



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JULIANA MOURA DA SILVA

ALDEIA MARAJÁ, POLO BASE DE MARAJÁ, DSEI MÉDIO RIO SOLIMÕES E
AFLUENTES - EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA

SÃO PAULO
2021

JULIANA MOURA DA SILVA

ALDEIA MARAJAÍ, POLO BASE DE MARAJAÍ, DSEI MÉDIO RIO SOLIMÕES E
AFLUENTES - EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA

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 estudo apresentado é uma breve descrição do DSEI Médio Rio Solimões e afluentes, mais especificamente do Polo Base de Marajá e aldeia Marajá. O Polo Base Marajá é responsável pela cobertura de oito aldeias indígenas, e possui etnias tais como: ticuna, kambeba, kocama e mayoruna, sendo a Kambeba a mais numerosa. Os Kambeba estão localizados em cinco aldeias no território brasileiro: quatro na região do Médio Solimões e uma no Baixo Rio Negro, precisamente, na desembocadura do rio Cuieiras. Há também algumas famílias na cidade de Manaus e várias outras no Alto Solimões em terras Ticuna. Fontes dos Kambeba confirmam a existência de 223 famílias no Alto Solimões/AM o que elevaria a população Kambeba em território brasileiro para 1.500 pessoas aproximadamente. Este estudo permitiu a melhor compreensão da realidade das comunidades indígenas relacionadas ao processo saúde doença. Diante dos dados epidemiológicos levantados e mediante rodas de conversas com as lideranças do Polo Base de Marajá, o problema identificado pela equipe e que se destaca na comunidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo evidenciada pelo aumento no número de casos de 2019 para 2020. Dessa forma, a equipe multidisciplinar compreendeu que a hipertensão arterial é um problema nesta comunidade e necessita de ações de intervenção em saúde. Dessa forma, depois de construir a rede explicativa do problema, foi evidenciado que a ação mais pertinente de ser realizada no momento é a roda de conversa em pequenos grupos, no caso com os hipertensos já diagnosticados, uma vez que estes vem apresentando dificuldades em seguir o tratamento tanto medicamentoso quanto não medicamentoso e ter uma compreensão maior das características da doença. O público alvo da ação serão os hipertensos diagnosticados e atendidos pela Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) na aldeia de Marajá. O objetivo dessa atividade será ampliar o conhecimento dos hipertensos sobre a doença e os hábitos que agravam essa doença, bem como discutir sobre seu tratamento e refletir no que podem fazer para melhorar sua qualidade de vida e evitar complicações. Será desenvolvido a elaboração e uso de materiais educativos pelos próprios indígenas que queiram participar, estimulando o desenho e a pintura na sua forma cultural. Para avaliação, será elaborado um questionário de satisfação com perguntas sobre como o participante percebeu a roda de conversa, se gostou ou não da atividade e se participaria de outras atividades como essa. O curso de Especialização em Saúde Indígena proporcionou a atuação direta na atenção à saúde dos povos indígenas, conhecendo seus costumes, cultura, tradição, sua maneira de interagir e de reagir ao processo saúde doença, para buscar melhores formas de interação, compreendendo a relação entre a biomedicina e a medicina tradicional, respeitando suas crenças.

Palavras-chave:

Educação em Saúde. Doenças Cardiovasculares. Hábitos Saudáveis. Hipertensão.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Juliana Moura da Silva, sou médica formada no exterior. Iniciei os estudos no ano de 2011 na Universidade Cristiana de Bolívia (UCEBOL) e terminei a faculdade de medicina no ano de 2017, voltando para o Brasil com o diploma de médico cirujano. Fiquei dois anos estudando para as provas de revalida, porém a última prova foi em 2017. Fiz a prova de revalidação da UFMT em 2018, mas não passei, pois me faltaram 3 pontos. Em 2019 abriram vagas para o Programa Mais Médicos e fiz minha inscrição. As vagas eram limitadas e ficavam com as vagas quem se inscrevesse primeiro. Consegui a vaga no DSEI Médio Rio Solimões no Amazonas. O DSEI fica localizado na região de Tefé. Todos os médicos que conseguiram as vagas foram para Brasília para o acolhimento e um curso preparatório que durou quase um mês, com provas de português e saúde no final do curso. Os aprovados seguiam para os seus DSEIs. Eu e meus colegas que ficamos no mesmo DSEI embarcamos para Manaus e logo para Tefé, onde está localizado o DSEI. Dos lugares disponíveis, escolhi a aldeia Marajá perto de Alvarães, que é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, microrregião de Tefé. Na aldeia Marajá está localizado o Polo Base Marajá. Minha expectativa é de conhecer todo o território juntamente com toda a população indígena e não indígena que habita na microárea pela qual sou responsável. Espero aprender todos os dias com esses povos, para que a comunicação e o convívio sejam harmoniosos e poder desenvolver meu trabalho de forma adequada e eficaz, contribuindo e dando o máximo de mim para oferecer um bom acolhimento, prevenção, promoção em saúde, diagnóstico e tratamento para essa população. Ao entrar na saúde indígena, muitos falavam que era maravilhoso e uma experiência única trabalhar com esses povos e então eu ficava pensando: "como pode ser maravilhoso assim, como eles falam isso, se é um lugar distante, com muitas dificuldades, poucos recursos, como isso pode ser possível?". Pois isso é possível sim e só quem pode entender sobre essas experiências tão incríveis é quem passa por elas. Com eles podemos aprender muito, ensinar, ajudá-los e ser ajudado. Acho que todos os médicos deveriam passar por um lugar assim para aprenderem com eles a serem mais humanos e solidários. Após o término deste TCC, meu conhecimento sobre os povos indígenas e principalmente com os quais eu trabalho, será gigante.

Figura 01- Atuação na Aldeia Marajá



Fonte: Arquivo pessoal (2020).

Figura 02- Atendimento a saúde da mulher



Fonte: Arquivo pessoal (2020).

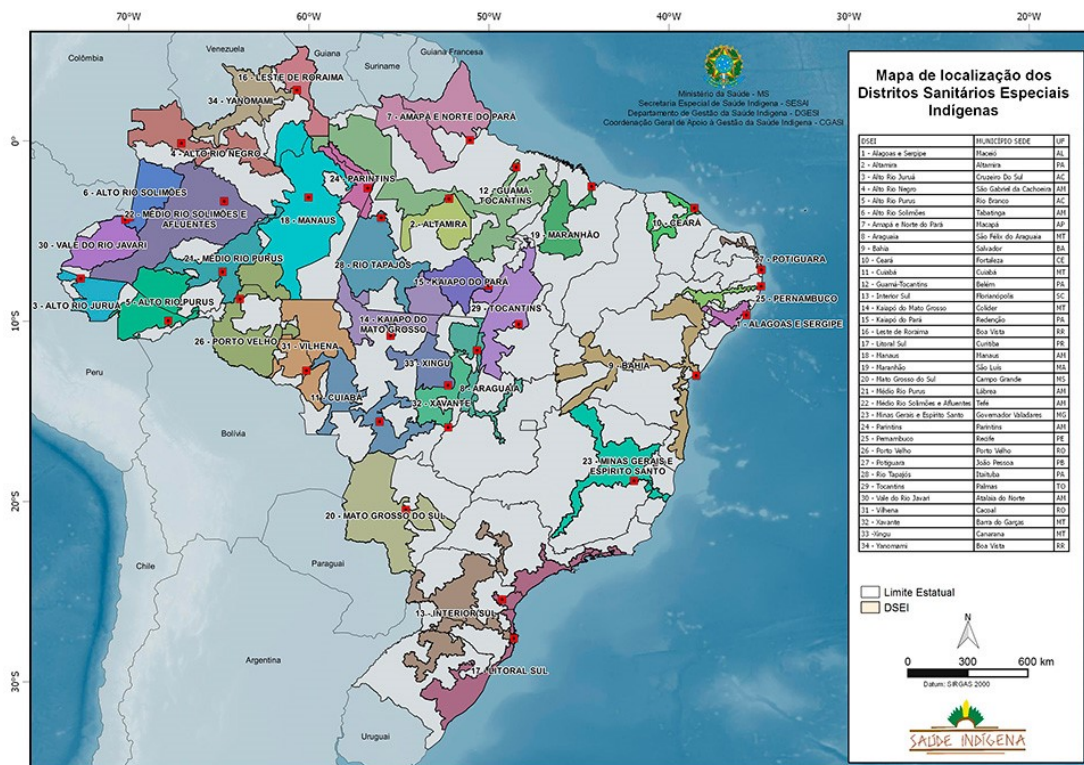
CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)

O DSEI é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social (ISA, 2018).

