



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANDREY MATEUS CARVALHO SCHERZER POLESSO

INSEGURANÇA ALIMENTAR NA ALDEIA FURO SECO: DSEI ALTAMIRA

SÃO PAULO  
2021

ANDREY MATEUS CARVALHO SCHERZER POLESSO

INSEGURANÇA ALIMENTAR NA ALDEIA FURO SECO: DSEI ALTAMIRA

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: ANAPAULA MARTINS MENDES

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

Esta dissertação tem como apanhado geral o cotidiano vivenciado pelo médico e enfermeira de área, assim como outros integrantes da equipe multidisciplinar de saúde indígena - EMSI da micro área da volta grande do Rio Xingu, considerando como base anotações, observação em campo, registros de prontuários e do SIASI/SISVAN, do DSEI Altamira que abrange 6 (seis) municípios do estado do Pará, que tem uma grande dificuldade de logística para atenção das diferentes etnias da região, tendo possíveis problemas na saúde comunitária, devido à ausência de um olhar mais profundo na saúde indígena, que vá além das metas taxadas pelo MINISTERIO DA SAÚDE/SESAI, algo que seja próprio do povo indígena e reflexo de seu território; Com a preocupação da EMSI na realidade apreciada in loco, no território da etnia Juruna, Terra Indígena Paquiçamba, em especial o território de estudo escolhido, a aldeia Furo seco da Volta grande do Xingu, (constituída por vinte famílias, um total de 68 pessoas), na qual são realizadas ações de Atenção Primária em Saúde na UBSI Furo Seco, onde temos uma Técnica em Enfermagem, um AIS, um AISAN e uma equipe itinerante, que apoia os atendimentos nesta área, composta por médico, enfermeira, sendo atenção deste geralmente durante as vacinas do calendário nacional, já o nutricionista, dentista e psicólogo, suas visitas são ainda mais raras neste território, sendo assim um dos motivos para escolha desta aldeia o descaso na atenção na saúde, facilidade de diálogo na língua portuguesa, o preconceito de outras etnias com o povo Juruna.

Conseguimos verificar que a insegurança alimentar é um problema de saúde comunitária, devido ao impacto ambiental gerado “progresso da região” nos últimos anos sendo esta, inadvertida ou negligenciada pelas pessoas desta aldeia, devido a possíveis causas como: deterioro da qualidade nutricional (uso de alimentos industrializados), perda de costumes tradicionais e mudanças de hábitos alimentares que veio junto com a “modernização forçada”, trabalho remunerado e conseqüentemente a substituição do aleitamento materno cada vez mais precoce. Para entender o fenômeno de transição alimentar é necessária a percepção dos diferentes contextos quando estudamos populações indígenas, portanto, a melhor forma de mudar a situação da saúde da aldeia Furo seco para dar um melhor futuro e condições de vida ao povo Juruna, é através da educação permanente, sendo primordial o AIS/AISAN, o técnico de enfermagem, pois são o elo mais forte que nos une a comunidade que permitirá a detecção precoce, assim como também a correção de problemas de saúde, seja através melhorias na qualidade de atenção, do saneamento, do tratamento de água potável, encabeçar palestras na escola em conjunto com professores indígenas e a atuação dos alunos como agentes de mudança, a importância consultas de crescimento e desenvolvimento da criança, avaliação nutricional das pessoas, a integração das autoridades locais (cacique, anciões, parteiras, raizeiros) para informar sobre a importância dos alimentos que constituem uma refeição e a principal função de cada uma deles, além de articular a socialização de cultivos tradicionais e bons hábitos alimentares, propor alternativas eficazes e meios concretos de como manter e recuperar a saúde, como também formas de descarte de lixo trazido da cidade.

### **Palavras-chave:**

Saúde de Povos Indígenas. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Saúde Indígena. Hábitos Alimentares.

## APRESENTAÇÃO

Nasci em Santo Ângelo das Missões, Rio Grande do Sul, porém fui registrado no Maranhão e aos meus dois anos de idade devido às dificuldades e as grilagens de terra que minha família vinha sofrendo migraram para a Bolívia, país em que até os dias atuais meus pais ainda moram.

