



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DEBNEIA CORREIA SOARES

O FAZER DA SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO
PURUS: O CONTEXTO DE UM OLHAR ATENTO À SAÚDE DO POVO DA ALDEIA
MARONAWÁ

SÃO PAULO
2021

DEBNEIA CORREIA SOARES

O FAZER DA SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO
PURUS: O CONTEXTO DE UM OLHAR ATENTO À SAÚDE DO POVO DA ALDEIA
MARONAWÁ

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 presente trabalho tem por objetivo nos apresentar pontos de reflexões a respeito do fazer da saúde indígena levando atenção básica aos povos que vivem em lugares isolados, sendo estes moradores da Aldeia Maronawá, uma das vinte e três aldeias que correspondem a micro área da EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena) da UBSI Maronawá do Polo base de Santa Rosa do Purus, fazendo parte está do território de cobertura do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus. Conhecendo um pouco do contexto histórico, sociocultural, demográfico territorial do DSEI, é possível observar que são várias as dificuldades para ter acesso a aldeia e conseguir levar serviços de atenção básica a população indígena que ali vive, respeitando sua cultura e seus costumes, conciliando medicina natural e biomedicina, tentando encontrar um diagnóstico situacional sobre o que foi apontado como um problema para a saúde e bem estar dos habitantes da aldeia. Fazendo uma análise profunda e com um olhar bem atento ao que realmente afeta a saúde da população, conseguimos perceber o quão importante é a participação ativa dos AIS e AISAN no desenvolvimento de metodologias e atividades voltadas para a educação em saúde, trabalhando não só com a EMSI, mas envolvendo professores, lideranças e moradores indígenas da comunidade. Se conseguirmos ter uma visão de que juntos o fazer da saúde terá mais resultados positivos e o trabalho será mais satisfatório tanto para nós profissionais de saúde como para a comunidade assistida. Assim, apreciaremos os frutos desse trabalho aos nossos olhos, com esperança e mais expectativas positivas. É possível, mesmo com todas as dificuldades, levar atenção e saúde a essa população, de forma simples e percebendo que nós temos mais para aprender que para ensinar. Humildade e empatia se encaixam bem nesse nosso trabalho e as vezes é disso que precisamos para entender o contexto da saúde indígena e como fazê-la da forma correta, ou pelo menos, de acordo com a necessidade de cada povo atendido.

Palavras-chave:

Visita Domiciliar. Mortalidade Infantil. Educação em Saúde. Doenças Respiratórias. Desnutrição.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Debneia, sou brasileira, tenho 33 anos e concluí minha formação em medicina há 3 anos em uma faculdade no exterior. Moro no estado do Acre e nasci no município de Brasiléia, onde morava com minha mãe até o momento em que entrei para o Programa Mais Médicos e fui morar no município de Santa Rosa para trabalhar no pólo base deste município. Estava me preparando para prestar exame de revalidação de diplomas para poder exercer a profissão de médico no meu país, mas desde o ano de 2017 este exame não foi realizado. Foi então que tomei conhecimento do Programa Mais Médicos, onde eu poderia trabalhar por um determinado período até poder revalidar meu diploma. Estudei e analisei quais localidades dentro do meu estado que precisavam de atenção médica, quais eram mais carentes e necessitadas, porque era em um desses lugares que eu queria e deveria trabalhar, onde realmente a atenção em saúde fosse precária. E encontrei a saúde indígena, e justamente em um dos municípios que mais problemas tem, tanto por dificuldades em conseguir profissionais para trabalhar como também pela dificuldade de acesso ao local. Enfim, aqui estou trabalhando no meu estado do Acre levando saúde a lugares extremos, onde muitos nem têm conhecimento da existência desse território, e em meio a tantas dificuldades que temos em levar os serviços de atenção básica até as aldeias do município de Santa Rosa, por questões de logística, recursos financeiros escassos, eu juntamente com minha equipe tentamos fazer sempre o melhor para as comunidades, para que eles tenham atendimento de qualidade.

Espero poder cada vez mais adquirir conhecimentos, para poder levar até os povos indígenas uma forma cada vez melhor de atenção em saúde, preservando assim seus valores e cultura, podendo dar-lhes uma expectativa de vida maior e de qualidade. A seguir algumas imagens que mostram um pouco de como faço meu trabalho com a população indígena. Não importa a situação, os atendimentos sempre são realizados de acordo com a necessidade de cada caso, seja na UBSI, seja nas residências ou até mesmo as margens do rio, tentamos assistir a todas as comunidades da melhor forma possível. Dessa forma, aos poucos vamos conhecendo a rotina, as histórias de vida de cada povo, cada uma dessas famílias, ouvindo suas necessidades, suas dúvidas e junto a eles tentando elaborar planos de atuação frente à necessidade de cada caso, cada comunidade trabalhando em conjunto.

Figura 1. Atendimento de criança menor de 2 anos na UBSI (Unidade Básica de saúde Indígena) Maronawá com suspeita de pneumonia.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 2. Atendimento e acompanhamento domiciliar na aldeia Maronawá de criança menor de 2 Anos com desnutrição grave tratada e histórico clínico atual de BPI (Baixo peso para a idade).



arquivo pessoal

Fonte:

Figura 3. Atendimento as Margens do Rio de uma família que não encontrava-se na aldeia no dia da visita da EMSI com oferta dos programas de atenção a saúde



Fonte: arquivo pessoal

Dessa forma, aos poucos vamos conhecendo a rotina, as histórias de vida de cada povo, cada uma dessas famílias, ouvindo suas necessidades, suas dúvidas e junto a eles tentando elaborar planos de atuação frente à necessidade de cada caso, cada comunidade trabalhando em conjunto.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

Trabalho no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus (DSEI ARP), o mesmo tem sede no Município de Rio Branco, localizado no estado do Acre e abrange sete municípios, sendo estes, quatro no Estado do Acre (Assis Brasil, Manoel Urbano, Santa Rosa do Purus e Sena Madureira); dois no Estado do Amazonas (Boca do Acre e Pauini); e um no Estado de Rondônia (Porto Velho). Segundo dados da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), a área total do DSEI ARP chega a 134.379,19 km² (DSEI ARP PDSI,2019).

Nessa região é predominante o clima amazônico equatorial, apresentando altas temperaturas e elevada umidade, considerando-se assim condições adequadas e favoráveis para a multiplicação da biodiversidade da região, as formas de relevo que predominam são as depressões da Amazônia ocidental acompanhadas de algumas planícies. O estado do Acre é um dos estados que possui uma vasta extensão de florestas intactas, sendo áreas de proteção ambiental e reservas indígenas. Em razão do grande volume de chuvas e da farta rede fluvial que abrange toda região a vegetação apresenta-se exuberante, constituída por floresta ombrófila aberta (60,87%) e Floresta Ombrófila Densa (39,13%), possui uma densa floresta equatorial e terras firmes, revestida por uma densa vegetação arbustiva, rica em árvores nativas, como por exemplo, as seringueiras (RIBEIRO,2003).

Fazem parte do DSEI Alto Rio Purus indígenas dos grupos étnicos: Apurinã, Jamamadi, Jaminawa, Kaxarari, Kaxinawá, Madjá/Kulina e Manchineri, sendo predominante os troncos lingüísticos: Pano, Aruak e Arawá. A população atual é de 12.678 indígenas, que residem nas 146 aldeias de sua abrangência. O acesso se dá através de carros, barcos e aviões de pequeno porte, ou seja, realizados por meio fluvial, terrestre e aéreo (DSEI ARP PDSI,2019).