No Brasil, são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena - CASAIs (ISA, 2018).

Figura 03 - Localização dos DSEIs no Brasil



Fonte: FUNAI (2021).

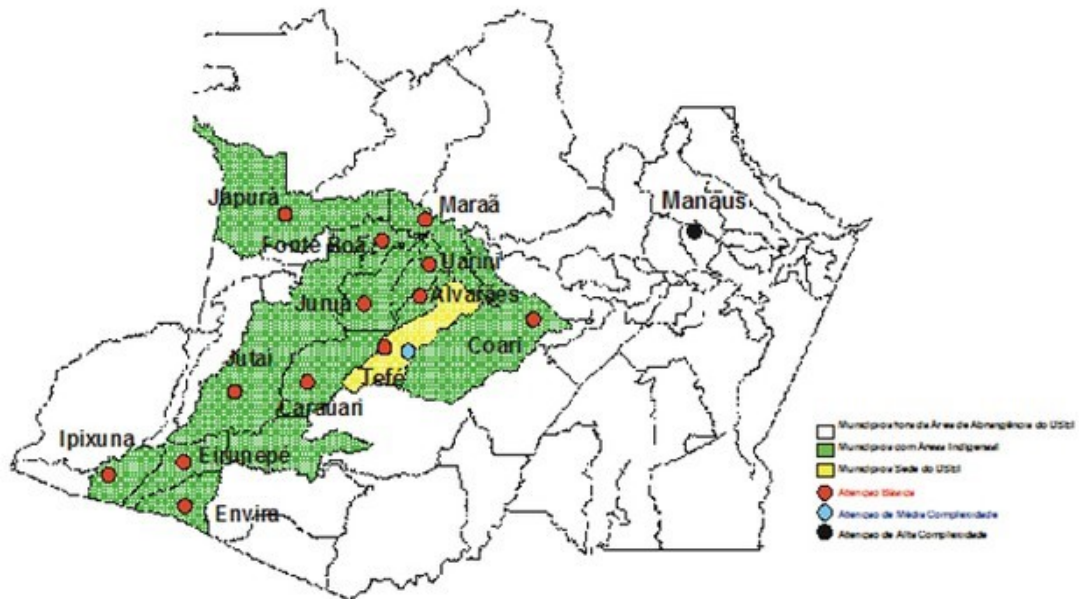
A população indígena brasileira é de 818 mil pessoas, sendo: 732.262 indígenas distribuídos em 5.614 aldeias, 305 povos diferentes, que falam 274 línguas distintas, 688 terras indígenas (60,4 % regularizadas) e ocupam 12,6% do território brasileiro (IBGE 2010).

Tefé é uma cidade do Estado do Amazonas, os habitantes se chamam tefeenses, sua área territorial é de 23.704,5 km² e contava com 61.453 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 2,6 habitantes por km² no território do município, sendo o quadragésimo oitavo maior município do Brasil em área e o vigésimo terceiro do Amazonas. Situado a 28 metros de altitude, Tefé tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 3° 19' 15" Sul, Longitude: 64° 43' 25" Oeste. Distância de Tefé para Manaus é de 523 km e 2.302 km de Brasília, capital

nacional (IBGE 2010).

A cidade fica às margens do lago Tefé, lago formado pelo alargamento do rio do mesmo nome nas proximidades de sua foz, que é um dos afluentes do Rio Solimões na sua margem direita. A principal fonte de renda da cidade é o comércio local e a agricultura, uma vez que são escoados vários alimentos para outras cidades, inclusive a capital, Manaus. Está localizado nesta região o DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes (IBGE 2010).

Figura 04 - DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes



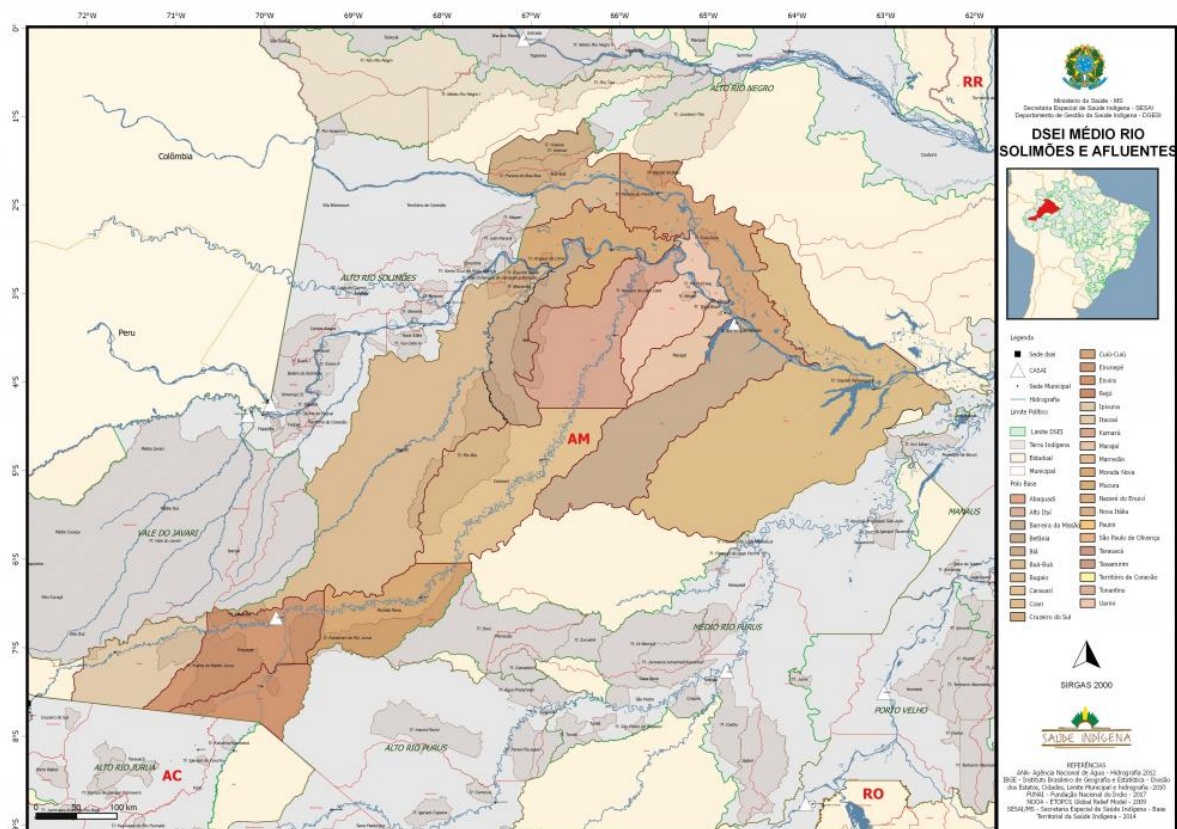
Fonte: FUNAI (2021).

