



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOÃO VITHOR FERREIRA DA SILVA

TERRITORIALIZAÇÃO E SAÚDE NO POVO ENTRE SERRAS PANKARARU: UM
ENSAIO DESCRITIVO E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

SÃO PAULO
2021

JOÃO VITHOR FERREIRA DA SILVA

TERRITORIALIZAÇÃO E SAÚDE NO POVO ENTRE SERRAS PANKARARU: UM
ENSAIO DESCRITIVO E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

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: MAURICI TADEU FERREIRA DOS SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O estudo se justifica pelo interesse como profissional médico em assimilar as noções da influência do território nos quadros de saúde e qual potencial de repercussão nas relações familiares e coletivas. Descrevemos os aspectos socioeconômicos, culturais, epidemiológicos e sanitários do território de saúde do povo indígena Entre Serras Pankararu nos municípios de Tacaratu e Petrolândia, no DSEI Pernambuco, situado no estado de Pernambuco. Analisar a territorialização da saúde e buscar melhorias no atendimento à saúde hábitos de vida saudável e modificação do estilo de vida não saudável respeitando seus saberes tradicionais, tornando-os sujeitos ativos do seu processo de cura e cuidado com ações de promoção e prevenção, fortalecendo os laços, vínculos e a longitudinalidade na atenção à saúde dos povos indígenas. Tendo clareza que o problema de saúde escolhido é também percebido pela comunidade como tal e munido de informações provindas de uma rede explicativa bem refletida e organizada, propor uma atividade de educação em saúde para munir o usuário do subsistema de informações sobre a COVID-10 através uma comunicação assertiva que respeite os saberes tradicionais e adaptados a sua realidade. A EMSI, conselho local de saúde e professores trabalharão em equipe e juntamente com a comunidade realizarão desenhos e outros tipos de artesanato, áudio, vídeo, jogos e brincadeiras com informações sobre a novo coronavírus e a COVID-19 que serão direcionados aos usuários principalmente pelas redes sociais e aplicativo WhatsApp. Ainda é um grande desafio a realização de maiores estudos, é fundamental a aproximação de diálogos visando minimizar os impactos da pandemia na comunidade devido sua complexidade e prevalência em nossas vidas. Com a intenção de conhecer a territorialização e propor, de forma reflexiva, uma atividade de educação em saúde para enfrentar o problema de saúde escolhido, sendo este o elevado números de casos confirmados da COVID-19. O panorama é ilustrado com dados secundários disponíveis durante no período do estudo. Criado em 1999 juntamente com a implantação do Subsistema de Atenção Saúde Indígena (SASI-SUS) o DSEI é responsável por promover atenção básica a saúde e saneamento a indígenas aldeados (35.821 usuários, no ano de 2018), distribuídos em 10 etnias e 15 povos, sendo escolhido para o estudo o povo Entre Serras Pankararu. Falantes somente do português, mantendo viva partes de sua língua materna apenas em seus cânticos rituais. Há mais de 500 anos em contato com a sociedade nacional, dispõem de apenas 40% da sua terra. Possuidores de uma grande bagagem de conhecimentos aprimorados sobre saúde que são praticadas no dia a dia nas aldeias, o equilíbrio do próprio corpo se mantém de sua relação com os Encantados determinando o conhecimento intuitivo de saúde, sendo o acompanhamento biomédico também valorizado. O Polo Base Pankararu Entre Serras tem uma população de 1.499 pessoas, 485 famílias e uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

Palavras-chave:

Zoonoses. Educação em Saúde. Território Sociocultural. Saúde de Povos Indígenas.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é João Vithor Ferreira da Silva, nasci no Sertão Alagoano, precisamente na cidade de Batalha-AL, região da bacia leiteira do estado com grande produção de leite e seus derivados, meus avôs paternos e maternos sempre moraram na roça, a uma distância de mais ou menos 25 quilômetros da cidade. Eu sempre frequentava a zona rural e vivia aquela realidade do pessoal humilde, carente e feliz ao mesmo tempo, relato essa parte porque acho importante e compatível onde estou atuando hoje como médico, foi de grande valor para o momento de escolher onde trabalhar quando abriu o novo edital do Programa Mais médicos e seus respectivos locais de trabalho.



Imagem 1 - Visita domiciliar multiprofissional a família indígena em casa de pau a pique na Aldeia Olho do Julião. Da esquerda para direita João (autor); João (técnico de enfermagem); Aécio (enfermeiro); família de Judite (usuária).

Fonte: o autor.

Sempre morei no sertão alagoano, onde estudei ensino fundamental e médio. Faculdade cursei no exterior, morei 5 anos na Bolívia, onde cursava medicina. País esse que tem uma grande população indígena e automaticamente você está inserido e acaba vivenciando

costumes e cultura local, terminando a faculdade era momento de iniciar internato que tem uma duração de 2 anos, realizei na cidade de Curitiba-PR. Cidade com um clima bem agradável e céu sempre nublado, muito diferente do meu sertão, após ter cumprido minha missão no exterior e longe de casa, retorno para a Bolívia, onde tínhamos que realizar o denominado serviço rural obrigatório, realizei numa comunidade bem carente e indígena.

Eu sempre fui amante da atenção básica enquanto cursava medicina, aquele médico de família que sempre se dedica no sentido de prevenção. Pesquisando e verificando os locais disponíveis, vi que tinha vaga para a saúde indígena no estado de Pernambuco, achei muito interessante e me despertou uma vontade muito grande, pois aquilo me arremetia ao período de criança e adolescência na roça de quando visitava meus avós e também por outra parte a vivência com a cultural local na Bolívia.

Então, no momento de escolher não tive dúvida alguma sobre o local, seria um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), mais especificamente o DSEI Pernambuco no Polo Base Pankararu Entre Serras. Hoje me sinto muito bem alocado, gosto muito de onde trabalho e compactuo com a cultura local, tenho uma equipe formada por indígenas, apenas um enfermeiro e uma dentista que não são indígenas. O que mais gosto da saúde indígena é o movimento, todos os dias você se descola para uma das 12 aldeias do nosso território de saúde, você não fica apenas sentado numa cadeira clinicando entre quatro paredes, você tem que ir a lugares de difíceis acessos, andar na caatinga, nas visitas domiciliares tem que ter cautela, pois os cães podem morder, muita luz solar no rosto, cheiro de natureza.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O território de saúde do DSEI Pernambuco se compreende dentro dos limites do estado que lhe dá nome. Entende-se, também o DSEI como território étnico-cultural, por comportar e agregar diferentes modos de cultura indígena, entre eles diferentes racionalidades do cuidado em saúde realizado por pajés e outros especialistas tradicionais, além de modos próprios de vida (ATHIAS e MACHADO, 2001).

Criado em 1999 juntamente com a implantação do Subsistema de Atenção Saúde Indígena (SASI-SUS) sendo responsável por promover atenção básica à saúde e saneamento a indígenas aldeados (DSEI PE, 2018). As ações de saúde são planejadas, monitoradas e executadas pelo DSEI, já as contratações dos profissionais se dão através do terceiro setor pela conveniada Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) que é a uma entidade filantrópica.

Sua sede está localizada na capital pernambucana, Recife, conforme IBGE (2019) geograficamente na zona da mata do estado, no litoral do Nordeste do Brasil. A população estimada do estado para o ano de 2019 é de 9.557.071 pessoas, densidade demográfica 89,62 hab/km² (2010), numa área 98.067,881 km² (2019), rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente de R\$ 970,00 (2019), com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no ano de 2010 de 0,673, sendo dividido em 185 municípios.

O estado registra áreas geograficamente bem distintas como planícies, serras e sua costa banhada pelo Oceano Atlântico, faz limite com a Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahia e Piauí (Figura 1). O relevo é linear em sua maioria, sobretudo no Recife, no nível do mar, mas à medida que vai se entrando para o interior, tem picos de montanhas que ultrapassam os mil metros de altitude (PERNAMBUCO, 2018).



Figura 1 - Mapa topográfico do estado de Pernambuco, Brasil.

Fonte: Adaptado de Wikimedia Commons, 2016.

As terras indígenas, em distintas etapas de processo de regularização, conforme Figura 2,

O Porto Digital é o maior parque tecnológico do Brasil mostrando que o setor de informática também merece destaque. O município de Petrolina, na Mesorregião São Francisco Pernambucano com seu aeroporto internacional investe na exportação da produção irrigada de frutas ao longo do rio. As atividades turísticas, o setor industrial em torno do Porto de Suape, o polo gesseiro no Sertão do Araripe, o mármore, a pecuária leiteira e a indústria têxtil no Agreste, e a cana-de-açúcar e a biomassa na Zona da Mata são outras atividades econômicas que causam impacto no território (BRITO, 2011).