Fui criado em fazendas no convívio com mato (fauna e flora) do pantanal da fronteira que vai de Corumbá- MS até Cáceres - MT e escolhi estudar medicina em Santa Cruz de La Sierra, não como uma opção de caminho para chegar à riqueza, mas sim como um caminho diferente de tudo aquilo que eu conhecia na roça, gado tratores caminhões, e até certo ponto eu tinha uma grande “fome, curiosidade do ser humano”.

Em setembro de 2016 me formei pela Universidade de Aquino Bolívia - UDABOL, logo de alguns meses comecei a fazer plantões em hospitais públicos da Bolívia até conseguir um emprego em uma UBS na cidade de Roboré, na qual sempre era enviado alunos brasileiros para fazer o serviço rural e ajudar atender as comunidades de agricultores e indígenas da região de Águas Calientes, onde conheci um estudante de medicina proveniente do Pará. O mesmo me comentou sobre o DSEI Altamira e a saúde indígena, com todas as suas dificuldades, deficiências e aventuras; Após essa conversa que muito me despertou o interesse, passado um ano, me inscrevi para o programa Mais Médico do Governo Federal brasileiro e consegui uma vaga para trabalhar com os indígenas atendidos pelo DSEI Altamira, justamente com as comunidades indígenas habitantes do Rio Xingu, no estado do Pará. Iniciei minha jornada em fevereiro de 2019 e passei a integrar a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI em Altamira, atuando com 9 diferentes etnias. Atualmente a divisão de serviços entre a EMSI do DSEI Altamira se dá por micro área de atendimento. A área que atendo corresponde aos território dos Jurunas, Araras (Volta Grande do Xingu), Parakanãs (Alto Xingu), Xikrin e Kayapó (Baixo Bacajá). O trabalho junto ao DSEI Altamira se torna uma surpresa, já fiz de tudo um pouco desde andar mais de 15 quilômetros a pé, arrastar canoa por rios secos até naufragar e ficar duas noites a espera de auxílio; Pequenos detalhes que dão um toque especial na saúde indígena, que me motivam a cada dia que acordo. É uma nova emoção a se viver.

Fig. 1 Retrata o conflito social dos conceitos da biomedicina moderna para realizar um atendimento em locais onde a existência de recursos é escassa.



FONTE: Própria do autor, Atenção primária de Saúde, Aldeia Itamaratá, 2019.

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

O DSEI de Altamira conta com uma (01) sede na cidade de Altamira e atende a onze (11) terras indígenas (TI), distribuídas em seis (06) municípios que são: Porto de Moz, Anapú, Senador José Pórfiro, Vitória do Xingu, São Félix do Xingu. O Pará faz limites com os seguintes estados: Amapá ao Norte, Roraima a Noroeste, Amazonas a Oeste, Mato Grosso a Sul, Tocantins a Sudeste, Maranhão a Leste; além do Suriname e Guiana ao extremo Norte.

O Pará possui uma densidade demográfica considerada baixa, sendo superada apenas por Rondônia em sua macrorregião. A densidade demográfica equivalia a 6,70 habitantes por quilômetro quadrado conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2018). Existem duas regiões metropolitanas no estado: a Belém e Santarém, com população de 2,5 milhões e 335 mil habitantes, respectivamente.