A sede do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes localiza-se no município de Tefé em uma área que abrange a região norte do Estado do Amazonas e os rios Japurá, Solimões e Juruá. Sua extensão territorial é de 361.478,3 km² (IBGE, 2021).

A população geral é de 24.538 habitantes, população indígena de 17.597 com 16 etnias presentes: Maku Nadeb, Kulina, Katukina, Kanamari, Kambeba, Deni, Tikuna, Tukano, Baniwa, Kaixana, Baré, Katawixi, Kokama, Mayoruna, Miranha e Arara. Estes povos estão distribuídos em 161 aldeias, com um número de 3.284 famílias. O DSEI possui 15 polos bases, 2 Casas de Saúde Indígena (CASAI), o estado de abrangência é o Amazonas, abrangendo 14 municípios (IBGE, 2021).

O DSEI Médio Rio Solimões e afluentes tem como área de abrangência os municípios de Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Fonte Boa, Juruá, Japurá, Itamaraty, Ipixuna, Eirunepé, Envira, Coari e Carauari. O meio de Transporte mais utilizado é o fluvial, as aldeias mais distantes podem levar de horas a dias para chegar, o terrestre também é muito utilizado, principalmente para os polos que estão localizados na cidade ou próximo, permitindo o acesso a essas aldeias, e aéreo que é utilizado na remoção de pacientes provenientes de aldeias distantes e de difícil logística (IBGE, 2021).

Figura 05 - Mapa do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes



Fonte: FUNAI (2021).

As características físicas do território são: clima equatorial com temperaturas elevadas (média de 25°C), muita chuva, elevada umidade, ventos leves. O relevo possui planície, depressão e planalto, no entanto, grande parte da região é constituída por uma topografia plana. A vegetação é composta por uma vegetação densa e árvores de grande porte. Pode ser dividida em três categorias, sendo elas: Mata de terra firme: a maior parte da floresta que não sofre inundações por localizar-se em partes mais altas, apresentando árvores de grande porte. São exemplares típicos a castanheira, angelim, mogno, cedro, andiroba, além de cipós, palmeiras, líquens e musgos. Mata de igapó: permanentemente inundada por se localizar em regiões muito baixas, são alagadas com frequência. Por isso, as plantas se adaptaram a esse ambiente para sobrevivência. São exemplos os buritis, orquídeas, vitória-régia e bromélias. Mata de várzea: sua localização em áreas pouco menos baixas que possibilita a inundações periódicas conforme a ação dos rios. Apresenta solo muito fértil em razão dos sedimentos depositados pela água fluvial. As plantas nascem a água baixa e os frutos aparecem quando sobem. Exemplares típicos são jatobá, andiroba, samaúma, cumaru e seringueira. (ISA, 2018).

Existe a plantação de alimentos como a castanheira, a pupunha, o cacau, o babaçu, a mandioca e a araucária. A lista dos produtos dessa agro biodiversidade é bastante extensa, muitas plantas presentes hoje em nossas mesas nos foram apresentadas pelos sistemas agrícolas dos povos indígenas. Açaí, amendoim, diversas espécies de batata e de pimentas, assim como, uma grande quantidade de sementes de milho e feijão (HUTUKARA, 2020).

As principais atividades econômicas são a pesca, a caça, a coleta de frutos, produzem artesanatos (arcos, flechas, cestos e colares) para a venda, além da produção e venda da farinha, e mais recentemente passaram a ser assalariados os professores, agentes de saúde, chefe de posto da FUNAI, dentre outros. Vemos nessa região também a garimpagem, exploração florestal e a mineração (HUTUKARA, 2020).

Os agravos prevalentes neste território são: doenças do aparelho respiratório (Infecções Respiratórias Agudas - IRAs, Pneumonias); doenças infecciosas e parasitárias (Doenças Diarreicas Agudas - DDA); tuberculose; malária (Amazônia Legal); DST e hepatites virais; hipertensão arterial; diabetes; câncer de colo de útero; suicídios; problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e violência (HUTUKARA, 2020).

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

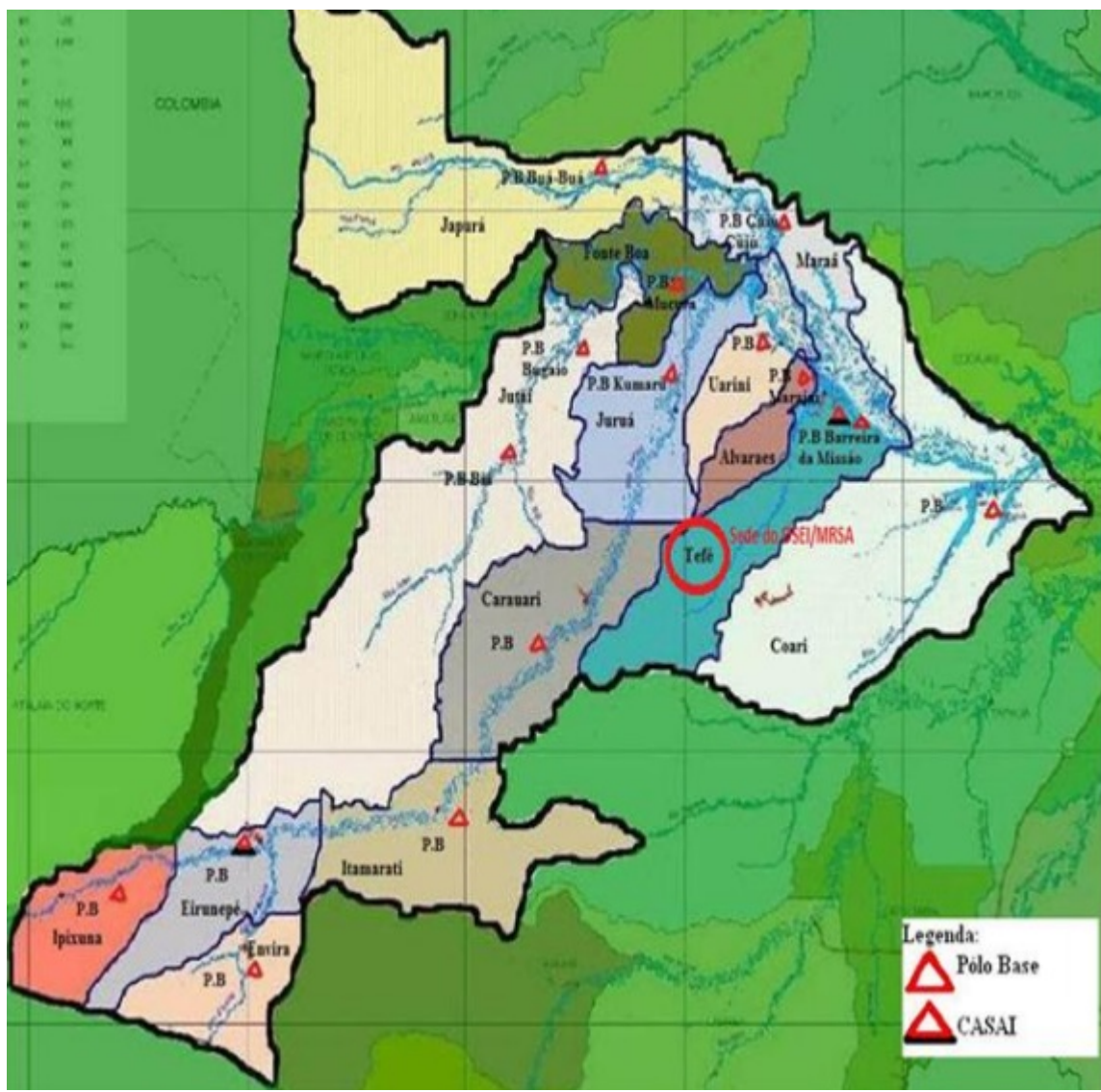
De acordo com Fernandes et al (2010), no ano de 1991, através do Decreto nº 23 da presidência da república, ocorreu a transferência de responsabilidades pela coordenação das ações de saúde voltadas a comunidades indígenas para o Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como base de organização dos serviços de saúde e criação da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da FUNASA. Porém, ao longo da década de 90, a saúde indígena foi alvo de constantes mudanças de organização e responsabilidade, pois o Ministério da Saúde afirmava que a Fundação do Índio (FUNAI) era quem deveria ser responsável pelo sistema gestor da saúde indígena, enquanto a FUNAI afirmava o mesmo para o Ministério da Saúde.