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

2.1 Aspectos históricos da construção do DSEI

Criado juntamente com a implantação do (SASI-SUS) em 1999, o DSEI Pernambuco tem uma população de 35.821 indígenas aldeados, no ano de 2018, distribuídos em 10 etnias (Atikum, Fulni-Ô, Kambiwá, Tuxá, Kapinawá, Pankará, Pankararu, Pipipã, Truká e Xukuru) e 15 povos (Atikum, Entre Serras Pankararu, Fulni-Ô, Kambiwá, Kapinawá, Pankará, Pankará de Itacuruba, Pankararu, Pipipã, Truká, Truká-Tapera, Tuxá, Tuxi, Xukuru de Cimbres e Xukuru do Ororubá). Estes indígenas falam somente o português mantendo viva partes de sua língua materna apenas em seus cânticos rituais, mas os Fulni-ô foram os únicos indígenas do Nordeste que conseguiram manter viva e ativa sua língua, o Iá-tê. O Polo Base Pankararu Entre Serras tem seu território de saúde do compreendido entre os municípios de Tacaratu e Petrolândia, de acordo com a Figura 3 (DSEI PE, 2018).

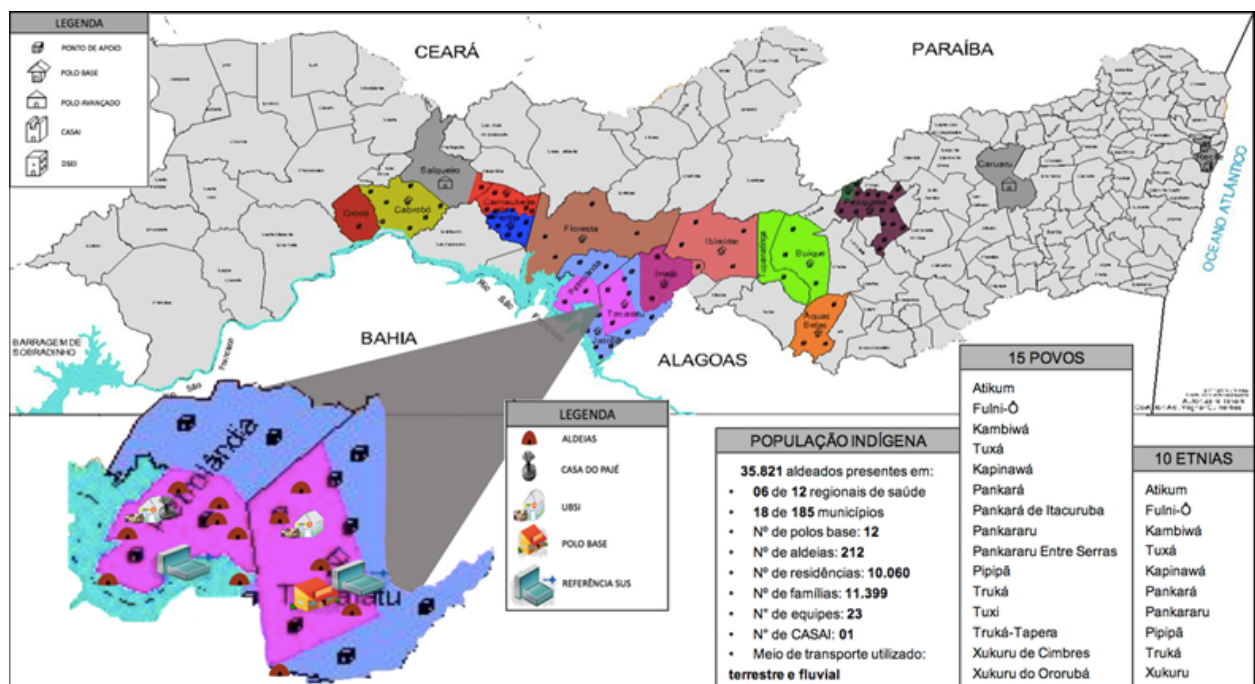


Figura 3 - Mapa do DSEI Pernambuco e do Polo Base Pankararu Entre Serras. Fonte: Adaptado de DSEI PE, 2018.

Tacaratu, palavra de origem indígena Pankararu, significa "serra de muitas pontas ou cabeços", devido às muitas serras pontiagudas na região. A história registra que em 1652, existia um curato (termo religioso, derivado de cura, ou padre, que era usado para designar aldeias e povoados com as condições necessárias para se tornar uma freguesia) e Tacaratu era considerada uma maloca ou ajuntamento de indígenas das tribos Pankararus, Umaús, Vouvêa e Geriticó, todos do grupo linguístico Kariri. A maloca dominava-se "Cana-Brava". Depois, foram os indígenas aldeados no lugar chamado "Brejo dos Padres" (onde deu origem à freguesia de Tacaratu), pois ali foi organizada uma missão dirigida por padres da

congregação de São Felipe Nery. Com esses elementos se iniciou o povoamento da antiga Vila de Tacaratu, primitiva área do município (ATHIAS, 2002).

Segundo Athias (2002) documentos mostram que em 1752, existia ali (no aldeamento indígena) uma pequena capela dedicada à Nossa Senhora da Saúde, provavelmente erguida pelos padres que serviam na missão de catequese. Em 1760 os moradores dirigiram uma petição ao Bispo D. Francisco Xavier Aranha, solicitando a criação de uma freguesia. Atendidos, foi Tacaratu elevada àquela categoria no ano de 1761, somente se dando sua instalação em 1764, pelo Padre Antônio Teixeira de Lima. Depois de reformas recomendadas, a primitiva capela passou à condição de igreja matriz. A hoje cidade de Tacaratu é conhecida por sua produção artesanal em tecelagem, onde se destacam as redes, mantas, tapetes, colchas etc., exportados para diversos estados brasileiros e até para outros países. O município também revela vocação para o ecoturismo, oferecendo a cachoeira do Salobro, as serras de belos mirantes, grutas, fontes e bicas.

Segundo estimativa do IBGE (2019) neste ano Tacaratu possui uma população de 25.765 habitantes, distribuídos numa área de 1.264,532 km². O município é bastante conhecido por suas tradições indígenas, seu artesanato, pelas danças folclóricas e principalmente pela secular e grandiosa Festa de Nossa Senhora da Saúde que atrai cerca de 150 mil pessoas durante os festejos (de 23 de janeiro a 02 de fevereiro) a "princesa vestida de azul". O município tem clima semiárido com verões quentes e secos, é neste período em que praticamente não há chuvas. Os invernos são mornos e úmidos, com o aumento de chuvas, as mínimas podem chegar a 14°C. As primaveras são muito quentes e secas, com temperaturas muito altas, que em algumas ocasiões podem chegar a mais de 35°C. Ao todo são mais de 90 povoados, incluindo as comunidades indígenas. A vegetação do município é composta por caatinga.

Petrolândia, vizinha a cidade Tacaratu, da qual dista 23 km, localiza-se às margens do Rio São Francisco Pernambucano, sua população estimada em 2019 era de 36 548 habitantes, e a uma distância de aproximadamente 404 km da capital Recife. Tem o sexto maior PIB e o quarto maior PIB per capita do estado, onde ganha destaque nos setores da indústria, comércio, agropecuária e turismo e por abrigar a Usina Hidrelétrica Luiz Gonzaga. Esta hidrelétrica inundou a antiga, mas deu lugar a nova Petrolândia reconstruída às margens do rio onde existem muitas plantações de coco, melancia, abóbora e cebola, hoje tais comunidades que cultivam esses alimentos passaram a se chamar agrovilas. Há importante turismo na Ilha de Rará e nas ruínas visíveis e hoje submersas da antiga cidade (IBGE, 2019).

2.2 Atuação do controle social

A atuação do controle social no planejamento das atividades do DSEI se dá de várias formas, como espaços formais temos Conselho Local de Saúde Indígena Entre Serras Pankararu e o Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), que delibera inclusive sobre a avaliação de

desempenho profissional anualmente para indicar se o colaborador permanecerá ou não contratado pela conveniada. Temos ainda os Conselhos Municipais de Saúde de Tacaratu e de Petrolândia, e as conferências convocadas nacionalmente (DSEI PE, 2017).

Como espaços informais de participação social e tomada de decisões presentes no território temos: APOINME - Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do NE, MG e ES; Associação Indígena Entre Serras Pankararu - AIPES; Encontro de Povos e Comunidades Tradicionais do Sertão de Pernambuco (Encontrão) e; Articulação para participar do Acampamento Terra Livre (ATL) com massiva participação de indígenas e trabalhadores de saúde do Povo Entre Serras Pankararu (DSEI PE, 2017). Os atores sociais desempenham seu papel em movimentos sociais constantes e reuniões na comunidade na luta pelo direito a Terra Indígena Entre Serras Pankararu, atualmente os indígenas dispõem de apenas 40% da sua terra que se encontra em processo de desintrusão (IBGE, 2015).

2.3 Articulação com as redes de atenção à saúde

A rede de atenção primária à saúde, de acordo com dados do Relatório de Gestão 2019 do DSEI PE, é composta por 19 dos 185 municípios do estado, assim como, metade das 12 Regiões de Saúde do estado, que possuem população indígena aldeada. Atualmente 12 polos base servem de referência a 23 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) prestando assistência a 212 aldeias com 10.060 residências e 11.399 famílias, contamos ainda com 02 polos avançados: Caruaru e Salgueiro. Há 01 Casa de Saúde do Índio (CASAI), para apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS para realização de ações complementares a atenção básica e de atenção especializada estando localizada na capital do estado (DSEI PE, 2019).

A organização do processo de trabalho segue a lógica do modelo técnico-assistencial com atividades promoção, prevenção e recuperação da saúde, além da articulação com serviços de média e alta complexidade. Realizando ainda atividades de educação permanente, estudo de caso e apoio matricial (DSEI PE, 2019).