O DSEI Altamira está sediado no município de Altamira (maior município em extensão do Brasil), no estado brasileiro do Pará. Sua atuação abrange os municípios de Senador José Pórfiro, Anapú, Porto de Moz, São Félix do Xingu, Vitória do Xingu e Altamira. Segundo dados coletados PDSI Plano distrital de saúde indígena, apontava uma população de 4.295 (Quatro mil duzentos e noventa e cinco) indígenas, divididos em 83 (Oitenta e três) aldeias, em 9 diferentes etnias, a saber, Xikrin, Kayapo, Kuruaia, Arara, Araweté, Parakanã, Xypaia, Asurini e Juruna, para alguns a mistura Araras da Volta Grande do Xingu, como mais uma etnia fechando um total de 10 etnias em aldeias dispersas em 12 (Doze) terras indígenas - Apyterewa (773 mil ha), Arara (274 mil ha), Arara Volta Grande do Xingu (26 mil ha), Araweté Igarapé Ipixuna (941 mil ha), Cachoeira Seca (734 mil ha), Juruna do Km 17 (2 mil ha), Kararaô (331 mil ha), Kwatinemo (388 mil ha), Kuruaia (167 mil ha), Paquiçamba (4 mil ha), Trincheira Bakajá (151 mil ha) e Xipaya (179 mil ha) - totalizando uma extensão territorial de 3.970.000 (três milhões e novecentos e setenta mil hectares), distribuídas nos cinco municípios inicialmente citados como acesso as mesmas se utiliza os modais terrestre, aéreo e fluvial. Há uma grande dificuldade de logística tanto fluvial quanto terrestre, até mesmo aéreo, haja vista que o território é demasiadamente grande e de difícil acesso em determinadas localidades. DSEI Altamira (2019)

A região possui um clima equatorial bem característico da Amazônia, húmido e quente, com estação chuvosa bem marcado (FISCH, 1998. Pág. 102). A região está cercada por uma geografia com relevos bem acidentados, por subidas de ladeiras com inclinação bem acentuadas; por florestas frondosas típicas da região amazônica que os provê de caça, pesca, e da agricultura como ser pequenas roças de mandioca e cará, além do extrativismo da castanha, babaçu, cacau, cupuaçu, pequi rosa, comenta Marcio Souza, encarregado de projetos sustentáveis da Unyleia.

Os rios caudalosos de águas bem violentas (rebojos, redemoinhos e cachoeiras) que no verão amazônico dificulta ainda mais o acesso destas aldeias, por outro lado ajuda a delimitar com outras etnias ou com ribeirinhos da Reserva extrativista Chico Mendes.

Fig. 2 Croqui de localização das Aldeias do Distrito Sanitário Especial Indígena-Altamira.

## CROQUI DE LOCALIZAÇÃO DAS ALDEIAS DSEI - ALTAMIRA



Fonte: Plano Distrital Saúde Indígena DSEI- Altamira, 2019.

### 1.1 PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS

Com a crescente interação do “branco” com o povo indígena vem gerando transtornos através do consumo de produtos industrializados, como diabetes, obesidade, hipertensão arterial e também produzindo o acúmulo de lixo inorgânico nas aldeias. A mineração ilícita realizada por garimpeiros não bem nas terras indígenas, porém nas proximidades geram também problemas socioambientais não só porque contaminam a água, mas também pela tensão e preocupação de futuras invasões de terras; e por último a construção da usina Belo Monte e por mais que esteja a 300 km de distância afetou a pesca, o território e ao transporte fluvial destas aldeias.

