



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

HEVERTON RODRIGO OLIVEIRA LIMA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DOENÇA DIARREICA AGUDA  
NAS TERRAS INDÍGENAS DO TERRITÓRIO BREU, POLO BASE DE MARECHAL  
THAUMATURGO, DSEI ALTO RIO JURUÁ

SÃO PAULO  
2021

HEVERTON RODRIGO OLIVEIRA LIMA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DOENÇA DIARREICA AGUDA  
NAS TERRAS INDÍGENAS DO TERRITÓRIO BREU, POLO BASE DE MARECHAL  
THAUMATURGO, DSEI ALTO RIO JURUÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena  
da Universidade Federal de São Paulo para  
obtenção do título de Especialista em Saúde  
Indígena

Orientação: JULIANA NOGUEIRA DE SOUZA CAMPOS

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

O território Breu compõe o Polo Base de Marechal Thaumaturgo sob a responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Juruá. A área adscrita é composta por 16 aldeias, onde os serviços de saúde são prestados pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena à 181 famílias, correspondente a 917 indivíduos, considerando adultos, crianças e idosos, constituído pelas etnias Ashaninka (26,7%) e Huni Kuín (73,3%). Atualmente os principais problemas de saúde são as infecções respiratórias agudas, leishmaniose tegumentar americana (LTA), hepatite B e doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes). Contudo, as doenças diarreicas agudas ganham maior notoriedade em virtude do maior acometimento registrado no ano de 2020. A doença em questão foi notificada 132 vezes no território de estudo, onde 55% dos casos correspondia a crianças menores de 5 anos. No território Breu, a doença diarreica aguda está relacionada com as péssimas condições de vida e saúde, em consequência da falta de saneamento básico, de desastres naturais como as secas e inundações, hábitos higiênicos e comportamentais. Devido a esta problemática, foi realizada educação em saúde sobre o auto cuidado, voltada para os hábitos de higiene, especialmente quanto a lavagem das mãos antes e após as refeições e eliminações, limpeza de cabelos e unhas, higiene bucal e banho diário. Acredita-se que o conhecimento obtido por meio de ações educativas preventivas de saúde prestados pelos membros da EMSI, funciona como um agente transformador para realidade de cada indígena.

### **Palavras-chave:**

Saúde Pública. Equipe Multiprofissional. Desnutrição. Criança. Autocuidado

## **APRESENTAÇÃO**

Meu nome é Heverton Rodrigo Oliveira Lima, tenho 33 anos e me formei na Bolívia no ano de 2017. Entrei para a saúde indígena através do Programa Mais Médicos para o Brasil em março de 2019. Nasci no dia 11 de outubro de 1986, na cidade de Cruzeiro do Sul, localizada no interior do Acre. Sou o terceiro de quatro filhos de Hamilton Carlos de Souza Lima e Maria José Oliveira de Lima. Meu pai, com bastante dificuldades, concluiu a faculdade de ciências contábeis e trabalhava como comerciante e pecuarista, minha mãe era responsável por todos os afazeres do lar. Eu e os meus irmãos sempre fomos ensinados que através da educação poderíamos alcançar todos os nossos objetivos. Como os meus pais sempre dizem "...estude, pois, a caneta é mais leve que a enxada".

Iniciei a minha jornada de ensino na escola Instituto Santa Terezinha, onde cursei todo o ensino fundamental. Já no ensino médio fui para a Escola São José e no último ano cursei na Escola Dom Henrique Ruth. Em 2007 após ter finalizado o ensino médio, prestei o vestibular para Engenharia Agrônoma na Universidade Federal do Acre, onde alcancei o resultado esperado para adentrar na instituição de ensino.

No ano de 2008 iniciei o curso de engenharia como planejado, porém eu não me identifiquei com o curso e mesmo apresentando bom desempenho nas disciplinas, eu não me enxergava fazendo aquilo para o resto da minha vida. Na época comentei com o meu irmão sobre as minhas expectativas sobre o curso e ele me convidou para ir cursar medicina na Bolívia. No primeiro momento tive medo de abandonar um curso em uma universidade federal, mas de uma coisa eu tinha certeza, eu precisava escolher uma profissão que eu me sentisse realizado.

Em 2009 aceitei o convite do meu irmão e fui estudar medicina na Universidad Privada Abierta Latinoamericana (UPAL), localizada na cidade de Cochabamba na Bolívia. Com muitas dificuldades, porém com muito entusiasmo, força e dedicação concluí a faculdade de medicina em 2014. Porém, tive que aguardar até o ano de 2015 para realizar o exame de graduação, esse que se trata de uma avaliação realizada pela UPAL por meio de questionamentos orais e/ou escritos para mensurar a eficiência do processo de formação.

Após esse longo período de formação acadêmica, o ano de 2016 foi marcado por intensos processos administrativos, pois precisei convalidar o diploma de medicina dentro dos parâmetros criados pelo governo brasileiro para que futuramente tentasse a revalidação. No início de 2017, comecei a preparação para a prova do Revalida, mesmo não havendo previsão de ser realizada. Sabe-se que após aprovação nessa prova, é possível a revalidação dos diplomas de médicos que se formaram no exterior e desejam exercer sua profissão no Brasil.

Seguia mergulhado nos livros me preparando para o exame revalida, quando no primeiro trimestre de 2019 abriu o edital para as vagas remanescentes do Programa Mais Médicos. Tinha consciência que, conquistando uma vaga no programa, seria a única opção para exercer a medicina sem o registro no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Depois de passar pelo processo seletivo e alcançar a vaga tão desejada, me tornei um dos profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Juruá (DSEI ARJ), esse que é referência para mais de 17 mil indígenas. Recordo-me que passei por uma capacitação juntamente com os outros os profissionais médicos que foram admitidos pelo programa mais médicos, em Brasília - DF.

Quando me apresentei no DSEI ARJ participei de um treinamento com a equipe da

Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) com a finalidade de promover reflexões sobre a dinâmica dos povos indígenas, principalmente abordando sobre a compreensão do processo de saúde e doença e outras temáticas que contribuirão futuramente para o entendimento e auxílio nas tomadas de decisões no que tange a saúde dos indígenas.

Durante a capacitação no DSEI ARJ fui comunicado que seria lotado no município de Marechal Thaumaturgo, Acre. Por conhecer a região, já tinha ciência de que se tratava de uma localidade de difícil acesso, porém estava disposto a encarar esse desafio.

No Polo Base Indígena de Marechal Thaumaturgo, fui direcionado para a equipe do território Breu, que é referência para mais de 900 indígenas distribuídos em 16 aldeias. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) é composta por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, técnicos em enfermagem, agentes indígenas de saneamento e agentes indígenas de saúde.

Estou no Programa Mais Médicos na saúde indígena há 1 ano e 8 meses, e sem dúvidas tem sido desafiador trabalhar com indígenas que residem em localidades de difícil acesso, em aldeias que não dispõem de Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) e tampouco estrutura física para a realização de procedimentos, e que na maioria das vezes o chão é a única opção para realização dos atendimentos.

Contudo, sinto-me privilegiado por entender o quanto cresci como profissional e ainda mais como ser humano, o quanto amadureci. Já não sou mais o mesmo, e fico feliz por me tornar uma pessoa melhor. Sou grato a minha equipe de trabalho, pela humildade, por mediarem o conhecimento, por acreditarem em meu trabalho e por expressarem através de olhares de apoio, de palavras de incentivo, de gestos de compreensão, de atitudes de segurança, mesmo quando me julgo incapaz. Hoje a frase de Steve Jobs faz todo sentido para mim, quando ele expressa que "o único jeito de conseguir trabalhar bem é fazendo o que você ama".

Figura 1. Realizando atendimento domiciliar na aldeia Nova Morada



Fonte: Arquivo pessoal

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

No Acre foram estabelecidos os DSEI Alto Rio Purus (ARP) que atende a região leste do estado e o DSEI Alto Rio Juruá (ARJ) que atende a porção noroeste e que tem sua sede no município de Cruzeiro do Sul.

O DSEI Alto Rio Juruá atente uma população de 18.208 indígenas de 14 etnias que estão distribuídos em 162 aldeias. O DSEI Alto Rio Juruá está dividido em 7 Polos-base e abrange 8 municípios do Acre (Mâncio Lima, Cruzeiro do Sul, Rodrigues Alves, Tarauacá, Feijó, Porto Walter, Jordão e Marechal Thaumaturgo) e conta com uma CASAI. (SIASI/DSEI-ARJ, 2019).

Dentre as populações atendidas pela SESAI está a comunidade do Rio Breu, que, no contexto do DSEI-ARJ, pertence ao Polo Base de Marechal Thaumaturgo. Nesta pode-se encontrar povos das etnias Ashaninka e Kashinawa.

O município de Marechal Thaumaturgo fica localizado no noroeste do estado do Acre e faz divisa com os municípios de Porto Walter, Tarauacá e Jordão, e faz fronteira com o Peru. Em seu território está localizado grande parte do território que compõe o Parque Nacional da Serra do Divisor (Figura 2).

Figura 2. Localização Geográfica do município de Marechal Thaumaturgo



Fonte: Google Mapas, 2021.

Além dos povos Ashaninka e Kashinawá, no município de Marechal Thaumaturgo também existe o grupo étnico dos Jaminawá, Apolima Arara e Kuntanawã que também são assistidos pelas atividades do DSEI-ARJ.

