de obter resultados mais significativos por meio de Ações de Enfrentamento aos Acidentes de Motor com Escalpelamento em metas de gestão planejadas, programadas e organizadas, envolvendo parcerias com Entidades da Sociedade Civil, Regionais de Saúde da Sespa e outras instituições parceiras.

A portaria nº 133/2020, de 06 de fevereiro de 2020, dispõe sobre a criação da Comissão Estadual de Enfrentamento aos Acidentes com Escalpelamento nas embarcações do Estado do Pará, com representação das seguintes Instituições:

- 01 - Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA)
- 02 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA)-PAIVES/ESPAÇO ACOLHER
- 03 - Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER)
- 04 - Defensoria Pública da União (DPU)
- 05 - Marinha do Brasil - Capitania dos Portos da Amazônia Oriental (CPAOR)
- 06 - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO/PA)
- 07 - Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos (SEJUDH)
- 08 - Secretaria de Estado de Educação (SEDUC)
- 09 - ONG dos Ribeirinhos Vítimas de Acidentes de Motor (ORVAM)
- 10 - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
- 11 - Ministério Público do Estado do Pará (MP-PA)
- 12 - Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE)
- 13 - Sindicato dos Médicos do Pará (SINDMEPA)
- 14 - Conselho Regional de Psicologia (CRP10)
- 15 - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Pará (COSEMS)
- 16 - Corpo de Bombeiros Militar do Pará (CBMPA)
- 17 - Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA)
- 18 - Hospital Bettina Ferro e Souza (UFPA)
- 19 - Sociedade Paraense de Pediatria (Sopape)
- 20 - Ministério Público do Trabalho (MPT – Pará)
- 21 - ONG Amigos Voluntários do Pará

A Comissão se reúne mensalmente e é responsável, junto a Sespa, em desenvolver o plano estadual de prevenção, com o objetivo de contextualizar a ocorrência dos acidentes e propor, de forma objetiva, iniciativas e ações que contribuam para a efetivação de estratégias de enfrentamento, combate e erradicação ao escalpelamento nos rios paraenses.

A CESIPT, além das ações educativas de prevenção, tem como ação prioritária contribuir com as atividades de capacitação e monitoramento dos comitês municipais de enfrentamento aos acidentes.

Esses comitês são mobilizados e articulados por oficinas técnicas realizadas pela CESIPT: a equipe vai até o Município e articula reunião com gestores municipais, secretários de saúde e assistência, sociedade civil e agentes comunitários de saúde para mobilizar a formação do comitê, que tratará sobre ações de prevenção a nível municipal. Neste momento também, além de se trabalhar sobre o tema, é discutido o preenchimento da Portaria que irá legitimar a criação do Comitê Municipal (segue modelo de portaria).

A CESIPT produz material informativo de prevenção ao acidente de escalpelamento como folders, cartazes, cartilhas e envia para os municípios com maior incidência de casos, ou a coordenação distribui preventivamente nas ações e oficinas nos municípios. Você, gestor, pode entrar em contato no seguinte e-mail e solicitar o material de prevenção:

comissão.escalpe.pa@gmail.com

Relação de anexos para subsidiar as ações de prevenção aos acidentes com escalpelamento:

01- Modelo de Portaria Municipal para criação de Comitês de Prevenção ao Acidente com Escalpelamento:

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE XXXXXXXXXXXXX

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ N° XXXXXXXXXXX

Endereço XXXXXXXX

Município XXXXXXXX CEP XXXXXXXXXXXXX

DECRETO N° XXXX, DE XXX DE XXXX DE 20XX

Cria o Comitê Gestor para Enfrentamento dos Acidentes de Motor de Embarcação com Escalpelamento no município de xxxxxx conforme a seguir se especifica e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL de xxxxxxxxxxx, Estado do Pará, no uso de suas atribuições, **CONSIDERANDO a Lei Federal 11.970, de 06 de julho de 2009**, que dispõe sobre a segurança do tráfego aquaviário em águas sob jurisdição nacional e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei Estadual 6.935, de 21 de dezembro de 2006, que determina o uso de carenagem sobre o eixo do motor das embarcações no Estado do Pará;

CONSIDERANDO que os acidentes por escalpelamento em embarcações necessitam, para sua erradicação, de ações de políticas públicas integradas entre o poder público e a sociedade civil.