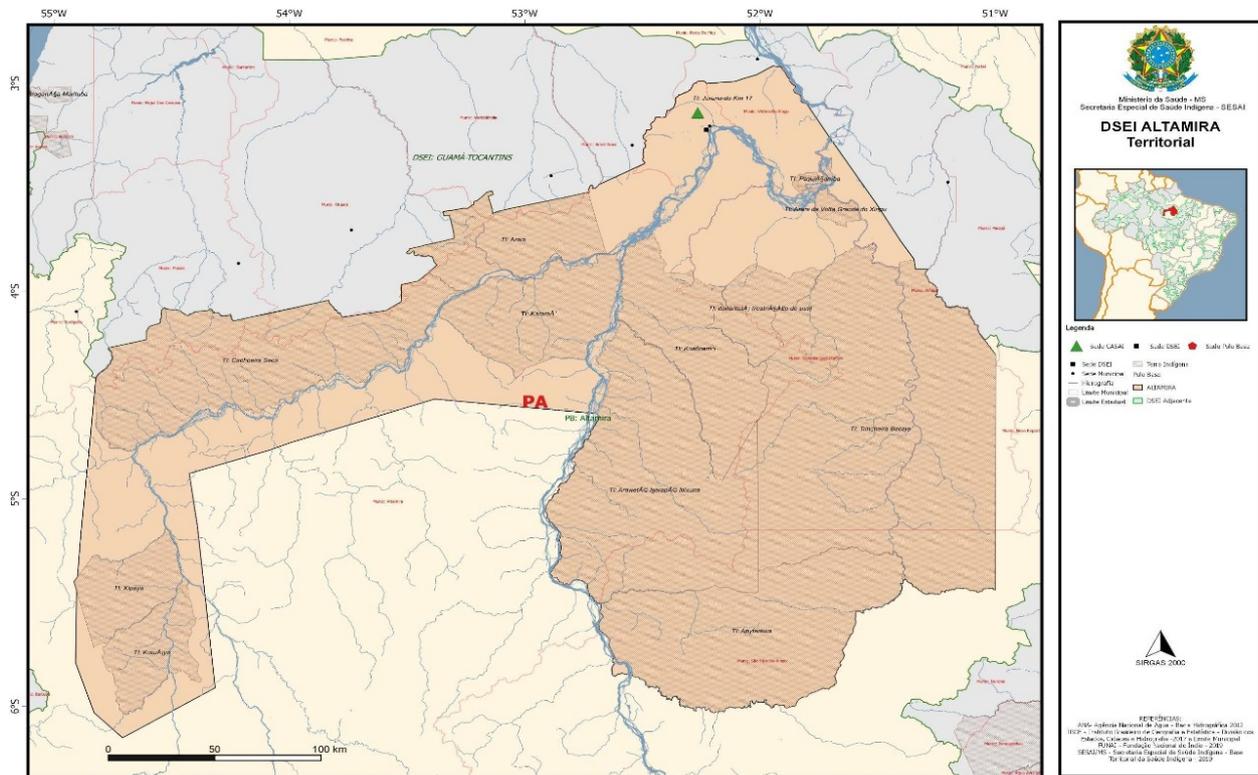
Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira é uns dos quatro DSEI,s que integram o atual Subsistema de Atenção indígena no Estado do Pará. Altamira está localizada ao norte do Pará cerca 740 km da capital do estado do Pará. Tem sua sede no Município de Altamira.

O clima na área de abrangência do DSEI Altamira é quente e húmido tropical. Divide-se em um período mais chuvoso que inicia período de novembro a março e período estiagem que vai de abril a setembro. Com vegetação bem característica, Floresta de árvores altas imperiosas como: Castanheiras, mogno, ipê, cedro, estas consideradas árvores de lei e genuinamente amazônica. Os rios que abrange o Vale Xingu como e conhecida à área DSEI Altamira abrange são: Bacajá, Iriri e Curuaia, sendo o principal imperioso rio Xingu. Os rios em sua maioria são trafegáveis por embarcações de pequeno porte chamadas de voadeiras canoas, e balsas. Em certa as condições hidrográfica encontramos pedras, correntezas e cachoeiras. Em maior parte, a navegabilidade se dar no período chuvoso. Sendo que no período estiagem muito dificultoso o acesso. Os rios do vale do Xingu têm boa qualidade da água, a exceção de alguns que já estão tendo a qualidade da água prejudicado pela presença dos garimpos instalados de maneira ilegal muitos em terras indígenas expondo ainda mais os povos tradicionais e ribeirinhos que das águas fazem sua sobrevivência. O relevo do médio Xingu área atendida pelo DSEI Altamira mistura se pequenas e medias montanhas e planície com terreno argiloso arenoso e pedregoso.

## 1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

DSEI Altamira é responsável pela atenção básica a um total de 4.323 indígenas dividido em 82 aldeias e Dez etnias: Arara da volta grande, Arara cachoeira seca, Assurini, Parakana, Araweté, Xipayá, Juruna, kayapo, Xikrin e kuruaya, com abrangência de seis (06) municípios: São Félix Xingu, Senador José Porfírio, porto de Moz, Anapú, Vitória Xingu, Altamira.

Fig. 03 Mapa geográfico das Terras Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena - Altamira.