Os serviços de referência terciária estão concentrados na capital, mas parte dos exames e consultas especializados são regulados para as Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAE), sendo as mais utilizadas as dos municípios circunvizinhos dos territórios indígenas como as UPAs de Arcoverde, Caruaru, Petrolina, Serra Talhada, Salgueiro e Garanhuns. O fluxo de clientela para atendimento de demanda referenciada não resolutos ou não contemplados nas especialidades disponíveis nesses municípios, ou em hospitais dentro das 04 macrorregiões de saúde (Figura 4), serão reguladas para a capital, com marcação via Secretaria Municipal de Saúde. Os meios de transporte utilizados são os terrestres, como ônibus, furgão e ambulância e o fluvial, com a utilização de canoa (PERNAMBUCO, 2011).

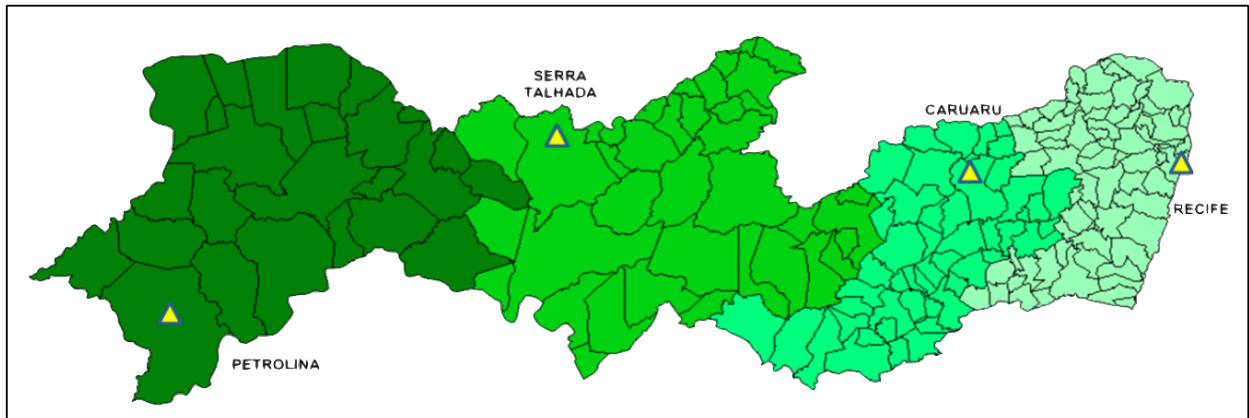


Figura 4 - Distribuição das macrorregiões de saúde. Pernambuco, 2011

O território de saúde do Polo Base Entre Serras Pankararu compreendido entre os municípios de Petrolândia e Tacaratu, este último tem uma distribuição de aldeias mais dispersa e distante geograficamente (Figura 5), contando com doze aldeias assistidas (cinco no município de Tacaratu e sete no de Petrolândia). A população total é de 1.499 indígenas de acordo com dados do Painel SIASI (Figura 6)

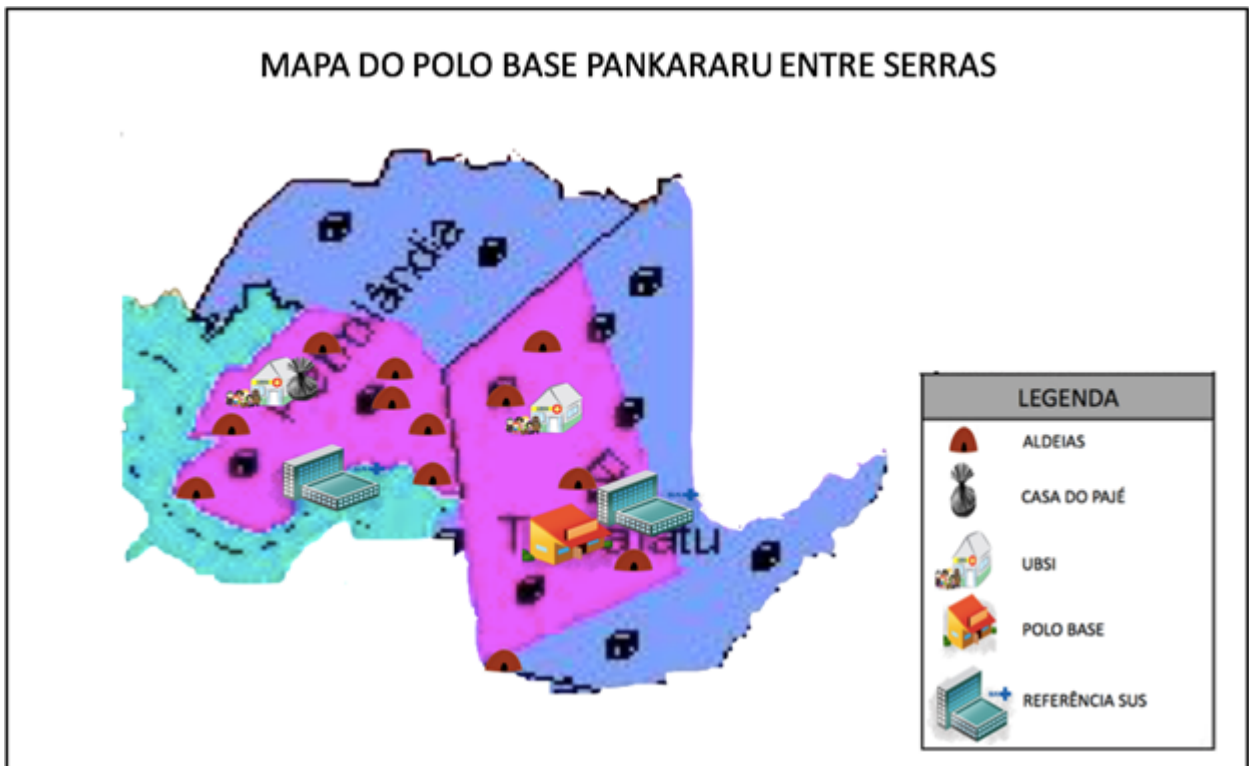


Figura 5 - Mapa do Polo Base Pankararu Entre Serras. Fonte: Adaptado de DSEI Pernambuco, 2018

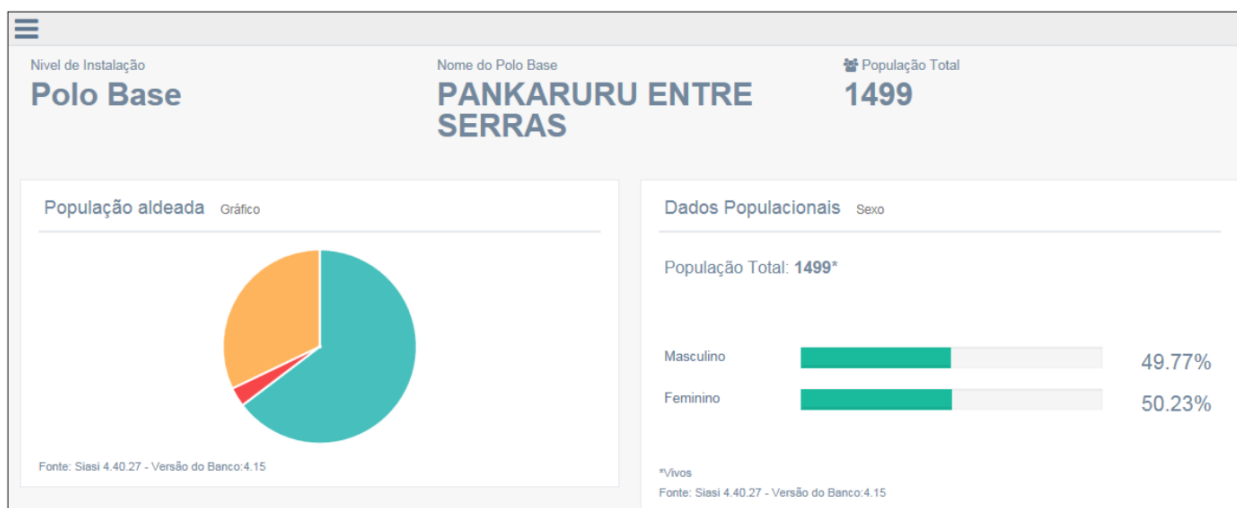


Figura 6 - Painel SIASI, Polo Base Pankaruru Entre Serras, DSEI Pernambuco, dez/2019.

Fonte: SIASI Local, dezembro de 2019.

A sede administrativa do polo está localizada no centro da cidade de Tacaratu que serve de apoio para o desenvolvimento do trabalho de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta por um médico, um enfermeiro, uma dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), dois técnicos de enfermagem, cinco Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e um Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Contamos ainda com um farmacêutico que atua tanto na farmácia do polo quanto em área dependendo da necessidade do serviço e com a ajuda do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas resoluções das demandas específicas geradas nos atendimentos diários.