Esse cenário só mudou em 1999, através do Decreto nº 3.156 que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e, criação e inserção dos DSEI no âmbito das Coordenações Regionais da FUNASA. A partir daí, foi criado no ano 2000, o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), como parte da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, implantado em 2001 e gerenciado pela FUNASA, possuindo o cadastro da população indígena residente nas aldeias (FERNANDES, et al, 2010).

No ano de 2001, a Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (CNSPI), avaliou a implantação dos DSEI, discutiu o modelo de gestão e organização dos serviços, parcerias e articulações com o SUS; controle social; formação, reconhecimento e inserção social dos agentes indígenas de saúde e o desenvolvimento de recursos humanos para a atuação junto a populações culturalmente diferenciadas (FERNANDES, et al, 2010).

Desde 2010, os DSEIs são de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e foram delimitados a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Cada DSEI possui um conjunto de equipamentos que permite a realização do atendimento de casos simples, ficando as ocorrências de alta complexidade a cargo de hospitais regionais, implicando em um aparato para remoção dos doentes (ISA, 2018).

Figura 6 - Localização do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes (MRSA)



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

O município de Tefé é a Sede do DSEI do Médio Rio Solimões e Afluentes (MRSA), que abrange os municípios de Alvarães, Uarini, Maraá, Fonte Boa, Jutai, Juruá, Japurá, Itamaraty, Ipixuna, Eirunepé, Envira, Coari e Carauari.

Figura 7 - Números referentes ao DSEI MRSA.

População Geral	17.597
Nº de Estados de abrangência	1
Nº de Municípios de abrangência	14
Nº de Polo Base	15
Nº de Aldeia	161
Nº de Etnias *	16

Fonte: SIASI - SESAI/MS.

* Etnias - Plano Distrital , 2012 - 2015.

Observa-se nas figuras 6 e 7, que o DSEI MRSA abrange 14 municípios, porém apresenta 15 Polos Base, entre os quais está localizado o Polo Base de Marajaí, no qual atua. O território de abrangência do DSEI MRSA possui duas Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas nas cidades de Eirunepé e Barreira da Missão. O Polo Base de Marajaí conta com a articulação da CASAI de Barreira da Missão, por estar mais próxima.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), entende-se por Casa de Saúde Indígena (CASAI) o estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS, para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes, quando necessário.

O Polo Base de Marajaí é responsável pela cobertura de oito aldeias indígenas, sendo um Polo Base Tipo I, responsável pelas seguintes atividades (ISA, 2018):

- ♦ Capacitação, reciclagem e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem;
- ♦ coleta de material para exame;
- ♦ esterilização;
- ♦ imunizações (quando se tratar de atividades de rotina);
- ♦ coleta e análise sistêmica de dados;
- ♦ investigação epidemiológica;
- ♦ informações de doenças;
- ♦ prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e
- ♦ outras atividades compatíveis com o estabelecimento.

O Polo Base de Marajaí possui uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), destinada à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a qual é composta por: uma médica do Programa Mais Médicos, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal, 02 técnicos de enfermagem e 07 agentes indígenas de saúde.

Cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito de cada DSEI e entre suas atribuições estão (BRASIL, 2020):

I - participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução;

II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e

III - apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

O CONDISI é composto por:

I - 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

II - 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no respectivo Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar na atenção à saúde indígena das comunidades indígenas adscritas ao respectivo DSEI, todos eleitos pelos trabalhadores; e

III - 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam.

Assim, o CONDISI do DSEI MRSA é composto por 17 representantes usuários indígenas, 10 representantes de entidades dos trabalhadores da saúde indígena e 10 representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

O funcionamento do CONDISI, parte em função de decisões deliberativas sobre problemas de saúde envolvendo o DSEI, e quando necessário é solicitado reuniões com a participação de membros do CONDISI e Conselhos Locais de Saúde Indígena, assim como em cursos, seminários, conferências, congressos, mesas redondas, oficinas de trabalho e outros eventos sobre assuntos pertinentes à saúde indígena.

A articulação com as redes de atenção à saúde para serviços de média e alta complexidade ocorrem da seguinte forma:

Figura 8 - Rede de Atenção a Saúde no DSEI MRSA.



Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

A Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) é responsável pelo atendimento inicial dos povos indígenas, é a porta de entrada. Essa UBSI se comunica diretamente com o Polo Base e quando este não consegue resolver determinado problema de saúde, será encaminhado para a Casa de Saúde do Índio (CASAI), que vai referenciar para o Hospital que atende a região e este irá se reportar para o DSEI e para a SESAÍ.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O território recorte de análise será o Polo Base de Marajaí, o qual é responsável pela cobertura de oito aldeias indígenas, das seguintes etnias: Ticuna, Kambeba, Kocama e Mayoruna.

O motivo dessa escolha foi a familiaridade desse polo base com os motivos pessoais e com a minha trajetória profissional, uma vez que pude perceber que este povo necessita de um acompanhamento em educação em saúde por alguns problemas de saúde que foram identificados ao longo do meu trabalho nas aldeias.

Hoje os Kambeba estão localizados em cinco aldeias no território brasileiro: quatro na região do Médio Solimões e uma no Baixo Rio Negro, precisamente, na desembocadura do rio Cuieiras. Há também algumas famílias na cidade de Manaus e várias outras no Alto Solimões em terras Ticuna. Fontes dos Kambeba confirmam a existência de 223 famílias no Alto Solimões/AM o que elevaria a população Kambeba em território brasileiro para 1.500 pessoas aproximadamente (ISA, 2020).

Entre os problemas de saúde observados nesse polo de atuação, foram identificados: Infecção urinária, Diarreia, Otite média aguda, Dermatite, Alergia, Artrite, Parasitoses e Infecção respiratória.

Poder realizar esse estudo voltado para o polo base de Marajaí será uma grande satisfação, pois conseguirei direcionar meus conhecimentos tanto práticos quanto teóricos, em conexão com as questões culturais e crenças desses povos, de modo a promover mudanças significativas relacionadas as condições de saúde e qualidade de vida.

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

O território recorte do meu estudo consiste no Polo Base de Marajá, o qual apresenta população geral de 610 habitantes e 150 famílias. Entre esses habitantes, existem quatro etnias: Ticuna, Kambeba, Kocama e Mayoruna, sendo mais numerosa a Kambeba.

Em relação a moradia, muitos possuem casas feitas de madeira, barro, palha, mas na atualidade, já se encontram casas de alvenaria. As formas das casas variam segundo os costumes de cada grupo: podem ser circulares, retangulares, pentagonais, ovais. O formato das aldeias também muda de acordo com o povo (ISA, 2018).

Na comunidade de Marajá tem a Escola Indígena Nossa Senhora de Nazaré, que apresenta atendimento na educação infantil e no ensino fundamental e educação de jovens e adultos (EJA). O ensino médio geralmente é feito fora da aldeia. Na aldeia todos estudam, desde as crianças aos adultos, através de um professor contratado pela prefeitura do município, não indígena, e por uma professora da aldeia. A pedagogia que desenvolvem lhes permitem serem eles mesmos a transmitir sua cultura através de gerações. A escola é importante para adquirir conhecimento formal, como ler, escrever, fazer contas, mas é na família, dentro de casa que a cultura é transmitida (SILVA, 2012).