## 1.3 ASPECTOS SOCIOAMBIENTAIS

Hoje, DSEI Altamira conta com apenas uma única CASAI (casa de apoio a saúde indígena), e uma única casa do índio gerido pela FUNAI, ambos no município de Altamira. Levar o atendimento a essas comunidades chega ser desafiador e exige do profissional de saúde, muita garra, determinação e espírito aventureiro, expondo os profissionais a intempéries da natureza, risco de acidentes em estradas quase que intrafegável, risco de navegar em rios com pedras, rebojos, cachoeiras e acidente com animais selvagens e peçonhentos.

A implantação da hidrelétrica belo monte no rio Xingu trouxe vários impactos físico, ambiental e econômico, agravando ainda mais as condições dos aldeados já que a água passou a serem da represada pela barragem, dificultando acesso fluvial ainda mais em algumas rotas, aldeias indígenas. Trazendo impactos negativos no que se refere às atividades de Subsistência como a pesca e a caça. DSEI Altamira (2019).

Para implantação da obra da Hidrelétrica de Belo Monte a empresa fez diversos acordos com as lideranças indígenas, dentre os acordos: construção de casas, módulos e postos de saúde, compra de embarcações motores geradores de luz, caminhonetes, motocicletas e quadriciclos. Hoje indígenas contam com uma cota de combustível mensal que varia de acordo tamanho da aldeia. Tais acordos possui um caráter meio duvidoso no que se refere à melhoria um exemplo bem claro e entrega de veículos sem os habilitarem a dirigir, feito este que trouxe diversos acidentes até mesmo fatais entre eles aumentando ainda mais a demanda na saúde por parte DSEI. Vários casos de acidente vêm sendo relatado nas comunidades. A sim também como a facilidade de vir às cidades se divertirem. Expondo a doenças urbanas como: dengue, gripe, alcoolismo. Muitos recebem bolsa família e auxílio gravidez aonde eles vêm à cidade fazer a retirada dinheiro compram alimentos industrializados. Muitos

estão se alimentando com alimentos industriais. Com a vinda para a cidade os mesmos ficam expostos a doenças crônicas não infectocontagiosas como: obesidade, hipertensão, diabetes e seus agravos, está virando quase que epidemia entre eles doenças estas que não eram antes encontradas nos povos, com facilidade de recursos materiais e financeiros, aos poucos vão abandonando as práticas tradicionais, segundo relata a liderança Manoel Juruna.

É notório o impacto nas Terras Indígenas (TI), vêm sofrendo inúmeros prejuízos ambientais, causados com a implantação de grandes projetos hidrelétrico conforme outro fator que tem modifica é a cultura e os modos de vida dos povos indígenas possuem uma forte relação com a natureza, como nos coloca Dantas (2004).

A energia elétrica é uma das bases do desenvolvimento, conseqüentemente é um dos principais influentes na questão ambiental, estando no cerne das discussões do desenvolvimento sustentável. A Usina Hidrelétrica de Belo Monte construída no Rio Xingu, no município de Altamira no Estado do Pará, passou desde o seu primeiro projeto por várias mudanças e discussões, principalmente na questão das terras indígenas, causando impactos na organização físicos territoriais e socioculturais, além do desequilíbrio nas condições de saúde e alimentação DSEI Altamira (2019).

Tais impactos não se limitam somente ao meio ambiente, mas, sobretudo as várias populações indígenas que são direta ou indiretamente afetadas, pois utilizam o rio Xingu para obtenção de alimentos como a pesca para o consumo, que é muito importante porque fornece proteínas. Atividades econômicas dos povos indígenas caça, a pesca, a agricultura e a coleta de frutos da floresta. A castanheira árvore comum da Amazônia bastante encontrada nas terras indígenas. Eles vendem o fruto que conhecemos como castanha do PARÁ, e usam como fonte de renda junto com venda de coco babaçu. Algumas aldeias utilizam agricultura do cacau para renda extra, e para consumo próprio o cultivo banana, macaxeira, batata e açaí este muito consumido por todos.