Assim como descreve Lima (2016), as práticas de integralidade do cuidado respeitam a autonomia dos sujeitos e suas famílias, corresponsabilizando-os pelo processo saúde-doença e práticas tradicionais de cura, para assim, ao longo do tempo assistir ao empoderamento da comunidade na manutenção de rodas de conversa e outros meios, onde as ações preventivas e de promoção à saúde sigam ininterruptamente por esses atores sociais, em especial as relacionadas a saúde mental. Exige-se isso, além da competência técnica dos profissionais de saúde indígena e o cuidado com a noção de interculturalidade.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O Povo Indígena Entre Serras Pankararu foi escolhido para participar do estudo, dentre os quais estejam assistidos pelo território adstrito do Polo Base Pankararu Entre Serras nos municípios de Tacaratu e Petrolândia, residentes em uma das doze aldeias, a saber: Baixa do Lero, Porteirão, Folha Branca, Olho D'Água do Julião, Barrocão, Piancó, Vila Nova, Salão, Barriguda, Mundo Novo, Lagoinha ou Logradouro.

Analisar a territorialização da saúde deles é a conjuntura que o presente estudo que tem como princípio estruturador e norteador, além disso a intenção de buscar melhorias no atendimento à saúde e significar a vida saudável e modificação do estilo de vida não saudável respeitando seus saberes tradicionais, tornando-os sujeitos ativos do seu processo de cura e cuidado.

Sendo assim, a percepção da vida no território pelos próprios indígenas da etnia Pankararu poderá contribuir para planejamento e a implementação de ações e serviços, enquanto especializando há o anseio de que este estudo possa auxiliar também ações de promoção e prevenção, fortalecendo os laços, vínculos e a longitudinalidade na atenção à saúde dos povos indígenas. O estudo se justifica pelo interesse como profissional médico em assimilar as noções da influência do território nos quadros de saúde e qual potencial de repercussão nas relações familiares e coletivas.

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

4.1 Descrição das etnias do território

A etnia predominante e original no território é a Pankararu, sendo dividida em dois povos: Pankararu e Entre Serras Pankararu. Situações distintas marcam dois processos de territorialização na história do contato dos povos indígenas em Pernambuco conforme descrito por Silva (2010). A primeira, com as missões religiosas, desde o século XVII até o início do século XVIII, quando contingentes de diferentes grupos nativos aldeados foram submetidos a catequese, a mistura ocorreu nos aldeamentos resultando nos atuais etnônimos dos povos indígenas. A segunda mistura foi provocada por incentivos legais de casamentos mistos, para atender os interesses expansionistas coloniais na incorporação a mão-de-obra indígena e o estabelecimento de portugueses em terras dos aldeamentos.

Athias (2002) diz que estes fazem parte dos grupos indígenas de Pernambuco que durante cinco séculos estiveram e continuam em contato com a população envolvente não indígena sendo à primeira vista confundidos com qualquer habitante do sertão. Os Pankararus conseguiram garantir sua identidade étnica, mesmo com todos esses anos de discriminação, perseguição, redução de suas populações e coibição de se apresentarem como tal, apesar de todo esse processo de progressivo desaparecimento físico de seus aldeamentos, de mestiçagem e de uma dinâmica forçada de integração com a sociedade nacional, mantendo uma "lógica de reprodução" indígena na dialética de manutenção e transformação, aliada às tradições e às regras de parentesco.

Uma terceira mistura aconteceu, lembrada nos relatos das memórias orais indígenas, em que Silva (2010) diz que as missões foram elevadas à categoria de vilas de indígenas. Com a Lei de Terras de 1850, que determinou o registro oficial de todas as propriedades rurais, foram legitimadas as invasões em terras de antigos aldeamentos, declarados extintos em fins do século XIX. Suas terras, quando não passaram para as mãos de terceiros, foram incorporadas aos patrimônios das câmaras municipais. No ato da medição e demarcação, a umas poucas famílias indígenas foram destinados pequenos lotes e outras simplesmente se dispersaram.

Posteriormente, a partir dos anos 1920, se iniciou um processo de territorialização quando um posto do Serviço de Proteção do Índio (SPI) foi instalado entre os Fulni-ô, na cidade de Águas Belas - PE, depois da mediação de Pe. Alfredo Dâmaso junto às autoridades federais, no Rio de Janeiro. A partir do reconhecimento oficial desse grupo indígena no Nordeste, foi provocada uma articulação e mobilização dos indígenas, para a instalação, ao longo das décadas seguintes, de postos do SPI entre outros grupos indígenas, sendo o último instalado em 1954, entre os Xukuru, na Serra do Ororubá (Pesqueira/PE). Com a instalação dos postos surgiram vínculos de uma tutela paternalista que chegava a estabelecer os critérios que

determinavam a identidade indígena, bem como os papéis do cacique, pajé e conselheiro da organização política (OLIVEIRA, 2004).

Portanto os povos indígenas em Pernambuco e no Nordeste vivenciaram esse processo de territorialização, mas que não deve ser entendido como homogeneizador e que tinha ocorrido com a passividade indígena, pois cada grupo étnico repensa a 'mistura' e afirma-se como uma coletividade precisamente quando dela se apropria, segundo os interesses e crenças priorizados (OLIVEIRA, 2004).

4.2 População, número de famílias, tipo de habitação e tipo de comunicação

Estimados no ano de 2018 em 8.383 indivíduos os Pankararu são indígenas do sertão pernambucano falantes de português, preservando sua língua materna somente em seus cânticos rituais (DSEI PE, 2019).

O território de saúde do Polo Base Pankararu Entre Serras, escolhido para o estudo, compreende com doze aldeias assistidas entre os municípios de Tacaratu e Petrolândia com uma população total de 1.499 indivíduos (485 famílias) de acordo com dados do Painel SIASI em abril de 2020.

Dados fornecidos pelo DSEI Pernambuco, mostram que o Polo Base Pankararu Entre Serras, sendo um PB tipo II, presta serviços administrativos e tem uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta por: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 02 técnicos de enfermagem, 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 01 Agente Indígena de Saneamento (AISAN) e 07 Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para cobrir um território composto por 12 aldeias.

O polo base está localizado na zona urbana do município de Tacaratu e dispomos de 03 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), sendo uma no município de Petrolândia e duas no de Tacaratu. Temos 01 Ponto de Apoio na aldeia Logradouro (casa cedida pelo antigo morador, AIS Geraldo). Ainda realizamos atendimento nas dependências da Escola Santa Clara na aldeia Barroco por falta de outro local mais apropriado.

A acessibilidade aos serviços públicos de saúde nas aldeias não se dá mesma maneira, sendo que a mais distante e a mais próxima do polo base, estão a 27 e 3 km respectivamente. Não há transporte rodoviário disponível para o traslado dos usuários entre algumas aldeias e as sedes dos dois municípios, dificultando o acesso desta comunidade, carente e vulnerável, aos bens e serviços ofertados fora das terras indígenas. Nas comunidades que dispõem de USBI há mais infraestrutura para receber melhor os atendimentos, enquanto que nos pontos de apoio há dificuldade para prestar alguns tipos de atendimento e não dispõe de consultório dentário. Para os serviços prestados nos demais níveis de atenção nos municípios o acesso se dá com mais dificuldades em algumas aldeias do que em outras, envolvendo a distância, a falta de transporte e as vulnerabilidades sociais como a falta de renda e emprego.

Do total de 478 residências, 45 (9,4%) são de taipa e muitas das construções de alvenaria estão em péssimas condições para moradia. Cerca de 10% das residências não estão ocupadas por moradores (Tabela 01).

UF	ALDEIA	AIS	NÚMERO DE ALDEIAS	NÚMERO DE PESSOAS	NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE RESIDÊNCIAS	RESIDÊNCIAS NÃO OCUPADAS
TACARATU	Baixa do Lero	Gildete	2	43	21	21	4
	Porteirão			27	14	13	3
	Folha Branca	Divani	1	188	83	65	5
	Olho D'Água do Julião	Roseli	1	315	91	91	15
	Barrocão	Marilene	1	179	67	71	10
	Total da UF		5	752	276	261	37
PETROLÂNDIA	Piancó			43	13	15	1
	Vila Nova	Ana Paula	4	23	9	7	1
	Salão			22	5	7	2
	Barriguda			31	14	11	0
	Mundo Novo	Geraldo	2	100	28	31	3
	Lagoinha			179	54	59	5
	Logradouro	Rogéria	1	249	86	87	9
	Total da UF		7	647	209	217	21
TOTAL GERAL		12	1.471	485	478	58	

Tabela 1 - Distribuição de aldeias por unidade da federação, AIS, número de pessoas, famílias e residências do Polo Base Pankararu Entre Serras, jun - 2017

Fonte: Dados do Polo Base Pankararu Entre Serras, Cobertura Vacinal do segundo semestre de 2017 e da Planilha de Serviços.

Nota: Os dados populacionais de referência para o ano em curso são os obtidos na contagem do mês de dezembro do ano anterior.

4.3 Dependência de recursos externos (empregos e benefícios sociais)

O Bolsa Família é única fonte de renda para muitas das famílias com crianças menores de cinco anos (em algumas aldeias até 93%). O emprego é difícil e está localizado fora das aldeias, até mesmo em outros estados e muitos homens passam meses trabalhando em firmas para depois retornarem aos seus lares. O estado de São Paulo continua sendo o que mais recebe imigrantes vindo destas aldeias. A distribuição de cestas básicas é esporádica.