As atividades econômicas dos municípios que abrangem as comunidades indígenas giram em torno da agricultura e raramente sobre pecuária e piscicultura; na abrangência do DSEI-ARP se tem registros de quatro organizações indígenas, são elas:

Associação de Produtores Kaxinawa da Aldeia Nova Fronteira;

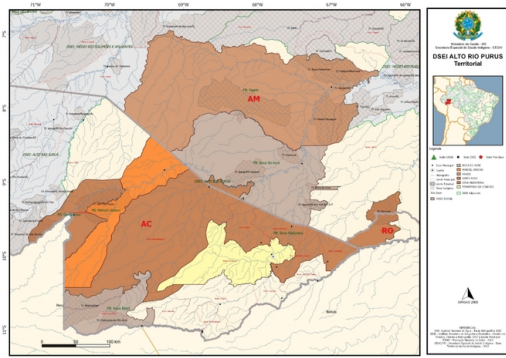
Associação do Movimento dos Agentes Agroflorestais Indígenas do Acre;

Organização dos Povos Indígenas do Acre, Sul do Amazonas e Noroeste de Rondônia;

Organização dos Povos Indígenas Huni Kuin do Alto Rio Purus.

A abertura de estradas, construção de escolas, mineração, desmatamento, entre outros projetos seja municipal, estadual, federal ou por pecuaristas, podem trazer um risco maior de contaminação a essa população que vive em seu meio natural, uma vez em que se há contato direto, seja ela por doenças infectocontagiosas, como o caso da Tuberculose, Hepatites Virais, DSTs, ou até mesmo quadros respiratórios simples que podem evoluir e complicar se não receber o tratamento devido, causando assim um grande impacto ao meio ambiente onde se vivem, como por exemplo, contaminação de rios, córregos, fontes, igarapés, etc. Muitas especificidades da região são desafiadoras para a realização do trabalho em saúde das comunidades indígenas, tais como o acesso às aldeias e municípios do território de abrangência, que na maioria das vezes só são possíveis por meios fluviais ou via aérea, onde as influências climáticas, seja no período das chuvas, onde os rios ficam muito cheios, estradas de barro tornam-se quase inacessíveis, ou períodos de seca onde as águas dos rios dividem espaços com os bancos de areias e os cemitérios de paus que ficam espalhados sobre o trajeto dos rios, interferindo assim na logística. Dentre as principais dificuldades no trabalho estão as viagens que se tornam longas, dependendo da situação climática do momento, exposições a riscos maiores de saúde, barreiras linguísticas e limitações dos meios de comunicação, favorecendo a alta rotatividade de profissionais que trabalham nestas regiões (DSEI ARP/PDSI 2019).

Figura 4. Mapa do DSEI Alto Rio Purus



Fonte: SESAI,2019.

Figura 5. Imagem representativa do território indígena de Santa Rosa do Purus.



Fonte: Instituto Socioambiental (ISA),2020.

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

As etnias presentes na área do DSEI Alto Rio Purus, possuem as seguintes características: (DSEI-ARP/PDSI,2019).

Manchineri - pertence ao tronco linguístico Aruak, tem o Manchineri como língua principal e o português como segunda língua. Alguns membros desse povo lêem e escrevem em Manchineri e em Português.

Jaminawa - pertence ao tronco linguístico Pano, tem o Jaminawa como língua principal e o português como segunda língua. Alguns membros desse povo lêem e escrevem nas duas línguas.

Kaxinawá/Huni Kui - pertence ao tronco linguístico Pano, tem o Kaxinawá como língua principal e o português como segunda língua. Alguns membros desse povo lêem e escrevem nas duas línguas.

Kaxarari - pertence ao tronco linguístico Aruak, tem o Kaxarari como língua principal e o português como segunda língua. Alguns membros desse povo lêem e escrevem nas duas línguas.

Kulina - pertence ao tronco linguístico Arawá, tem o Kulina como língua principal, poucas pessoas desse povo falam o português.

Jamamadi - pertence ao tronco linguístico Aruak, tem o Jamamadi como língua principal, poucas pessoas desse povo falam o português.

Apurinã - pertence ao tronco linguístico Aruak. Na região de Boca do Acre o Apurinã é a segunda língua, enquanto o português é a primeira. Já em Pauini – AM, o Apurinã é a primeira língua, e o português, a segunda.

Os povos indígenas habitantes do Acre, sul do Amazonas e oeste de Rondônia ainda mantêm parte de suas tradições. E esse processo varia de acordo com cada povo. Os Kaxarari, Manchineri, Kaxinawá, Jaminawa e Apurinã são os que mais alteraram sua cultura, porém, continuam mantendo a língua materna. Os povos Kulina e Jamamadi têm conseguido preservar, sem muitas mudanças após o contato com o branco, os hábitos culturais. A maioria deles cultiva a agricultura de subsistência (mandioca, banana, cará, milho, amendoim, castanha, bem como alguns frutíferos, como mamão, goiaba, ingá, açaí, manga, melancia, abacaxi, coco, etc.) em pequenas escalas ou por época do ano.

Controle Social

A SESAI garante a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde. Esse envolvimento se dá por intermédio dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (**CLSI**), Conselhos Distritais de Saúde Indígena (**Condisi**) e Fórum de Presidentes de Condisi (**FPCondisi**), que são responsáveis por fiscalizar, debater e apresentar propostas para o fortalecimento da saúde de suas comunidades. O Condisi na saúde indígena é um órgão colegiado de participação social nas proposições e acompanhamento na implementação da saúde indígena. O Condisi ARP e CLSIs atuam em sete Polo Bases, 26 Terras indígenas e 146 Aldeias (DSEI ARP/PDSI 2019).

- ♦ Pauini/AM - 35 CLSIs Titulares e 35 CLSIs Suplentes
- ♦ Boca do Acre/AM - 15 CLSIs Titulares e 15 Suplentes
- ♦ Extrema/RO - 09 CLSIs Titulares e 09 CLSIs Suplentes
- ♦ Assis Brasil/AC - 27 CLSIs Titulares e 27 CLSIs Suplentes
- ♦ Sena Madureira/AC - 09 CLSIs Titulares e 09 CLSIs Suplentes
- ♦ Manoel Urbano/AC - 08 CLSIs Titulares e 08 Suplentes
- ♦ Santa Rosa do Purus/AC - 45 CLSIs Titulares e 45 CLSIs Suplentes 148 Conselheiros Titulares e 148 Conselheiros Suplentes = 296

Resumo Organizacional do DSEI ARP

O DSEI ARP atualmente atende a uma população de 12.678 pessoas entre crianças, jovens, adultos e idosos, que vivem em 148 (cento e Quarenta e oito) aldeias, dispersas em 09 (nove) Terras Indígenas, nos Estados do Amazonas, Acre e Rondônia, com acesso pelos meios Terrestre, Aéreo e Fluvial, totalizando uma extensão territorial de área de 134.379,19 Km². O DSEI ARP possui, ainda, sete polos base, nos quais as Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) foram distribuídas, para que tenha 100% de cobertura assistencial da população do distrito. O Diagnóstico Situacional segundo dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI, julho/2019) nos mostra as seguintes informações: A população do DSEI é de 12.678 indígenas, com 7 etnias, 7 Polos Base Tipo II, 146 Aldeias, 1 CASAI, 3 UBSI tipo II, UBSI tipo III 6, sendo utilizados os meios de transporte terrestre, fluvial e aéreo para realizar a atenção a população assistida pelo DSEI que possui 1 sede (localizada em Rio Branco, capital do estado do Acre).

Na área de abrangência do DSEI-ARP, existe uma rede SUS de estabelecimentos de saúde de referência para serviços de média e alta complexidade e apoio diagnóstico, podemos conferi-las a seguir na tabela e no mapa que nos apresenta um breve resumo organizacional do DSEI-ARP.

