



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

EDUARDO BASTOS GONCALVES

A VIVÊNCIA, EXPERIÊNCIAS, SABERES E PRÁTICAS COMO FATORES
IMPACTANTES NA QUALIDADE DE VIDA DOS INDÍGENAS DA ALDEIA ENJEITADO,
ETNIA PANKARÁ EM CARNAUBEIRA DA PENHA-PE.

SÃO PAULO
2021

EDUARDO BASTOS GONCALVES

A VIVÊNCIA, EXPERIÊNCIAS, SABERES E PRÁTICAS COMO FATORES
IMPACTANTES NA QUALIDADE DE VIDA DOS INDÍGENAS DA ALDEIA ENJEITADO,
ETNIA PANKARÁ EM CARNAUBEIRA DA PENHA-PE.

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

Orientação: MAURICI TADEU FERREIRA DOS SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

A etnia Pankará localiza-se em sua totalidade na zona rural do município de Carnaubeira da Penha, sertão do estado de Pernambuco, majoritariamente na Serra do Arapuá que possui uma altitude aproximada de 900 metros de altura do nível do mar. O povo Pankará se distribui em 46 (quarenta e seis) aldeias compostas por um contingente populacional de 3065 (três mil e sessenta e cinco) índios aldeados. A aldeia Enjeitado, local escolhido para o estudo, está situada no ápice da Serra do Arapuá e conta com uma população de 98 (noventa e oito) indígenas aldeados (SIASI/ POLO BASE PANKARÁ, 2019).

O processo do cuidado e prevenção a agravos na aldeia se baseia nas práticas tradicionais indígenas conjuntas com as práticas da medicina ocidental técnica, esta última bem evidente pelo elevado número de indígenas que usam a medicina farmacêutica para controle de seus agravos à saúde. A medicina tradicional, aplicada na aldeia, se baseia no uso das plantas e outros "remédios" culturais usados e prescritos pelos pajés, benzedeiras, parteiras tradicionais, entre outros. Culturalmente, os rezadores se reúnem em momentos e espaços específicos para a prática das rezas, danças de toré, seres iluminados pelos Encantos de luz e é aí onde são procurados para aplicar sua ciência nos indígenas enfermos. Bastante observados são as mães que os procuram para rezarem em seus filhos. Esta prática evidencia a presença do sagrado como item de prevenção e cuidado. Certo que modernização e a migração dos indígenas para os centros urbanos fez com que modificassem suas condutas e pensamentos frente ao seu cuidado e o cuidado comunitário.

Com o passar dos tempos, houveram drásticas mudanças de hábitos no padrão, qualidade de vida e nos costumes dos indígenas do Enjeitado, o que propiciou sérios danos à vida dos índios em todos os aspectos: financeiro, social, cultural, entre outros. O advento deste câmbio foi o surgimento de muitos problemas à saúde dos mesmos, como visto desde os problemas com a saúde mental, desculturação, discriminação e sérios agravos dentre eles as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fato bem observado pela quantidade de casos de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM II), principalmente na população idosa, por exemplo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. De alta prevalência no Brasil, a Hipertensão é considerada como a Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que mais afeta a vida dos habitantes da nação, podendo chegar entre 50% a 75% da afecção à população maior de 60 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). No período entre os anos de 2006 a 2019, a incidência de Diabetes na população passou de 5,5% para 7,4 %, tendo maior incidência em mulheres e pessoas com mais de 65 anos de idade (UNASUS-MS). Na aldeia Enjeitado, observa-se a presença de 14 indígenas com mais de 60 anos de idade (mais de 14% da população geral) e isto tem um forte impacto na vida das famílias aldeadas e na saúde dos idosos pois, após análise e pesquisa no SIASI/ Pankará e consolidados de produção da EMSI, observaram-se que 8 indígenas na faixa etária maior de 60 anos estão portadores de Hipertensão Arterial, dando uma prevalência de 57,14% de acometidos nesta faixa etária. Ao passo da existência senil da HAS observa-se registro de 03 casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II) nesta população evidenciando uma prevalência de 21,42% de acometidos.

O objetivo do presente trabalho é apresentar um levantamento das práticas de autocuidado dos aldeados frente aos agravos que mais prejudicam a qualidade de vida dos indígenas da aldeia Enjeitado, focando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em especial a hipertensão e a Diabetes, como consequentes evidentes e que afetam parcela considerável da população, principalmente a idosa, trazendo também à realidade a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco e os meios de abordagem desta realidade em busca da minimização e prevenção destes agravos.

Palavras-chave:

Saúde de Povos Indígenas. Povos Indígenas. Medicina Tradicional Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Educação em Saúde.

APRESENTAÇÃO

Formado em medicina pela Universidade do Estado da Bahia, no ano de 2018. Iniciei os trabalhos na Saúde Indígena a partir de 2019, pelo programa Mais Médicos na etnia Pankará, localizada na Serra do Arapuá, município de Carnaubeira da Penha-PE. Etnia bem peculiar devido ao meio ambiente, cultura e difícil acesso, já que sua maior extensão se encontra em cima de uma serra. Pankará conta com 46 (quarenta e seis) aldeias e cerca de 3065 (três mil, sessenta e cinco) indígenas cadastrados em toda sua área. Atuo como médico da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena II (EMSI II), desde a data supracitada aos dias atuais e, como membro desta EMSI, percorro e presto assistência a saúde de indígenas de 22 (vinte e duas) aldeias. O povo Pankará é todo pertencente à zona rural da cidade e como tal carece em muito da assistência a sua saúde, haja vista que tem muita dificuldade no acesso aos serviços de saúde prestados pelo município de Carnaubeira da Penha-PE.

Como membro da equipe que atua no cuidado, anseio levar meus conhecimentos e ações para os indígenas que tanto necessitam de meus préstimos pois Pankará é um povo rural, carente em sua maioria e anseiam pelo cuidado integral a sua saúde e de seus comunitários. Pretendo compartilhar meus conhecimentos junto com os conhecimentos comunitários através de seus representantes detentores dos saberes (pajés, rezadores, benzedeiros, parteiras e etc.) para que se chegue à prevenção e resolutividade aos agravos mais comuns e que não firam os conceitos e cultura da comunidade. Justamente pela vontade de atuar junto com os detentores dos saberes da etnia, conciliando a medicina científica com a tradicional, escolho a aldeia Enjeitado como campo para estudos e aplicação do meu TCC, já que nesta há a presença de alguns destes detentores de saberes atualmente.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

A etnia Pankará encontra-se situada na Serra do Arapuá, localizada no município de Carnaubeira da Penha, sertão do semiárido pernambucano, na mesorregião do São Francisco, pertencendo a microrregião de Itaparica. Os principais municípios que faz divisa são Belém do São Francisco (oeste), Carnaubeira da Penha (norte), Itacuruba (sudoeste), Floresta, Petrolândia e Tacaratu (sudeste). Outras referências importantes são a Serra Umã (noroeste) e o Rio São Francisco (sul). Com uma altitude aproximada de 900 metros, a Serra do Arapuá possui 46 núcleos populacionais denominados pelos indígenas de “aldeias”, entre eles a Serra da Cacaria, que geograficamente se distingue dos demais por ser um relevo independente. O acesso à Serra é dado pela rodovia federal BR 231, seguida da estadual PE 360 até Floresta, e mais 30 quilômetros de estrada de terra batida, somando um percurso aproximado de 500 quilômetros da capital Recife. Por essa estrada também circulam, diariamente estudantes e demais indígenas habitantes da área por meio de transporte mais comum na região: o caminhão “pau de arara”. A Serra do Arapuá apresenta uma vegetação variada de acordo com a altitude. Nas áreas baixas, denominadas pela população local como “sertão”, predominam os cactos: coroa de frade, facheiro, mandacaru, xiquexique; as bromeliáceas: caroá, macambira; pequenos arbustos: catingueira, faveleira, imbuzeiro, jurema, quixabeira; e poucas árvores: craibeira, aroeira, baraúna, isto para citar apenas algumas. São áreas de pasto e alguns açudes privados. Nas áreas de maior altitude (a serra propriamente dita), como, por exemplo, nas aldeias Enjeitado (890m), Lagoa (860m) e Cacaria (814m), a caatinga convive com árvores e plantas frutíferas como a pinha, manga, mamão, banana, acerola etc. Os catolezeiros predominam nessa região chamada de agreste e que visualmente se diferencia também pelo verde (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2018).

Nestas 46 (quarenta e seis) aldeias distribui-se um contingente populacional de 3065 (Três mil e sessenta e cinco) índios aldeados, sendo destes 1.533 (um mil quinhentos e trinta e três) do sexo masculino e 1.528 (um mil quinhentos e vinte e oito) do sexo feminino. A aldeia enjeitada, local escolhido para o estudo, está situada no ápice da Serra do Arapuá e conta com uma população de 98 (noventa e oito) indígenas aldeados (SIASI/ POLO BASE PANKARÁ, 2019).

Os municípios de Carnaubeira da Penha e Floresta são as zonas urbanas de maior frequência entre os índios Pankará, em determinadas instâncias os mesmos se deslocam para solucionarem problemas documentais, atendimento médico e hospitalar, participarem da feira (comércio e consumo), ida aos bancos para receber a aposentadoria rural, entre outros. No tempo da seca se empregam como pedreiros, serventes e empregados domésticos. Esta ação migratória constante propicia o aumento da vulnerabilidade dos indígenas nos seus aspectos culturais, sociais, econômicos e de saúde. Os Pankará estão na luta pelo processo de territorialização aguardando definição e reconhecimento da etnia e sua área por parte do Governo Federal.

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

O Brasil, jovem país da América Latina (América do sul) com cerca de 520 anos de história, desde a chegada dos colonizadores portugueses no século XVI, como toda jovem nação passou e ainda passa por várias transformações e evoluções no contexto do cuidado com a saúde de seus habitantes. Antes da chegada do povo europeu no território brasileiro os povos indígenas já o habitavam há centenas de anos. Esses nativos indígenas (povos originários) já tinham seus agravos e seus hábitos no cuidado com a saúde, mas com a colonização surgem novos agravos e doenças comuns que existiam na Europa e que não existiam no Brasil. Com a chegada dessas novas mazelas um fato importante a ser observado é de que os indígenas não tinham imunidade para elas e a consequência foi a morte de milhares deles.

Durante o período do Brasil Colônia e do Brasil Império (cerca de 389 anos após o "descobrimento"), pouco ou nada foi feito em relação aos cuidados com a saúde de seus residentes. Não havia políticas públicas estruturadas, muito menos a construção de centros de atendimento à população. Além disso, o acesso a tratamentos e cuidados médicos dependia da classe social: pessoas pobres e escravos viviam em condições duras e poucos sobreviviam às doenças que tinham. As pessoas nobres e colonos brancos, que tivessem terras e posses, tinham maior facilidade de acesso a médicos e remédios da época. Portanto, suas chances de sobrevivência eram maiores. Com a chegada da Família Real portuguesa ao Brasil, em 1808, e a sua vontade em desenvolver o o país para que se aproximasse da realidade vivida em Portugal, uma das primeiras medidas foi a fundação de cursos universitários. Foram criados cursos de Medicina, Cirurgia e Química, sendo os pioneiros: a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador. Assim, aos poucos, os médicos estrangeiros foram substituídos por médicos brasileiros, ou formados no Brasil (MORAIS, 2018).

Somada à vontade de desenvolvimento do cuidado à saúde por parte da família real e sua relação com as entidades religiosas (católicos, protestantes, evangélicos, espíritas, etc.), surgem as ações das Santas Casas de Misericórdia. Estas são entidades que se destinaram a prestar assistência médica às pessoas que não tinham condições de arcar com as despesas com a saúde. As santas casas foram, durante décadas, a única opção de acolhimento e tratamento de saúde para quem não tinha dinheiro. Elas eram fundadas pelos religiosos e, num primeiro momento, conectadas com a ideia de caridade – entre o século XVIII e o ano de 1837. De acordo com a Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, o surgimento das primeiras santas casas coincidiu já com o “descobrimento” do Brasil. Elas foram criadas antes mesmo de o país se organizar juridicamente e determinar as funções do Estado – a organização jurídica brasileira ocorreu, de fato, com a Constituição Imperial de 1824 (MORAIS, 2018).

Em 07 de setembro de 1824, D. Pedro I declama a independência brasileira da sua colônia (Portugal) fazendo do Brasil um império independente. Com o bordão "independência ou Morte!" declamado as margens do rio Ypiranga, o Brasil passa a independe político-Administrativamente de Portugal. Neste período os avanços dos cuidados à saúde pouco evoluíram. A nova capital brasileira passa a ser a cidade do Rio de Janeiro e esta, por sua vez, passa a abrigar a família real e necessitava de melhorias em sua infraestrutura e saneamento. A higienização sanitária deveria ocorrer por conta das recorrentes endemias de febre amarela, peste bubônica, malária e varíola, doenças associadas à falta de saneamento básico e de higiene. Os esgotos, na época, corriam a céu aberto e o lixo era depositado em valas. Assim, o alvo da campanha pela saúde pública nesse princípio de século XIX foi estruturar o saneamento básico (MORAIS, 2018). Embora, segundo SHWARTZ e STARLING (2015): "Além das mudanças na economia, a transferência da corte trouxe mudanças para a cultura e ciência, uma vez que foram construídos universidades, teatros e bibliotecas, por exemplo. O crescimento do cenário científico e cultural do Brasil possibilitou a vinda de intelectuais e artistas importantes daquela época para o país".

O Decreto de Lei Imperial número 3.353 de 13 de maio de 1888 (Lei Áurea) extingue definitivamente a escravidão e a mão de obra escrava no Brasil. Como este decreto impede a "serventia" escrava para o desenvolvimento, o país passa a ficar dependente de mão de obra imigrante para continuar no cultivo de insumos que eram a base da economia brasileira, principalmente o café. Até 1920 o Brasil ainda sofria com diversos problemas sanitários e epidêmicos. fazendo com que houvesse diversas reformas urbanas e sanitárias nas grandes cidades, como o Rio de Janeiro, para recepção dos imigrantes em especial as áreas portuárias. Para o governo, os imigrantes e sua mão de obra contribuiriam em muito para o crescimento e desenvolvimento do país, por isso o interesse em sanear cidades e ofertar uma melhor condição de vida aos imigrantes para que os mesmos gozem de boa saúde para produção.