4.4 Número de escolas e níveis de ensino

Há um total de 10 escolas indígenas no território, algumas oferecendo o ensino fundamental e outras fundamental e médio, há tentativa de implantação de creche que já existe no território, mas que não é exclusivamente para o ensino indígena.

4.5 Tempo e características do contato com a sociedade nacional

Em contato com a sociedade nacional há mais de 500 anos. Inicialmente confundidos com o restante da população sertaneja por não falarem mais sua língua, sendo o português a única língua de comunicação na área. Indígenas e sertanejos como os primeiros a povoar esta região do semiárido representam acúmulos sedimentares de uma cultura, em tempos passados integralmente indígena (ATHIAS, 2002).

4.6 Relação atual com a sociedade nacional

A principal ameaça ao território é o processo de desintrusão, os indígenas continuam lutando pela conclusão dos trabalhos de indenização e retirada dos posseiros, atualmente os indígenas da TI Entre Serras dispõem de apenas 40% da sua terra.

4.7 Atividades econômicas, produção alimentar e força de trabalho indígena

Outrora a base da economia Pankararu era a agricultura de subsistência hoje castigada pela estiagem prolongada e pelas chuvas poucas ou quando abundantes incertas, tornando empobrecida até mesmo atividades simples de coleta de frutas nativas como imbu e o murici. Ainda assim, destacando-se a cultura do feijão, milho, a mandioca (para produção de farinha e beiju) e frutas (pinha, goiaba, manga, caju, murici, banana, entre outras).

Geralmente os produtos destinam-se ao consumo interno, mas parte é comercializada nas feiras das cidades próximas. Os Pankararu já foram um dos maiores produtores de pinha da região (ATHIAS, 2002).

Também criam bodes, porcos, galinhas e em alguns casos, gado bovino e equinos para realizar o trabalho e o transporte de bens. Os animais domésticos mais adotados pelas famílias são os cachorros, gatos e pássaros em gaiolas. Desde 2006 os Pankararu têm uma feira livre dentro do território, na aldeia Brejo dos Padres (ATHIAS, 2002).

A produção artesanal tem pouca proporção na economia envolvendo mão-de-obra predominantemente feminina, a indumentária dos “Praiás” (saias, chapéus, máscaras, usados em cerimoniais), vassouras, sacolas, abanos e cestas são confeccionados em palha de ouricuri e a fibra de caroá. Confeccionam a partir de argila e barro panelas, fogareiros, geralmente objetos utilitários para uso próprio ou comercializado pelos indígenas nas diversas feiras ATHIAS, 2002).

Trabalhar na roça, além de ser um trabalho exaustivo e que “rende pouco”, não é atrativo para as moças e rapazes que afirmam preferir estudar mais e conseguir uma profissão ou buscar por emprego. Mesmo assim, alguns homens trabalham de diaristas em áreas circunvizinhas e durante a seca nem todas as famílias recebem sequer uma cesta básica de programas assistenciais e Garantia-Safra do Governo, estando esta população incluída no mapa da fome (ATHIAS, 2002).

Alguns poucos trabalhadores realizam suas atividades assalariadas fora da aldeia, com trabalhos que, em geral, não requerem especialização. Mais recentemente com a implantação do DSEI os profissionais de saúde indígena juntamente com os professores indígenas formam o grupo de assalariados que vivem e trabalham no território indígena. As marcantes vulnerabilidades as quais estão submetidos, colocando essa população na dependência, quase que exclusiva, de programas federais de redistribuição de renda com esse declínio da renda familiar associada a falta de oportunidades (ATHIAS, 2002).

Suas terras não têm água suficiente para suprir suas necessidades essenciais, apesar da localização próxima do Rio São Francisco, e a busca pela água que outrora foi uma atividade vital ocupando grande parte das energias e do tempo dos Pankararu durante o dia e a noite tem-se amenizado com a utilização de carros pipas para abastecimento das cisternas (ATHIAS, 2002).

4.8 Práticas tradicionais de atenção à saúde

São praticadas no dia a dia nas aldeias, devido a sua grande bagagem de conhecimentos aprimorados sobre o parto (dietas, parto de cócoras, acompanhamento de parteiras, contato intenso com os familiares na casa, rezas, encantamentos), contracepção (chás, banhos e

asseios com raízes e ervas locais), prevenção e pré-natal (banhos e asseios com raízes e ervas locais, rezas e encantamentos) (ATHIAS, 2002).

A relação com os Encantados leva ao equilíbrio do próprio corpo, e como resultado o bem-estar, definido como sendo sobretudo a “falta de doenças”. As práticas de autoatenção iniciam em casa, na própria família, por dois principais métodos: seja com uso de tratamentos amplamente conhecidos, em especial pelas mulheres, com ervas, raízes ou raspas de árvores facilmente disponíveis e de conhecimento da comunidade em geral ou mesmo com uso medicamentosos. Em muitos casos, mesmo antes de se recorrer a um destes métodos é procurada uma rezadeira para tirar o mau-olhado (ATHIAS, 2002).

Os especialistas da medicina tradicional indígena dos Pankararu são pajés, rezadores, benzedores e parteiras. Na prática diária não são realizados atendimentos conjuntos entre profissionais da biomedicina e especialistas tradicionais, mas é indagado ao paciente durante atendimento se ele já está em uso de algum método tradicional de cura ou acompanhado por um especialista indígena, reafirmando o potencial de trabalhar na aproximação do saber tradicional com o saber da medicina ocidental, mantendo os dois tratamentos. Inclusive são desenvolvidas atividades de educação em saúde para valorizar o uso de plantas medicinais. A medicina tradicional Pankararu se apresenta em muitos casos como complementar à biomedicina. Athias (2002) afirma que apesar de sua pesquisa ter dados suficientes para identificar quais são as doenças em que um ou outro sistema é utilizado para cura das doenças, há indicação de que apenas os curadores e benzedoras tratam certos males. Nota-se claramente que há uma distinção do tipo de ajuda e a importância em que se dá a procura de remédios com os curadores. Nas doenças do ciclo reprodutivo, atribuídas como sendo “doenças de mulher” as palavras dos especialistas indígenas são muito mais respeitadas do que os remédios oferecidos pela biomedicina.

Quanto aos remédios da farmácia, há a impressão de que representam uma crença menor do que nos remédios da medicina indígena ofertados pelos curadores para cura de algumas doenças como as infecções sexualmente transmissíveis, existe uma vasta série de chás e garrafadas de domínio comum. Facilmente explicado com o fato de que estas doenças se tornam menos públicas e o paciente em questão, procura manter encoberta, pois dificilmente eles ou elas relatam em suas histórias clínicas para os profissionais da biomedicina (ATHIAS, 2002).

As índias entrevistadas salientam que as rezadeiras e curadores têm uma função digna de elogio no âmbito da saúde, valorizado por toda comunidade e que existe um benevolente sentimento em poder ampliar os conhecimentos em saúde reprodutiva e do próprio corpo. Os AIS possuem opiniões em harmonia às das mulheres: existe uma grande conscientização a respeito dos serviços que podem atuar na área indígena, um grande interesse na própria capacitação e na melhoria das suas atuações. Além disso, são reconhecidos pela população como pessoas que podem ajudar a melhorar a situação da saúde na área (ATHIAS, 2002).

A procura pelo acompanhamento biomédico também é valorizada, mas há dificuldade de atendimento diário, pois apesar de inserido localmente na comunidade a equipe de saúde precisa fazer rodízio por todos os locais de atendimento, que acaba interferindo diretamente na quantidade de atendimentos realizados pelas EMSI, além da escassez de transporte para estes serviços de saúde até cidades próximas (ATHIAS, 2002).

A maioria dos Pankararu procura os serviços de saúde da biomedicina, tal como estão implantados nas aldeias indígenas, bem como, buscam soluções no sistema médico tradicional através de pessoas que são referidas como tal. Pudemos verificar esse itinerário em todas as aldeias em que a pesquisa foi realizada, que os Pankararu além de procurar os serviços médicos existentes, utilizam os remédios prescritos por benzedeiros e curadores (ATHIAS, 2002).