DECRETA:

Art. 1º - Fica criado o **Comitê Gestor** para o Enfrentamento aos Acidentes do Motor de Embarcações com Escalpelamento no Município de xxxxxxxxxxx, na forma estabelecida pelo presente Decreto.

Art. 2º - Compete ao Comitê:

I – Implementar, acompanhar e avaliar as ações para o Enfrentamento aos Acidentes do Motor de Embarcação com Escalpelamento ;

II – Integrar as ações de promoção, prevenção e controle dos Acidentes do Motor de Embarcação com Escalpelamento a serem desenvolvidas por órgãos da administração pública;

III – Propor mecanismos que possibilitem a plena execução das ações para Enfrentamento aos Acidentes do Motor de Embarcação com Escalpelamento;

Parágrafo Único – O Comitê terá como principal atividade o acompanhamento e a proposição das ações de mobilização social para Enfrentamento aos Acidentes com Escalpelamento no âmbito do município.

Art. 3º - O Comitê será composto pelas seguintes representações, sendo um titular e um suplente, devidamente indicados pelo representante legal de cada representação, sob a coordenação do **Secretário de Saúde**:

I- Gabinete da Prefeitura Municipal

a) Titular e Suplente

II- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

a) Secretário Municipal de Saúde e Suplente

b) Diretor do Hospital Municipal e Suplente

c) Coordenador da Atenção Básica e Suplente

d) ACS - Titular e suplente

III-Representante do Conselho Municipal de Educação

IV- Representantes da Secretaria Municipal de Educação

V- Representantes do Conselho Municipal de Saúde

VI- Representantes de Entidades da Sociedade Civil Organizada

VII- Representantes do Ministério Público

VIII- Representantes da Regional de Saúde

IX- Representantes da Pastoral da Criança

X- Representantes da Câmara de Vereadores

Parágrafo Único – A confirmação das indicações ou substituições dos representantes neste Comitê ficará a cargo da coordenação através do ato formal.

Art. 4º- O representante do Comitê se reunirá periodicamente em locais e datas por este definido através de cronograma.

Art. 5º- A coordenação dos trabalhos ficará a cargo do representante indicado pela maioria absoluta dos membros do Comitê.

Art. 6º- O Comitê terá vigência de 4 anos, podendo tal prazo ser prorrogado por igual período.

Art.7º- Os membros do Comitê desempenharão suas atribuições concomitantemente com as de seus respectivos cargos, funções e empregos, observada a legislação pertinente.

Parágrafo Único – As funções dos membros do Comitê não serão renumeradas, sendo seu exercício considerado de relevante interesse público.

Art. 8º- Fica a Secretaria Municipal de Saúde encarregada de adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto no presente Decreto.

Art.9º- Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as

disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal de XXXXXXXXXXXX, em xxxxxx de xxxxxx de XXX
Prefeito Municipal de xxxxxxxxxxxxxxxx

Ministério Público

Secretaria Municipal de Saúde

02- Portaria Nº 133/2020, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre a criação do Comissão Estadual de enfrentamento aos acidentes com escarpelamento:

03- Lei nº 11.970, de 06 de julho de 2009, altera a Lei nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, para tornar obrigatório o uso de proteção no motor, eixo e partes móveis das embarcações.

04- Lei nº 12.199, de 2010, instituiu o 28 de Agosto como o Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escarpelamento.