Dentro dos municípios de abrangência do referido DSEI-ARJ, o relevo é basicamente constituído de depressões em sua maior parte do território e, o Rio Juruá é o principal rio dentro da

abrangência do DSEI e pertence a bacia do Rio Amazonas. Este rio é o principal meio de acesso aos municípios de Porto Walter e Marechal Thaumaturgo a Cruzeiro do Sul, considerado o segundo maior município do Acre.

O clima desta região é quente e úmido, com chuvas bem distribuídas ao longo do ano e tem uma temperatura média que varia entre 22 °C e 26 °C e predomina a floresta amazônica. Esta região, portanto, conhece duas estações bem distintas: o inverno, marcado por chuvas torrenciais que acarretam as enchentes e, por vezes, o transbordamento do Rio Juruá e seus afluentes, e o verão amazônico, que é marcado por chuvas menos frequentes, seca dos rios e calor intenso (MELO e AMARAL, 2000).

A economia dos municípios que compõem a região do Vale do Juruá está constituída basicamente da agricultura familiar e produção de farinha de mandioca e pecuária. A BR 364 é a rodovia que conecta o Vale do Juruá aos demais municípios do Acre e a outros estados do país. Além disso, a região conta com um aeroporto que recebe voos regulares, tornando o deslocamento até a capital e para fora do estado muito mais rápida. Apesar disso, grande parte do abastecimento de mercadorias do Vale do Juruá ocorre por meio fluvial, através do Rio Juruá, por embarcações pertencentes aos maiores empresários da região, vindas de Manaus- AM, sobretudo no período de cheia dos rios.

O município de Marechal Thaumaturgo, onde fica localizado o Polo Base que atende o recorte territorial do Rio Breu apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,501, estando bem abaixo do índice estadual que é de 0,665 de acordo com as últimas pesquisas realizadas pelo IBGE (2010). Este baixo índice pode estar diretamente atrelado a localização geográfica do município. O mesmo está inserido em local de difícil acesso, em região fronteira e cercado por Unidades de Conservação e territórios indígenas. Estas condições de quase isolamento, por sua vez, acabam limitando a exploração econômica de forma mais intensificada na região.

Além disso, este isolamento geográfico do município de Marechal Thaumaturgo afeta as condições de saúde, consideradas precárias quando comparadas ao contexto de outros municípios do estado. De acordo com o Departamento de Informações do SUS - DATASUS (2020), Marechal Thaumaturgo possui apenas quatro Unidades Básicas de Saúde, além de uma Unidade Hospitalar que está preparada para atender casos de urgência e emergência. No entanto, para enfermidades de maior gravidade e que requerem atenção especializada, é necessário realizar o deslocamento dos pacientes para o município de Cruzeiro do Sul ou até mesmo para Rio Branco que possuem melhor estrutura física e profissional para estes atendimentos.

Segundo o IBGE (2010), Marechal Thaumaturgo ocupa a primeira posição no *ranking* de mortalidade infantil do estado, com uma média de 28,35 óbitos para cada mil nascidos vivos. Ainda de acordo com os dados do IBGE (2010), para cada mil habitantes, 1,3 internações são decorrentes da diarreia, colocando o município no 13º lugar entre os demais municípios do estado que apresentam este diagnóstico como causa de internação.

Dentre tantos fatores limitantes que circundam o município de Marechal Thaumaturgo, vale salientar que este isolamento compromete até mesmo o sistema de comunicação do município, que sofre constantemente com a falta de energia elétrica, sistema de telefonia e acesso à internet.



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

Desde o ano de 1976, a FUNAI (Fundação Nacional do Índio) foi implantada no Estado pelo Ministério da Justiça para prestar assistência e mediar as relações entre o Estado e as populações indígenas afim de atender as necessidades socioeconômicas básicas dos mesmos (ARRUDA, 2009).

No ano de 2010, através do Decreto nº 7.336 o Ministério da Saúde instaurou a Secretaria Especial de Saúde indígena (SESAI) que estabeleceu por meio de DSEIs (Distrito Sanitário Especial Indígena) uma rede elaborada de serviços de atenção básica de saúde a povos indígenas, através de uma abordagem mais específica de acordo com as especificidades de cada comunidade (BRASIL, 2010).

Através de uma notória necessidade de um modelo que contemplasse a organização e implementação de serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde de povos indígenas, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, que conectaria as diversas etnias existentes no Brasil aos benefícios oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

De acordo com Funasa (2002) um DSEI pode ser definido como “um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado”. Dentre as suas atribuições estão as atividades técnicas voltadas para a garantia da qualidade de saúde e práticas sanitárias, tal como o gerenciamento da assistência prestada às populações indígenas.

Os DSEIs são formados com a participação de lideranças indígenas, órgãos indigenistas, órgãos governamentais e não governamentais, antropólogos e especialistas da área de saúde. A partir disso, são criadas as redes de serviço que obedecerá a uma hierarquia de forma articulada para melhor atender as necessidades de uma área indígena. Desta forma, as equipes de atendimento são formadas com a presença de médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a presença de outros profissionais quando se mostrar necessário, de modo a garantir a qualidade de vida dentro das aldeias.

O número de profissionais envolvidos e o tempo de permanência de cada equipe dentro das aldeias são estabelecidos por um planejamento estratégico de atividades considerando aspectos listados pela Funasa (2002), tais como:

- \* População, área geográfica e perfil epidemiológico;
- \* Disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;
- \* Vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- \* Relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- \* Distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Para garantir a melhor forma de coordenar as atividades desenvolvidas pelos DSEIs foram criados os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs). Estes CONDISIs foram criados para funcionar como ferramenta de controle social. Cabe ao CONDISI atuar em caráter permanente e deliberativo para monitorar e acompanhar as ações voltadas para a saúde indígena de cada DSEI.

Cada CONDISI deve ser composto por membros da comunidade usuária, por representantes de

organizações governamentais, prestadores de serviço e profissionais do setor de saúde de cada distrito, profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde indígena nos DSEIs e representantes dos governos em esfera municipal, estadual e federal. Este conselho deve ser mediado por um presidente e um vice-presidente, eleitos pelos demais membros do conselho por um período de dois anos com uma única recondução de igual duração (BRASIL,2020).

De acordo com a Portaria nº 3.021(BRASIL, 2020) que dispõe sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS, são competências do CONDISI:

- ♦ Apresentar propostas para a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena;
- ♦ Elaborar e aprovar o PDSI;
- ♦ Acompanhar e monitorar, a execução do PDSI e do plano de trabalho do DSEI;
- ♦ Acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais;
- ♦ Acompanhar a execução financeira dos DSEIs; e
- ♦ Elaborar e aprovar seus regimentos internos, os quais serão homologados pelo titular da SESAI/MS e publicado no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI ARJ é composto por 24 membros que integram os oito Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI vinculados ao DSEI - ARJ, como representado no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição de membros do CONDISI ARJ por CLSIs.

<b>CONSELHOS DE SAÚDE INDIGENA</b>	<b>QUANTITATIVOS DE CONSELHEIROS</b>
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base de Cruzeiro do Sul	04
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base de Mâncio Lima	04
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base de Porto Walter	04
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base de Rodrigues Alves	04
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base de Marechal Thaumaturgo	10
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base Jordão	12
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base de Tarauacá	16
Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI do Polo Base de Feijó	10

Fonte: Resolução CONDISI/ARJ de 19 de setembro de 2014 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

Como determinado pela Resolução Nº 453 (BRASIL, 2012), que regimenta as diretrizes de Conselhos de Saúde nas esferas municipais, estaduais e federais, o CONDISI-ARJ, assim como os demais, é composto por 50% de usuários, que neste caso representa os povos indígenas do DSEI-ARJ, 25% de trabalhadores de entidades voltadas para saúde indígena e 25% de representantes

do governo, e de prestadores de serviços.

A Resolução CONDISI-ARJ/2014 (MINISTERIO DA SAUDE, 2015) determina que o CONDISI-ARJ deve ser composto por Plenário, Presidência e Vice-Presidência, Secretaria e Comissões, onde cada um carrega suas próprias funções e responsabilidades dentro da organização como representado no Quadro 2.

Quadro 2. Representação das funções exercidas pelos membros do CONDISI-ARJ de acordo com cada função.

## **ESTRUTURA**

## **FUNÇÃO**

Plenário

- Órgão máximo do Conselho Distrital, de deliberação plena e conclusiva sobre todos os assuntos a ele submetidos, formado pelos Conselheiros Distritais de Saúde Indígena titulares no exercício pleno de seus mandatos.
- Pode ter participantes convidados pelo conselho ou pessoas interessadas nos assuntos da área de saúde indígena.
- Por decisão da maioria absoluta de seus membros, o Plenário poderá ordenar diligência no sentido de elucidar quaisquer situações sobre as quais “parem” dúvidas, designando Comissão para cumprimento da diligência, bem como, o prazo para a apresentação do parecer final por parte da referida Comissão.