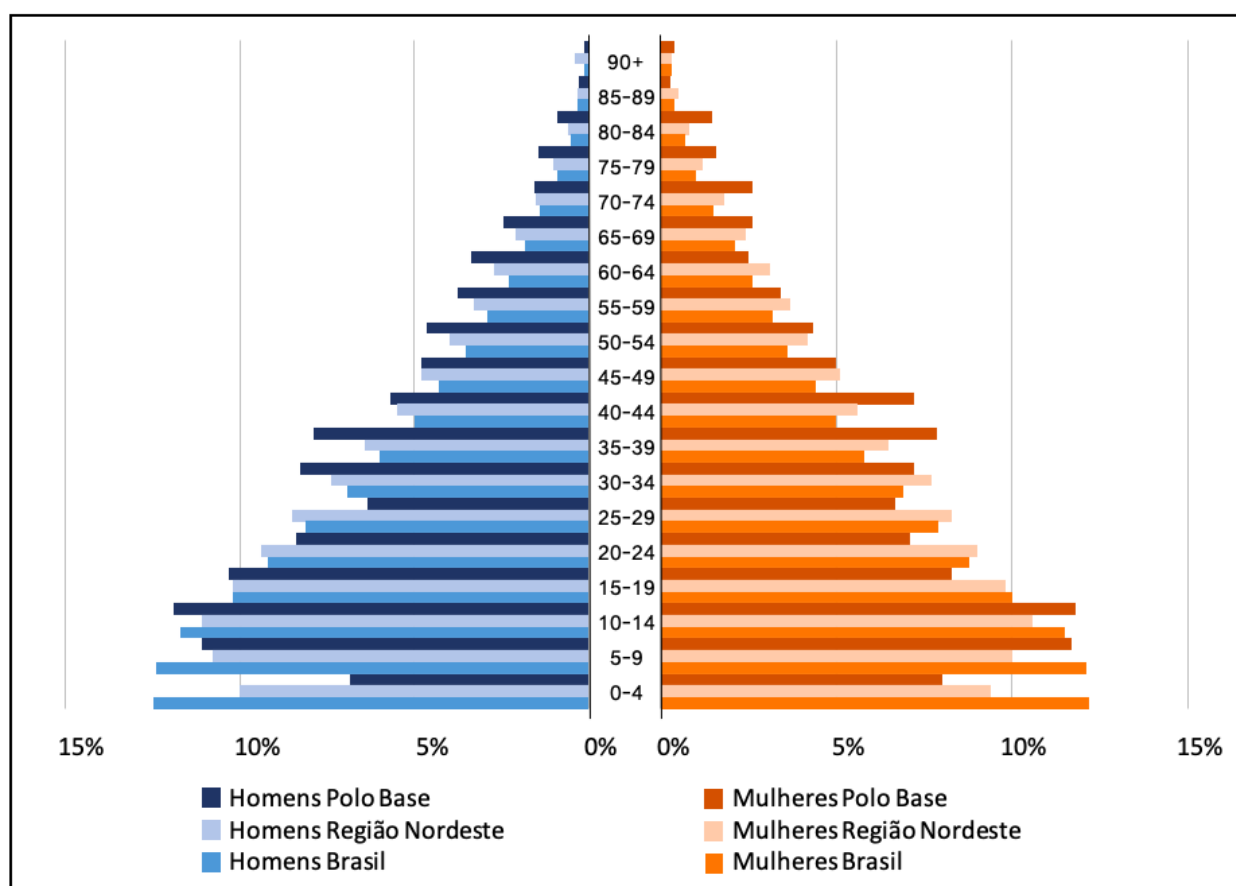
Com uma forma peculiar de itinerário terapêutico nas formas de lidar com doenças de infância, parto, pré-natal e contracepção, os Pankararu, mantêm em relações cordiais a biomedicina, os especialistas indígenas e as curas através dos Encantados. Isto inclui a valorização do parto em hospital pelas índias mais novas como forma de promover mais segurança e evitar riscos à saúde materna e do neonato, sendo reconhecidos com destaque positivo para a cura de enfermidades e para a prevenção de doenças a assistência hospitalar e o médico (ATHIAS, 2002).

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

5.1 Pirâmide sexo-etária

A população indígena brasileira apresentou um equilíbrio entre os sexos (100,5 homens para cada 100 mulheres) no ano de 2010, em áreas urbanas há mais mulheres e mais homens nas rurais. Na Região Nordeste existem mais homens que mulheres, como também observado Polo Base (101 homens para cada 99,2 mulheres) no ano de 2019 conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Pirâmide etária da população indígena do Polo Base Pankararu Entre Serras, da Região Nordeste e do Brasil.



Fonte: Adaptado de IBGE Indígenas (2015) e SIASI Local (2018).

Nota: A população indígena do Brasil e da Região Nordeste usada pelo IBGE corresponde ao Censo de 2010 e a população do Polo Base corresponde ao SIASI em 2019.

A pirâmide etária do Polo Base em 2019 mostra uma tímida tendência supondo sua transformação de pirâmide jovem para uma adulta, mas no demais se assemelha a indígena brasileira que em 2010 apresentava uma base larga que vai reduzindo à medida que a idade

aumenta, em um padrão que reflete suas altas taxas de fecundidade e mortalidade, sobretudo influenciadas pela população rural.

Os indígenas em idade inativa (menores de 15 e com 65 anos ou mais) eram 71,8 para cada 100 ativos na realidade nacional. Já para os não indígenas, essa relação correspondia a 45,8 inativos para cada 100 em idade provável de atividade. No Polo Base essa relação é de 62,5 para cada 100 em idade ativa.

Nas áreas rurais o contexto geral mostra uma proporção de 45,0% de indígenas na faixa etária de 0 a 14 anos e 4,3% na faixa de 65 anos ou mais, já no Polo Base temos os percentuais de 43,4% e 15,6% para essas mesmas faixas etárias, ou seja, o quádruplo na realidade nacional para os maiores de 65 anos. A pirâmide etária fora das terras indígenas indica baixa fecundidade e mortalidade, mas a realidade interior das terras é uma pirâmide etária com alta natalidade e mortalidade. Notamos ainda que metade da população total indígena tinha até 22,1 anos, sendo que os que residem nas terras a idade foi de 17,4 anos e, fora delas, sobe para 29,2 anos.

A taxa de natalidade é de 15,64 semelhante a nacional de 14,16 e não muito diferente da taxa do estado de Pernambuco. Isso mostra que temos 15,64 nascimentos para cada mil habitantes. Mas esses dados não são uniformes em todo o país, embora tenham sofrido uma queda significativa, enquanto as regiões Sul e Sudeste possuem as menores taxas de natalidade, a região Norte ainda possui um número considerável de nascimentos.

A taxa de fecundidade é de 6,1 (2019) muito mais alta que a do Brasil que foi de 1,72 (2015), evidenciando famílias numerosas com mais que triplo da média de filhos por mulher em nossas aldeias, durante muitos anos não foi permitido oferecer métodos contraceptivos hormonais pela EMSI dentro das terras indígenas de Pernambuco.

A mortalidade geral no Polo Base no ano de 2019 foi de 3,34 por mil indivíduos e no país em 2015 foi 6,08, quase o dobro, sugerindo que risco geral de morte em nossas aldeias é metade da média nacional.

A taxa de crescimento anual é pequena sendo que em 2018 a população era de 1.471 e no ano seguinte 1.499, ou seja, 28 indivíduos a mais ou 1,9% do total da população. A etnia predominante é a Pankararu.

5.2 Principais indicadores de saúde

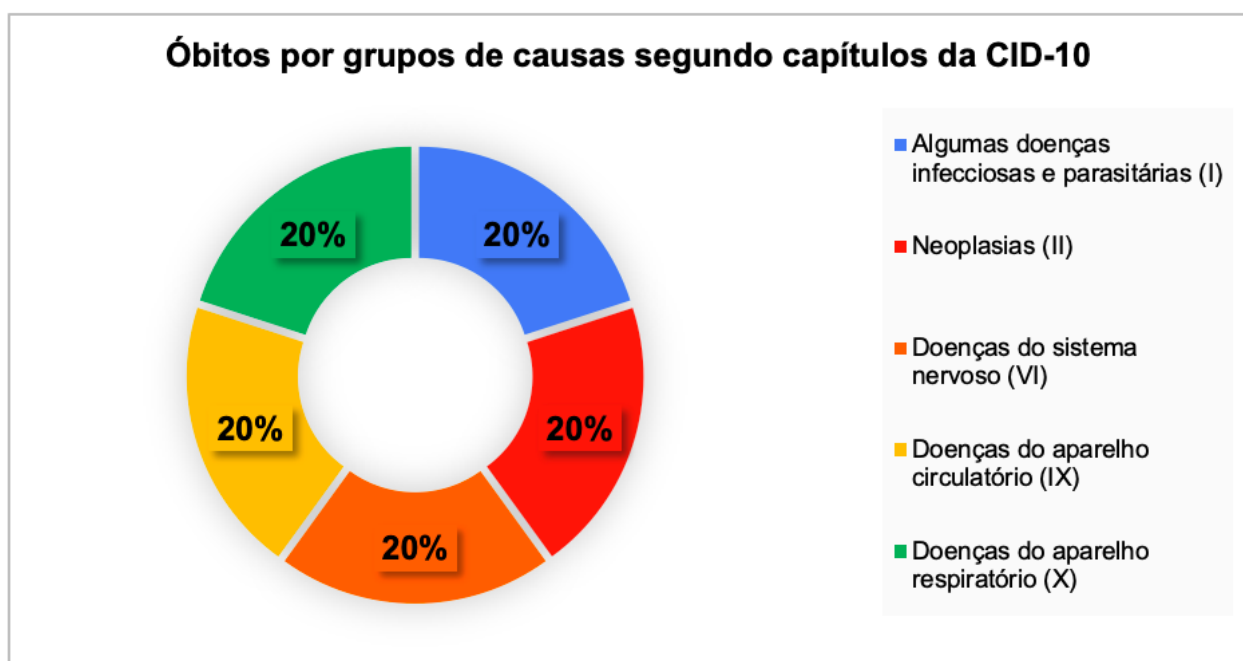
Sobre a taxa de mortalidade Infantil e seus componentes, houve apenas um óbito em menores de 1 ano (no período pós-neonatal), apesar de não ser comum, mas dada nossa pequena população o indicador fica muito alto. Mesmo uma comparação em série histórica seria difícil, visto que, estes óbitos não ocorrem todos os anos no polo como é o que

acontece no Brasil. Talvez o mais adequado seja uma comparação acumulativa de vários anos.