O questionário abaixo é um instrumento completo de informações sobre o acidente e sobre a vítima, que através da busca ativa e informações com familiares e busca nos prontuários da Santa Casa e Espaço Acolher, preenchemos para subsidiar todas as nossas ações, assim como avaliar os processos e andamento do tratamento:

Você, gestor, poderá utilizar esse questionário, caso ocorra acidente no seu município.

05- QUESTIONÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CASOS DE ESCALPELAMENTO NO ESTADO DO PARÁ

DATA DO PREENCHIMENTO: ____/____/____

Nº. DE REGISTRO DO CASO: _____

INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E SOCIAL

Nome completo da vítima: _____

Data do nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Local de nascimento: _____

Raça: _____ RG: _____ CPF: _____

Escolaridade: _____

Nome da escola: _____

Transporte de deslocamento para a escola: _____

Nome completo da mãe: _____

RG da mãe: _____ CPF da mãe: _____

Escolaridade da mãe: _____ Profissão da mãe: _____

Nome completo do pai: _____

RG do pai: _____ CPF do pai: _____

Escolaridade do pai: _____ Profissão do pai: _____

Constituição familiar: _____

Número de irmãos: _____ Intervalo de idade dos irmãos: _____

Religião da família: _____

Renda familiar média: _____

Família tem embarcação própria? _____

É usada para? _____

Família tem em casa: TV(S)(N) - Rádio(S)(N) - Celular(S)(N) – Computador (S)(N) - Acesso internet (S)(N).

Endereço: _____

Município: _____

Telefones: () _____ () _____ () _____

E-mail: _____

Outros dados pertinentes: _____

QUESTIONÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CASOS DE ESCALPELAMENTO NO ESTADO DO PARÁ – Nº de registro: _____

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE COM ESCALPELAMENTO

Nome completo da vítima: _____
 Data do nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Local de nascimento: _____
 Raça: _____ RG: _____ CPF: _____
 Nome completo da mãe: _____
 RG da mãe: _____ CPF da mãe: _____
 Data do acidente: ____/____/____ Hora do acidente: ____ : ____ h
 Local do acidente: _____
 Causa do acidente: ()Eixo do Motor ()Rabeta ()Hélice do barco ()Outro _____
 Percurso da viagem: _____
 Tipo da embarcação: _____
 Nome da embarcação: _____
 No. de registro da embarcação: _____
 Era a própria vítima quem conduzia a embarcação? (S) (N) Estava sozinha (S) (N)
 A família/responsável da vítima sabia que ela se deslocava sozinha na embarcação? (S) (N)
 Havia pessoas maiores de idade/responsáveis na embarcação? _____

Dados do (a) relator (a) do acidente

Nome completo: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ RG: _____
 CPF: _____
 Endereço: _____
 Relato do acidente:

QUESTIONÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CASOS DE ESCALPELAMENTO NO ESTADO DO PARÁ – Nº de registro: _____

Nome completo da vítima _____
 Data do nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Local de nascimento: _____
 Raça: _____ RG: _____ CPF: _____
 Nome completo da mãe: _____
 RG da mãe: _____ CPF da mãe: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A EMBARCAÇÃO

Tipo da embarcação: _____

Nome da embarcação: _____

Dados do (a) dono (a) da embarcação

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefones: () _____ () _____ () _____

Quais a(s) razão (ões)/dificuldades para a embarcação estar com o eixo descoberto?

 Não saber que existe a cobertura do eixo Não saber que a Marinha do Brasil faz a cobertura do eixo Não ter acesso à Marinha do Brasil para fazer a cobertura do eixo Não ter a documentação do barco Outros: _____

Dados do (a) condutor(a) da embarcação

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: _____ RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Quais a(s) razão (ões) /dificuldades para conduzir a embarcação com o eixo descoberto?