Deste período em diante surgem grandes solicitações e necessidades de um modelo sanitário que inibisse, nos grandes centros populacionais e interiores, o avanço de muitas doenças e um modelo de cuidado e prevenção de tais, assim surgiram as figuras dos sanitários que comandaram campanhas de saúde, dentre eles e com destaque o médico sanitário Oswaldo Cruz, que enfrentou revoltas populares na defesa da vacina obrigatória contra a varíola. A população revoltou-se com a medida, pois não tinha conhecimento dos objetivos da campanha muito menos sobre as vacinas. Estas ações adentraram-se e interiorizaram-se no Brasil, divulgando a importância dos cuidados com a saúde no meio rural. As Campanhas no interior do país enfrentaram grandes desafios, haja vista que as pessoas eram muito pobres e continuavam em moradias precárias, vitimadas por doenças mesmo com a disseminação de vacinas.

Nos anos 20 surgem fortes movimentos populares que culminam com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), onde os trabalhadores criaram para garantir proteção na velhice e na doença. Logo após o então presidente do governo provisório do Brasil (1930 a 1934), Getúlio Vargas, cedente às pressões populares e de trabalhadores amplia as CAPs para outras categorias profissionais, tornando-se Institutos de Aposentadorias e pensões (IAPs). De acordo com MORAIS, 2018: "Com a presidência de Getúlio Vargas, houve reformulações no sistema a fim de criar uma atuação mais centralizada, inclusive quanto à saúde pública. O foco de seu governo foi o tratamento de epidemias e endemias, sem muitos avanços, pois os recursos destinados à saúde eram desviados a outros setores, (...) parte dos recursos dos IAPS ia para o financiamento da industrialização".

Os antigos institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), autarquias por categorias profissionais criadas em 1930 pelo presidente Getúlio Vargas, substituíram as caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923, foram fundidos e deram origem, em 1966, ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), englobando todos os empregados com carteira assinada, que recebiam assistência médica dos serviços do INPS, hospitais e ambulatórios médicos (ATENÇÃO À SAÚDE: DAS CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÕES AO SUS/ 2020). Com a formulação da constituição de 1934 o presidente Vargas concede novos direitos aos trabalhadores, concedendo direitos como assistência médica e salário maternidade. Devido ainda as fortes pressões e reivindicações populares, em 1943 o governo cria a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), onde determina aos trabalhadores de carteira assinada, além do salário mínimo, também benefícios à saúde.

Nas décadas de 50 e 60 já se firma na mente da população, sanitários, estudiosos e gestores a ideia de um modelo de assistência à saúde em que todos os brasileiros tenham direito em sua integralidade. No ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, um ministério dedicado exclusivamente à criação de políticas públicas de saúde para a população, com foco principalmente no atendimento ao interior do Brasil, haja vista que nos grandes centros urbanos a saúde era mais ofertada a quem tinha carteira assinada, portanto condições de pagar. Se consolidam como ferramentas indispensáveis para estudo e avaliação da situação de saúde do povo brasileiro as Conferências Nacionais de Saúde, estas tiveram um papel muito importante na consolidação do entendimento da importância da saúde pública no Brasil. Nas Conferências se traçavam quais planos os governos em suas esferas deveriam ter para garantir à população o direito de acesso aos serviços de saúde de forma universal.

Entre os anos de 1964 a 1985 o Brasil vive o golpe, ditadura e o Governo Militar. Neste período a saúde sofreu com os grandes cortes em suas verbas e o surgimento de várias epidemias tais como dengue, meningite, malária e um aumento considerável na mortalidade infantil. Diante disto o governo funde todos os órgãos previdenciários que tinham desde 1930 em um só, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no intuito de ofertar uma melhor assistência médica à população e passa a enxergar cada vez mais que a responsabilidade pela atenção básica dos cidadãos é dever dos municípios, cabendo aos Estados e à União os casos mais complexos. Nos anos 70 as verbas e investimentos para saúde eram escasso e não ultrapassavam 01 (um) por cento do orçamento geral da União e no final desta década já há uma importante participação das Secretarias Municipais de Saúde, Estado e Ministérios no que tange a estruturação das políticas públicas de saúde. Segundo RODRIGUES, Cris (2019): "Durante os 21 anos de ditadura militar, entre 1964 e 1985, a saúde não era considerada um direito. A definição de que ela "é direito de todos e dever do Estado" surge com a Constituição Federal de 1988. Foi então que surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso universal ao atendimento, desde procedimentos mais simples até tratamentos de alta complexidade".

O movimento sanitário brasileiro foi de extrema importância para evidenciar e entendimento dos conceitos de saúde pública como direito de todo cidadão da nação. Este movimento sempre foi composto por grandes números de estudiosos, médicos, enfermeiros, biomédicos, partidos políticos, movimentos sociais diversos e intelectuais. A partir da 70, este movimento adquiriu mais experiências exitosas e certa maturidade em função de estudos realizados nas diversas Faculdades do país. Nestas, o entendimento de saúde passa ser devido a uma série de fatores internos e externos e não só focado no corpo e sua fisiologia. Aqui podemos observar a

influência do ideário materialista-histórico do qual tivemos representação em S Arouca (1975), C. Donnangelo (1975) e R. B. Gonçalves (1979), autores que apresentam as ferramentas intelectuais necessárias à compreensão e análise sobre a prática médica e as relações saúde-sociedade (Santos, 2019). Enquanto durava a Ditadura Militar o movimento sanitarista ia realizando estudos e adequações do conceito saúde. Segundo MORAIS, 2018: "Ao fim da ditadura, as propostas da Reforma Sanitária foram reunidas num documento chamado Saúde e Democracia, enviado para aprovação do Legislativo. Uma das conquistas foi a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986. Pela primeira vez na história, foi possível a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro". Conferência esta que culmina com a produção de diversos documentos que esboçam o surgimento do Sistema Único de Saúde, o SUS. Amplia também os conceitos de saúde pública no Brasil e propõe mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de vida, além de fazer menção à saúde preventiva, à descentralização dos serviços e à participação da população nas decisões.

A Constituição Federal, promulgada em 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente sobre a responsabilidade do estado brasileiro e versa que a saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever de o Estado ofertá-la. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulado posteriormente pela lei 8.080 de 1990, em que estão distribuídas todas as suas atribuições e funções como um sistema público e pela lei 8.142, também de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS. Dá garantia de gratuidade da atenção montada nos seguintes preceitos e princípios:

- ♦ Universalidade: Atende a toda população sem cobranças, independentemente de raça ou condição social, onde todos os brasileiros têm direito à saúde e aos serviços de saúde que necessitam, independente da complexidade, custo ou atividade;
- ♦ Integralidade: Trata a saúde como um todo com ações que, ao mesmo tempo, pensam no indivíduo sem esquecer da comunidade. Os serviços estarão integrados funcionando como em uma rede;
- ♦ Equidade: Oferece os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um, trata o diferente de forma diferente;
- ♦ Descentralização: Os serviços prestados têm que estar próximos a população que os necessita.
- ♦ Controle Social: Garantia da participação popular no processo de construção do SUS e decide sobre o funcionamento dos serviços de saúde.

Calcados e acobertados nos princípios e preceitos do SUS e reconhecida pela Constituição Federal de 1988 estão os cuidados à saúde da população indígena, que por longo período na história (desde colonização brasileira em 1500) vem sofrendo com o extermínio e redução da população e de suas etnias. Segundo RODRIGUES e MENDONÇA, 2018: "Desde o início, o encontro entre os europeus e as sociedades originárias foi marcado pelo conflito e a oposição. O índio sempre foi considerado um estorvo, um obstáculo ao progresso nacional, em diferentes períodos histórico-econômicos, até os dias de hoje. A relação de poder que se estabeleceu, caracterizada pela profunda desigualdade de forças, gerou uma série de fatores que determinaram condições de subordinação e dependência". O conceito saúde doença experimentado pelas populações indígenas tem determinantes diferentes das experiências do resto da população brasileira não indígena. Suas práticas de cuidado são ímpares em cada comunidade, fazendo com que se tenha uma abordagem especial neste contexto. Não se pode forçar e criar códigos e condutas universais quando se trata do saber indígena em todos seus aspectos: culturais, sociais, religiosos, ambientais e etc. As práticas da medicina ocidental biomédica com sua "carga" de conceitos, códigos e condutas são abordagens que têm de serem cautelares quando se trata da saúde indígena, pois sua biologia e ciências não estão calçadas somente em técnicas científicas bioquímicas como se vê na prática do cuidado não indígena. São vários os fatores que diferem a medicina indígena da medicina do "homem branco", haja vista que esta primeira utiliza vários meios e métodos preventivos e curativos o que não acontece no tecnicismo da segunda. Os fatores como religião, fé, rituais e práticas naturais são bastante frequentes, observadas e relatadas desde os primórdios do contato do europeu com as populações nativas do Brasil.

Da colonização até o próximo do fim do século XIX a assistência à saúde dos indígenas do Brasil ficava precariamente sob a responsabilidade da igreja e dos missionários que tinham como objetivo a salvação de almas e recrutamento de novos seguidores (fiéis). Nos primeiros anos da República, com a necessidade de expansão

econômica e territorial fizeram com que as forças de trabalho se interiorizarem para os interiores do Brasil. Este fato causou uma redução drástica no quantitativo de indígenas no Brasil, além da escravidão de muitos outros. Sofreram os indígenas com grandes epidemias de doenças novas nunca experimentadas por eles elevando em muito a mortalidade nas suas comunidades, muitos outros abandonaram seus lares para escapar do extermínio e se abrigaram em regiões mais remotas no intuito de sobrevivência.

Já no início século XX este tema entra no cenário das políticas públicas de saúde à população brasileira. Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que assume a responsabilidade pela atenção aos cuidados à saúde dos indígenas brasileiros, mas este serviço se mostrou ineficiente, desorganizado e esporádico. A igreja não tem mais responsabilidade com a atenção à saúde indígena. Segundo COSTA/ 1987: "A assistência à saúde dos povos indígenas caracterizava-se por sua desorganização e descontinuidade. Com a criação do SPI o quadro não se alterou. Não se instituiu qualquer forma de oferta sistemática de serviços de saúde". Em 1953 é criado o Ministério da Saúde (MS) e este cria, em meados de 1956 os Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), proposto por Noel Nutes com o objetivo de levar ações de saúde para as populações indígenas e populações rurais de difícil acesso. Este serviço ofertava a estes povos ações básicas de saúde como imunização, atendimento odontológico, controle da Tuberculose e de outras doenças transmissíveis (FERNANDES MNF et al., 2010). Diante da insatisfação indígena e dos préstimos insuficientes à saúde, acrescidos de denúncias de corrupção os SPI são extintos dando origem a criação, em 1967, da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que passa a ser o órgão oficial de cuidados prestados às populações indígenas e ligado ao Ministério do Interior. A FUNAI no intuito de dar cobertura de atenção à saúde dos índios brasileiros cria as Equipe Volantes de Saúde (EVS), estas se deslocavam para as aldeias das etnias para os préstimos desta atenção. Neste período o Ministério da Saúde, através de sua Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), fica com a responsabilidade de controle das endemias, em especial à Malária que desolava as comunidades indígenas, principalmente as do norte do país. As EVS têm pouca eficácia e se tornou frágil devido a fragmentação das ações e do modelo medicalista e curativo, não havia planejamento e integralidade das ações, sistemas de informações em saúde e dos perfis epidemiológicos entre outros, recursos humanos escassos e, o pouco que tinha, era despreparado para atuar diante das especificidades e interculturalidade. Tudo isto faz com que a FUNAI seja forçada estabelecer convênios com entidades governamentais e não governamentais para desenvolverem ações de saúde, modelo este que não atendia as mais diversas necessidades dos indígenas.

De acordo com FERNANDES MNF et al./ 2010: "Nesse contexto, muitos nativos começaram a mobilizar-se no sentido de adquirir conhecimento para buscar alternativas para o controle sobre os agravos de maior impacto sobre a saúde dos próprios indígenas, assim, surgiu o movimento que deu origem a processos de capacitação dos agentes indígenas de saúde (AIS) e de valorização da medicina tradicional indígena. Em algumas comunidades de difícil acesso o AIS é o único recurso diante da doença". Na década de 80 várias foram as transformações sociais ocorridas na nação, o fim da ditadura militar, a promulgação da Constituição, o dever do Estado em garantir o acesso da população aos serviços de saúde, a I Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas que foi realizada após a VIII Conferência nacional de Saúde, oportunidade em se criam as bases para organização dos serviços de atenção à saúde dos indígenas na forma de um subsistema específico, foram contribuintes para o avanço das ações prestadas aos nativos.

Este movimento mobilizou setores importantes da sociedade organizada, de profissionais de saúde e intelectuais. Compartilhando ideais e princípios de universalidade, integralidade e, principalmente, de equidade os profissionais de saúde e indígenas que trabalhavam com os povos indígenas, bem como o movimento indígena, teve início um longo processo de mobilização que resultou na criação do subsistema de saúde indígena, em 1999, com 10 anos de atraso em relação à criação do SUS, em 1990 (RODRIGUES, Douglas, 2018). A Constituição Federal de 1988 define os princípios e as regras gerais para a instauração do SUS, que posteriormente foram regulamentadas pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 e que também contemplava as reivindicações populares indígenas pois reconhecia sua cultura, hábitos, línguas, crenças, etc. e determina um prazo de cinco anos para a demarcação das terras e territórios indígenas no Brasil, além da participação mais ativa no processo de construção do SUS através dos Conselhos Locais de Saúde Indígenas (CLSI), Conselhos Distritais de Saúde Indígenas (CONDISI), Conselhos Nacionais de Saúde (CNS) e Conferências de Saúde (CS).