A caça é uma das principais fontes de proteína eles comem mutum, pássaros, jaboti, anta, porcão e veado, paca e cutia. Junto com caça a pesca segue como uma das principais atividades econômicas das espécies como: pintado, pescada, o tucunaré é o mais encontrado conforme Mantovanelli (2016, p.167-169). No entanto as preocupações dos Xikrin voltavam para as datas do cronograma de construção da obra e o cumprimento das condicionantes. Para Carneiro (2015, p.34) "As conseqüências da implantação da UHE Belo Monte não são apenas ambientais e não se refletem somente na atividade produtiva".

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

No início da colonização portuguesa, a assistência à saúde dos povos indígenas foi realizada por missões religiosas, posteriormente. Em 1889, os atores da saúde pública Brasileira, eram os missionários onde faziam atendimento as comunidades mais carentes e vulneráveis como caso dos indígenas

O Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI) criado pelo decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910, tinha como objetivo a pacificação e proteção dos grupos indígenas, bem como o estabelecimento de núcleos de colonização com base na mão de obra sertaneja. Em 06 de janeiro de 1918 pelo decreto Lei nº 3 454 foi criado o Sistema de Proteção ao Índio (SPI). A atuação do SPI se manteve com foco na pacificação de grupos indígenas em áreas de colonização recente, assim como desenvolvia atividades relacionadas à saúde.

Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde, com o propósito de oferecer ações básicas de saúde a populações indígenas e rurais em locais de difícil acesso. Na década de 1960, sob a acusação de genocídio, corrupção e ineficiência o SPI foi investigado por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) e em 1967, durante o regime militar.

O Projeto de Lei n.º 4.681 de autoria do deputado e grande sanitarista brasileiro, Prof. Sérgio Arouca ficou conhecido como Lei Arouca e só foi aprovado e regulamentado através da Lei 9.836/1999, cinco anos depois, após lenta tramitação no Congresso Nacional. Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento de serviços para as comunidades indígenas. A X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, novamente colocou a necessidade de se definir uma política setorial específica para os povos indígenas, de acordo com as deliberações da II CNSPI, propondo para isso a realização da III Conferência Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Em 1918, a Localização de Trabalhadores Nacionais passou a constituir um órgão próprio. Entre 1930 e 1934, o SPI passou a se vincular ao Ministério do Trabalho. Entre 1934 e 1939, passou a pertencer ao Ministério da Guerra, por meio da Inspeção de Fronteiras.

Em 1940, voltou ao Ministério da Agricultura e, posteriormente, passou para o Ministério do Interior. O órgão organizou várias expedições de reconhecimento no território nacional, recolhendo grande quantidade de informações e objetos dos índios brasileiros. Nessas expedições, vários nomes se destacaram, como o Marechal Rondon, Curt Nimuendajú e os irmãos Villas-Boas. Anais (2017).

Em 1956 o Serviço de Unidade Sanitário Aéreo (SUSA) foi criado no âmbito do Ministério da Saúde com o objetivo de prestar serviços aos índios e às populações de difícil acesso onde eram realizados dentre outros ações de vacinas, controle e vigilância da tuberculose e doenças infecto contagiosa. Em 1956 foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) criada com objetivo de atender as necessidades indígenas e no mesmo ano extinto por rumores de estarem fazendo ações de violência contra povos indígenas Anais (2017).

Em 1970, a (FUNAI) inicia um novo modelo de trabalho a partir das Equipes Volantes de Saúde (EVS) onde também não foi bem vista já que também estavam, acontecendo os genocídios que ajuda saúde das comunidades. EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer e não garantiam acesso à todos os povos indígenas, somente àqueles que estavam em situação de surto ou algum problema específico relacionado a algum agravamento em saúde.

A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI) aconteceu no 26 a 29 de novembro de 1986, em Brasília/DF onde as lideranças de várias comunidades indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil para discutir uma proposta de Diretrizes à Saúde do Índio. *O SUS foi criado a partir da Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 e 8.142/1990 reconhecendo povos indígenas como cidadãos não mais tutelados pelo estado Brasil (2008).*

Em 1991 cria se DSY Distrito Sanitário Yanomami. Foi criada, a fim de enfrentar a grave situação dos Yanomami, ameaçados de extinção pela situação epidemiológica desastrosa deixada nas suas terras pela invasão garimpeira

do fim dos anos oitenta, a FUNASA experimentaram no DSY, de 1991 a 1998, todas as formas possíveis de contratação de pessoal de saúde, sem resultados satisfatórios.