Ocorreram 5 óbitos, todos em capítulos distintos da CID 10: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I), Neoplasias (Capítulo II), Doenças do sistema nervoso (Capítulo VI), Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) e Doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), conforme Gráfico 2.

Houve um óbito em menores de cinco anos por atrofia muscular espinal, uma condição genética rara. Não ocorreu morte materna. Cerca de 39% dos partos são cesáreos e há 4 anos não há nenhum parto domiciliar.

Gráfico 2 – Óbitos por grupos de causas segundo capítulos da CID-10, Polo Base Entre Serras, dez/2019.



Fonte: Adaptado de SIASI Local com dados extraídos em 31 de dezembro de 2019.

No que se refere ao estado nutricional, 93,51% dos menores de 5 anos estão com Peso Adequado para Idade (PAI), 4,55% com Peso Elevado para Idade (PEI), 1,3% com Baixo peso para Idade (BPI) e 0,65% com Muito Baixo Peso para Idade (MBPI). Não há dados disponíveis sobre o estado nutricional de adultos.

Em relação das doenças crônicas a Prevalência de Diabetes Mellitus é de 7,97% na população com 20 anos ou mais, para Hipertensão Arterial Sistêmica 23,8%. Não há dados disponíveis sobre a obesidade em adultos. A Prevalência (Experiência) de cárie dentária (CPO-D) que corresponde a média do número de dentes cariados, perdidos e obturados (restaurados) aos 12 anos é de 1,84.

Ao falarmos de doenças infectocontagiosas, parasitárias, endêmicas e outros agravos, notamos que a Prevalência e Incidência de Tuberculose pulmonar foi de 66,71 (apenas um caso). A Prevalência de COVID-19 foi de 2,07% até o 31/08/2020. Não temos casos de hanseníase desde o ano de 2015.

Geralmente os anos as mesmas mulheres realizam coleta de citologia oncótica de colo uterino e algumas poucas nunca realizaram. Elas são informadas que podem fazer o exame anualmente para não perder o vínculo com o serviço e com a periodicidade. Há que se vencer as barreiras que fazem com que algumas mulheres nunca tenham realizado o exame. Para este indicador ser confiável é preciso que seja medido ao longo de 3 anos em proporção, sendo que no ano de 2019 foi de 86,94%.

5.3 Indicadores de saneamento básico

Utilização de rede geral de abastecimento de água (37,5%), poços (21,0%), rede de esgoto (0,0%), fossas sépticas (78,0%) e coleta de lixo (43%).

Em algumas das aldeias os Projetos de Melhorias Sanitárias levaram a construção de banheiros, mas pela pouca integração deste com o restante da residência, aliados aos maus hábitos da população transformaram seu uso para depósito. Não existem locais adequados para o destino das fezes em algumas partes de algumas aldeias, mas tal situação não leva à contaminação ambiental importante devido a distância de mananciais e córregos. Contudo prevalece a alta infestação por parasitoses intestinais e ocorrência de doenças de veiculação hídrica. As aldeias do município de Petrolândia têm acesso a coleta de lixo semanalmente, as do município de Tacaratu não dispõem do serviço.

A principal forma de abastecimento de água se dá pelo sistema de cisternas por meio de reabastecimento com caminhões pipa e com menos frequência utiliza-se água da chuva. Não há monitoramento contínuo da qualidade da água das cisternas e manutenção é precária.

Há água encanada em apenas três aldeias (Baixa do Lero, Porteirão e Barroço) que têm como fonte de abastecimento sistemas de rede próprios da SESANI e com manutenção do AISAN, outras duas aldeias (Folha Branca e Olho D'Água do Julião) têm água encanada da empresa de abastecimento Compesa, sendo que nem todos os aldeados dispõem do serviço.

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

O principal problema a ser levantado se refere ao elevado números de casos de COVID-19 no território de saúde do Povo Entre Serras (Quadro 1), com uma incidência de 2.268 casos por 100.000 habitantes, acima da do DSEI que é de 1.617 e abaixo da incidência nacional de 3.562 casos, dados atualizados até 27 de dezembro de 2020 pelo Painel Coronavírus (BRASIL, 2020).

A proximidade de algumas aldeias da zona urbana e o fácil acesso as cidades, o aumento da população dentro de uma terra limitada e as mudanças climáticas, em especial no período chuvoso, têm aumentado bastante o número de casos novos. Perceber um território vivo formado por pessoas e suas relações com ele nos mostra quão social são seus problemas de saúde e suas necessidades para contorná-los.

QUAL É O PROBLEMA?	COMO ACONTECE?	
	Mudanças no modo de viver	Alterações no Meio Ambiente
1 Elevado números de casos de COVID-19 no território.	Aldeia mais próxima da zona urbana tem mais casos; Fácil acesso as cidades.	Aumento da população dentro de uma terra limitada; Mudanças climáticas.
2 Pouco acesso de rede geral de abastecimento de água (37,5%).	Falta de investimento em políticas públicas para estimular a melhoria do saneamento básico e o etnodesenvolvimento.	Famílias carentes construindo casas de taipa mais distantes das demais e em áreas de risco.
3 Pouco acesso das aldeias a coleta de lixo (43%).	Pouca ou nenhuma variedade de alimento produzido nas aldeias; Mau uso da alimentação industrializada; Falta de consciência ecológica; Falta de investimento em políticas públicas para estimular o cuidado com o meio ambiente e etnodesenvolvimento.	Poluição ambiental; Perda de algumas sementes tradicionais e do costume de estocar as sementes para diminuir a produção de lixo e estimular o etnodesenvolvimento.
4 Acesso insuficiente das aldeias a fossas sépticas (78,0%).	Falta de investimento em políticas públicas para estimular a melhoria do saneamento básico e o etnodesenvolvimento.	Poluição ambiental; Aumento de doenças de transmissão hídrica e alimentar.
5 Ausência rede de esgoto (0,0%).	Falta de investimento em políticas públicas no saneamento básico.	Poluição ambiental; Aumento de doenças de transmissão hídrica e alimentar.
6 Lento processo de desintração (atualmente os indígenas dispõem de apenas 40% de seu território).	Aumento de conflitos em entre indígenas e posseiros. Tensões sociais no território.	Destruição ambiental dos posseiros insatisfeitos com as indenizações; Perturbações no direito de ir e vir.

Quadro 1 - Problema e Determinantes

Fonte: o autor.

Sustentamos a opinião ao eleger este problema depois de observá-lo como um problema real na vida dos usuários e que tem nos demandado (trabalhadores da saúde e outros serviços essenciais) esforços como nunca antes sequer imaginávamos ser capazes de prestar. Após refletirmos (eu e a EMSI) claramente percebemos que o vemos e sentimos como um

problema. Fomos levados a intencionalidade em resolvê-lo tão logo tínhamos sido afetados, não só por números, mas pelas diversas demandas que eles geram e quando se trata de uma nova doença o cenário é mais desesperador ainda. Então o elegemos como um problema não apenas por uma questão de indicadores, mas por questões que transcendem nossa sensibilidade e intuição enquanto profissionais de saúde ao ver o sofrimento do outro em nossa frente.

ALDEIA		POLO BASE	DSEI	OUTROS SETORES
Ações Individuais	Ações Coletivas			
1 Acompanhar os casos de COVID-19 conforme protocolos do Ministério da Saúde.	Identificar com a comunidade os principais fatores locais que aumentam o número de casos novos; Intensificar visitas domiciliares para identificar suspeitos; Propor ações educativas com: famílias, AIS, professores, idosos e lideranças.	Organizar as ações de palestras, reuniões e materiais.	Fornecer EPIs, insumos, medicamentos, materiais e equipamentos.	Lideranças, Associações indígenas, Escolas Indígenas e Organizações não-governamentais.
2 Orientar os pacientes durante os atendimentos.	Orientar as famílias sobre o uso correto de hipoclorito na água para consumo humano e higiene dos alimentos.	Articular o fornecimento de hipoclorito pelos municípios.	Encaminhar ofício com as solicitações; Fornecer insumos e materiais de apoio. Acompanhar o andamento das solicitações junto aos órgãos envolvidos no processo.	Lideranças, Associações indígenas, Escolas Indígenas, MS, MMA, FUNASA, FUNAI e ONGs.
3 Orientar os pacientes durante os atendimentos.	Orientar as famílias e comunidade sobre o destino correto do lixo e proteção do meio ambiente.	Acompanhar o andamento das solicitações junto a prefeitura.	Encaminhar ofício com as solicitações; Fornecer insumos e materiais de apoio.	Lideranças, Associações indígenas, Escolas Indígenas e Organizações não-governamentais.
4 Orientar os pacientes durante os atendimentos.	Orientar as famílias e comunidade sobre o destino correto das fezes e proteção do meio ambiente.	Organizar as reuniões e materiais de apoio.	Encaminhar ofício com as solicitações; Fornecer insumos e materiais de apoio. Acompanhar o andamento das solicitações.	Lideranças, Associações indígenas, Escolas Indígenas, MS, MMA, FUNASA, FUNAI e ONGs.
5 Orientar os pacientes durante os atendimentos.	Orientar as famílias e comunidade sobre o destino correto das fezes e proteção do meio ambiente.	Organizar as reuniões e materiais de apoio.	Encaminhar ofício com as solicitações; Fornecer insumos e materiais de apoio. Acompanhar o andamento das solicitações.	Lideranças, Associações indígenas, Escolas Indígenas, MS, MMA, FUNASA, FUNAI e ONGs.
6 Orientar os pacientes durante os atendimentos.	Orientar as famílias e comunidade sobre a redução de conflitos.	Organizar as reuniões e materiais de apoio.	Acompanhar o andamento das solicitações junto ao Ministério da Justiça e FUNAI.	Lideranças, Associações indígenas, Escolas Indígenas, MS, MMA, FUNASA, FUNAI e ONGs.