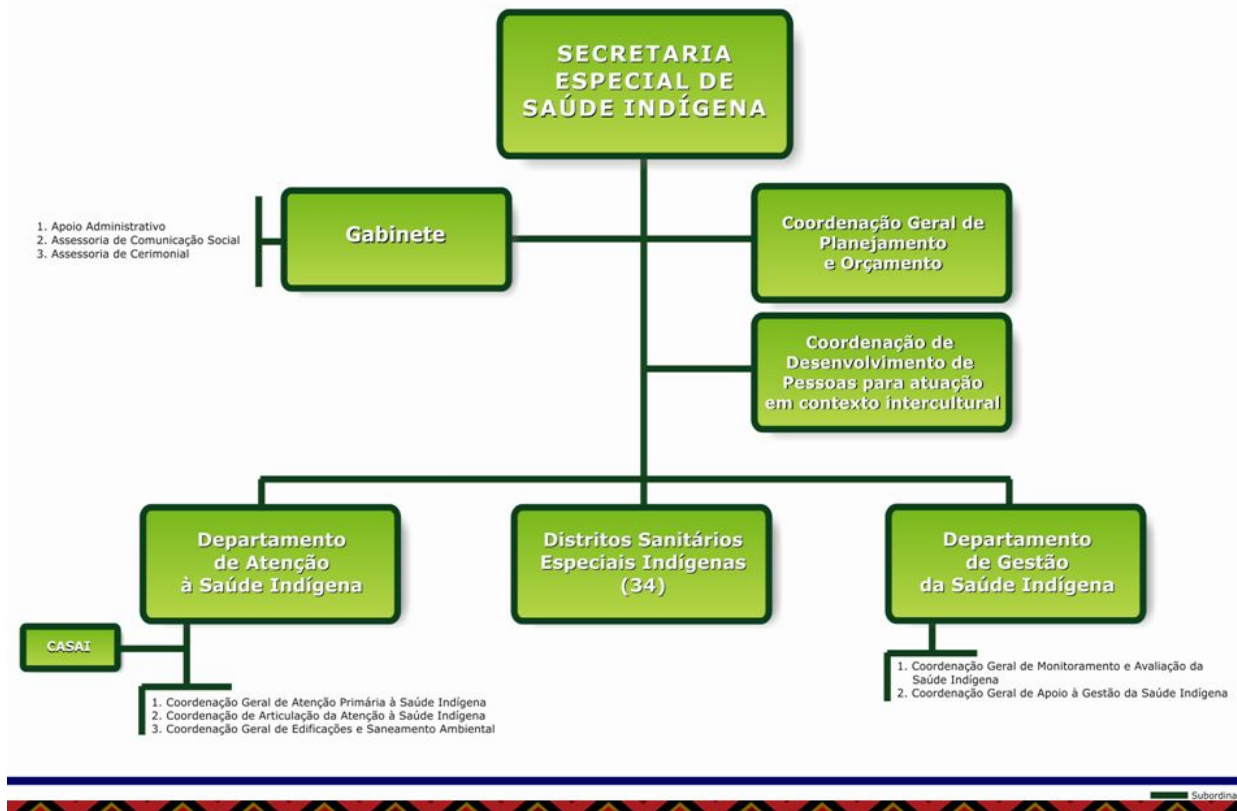
Com o Decreto 23/91 o presidente da república transfere a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígenas para o Ministério da Saúde (MS) e esse estabelece a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da coordenação das ações. Mas em maio de 1994, o Decreto 1.141 revoga o 23/91 indo de encontro com o anseio dos indígenas que era a criação do subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. Segundo FERNANDES MNF et al.: " O ato presidencial constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) com a participação de vários ministérios relacionados com a questão indígena sob a coordenação da

FUNAI. Assim, as ações de saúde indígena ficaram divididas entre FUNAI e FUNASA (também criada por este decreto), criando um jogo de empurra. A primeira ficou com a função de recuperar a saúde dos enfermos, e a segunda, com a responsabilidade de desenvolver estratégias de prevenção de doenças". Este jogo resulta na promulgação da Lei n.º 9.649 em 1998 onde explana que a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios passa a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde. A oficialização da FUNASA como responsável pela saúde dos povos indígenas ocorreu com a publicação da Medida Provisória n.º 1.911-8 de 29 de julho de 1999. O Ministério da saúde cria a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI), proposta regulamentada através do Decreto nº 3.156/99 e que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e a criação e inserção de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no âmbito das Coordenações Regionais da FUNASA e no mês seguinte instaura, no âmbito do SUS o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é criado no ano posterior e implantado e gerenciado pela FUNASA em 2001, ferramenta de cadastramento da população residente nas aldeias e etnias e onde são inseridos todos os dados epidemiológicos e de assistência prestada no dia-a-dia pelos profissionais de saúde.

Para RODRIGUES, 2018: "A gestão do subsistema de saúde indígena pela FUNASA mostrou-se inadequada. A melhora inicial dos indicadores de saúde nos primeiros anos de implementação do subsistema, resultante do maior acesso aos serviços de saúde proporcionado pelos DSEI, mostrou-se fugaz. O modelo de execução terceirizada gerou maior dificuldade de gestão e alta rotatividade de pessoal". Os indicadores permanecem muito baixos, não atingindo as metas propostas e não igualando aos demais indicadores do restante da sociedade. Incansavelmente as revoltas com os modelos propostos para os indígenas continuam acirradas e reiteradas no resgate e consideração das propostas das I e II Conferências Nacionais de Saúde Indígena levando a extirpação da responsabilidade dos cuidados da FUNASA, criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vinculada diretamente ao Ministério da Saúde. A SESAI passa a ter integral responsabilidade de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) e da Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), antigo anseio e motivo de muitas lutas dos povos indígenas brasileiros.

Figura 1- Estrutura organizacional da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

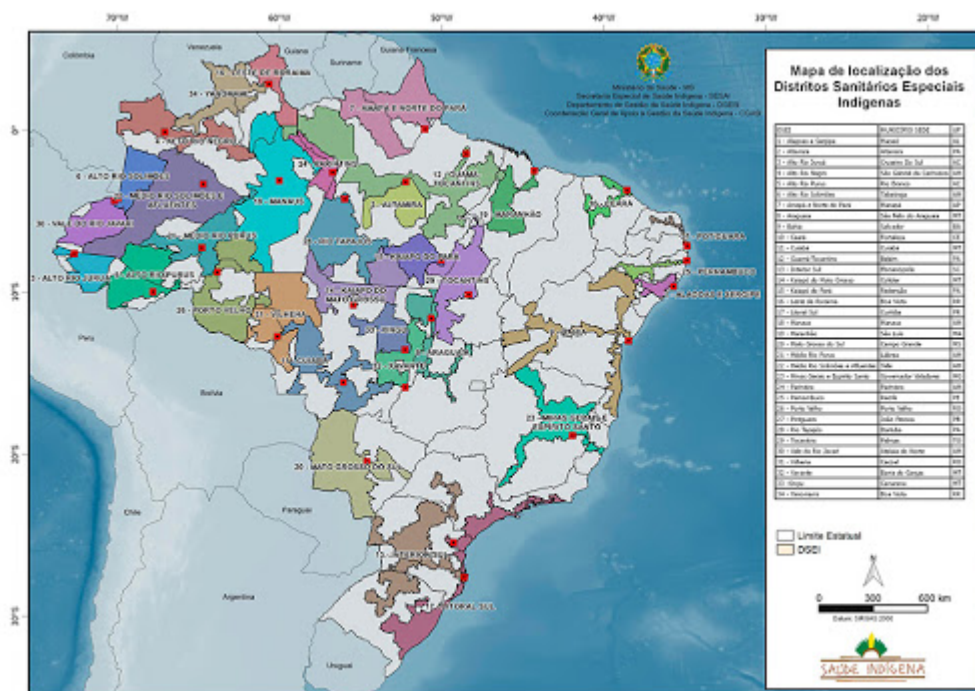
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA



Fonte: Google Imagens

O Distrito Sanitário Especial Indígena (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. 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 (CASAI) (SAUDE, 2019).

Figura 2- Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) no Brasil.



Fonte: Google Imagens

Figura 3- Organização do DSEI e modelo assistencial.



Fonte: Google Imagens

Estes 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas são as sedes administrativas que organizam as ações de atenção básica nas aldeias. Contam em sua estrutura com 360 Polos Bases, 68 Casas de Saúde Indígenas (CASAI) que são locais de acolhimento aos indígenas que necessitam de atendimento de alta e média complexidade nos municípios e aproximadamente 1000 Unidades Básicas de Saúde em todo território nacional. A população indígena atendida pela SESAI é de aproximadamente 720.000 indivíduos distribuídos em mais de 5.000 aldeias, além dos indígenas desaldeados, compreendendo um universo extremamente heterogêneo e complexo (SAUDE,2018).

De acordo com IMIP/ 2015: o Distrito Sanitário Especial Indígena do estado de Pernambuco (DSEI-PE) tem a responsabilidade do cuidado e atenção à saúde de cerca de 34.620 indígenas distribuídos em 12 etnias em todo território pernambucano, localizadas em vários municípios do estado, como se observa na tabela abaixo:

Tabela 1- Populações indígenas por etnias e municípios do estado de Pernambuco no ano de 2015.



DSEI PERNAMBUCO 2015

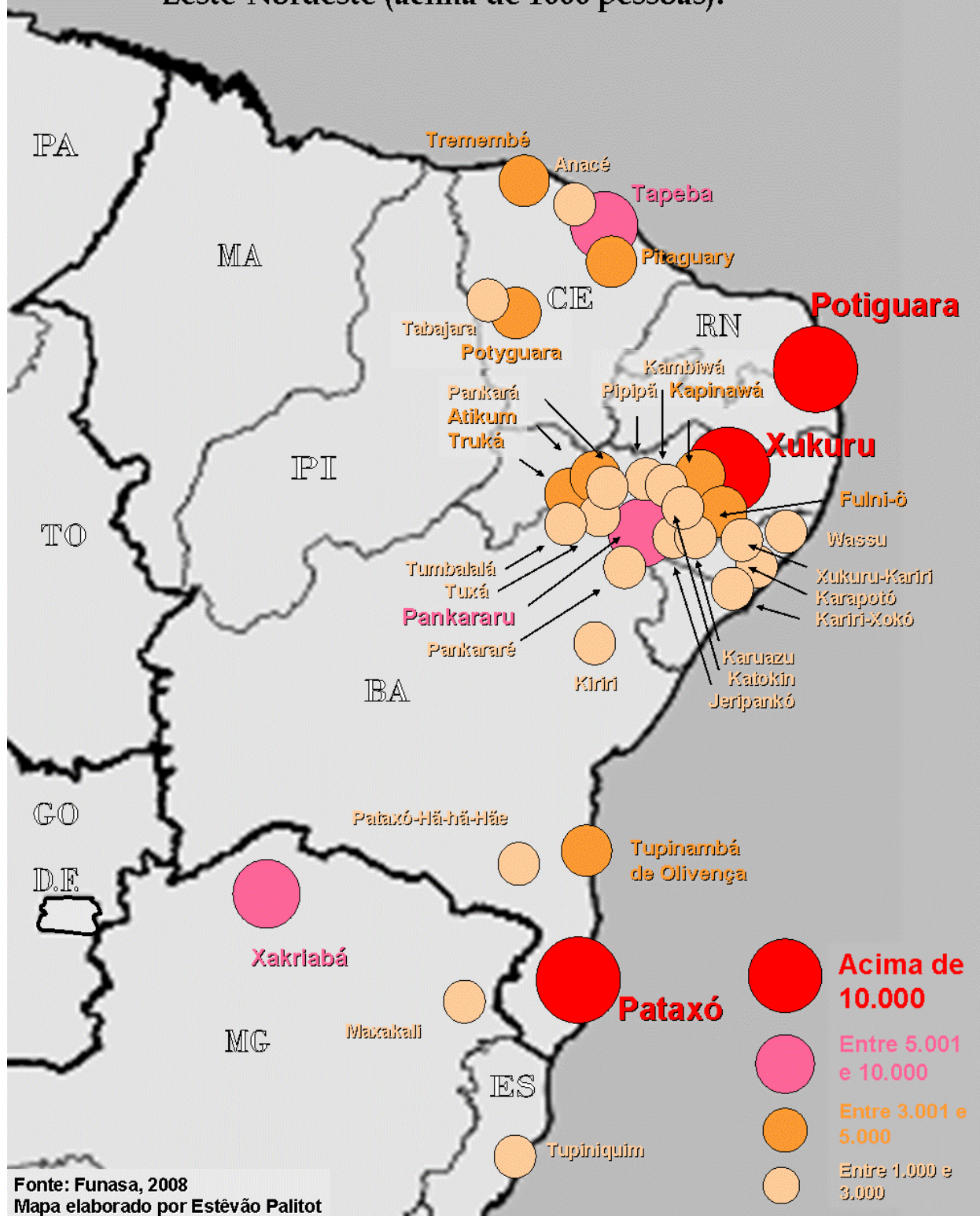


ETNIA - POLO BASE	MUNICÍPIOS ABRANGENTE	POPULAÇÃO
ATIKUM	CARNAUBEIRA DA PENHA	4.457
FULNI-Ô	ÁGUAS BELAS	3.452
KAMBIWÁ	IBIMIRIM	1.497
KAMBIWÁ - TUXÁ	INAJÁ	1.254
KAPINAWÁ	BUIQUE	1.894
PANKARÁ	CARNAUBEIRA DA PENHA	2.507
PANKARARU	JATOBÁ	5.474
PANKARARU - ENTRE SERRAS	TACARATU	1.309
PIIPAN	FLORESTA	938
TRUKÁ	CABROBÓ	2.846
XUKURU DE CIMBRES	PESQUEIRA	1.026
XUKURU DE ORORUNÁ	PESQUEIRA	7.966
TOTAL		34.620

Fonte: IMIP/ 2015

Figura 4- Localização e comparativo populacional das etnias indígenas de Pernambuco.

Povos indígenas com maior população no Leste-Nordeste (acima de 1000 pessoas).



Fonte: Google Imagens.

Os cuidados à saúde dos indígenas Pankará são realizados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco (DSEI-PE). O Polo Base Pankará é uma unidade hierarquizada sob gestão do DSEI-PE, que é referência administrativa. Possui duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e outra que se divide em atender a etnia de Tuxi e a aldeia Serrote dos Campos, no município de Itacuruba que pertence ao povo e ao polo Pankara. As

EMSI's são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, Agentes indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). No Polo Base Pankara atua um enfermeiro de polo, um farmacêutico, um coordenador administrativo e um técnico do SIASI, esta força tarefa atua presente em 46 (quarenta e seis) aldeias da etnia e toda população aldeada. Na área conta-se com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas com recursos da União e mais duas que foram cedidas pelo município de Carnaubeira da Penha, estas servem como apoio e lugar de atuação para as EMSI *in locum*, sendo assim a Atenção Primária ofertada à população. A atenção de média e alta complexidade se dá através da Secretaria Municipal de saúde (SMS) de Carnaubeira da Penha, sendo esta e suas unidades de saúde a referência para as demandas mais específicas do cuidado. Consultas específicas, especialistas, exames mais complexos são encaminhados do Polo Base para a SMS e esta segue o fluxo hierarquizado dependendo do grau de especificidade dos casos.