As etnias com as quais eu trabalho ao longo dos anos foram se modificando aos poucos, ficando próximos aos costumes da população não indígena. Hoje em dia a maioria tem acesso a internet, televisão, rádios e etc. Com essas mudanças, teme-se que os jovens esqueçam suas origens que foram passadas por seus ancestrais e por esse motivo, as escolas estão abordando matérias sobre origens, cultura e características de cada etnia.

Sobre os tipos de comunicação, cada etnia tem sua língua, mas a maioria fala o português claro. Existem variedades linguísticas, como a língua Ticuna que é amplamente falada em uma área extensa por numerosos falantes (acima de 30.000) cujas comunidades se distribuem por três países: Brasil, Peru e Colômbia.

Com relação aos Ticuna que, por razões diversas, se deslocaram para a capital do estado do Amazonas, Manaus, esses vivem mais dramaticamente a imposição da língua dominante (o português) e de seus veículos - razão pela qual reúnem-se por meio de projetos que têm por meta, entre outras coisas, manter viva sua língua (ISA, 2018).

A língua Miranha é considerada uma variante muito próxima da língua Bora, que faz parte de um conjunto de línguas estreitamente aparentadas entre si, o qual, por sua vez, integra-se à família à qual pertence a língua Uitoto. A língua Miranha não é utilizada de modo corrente entre os Miranha brasileiros, cuja comunicação é estabelecida em português, ainda que se encontrem no Brasil antigos falantes desta língua e seus descendentes (ISA, 2018).

A língua Kokama foi classificada como parte da família Tupi-Guarani, tronco Tupi. É muito semelhante à língua dos Omágua (Kambeba). Estudos posteriores indicaram que sua origem estaria ligada às várias migrações de grupos Tupi do Brasil para regiões peruanas em tempos pré-contato. Supõe-se que seja uma língua produto da interação de alguns grupos indígenas na região do alto Marañón, nas proximidades dos rios Huallaga, Napo e Ucayali, sendo que a língua Tupinambá teria sido a principal fonte linguística do idioma Kokama, com aproximadamente 60% do vocabulário (ISA, 2018).

A língua Kambeba no Brasil ainda domina um importante vocabulário, pertencente à família Tupi-Guarani, em momentos formais de reuniões com os brancos, em alguns dias de aulas na escola das aldeias, os mais velhos e lideranças falam um significativo vocabulário que eles identificam como Kambeba (ISA, 2018).

As relações com a sociedade nacional têm sofrido modificações com o passar do tempo. Os povos Kokama sofreram várias modificações ao longo do tempo, tendo que migrar, por diversas vezes, de seus territórios. Os aldeamentos e deslocamentos forçados, impostos primeiramente pelas missões e depois pelas frentes extrativistas, acabaram criando um contexto tão adverso de reprodução física e cultural desses grupos, que lhes suscitou a negação da identidade indígena por muitas décadas. Desde os anos de 1980, porém, a identidade Kokama vem sendo cada vez mais valorizada no contexto de suas lutas políticas - que incluem outros povos indígenas do Solimões - por terras e acesso a programas diferenciados de saúde, educação e alternativas econômicas (ISA, 2018).

A presença Miranha passou a ser mais sistematicamente observada a partir dos viajantes naturalistas. Nos relatos desses viajantes, os tuxauas (chefes ou "principais") Miranha ficaram conhecidos por vender aos comerciantes de Tefé escravos de "tribos" inimigas e também os seus próprios filhos. Os escravos eram adquiridos para servir como mão-de-obra às famílias de Tefé, e as mulheres, em geral, eram transformadas em concubinas. Os Miranha participavam, assim, das relações mercantis da sociedade colonial, inclusive da "venda de escravos", freqüentemente trocados por ferramentas de trabalho (ISA, 2018).

Os Kambeba, também conhecidos como Omágua, principalmente no Peru - configuram um dos casos de grupos que, na Amazônia brasileira, deixaram de se identificar como indígena em razão da violência e discriminação de frentes não-indígenas na região desde meados do século XVIII. Foi com o crescimento do movimento indígena a partir da década de 1980, particularmente com o reconhecimento dos direitos indígenas pela Constituição de 1988 e a multiplicação das organizações indígenas, que os Kambeba passaram novamente a se afirmar como índios e a lutar pelas causas indígenas. Desde então, têm assumido uma posição destacada na região por sua grande capacidade de negociação e articulação política com outros grupos indígenas e com agências governamentais e não-governamentais, religiosas e laicas, da sociedade envolvente (ISA, 2020).

Nos relatos sobre o passado a guerra e a rivalidade parecem constituir fatos essenciais da existência dos Ticuna. Ainda hoje os índios falam extensamente das guerras entre as diferentes nações, dizendo que eram frequentes as investidas de um grupo sobre o outro, com muitas mortes de ambos os lados. Os mais velhos procuram mostrar o seu desagrado face àquelas características do passado, confrontando a convivência tranquila de hoje em dia nas aldeias com o medo e a belicosidade do tempo de seus avós (ISA, 2018).

Com o passar do tempo, após mortes e conflitos entre si e os que eram considerados inimigos, os povos se socializaram, de forma que na atualidade observamos a troca mútua entre si e o comércio local. A organização social das terras dessas etnias, nos dias de hoje, foi estruturada em termos de uma chefia que vem atuando na mediação entre os interesses do grupo e os interesses exógenos, como os comerciantes locais e extra-locais e representantes da sociedade nacional. O chefe, conhecido como "tuxaua" (terminologia da sociedade regional) ou "capitão" (terminologia da atual política indigenista), é eleito pelos membros do grupo e exerce poder, sendo-lhe atribuídos papéis de dominação, como "mandão" e "patrão". Sua margem de atuação como mandatário de agências externas é limitada pela participação política interna ao grupo, que o destitui caso não satisfaça os interesses dos seus membros. Têm, assim, certa autonomia diante da FUNAI, da Pastoral Indigenista e da própria União das Nações Indígenas, organismo que representa os povos indígenas da região polarizada pela cidade de Tefé (ISA, 2018).

A chefia atua no sentido da constituição de formas de organização comunitária que se distinguem de outras associações comunitárias não-indígenas locais. A figura da "comunidade indígena", prescrita na Constituição de 88 como sujeito de ação jurídica, confere-lhe uma virtualidade político-organizacional da qual as outras associações locais parecem desprovidas. Esta virtualidade, no entanto, está sujeita às circunstâncias e motivação particulares que levam ou não à mobilização étnica (ISA, 2018).

As práticas tradicionais de atenção a saúde consistem basicamente na cura das doenças, e agora com a pandemia do Covid-19, os povos se atentaram para trabalhar mais com a prevenção. Muitos cultuam os ensinamentos e chamados dos espíritos que afirmam auxiliar nessa questão da saúde.

O especialista tradicional no tratamento de doenças é o líder tuxaua, e os fatores considerados na escolha dos tratamentos são as ervas medicinais utilizadas para o tratamento e cura das doenças e quando eles não conseguem chegar a esse objetivo, procuram os profissionais de saúde, pois falam que eles não conseguem tratar sozinhos as doenças dos brancos. O desafio para nossa abordagem é que muitas vezes ocorre uma demora na busca dos profissionais de saúde, levando a um diagnóstico tardio e que muitas vezes o paciente chega em um estado de doença mais avançado e podendo levar a morte do indivíduo, por este motivo a equipe tem que estar atenta e em constante comunicação com estas lideranças.

A relação entre os especialistas tradicionais e os profissionais da saúde é baseada na confiança e na parceria, pois muitos recebem os profissionais com empatia e dedicação. Nessa relação, existem fatores que facilitam o entrosamento, pois quando não sabemos como proceder diante de alguns casos, eles com sua sabedoria e dedicação, iniciam seus tratamentos tradicionais que superam e dão certo.