 Não saber que existe a cobertura do eixo Não saber que a Marinha do Brasil faz a cobertura do eixo Não ter acesso à Marinha do Brasil para fazer a cobertura do eixo Não ter a documentação do barco Outros: _____

QUESTIONÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CASOS DE ESCALPELAMENTO NO ESTADO DO PARÁ – Nº de registro: _____

Nome completo da vítima: _____

Data do nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Local de nascimento: _____

Raça: _____ RG: _____ CPF: _____

Nome completo da mãe: _____

RG da mãe: _____ CPF da mãe: _____

INFORMAÇÕES DO FLUXO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA

Primeiros socorros (Embarcação/Traslado):

1º. Atendimento profissional – local: _____

Data: __/__/____

Responsável (is) pelo 1º. atendimento de urgência/emergência:

Escalpe total (S) (N) - Escalpe parcial (S) (N)

Comprometimento de outras estruturas: _____

Procedimentos no 1º atendimento de urgência/emergência: _____

Condição clínica da vítima: _____

Transporte para Belém:

Data do transporte: __/__/____

 Transporte aéreo sanitário: _____ Transporte fluvial sanitário: _____ Transporte terrestre sanitário: _____ Transporte terrestre em veículo comum: _____ Outros: _____

Entrada no Hospital Metropolitano: _____

Quadro clínico da vítima:

Internação na Santa Casa:

QUESTIONÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CASOS DE ESCALPELAMENTO NO ESTADO DO PARÁ – Nº de registro: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA VÍTIMA

Identificação do quadro e complicações apresentadas:

- () Escalpe total () Escalpe parcial () Infecção () Avulsão de pálpebra () Avulsão de orelha () Brida cicatricial () Quelóide () Discromia () Anemia () Choque
 () Quadro depressivo () Outras alterações psicológicas: _____

Procedimentos cirúrgicos realizados na vítima:

- () Enxerto () Curativo cirúrgico () Expansor () Retalho () Trepanação
 () Cantoplastia () Reconstrução de pálpebra () Reconstrução de pavilhão auricular
 () Reconstrução de supercílio

Evolução das cirurgias e tratamento:

Acompanhamento no Espaço Acolher

Data de entrada: _____ Data de saída final: _____

Nome do acompanhante no Espaço Acolher: _____

Grau de parentesco: _____ RG: _____ CPF: _____

Classe Hospitalar no Espaço Acolher - Série em andamento: _____

Notações escolares: _____

Acompanhamento psicológico no Espaço Acolher: _____

Outros acompanhamentos terapêuticos: _____

Comentários adicionais: _____

Nome do responsável pelo preenchimento deste Questionário de Vigilância: _____

Lotação: _____ Cargo: _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRESAN, Deise; BASTOS, João Luiz; LEITE, Maurício Soares. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, 2013. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 331-44, 2015.

OIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV and ESCOBAR, AL., orgs. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. 2005.

FERREIRA, Luciana Benevides; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón; DO NASCIMENTO, Wanderson Flor. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 83-95, 2013.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GENIOLE, Leika AI; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, Cristiano CA. A saúde da família indígena. **Campo Grande: UFMS**, 2011.

MOREIRA, Ubiratan Pedrosa. A FUNASA e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas. **Estados e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II. Rio de Janeiro**, 2002.

PELLEGRINI, M. et al. Modelo de Atenção. **Relatório de Consultoria, Consórcio IDS-SSL-Cebrap**, 2009.

PEREIRA, Érica Ribeiro et al. Perfil de morbidade de indígenas em serviço especializado. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, 2014a; 3(1): 144-57.

TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde: A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. **Etnográfica**, v. 12, n.2, p. 323-351, 2008.

CESIPT: Coordenação Estadual de Saúde Indígena e Populações Tradicionais.

SESPA: Lomas Valentinas, 2190- Marco

E-mail: cesipt.sespa@gmail.com

E-mail da Comissão Estadual de Enfrentamento aos Acidentes

com Escalpelamento: comissao.escalpe.pa@gmail.com

Telefone: (91) 4006-4291