A estrutura do controle social na etnia se dá através de três Conselhos Locais de Saúde Indígena que têm características consultiva das ações de saúde prestadas internamente nas aldeias. Composto por presidentes, vices, secretários, etc. e são a instância primária na fiscalização e solicitações dos anseios e dos cuidados aos indígenas, por isso intitulado de Conselho Local. Membros destes são selecionados através de votação para serem representantes da etnia no Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), instância estadual e órgão deliberativo das ações prestadas e que serão implementadas nas etnias do Estado. Este Conselho também é responsável pela formulação, planejamento e acompanhamento da execução do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), ações que serão implantadas pelo DSEI em cada etnia do Estado a cada três anos.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

A partir de janeiro de 2019 teve início minha trajetória como médico na saúde indígena, atuando junto a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena II (EMSI II) na Etnia Pankará em Carnaubeira da Penha-PE distante 487,5 Km da capital pernambucana. O território indígena Pankará localiza-se totalmente na zona rural do município e majoritariamente na Serra do Arapuá que possui altitude aproximada de 900 m do nível do mar. O povo Pankará é distribuído em 46 (quarenta e seis) aldeias compostas por um contingente populacional de 3065 (Três mil e sessenta e cinco) índios aldeados, sendo destes 1.533 (um mil quinhentos e trinta e três) do sexo masculino e 1.528 (um mil quinhentos e vinte oito) do sexo feminino. Atuo em 22 aldeias junto a EMSI II, onde percorremos cada uma mensalmente. Escolhi a aldeia Enjeitado da etnia Pankará. O local escolhido para o estudo, está situada no ápice da Serra do Arapuá e conta com uma população de 98 (noventa e oito) indígenas aldeados (SIASI/ POLO BASE PANKARÁ, 2019).

Os Indígenas presentes na aldeia Enjeitado vivem prioritariamente da agricultura que é bem rica, principalmente em anos mais chuvosos, influenciado pela sua altitude. Lá se colhe mandioca, macaxeira, andu, feijão de arranca, banana, manga, acerola. É observado também a criação de porcos e bodes, porém em menor proporção. Observa-se ainda no Enjeitado uma pequena produção artesanal com a palha e o talo do catolezeiro: vassouras, cestos, esteiras, caçoás, aribés que ajudam com a renda da população local (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2018). A educação da população é administrada pelo governo do estado, porém coordenada localmente pelos(as) professores(as) indígenas, tanto na Aldeia Enjeitado, como nas demais aldeias.

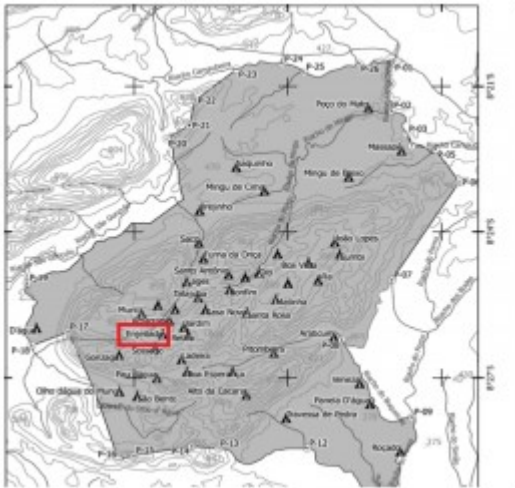
A Aldeia Enjeitado também é um local referência na Etnia Pankará, pois concentra grande parte dos detentores dos saberes tradicionais e parteiras, local que concentra grandes rituais e aproximação com os Encantados de Luz. A religiosidade é totalmente expressa em locais sagrados como o terreiro e o gentio, sendo o primeiro um local de ritual marcado por um cruzeiro e artefatos sagrados como imagens de santos, já o segundo é representado por pequenos abrigos, geralmente de pau a pique construído próximo as residências, é um local de "ciência oculta" com participação restrita da comunidade. Na Serra do Arapuá, apenas no Enjeitado tem Gentio. Este é também um espaço onde se realizam curas, principalmente de doenças mentais (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2018).

Por essa ser uma área de grande riqueza cultural e religiosa e também dos saberes tradicionais indígenas, é um local onde pode-se compartilhar saberes, trocar ideias, aprofundar-se nos saberes tradicionais, sempre com respeito e ética. Nesse local consegui uma boa aproximação com as lideranças locais, onde frequentemente trocamos informações e partilhamos os saberes, os encontros acontecem em reuniões de grupo e em outros momentos indiretamente durante o atendimento da equipe na área. Nesse sentido é possível colher dados antropológicos e epidemiológicos para a construções dos capítulos do TCC.

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

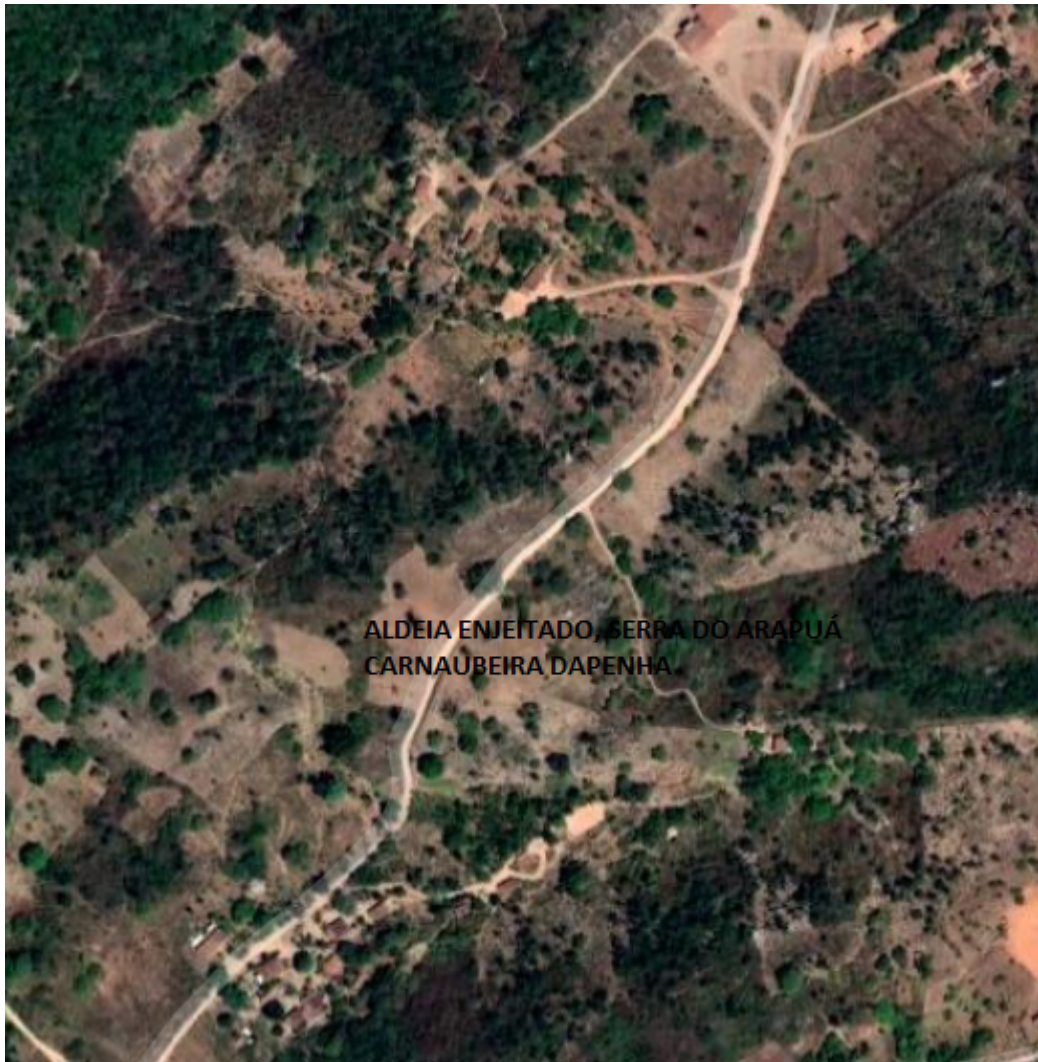
A aldeia Enjeitado situada na Serra do Arapuá em Carnubeira da Penha conta com a presença de 98 indígenas aldeados distribuídos em 23 famílias e 23 residências. Conta com uma escola com grau de ensinos fundamental e médio sob gerência administrativa do estado de Pernambuco. Não tem Unidade básica de atenção à Saúde - UBS, tendo os indígenas do Enjeitado que se deslocarem para a aldeia Retiro (aldeia próxima), esta conta com a presença de uma UBS, que também dá cobertura da atenção à saúde a outras aldeias circunvizinhas. Também conta com as visitas domiciliares e atuação itinerante de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde - EMSI que se desloca à aldeia uma (ou mais) vezes ao mês, dependendo da demanda de assistência a sua saúde. Não se evidencia atuação de associações indígenas, mas têm, os indígenas, uma boa articulação através de presença dos mesmos e de lideranças nas reuniões mensais dos conselhos locais de saúde e educação, espaço onde os mesmos fiscalizam e fazem solicitações das demandas de seus anseios e necessidades.

Figura 5. Mapa da Serra do Arapuá e localização das aldeias



Fonte: DOU, 2018

Figura 6. Mapa da Aldeia Enjeitado, Serra do Arapuá.



Fonte: Google maps

Os índios Pankará, residentes atualmente na Serra do Arapuá, tem como língua falada o português. Originários ancestralmente e historicamente dos Umãs Cariris sofreram alterações em seu meio de vida, cultos e cultura com o advento do colonialismo que avançou sertão adentro do estado de Pernambuco a partir do século XVI, causando-lhes sérios prejuízos em sua própria identidade. Em busca de sobreviver em meio a avassaladora progressão colonial, que perdurou até o século XIX, muitos tiveram que se unir aos latifundiários, coloniais e desbravadores ofertando-se como mão de obra barata e até escrava. Atualmente ainda se observa a evasão dos mesmos para o trabalho como arrendatários de grandes fazendeiros do entorno da Serra e fazendeiros ribeirinhos ao Rio São Francisco e, ainda, é vivo o êxodo para os grandes centros urbanos para trabalhos na construção civil entre outros.

Até dezembro de 2002, os índios que habitam a Serra do Arapuá utilizavam várias categorias identitárias e metafóricas para reafirmar sua distintividade étnica, como “caboclo”, “caboclo-índio”, “braiado”, “pego a dente de cachorro”, “tronco velho” etc. Ao deflagrarem seu processo de reorganização social e étnica, no início de 2003, passaram a adotar o etnônimo Pankará da Serra do Arapuá, através do movimento de consulta aos “encantados” no complexo ritual do toré. Aparecem no cenário nacional com essa denominação durante o I Encontro Nacional de Povos em Luta pelo Reconhecimento Étnico e Territorial, promovido pelo Cimi (Conselho Indigenista Missionário), em maio de 2003 no município de Olinda, Pernambuco (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2018)

O aparato político administrativo e expansão das elites agrárias que levaram ao esbulho dos territórios indígenas, nomeadamente a partir do século XIX, se deu a partir do município de Floresta, que permanece como

referência urbana para os Pankará, devido também a um particular histórico de hostilidade com os carnaubeirenses. Há uma rica documentação que atesta a intensa atividade parlamentar e administrativa durante o século XIX, como o fim de proceder à extinção dos territórios indígenas e inviabilizar a presença dos povos autóctones. Sob a justificativa de integrar a região através de estradas e facilitar o comércio, com o Ceará, executa-se um projeto de criminalização dos indígenas, tratando-os de "homens brutos, selvagens", "inclinados ao furto, à embriaguez e à preguiça" (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2018).

A organização social dos Pankará caracteriza-se por famílias extensas com base na filiação cognática. Não há regra de residência preestabelecida, mas é comum a residência bi local, o que caracteriza os núcleos populacionais que residem em núcleos familiares, sendo os de maior concentração familiar a Cacaria, o Enjeitado e a Lagoa, sendo que cada um destes resguarda certa dinstintividade em relação ao outro pela consanguinidade. Contudo, em razão das alianças com os locais, tanto de matrimônio como de compadrio, se estabelecem por diversas outras aldeias, de forma que estão presentes por quase toda a Serra. Outro aspecto diz respeito ao fato de serem um grupo predominantemente de agricultores, daí a ocupação e distribuição territorial ocorrer também em função da necessidade de terra, estando ele sujeito à disponibilidade destas (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2018).

A produção agrícola é familiar de subsistência, o cultivo da mandioca, milho, feijão, feijão guandú (andú) e frutas são de evidência marcante na aldeia. Frutas como caju, manga, abacate e jaca (nativas da serra do Arapuá) são uma constante e dependente da sazonalidade e tempo de produção das mesmas. Estas são de extrema importância pois os indígenas os coletam para serem vendidas nas feiras das cidades, complementando a renda financeira familiar. Assim como a feitoria da farinha de mandioca, pelas "casas de farinha", há uma discreta produção de vassouras de palha que também são vendidas nos centros urbanos. O artesanato, seu uso e sua venda (prática que vem diminuindo com o tempo), está pouco presente no cotidiano dos aldeados, mas ainda resiste.

As dificuldades típicas das camadas empobrecidas do sertão fazem com que os indígenas, apesar da forte ligação cultural e religiosa com o seu território, migrem para Floresta ou grandes centros como Recife e São Paulo em busca de oportunidade de trabalho. A baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional os colocam em desvantagem no mercado de trabalho com um destino já conhecido: as periferias urbanas ou retorno à Serra. Os índios compõem o segmento da população de baixa renda na Serra do Arapuá. Desprovidos do recurso básico, a terra, não possuem qualquer controle sobre os recursos ambientais. São obrigados a trabalhar como rendeiros, com um pagamento estimado entre 10% e 30% da produção, como meeiros, e os que se apropriam de pequenos lotes de terras sem título, mas pagam um valor ao Incra (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2018). Prática comum presente em outras aldeias da Serra do Arapuá, estes deslocamentos passivam os indígenas de muitas mazelas não originárias das suas aldeias. O acréscimo de doenças hipertensivas, uso abusivo do álcool, doenças mentais, violências entre outras são bem visualizadas e impactam diretamente na vida e convívio dos indígenas na aldeia.