Presidente

- Instalar o Conselho e presidi-lo;
- Representar o Conselho em suas relações internas e externas, ou designar um membro para tal, com aprovação do Plenário;
- Convocar e coordenar as reuniões, conforme estabelecido no presente Regimento, em conjunto com a Secretaria Executiva;
- Propor e apresentar a pauta e a ordem do dia dos trabalhos da reunião plenária;
- Assinar as correspondências oficiais;
- Tomar parte das discussões e votações e, se for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
- Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Plenário, por meio da Secretaria Executiva;
- Encaminhar ao Coordenador do DSEI a relação de conselheiros eleitos, os nomes dos eleitos e/ou indicados por suas instituições e comunidades que integram o CONDISI-ARJ, com o objetivo de que seja feita a Portaria de designação no Diário Oficial da União - DOU, por intermédio do Secretário Especial de Saúde Indígena;
- Encaminhar ao Coordenador do DSEI-ARJ o Regimento Interno do Conselho Distrital, bem como, os quantitativos de conselheiros por Conselho aprovados pelo Plenário para que sejam publicados em Boletim de Serviço, por meio de ato de homologação por parte do Secretário Especial de Saúde Indígena;
- Solicitar ao Coordenador do DSEI-ARJ que publique em Boletim de Serviço por Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI o Regimento Interno e Portaria nomeando os Conselheiros em Diário Oficial da União - DOU, sempre observando os costumes e a organização social de cada etnia da área de abrangência do DSEI-ARJ;
- Representar o CONDISI-ARJ junto ao Fórum Permanente de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena - FPCONDISI;
- Propor e organizar as instalações físicas, ou seja, salas e equipamentos, junto ao DSEI para o bom andamento das atividades do controle social na saúde indígena;
- Participar e colaborar na realização das reuniões e formações de Conselheiros Distritais e Locais de Saúde Indígena;
- Convocar o processo eleitoral e de renovação do Conselho a cada 02 (dois) anos, com antecedência de 30 (trinta) dias.
- Emitir e baixar atos resultantes das deliberações do Conselho, sob a forma de resoluções e encaminhá-las ao Chefe do DSEI para que sejam homologadas e publicadas em Boletim de Serviços - BSE;
- Distribuir trabalhos aos Conselheiros alternadamente e indicar membros para as Comissões, se for o caso;
- Comunicar as autoridades as decisões do Conselho, encaminhando as resoluções que exigem providências, em especial, aquelas urgentes;
- Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno submetendo os casos omissos à apreciação do Plenário

Vice-Presidente

- Substituir o Presidente nos seus afastamentos ou impedimentos legais e no caso de impedimento de ambos será convocada nova eleição no prazo de até 30 (trinta) dias, neste período o Secretário Executivo do Conselho ficará encarregado de dar andamento nas atividades do CONDISI, com a ciência do Coordenador Distrital

Secretaria Executiva

- Preparar as reuniões juntamente com o Presidente do CONDISI-ARJ;
- Organizar a pauta de cada reunião, selecionando os temas, priorizando aqueles deliberados em reunião antecedente, observando os seguintes critérios: a) Pertinência - temas inclusos observando as atribuições legais do Conselho; b) Relevância - temas prioritários definidos pelo Plenário e Presidente do Conselho; c) Tempestividade - temas inseridos por ordem de entrada junto a Secretaria Executiva no tempo oportuno e hábil.
- Convocar os Conselheiros para as reuniões;
- Lavrar em meio eletrônico a ata de cada reunião e submetê-las a Presidência para posterior aprovação na reunião do Plenário;
- Encaminhar cópias dos documentos contendo decisões, resoluções e outros atos do Conselho, que necessitam de divulgação com antecedência máxima de 48 (quarenta e oito horas) das reuniões para os membros do Conselho;
- Coordenar administrativamente todas as tarefas demandadas das reuniões e das Comissões sob supervisão do Presidente;
- Articular, preparar e organizar as formações de Conselheiros e outros eventos e atuar como facilitador quando se fizer necessário;
- Auxiliar o Presidente nos trabalhos do Conselho e prestar os esclarecimentos que forem solicitados durante as reuniões;
- Encaminhar e acompanhar juntos aos órgãos competentes as deliberações das reuniões plenárias;
- Receber, examinar, distribuir, organizar e responder por meio do Presidente as correspondências e documentações apresentadas ao Conselho;
- A documentação com demandas apresentadas ao CONDISI será classificada anualmente por ordem cronológica de entrada e distribuídas aos membros pela Secretaria Executiva por intermédio do Presidente para conhecimento, análise, relatoria e solução dos pleitos;
- Instruir os processos e fazer cumprir as diligências determinadas pelo Presidente e aprovadas pelo Plenário;
- Auxiliar os Conselheiros e as Comissões na análise e aprovação das prestações de contas do DSEI, bem como, de instituições públicas, privadas ou não governamentais conveniadas ou não que prestam ações de saúde indígena;
- Encaminhar aos órgãos de comunicação social, dados e informações autorizadas para fins de divulgação;
- Encaminhar expedientes aos interessados, dando ciência dos despachos, decisões e resoluções proferidas nos respectivos processos;
- Organizar, participar e promover o apoio necessário para realização do processo eleitoral do Conselho;
- Exercer outras atribuições que lhes forem delegadas pelo Presidente do CONDISI, assim como pelo Plenário. Art. 35. O Secretário-Executivo e seu substituto serão indicados pelo Coordenador do DSEIARJ, em comum acordo com o Presidente do CONDISI, recomenda-se que a indicação se possível seja de servidores do DSEI-ARJ, conforme disposto na Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Comissões

- Apreciar e promover a instrução dos processos que lhes forem distribuídos e fazer cumprir as exigências determinadas pelo Plenário;
- Responder a consultas encaminhadas pelo Presidente
- Tomar iniciativa de medidas e sugestões a serem propostas ao Plenário;
- Realizar diligências, acompanhamento e supervisão das atividades de saúde da Casa de Saúde do Índio, Polos-base, Aldeias e Conselhos Locais, quando delegados pelo Plenário e pelo Presidente.

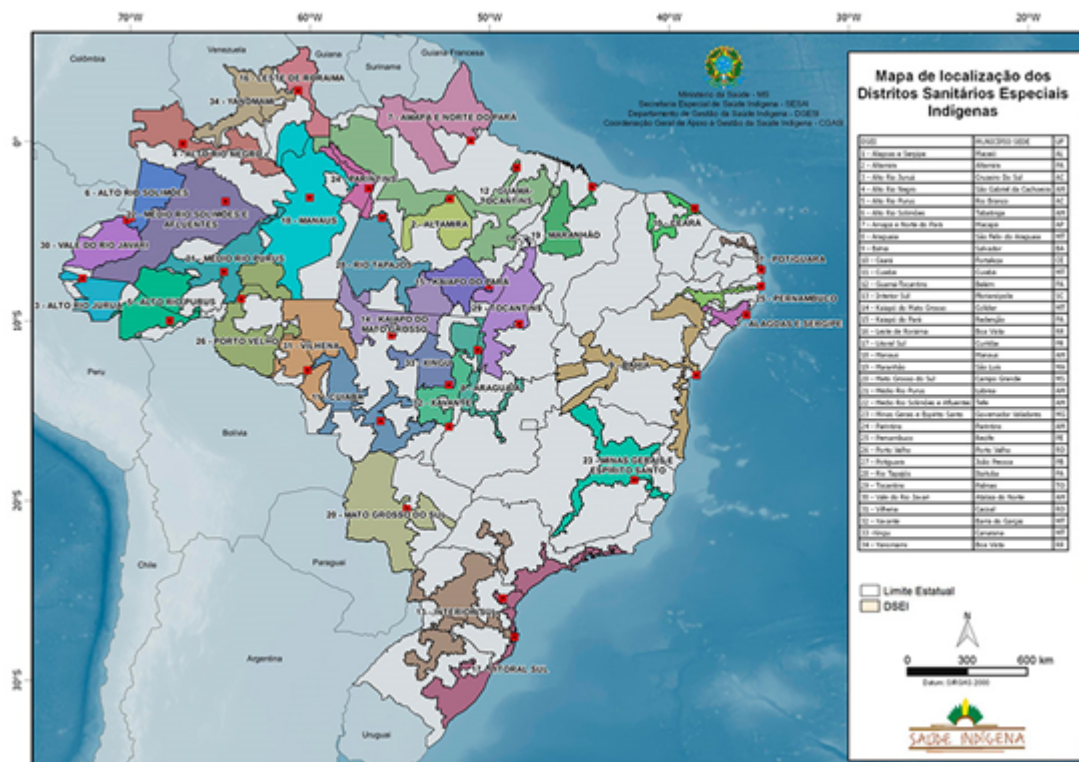
Fonte: Resolução CONDISI/ARJ de 19 de setembro de 2014 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

Segundo a SESAI (2019), cada DSEI precisa elaborar, através do CONDISI, um Plano Distrital de Saúde (PDSI), que funciona como ferramenta norteadora para as principais necessidades de cada distrito, afim de aprimorar as ações a serem desenvolvidas pelas equipes junto aos povos indígenas, em acordo com a situação de saúde em cada aldeia e alinhado com as diretrizes da SESAI.

O PDSI deve ser elaborado para períodos de quatro anos, contendo intenções e metas a serem executadas neste tempo, considerando as prioridades e especificidades de cada DSEI (SESAI, 2019).

Atualmente o Brasil conta com 34 DSEIs (Figura 3), distribuídos de acordo com critérios territoriais e distribuição das comunidades indígenas (CENTRO CULTURAL DO MINISTERIO DA SAUDE - CCMS, 2020). No Acre existem dois DSEIs, cujas sedes estão localizadas em Cruzeiro do Sul (DSEI- Alto Rio Juruá) e outra em Rio Branco (DSEI- Alto Rio Purus).

Figura 3. Mapa de localização e distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



Fonte: Instituto Ovídio Machado, 2020.

Um DSEI atua como uma unidade gestora e é responsável pelo funcionamento dos Polos-Base. Estes nada mais são que locais de suporte e referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias. Cada Polo-base é responsável por cobrir assistencialmente um conjunto de aldeias que são distribuídos de acordo com os parâmetros políticos e geográficos de cada DSEI. No Brasil existem 356 polos-base, distribuídos entre os 34 DSEIs existentes.