Fonte: Arquivo pessoal (2021).

Figura 10 - Escola da Aldeia Marajaí - Educação em Saúde

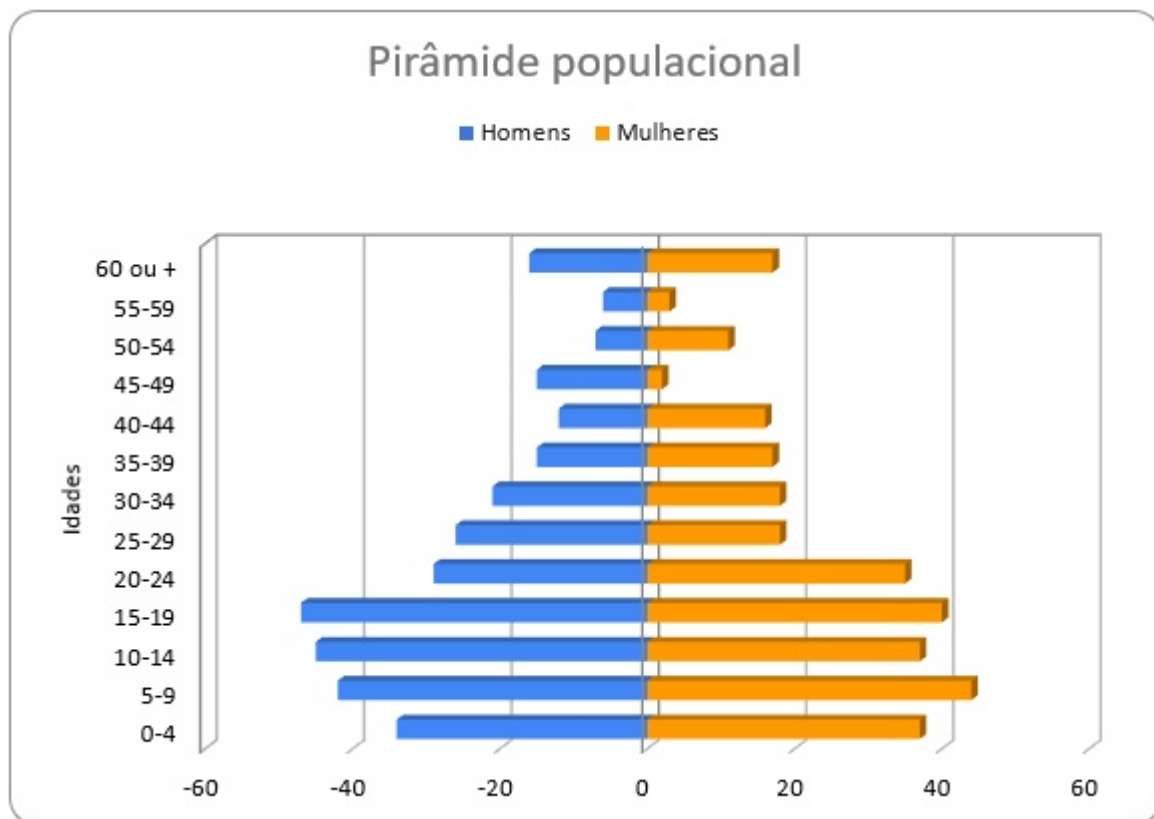


Fonte: Arquivo pessoal (2021).

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

Em relação aos aspectos demográficos e epidemiológicos do território, a população geral atendida no Polo Base de Marajá é de 610 habitantes. Assim, foi possível fazer um levantamento sobre a faixa etária masculina e feminina da população geral, que resultou na elaboração da pirâmide sexo-etária abaixo:

Figura 11 - Pirâmide sexo-etária da população do Polo Base de Marajá



Fonte: SIASI, 2020.

Observando o topo da pirâmide, temos a faixa etária de 60 anos ou mais, que aumentou relativamente, em comparação com a faixa etária de 50 a 54 anos, apontando que o número de idosos presentes no território de recorte é relevante para a área de atuação na prevenção de doenças crônicas degenerativas. Em relação a faixa etária de 60 anos ou mais, esta encontra descrita: 60 a 65: 27 pessoas; 66 a 71: 2 pessoas; 72 a 77: 1 pessoa; 78 a 84: 1 pessoa; 85 a 90: 1 pessoa, totalizando 33 pessoas.

A base da pirâmide apresentou um número significativo de crianças de 0 a 4 anos de idade, mostrando que a taxa de natalidade foi elevada no ano de 2019. Assim, observa-se que há um aumento na base da pirâmide em direção ao meio, e que do meio ao topo há uma redução na população conforme avançam as faixas etárias. Há um destaque para a faixa etária predominante, de 15 a 19 anos.

Isso difere da pirâmide etária do Brasil, que apresentou uma redução da base e um encorpamento do meio da estrutura etária. A idade mediana subiu para 33,5 anos, mostrando a rapidez do processo de envelhecimento do Brasil (ALVES, 2020).

Entre os 610 habitantes, há uma distribuição por etnias de: Ticuna: 145 pessoas; Kambeba: 250; Kocama: 176 e Mayoruna: 39 pessoas.

A taxa de mortalidade geral em 2019 foi de 1,64%, a taxa de natalidade foi de 31,15 nascimentos por 1000 habitantes, e a taxa de fecundidade foi de 13,01, mostrando uma relação equilibrada entre morte e nascimento na comunidade.

O coeficiente de mortalidade infantil, bem como seus componentes neonatal e pós-natal foram 0 (zero), indicando condições adequadas de cuidado pré-natal e parto e ao recém-nascido na primeira semana de vida, assim como ausência de problemas congênitos e genéticos. Os partos são realizados na própria aldeia, pela parteira, e apenas quando surge alguma complicação é que são direcionados para atendimento na Rede de Saúde.

O estado nutricional de crianças e adultos foi estimado através da classificação do índice Peso e Idade (P/I), no qual o muito baixo peso e o baixo peso apresentaram 0% de acometimento; enquanto o peso adequado para a idade foi de 97,18% e o peso elevado para a idade foi de 2,82% em crianças menos de 5 anos.

Sobre o coeficiente de prevalência e incidência de tuberculose, foi possível obter os seguintes dados: Incidência e prevalência foi de 0%, pois não houve nenhum caso nos anos de 2019 e 2020. A prevalência do Covid 19 foi de 0,98%, pois apresentou-se 6 casos confirmados da doença, enquanto houve muitos casos suspeitos, mas como não tinha teste na época do pico, conseguimos apenas 9 testes rápidos.

Em relação as doenças crônicas, a prevalência de diabetes foi de 2,11% e de hipertensão arterial foi de 8,45%. A prevalência de obesidade em adultos foi de 0,7%. A cobertura do Programa do controle de Câncer do Colo do útero abrange 62,75%, sendo insuficiente, pois de acordo com o Ministério da Saúde, o controle e rastreamento deve atingir 80% ou mais.

A Unidade tem desenvolvido estratégias de rastreamento para aumentar e atingir essa meta para 2020. Na comunidade de Marajá também foi levantado a prevalência das doenças que mais acometem a população. São elas:

- Infecção urinária= 22,46%;
- Diarreia= 8,2%;
- Otite média = 3,93%;
- Dermatite= 13,11%;
- Alergia= 12,3%;
- Artrite= 7,87%;
- Parasitoses= 14,75%;
- Infecção respiratória = 60,66%.

Percebe-se que a doença mais prevalente na população no ano de 2019 foi a infecção respiratória com 60,66% de prevalência, a qual pode ser diagnosticada tanto em crianças como em idosos, sendo estes componentes da base e do topo da pirâmide. E a faixa etária com maior número de atendimentos são os maiores de 60 anos.