Outro fato bem evidente no cotidiano dos indígenas da aldeia Enjeitado, principalmente os homens, no intuito de aquisição de aumento da sua renda familiar, é o deslocamento para trabalho como arrendatários na agricultura frutífera às margens do Rio São Francisco. Em períodos de pouca ou quase nenhuma chuva na Serra do Arapuá, os indígenas migram para esta região onde trabalham e retornam para a aldeia. Esta conduta comportamental faz com que esses indígenas fiquem propensos às afecções por doenças infecciosas e parasitárias, podendo gerar sérios danos à sua saúde e a dos comuns na aldeia.

A presença do Sagrado no cuidado com a saúde ainda se mantém viva no cotidiano da aldeia, haja vista observa-se a presença de pajés, benzedeiros, parteiras, feitores dos chás e mezinhas, rezas e cânticos na vida dos indígenas. A prática da "medicina ocidental medicamentosa" é realizada e a busca por tal serviço é uma constante observação, visto pelo aumento da procura dos indígenas pelos tratamentos farmacêuticos. A medicina tradicional, pelo praticado na aldeia, não é a primeira instância procurada pela comunidade. Muitos indígenas também se deslocam para os hospitais citadinos em busca de consultas médicas e aquisição de medicamentos sintéticos, esta conduta é bem evidente. Embora os profissionais de saúde sejam treinados e instruídos no estímulo do uso da medicina nativa tradicional a prática medicamentosa é grande. Muitos estudos incitam a importância do cultivo e prática da medicina nativa tradicional no dia a dia de cada indígena. Neste âmbito, é de relevância extrema a troca dos saberes médicos (tradicional e não tradicional) nas condutas dos cuidados prestados aos indígenas em toda seu contexto de vida.

"[...]para a população indígena a saúde tem um conceito bem mais amplo que a saúde da biomedicina. "A difusão e aprendizagem do conhecimento é feito através da experiência prática. Devemos estabelecer o diálogo,

reconhecer os limites da biomedicina, articular com as práticas e saberes indígenas e sair do centro das discussões” (Portal FIOCRUZ, 2018). Aqui nota-se a importância da troca dos saberes e considerações a serem aplicadas entre comunidades indígenas e as práticas biomédicas realizadas por todos atores envolvidos no processo da atenção à saúde indígena, em prol de um objetivo que é ofertar uma melhor qualidade de vida aos indígenas da aldeia Enjeitado. No cuidado com a saúde as Equipes Multidisciplinares de Saúde atuam em conjunto e parceria com as lideranças, pajés e parteiras da aldeia, os detentores dos saberes tradicionais. Esta Equipe multiprofissional tem acesso à aldeia frequentemente onde são realizadas as prevenções, consultas e cuidados integralmente e com foco na harmonia entre os conceitos e a cultura da aldeia.

Em 19 de abril de 2018, o Ministério da Justiça (MJ), através da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), divulga no Diário Oficial da União (DOU) a aprovação para a conclusão de estudos com o objetivo reconhecer a identificação da Terra Indígena Pankará da Serra do Arapuá, de ocupação tradicional do povo indígena Pankará, localizada no município de Carnaubeira da Penha, Estado de Pernambuco, um grande passo no processo de reconhecimento definitivo da Etnia Pankará, sua cultura, seus costumes, seu modo de vida e conceitos, assim como propicia o respeito da população das cidades vizinhas como terra indígena. Neste documento, reconhece-se e territorializa-se a aldeia Enjeitado como integrante regional, cultural e histórico na Serra do Arapuá e na etnia.

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

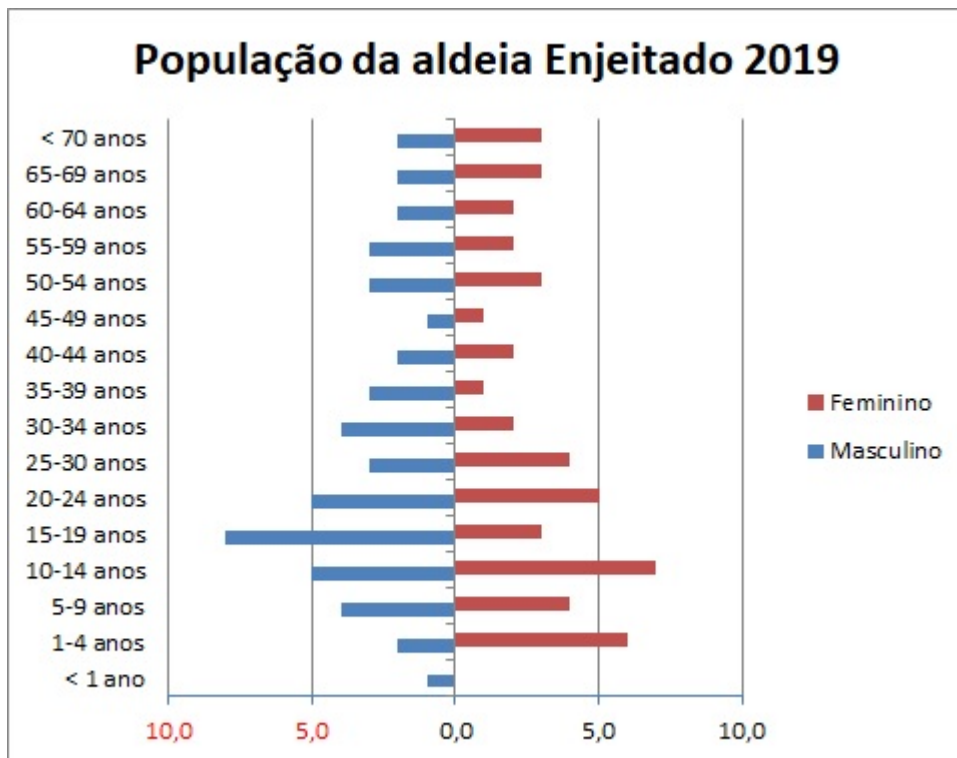
A aldeia Enjeitado tem em sua composição uma população jovem, a maioria de seus residentes são de faixas etárias economicamente ativa, composta por jovens. Como outras aldeias da Serra do Arapuá enfrenta conflitos diários tantos gerados por influências internas como externas. O pouco conhecimento de seus direitos, por exemplo, os passiva à penetração de outros indígenas e não indígenas em sua realidade cotidiana. Por ser uma população vulnerável muito tem que se cuidar no quesito saúde haja vista, além das influências externas, a aldeia se encontra em um entroncamento no topo da Serra onde há grande fluxo de veículos e pessoas trafegando na Serra. Esta prática pode levar ao surgimento de uma gama de agressões à saúde que afetarão grandemente na qualidade de vida dos aldeados. A população de aldeados no Enjeitado é de cerca de 98 indígenas, residindo em 23 domicílios, somando 23 famílias.

Tabela 1- Distribuição populacional dos indígenas da Aldeia Enjeitado por sexo e faixas etárias no período de 2019:

População da aldeia Enjeitado 2019			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	TOTAL
< 1 ano	1	0	1
1-4 anos	2	6	8
5-9 anos	4	4	8
10-14 anos	5	7	12
15-19 anos	8	3	11
20-24 anos	5	5	10
25-30 anos	3	4	7
30-34 anos	4	2	6
35-39 anos	3	1	4
40-44 anos	2	2	4
45-49 anos	1	1	2
50-54 anos	3	3	6
55-59 anos	3	2	5
60-64 anos	2	2	4
65-69 anos	2	3	5
< 70 anos	2	3	5
TOTAL	50	48	98

Fonte: SIASI/ Pankará, 2019.

Figura 7. Pirâmide com a distribuição populacional dos indígenas da Aldeia Enjeitado por sexo e faixas etárias no período de 2019.



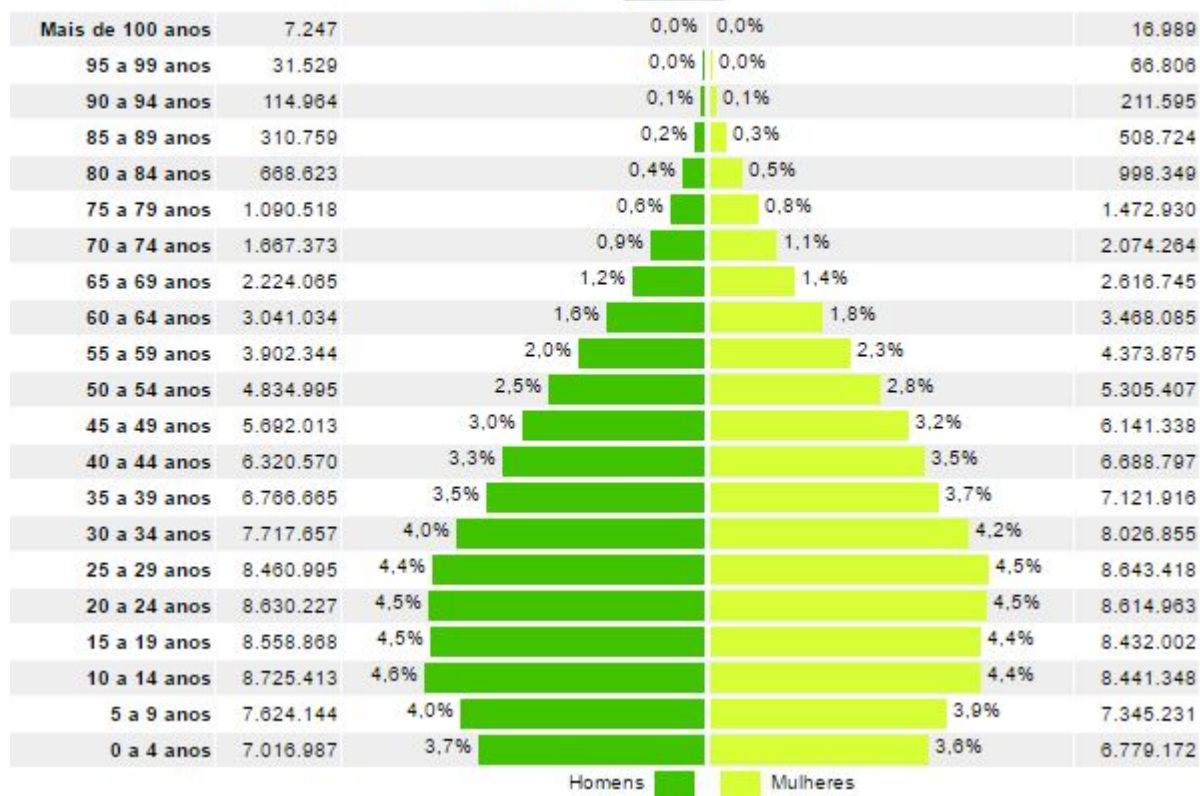
Fonte: SIASI/ Pankará, 2019.

A pirâmide populacional acima representa a distribuição da população da aldeia Enjeitado de acordo com faixas etárias e sexo dos indígenas no ano 2019. Observa-se a presença de 98 indígenas aldeados, sendo 50 do sexo masculino e 48 do sexo feminino. É uma população jovem, haja vista que na faixa etária de menores de 49 anos calcula-se a presença de 73 indígenas, cerca de 74,48% de toda população. Em contrapartida, se observa um quantitativo de cerca de 14 indígenas na faixa de maiores de 60 anos de idade, cerca de 14,28% da população total. Fato importante a se analisar pois esta população está mais passível de padecer de Doenças Crônicas Não Transmissíveis como as Doenças Cardiovasculares (arterosclerose, AVC, Hipertensão Arterial, Insuficiências Renais, etc.), assim como de Distúrbios Hormonais (Diabetes Mellitus por exemplo), entre outras. Outra análise considerável está entre a população na faixa etária entre 15 e 39 anos, com total de 38 indígenas, cerca de 38,77% da população. Esta, por sua vez, é a população onde se observa um consumo elevado de bebidas alcoólicas, violências e acidentes, deixando-a passível à agravos com à saúde individual, coletiva e principalmente, mental.

Aqui observa-se uma consonância com a pirâmide populacional brasileira, esta por sua vez é uma pirâmide transitória, chamada de pirâmide adulta, pois a maior concentração da população está entre as faixas de 20 a 59 anos. Isso significa que a população está envelhecendo e as taxas de natalidade tem diminuído, o que é visível em países chamados de países em desenvolvimento, onde sua economia tende a crescer e com isso, há redução nas taxas de natalidade, além de que a população em maior número é a que está em fase de trabalhar, a chamada população economicamente ativa, o que aumenta a economia, já que essa população está em maior número no país. (PIRÂMIDE ETÁRIA DO BRASIL, 2010)

Figura 8. Pirâmide populacional Brasil, 2010.

Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade BRASIL - 2010 ▾



Fonte: infoescola.com.br

Tabela 2- Quantidade de nascimentos e óbitos na aldeia Enjeitado em 2019.