Figura 6. Mapa da organização dos serviços de atenção à saúde do DSEI ARP.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001

Tabela 1. Serviços de saúde dos polos base do DSEI ARP

Polo base/município	Serviços			Nome do Estabelecimento
	Apoio diag.	Média complex.	Alta complex.	
Assis Brasil - AC	sim	sim	não	Unidade Mista de Assis Brasil
Boca do Acre - AC	sim	sim	não	Unidade Hospitalar de Boca do Acre e Laboratório Municipal Evandro Chagas
Extrema - RO	sim	sim	não	Hospital Regional de Extrema
Manoel Urbano - AC	sim	sim	não	Unidade Mista de Manoel Urbano
Pauini - AM	sim	sim	não	Unidade Hospitalar de Pauini e Centro de Diagnóstico Laboratorial Chico Barroso
Santa Rosa do Purus - AC	não	sim	não	Hospital da Família Santa Rosa do Purus
Sena Madureira - AC	sim	sim	não	Hospital João Cândio Fernandes

Rio Branco - AC/Sede DSEI	sim	sim	sim	Hospital das Clínicas do Acre e outros
---------------------------	-----	-----	-----	--

Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2019/2020, DSEI ARP

Através de informações obtidas do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) do DSEI ARP deste ano, na Rede SUS de Rio Branco, além do Hospital das Clínicas do Acre, também fazem parte outros hospitais como: Hospital de Saúde Mental - HOSMAC; Hospital da Criança; Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco; Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliadora. Dentre os estabelecimentos citados acima, informa-se que atualmente nenhum desses estão habilitados a receber o Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI, de acordo com a Portaria N° 2663, de 11 de outubro de 2017.

Atualmente as EMSI trabalham com um pouco de dificuldade, pois são áreas de difícil acesso e de vários dias em área trabalhados, em condições precárias em alguns polos, tornando difícil a contratação de recursos humanos para executar tal função, mas sempre que possível as EMSIs trabalham com: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Odontólogo, Auxiliar de Saúde Bucal, AIS, AISAN. O número de profissionais por equipe, depende da área e do total da população que ali habita, porém mesmo a necessidade sendo de mais profissionais, na maioria das vezes as equipes trabalham com números reduzidos desses profissionais. Posso mencionar, como exemplo, minha área de atuação onde atendemos um total de 23 aldeias, uma população com um pouco mais de 2 mil indígenas e nossa equipe é composta por: 1 Médico, 1 Enfermeiro, 3 Técnicos de saúde, 1 Odontóloga e 1 ASB (que intercalam viagens para poder atender as duas equipes, sendo que temos 2 UBSI para atender 4 áreas, sendo dois médicos, um para cada UBSI) e contamos com a colaboração dos nossos AIS e AISAN (não são todas as aldeias que possuem, mas a maioria contam com a presença de AIS e AISAN). As imagens abaixo ilustram um pouco dos componentes e do trabalho da EMSI em trabalhos realizados em área.

Figura 7. EMSI UBSI Maronawá, transporte utilizado para realizar os atendimentos em aréa, fora da UBSI, voadeira sem cobertura, a equipe fica exposta as altas temperaturas e as chuvas: 1 Médico, 1 Odontóloga, 1 ASB, 1 Enfermeira, 2 Técnicos de Enfermagem e 1 Marinheiro.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 8. EMSI contando com o apoio do AIS da Aldeia Maronawa, Denai Kulina, explicando na língua Madja a importância da campanha de imunização contra gripe.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 9. : Palestras de orientação e prevenção em saúde, EMSI: Médico, Enfermeiros de Área, Enfermeiros RT do DSEI e AIS da comunidade indígena.



Fonte: arquivo pessoal

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Meu território recorte é uma das aldeias em que atendo, onde fica localizada a UBSI. A aldeia se chama Maronawá. Além de ser uma das maiores, é a aldeia em que fico a maior parte do tempo e gosto do convívio que tenho com a comunidade. O ambiente e a simplicidade me cativam. É uma aldeia composta por indígenas de etnia Kulina sua autodenominação é madija (onde pronuncia-se madirrá) o que significa "os que são gente", um povo mais resguardado que evita muitos contatos, mas quando adquirem confiança sabem se expressar e se sentem mais à vontade para compartilhar suas necessidades e me identifico um pouco com eles neste ponto. A cultura é algo marcante que se destaca entre os povos dessa etnia, principalmente o xamanismo. Valorizam bastante suas representatividades e seus especialistas tradicionais. Quando o assunto é tratamento de doenças que comprometem a vida de algum integrante da aldeia, a aceitação de um diagnóstico clínico dado por um médico “Branco ou Cariás” vem depois de muita negociação, pois patologias que acometem esses povos são tidas como feitiço que é colocado por outro indígena, o chamado “Dorí” (Feitiço ou trabalho de magia feito por outro indígena). Este território é marcado por casos de desnutrição e quadros respiratórios complicados, principalmente infantis. É um grupo etário bem vulnerável, com uma dieta pobre em nutrientes, a situação socioeconômica e o meio de vida são parâmetros que justificam os casos de óbitos em menores de 5 anos. A realidade vai além do que se imagina; é um povo que vive muito isolado, distante da cidade, então buscar serviços de atenção a saúde ou qualquer outra necessidade se torna difícil, por isso é importante as entradas em área da EMSI serem regulares, podendo assim aumentar o vínculo e a confiança entre Biomedicina e Medicina tradicional, ou seja entre profissionais de saúde e os povos indígenas que ali habitam, tais ações visam proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas considerando o fortalecimento da medicina tradicional indígena.

Quando falamos sobre os Kulinas é impossível não mencionar a alegria de viver expressada por meio dos sorrisos largos esbanjados por eles, a troco de nada, simplesmente por ser um povo feliz apesar de todo sofrimento no decorrer do contato com a sociedade a que foram expostos, é dessa forma e um pouco mais profundo que esse povo sofrido, lutador e feliz é descrito em forma de poesia pelo teólogo e pastor luterano, Roberto Zwetsch, quando missionário no estado do Acre, é assim que os vejo, como poesia, exemplos de sabedoria (Zwetsch,1992).

Figura 10. Trabalho realizado junto á comunidade



Fonte: arquivo pessoal

Figura 11. Trabalho realizado nas casas.



Fonte: arquivo pessoal

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

A maioria dos povos Kulinas vive às margens dos rios Juruá e Purus. É um povo que preserva ao máximo suas raízes culturais, ritos estes trazidos de geração a geração, apesar do contato antigo com o homem branco. Antigamente não se tinha histórico de indígenas kulinas morando fora de suas terras indígenas e atualmente já é possível observar muitas famílias saindo das aldeias para viver nas cidades, até mesmo indígenas de etnia kulina casando-se com brancos e saindo de suas aldeias em direção as cidades (SILVA,2003).

Meu território recorte, a Aldeia Maronawá, onde fica localizada a UBSI, é uma das mais populosas aldeias da etnia Kulina; atualmente, de acordo com dados recolhidos do último censo vacinal e SIASI (2020), a aldeia conta com uma população total de 226 (duzentos e vinte e seis) pessoas, 41 famílias, vivendo estes em 32 habitações (casas), com mesmo design herdado do contato com o povo regional amazônico, seus assoalhos são de paxiúba, variando alguns mais altos outros mais próximos do solo, dependendo da localização da casa. A mesma é construída em altura um pouco mais elevada para proteção da família, seus telhados são cobertos com palha, a aldeia é de difícil acesso e fica localizada a várias horas do município onde se localiza o polo base. A comunicação é um pouco difícil; existe em uma determinada área da aldeia um lugar que é possível receber sinal telefônico de uma determinada operadora (celular) e alguns indígenas inclusive possuem aparelho de celular, mas não é sempre que a comunicação é possível, às vezes ficam dias sem sinal (SIASI, 2020).