Quadro 2 - Plano de Soluções para os problemas no território

Fonte: o autor.

Ao nos perguntarmos se ele corresponde efetivamente a um problema da população a resposta será sempre afirmativa. Tão afirmativa essa resposta que não podemos, ainda, nos reunirmos nos espaços possíveis para conversar coletivamente com os mais diversos atores e juntos discutirmos todas essas questões, mas suas respostas individuais apontam para esse caminho (Quadro 2).

Cobertura da vacinação contra COVID-19. dose 1: 95,09%, dose 2: 93,09%

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

Tendo clareza que o problema de saúde escolhido, o elevado número de casos confirmados de COVID-19 no território, e é também percebido pela comunidade como tal e munido de informações providas de uma rede explicativa bem refletida e organizada, (vide CAPÍTULO 6). Compreendemos que os maiores beneficiados da atividade de educação em saúde planejada é a própria comunidade a curto prazo e sociedade como um todo a longo prazo.

O objetivo específico dessa atividade é munir o usuário do subsistema de informações sobre a COVID-19 e empoderá-lo com sujeito protagonista de seu processo saúde-doença através uma comunicação assertiva que respeite os saberes tradicionais e adaptados a realidade e idade do público a qual se destina. Com a intenção de discutir o surgimento, os meios de transmissão, o tratamento e a prevenção sobre o novo vírus e a doença, refletindo sobre seus impactos na comunidade e na vida cotidiana, nos rituais e nas medidas a serem tomadas ao nos relacionarmos uns com os outros.

Inicialmente manteremos nossas atividades como já acontecem regularmente com visitas domiciliares e rodas de conversa, em pequenos grupos de 5 pessoas, em aldeias sem casos ativos da doença, para perceber o sentimento de cada uma das doze aldeias. Posteriormente, juntos com a EMSI, conselho local de saúde e professores iremos convidar e eleger pessoas com a intenção de realizar desenhos e outros tipos de artesanato, áudio e vídeo com informações sobre a novo coronavírus e a COVID-19 que serão direcionados aos usuários principalmente pelas redes sociais e aplicativo WhatsApp. Algumas dessas atividades poderão ser realizadas em locais adequados, abertos e bem arejados, como escolas, igrejas ou mesmo sob a sombra de árvores. Podendo colaborar lideranças, associações indígenas, professores indígenas e toda comunidade, tão logo seja possível devido a epidemiologia do número de casos ativos que muda constante entre as aldeias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de estudos com grandes populações indígenas ainda é um grande desafio, carecendo uma investigação mais detalhada e um melhor conhecimento do território na saúde. É importante se ter em mente que muitos fatores causais de doenças presentes no território (infecciosas ou não) advém do estilo de vida, mas que podem ser modificáveis por uma educação em saúde em coesão com a comunidade, ação de destaque na prática do trabalho em equipe, contribuindo para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, melhorando o estado de saúde e a qualidade de vida, principalmente se os problemas são identificados mais precocemente e as intervenções são realizadas em tempo hábil, aumentando a eficácia dos resultados atrelando os saberes da biomedicina com os saberes tradicionais indígenas.

Quando este curso que pretende formar profissionais com competências antropológicas, políticas, epidemiológicas, educativas e de saúde pública propõem uma reflexão sobre a educação em saúde surgem algumas autocríticas: Minhas orientações médicas são levadas a sério? E as da equipe multidisciplinar? Como perceber isso?

É sabido que são inúmeras as potencialidades do trabalho em equipe para promover atividades de educação em saúde adequadas, mas tenho que saber se estou de fato trilhando o caminho certo.

Quanto ao problema identificado: o elevado número de casos confirmados da COVID-19, sugiro devido sua complexidade, prevalência e múltiplos envolvidos: a aproximação dos diversos atores indígenas e não indígenas com narrativas e diálogos que propiciem uma comunicação assertiva que favoreça o vínculo e a longitudinalidade da atenção a saúde destes povos. Assim a atividade de educação em saúde é enxergada como primeiro passo para mudanças nos hábitos e estilo de vida, a educação permanente, confecção de material educativo e planejamento de ações preventivas/curativas necessitam de um olhar mais sensível por parte dos gestores, trabalhadores e na parte que lhes compete os próprios usuários de saúde, lideranças e especialistas tradicionais.

O contexto é preocupante, visto que, o país está vivenciando uma crise política interna e o mundo uma crise de saúde global. Temos como fragilidades a precarização do ponto de apoio para atendimento na aldeia Logradouro, a falta de comprometimento de parte da comunidade (não usar máscara, não informar sintomas gripais nos primeiros dias, não respeitar o isolamento domiciliar e social), a falta de materiais informativos impressos e falta de materiais para confecção pela equipe, e ausência de instrumentos que possam avaliar o impacto das intervenções de educação em saúde na comunidade. Como potencialidades temos Equipamento de Proteção Individual (EPI), materiais e insumos suficientes, doação de máscaras para comunidade, o itinerário terapêutico está bem definido e claro para profissionais e usuários (desde o especialista tradicional até o acesso aos demais níveis de atenção), uma equipe bem engajada que respeita e valoriza os saberes tradicionais, toda EMSI realizou cursos a distância sobre interculturalidade e sobre a COVID-19, nos reunimos para confecção de material de apoio para palestras, jogos e brincadeiras, os AIs são ativos durante os eventos de educação em saúde, nossos indígenas são falantes somente de português e praticamente todos tem acesso aos meios de comunicação como televisão e conexão a internet para manterem-se informados.

Carrego a certeza de que este curso modificou minha atuação direta na atenção à saúde dos povos indígenas, não só do ponto de vista antropológico, mas sobretudo no modo como desenvolverei minhas atividades de educação em saúde no trabalho em equipe com a EMSI. E que a melhoria da qualidade e a resolutividade dos serviços prestados à comunidade depende da manutenção e funcionamento contínuos das unidades de saúde e pontos de apoio, com todos os insumos, materiais e equipamentos necessários facilitando o acesso da comunidade ao tratamento, reabilitação, prevenção e promoção à saúde. A capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para que eles estejam aptos a atender essas demandas, em um tema que ao mesmo tempo se mostra tão simples e complexo, para o desenvolvimento das habilidades necessárias para atender esse público.

Por fim, considero que seja importante propiciar aos usuários de saúde indígena uma gestão participativa e de parcerias interinstitucionais e intersetoriais estimulando a corresponsabilização da comunidade no envolvimento com as ações e serviços de saúde sendo capazes de modificar sua realidade sanitário-epidemiológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHIAS, R. Espaço, Fecundidade e Reprodução entre os Pankararu. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 8., 2002, Ouro Preto. **Resumos...** Ouro Preto, 2002. p. 1-23. Disponível em: <https://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_IND_ST14_Athias_texto.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

ATHIAS, R. & MACHADO, M; A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v17n2/4187.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil: COVID-19 Painel Coronavírus [online]**. Brasília; 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 27 dez. 2020.

BRITO, A. Pernambuco vive sua revolução industrial. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 06 mar. 2011. Folha Mercado, Folha Digital. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2011/03/884917-pernambuco-vive-sua-revolucao-industrial.shtml>>. Acesso em 04 fev. 2020.

DSEI PE. Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco. **Relatório de Gestão 2017**.

DSEI PE. Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco. **Relatório de Gestão 2018**.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades [online]**. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>>. Acesso em: 18 mai. 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Indígenas [online]**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://indigenas.ibge.gov.br/apresentacaoindigenas.html>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. **Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030 [online]**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>. Acesso em: 07 jul. 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

OLIVEIRA, João Pacheco de. (org.). **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. **Pernambuco [online]**. Recife; 2018. Disponível em: <<https://www.pe.gov.br/conheca/geografia/>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

LIMA, M. R. A., et al. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2016, 69.5: 840-846. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500840&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>. Acesso em: 16 jul. 2020.

REMDIPE, 2019. Remdipe, **Rede de Monitoramento dos Direitos Indígenas em Pernambuco**, 2019. Disponível em: <<https://www.unicap.br/catedradomhelder/?p=1308>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SILVA, E. H. Índios, o reconhecimento da diferença. **Cadernos de Estudos Sociais**, Recife, v. 25, no. 2, p. 325-336, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://www.indios--reconhecimento-da-diferenca-Cadernos-de-Estudos-Sociais_Recife_2010>. Acesso em: 30 jun. 2020.

WIKIMEDIA COMMONS. **Wikimedia Commons**, 2016. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mapa_topográfico_do_estado_de_Pernambuco,_Brasil.svg>. Acesso em: 10 jul. 2020.