Quantidade de Nascimento e Óbitos na Aldeia Enjeitado em 2019.		
Mês	Nascimentos	Óbitos
Janeiro	0	0
Fevereiro	0	0
Março	0	0
Abril	0	0
Maio	1	0
Junho	0	0
Julho	0	0
Agosto	0	0
Setembro	0	0
Outubro	0	0
Novembro	0	0
Dezembro	0	0
Total	1	0

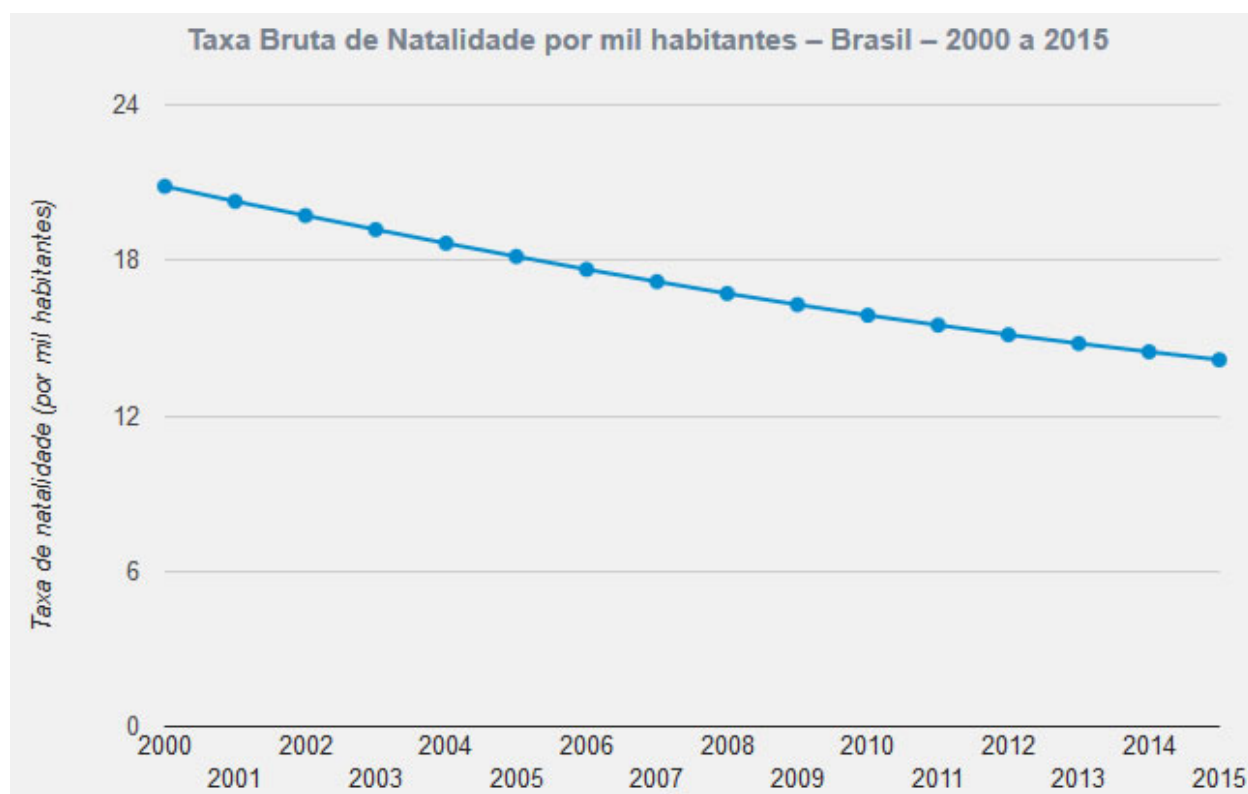
Fonte: SIASI/ Pankará, 2019.

: SIASI/ Pankará, 2019.

Com uma pequena Taxa de Natalidade, em torno de 10,2 por mil em 2019, observou-se apenas um nascido vivo na aldeia neste período. No somatório populacional, há a presença de 18 Mulheres em Idade Fértil (MIF), faixa etária que compreende as idades entre 15 a 49 anos das mulheres, dando um total de 18,36% da população. Este percentual é muito importante pois habilita o estudo verificar a capacidade que estas indígenas têm de gerarem filhos em sua aldeia através da análise da Taxa de Fecundidade, que se encontra em torno de 5,56%. Esta fecundidade é calculada pela divisão do número total de nascidos vivos no ano de 2019 pela quantidade de indígenas na faixa etária entre 15 a 49 anos idade, multiplicado por 100. Fato importante de se observar é que também não houveram óbitos na aldeia no ano 2019, fazendo com que os índices de mortalidade ficassem zerados. Não há relatos de óbitos gerais, maternos e/ou infantis no referido ano.

A Taxa de fecundidade é uma estimativa do número de filhos que uma mulher tem ao longo da vida. Seguindo uma tendência mundial, sobretudo dos países urbanizados, a taxa de fecundidade no Brasil está em constante declínio. O país já registrou uma das mais elevadas médias mundiais de filhos por mulher, porém esse feito foi revertido com o passar dos anos. De acordo com dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país registra uma média de 1,94 filho por mulher, estando abaixo da taxa de reposição populacional, que é de 2,1 filhos por mulher - duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva (TAXA DE FECUNDIDADE NO BRASIL, 2020). A Taxa de Natlidade é calculada pela quantidade de nascidos vivos em determinado período. No Brasil tem-se observado uma queda nesta quantidade passando de 20,86 por mil nascidos vivos no ano de 2000 para 14,16 por mil nascidos vivos em 2015 (IBGE, PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL, 2013).

Figura 9. Taxa de Natalidade por mil habitantes, Brasil, 200 a 2015.



Fonte: IBGE, 2013.

Tabela 3- Quantidade de mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade na aldeia Enjeitado e cobertura de PCCU no ano de 2019.

Quantidade de mulheres na faixa etária entre 25 e 64 de idade na aldeia Enjeitado e cobertura de PCCU no ano de 2019.			
Faixa etária	População	PCCU realizado em 2019	Cobertura de PCCU em 2019
25-30 anos	4	12	70,58
30-34 anos	2		
35-39 anos	1		
40-44 anos	2		
45-49 anos	1		
50-54 anos	3		
55-59 anos	2		
60-64 anos	2		
TOTAL	17		

Fonte: SIASI/ Pankará, 2019.

Os elevados índices de casos e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Um dos objetivos do Ministério da saúde é ampliar a cobertura nacional de exames de Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU) para mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos e que no mínimo 80% desta população realizem o citológico no ano, além de tratar em 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

Na aldeia Enjeitado, a população feminina na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade tem um total de 17 mulheres, cerca de 17,34% da população geral. Fato importante na conduta e avaliação dos serviços prestados à Saúde da Mulher pela Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena que atua na aldeia, desde os cuidados individuais e como por exemplo nos cuidados com a gestação, puerpério e na saúde ginecológica com foco na Prevenção dos Câncer de Colo Uterino e de Mama. Analisando o quantitativo total de indígenas que realizaram o exame PCCU no ano de 2019, registrou-se 12 indígenas que o fizeram, ficando em um percentual de 70,58%, bem abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que é de 80% ou mais para esta faixa etária.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas [...] O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). As consultas de pré-natal de baixo risco são uma garantia que as gestantes tenham uma gravidez saudável e conseqüentemente um parto/ puerpério sem intercorrências graves. Devido a peculiaridade territorial da aldeia Enjeitado, por estar localizada no alto da Serra do Arapuá, a captação antecipada das gestantes pode tardar. Outro fato e dificuldade presente é o fato de a Equipe Multidisciplinar atender a aldeia através de cronograma e agendamento mensal, já que a Equipe não atende somente esta aldeia, mas muitas outras. Em análise aos dados do SIASI/ Pankará referente ao ano de 2019, se observa a existência de apenas uma gestante na aldeia Enjeitado, migrada de outra aldeia, onde evoluiu para parto cesáreo no mês de março do referido ano.

Uma prática comum aos Pankará é o deslocamento para realizarem os partos de suas indígenas nos centros de saúde urbanos, principalmente as cidades de Floresta e Carnaubeira da Penha. Mesmo com a presença de algumas parteiras tradicionais na etnia e aldeia, capacitadas e treinadas no quesito dos partos de baixo risco, comumente as indígenas se deslocam aos hospitais para realizarem seus partos. Aqui evidencia-se a mudança do comportamento das indígenas devido o contato com a população geral do município não indígena e seus intercâmbios de condutas e culturas; a "medicina ocidental", seus aparatos e cuidados são muito procurados por elas.

Tabela 4- Classificação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Classificação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA MENORES DE 5 ANOS			
		Peso-para-idade	Peso-para-estatura	IMC-para-idade	Estatura-para-idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade ²
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Sobrepeso	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade ¹	Obesidade	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3				

Fonte: Adaptado de: (OMS, 2006)

¹ Uma criança com a classificação de peso elevado para a idade pode ter problemas de crescimento, mas o melhor índice para essa avaliação é o IMC-para-idade (ou o peso-para-estatura).

² Uma criança classificada com estatura para idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alta, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, a criança deve ser referenciada para um atendimento especializado.

Atitude de vigilância é ter um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do ciclo de vida. É usar a informação gerada rotineiramente não somente para realimentar o Sistema da Vigilância Alimentar e Nutricional e subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, mas também usá-la de forma imediata para repensar a prática e qualificar a assistência prestada àqueles indivíduos que diariamente são atendidos na rede de saúde [...] No plano individual ou biológico, estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético para suprir as necessidades nutricionais. O estado nutricional pode ter três tipos de manifestações: adequação nutricional, carência nutricional e distúrbio nutricional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Avaliar o estado nutricional dos indígenas é extremamente importante para as Equipes Multidisciplinares pois revela o perfil da qualidade de vida destes, sabendo que residem em uma serra e sofrem cotidianamente às intempéries climáticas, migratórias, sociais, discriminatórias e culturais. É um indicador que atenta para uma maior prestação dos serviços tanto na parte do cuidado com a saúde individual e coletiva como na assistência social, entre outros mais. A interculturalidade e intercâmbio de ideias, condutas e saberes interferiram de forma negativa ao longo da história dos Pankarás, expondo-lhes ao descrédito e ao desuso de seus meios de cultivo e uso de sua produtividade nativa em consonância ao seu padrão nutricional. No dia a dia do trabalho das Equipes de Saúde e em muitas abordagens, é frequente observar o uso, por parte dos aldeados, de alimentos industrializados com pouco ou nenhum valor nutricional. A presença de uma gama de árvores frutíferas com alto poder nutricional, ainda presentes na serra, poderia ser melhor utilizada no consumo, mas seu uso é cada dia menos praticado pelos aldeados, é notório o gosto pelo que "já se vem pronto".

A infância é um período crítico no desenvolvimento dos indígenas, principalmente em um país em desenvolvimento com muitas discrepâncias sociais, pobreza, acesso deficitário aos serviços de saúde, violências, discriminações, entre outros. A má distribuição de renda, o desemprego e uma assistência social não abrangente e deficitária causam um impacto negativo na qualidade de vida das camadas menos favorecidas da sociedade

brasileira. No mesmo compasso é o cuidado com a saúde nutricional das gestantes índias, o fator gravidez já é de forte impacto individual e coletivo no convívio da aldeia. Calcado nesta instância, a Vigilância Alimentar e Nutricional indígena tem que ser vista com uma óptica diferenciada e mais atuante, haja vista as especificidades qual tem os coadjuvantes deste processo. O método mais utilizados pela Equipe Multidisciplinar, no cotidiano do trabalho, para avaliação do crescimento e desenvolvimento dos indígenas, é o cálculo matemático do Índice de Massa Corporal (IMC) que é calculada, numa prática cotidiana, através do peso e da altura de cada criança ou quaisquer outros indivíduos, e o resultado é dado a quantidade de massa corporal que cada indivíduo deve ter de acordo com sua própria altura. O resultado desta equação é avaliado e comparado com padrões gráficos chamados Percentís e Scores, o que resulta na classificação do estado nutricional, principalmente nas crianças menores de 60 meses de idade. Estes gráficos Percentís e scores podem variar de acordo como o sexo de cada indígena. Realizar os índices antropométricos das crianças menores de 60 meses de idade, gestantes e demais indígenas, é propiciar aos mesmos um conhecimento e avaliação de si mesmos, respeitando seus saberes e qual a importância do tema tem em função da nutrição na realidade da comunidade.

Tabela 5- Avaliação e classificação do estado nutricional de crianças menores de 60 meses de idade e percentual de cobertura do estado nutricional pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena na Aldeia Enjeitado em dezembro de 2019.

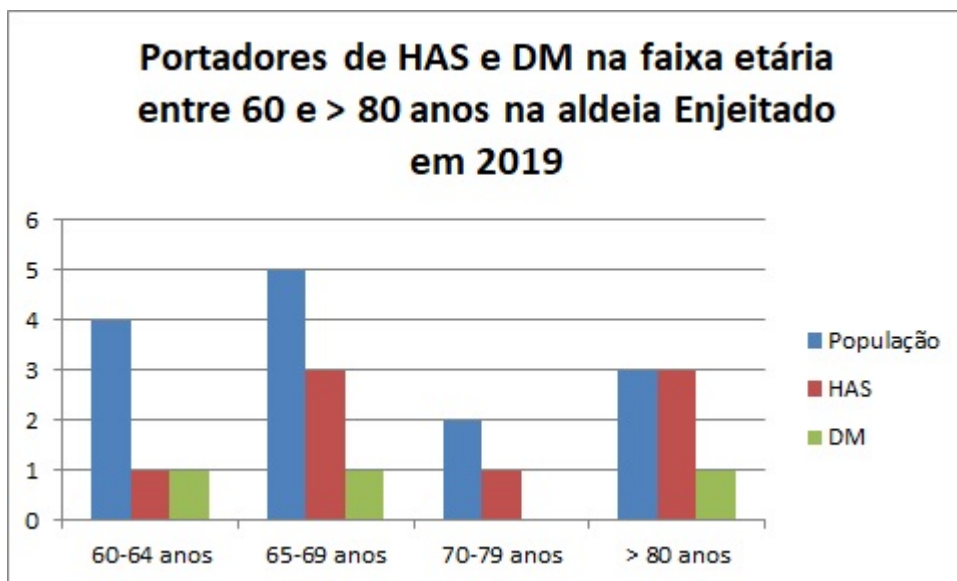
Avaliação e classificação do estado nutricional de crianças menores de 60 meses e percentual de cobertura do estado nutricional pela EMSI na Aldeia Enjeitado em dezembro de 2019.								
Mês	Faixa Etária	População	Avaliados	Classificação				
				MBPI	BPI	PAI	PEI	Sem Informação
DEZ	0-11m	1	1	0	0	1	0	0
	12-60m	8	7	0	0	7	0	1
TOTAL		9	8	% Cobertura do Estado Nutricional pela EMSI				
				0	0	88	0	11

Legenda: MBPI	Muito Baixo Peso para Idade
BPI	Baixo Peso para Idade
PAI	Peso Adequado para Idade
PEI	Peso Elevado para Idade

Fonte: SIASI/ Pankará, Dez 2019.