Estes Polos-base estão divididos em duas categorias: Polo-base Tipo I e Polo-base Tipo II, de acordo com a complexidade de sua atuação.

Os Polos-Base Tipo I atuam diretamente dentro das aldeias indígenas e entre suas competências estão atividades como: capacitação, reciclagem e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem; coleta de material para exame; esterilização; imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); coleta e análise sistêmica de dados; investigação epidemiológica; informações de doenças; prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e outras atividades compatíveis com o estabelecimento (INSTITUTO OVÍDIO MACHADO, 2020).

Os Polos-base Tipo II, tem localização fixa no município de referência, onde a Equipe Multidisciplinar não realiza atividade de assistência à saúde, encaminhando o público, quando necessário para as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, são atribuídas aos Polos-base Tipo II, atividades como (INSTITUTO OVÍDIO MACHADO, 2020):

- ♦ Armazenamento de medicamentos;
- ♦ Armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas;
- ♦ Comunicação via rádio;
- ♦ Investigação epidemiológica;
- ♦ Informações de doenças;
- ♦ Elaboração de relatórios de campo e sistema de informação;
- ♦ Coleta, análise e sistematização de dados;
- ♦ Planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência;
- ♦ Organização do processo de vacinação na área de abrangência; e
- ♦ Administração.

A assistência à saúde indígena prestada pelos DSEIs conta ainda como o suporte de CASAIs (Casas de Saúde do Índio), que são pontos de referência para recepção e apoio ao índio encaminhado da aldeia/Pólo-Base. Geralmente estão localizadas em municípios de referência e tem como função facilitar o acesso da população indígena ao atendimento secundário e/ou terciário como forma de intermediar as ações do SUS voltadas ao público indígena.

A partir Portaria 1.801/2015 (BRASIL, 2015), que define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), ficou estipulado que as CASAIs são responsáveis por:

- ♦ Ser mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;

- ♦ Prestar serviço de tradução para os que não falam português;
- ♦ Realização de contra-referência com os Distritos Sanitários e articulando o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta;
- ♦ Recebimento de pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI;
- ♦ Fornecimento de alojamento e alimentação aos pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento; prestação da assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação;
- ♦ Acompanhamento dos pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares; entre outras, estipuladas na mesma Portaria.

Portanto, o DSEI é uma organização que, juntamente com os Polos-base, as CASAI e as unidades básicas de saúde formam uma rede de apoio e garantia da prestação de assistência devida e justa às aldeias indígenas de cada distrito (Figura 4).

Figura 4. Modelo de Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena.





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

O território recorte selecionado para o presente estudo trata-se do Recorte do Rio Breu que está localizado no município de Marechal Thaumaturgo e é amparado pelo DSEI - Alto Rio Juruá.

Este recorte tem sido meu local de trabalho nos últimos um ano e oito meses e, como consequência optei por torná-lo meu objeto de estudo, que me proporciona maior segurança e propriedade na explanação dos dados trabalhados. As minhas vivências, aprendizados e atuação profissional junto aos povos que ocupam este território são a principal motivação para a realização deste trabalho. Portanto, meu objeto de estudo não poderia ser outro.

Vale salientar que dentre os quatro territórios indígenas existentes no município em que atuo, este é ocupado por duas etnias distintas: os Ashaninka, e os Kaxinawa, o que acarreta maior diversidade, riqueza e representatividade para o meu Trabalho de Conclusão de Curso.

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

O município de Marechal Thaumaturgo fica localizado as margens do rio Juruá, sendo este, o principal meio de acesso ao município e as comunidades que o compõem. Este rio apresenta boa navegabilidade por embarcações de pequeno porte durante os períodos chuvosos. Porém, durante os conhecidos “verões amazônicos”, o baixo volume do Rio Juruá, bem como de seus afluentes, torna bastante dispendiosa a navegação (Figura 5) e, por consequência, o acesso as comunidades que dependem de seus leitos (MELO e AMARAL, 2000).

Figura 5. Acesso as comunidades do Território Rio Breu durante o “Verão Amazônico”.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Marechal Thaumaturgo está localizado na porção ocidental do estado Acre e faz fronteira com território peruano. A área deste município abrange aproximadamente 506.186 hectares e deste (MELO e AMARAL, 2000), 168.172 hectares são ocupados por territórios indígenas e 74.814,62 hectares de Unidades de conservação (UNIDADES DE CONSERVAÇÃO NO BRASIL, 2020), o que correspondem, respectivamente, a 33,2% e 14,8 % do seu território total.

O território indígena que compõe o município de Marechal Thaumaturgo está dividido pelas etnias Indígenas Ashaninka (Kampa) e Apolima Arara, localizada no Rio Amônia; Jaminawá/Arara do Rio Bagé; Ashaninkas no Rio Arara; Kuntanawã no Rio Téjo; Kaxinawá do Rio Jordão e Ashaninka (Kampa) e Kaxinawá do Rio Breu (MELO e AMARAL, 2000).

O Território Recorte selecionado para este trabalho é o território do Breu. Este recorte abriga o povo indígena Huni Kuin (que significa “Homens Verdadeiros”), um subgrupo da etnia Kaxinawá (povo do morcego) que pertencem a família linguística *Pano*. Socialmente, os povos indígenas dividem-se basicamente por idade e gênero, onde, crianças e idosos têm menores compromissos com atividades práticas do cotidiano. As atividades consideradas mais pesadas como produção e construção ficam a cargo dos homens que, as realizam de forma coletiva, enquanto as mulheres têm a responsabilidade de garantir a organização da aldeia, preparação de alimentos e a criação dos filhos (LAGROU, 2018).

Para a subsistência das famílias Huni Kuin, a principal atividade econômica é o cultivo de amendoim e o cultivo de mandioca para a produção de farinha, além de outras culturas como a banana, o milho, arroz e feijão, utilizados para o próprio consumo, geralmente realizadas pelos

homens, bem como as atividades de caça e pesca. Além disso, os povos Huni Kuin são conhecidos por suas habilidades na produção de tecidos de algodão e peças de artesanato e pinturas de belíssimos *designs* com matérias-primas provenientes de seus “quintais”, em que, todos eles carregam fortemente a identidade cultural dos Kaxinawá através dos Kenê Kui (desenho verdadeiro) que são os padrões gráficos desta etnia. Este trabalho, por sua vez, é atribuído como função das mulheres da aldeia (FERREIRA, 2002).

De acordo com Lagrou (2018), as pajelanças, xamanismo e uso de Ayahuasca, práticas comuns entre comunidades indígenas são comuns entres os povos Kaxinawá e consideradas importantes para processos de autoconhecimento, conexão com o meio e a cura de doenças físicas e espirituais.

Estes rituais tradicionais, no entanto, sofrem riscos reais de abandono a medida que as comunidades indígenas recebem intervenções de populações não indígenas, sobretudo ao que se refere a religiões e crenças. No Acre, essas intervenções ocorrem desde o início do século 20, quando ocorreu a vinda de pessoas do sudeste e nordeste do país para lucrar com a exploração do látex de seringueira (*Hevea brasiliensis*). Foi a partir deste momento que as populações indígenas do estado passaram a ser escravizadas, “educadas” e catequizadas segundo os costumes dos homens brancos.

Ainda dentro do recorte territorial do Rio Breu, as comunidades Pau Furado, Nova Shaketo, Nova Morada e Morada Nova, são ocupadas por indígenas da etnia Ashaninka (Kampa). Este grupo étnico tem suas origens nos Andes do Peru e fizeram sua migração para territórios brasileiros no final do século XIX.

Os Ashaninka (minha gente), também conhecidos como Kampa, fazem parte do tronco linguístico Aruak. Acredita-se que a existência desses povos na Selva Central é de aproximadamente 5 mil anos. No Brasil, os primeiros contatos destes povos com os brancos ocorreram durante a corrida da borracha proveniente do caucho (*Castilloa elástica*) a partir do ano de 1870. Nesta época foram explorados para trabalhar em fazendas, cultivos agrícolas e exploração madeireira. Esta situação prevaleceu durante algumas décadas, até a chegada de missionários norte-americanos em 1921(PIMENTA, 2005).

Durante a década de 1980, uma exploração desenfreada de madeira passou a ocorrer no território do Rio Amônia, onde habitava a maior parte dos Ashaninkas. Estes, por sua vez, eram tomados como mão-de-obra, corroborando inconscientemente com uma devastação desastrosa de suas próprias florestas (FUNAI,2020).

Por conta desta intervenção massiva em suas terras, os Ashaninka deixaram de lado seus costumes como a realização do ritual *piyarentsi* (momentos em que são discutidos temas como casamentos, brigas, caçadas, problemas com os brancos, projetos etc.) e a produção de seus produtos artesanais. Além disso, toda esta presença de homens brancos dentro das aldeias acarretou o surgimento de diversas doenças como gripe, sarampo, coqueluche, hepatite, cólera, entre outras, levando diversos indígenas a óbito e, por vezes, dizimando famílias inteiras. Este momento é lembrado pelos povos Ashaninka como uma época de fome e escuridão, marcado por dificuldades extremas (PIMENTA, 2005).

Estas dificuldades, no entanto, foram o ponto de partida para a luta dos indígenas pelos seus direitos e a procura para a demarcação de suas terras, atrelando-se as lutas dos demais povos indígenas do Acre, recebendo apoio da FUNAI.

Espiritualmente falando, os Ashaninka baseiam suas crenças na dicotomia do Bem e do Mal e na

divisão vertical da terra em camadas, que vai desde o inferno (*Sainkavéni*) até o mundo das nuvens (*Menkóri*), passando pelo primeiro nível subterrâneo (*Kivínti*) e o mundo terrestre (*Kamevéni*).