A comunidade é contemplada com uma escola municipal de ensino básico (primário) para atender as demandas educacionais da população que ali vive, porém, os professores contratados para dar aula são de etnias diferentes, por exemplo, o professor que dá aula na escola da aldeia Maronawá é de etnia Kaxinawá, sendo que através de histórias antigas contadas pelos próprios indígenas, é possível observar certa resistência de relacionamento entre ambas as etnias, talvez o que dificulta o aprendizado dos estudantes, que em sua maioria não apresentam alfabetização satisfatória. Na aldeia também existe o professor de etnia Kulina que colabora com os estudos das crianças da comunidade.

Apesar do tempo de contato com a sociedade nacional, os indígenas kulina costumam manter-se reservados, evitando muita proximidade, pelo menos a maioria. Não são todos que entendem bem e falam a língua portuguesa, tornando difícil assim o elo de comunicação com os mesmos. O domínio da língua portuguesa veio através dos primeiros contatos com os Cariás (Homem branco) que ocorreu durante o ciclo da borracha, ao final do século XIX foi durante a sua juventude que a maioria dos kulinas trabalharam para os seringalistas brancos nos seringais na extração de madeira, estes ainda viviam no interior das florestas, e foi em consequência das violentas e sangrentas incursões promovidas pelos seringalistas brasileiros e caucheiros peruanos que os Kulina acabaram se refugiando nas cabeceiras dos rios da região. A partir desse contato ficaram expostos assim como grupo vulnerável à infecções agudas, principalmente as do trato respiratório como IRAS, Tuberculose, entre outras. A acessibilidade a benefícios e aos centros urbanos trouxe mudanças no estilo de vida natural, trazendo um agravo à saúde desses povos, como é o caso do surgimento de doenças secundárias como hipertensão arterial, diabetes, etc (SILVA,2003).

Desde o final do século XIX que os indígenas Kulinas aliados a outras etnias da região se unem para defender seus territórios, união essa temporária, estratégica e necessária para que assim seja possível ser feito valer seus direitos, pois desde sempre sofreram com a indiferença de seu antigo rival (os Kaxinawá) que os chamavam de *pinawa* ("os que fedem"), hoje em dia depois de muitas lutas seu território é reconhecido, delimitado e autorizado pelos órgãos competentes. Hoje a população aldeada tira seus recursos financeiros de benefícios pagos pelo governo federal, como por exemplo, bolsa família, salário maternidade, auxílio emergencial, entre outros. A agricultura é de subsistência, bem escassa e baseada no plantio de banana e mandioca, onde homens e mulheres têm sua função na organização dos trabalhos laborais; eles limpam e plantam e elas ficam responsáveis de colher e trazer o alimento até sua casa. Também vivem da caça e da pesca, alguns produzem artesanato mas não para comercialização e sim para seu uso próprio (SILVA,2003).

O cuidado da saúde é realizado de acordo com os conhecimentos adquiridos de geração a geração, os rituais de cura são feitos pelos pajés, que tem grande força e voz ativa entre a comunidade, pois os mesmos preservam bastante sua cultura. Nós profissionais da EMSI tentamos ao máximo nos vincular e adequar-nos aos costumes da comunidade para assim poder colaborar e realizar um trabalho efetivo e de qualidade para os mesmos, aplicando os princípios do SUS e respeitando-os no intento de preservar a cultura dos povos indígenas para o qual prestamos esses serviços.

Figura 12: Tonic Kulina, 72 anos de idade, um dos primeiros moradores da Aldeia Maronawá.



Fonte: Arquivo pessoal

Nas imagens abaixo podemos observar mulheres da aldeia Maronawá preparando o alimento da família; na primeira imagem dona Didí Kulina e sua filha tratando as carnes de caça conseguidas na noite anterior por homens da família que foram caçar; na segunda imagem Lenilda Kulina e sua mãe Luzia Kulina, na produção de farinha de mandioca para consumo da família.

Figura 13. Mulheres da aldeia Maronawá tratando as carnes conseguidas na noite anterior por homens caçadores da família.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 14. Produção de farinha de mandioca para consumo da família.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 14. Crianças da aldeia Maronawá reunidas para pinturas com urucum, tradição da comunidade.



Fonte: arquivo pessoal

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

Os indicadores de saúde são pontos de extrema importância e auxiliam na realização do trabalho das EMSI dentro das aldeias, pois nos orientam a ter uma visão mais ampla de onde possa estar o problema, a desenvolver estratégias e ações em saúde, identificar os principais fatores responsáveis pelo surgimento dos principais indicadores em saúde, como é o caso dos índices de mortalidade infantil, mortalidade na infância, mortalidade materna, entre outros (SIASI. DSEI ARP, 2019).

A população da aldeia Maronawá é exclusivamente composta por indígenas de etnia Kulina/Madja e neste território é possível observar um crescimento relativamente acentuado, com altas taxas de natalidade, com uma marcante população de jovens e crianças em relação ao número de idosos. A taxa de natalidade é de 48,67 por mil indivíduos de uma população total de 226 pessoas, taxa de fecundidade 23,91%, o coeficiente de mortalidade geral 4,42 óbitos por mil habitantes (SIASI. DSEI ARP, 2019).

O tipo de alimentação dos povos Kulina reflete um pouco em seu estado nutricional, principalmente nas crianças e idosos que são um grupo mais vulneráveis uma alimentação baseada em vegetais e raízes, caça e pesca, muito saudáveis por sinal mais às vezes insuficientes para a família que em sua maioria são bem populosas, levando assim os indígenas em busca de alimentos industrializados nas cidades, elevando o risco de adoecimentos da população do território por agravos de saúde como doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e/ou diabetes, além de suas complicações, pelo alto consumo de alimentos processados com altas taxas de sódio, açúcar e conservantes). No início os números se apresentam relativamente baixos, alcançando um prevalência de 2,22% de uma população de 90 (noventa) pessoas maiores de 20 anos e doenças odontológicas como o aparecimento de cáries dentárias que sem o devido cuidado e acompanhamento podem chegar a perda completa da dentição permanente. Com relação ao estado nutricional das crianças obtivemos os seguintes dados, de uma população total de 49 (quarenta e nove) crianças menores de 5(cinco) anos, onde 10,2% MPBI(Muito Baixo Peso Para Idade), 16,32% BPI (Baixo peso para Idade) e 61,22% PAI (Peso adequado para idade). As aldeias não contam com sistema de saneamento Básico, possui uma rede de água mais que dificilmente funciona, pois precisa de combustível para realizar o abastecimento na aldeia e não é sempre que os indígenas da comunidade têm disponibilidade para adquirir combustível pelas condições financeiras. (SIASI.DSEI ARP, 2019).

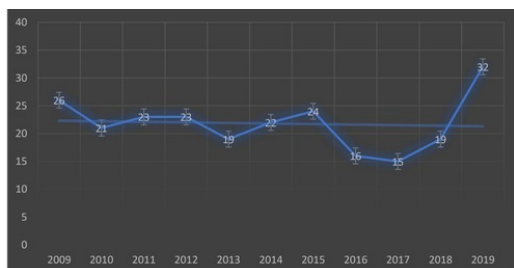
As informações adquiridas durante a realização dos atendimentos a população indígena são inseridas no SIASI (Sistema de Informação da atenção à saúde Indígena) e realizados programa de imunização, controles de Pré-natal, SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) que inclui a avaliação antropométrica (medidas corporais) e do consumo alimentar, consolidando assim dados referentes às ações de vigilância alimentar e nutricional, além de consultas médicas, odontológicas.