Na aldeia, a utilização de rede geral de água vem de poços artesianos, compartilhados em toda a comunidade. A rede de esgoto é formada por fossas sépticas individuais e coleta de lixo é de responsabilidade da prefeitura de Marajá.

No Polo Base de Marajá, a Unidade de Saúde atende um total de 610 pessoas nos seguintes programas:

- Hipertensão e diabetes;
- Pré-natal;
- Saúde da mulher;
- Saúde do homem;
- Saúde da criança e do adolescente;
- Saúde do idoso;
- Antimicrobianos no tratamento de gripes e resfriados;
- Atenção domiciliar;
- Saúde bucal.

Existem procedimentos que podem ser realizados na UBS de forma eletiva ou durante o atendimento a demanda espontânea, precisam de equipamento, materiais, medicamentos e insumos que devem estar presentes em todas as UBS, com o intuito de conferir as melhores condições para a realização de procedimentos em questão.

Na Unidade de Saúde realizamos alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos tais como retirada de corpos

estranhos, tratamento de feridas pela menor complexidade de técnica, materiais, insumos, e medicamentos, para evitar estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e com isso contribuir para o aumento de resolutividade de atenção primária a saúde.

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

Diante dos dados epidemiológicos levantados e mediante rodas de conversas com as lideranças do Polo Base de Marajá, o problema identificado pela equipe e que se destaca na comunidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo evidenciada pelo aumento no número de casos de 2019 para 2020.

Para saber qual problema presente na comunidade realmente necessitava de uma intervenção com urgência, foram feitas reuniões com a equipe multiprofissional de saúde indígena, e com a análise dos dados epidemiológicos, foi percebido um aumento no número de casos de hipertensão arterial do final do ano de 2019 para 2020. Em 2019 foram diagnosticados 5 casos de hipertensão e já haviam 14 hipertensos no Polo de Marajá, totalizando 19 casos em 2019. Em 2020, desde o início do ano até o mês de agosto (mês de atualização dos dados no DSEI), houve novamente um aumento para 24 casos de hipertensão, com 5 novos diagnósticos.

Dessa forma, a equipe multidisciplinar compreendeu que a hipertensão arterial é um problema nesta comunidade e necessita de ações de intervenção em saúde.

A comunidade também foi sondada, através de rodas de conversa com as lideranças e Agentes Indígenas de Saúde, os quais afirmaram que muitos indígenas vêm adquirindo hábitos do "homem branco", como é o caso do consumo de sal e de comidas mais gordurosas e não saudáveis.

Portanto, o problema existente percebido tanto pela equipe quanto pela própria comunidade é o aumento de casos de pressão alta entre os indígenas do Polo de Marajá, cujos determinantes favorecem a elaboração de uma rede explicativa do problema.

Quadro 01 - Rede explicativa da "Hipertensão Arterial Sistêmica" no Polo Base Marajá, DSEI MRSA.

Qual é o problema?	Como acontece?	
	Mudanças no modo de viver	Alterações no meio ambiente
O aumento da pressão arterial ocorre lentamente, sendo difícil perceber seus sintomas iniciais, sendo silenciosa, aumentando o risco de morte;	Uso inadequado da alimentação do branco;	Sedentarização das pessoas;
Os indígenas apresentam um conhecimento limitado sobre as características e prevenção da doença;	Mudança no hábito alimentar, com introdução de sal, café, açúcar, alimentos industrializados, etc;	Períodos prolongados de seca e calor nas aldeias;
Dados epidemiológicos apontam um aumento nos casos de hipertensão na comunidade de Marajá, entre os anos de 2019 a 2020, representando 8,45% da população;	Proximidade com o homem branco, hábitos adquiridos;	Aumento da população dentro de uma terra limitada;

A longo prazo, a hipertensão tem como consequência a insuficiência cardíaca e a insuficiência renal.	Os hipertensos não dão continuidade ao tratamento medicamentoso;	Influência dos hábitos do “homem branco” e proximidade com a cidade.
A hipertensão fora de controle aumenta o risco de mortalidade e morbidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);	Sedentarismo e falta de prática de atividades físicas;	
Aqueles que são hipertensos tem dificuldade em seguir o tratamento medicamentoso, mesmo em conjunto com o atendimento do pajé;	Pouco conhecimento das formas de prevenção da doença e suas características;	

Descrita a rede explicativa, posteriormente e também em equipe, foi proposto um plano de soluções do problema “Hipertensão”:

Quadro 02 – Plano de soluções para “hipertensão”, no Polo Base Marajaí, DSEI MRSA.

Aldeia		Polo Base	DSEI	Outros Setores
Ações Individuais	Ações coletivas			

Realizar acompanhamento dos valores pressóricos em toda a comunidade a cada 15 dias e anotar no livro registro da Unidade de Saúde	-Conhecer junto a comunidade as possíveis causas do aumento dos casos de pressão alta; - Implementar ações de educação em saúde com a comunidade, AIS, auxiliares de enfermagem e lideranças.	O polo base é responsável pela organização das ações de palestras, reuniões e materiais.	Consolidar as informações do controle e diagnóstico da hipertensão nos polos bases;	Acionar e sensibilizar mostrando o diagnóstico de hipertensão e causas levantadas para os setores que podem ser grandes parceiros: lideranças, Associações indígenas, Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, FUNASA, FUNAI, Organizações não-governamentais;
Orientar sobre uma alimentação saudável, sem excessos de sal, bem como a importância de outros alimentos naturais e saudáveis;	Fazer rodas de conversa nas comunidades sobre as características da doença e sua prevenção;	Programar acompanhamento do tratamento dos hipertensos no polo, nas aldeias, como viagem ou programar pelo rádio, para os AIS realizarem orientações a procurar a Unidade de Saúde;	Mandar consolidado para todos os envolvidos com a gestão das aldeias e dos polos base;	Ações voltadas a prática de atividade física e esporte;
Incentivar a prática de atividades e exercícios físicos que favoreçam um estilo de vida saudável;	Conversar com todas as famílias da casa a respeito do acompanhamento de hipertensos;	Consolidar todas as informações sobre os hipertensos na aldeia;	Apoiar com recursos financeiros os seminários, palestras, capacitação e formação da equipe;	Parceria com prefeituras para realização de eventos de prevenção, como o "Dia D da hipertensão", entre outros.
Implementar visita domiciliar com AIS para acompanhar os hipertensos e registrar as medidas da pressão arterial semanalmente;	Melhorar a supervisão dos AIS nas aldeias;	Acompanhar os hipertensos que possuem patologias associadas e encaminhar para referências se necessário;	Prover o pólo base com materiais e medicamento;	
Dialogar com a família do hipertenso para que esta saiba oferecer o suporte que ele precisa;	Acompanhar grupos de risco, como pessoas que estão acima do peso, fumantes, diabéticos, entre outros;	Informar a sede do DSEI sobre o diagnóstico de hipertensão na sua área de abrangência;	Capacitação da equipe em supervisão;	
Ter acompanhamento do raizeiro e do pajé;	Trabalhar junto com os professores, agentes de manejo, outros profissionais buscando soluções e parcerias.	Melhorar e centralizar as informações de vigilância à saúde;	Apoio logístico;	

		Articulação de Parcerias;	Garantir recursos humanos e materiais;	
		Prover as aldeias com materiais e medicamentos.	Receber, organizar e tratar as informações de vigilância à saúde;	
			Capacitação para o diagnóstico e intervenção.	

Trabalhar com intervenção diante do problema de Hipertensão Arterial na aldeia, irá proporcionar um envolvimento da comunidade nas questões que determinam a doença, como também da equipe de saúde, que acompanham as famílias e os indígenas de perto no seu dia-a-dia, contribuindo para levantar as causas, descobrir a melhor forma de acompanhar o tratamento, sempre respeitando sua cultura.