Esta tabela mostra o quantitativo de crianças menores de 60 meses de idade na Aldeia Enjeitado no mês de dezembro de 2019. Traz também a classificação dos estados nutricionais realizados pelo índice antropométricos de peso e altura de cada criança avaliada. A análise nutricional de crescimento e desenvolvimento dos menores realizada pelos profissionais de saúde no mês de dezembro de 2019 evidencia que praticamente todas as crianças da aldeia estão com seus índices compatíveis com suas idades e classificadas como Peso Adequado para Idade (PAI). Apenas uma criança não foi avaliada pela Equipe de Saúde por estar ausente nas visitas realizadas. Um fator observado com sucinta frequência é a quantidade de casos de obesidade adulta. Hábitos alimentares precários e indiscriminados são fatores predisponentes a tal situação. São poucos os instrumentos utilizados pelas Equipes de saúde somados à peculiaridade da serra e de seus habitantes, para controle o da ascensão deste agravo. São realizadas ações coletivas e eventos de educação em saúde para alertar os habitantes da aldeia sobre os malefícios da obesidade e as formas de preveni-los.

Gráfico 2- Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na faixa etária entre 60 e >80 anos na aldeia Enjeitado no ano 2019.



Fonte: SIASI/ Pankará, 2019.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). De alta prevalência no Brasil, a Hipertensão é considerada como Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que mais afeta a vida dos habitantes da nação, podendo chegar entre 50% a 75% da afecção à população maior de 60 anos. Evidenciado anteriormente, a população de maiores de 60 anos na aldeia Enjeitado é de 14 idosos (mais de 14% da população geral) e isto tem um forte impacto na vida das famílias aldeadas e na saúde dos idosos pois, após análise e pesquisa no SIASI/ Pankará e consolidados de produção da EMSI, 8 indígenas na faixa etária maior de 60 anos estão portadores de Hipertensão Arterial, dando um prevalência de 57,14% de indígenas portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica. Ao passo da existência senil da HAS observa-se registro de casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II) nesta população. Segundo ALFRADIQUE et al. 2009, o Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. No ano de 2019, foram acompanhados 3 idosos nesta faixa etária portadores de DM II, evidenciando uma prevalência de 21,42% de indígenas portadores de Diabetes Mellitus na faixa etária desta população.

A aldeia não conta com rede de abastecimento de água tratada e canalizada para consumo dos seus indígenas. O maior percentual faz uso da água provenientes de algumas nascentes ainda presentes no solo da aldeia, além da coleta da água armazenada em cisternas proveniente das chuvas. Outra fonte de fornecimento de água para consumo são os poços artesianos perfurados pelos próprios em seus "terreiros" que aumentam o aporte para o uso pessoal e doméstico. Não se observa rede de esgotamento e de tratamento para destino dos dejetos. Mas evidencia-se em uma maioria das residências o uso de banheiros e de fossas sépticas para destino final dos dejetos fisiológicos. Prática comum é a criação de alguns animais (suínos, caprinos, aves e outros) para venda e consumo e os excrementos dos mesmos são expostos a céu aberto, causando um forte impacto ambiental e na qualidade de vida dos residentes. Por existir na aldeia uma estrada que faz o intercâmbio entre os dois lados da serra, torna-se uma comunidade vulnerável a muitas situações afeciosas no convívio local. O consumo alcoólico abusivo também é uma frequência observada nas camadas mais jovens, comportamento que leva a conflitos sociais e familiares dentro da aldeia acrescidos por alguns problemas mentais, que são uma frequência na realidade e dia a dia da aldeia.

Enjeitado, aldeia situada no alto da Serra do Arapuá, pertencente à etnia e povo Pankará, assim como muitas outras aldeias da etnia, padece de problemas sociais, culturais, ambientais e no contexto do cuidado com a saúde entre outros. Vulnerável, de população carente, está exposta às intempéries históricas e atuais no processo evolutivo no decorrer de sua história. Como muitas outras aldeias brasileiras, em m olhar histórico, sofre pelo processo de exploração, invasão, colonização e imposição de outras condutas e culturas. Não contabilizados casos

de Tuberculose e Hanseníase na aldeia deixando suas taxas de incidências em zero, pois não há casos de tuberculose e Hanseníase diagnosticados na aldeia durante o período em estudo. Assim como também não há registros de casos de infestação pelo novo Coronavírus, causador da COVID19, embora a aldeia e seus indígenas migrem bastante para os centros urbanos.

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

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia- 2010, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Esta condição pode ser agravada quanto maior a idade do acometido, podendo gerar sérios danos à vida e principalmente nos idosos.

Segundo ALFRADIQUE et al. 2009, o Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Esta, novamente podendo ser muito prejudicial no período da senilidade.

Na pirâmide de distribuição populacional da aldeia Enjeitado, observa-se a presença de 14 indígenas com mais de 60 anos de idade (mais de 14% da população geral) e isto tem um forte impacto na vida das famílias aldeadas e na saúde dos idosos pois, após análise e pesquisa no SIASI/ Pankará e consolidados de produção da EMSI, observaram-se que 8 indígenas na faixa etária maior de 60 anos estão portadores de Hipertensão Arterial, dando uma prevalência de 57,14% de acometidos nesta faixa etária. Ao passo da existência senil da HAS observa-se registro de 03 casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II) nesta população evidenciando uma prevalência de 21,42% de acometidos.

Provado que mais da metade da população de idosos da aldeia padece de agravos a sua saúde, aqui explícito como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, o que causa muito transtorno à qualidade de vida destes. Observa-se em grande escala que as ações, condutas e hábitos da comunidade foram alterados ao longo do tempo, os indígenas perderam o hábito do auto cuidado e do cuidado sadio de sua saúde e de seus familiares. Frequentemente se ouve as explanações dos próprios que preferem o uso de alimentos e bebidas não tradicionais, trazidos das cidades devido serem mais práticos e rápidos para o consumo dos mesmos. A Serra do Arapuá, assim como a aldeia Enjeitado são dotadas de natureza frutífera em seus tempos específicos - "tempo da safra" - como visto antes, ela produz pinha, caju, manga, laranja, jaca, abacate, acerola, andú, banana etc. e é uma realidade frequente ver o consumo de sucos líquidos e em pó industrializados e não o uso dos naturais. Mesmo com a produção agrícola de subsistência, esta por sua vez castigada pelas intempéries climáticas, é frequente ver os indígenas levarem sua produção para os centros urbanos para o câmbio com produtos industrializados, sal, açúcares, enlatados, embutidos e etc. Estas condutas contribuem para o descontrole da HAS e DM II além de contribuir para o surgimento de novos casos, haja vista que em outras aldeias da etnia já existem casos de HAS e DM na população jovem.

Outra prática bastante relatada e observada pelos profissionais de saúde, lideranças, pajés e outros, é o uso exclusivo da medicina ocidental ("medicina farmacêutica industrial") nos tratamentos destes agravos. É muito pouco relatado os cuidados tradicionais indígenas neste processo de saúde-doença. Os idosos estocam inúmeros medicamentos para seu uso no intuito do controle da HAS e DM II. Segundo o relato de uma Agente Indígena de Saúde: "É frequente ver as farmacinhas guardadas nos armários nas casas de cada idoso!". Outra preocupação relatada é o mal uso dos medicamentos (uso errado e/ou inadequado), as vezes devidos à similaridade dos invólucros dos fármacos e pela pouca observação dos cuidadores/ familiares dos idosos deixando-os tomarem os medicamentos por conta própria. Tudo isto causa um desarranjo tratamental no controle destas enfermidades e deficiência na manutenção dos valores ideais para Pressão Arterial de do Diabetes. Outra revelação, em contra partida ao exposto, é o dificultoso acesso por parte de alguns idosos de algumas espécies de fármacos. A maioria tem renda diminuta, advinda de aposentadorias e tem que cuidar e dividir esta renda com familiares para o convívio e sobrevivência cotidiana, fazendo com que, às vezes, falte monetário para a compra de seus fármacos e devido também a pouca distribuição ou distribuição seletiva incompleta de fármacos por parte do governo federal.

Devido a aldeia se localizar no ápice de uma serra, ela tem muitos desníveis no solo, impedindo os idosos a uma prática de exercícios saudáveis como caminhadas, grupos de danças de toré, grupos da boa idade e etc., cabendo ser a roça o único meio de exercícios para eles. Não conta com quadras para desportos, associações, igrejas, praças para caminhadas e conta com um centro social (Espaço Pacara Pacarati) para as reuniões mensais

de encontro das lideranças e Conselho Local de Saúde. Só que neste ano de 2020, devido a pandemia do Coronavírus, as reuniões foram suspensas.

Focado nesta séria problemática, surge a necessidade de um plano de soluções e cuidados para o enfrentamento do alto número de Hipertensos e Diabéticos na aldeia, haja vista que mais de 50% da população idosa da comunidade se encontra nesta situação. Um plano de cuidado abrangente que exponha as necessidades reais e dialogadas com os profissionais de saúde atuantes no cuidado e prevenção imediatos junto com a comunidade, detentores dos saberes indígenas, rezadores, pajés e demais membros da aldeia. Um plano compartilhado, construído através da vivência e saberes dos próprios indígenas somados a novos saberes, todos com igual valor. Além dos problemas mostram-se as condutas e solicitações individuais, coletivas, ações que o Polo Base pode tomar, o DSEI e outros órgãos da sociedade civil.

Tabela 6. Plano de soluções, Aldeia Enjeitado, Serra do Arapuá, Pankará

PLANO DE SOLUÇÕES E CUIDADOS PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA (HAS) E DIABETES MELLITUS II (DM II) NA ALDEIA ENJEITADO - SERRA DO ARAPUÁ - PANKARA					
SITUAÇÃO PROBLEMA	ALDEIA ENJEITADO		POLO BASE	DSEI	OUTROS SETORES
	AÇÕES INDIVIDUAIS	AÇÕES COLETIVAS			
Alto índice de portadores de HAS e DM II em idosos.	Conscientização do grau de perigo das doenças.	Formulação de grupos e estratégias na comunidade e profissionais de saúde para debates frequentes e conscientização sobre os cuidados corretos e devidos para o controle da HAS e DM II. Temáticas variadas e dinâmicas para chamamento da atenção e participação dos atores no processo .	Consultas dinâmicas com rodas de conversas e palestras na comunidade.	Garantia da presença e ação das Equipes Multidisciplinares (EMSI) em área.	Ministério da Saúde: Garantir a autonomia dos DSEI na gestão da saúde indígena. Garantir no envio dos insumos e materiais necessários ao cuidado dos indígenas. Garantir o envio dos tratamentos específicos para cada indígena. Articular com outros ministérios a criação de espaços de lazer para idosos. Municípios: Articular junto aos DSEI a criação de centros recreativos para as comunidades indígenas nas aldeias. Garantir insumos, materiais, medicamentos e profissionais para atuar com a população idosa. Assegurar profissionais especialistas e/ou cotas para a atenção aos acometidos, etc.
	Redução do uso de alimentos industrializados, açúcares e sal.		Visitas domiciliares às famílias dos idosos acometidos e não acometidos.	Garantia dos insumos e materiais necessários em todas ações dos Polos Bases.	
	Conscientização no uso adequado dos tratamentos farmacêuticos e incentivo à medicina e as práticas tradicionais indígenas.		Solicitar e articular junto aos órgãos competentes auxílio na confecção de materiais informativos de forma explicativa e dinâmica com dados sobre todos os meios de prevenção, tratamentos, acompanhamento multiprofissional, imunização, tratamentos propostos, etc. (Cartilha do Idoso, etc.).	Garantia do gerenciamento das ações dos Polos Bases, envio dos tratamentos para controle da HAS e DM III para os indígenas acometidos. Envio de materiais informativos e explicativos sobre prevenção e outros. Solicitar do Ministério da Saúde a atuação de profissionais fisioterapeutas, Educação física e terapia ocupacional nos polos e aldeias.	
	Conscientização nas práticas de exercícios físicos rotineiros e saudáveis.		Realizar cronograma com atividades lúdicas periodicamente.		
Fácil acesso dos idosos aos centros urbanos	Conscientização quanto os riscos da presença fora da aldeia.	Conscientização comunitária sobre os riscos da presença de seus idosos nos centros urbanos.	Elaborar cartilha com informações sobre os riscos do deslocamento das aldeias. AIS realizar visitas domiciliares de conscientização frequentes.	Garantia da presença e ação das Equipes Multidisciplinares (EMSI) em área.	Órgãos Públicos: Garantir dos serviços essenciais voltados para idosos da forma como está no estatuto do idoso.
Uso elevado da medicina industrializada. Uso deficiente da medicina e cuidados tradicionais e cuidadores/ familiares desatualizados e desatentos ao tratamento	Conscientização no uso adequado dos tratamentos farmacêuticos e incentivo à medicina e as práticas tradicionais indígenas.	Conscientização comunitária no que se refere ao uso adequado dos tratamentos farmacêuticos e incentivo à medicina e as práticas tradicionais indígenas. Treinamento e informação constante dos cuidadores/ familiares sobre o tratamento dos idosos acometidos e como prevenir novos casos. Cultivo das ervas e plantas medicinais nativas. Solicitar maior frequência dos pajés, benzedores e rezadores no cotidiano da aldeia.	Consultas dinâmicas com rodas de conversas e palestras na comunidade.	Garantia do gerenciamento das ações dos Polos Bases, envio dos tratamentos para controle da HAS e DM III para os indígenas acometidos. Envio de materiais informativos e explicativos sobre prevenção e outros.	
			Visitas domiciliares às famílias dos idosos acometidos e não acometidos.		
Acesso seletivo a alguns fármacos para HAS e DM II	Conscientização no uso adequado dos tratamentos farmacêuticos e incentivo à medicina e as práticas tradicionais indígenas.	Realizar relatório comunitário com todas as demandas e dificuldades no quesito tratamento e prevenção, através de Conselho de saúde, solicitando a resolução do problema.	Realizar relatório técnico com a participação comunitária evidenciando todas as demandas e dificuldades no quesito tratamento e prevenção, solicitando às entidades competentes a resolutive do problema.	Articular junto ao Ministério da Saúde e demais órgãos competentes a regularização e dispensação correta dos fármacos necessitados pelos idosos.	Ministério da Saúde: Garantir o envio dos fármacos necessários aos idosos, bem como incentivar os DSEI e Polos Bases a criação das Farmácias Tradicionais Indígenas.
Falta de locais adequados para atividades lúdicas dispersivas e de exercícios	Conscientização que os exercícios saudáveis fazem bem à saúde, controla e previne a HAS e DM II.	Conscientização que os exercícios saudáveis fazem bem à saúde, controla e previne a HAS e DM II. Criar grupos lúdicos de ações recreativas e saudáveis.	Estimular às ações lúdicas de lazer, estimular exercícios saudáveis e criar grupos dinâmicos com ações voltadas ao controle e prevenção da HAS e DM II	Garantia aos Polos Bases profissionais, insumos e materias para as ações de prevenção e controle da HAS e DM II	Garantia aos DSEI profissionais, insumos e materias para as ações de prevenção e controle da HAS e DM II

Aqui evidencia-se a preocupação com a questão dos problemas com a saúde desde a base da comunidade até as instâncias superiores no contexto do cuidado com a saúde indígena. Solicita-se ações imediatas desde conscientização individual até garantias federais para que este problema e seus agravos. Garantias explícitas na Constituição Federal e que, como visto no corpo deste trabalho, pelas muitas lutas travadas pelos índios do Brasil, necessitam serem postas em uma prática mais aprofundada.