Os Ashaninkas vivem em casas cobertas de palha em que o telhado vai até o chão e vestem-se com a tradicional *kushma* que é considerada uma forma de diferenciação étnica deste povo (Figura 6). Estas vestes são tecidas pelas mulheres de modo que o decote dos homens têm formato em “V” com listras verticais e coloridas e para mulheres em formato de “U” com linhas horizontais. Depois de certo tempo de uso, estas vestes são tingidas com corantes naturais e recebem uma coloração marrom ou preta. Os Ashaninkas são responsáveis também pela produção de seus próprios adornos como chapéus e colares, bem como seus próprios instrumentos musicais, utilizando matérias-primas retiradas do seu entorno (Pimenta, 2005).

Figura 6. Representação das vestimentas típicas dos povos Ashaninka.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Os núcleos familiares dos Ashanikas são formados por marido, esposa e filhos que se concentram em torno de um ancião membro da família e vivem em comunidades com outras famílias nucleares que trabalham de forma cooperativa em suas atividades econômicas como caça, pesca e agricultura.

O acesso às aldeias do território do Rio Breu é realizado por meio fluvial ou, em situações especiais, através de helicóptero. Deste modo, deve-se considerar dificuldades de acesso a estes territórios, onde, a aldeia mais próxima fica a 49 km e a mais distante à 400km do Polo Base (SIASI/DSEI-ARJ, 2020).

Por estar localizada em um local de difícil acesso, as comunidades presentes no recorte do rio Breu, as necessidades básicas de sobrevivência como tratamento sanitário, água potável, e escolaridade regular são precárias ou inexistentes, tornando difícil as condições de vida de muitas famílias.

Ao longo do rio Breu (Figura 7), os Huni Kuin e os Ashaninka estão divididos em 16 comunidades: Pau Furado, Novo Shanketo, Nova Morada, São Francisco, Glória de Deus, Morada Nova, São José, Vida Nova, Nova Aliança, Bem Criativo, São Jorge, Cruzeiroinho, Japiim I, Japiim II, Pensamento e Jacobina (SIASI/DSEI-ARJ, 2020).

Figura 7. Representação gráfica da distribuição das aldeias assistidas pelo DSEI-ARJ ao longo do Rio Breu.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Dentro destas aldeias existem o total de 181 famílias atendidas pelos DSEI, as mais populosas são as Aldeias Nova Morada e Vida Nova com 19 famílias cada uma e, a menos populosa é a Aldeia Nova Aliança, com apenas quatro famílias, como representado no Quadro 3.

Quadro 3. Representação demográfica de famílias por Aldeia e presença de estrutura escolar no Território Recorte do Rio Breu.

<b>ALDEIA</b>	<b>QUANTIDADE DE FAMÍLIAS</b>	<b>ESCOLA</b>
Pau Furado	13	
Novo Shanketo	07	
Nova Morada	19	
São Francisco	10	
Glória de Deus	12	1 Estrutura
Morada Nova	14	1 Estrutura
São José	15	
Vida Nova	19	1 Estrutura
Nova Aliança	04	
Bem Criativo	08	
São Jorge	11	
Cruzeirinho	06	1 Estrutura
Japiim II	07	
Japiim I	15	
Pensamento	10	
Jacobina	11	

Através do Quadro 3, ainda é possível observar que, apenas 4 aldeias possuem estrutura escolar. Desta forma, as demais comunidades necessitam deslocar os estudantes para estas que possuem escolas para receber o ensino básico fundamental.

Por conta deste déficit de estrutura escolar, as classes são formadas de forma multidisciplinar, onde, estudantes de diversos anos escolares são alocados em uma mesma turma e recebem a instrução de acordo com a sua aptidão. Para receber o ensino básico de nível médio e universitário, os estudantes precisam, obrigatoriamente, se deslocar para as sedes municipais.

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

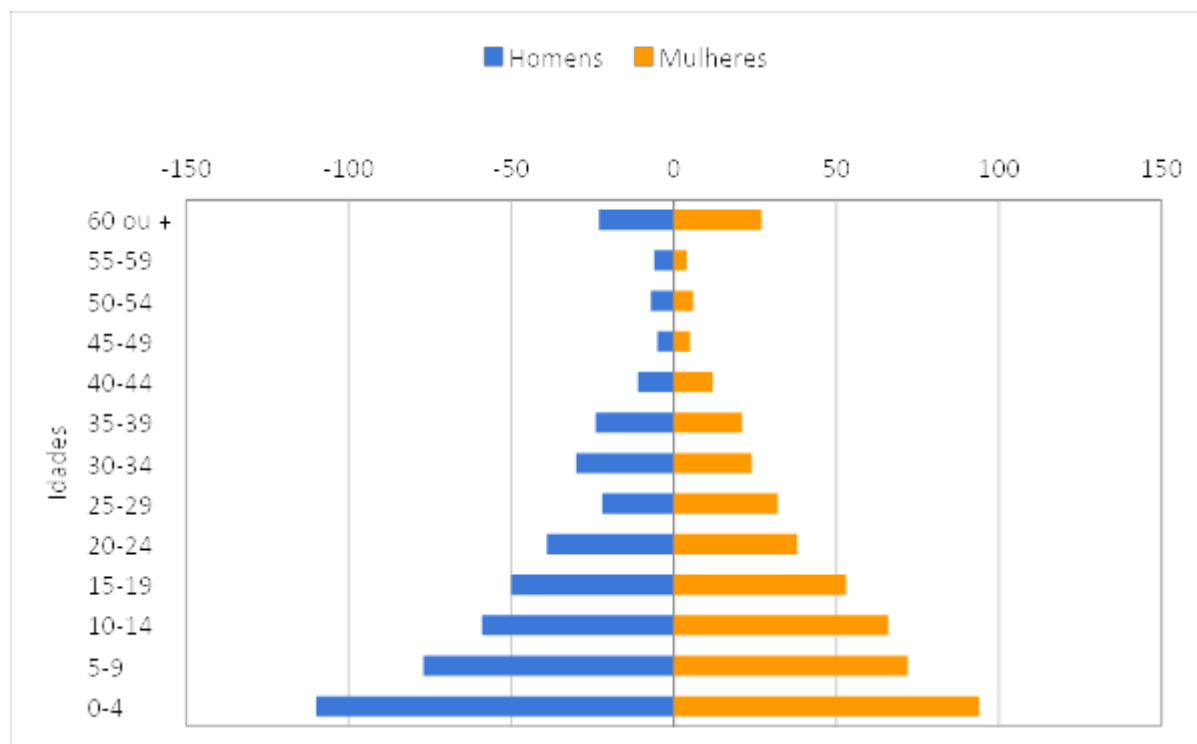
### 5.1 Dados demográficos e epidemiológicos do território Breu

Atualmente os serviços de saúde são prestados a 917 indígenas, distribuídos em 16 aldeias. Sendo que 50,4% da população são do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Esta população é constituída pelas etnias Ashaninka e Huni Kuîn, também chamados de Kaxinawá, que correspondem, respectivamente a 26,7% e 73,3%.

No povo indígena Xavante de Mato Grosso as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) totalizam 24,3% da população total, enquanto nas terras indígenas do território Breu esse índice é superior, sendo representada por 27,3% da população (SOUZA; SANTOS; COIMBRA JR., 2010).

Foi mensurado que a comunidade indígena em 2020 apresentou taxa de natalidade de 33,81 nascimentos por mil habitantes, 16,7 de taxa de fecundidade e 3,27 de coeficiente de mortalidade geral (para cada 1000 habitantes). Sabe-se que tais indicadores são fundamentais para expressar as condições de vida, permitindo ainda o acompanhamento das ações e serviços de saúde prestados a uma determinada localidade (MARINHO, et al. 2019).

Figura 8 - Pirâmide Populacional do território Breu



Fonte: SIASI/DSEI-ARJ, 2020

No que tange a vigilância do óbito, foram registrados apenas 2 óbitos infantis tendo como causas principais a desnutrição e outras deficiências nutricionais. Não foram registrados óbitos fetal, materno e de mulheres em idade fértil. Os óbitos que ocorreram foram em aldeias de etnia Ashaninka, e assim como o estudo desenvolvido em grupos indígenas do norte do Paraná, estão relacionados a carência de alimentos, a precariedade e a escassas atividades econômicas (MELCHIOR, et al .2002).

Em relação ao nascimento dos indígenas na localidade, no território Breu foram registrados o nascimento de 31 crianças, sendo que apenas 4 partos ocorreram na Unidade Mista de Saúde, localizada na área urbana de Marechal Thaumaturgo, os demais partos foram realizados na residência da gestante com o auxílio da parteira. Todos os partos independentes do local que ocorreram foram por via vaginal.

## **5.2 Estado nutricional do território Breu**

No território brasileiro existe um déficit das informações sobre o estado nutricional da população indígena (CALDAS; SANTOS, 2012). No entanto, na comunidade indígena utiliza-se instrumentos de coleta de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) onde os principais grupos acompanhados são: crianças de 0 a 4 anos, idosos e gestantes.

Constatou-se no último acompanhamento das 204 crianças de 0 a 4 anos, que todas estavam com o peso adequado para idade. Enquanto as 30 gestantes avaliadas, 22 apresentavam o peso adequado (73,3%), 5 classificaram-se como baixo peso (16,7%) e 3 dessas estavam com sobrepeso (10%). Já os 50 idosos que foram acompanhados, 39 mantinham o peso adequado (78%), enquanto 7 apresentavam baixo peso (14%) e 4 estavam com sobrepeso (8%).