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

Ao realizar reuniões com as lideranças do Polo Base de Marajá, o problema identificado pela equipe, inclusive pelos AIS, que vem levantando questionamentos da comunidade, é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo evidenciada pelo aumento no número de casos no último ano.

Dessa forma, depois de construir a rede explicativa do problema, foi evidenciado que a ação mais pertinente de ser realizada no momento é a roda de conversa em pequenos grupos, no caso com os hipertensos já diagnosticados, uma vez que estes vem apresentando dificuldades em seguir o tratamento tanto medicamentoso quanto não medicamentoso e ter uma compreensão maior das características da doença.

O público alvo da ação serão os hipertensos diagnosticados e atendidos pela Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) na aldeia de Marajá.

O objetivo dessa atividade será ampliar o conhecimento dos hipertensos sobre a doença e os hábitos que agravam essa doença, bem como discutir sobre seu tratamento e refletir no que podem fazer para melhorar sua qualidade de vida e evitar complicações.

Assim, a melhor estratégia para realizar essa atividade é fazer um círculo de cultura com estes hipertensos, no qual possam discutir sobre suas experiências com a doença e trocar informações. Será desenvolvido a elaboração e uso de materiais educativos pelos próprios indígenas que queiram participar, estimulando o desenho e a pintura na sua forma cultural.

Os profissionais que poderão colaborar com a atividade serão os AIS, os técnicos de enfermagem, o enfermeiro e a médica. O mediador para essa roda de conversa será a médica, que no primeiro momento, realizará uma dinâmica para aquecimento, chamada “o saleiro”. Essa dinâmica funcionará da seguinte forma: um saleiro será entregue para um dos participantes, esse em posse do saleiro irá dizer seu nome e há quanto tempo tem hipertensão, depois passa o saleiro para o próximo, que fará o mesmo, e assim sucessivamente até todos falarem. O objetivo da dinâmica é quebrar o gelo e iniciar o tema sobre o que é a doença e como o uso demasiado do “saleiro” ou “sal” pode agravar essa doença.

Dando seguimento, um AIS será convidado a estabelecer um diálogo com alguns dos participantes, pedindo para compartilhar sua experiência sobre o que anda fazendo para tratar essa doença, dando a oportunidade que muitos possam dialogar.

Após, ocorrerá a teorização, através de cartazes feitos com figuras e pinturas pela médica e pelos AIS, com alguns temas sobre o que é hipertensão, como funciona o tratamento e o que você pode fazer para melhorar (aqui entra a qualidade de vida com atividade físicas, como caminhadas e corridas na aldeia, e uma boa alimentação).

Para avaliação, será elaborado um questionário de satisfação com perguntas sobre como o participante percebeu a roda de conversa, se gostou ou não da atividade e se participaria de outras atividades como essa.

Os materiais e recursos mais apropriados serão: cartolina, canetão, figuras de revistas e jornais, lápis de cor, caneta, saleiro com sal, cadeiras.

Essa atividade será realizada no pátio da aldeia, a sombra das árvores, com cadeiras disponibilizadas em círculo. A melhor época para ser realizada é próximo ao final de semana, de preferência quando reduzirem os casos de covid 19 na aldeia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa intervenção, foi possível dar início ao planejamento da educação em saúde para que esta venha a ser realizada nos meses seguintes e que assim, os objetivos possam ser alcançados.

Foi imprescindível conhecer as características do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, Polo Base de Marajá, no território de recorte da aldeia Marajá, e a cultura e tradição dos povos indígenas que lá residem.

Entre as principais fragilidades detectadas com a realização desse projeto de intervenção, foi possível perceber que não havia um dia de consulta específico para hipertensos, assim com o levantamento deste problema, foi possível elaborar este Projeto de Intervenção, para trabalhar com a prevenção e promoção à saúde da população indígena que possuem fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, com foco na HAS.

Como fortaleza, a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena se disponibilizou para enfrentamento do problema, com o apoio para realizar as ações de saúde (AIS, Enfermeira e Médica) e não mediu esforços para colaborar com o projeto de intervenção.

Este curso de Saúde Indígena proporcionou a atuação direta na atenção à saúde dos povos indígenas, conhecendo seus costumes, cultura, tradição, sua maneira de interagir e de reagir ao processo saúde doença, para buscar melhores formas de interação, buscando a compreensão da biomedicina articulada com a medicina tradicional, respeitando suas crenças.

Sabe-se que cada vez mais indígenas desenvolvem a hipertensão arterial, situação que poderia ser prevenida se praticassem mais atividades físicas e adotassem uma alimentação mais saudável em sua rotina. Isso expressa a relevância desta proposta, direcionada aos costumes e compreensão.

As recomendações para trabalhos futuros é que envolvam sempre a prevenção em saúde e a escuta qualificada dos problemas das comunidades indígenas, bem como a interação entre biomedicina e medicina tradicional, com o respeito e o diálogo acima de tudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Eustáquio. **O perfil demográfico do Brasil até 2100 e os desafios da covid-19**. Ecodebate. 2020. Disponível em: < <https://www.ecodebate.com.br/2020/04/29/o-perfil-demografico-do-brasil-ate-2000-e-os-desafios-da-covid-19-artigo-de-jose-eustaquio-dini->

[alves/#:~:text=Em%202020%20a%20pir%C3%A2mide%20brasileira,do%20meio%20da%20estrutura%20et%C3%A1ria.&text=No%20cen%C3%A1rio%20de%20proje%C3%A7%C3%A3o%20alta,milh%C3%B5es%20de%20habitantes%20em%202100>](#). Acesso em 04 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2015**. 2015. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/medio-rio-solimoes/plano-distrital-2012-2015.pdf>>. Acesso em 16 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)**. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/secretarias-estaduais/68-institucional/secretarias/secretaria-especial-de-saude-indigena-sesai/46396-distritos-sanitarios-especiais-indigenas-dseis>>. Acesso em 01 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes. **Regimento interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes - CONDISI-M. R. S. A**. 2020. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/medio-rio-solimoes/regimento-interno.pdf>>. Acesso em 29 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Instituto Nacional de Saúde Indígena. **Redes de saúde**. 2014. Disponível em: < https://www.condsef.org.br/images/rel_sesai_reuniao-encontro_18-9-2014_anexo.pdf>. Acesso em 28 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.317, DE 3 DE AGOSTO DE 2017**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html>. Acesso em 01 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **DSEIS**. 2020. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-indigena>> . Acesso em 17 de abril de 2020.

FERNANDES, Maria. Et al. **Um breve histórico da saúde indígena no Brasil**. Rev enferm UFPE on line. nov./dez.;4(spe):1951-960, 2010.

FUNAI. Fundação Nacional do Índico. **Quem São**. 2021. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>>. Acesso em 01 de fevereiro de 2021.

HUTUKARA. **História dos Yanomami**. 2020. Disponível em: <<http://www.hutukara.org/index.php/hay/historia-dos-yanomami>>. Acesso em 22 de março de 2020.

ISA. Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas do Brasil. Atividades Econômicas**. 2018. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Atividades_econ%C3%B4micas>. Acesso em 10 de maio de 2020.

ISA. Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas do Brasil. DSEIs**. 2018. Disponível em: <<https://terrasindigenas.org.br/pt-br/node/11>>. Acesso em 29 de junho de 2020.

INSTITUTO OUVÍDIO MACHADO. **Controle Social na Saúde Indígena**. 2020. Disponível em: <http://www.institutoovidiomachado.org/?page_id=715>. Acesso em 02 de julho de 2020.

SILVA, Márcia. **Reterritorialização e identidade do povo omágua-kambeba na aldeia tururucari-uka**. Universidade Federal do Amazonas - UFAM, dissertação. Manaus, 2012.