O coeficiente de mortalidade infantil como sabemos é um indicador clássico para avaliar as condições de saúde de uma população, durante sua análise são utilizados alguns componentes, sendo eles o Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal e Coeficiente de Mortalidade infantil Pós-neonatal, estes relativamente baixos no território descrito. Comparando os dados gerais do DSEI Alto rio Purus, os índices de mortalidade do Polo Base de Santa Rosa do Purus são elevados em sua totalidade em comparação aos outros polos, se observarmos as imagens abaixo podemos fazer um comparativo, entretanto os índices de mortalidade Infantil no território recorte comparados individualmente são bem menores. As imagens dos gráficos abaixo foram retiradas do Boletim Informativo elaborado a partir de dados retirados do painel SIASI, 2020.

Segundo informe epidemiológico em análise á situação de saúde do DSEI-ARP, podemos revisar os seguintes dados, onde abaixo na Figura 15 é possível observar a evolução histórica da mortalidade infantil em menores de um ano no DSEI-ARP no período que transcorre entre os anos de 2009 a 2019, apresentando alguns períodos de declínio e de aumento no índice de mortalidade infantil, estes por sua vez estando relacionados durante a infância por condicionamento do próprio meio ambiente, á condições de vida e principalmente á dificuldades de acesso a serviços de saúde, como são de difícil acesso as aldeias tardam em receber a visita da EMSI por condições de logística, sendo assim, caso essa desassistência da EMSI seja em um período sazonal de Diarreias por exemplo, o risco de mortalidade entre os grupos vulneráveis dessas aldeias aumentam. A figura 16, nos apresenta dados mais atuais (2020) sobre os óbitos infantis por polo base, nesse contexto podemos observar que o polo base de Santa Rosa (onde se encontra a Aldeia Maronawá que é meu territorio recorte), apresentou o maior número de óbitos em menores de um ano, registrando 11 óbitos de um total geral de 16, o que representa 69% do total óbitos infantis do DSEI ARP. Seguindo nossa análise mais detalhada, na figura 17 podemos observar a distribuição

desse óbitos por localidades (aldeias) que são assistidos pelo DSEI ARP. Nele meu território recorte aparece com o quantitativo de 1(um) óbito dos 11 que correspondem ao polo Base de Santa Rosa do purus. Do ponto de vista epidemiológico, na figura 18 ainda é possível quantificar os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes e observa-se que mais de 56% dos óbitos foram registrados em crianças que se encontravam no período pós- neonatal, totalizando 09 óbitos. Sete óbitos foram registrados no período neonatal precoce que inclui os bebês natimortos ou que faleceram nas primeiras horas ou primeiros dias de vida. Não se observa óbitos notificados no período neonatal tardio. Analisando todo esse contexto, através das notificações e registros dos casos, foi possível identificar os principais agravos (CID10) envolvidos nas causas dos óbitos infantis e na Figura 19, estão relacionadas em ordem de ocorrência, ganhando destaque em primeiro lugar a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, registrando assim 4 óbitos, o que representa 25% do total de óbitos (SIASI.DSEI ARP, 2019).

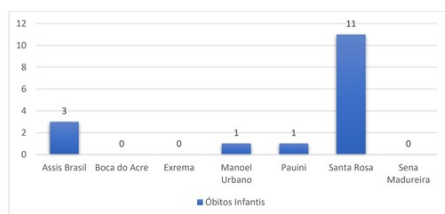
Figura 15. Evolução da mortalidade infantil no DSEI ARP, 2009 a 2019.



Fonte: Planilhas paralelas. (Dados 2009-2013)

SIASI, 2020. Dados extraídos em 13/01/2020, sujeitos a revisão. (Dados 2014-2019)

Figura 16. Óbitos por polo base, DSEI ARP, 2020.



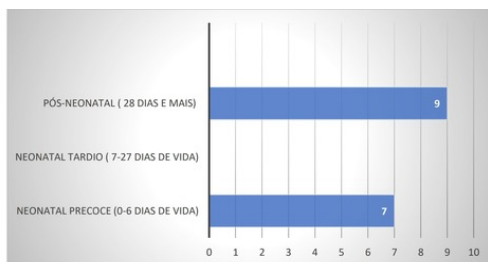
Fonte: SIASI, 2020. Dados extraídos em 05/11/2020, sujeitos a revisão

Figura 17. Óbitos por aldeias, DSEI ARP.

Aldeia de origem dos óbitos infantis	Polo Base	Total
Morada Nova	Santa Rosa	02
Porto Rico	Santa Rosa	02
Nazaré	Santa Rosa	01
Nova Aliança	Santa Rosa	01
Dois Irmãos	Santa Rosa	01
Nova Canaã	Santa Rosa	01
Nova Moema	Santa Rosa	01
Maronawá	Santa Rosa	01
Nova Mudança	Santa Rosa	01
Três Cachoeiras	Assis Brasil	01
Betel	Assis Brasil	01
Extrema	Assis Brasil	01
Ipiranga Velha	Manoel Urbano	01
Cachoeira	Paulini	01
Total Geral		16

Fonte: SIASI, 2020. Dados extraídos em 05/11/2020, sujeitos a revisão.

Figura 18. Mortalidade Infantil, por tipo, DSEI Alto Rio Purus.



Fonte: SIASI, 2020. Dados extraídos em 05/11/2020, sujeitos a revisão

Figura 19. Causas de morte infantil, por CID-10, DSEI ARP

CID-10	Total
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	4
Hipóxia intrauterina	2
Outras malformações congênitas do cérebro	2
Outras mortes súbitas de causa desconhecida	1
Acidente com embarcação causando afogamento e submersão - barco de pesca	1
Hipoglicemia neonatal iatrogênica	1
Náuseas e vômitos	1
Perda sanguínea fetal não especificada	1
Asfíxia ao nascer, não especificada	1
Outras formas de choque	1
Nascimento único, natimorto [feto-morto]	1
Total Geral	16

Fonte: SIASI, 2020. Dados extraídos em 05/11/2020, sujeitos a revisão.

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

São vários os problemas de saúde que podemos identificar dentro do nosso território de abrangência, problemas esses que podem ser um agravante para a saúde da população. A mortalidade infantil ainda é uma grande barreira a ser vencida, não só no território recorte como em todo território de abrangência do polo base de Santa Rosa do Purus; segundo nossos sistemas de informação e dados epidemiológicos dentre os fatores principais estão problemas na gestação e anomalias congênitas, doenças diarreicas agudas e infecções respiratórias agudas. A maioria dos casos se complica por causa do estado nutricional das crianças não estarem dentro dos parâmetros normais, incluindo-se essas nos grupos de BPI e MBPI, os índices de mortalidade infantil nos levam a avaliar o nível de saúde e qualidade de vida da população. Durante a infância, estão relacionadas ao meio ambiente, ao estado nutricional, ao padrão socioeconômico, que na maioria das vezes dificulta o acesso a serviços de saúde (SIASI,2020).

Do ponto de vista clínico, avaliando os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes dentro do território abordado, ainda há muito que se fazer para minimizar os fatores que colaboram para os casos de óbitos entre as crianças da aldeia Maronawá. Em vários momentos, toda a EMSI, inclusive os AIS, incentivou as lideranças, professores e demais integrantes da comunidade para discutir uma estratégia de abordagem e tentar solucionar os problemas de saúde de crianças menores de cinco anos de idade que se encontravam com BPI ou MBPI e que evoluíram a quadros de desnutrição em suas diferentes variantes, deixando esse grupo vulnerável a quadros infecciosos como mais comumente diarreias e IRAs. Dentro do contexto tanto clínico, como epidemiológico situacional, foi possível reconhecer alguns pontos a serem observados, tanto na abordagem da equipe para com a comunidade, como entre a comunidade. Observemos a tabela abaixo:

TABELA 1. Rede Explicativa sobre problemas de saúde em crianças, Aldeia Maronawá.