## **5.3 Doenças no território Breu**

Atualmente um dos principais problemas de saúde são as infecções respiratórias agudas, sendo este compreendido como um agravante e fator de risco entre crianças menores de 5 anos no território Breu, localizado no município de Marechal Thaumaturgo-AC, no ano de 2020 (SANTOS et al. 2017). Nesse ano foram notificados 240 casos de IRA, sendo que 41,1% das notificações tratavam-se de crianças menores de 5 anos.

No estudo de Souza et al. (2018) sobre infecção respiratória aguda baixa em crianças indígenas Guarani que residem no Sul e no Sudeste do Brasil, as IRA eram responsáveis por 77,6% das internações hospitalares em crianças menores de cinco anos e 83,4% em menores de um ano. No território Breu os encaminhamentos realizados pelo AIS para o polo base indígena, em grande maioria, são em virtude das infecções respiratórias.

No Brasil, no ano de 2013, foram notificados 4.380.256 casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) (OLIVEIRA, et al., 2020). Em um estudo com o objetivo de acompanhar as doenças diarreicas em crianças indígenas da etnia Munduruku no estado do Amazonas a maior incidência de casos de diarreia concentrava-se na faixa etária de 0 a 5 anos (WISCHNESKI et al. 2018). Semelhante a etnia Munduruku encontra-se o território Breu, no ano de 2020 foram notificados 132 casos no território, onde 55% dos casos correspondia a crianças menores de 5 anos. Dessa maneira, mais da metade dos casos de diarreia estão concentrados em crianças menores de 5 anos.

Outra doença presente no território é a leishmaniose tegumentar americana (LTA), que se trata de uma doença infecciosa causada pela picada das fêmeas de flebotomíneos infectadas, que desencadeia lesões na pele e mucosas. No ano de 2020 foi constatado uma incidência de 0,55% nas terras indígenas do território Breu. Assim como na reserva indígena Xakriabá, em São João das Missões, a EMSI utilizou estratégias de saúde similares - educação em saúde sobre a temática, escuta qualificada com as lideranças e construção de estratégias dentro das comunidades indígenas (SANTOS et al. 2010).

Outra doença prevalente é a hepatite B, que se trata de uma doença infecciosa causada pelo vírus HBV, onde aproximadamente, 350 milhões de pessoas são portadoras crônicas do vírus e



cerca de 2 milhões morrem anualmente em virtude da doença (SOARES et al. 2015). No estado do Acre a prevalência da infecção por HBV foi de 62,9% da população, no que tange ao marcador anti-HBc, indicativo de infecção prévia, enquanto no território de estudo a prevalência é de 1,53% (NEVES, 2016).

É necessário salientar que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) também compõem as doenças desse território indígena (Quadro 4). A doença de maior prevalência é a hipertensão arterial sistêmica e as de menores prevalências são asma brônquica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Quadro 4. Doenças crônicas não transmissíveis do território Breu em dezembro de 2020

DCNT	Prevalência (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	1,79%
Diabetes mellitus	1,49%
Asma brônquica	0,11%
DPOC	0,11%

Fonte: SIASI/DSEI-ARJ, 2020

#### 5.4 Saneamento básico no território Breu

O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Juruá (DSEI-ARJ) conta com 162 aldeias registradas pelo SIASI, onde apenas 51 possuem Sistema de Abastecimento de Água (SAA) implantado, que abastecem 45,3% da população indígena do Alto Rio Juruá (PDSI, 2019).

Na localidade de estudo conta-se apenas com 2 SAA, localizados nas aldeias Vida Nova e Morada Nova, e que abastecem 17,7% dos indígenas. Todas as aldeias possuem poços (cacimba), que são responsáveis pelo abastecimento de água. Conforme a organização de cada comunidade, são definidos poços que serão utilizados para o consumo da água, e os demais que serão utilizados para lavar roupa, tomar banho e demais necessidades.

Todas as aldeias possuem fossas sépticas que foram construídas pelos próprios indígenas. Estima-se que possuem 35 fossas sépticas e na maioria das comunidades indígenas também possuem locais determinados para os indivíduos lançarem seus dejetos.

Em virtude da distância das aldeias para o centro do município não existe recolhimento do lixo nas terras indígenas. As lideranças indígenas pactuaram que todo lixo orgânico seria descartado na própria aldeia, contudo o lixo não orgânico (plástico, vidro, papel, pilhas e baterias) deve ser entregue para o agente indígena de saúde ou agente de saneamento para que fosse direcionado ao descarte adequado. Concordaram que quando um indígena, por alguma necessidade, precisasse ir ao centro do município levaria parte do lixo não orgânico, dessa forma, não acumula lixo nas aldeias.

#### 5.5 Indicadores de saúde

Durante os atendimentos de saúde são disponibilizados o acompanhamento alimentar, nutricional, crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos através do SISVAN; administração de ferro as crianças menores de 2 anos, conforme necessidade; administração de

vitamina A, as crianças menores de 5 anos, conforme necessidade; consultas de puericultura; acompanhamento nutricional das gestantes e idoso por meio do SISVAN; visita domiciliar; consulta de enfermagem; acompanhamento gestacional (pré natal); consulta puerperal; PCCU; realização de triagem neonatal - teste do pezinho; realização de testes rápidos para HIV, HCV, HBV e Sífilis em toda população indígena, a partir de 09 anos de idade assim como também em todos os comunicantes do caso reagente; distribuição de preservativo; acompanhamento e aconselhamento de hipertensos, diabéticos e hepatopatas; notificação dos casos de IRA e DDA; educação/orientação em saúde; realização de medicação profilática contra verminoses; emissão de DNV, quando necessário; dispensação de medicamentos, conforme indicação clínica; solicitação de exames, conforme a especificidade de cada caso clínico; atendimento odontológico; atendimento médico e vacinação conforme necessidade de cada indivíduo baseado nas normas e diretrizes do Programa Nacional de Imunização.

Um dos avanços notados é que no ano de 2019 apenas 7% de todas as mulheres da faixa etária realizaram o exame citopatológico PCCU e no ano de 2020 o procedimento foi realizado em 31,9% dessa população. A meta do procedimento pelo PDSI é de 70% da população alvo. Na aldeia São Jorge, por exemplo, todas as mulheres de 25 a 59 anos realizaram o procedimento. Nas aldeias de etnia Ashaninka (Pau Furado, Novo Shanketo, Nova Morada e Morada Nova) notou-se dificuldade na realização de tal procedimento.

Outro progresso identificado no território Breu é que no ano de 2019 o território possuía 7 crianças de 0 a 4 anos com baixo peso, já no ano de 2020 todas as crianças acompanhadas apresentam o peso adequado para idade. Constata-se a efetividade das ações de saúde desenvolvidas no território indígena pela EMSI e lideranças.

Mais uma melhoria foi na realização dos testes rápidos para triagem de HIV, HCV, HBV e Sífilis, esses que são realizados em todos os indígenas a partir de 9 anos de idade. No ano de 2019 foi alcançado apenas 87,3% da população alvo, não alcançando a meta, pois a pactuação pelo PDSI é de 90% da faixa etária específica. Contudo, no ano de 2020 o procedimento foi realizado em 100% da população prioritária.

No que tange ao Programa Nacional de Imunização (PNI) foi possível o alcance das metas apenas nos seguintes imunobiológicos: pneumocócica 10 (91,7%), pneumocócica 23 (97,6%), hepatite B (98,8%), FA (95,2%), tetraviral (100%), difteria e tétano (93,9%), varicela (91,5%), influenza (92,8%) e tríplice viral (97,9%). E nas vacinas de poliomielite (76,2%), pentavalente (75,3%), BCG (83,4%), rotavírus (50%), não alcançaram a meta conforme estabelece o PNI a meta em 90% de vacinação para cada imunobiológico.

Todas as informações mencionadas acima tornam-se subsídios para a implementação de ações que visem a melhora dos indicadores de saúde.

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

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) tratam-se da segunda causa mais frequente de morte em crianças menores de 5 anos no mundo. Essa doença leva ao óbito mais crianças que AIDS, sarampo e a malária somados (MARINHO; PONTES; BICHARA, 2020).

As DDA podem ser causadas por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), onde a manifestação principal é evacuações por mais de três vezes ao dia. Na maioria das vezes, restringe-se a um período de 2 a 14 dias, podendo apresentar-se de maneira leve e até evoluir para casos graves, esses que podem estar associados à desidratação e distúrbios eletrolíticos (AGUIAR et al. 2020).

No território Breu, é considerado como um dos principais problemas de saúde, sendo este, compreendido como um fator de risco entre crianças menores de 5 anos. Como já foi mencionado no capítulo 5, no ano de 2020 a incidência foram 132 casos, onde 55% dos casos correspondia às crianças menores de 5 anos.