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

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são agravos danosos à saúde humana, principalmente aquela população mais vulnerável, como é o caso das populações indígenas e idosos, visto que a seriedade destes refletem em muito negativamente no cotidiano comunitário. Os indígenas da aldeia Enjeitado, em uma quantidade elevada, que estão na faixa etária de maiores de 60 anos, estão passíveis destes agravos como evidenciado neste estudo 57,14% estão acometidos pela Hipertensão e 21,42% por Diabetes. Aqui observa-se que mais da metade da população idosa da aldeia tem algum comprometimento na sua saúde.

As Equipes de saúde que atuam têm fundamental papel neste contexto, pois evidencia e trabalha com esta problemática no seu dia a dia nas aldeias, aqui exposto a presença diária do Agente Indígena de saúde - AIS como elo de ligação entre aldeia e polo base. Esses atores, na observância de suas várias atividades no cuidado com a saúde indígena, têm em seu disposto a ferramenta da Educação e Saúde como um dos métodos preventivos mais importantes. Esta ferramenta sendo usada com uma metodologia participativa, em que todos os membros deste cenário sejam coadjuvantes em prol da sua prevenção e de seu cuidado, é de uma importância imensurável e de grande valia. Ações de educação compartilhada, problematizadora, trazendo a realidade vivida por cada indígena, suas experiências, anseios e costumes fazem com que as Equipes de Saúde tenham mais embasamento e ponham em prática um cuidado devido a esta comunidade de acordo com seus hábitos e costumes.

A educação permanente na aldeia tem o objetivo de trazer conhecimento aos indígenas as melhores formas de se prevenir das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, mostrar a estes a realidade dos casos, os meios de aquisição e prejuízos destas doenças. Esta, sua vez, tem que ser praticada no cotidiano da aldeia de forma que evidencie aos indígenas que a mudança de seus hábitos está expondo-lhes a enfermidades não antes citadas nos anais de sua vida tradicional, sua história. Para que esta metodologia tenha sucesso é necessário engajamento e trabalho conjunto entre Equipes de Saúde e comunidade, respeitando-se os hábitos e conhecimentos de cada um neste contexto, fazendo uma ausculta precisa e dialogada de quais meios e métodos existem nesta realidade que possam auxiliar um conhecimento e uma prevenção adequados à vida de cada indígena, de cada família e de todos da aldeia. Uma estratégia que vem sendo aplicada e bem aceita pelos índios são as rodas de conversas e reuniões com os conselhos de saúde, espaços em que a população discute e planeja quais ações devem ser aplicadas na aldeia no intuito da melhoria na qualidade de sua vida. Nestas rodas de conversa e reuniões são utilizados vários meios e estratégias de educação e informação, desde o uso de folders, panfletos, Datashow, uso das plantas, ervas e ferramentas tradicionais e principalmente a escuta as experiências e saberes tradicionais.

O cuidar na saúde indígena não é uma atividade unicista e exclusivista. Tem, desde sua contextualização no aparato legal, que estar compartilhada com outros saberes e potencialidades, para que seja plena, universal, integral e equânime. Exposto neste trabalho que a responsabilidade pelas ações de cuidado básico prestado à saúde indígena é dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígenas - DSEI, em toda sua hierarquia. Mas outros atores e órgãos podem e fazem parte desta estratégia, aqui visto como as entidades filantrópicas, Fundação Nacional do Índio- FUNAI, Secretarias Municipais de Saúde - SMS, Igrejas, associações, entre outros. Todos com o objetivo de trazer à população indígena um cuidado específico e diferenciado em sua totalidade, respeitando seus preceitos, conceitos, costumes e formas de organização social.

Ações de educação permanente em saúde têm que ser realizada com frequência na aldeia, haja vista que a migração é alta com uma rotatividade grande e, devido isto, faz-se necessário esta escuta compartilhada junto à comunidade. Como um dos principais formadores de opinião nesta realidade, as Equipes de saúde têm papel importante, pois passa a ser facilitadora no processo de recepção e troca de saberes entre os indígenas. Uma das ferramentas utilizadas é o planejamento das ações prestadas pela Equipe em todos os âmbitos do cuidado, são várias as ações, desde saúde da criança à saúde do idoso. Deste modo o planejamento de ações educativas sistemáticas é de valor elevado tem que ser praticado de acordo com a necessidade dos indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os problemas e agravos presentes na aldeia Enjeitado. De forma continuada, explanativa e dando valor aos saberes comunitários é que se chega a objetivos na saúde e atenção básica no contexto do cuidado com a saúde indígena. A responsabilização pelos cuidados e prevenção a agravos devem ter início a partir da conceituação e valorização individual e, a partir daí, coletiva. Muitos são os meios e conceitos indígenas no auto cuidado, implicando assim em resolutivas soluções para a prevenção de muitos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida comunitária. O uso e a troca dos saberes é ferramenta indiscutível para as ações da Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, no âmbito de sua atuação cotidiana e ambiente de trabalho, ora visto que esta se desloca diariamente para as aldeias e têm contato com os indígenas.

Muitos são os problemas e agravos presentes na aldeia Enjeitado. De forma continuada, explanativa e dando valor aos saberes comunitários é que se chega a objetivos na saúde e atenção básica no contexto do cuidado com a saúde indígena. A responsabilização pelos cuidados e prevenção a agravos devem ter início a partir da conceituação e valorização individual e, a partir daí, coletiva. Muitos são os meios e conceitos indígenas no auto cuidado, implicando assim em resolutivas soluções para a prevenção de muitos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida comunitária. O uso e a troca dos saberes é ferramenta indiscutível para as ações da Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, no âmbito de sua atuação cotidiana e ambiente de trabalho, ora visto que esta se desloca diariamente para as aldeias e têm contato com os indígenas.

Os indígenas são os atores principais nas condutas no processo do cuidado à saúde e a doença. A participação ativa da comunidade e uso de seus conceitos adequando a medicina ocidental com a tradicional é um meio de conjugação no intuito da resolutiva de vários problemas presentes na aldeia. A troca dos saberes e a firmiação das suas práticas cotidianas têm que ser aplicadas no dia a dia do cuidado e da prevenção.

A Hipertensão e a Diabetes são agravos que atingem em um padrão elevado a população idosa da aldeia Enjeitado na etnia Pankará, mais da metade desta população padece por problemas como a Hipertensão Arterial e a Diabetes tipo II. As EMSI do Polo Pankará realizam constantemente ações de educação em saúde com foco nos cuidados primordiais, no intuito da quebra e ou aumento dos casos. Muito se tem que trabalhar na concepção de que, uma fiel educação em saúde seguida, trabalhada e participada por toda comunidade, usando as metodologias específicas, com respeito aos costumes locais, traz aos indígenas meios e métodos preventivos e cuidados para si e para a comunidade. A escuta compartilhada com a troca dos saberes, meios e métodos de cuidados locais, trazendo fontes de saberes que saberes da própria aldeia, que são os pajés, benzedeiras, rezadores e parteiras tradicionais, é um método de grande valia pois traz a concepção e experiências dos indígenas no quesito auto cuidado.

A quantidade de casos de Hipertensão e Diabetes na população idosa da aldeia Enjeitado é uma preocupação para a Equipe de Saúde, pois estas, principalmente a Hipertensão, afetam mais de 50% de idosos, o que pode causar sérios danos ao futuro destes, haja vista que a Hipertensão pode ser a abertura para muitas outras complicações e sequelas individuais e coletivas. Desta forma, a preocupação deste trabalho em evidenciar o quão se faz necessário uma intervenção e abordagem, de forma participativa, para se construir planos de ações, chamando a responsabilidade de cada ator no processo para a construção de métodos preventivos. Um efeito positivo na responsabilização pelo cuidado por parte das Equipes de Saúde e comunidade, é a construção e formalização de meios preventivos dentro da aldeia. Este processo torna-se impactante podendo gerar, na comunidade, práticas de auto cuidado que se difundirá no futuro.

Este trabalho, por si, torna-se de uma fundamentalidade extrema na intenção do cuidado com saúde dos indígenas Pankará, em foco aqui à aldeia Enjeitado, pois evidencia que a Hipertensão e a Diabetes são problemas reais no dia a dia da comunidade e que gera preocupação por parte dos profissionais de saúde, ora visto outros agravos que estes dois problemas podem gerar. Assim é de grande valia o conhecimento, o diagnóstico, a participação social com seus saberes e práticas, no cuidado com a saúde dos indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORAIS; P. A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE. Politize!, 2018. Disponível em: <www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-de-saude-publica-no-brasil> Acesso em: 29 mar. 2020.

ALDEIA ENJEITADO, SERRA DO ARAPUÁ, CARNAUBEIRA DA PENHA-PE. Disponível em: Acesso em: 10 jul. 2020.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP- Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

ATENÇÃO À SAÚDE: DAS CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÕES AO SUS. Disponível em: <www.otempo.com.br/opiniao/fatima-oliveira/atencao-a-saude-das-caixas-de-aposentadoria-e-pensoes-ao-sus-1.207270> Acesso em: 29 mar. 2020.

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO [Recurso Eletrônico]. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. - 1 ed. rev.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CONTROLE DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DA MAMA. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. - 2 ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

COSTA DC. POLÍTICA INDIGENISTA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOEL NUTELS E O SERVIÇO DE UNIDADES SANITÁRIAS AÉREAS. Caderno de Saúde Pública, vol3 n.4. Rio de Janeiro Out. Dez. 1987.

DIABETES, HIPERTENSÃO E OBESIDADE AVANÇAM ENTRE OS BRASILEIROS. Disponível em:<www.unasus.gov.br/noticia/diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros> Acesso em 15 dez.2020.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU). Despacho nº1, de 19 de abril de 2018. Ministério da Justiça/ Fundação Nacional do Índio, 2018.

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (DSEIs). Disponível em: <www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/DSEIs> Acesso em: 13 fev. 2020.

DSEI PERNAMBUCO 2015. Disponível em: <www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudeindigena/dseipernambuco.html> Acesso em: 05 jul. 2020.

FERNANDES MNF, NÓBREGA AR, MARQUES RS et al. UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL. Revista de Enfermagem UFPE, Recife Nov. Dez. de 2010. p.1954

LEI ÁUREA. Disponível em: <www.wikipedia.org/wiki/Lei_Aurea> Acesso em: 29 mar. 2020.

PIRÂMIDE ETÁRIA DO BRASIL. Disponível em: <www.infoescola.com.br/piramide-etaria-do-brasil> Acesso em: 31 out.2020.

POVO: PANKARÁ. Disponível em: <www.pib.socioambiental.org/pt/Povo:Pankara> Acesso em: 13 fev. 2020.

RELAÇÃO ENTRE A MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA E A BIOMEDICINA É TEMA DE DEBATE. Disponível em: <www.portal.fiocruz.br/noticia/relacao-entre-medicina-tradicional-indigena-e-biomedicina-e-tema-de-debate> Acesso em: 05 jul.2020.

RESUMO DO RELATÓRIO CIRCUNSTACIADO DE IDENTIFICAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA TERRA INDÍGENA PANKARÁ DA SERRA DO ARAPUÁ (PE). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. DESPACHO Nº 1, DE 19 DE ABRIL DE 2018.

RODRIGUES, Cris. DITADURA NÃO GARANTIA ACESSO À SAÚDE PÚBLICA; SUS SURGE APENAS NA REDEMOCRATIZAÇÃO. 2019. Disponível em: <www.brasildefato.com.br/2019/04/04/ditadura-nao-garantia-acesso-a-saude-publica-sus-surge-apenas-na-redemocratizacao> Acesso em: 29 mar.2020.

RODRIGUES, Douglas e MENDONÇA, Sofia. POLÍTICA INDIGENISTA DE SAÚDE. 2018. Disponível em: <www.si4.unasus.unifesp.br/pluginfile.php/3592/mod_resource/content/3/12%20Politica_indigenista_1_UNASUS2018_v1.pdf> Acesso em: 29 mar. 2020.

SANTOS, M. Caminhos do conhecimento: Itinerários da produção científica em Saúde Coletiva. 1ª Edição. São Paulo:Alexa Cultural. 2019.

SCHWARTZ, Lilia Moritz e SATARLING, Heloísa Murgel. Brasil: uma biografia. São Paulo: Companhia de Letras, 2015, p. 209.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA SESAI/MS. Disponível em:
<www.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/maio/30/Apresentacao-Secretaria-Especial-de-Saude-Indigena.Pdf> Acesso em: 05 jul. 2020.

SIASI/ POLO BASE PANKARA. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena do Polo Base Pankará. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

TAXA BRUTA DE NATALIDADE POR MIL HABITANTES -BRASIL- 2000 A 2015. Disponível em:<www.brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade.html> Acesso em 31 out.2020.

TAXA DE FECUNDIDADE NO BRASIL. Disponível em: <www.mundoeducaçao.uol.com.br/taxa-de-fecundidade-no-brasil> Acesso em: 31 out.2020.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL -SISVAN: ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA A COLETA, PROCESSAMENTO, ANÁLISE DE DADOS E INFORMAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE/ [Andhressa Araújo Fagundes et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.