Quais os principais Problemas?	Porque acontece esse problema?	O que Pode ser Feito?
Crianças com alteração do estado nutricional (BPI ou MBPI), levando a alguns casos de desnutrição.	Problemas na gestação (prematuidade, alterações genéticas, acompanhamento pré-natal insuficiente), alimentação natural insuficiente (roçados pequenos e insuficientes para a população que é numerosa), inclusão na dieta das crianças e suas famílias de alimentos industrializados e condimentados, recursos financeiros escassos.	Fazer uma busca ativa dessas gestantes entrando em contato com outros polos e município para que o pré-natal seja regular e fatores de risco possam ser identificados precocemente; Articular juntamente a órgãos parceiros específicos como FUNAI e município, tendo a participação dos conselhos de saúde, AIS, AISAN e da própria aldeia, atividades voltadas para melhorar e variar o cultivo da terra e aumentar as roças e plantio da comunidade, melhorando assim o meio de vida e estado nutricional não só das crianças como de toda a comunidade; Intensificar e persistir nas palestras didáticas e orientações sobre os malefícios da introdução dos alimentos industrializados na dieta das famílias.
Crianças com doenças infecciosas agudas (Diarreia/IRAs).	Déficit no estado nutricional, as vezes baixa cobertura vacinal, ausência de saneamento básico, bem como tratamento da água de consumo da comunidade, poluição da natureza (queimadas e lixos, incineração do lixo produzido na aldeia, Tai ação pode estar sendo realizada com a presença de produtores na maioria das vezes pelos próprios indígenas).	Variedade na dieta com o consumo de alimentos naturais e nutritivos produzidos na própria aldeia; Intensificação nas campanhas de imunização na Comunidade, busca ativa de crianças com esquema vacinal incompleto; Articular estratégias de saneamento básico na comunidade, como por exemplo construção de estações de tratamento de água, assim como a distribuição de filtros de água por famílias, área de incineração do lixo produzido na aldeia. Tai ação pode estar sendo realizada com a presença de representantes da SESANI (Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena) que existe no âmbito dos DSEIs e participação ativa da EMSI, AISAN, AIS, juntamente com conselhos e demais membros da aldeia.
Mortalidade Infantil	Acomete grupos vulneráveis como crianças menores de 5 anos, dificuldades de acesso ao sistema de saúde nas cidades na ausência da EMSI em área (mudanças climáticas que dificultam a navegação fluvial rios muito secos ou cheios demais, falta de transporte, combustível, meios de comunicação, entre outros), viagens longas das famílias para visitar outros parentes em outras aldeias e as crianças ficam desassistidas e retornam na maioria das vezes doentes às aldeias ou até mesmo vem a óbito durante as viagens, presença dos AIS nas aldeias (ausência do AIS em momentos de grande necessidade na aldeia).	A presença dos profissionais de saúde da EMSI de forma mais regular e assistencial em área seria uma forma de realizar uma boa vigilância em saúde, sendo efetiva com a realização de práticas de atenção a saúde mais frequentes, onde os processos educativos voltados a saúde indígena se tornariam rotina não só da EMSI mas como dos AIS, AISAN e de toda comunidade. Mas para que isso seja possível teríamos que vencer uma grande dificuldade que temos, que é, encontrar profissionais que queiram trabalhar em áreas de difícil acesso, assim poderíamos formar mais EMSI sendo que quando uma equipe saísse de área, a outra já estivesse pronta pra entrar em seguida, assim a comunidade não ficaria desassistida; Treinamento prático e pedagógico com AIS e AISAN semestralmente ou anualmente dentro do que fosse possível. É notória a necessidade de estar sempre repassando e atualizando conceitos e orientações de saúde com os AIS e AISAN, pela dificuldade de acesso as cidades e passagem de informações via livros, internet ou outro meio de comunicação. Seria interessante realizar esse tipo de trabalho com eles, apesar de que nós da EMSI em área sempre tentamos passar essas orientações, mas seria interessante esse treinamento ser exclusivo e voltado a eles.

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

A busca por soluções dos problemas em saúde vistos por nós profissionais e levados até a comunidade indígena do território em questão é constante. Buscamos nos reunir antes de entrar em área, antes de realizar os atendimentos, no decorrer dos atendimentos e posteriormente, no fechamento de relatório de entrada, analisamos nossos dados e os agravos que mais estão prejudicando a saúde da nossa população aldeada. Nesses encontros sempre se faz presente nosso AIS, lideranças, professores e famílias que moram na comunidade. Tentamos constantemente ouvi-los e as questões mais abordadas são "o que eles acham sobre as crianças que vem a óbito", "por que algumas delas sempre estão abaixo do peso ideal", "como nós como EMSI podemos ajudá-los", "o que eles esperam de nós profissionais", "como eles nos veem ali na comunidade". As respostas caminham no mesmo sentido: eles relatam que não tem recurso pra comprar comida na cidade e quando recebem seus benefícios (bolsa família, salário maternidade, auxílio emergencial, etc..) não dá para comprar muito, que os alimentos do roçado são poucos e insuficientes, os peixes do rio também estão acabando porque a população da região é muito grande, que as crianças tem muito "verme" (parasitoses intestinais), que a água não é limpa porque as vertentes estão secando mesmo na época das chuvas e toda população da comunidade tem que tomar água do rio, que segundo eles é suja mas não tem outra então todos tomam, dessa maneira as crianças ficam com diarreia e ficam "magrinhas" (é assim que eles se referem as crianças baixo peso ou desnutridas) além de não ter alimentos suficientes. "Os parentes colocam "Dorí" (Feitiço) nas nossas crianças ai a criança não resiste e por isso morre" (Informação pessoal).

Geralmente quando a comunidade nos relata essas situações de um ponto de vista clínico e epidemiológico é possível reconhecê-las realmente como um agravamento para a saúde daquela população, onde se observa uma relação de doenças infecto-parasitárias com as condições atuais de vulnerabilidade que vive a população indígena, situação essa não só observada no território exposto mas também da população indígena em geral, principalmente no estado do Acre, dentre as principais estão a precariedade do saneamento básico, baixa renda, vulnerabilidade alimentar e higiênica (BORGES; SILVA; KOIFMAN, 2018).

Tendo em vista estas informações tentamos juntamente com a comunidade encontrar uma maneira de aos poucos tentar mudar essa situação, começando pelo simples: atitudes básicas onde não se precisa de muito, mas sim de um pouco de sensibilidade, empatia, força de vontade, incentivo e trabalho em equipe. Juntos EMSI, AIS, AISAN, pajés e a comunidade como um todo. Um trabalho que envolva a todos que estão ao redor de tudo que está acontecendo, para que assim possamos ter um resultado satisfatório para nossa população assistida. Isso sim é possível fazendo uso de nossas práticas em atenção primária executando ações educativas junto da população. Primeiramente a ideia foi realizar visitas casa a casa e ouvir em particular cada família e escutando a demanda de cada um, os quadros se resumiam às mesmas situações, então como já tínhamos a concordância de toda população da aldeia começamos nosso "trabalho de formiguinha" e estamos caminhando, já com bons resultados, mas ainda falta muito a ser realizado, através destas informações coletadas na comunidade e dados retirados e utilizados do SIASI foi possível chegar às seguintes conclusões:

- ♦ Tratamento da Água: não é toda entrada que temos acesso ao cloro, mesmo assim não é por isso que os indígenas precisam tomar água suja, então orientamos as famílias a ferver a água para consumo da família, explicamos que para maior segurança o procedimento deve ser realizado de um dia para o outro, geralmente a tardezinha se coloca a água de consumo do dia para toda a família para ferver em suas panelas grandes. Quando levantar fervura retirar a panela do fogo e deixar bem tampada, sendo que no outro dia, a água está pronta para o consumo. A comunidade questiona: "Porque precisa ferver?" e respondemos: "Porque quando ela ferve, ela mata boa parte da sujeira que esta na água". Fazemos estas orientações juntamente ao AISAN, para que ele esteja orientando e observando se as famílias estão conseguindo realizar os procedimentos de tratamento natural da água, buscando novas vertentes de águas limpas para consumo das famílias e sempre em contato com o AIS para estarem comunicando os casos de surto de diarreia;
- ♦ Parasitose Intestinal: como mencionado pelas mães, "Nossas criança tem muito Sumicá (parasitose) e tem muito Mimirri (diarreia)", além das orientações de tratamento da água na ausência do cloro, durante todas as

- ♦ visitas da EMSI nas residências, realizamos o processo de “desparasitar” ou seja fazemos o uso de antiparasitário (Albendazol, é o único que temos) em toda família, desde a mãe e o pai que são responsáveis por buscar e preparar os alimentos da casa até os filhos maiores de 2 anos, se caso a criança apresente diarreia, orientamos o uso de chá caseiro pelo poder da medicina tradicional. Chá da folha da goiaba, folha da graviola, água de coco como soro de reidratação oral natural para dar para a criança a livre demanda sempre depois de cada episódio de diarreia, eles falaram que também utilizam a semente do mamão para dar as crianças como antiparasitário, alertamos sobre os possíveis sinais de perigo que a mesma possa apresentar como não tolerar via oral, vomitar tudo que ingere, dificuldades de respirar, sempre da forma mais clara possível juntamente com o AIS e falando na língua Madja para que não fiquem dúvidas, e se for o caso da EMSI não estar em área, solicitar resgate juntamente ao polo, pois sempre tem embarcações se dirigindo a cidade ou se estivermos falando com o AIS, o mesmo nos avisa do que se sucede na comunidade e com a família; Desde então estamos temos resultados positivos, os casos de diarreia diminuíram consideravelmente depois que as famílias começaram a seguir as orientações de tratamento da água, quando as crianças estão doentes eles nos buscam e solicitam que nós os visitemos para avaliar a criança ou adulto que esteja doente. Mesmo este recebendo tratamento com o pajé, eles nos permitem participar do processo de cura (o que antes não era permitido), inclusive até sobre crianças de outras aldeias quando estão doentes eles nos avisam e isso é muito bom, muito importante para nos como profissionais de saúde. Significa que estamos ganhando a confiança da comunidade, assim os casos de diarreias ainda existem, mas conseguimos diminuir os que necessitam de referência para tratamento hospitalar e que possam evoluir a óbitos;
- ♦ Sobre as Infecções respiratórias agudas (IRAs): são frequentes na população indígena, principalmente entre as crianças. Os tipos vão desde um resfriado comum até uma pneumonia que se não tratada da forma adequada com os devidos cuidados pode evoluir a quadros mais graves. A comunidade tem suas ervas e utilizam quando suas crianças estão gripadas. Ocorrem situações, como por exemplo, evitar expor as crianças a fumaça. Como as mães são as que preparam os alimentos e também as que ficam mais tempo com as crianças de colo, elas fazem todos os afazeres de casa com a criança no braço, assim preparam o fogo do fogão a lenha com a criança, deixando-a exposta a fumaça, complicando assim o possível quadro de IRA que essa esteja cursando, entre outras. Em crianças menores de 5 anos ou que necessitem de uma atenção mais especial, que estejam passando por algum quadro infeccioso de IRA, ficamos realizando o tratamento na UBSI assistido por um profissional da equipe e reavaliamos o paciente depois de 48 horas. Sempre antes de sair para os atendimentos realizamos a administração da medicação de todas as crianças que estejam sendo supervisionadas e quando retornamos na parte da noite repetimos o procedimento, isso porque adaptamos os horários da medicação para os horários que estejamos na UBSI, então eles ficam sendo realizados de 12/12 horas por um período de 7 a 10 dias, e essa foi uma maneira que encontramos juntamente as famílias, de evitar que nossas crianças evoluíssem para casos mais graves e necessitassem de intervenção hospitalar; uma medida satisfatória tanto para as famílias que não necessitam sair de suas aldeias por longos períodos para internações hospitalares, como para nós como profissionais de saúde que estamos lutando para o controle destas doenças;
- ♦ Nutrição e saúde: uma solução seria a ampliação das roças. O AIS juntamente com o AISAN se reuniram com os homens da comunidade para realizarem um plano estratégico de como procurar terras mais férteis e produtivas aos arredores da aldeia. Se for da vontade deles poderíamos estar acionando outros órgãos competentes como

- ♦ a FUNAI para realizar um estudo da área juntamente com eles e se fosse o caso realizar treinamentos de incentivo na comunidade de plantio de outros tipos de alimentos também, além da mandioca e da banana, outras fontes de nutrição para assim melhorar a alimentação, não só das crianças mas de toda a família. Esse nosso projeto está em andamento, o pouco de alimento que as famílias tem em casa podem estar sendo preparados de forma mais nutritiva, como por exemplo: eles costumam cozinhar a mandioca na água com sal para comer e também outras vezes cozinham feijão e comem puro só o caldo. Mostramos que esses dois alimentos poderiam ser preparados juntos, ficando mais saboroso e rendendo mais porções para que todos pudessem comer, assim como outros alimentos que eles também tem em casa. Depois de preparado, eles ficaram surpresos com aquela mistura, tão simples e tão apetitosa e todos correram para suas casas e foram preparar o mesmo prato que ensinamos.
- ♦ Medidas de higiene em geral: além das orientações sobre tratamento da água, preparo dos alimentos, trabalho humanizado em prol de melhoras para a comunidade, também não podíamos deixar de elaborar ações educativas em saúde voltadas para atenção odontológica. A exposição a alimentos industrializados e condimentados, ricos em açúcares e outros ingredientes que agridem diretamente o desenvolvimento odontológico de crianças e adultos, aumenta o número de cáries dentárias na população da aldeia. Não é sempre que temos a presença de um especialista odontológico na EMSI, trabalhamos com ações preventivas dando orientações sobre consumo de alimentos que possam ser prejudiciais aos dentes, e na presença da odontóloga fazemos escovação supervisionada, aplicação de flúor, distribuição de creme e escova dental sempre que possível;
- ♦ Sobre os recursos financeiros, a maioria das famílias recebe até um bom valor em espécie pela quantidade de filhos que tem. Eles relatam que não dá para fazer muita coisa. Essa parte ainda estamos analisando como chegar a uma solução. Muitos indígenas deixam seus cartões de recebimento com o que eles chamam de “patrões”, pessoas não indígenas a quem eles confiam para receber o seu benefício. Às vezes são comerciantes onde compram fiado e assim o cartão fica como garantia, quando eles tem uma oportunidade de ir até a cidade procuram esses patrões e eles entregam o dinheiro que lhe restou. Já orientamos as lideranças e o AIS que conversem com a população e que não deixem seus benefícios nas mãos de outras pessoas, que é melhor que eles mesmos administrem e comprem suas cestas básicas, seu combustível para uso quando for de necessidade, comprar material para fazer suas próprias embarcações, materiais de trabalho para ampliar as roças, entre vários outros alertas.

Todas as imagens abaixo expostas foram feitas com autorização das famílias e das lideranças.