QUADRO 5. Problema e determinantes

QUAL É O PROBLEMA?	COMO ACONTECE?	
	Mudanças no modo de viver	Alterações no meio ambiente
55% das notificações de DDA são de crianças de 0 a menores de 5 anos	Carência da comida adequada para as crianças e ingestão da água sem tratamento adequado;	Diminuição dos alimentos como a caça e a pesca
As crianças com diarreia até o 6º mês de vida não estavam em amamentação exclusiva	Utilização de leite artificial - Maior contato com o alimento do não indígena	Mudanças comportamentais
Durante o período de seca e inundações é maior a incidência das DDA	Qualidade da água inapropriada para o consumo	Mudanças climáticas
Deficiência de hábitos de higiene pessoal e alimentar desencadeia ao DDA	Não cumprimento das orientações gerais de saúde	Mudanças comportamentais
Não utilização de chás e outras medicações tradicionais para combater as DDA	Abandono da medicina tradicional por utilização de medicamentos	Abandono do costume e da cultura

Da mesma maneira que em outras localidades do Brasil, no território Breu a doença diarreica aguda está associada de modo direto com piores condições de vida e saúde dos indivíduos, em decorrência da inexistência do saneamento básico, de desastres naturais, como as secas e inundações, hábitos higiênicos e comportamentais, entre outras condições, como demonstrado no Quadro 5 (AGUIAR et al. 2020).

QUADRO 6. Plano de soluções para as doenças diarreicas do território Breu

### ALDEIA

Ações Individuais

Ações Coletivas

### POLO BASE

### DSEI

### OUTROS SETORES

<p>Acompanhar a alimentação da criança periodicamente por meio da puericultura e SISVAN</p>	<p>Identificar com a comunidades as causas da desnutrição.</p> <p>Realizar atividades de educação em saúde com: genitores, AIS, AISAN, lideranças e demais membros da EMSI;</p> <p>Realizar consulta de enfermagem e/ou médica para que sejam prescritas medicações, conforme protocolos ou solicitações de exames (quando necessário)</p>	<p>O Polo base terá como responsabilidade organizar as atividades educativas, reuniões e demais demandas.</p> <p>Fornecer os equipamentos e insumos (formulários e caderneta da criança) para a avaliação nutricional das crianças;</p> <p>Providenciar os medicamentos para o tratamento das DDA;</p>	<p>Registrar no SIASI as atividades realizadas;</p> <p>Solicitar os medicamentos conforme a RENAME;</p> <p>Capacitar as equipes de saúde sobre os protocolos para o tratamento de verminoses;</p>	<p>A Unidade Básica de Saúde Naldir Mariano, referência para a realização de exames na cidade de Marechal Thaumaturgo, deverá atender as solicitações de exames solicitadas pelos profissionais de saúde;</p>
<p>Avaliar as condições de higienização das crianças</p>	<p>A EMSI, principalmente o AIS por permanecer na aldeia, deverá conhecer, orientar e combater as fontes de contágio e impedir a transmissão de agentes patogênicos;</p> <p>O AIS, sempre que necessário, deverá orientar e acompanhar a mãe nos cuidados gerais à criança;</p>	<p>Deverá dispensar material educativo sobre higiene corporal;</p>	<p>Registrar no SIASI as atividades realizadas;</p>	<p>Os professores das escolas das comunidades indígenas deverão reportar para as lideranças e/ou profissionais de saúde quaisquer condições que coloquem as crianças em vulnerabilidade;</p>
<p>Tratar a água para beber, seja por fervura ou colocando duas gotas de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água.</p> <p>e</p> <p>Armazenar a água tratada em vasilhas limpas e de boca estreita para evitar a recontaminação;</p>	<p>As lideranças e a EMSI deverão orientar sobre a não utilização de água de riachos, rios, cacimbas ou poços contaminados;</p> <p>O AISAN e/ou AIS deverá orientar sobre a utilização correta do hipoclorito de sódio e o armazenamento da água;</p>	<p>Fornecer o hipoclorito de sódio para a dispensação por família;</p> <p>Fornecer material educativo sobre os cuidados necessários com a água para serem utilizados pelos membros da EMSI;</p>	<p>Implantar o sistema de abastecimento de água (SAA) em todas as aldeias que não possuem;</p> <p>Fornecer os hipocloritos de sódio;</p>	<p>Quando o hipoclorito de sódio não for disponibilizado pelo DSEI, por qualquer intercorrência, solicitar a Secretaria Municipal de Saúde;</p> <p>Solicitar a avaliação do Departamento Estadual de Água e Saneamento da água utilizada para consumo;</p>

Amamentar até o sexto mês a criança de forma exclusiva;	<p>Orientar por meio de atividades educativas que a amamentação exclusiva é fundamental para aumentar as fontes de defesa nos organismos das crianças;</p> <p>Palestrar sobre os benefícios da amamentação e posições para amamentação;</p>	<p>Apoiar as equipes de saúde na realização das atividades de saúde com o provimento de materiais e outros insumos;</p>	<p>Registrar no SIASI as atividades realizadas;</p>
Acompanhar a criança durante a escovação dos dentes e realizar a troca periódica das escovas;	<p>Realizar a escovação supervisionada semanalmente;</p> <p>Realizar o acompanhamento odontológico por meio da primeira consulta odontológica;</p>	<p>Solicitar ao DSEI os equipamentos e insumos para o atendimento odontológico;</p> <p>Prover escova de dente, creme dental e fio dental.</p>	<p>Solicitar os insumos necessários para a realização das ações de saúde e procedimentos odontológicos;</p> <p>Providenciar os consultórios odontológicos portáteis;</p>
Defecar em local adequado	<p>Propor a construção de privadas e áreas específicas para defecar e realizar orientações sanitárias durante as reuniões da aldeia;</p>	<p>Fornecer educação em saúde sobre a temática em questão;</p>	<p>Auxiliar na elaboração de projeto para a construção de instalação de sanitários;</p>
Descartar lixo em local adequado;	<p>Construir uma caixa de lixo específica para o descarte dos entulhos não orgânicos;</p> <p>Conscientizar sobre os prejuízos para o solo quando o descarte é realizado incorretamente;</p>	<p>Realizar educação em saúde sobre o tema;</p>	<p>Solicitar apoio do Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena quanto área indígena;</p>
Receber a vacina contra rotavírus (VORH) em crianças menores de seis meses;	<p>Participar das atividades de vacinação desenvolvidas pela EMSI;</p>	<p>Solicitar vacinas a coordenação do PNI do município para fornecer aos indígenas;</p>	<p>Acompanhar a cobertura vacinal do imunobiológico;</p> <p>Solicitar o apoio do Departamento do PNI do Estado quando os imunobiológicos não forem suficientes;</p>
Utilizar a medicina tradicional (chá, banhos, rezas e outros) quando crianças apresentarem diarreia;	<p>Fazer a farmácia viva na aldeia (local destinado as plantas medicinais). Passar pela avaliação do pajé;</p>	<p>Auxiliar na construção de um material para consulta sobre a medicina tradicional;</p>	

Por meio dessa estratégia da rede explicativa foi possível constatar que as condições precárias de infraestrutura de saneamento básico das aldeias indígenas é a causa decisiva dessa problemática, alertando que crianças com doenças diarreicas estão sujeitas a desnutrição infantil, e quando evoluem para casos de maior complexidade, podem levar a morte (Quadro 6).

Assim como também indica a inevitabilidade da compreensão das características socioculturais e geográficas dos povos indígenas para que sejam executadas ações de melhoria das condições sanitárias nas aldeias do território Breu.

Ainda através do Quadro 6 é possível notar que há necessidade de intervenções que busquem a troca entre os saberes tradicionais e científicos impedindo as formas de contaminação.

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

Atualmente, as doenças diarreicas são as principais doenças presentes no território Breu. Os índices têm uma constância elevada, as principais causas relatadas estão relacionadas ao consumo de água sem nenhum tipo de tratamento e medidas de higiene ineficazes.

Foi notado também que quando os mesmos utilizam hipoclorito e a vigilância é realizada junto com os agentes indígenas de saúde, esse índice de DDA diminui notoriamente, contudo, as práticas de higiene não apresentavam melhorias significativas. A última dificuldade mencionada foi utilizada como base para a construção dessa atividade educacional.

Para a construção da atividade em saúde foi utilizado como fundamento a pedagogia problematizadora, também denominada de “método do arco” (BORDENAVE, 1999). A educação em saúde teve como público alvo todos os indígenas pertencentes as comunidades indígenas, independente de sexo e faixa etária.

As atividades foram realizadas no cupixawa, que se trata de um ponto de encontro dentro das aldeias, nas escolas e/ou durante as visitas domiciliares. As atividades foram realizadas em todas as 16 aldeias que compõem o território Breu.

O objetivo da atividade foi promover a troca de saberes sobre as medidas de higiene corporal. Buscou ainda, sensibilizar e ensinar os indígenas sobre a importância do autocuidado com a saúde voltada para os hábitos de higiene, principalmente, quanto a lavagem das mãos antes e após as refeições e eliminações, limpeza de cabelos e unhas, higiene bucal e banho diário; favorecendo assim a saúde individual e coletiva.

Compreende-se que o conhecimento adquirido pelos indígenas através de educação em saúde preventiva, torna cada indígena como um agente modificador de sua própria realidade e permite melhorias na sua comunidade no que tange a coletividade.

Depois de refletirmos sobre as estratégias, nossa equipe decidiu se direcionar pelo caminho das rodas de conversas, pois são momentos onde a troca de saberes ocorre mais fluidamente, tendo em vista que nosso objetivo não é impor algo aos participantes, mas sim alertá-los e ouvi-los de forma que possamos dar-lhes direcionamentos adequados a realidade local.

A principal metodologia aplicada foram as rodas de conversa, os materiais e recursos utilizados foram mais singelos e viáveis, não sendo utilizado nada que fosse criar uma barreira social entre a equipe de trabalho e os indígenas. Buscamos estabelecer um diálogo, uma troca de experiências, sem palestras, isso para que os participantes pudessem ter um espaço maior para falar, perguntar e compartilhar.