Figura 20. Reunião das lideranças, AIS, AISAN e demais moradores da aldeia Maronawá com a EMSI buscando solução para os problemas que vem sendo discutidos nas visitas domiciliares.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 21. Enfermeiro dando as orientações e mostrando na prática como utilizar o cloro na água.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 22. Atividade de higiene capilar para as crianças e orientação as mães de como utilizar a Permetrina



Fonte: arquivo pessoal

Figura 23. Escovação Supervisionada com posterior aplicação de fluor, e orientação as mães sobre o danos causados pelo consumo de alimentos industrializados adquiridos nas cidades e a importância do consumo de alimentos naturais e posterior escovação dos dentes.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 24. A fila do Albendazol. Mais uma boa hora para realizar educação em saúde. É hora de prevenção!



Fonte: arquivo pessoal

Figura 25. No meio, de blusa azul escuro, o AIS Denai Kulina, sempre presente nos atendimentos de toda a EMSI.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 26. Visitas Domiciliares com membros da EMSI e em destaque a presença do AIS Denai Kulina.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 27. AIS Denai Kulina ajudando nas visitas e pesagens das crianças.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 28. Criança menor de 2 anos de idade apresenta BPI, na foto está fazendo a refeição principal, o alimento: mandioca cozida e açúcar.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 29. Técnica de enfermagem mostrando à mãe uma forma diferente e simples de preparar a refeição da família: feijão cozido com mandioca, tipo uma sopa.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 30. Rodas de Conversa: mesmo depois das orientações dadas casa a casa, as rodas de conversa e as palestras tornam-se ferramentas de grande importância no final dos atendimentos para esclarecer dúvidas.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 31. Roda de conversa realizada com membros da comunidade antes de termos os primeiros casos de covid, explicando as medidas de prevenção e sintomas da COVID-19 causada pelo novo Coronavírus.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 32. As palestras educativas tornaram-se rotina nos nossos atendimentos, abordando temas de acordo com as necessidades da comunidade, temas do cotidiano, como diarreias, IRAs, DSTs, a impotência do pré-natal e da puericultura para acompanhar o desenvolvimento das crianças e a recuperação das mães, saúde da mulher, do homem e do idoso, entre outras.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 33. Situações como essas que queremos evitar, são situações que nos fazem refletir dia e noite buscando solução para que elas não aconteçam, e é isso que nos move e incentiva a não desistir.



Fonte: arquivo pessoal

Figura 34. Isso que buscamos, saúde, alegria, um bom desenvolvimento, é para sorrisos como esse que lutamos constantemente.



Fonte: arquivo pessoal

Essas e outras atividades vêm sendo estudadas, planejadas, elaboradas e praticadas aos poucos, juntamente com a população indígena. Cada entrada e cada atendimento surgem novas sugestões, novas ideias e assim vamos tentando aprimorar e melhorar aquilo que já está se encaminhando para um desenvolvimento e aprendizado do fazer saúde e de como fazer no contexto da saúde indígena. Entender que esse projeto não depende só de nós da EMSI mas sim da participação ativa de todos incluindo AIS e AISAN (peças fundamentais da EMSI na realização

desse trabalho), lideranças e participantes da comunidade que vivem ali, que conhecem melhor que qualquer pessoa o contexto da história que se vive, e que nos ensinam a cada contato a importância de valorizar a medicina natural respeitando a cultura e o tempo de cada um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro de todos os pontos observados são várias as hipóteses que podemos chegar; do ponto de vista clínico, identificamos várias debilidades. São patologias leves que na maioria das vezes apenas necessitariam de uma atenção maior ou um cuidado maior para não evoluir a um quadro grave, tanto na forma de abordar nosso público alvo como na hora de tentar solucionar suas necessidades. Na saúde indígena a biomedicina não caminha sozinha, é algo maior que isso, que ultrapassa nosso entendimento, mas que nós como profissionais trabalhando com a saúde indígena precisamos entender e respeitar, e tentar da melhor maneira possível buscar soluções para interagir e conhecer melhor esse mundo, e isso torna-se possível com a convivência junto a população da aldeia, seja realizando atividades como de educação em saúde ou a cada atendimento. Nós como equipe, conseguimos perceber a fragilidade e a necessidade de cada família, assim como também notamos a força e a pureza que tem essas pessoas.

É preciso ser mais que profissional exercendo seu trabalho, é preciso ser humano antes de desenvolvermos nossa função. Não se trata apenas de números, trata-se de pessoas, ter sensibilidade, empatia, confiança e passar confiança para que assim seja construído vínculo. Envolvimento da EMSI (principalmente os AIS e AISAN) e vínculo são essenciais neste processo de ensinar e aprender. Ainda precisamos aprender muito sobre esse mundo que nos desafia a cada contato e a cada descoberta. Como profissionais de saúde somos criadores de dados, de informações, mas quando se trata do processo de cura não só do físico mas também da alma, precisamos saber valorizar e respeitar o que está bem além do nosso intelecto, o que esses povos cheios de sabedoria tem a nos ensinar e mostrar. A cada disciplina do curso a ser estudada era um avanço imenso para mim como parte da EMSI para poder entender e me comunicar com os povos indígenas do meu território. Cada caso estudado era como se eu estivesse repassando por situações que já me haviam ocorrido e simplesmente eu gostaria de voltar no tempo para poder ter feito diferente, ter feito da forma correta que agora eu entendo o porque de cada situação e como eu deveria abordar, como intervir e quando fazer isso sem prejudicar a cultura daquela família ou daquela comunidade. Eu senti a necessidade de compartilhar com a minha equipe tudo que eu aprendia neste curso de especialização em saúde indígena, porque estava me ajudando a compreender, a aceitar, a respeitar e a atuar. O conhecimento que ia adquirindo buscava compartilhar com eles, inclusive com os AIS, AISAN, professores, lideranças e quem mais eu pudesse compartilhar.

Com certeza as expectativas futuras são muitas e positivas, muito aprendizado nesse decorrer do curso, muito conhecimento e graças a ele estarei fazendo o possível para levar atenção à saúde de qualidade, sabendo respeitar as particularidades de cada família e de cada momento. Nessa fase de conclusão a palavra chave é gratidão, primeiramente a oportunidade de poder realizar e chegar à conclusão do curso, agradecer a oportunidade de poder atuar na saúde indígena, principalmente trabalhando com os povos que trabalho, os outros membros da EMSI sempre atentos e parceiros dando o melhor de si para levar atenção aos povos indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Informe epidemiológico sobre a mortalidade infantil no Distrito Sanitário especial indígena nos anos de 2009 a 2020**.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual Saúde indígena um direito Constitucional** 2018/ SESAI/Ministério da saúde/ SUS.

SILVA, Domingos Bueno da. **Kulina**. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em:<<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kulina>>

BRASIL. Ministério da saúde. **Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas** Brasília-DF, janeiro 2001. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena.pdf>. Acesso em 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saneamento e Edificações dos Dsei** Disponível em:<<https://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>>. Acesso em 2020.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO PURUS. **Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2019/2020**.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL-ISA. **Terras indígenas no Brasil**. Disponível em:<<https://terrasindigenas.org.br/>>. Acesso em fevereiro de 2020.

RIBEIRO, Amarolina. **Geografia do Acre** Infoescola. Disponível em:<<https://www.infoescola.com/geografia/geografia-do-acre/>> Acesso em 2020.

ZWETSCH, Roberto E. **Madiha, o cheiro da terra**. prefácio de Pedro Casaldáliga. São Paulo:Ed. Paulinas,1992.

BORGES, Maria Fernanda S. O. de; SILVA, Ilce F. da; KOIFMAN Rosalina, **Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil** 2018. Scielo: Biblioteca Eletrônica Científica Online. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n6/1413-8123-csc-25-06-2237.pdf>>. Acesso em 2020.