Mas, é necessário destacar que foram utilizados cartazes como ferramenta para nortear os diálogos. Quando abordados sobre a lavagem das mãos, utilizamos como material didático tinta guache e uma venda. A tinta representava os vírus, bactérias ou outros parasitas, enquanto a venda representava o fato de não podermos vê-los, o que foi fundamental para abordarmos a temática.

Quando foi abordado sobre limpeza de cabelos, unhas e banho diário, foi utilizado o shampoo permetrina e cetoconazol, que são entregues durante as consultas médicas e de enfermagem.

Já quando conversamos sobre a higiene bucal foi realizado uma escovação supervisionada junto

com os AIS. A escova de dente, creme dental e fio dental, os indígenas recebem periodicamente da equipe odontológica.

Todos os profissionais de saúde da EMSI e indígenas colaboraram com a atividade, relatando experiências boas ou ruins relacionadas ao tema. A equipe estava sempre atenta para ouvir, e assim, poder esclarecer dúvidas ou simplesmente agregar ao conhecimento tradicional.

Por meio da atividade em saúde, percebi que não somos os detentores do conhecimento e não precisamos apresentar respostas meramente ensaiadas, que o conhecimento é a capacidade de nos tornarmos compreendidos e aquilo que podemos construir juntos, profissionais de saúde e indígenas. Constatei que o diálogo permite a construção de vínculos mais consolidados e permite caminharmos por lugares transformadores.

Figura 9. Roda de conversa na aldeia Jacobina



Fonte: Arquivo Pessoal, 2020

Figura 10. Orientações sobre os cuidados com higiene durante visita domiciliar na aldeia Nova Morada





Fonte: Arquivo Pessoal, 2020

Figura 11. Aplicação de permetrina nas crianças da na aldeia São Jorge



Fonte: Arquivo Pessoal, 2020.

Figura 12. Indígena da aldeia Pau Furado demonstrando com realiza o banho em seu filho.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2020.

Figura 13. Enfermeiro realizando orientações e auxiliando indígena no banho do seu filho na aldeia Nova Morada.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2020.



Figura 14. Agente indígena de saúde realizando escovação supervisionada



Fonte: Arquivo Pessoal, 2020

Figura 15. Enfermeiro realizando dinâmica sobre a importância da higienização das mãos na aldeia Morada Nova



Fonte: Arquivo Pessoal, 2020.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do desenvolvimento desse trabalho, torna-se inevitável a necessidade da implantação de unidades básicas de saúde indígena e o melhoramento das condições sanitárias nas terras indígenas, e o fomento de discussões com as lideranças locais, membros do CONDISI, FUNAI, DSEI ARJ e demais órgãos de proteção aos indígenas.

É necessária a realização de educação continuada/permanente aos profissionais que atuam nas terras indígenas, para que a assistência a essas comunidades ocorra de forma integral, humanizada e resolutiva.

Sugiro ainda, a elaboração de protocolos assistenciais, principalmente no que tange as doenças diarreicas agudas, que auxiliariam na condução dos cuidados a serem realizados conforme a necessidade de cada indígena, possibilitando a extinção da desnutrição e casos que evoluam para óbito.

Acredito fidedignamente que os agentes transformadores (lideranças, parteiras, pajé, AIS, AISAN e profissionais de saúde) são essenciais para a saúde indígena. Sabe-se que a saúde indígena é desafiadora, devido as dificuldades de acesso as comunidades indígenas, falta de estrutura para o desempenho de atividades e outras dificuldades. Porém, todas as atividades e ações de saúde ocorrem de maneira exitosa, pois as dificuldades são apenas incentivo para oferecermos o nosso melhor.

Concluo que, tal formação foi essencial para a compreensão do processo de saúde e doença, respeito e empatia por outras culturas. Foi fundamental para minha atuação como profissional e pessoal. Hoje, entendo e participo juntamente com as lideranças indígenas, profissionais de saúde e DSEI na implantação de estratégias de saúde que visam melhorar a qualidade de vida dos indígenas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Kelly Cristina Genesio de et al. Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ). **Saúde em Debate**, v. 44, p. 205-220, 2020.

ARRUDA, R. S. V., Fronteiras e identidades: os povos indígenas na tríplice fronteira Brasil-Bolívia-Peru. In: Almeida MG, organizador. **Territorialidades na América Latina**. Goiânia: UFG/FUNAPE; 2009. p. 86-107. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/5840/4191>>. Acessado em: 20 de dezembro de 2020.

BORDENAVE, Juan E. Dias et al. Alguns fatores pedagógicos. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos CDRHU**, p. 261-268, 1999.

BRASIL. **Portaria nº 1.801**, de 9 de novembro de 2015. 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801\\_09\\_11\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801_09_11_2015.html)>.

BRASIL. **Portaria nº 3.021**, de 4 de novembro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.021-de-4-de-novembro-de-2020-288053582>>.

BRASIL. **Decreto nº 7.336**, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm)>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012. **Ministério da Saúde**. Brasil, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html)>. Acesso em: 08 de janeiro de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Fundação Nacional de Saúde (Funasa). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: **Funasa**; 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acessado em: 20 de dezembro de 2020.

CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: Análise da construção de uma política pública em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 545-565, junho, 2012.

CENTRO CULTURAL DO MINISTERIO DA SAUDE - CCMS, 2020, Organização do DSEI e modelo assistencial. **Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizacaododsei.html>>.

DEPARTAMENTO DE INFORMACAO DO SUS - DATASUS. Indicadores -**Serviços Especializados**. Brasil. 2021. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=101&VListar=1&VEstado=12&VMun=&VComp=201301&VTerc=1&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=101&VListar=1&VEstado=12&VMun=&VComp=201301&VTerc=1&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>)>. Acesso em: 08 de janeiro de 2021.

FERREIRA, P. R. N., Kaxinawá - Sociedade envolvente e resistência cultural. **Povos do Acre**.

2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE. Marechal Thaumaturgo. **Cidades e Estados**. Brasil 2010. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/marechal-thaumaturgo/panorama>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2021.

INSTITUTO OVÍDIO MACHADO-IOM. DSEI. **Saúde Indígena**. 2020. Disponível em: < [http://www.institutoovidiomachado.org/saudeindigena/?page\\_id=731](http://www.institutoovidiomachado.org/saudeindigena/?page_id=731)>. Acesso em: 25 de novembro de 2020.

LAGROU, E. M., Huni Kuin (Kaxinawá). Povos Indígenas do Brasil. **Instituto Socioambiental - ISA**. 2018. Disponível em: < [https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Huni\\_Kuin\\_\(Kaxinaw%C3%A1\)](https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Huni_Kuin_(Kaxinaw%C3%A1))>. Acessado em: 26 de dezembro de 2020.

MELO, A. W.F.; AMARAL, E. F., Levantamento de reconhecimento de baixa intensidade dos solos da Reserva Extrativista do Alto Juruá, Marechal Thaumaturgo, Acre. **Documentos: Nº 53**. Embrapa, 2000.

MARINHO, A. C. dos S. M.; PONTES, A. N.; BICHARA, C. N. C. Saúde ambiental e doenças diarreicas: indicadores socioeconômicos, ambientais e sanitários em um município amazônico. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e659997803-e659997803, 2020.

MARINHO, G. L. et al. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 57-63, fev., 2019.

MINISTERIO DA SAÚDE, Resolução CONDISI/ARJ de 19 de setembro de 2014. **Boletim de Serviço - Ano 30 Nº 30**. Brasil 2015.

MELCHIOR, S. C. et al. Avaliação da mortalidade de grupos indígenas do norte do Paraná - 1990 a 1999. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 61-68, junho, 2002.

NEVES, S. A. V. M. Estudo soropidemiológico das hepatites B e Delta na população de doze municípios do estado do Acre, Brasil. 2013.

NUNES, A. O. et al. Vacinação contra hepatite b em trabalhadores da saúde de um município da Bahia. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 5, n. 1, p. 9-16, 2016.

OLIVEIRA, H. M. de et al. Doença diarreica aguda em menores de 5 anos em um hospital da fronteira do Brasil. **Revista científica del Amazonas**, v. 3, n. 5, p. 32-42, 2020.

PIMENTA, J. Ashaninka. Povos Indígenas do Brasil. **Instituto Socioambiental-ISA**. 2005. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Ashaninka>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2020.

SANTOS, D. A. da S. et al. A relação das variáveis climáticas na prevalência de infecção respiratória aguda em crianças menores de dois anos em Rondonópolis-MT, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 3711-3722, 2017.

SANTOS, J. L. C. et al. Leishmaniose tegumentar americana entre os indígenas Xakriabá: imagens, ideias, concepções e estratégias de prevenção e controle. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.

1033-1048, Set., 2014.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA-SESAI., Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI, 2020-2023. **Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Juruá - DSEI-ARJ**. Ministério da Saúde, 2020.

SOARES, D. M. et al. Enfermagem: realidade da imunização contra Hepatite B de um hospital do norte de Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 692-701, 2015.

SOUZA, L. G. de; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, BRASIL. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1465-1473, junho, 2010.

SOUZA, P. G. de et al. Infecção respiratória aguda baixa em crianças indígenas guarani, Brasil. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 123-131, jun., 2018.

UNIDADE DE CONSERVAÇÃO NO BRASIL, Parque Nacional da Serra do Divisor, Disponível em: <<https://uc.socioambiental.org/pt-br/arp/598>>. Acesso em: 15 de novembro de 2020. 2020.

WISCHNESKI, A. G. et al. Estudo reflexivo sobre as taxas de doenças diarreicas em crianças Munduruku no estado do Amazonas, Brasil. In: 13<sup>o</sup> Congresso Internacional Rede Unida. 2018.