1992 - Criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) A CISI, foi formada por representantes do Governo Federal (Ministérios da Saúde e da Justiça), de Universidades e de organizações não-governamentais (ONGs) e por representantes indígenas, tem por atribuição assessorar o Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena.

1993 - II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas: reitera a defesa do modelo dos DSEIs como base operacional, no nível do SUS, para o modelo de atenção à saúde das populações indígenas, os quais deveriam ser ligados diretamente ao MS e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena. Logo em 1994 - Decreto no 1.141/94. Revoga o Decreto no 23/1991. Constitui a Comissão Intersetorial de Saúde e devolve, na prática, a coordenação da saúde indígena para a FUNAI. Em 1967 - Criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Ações de saúde esporádicas através das equipes volantes criadas em cada Delegacia regional da FUNAI. O Ministério da Saúde colaborava com o controle das principais endemias. Uruhi (2004).

Em 1986 - I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio a) a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde; b) a importância de respeitar as especificidades étnicas e socioculturais e as práticas terapêuticas de cada grupo; c) a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde; d) e a criação de uma agência de saúde específica para assuntos indígenas. Primeira proposição do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) sob a gerência do Ministério da Saúde. Conforme Uruhi- (2004).

Para Uruhi (2004) em 1999 com o Decreto no 3156/99 e "Lei Arouca" (no 9.836). A saúde volta a ficar a cargo do MS: "O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela FUNASA".

Em 1999 A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) há conflito de atribuição e articulação entre Ela direciona as ações de saneamento para as comunidades cujos indicadores de saúde denotam a presença de enfermidades causadas pela falta e/ou da inadequação de saneamento. Atua apoiando técnica e/ou financeiramente o desenvolvimento de ações de saneamento Wikipédia (2019).

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) Foi criado pela Lei 5.371, de 5 de dezembro de 1967 Wikipédia (2019) Lei Arouca, onde a saúde indígena começa fazer parte do sus de fato e de direito, através da criação do Subsistema de Saúde Indígena (SASI). A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena aconteceu em 2001, na Cidade de Luziânia Goiás a mesma tinha como finalidade analisar os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Em 2002 gestões saúde indígena passa ser gerida pela FUNASA.

Em 2006 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena onde se discutia como tema central os distritos sanitários de saúde indígena. Em 2010 a gestão da saúde indígena fica a cargo da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Entre as atribuições da SESAI destacam-se: desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; e realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena Francesco, Nóbrega, Marques, Simpson (2010).

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são unidades de responsabilidade sanitária federal correspondente a uma ou mais terras indígenas criadas pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999. O DSEI se baseia em modelo de gestão de atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentaria, financeira e com responsabilidade sanitária. A organização de responsabilidade sanitária também não é o município. O DSEI pode agregar vários municípios e inclusive unidades federativas diferentes. Os territórios foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas é pautada não apenas por critérios técnicos operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não

coincide com os limites de Estado e Município onde estão localizadas as terras indígenas.

## **2.1 A ESTRUTURA DE ATENDIMENTO NO DSEI**

O Polo Base Tipo I caracteriza-se por sua localização em terras indígenas. O Polo Base Tipo II localiza-se no município de Altamira Pará com CASAI e o DSEI localizado na mesma cidade Altamira, abrangendo seis (06) municípios todo no Estado do Pará com 82 aldeias tendo como Polo o Município de Altamira. Numero e localização de CASAI A rede de serviço tem como base de organização serviços de saúde nas aldeias que contam com a atuação AIS atividade vinculadas ao posto de saúde, AISAN fica com responsabilidade da atenção básica.

As demandas que surgirem à capacidade de resolução no nível atenção primária são direcionados para uma rede já pactuada previamente, seja em serviço especializado na sede do próprio município ou no mais próximo ao hospital de pequeno médio porte a depender da complexidade do caso, como é o caso do hospital regional de Altamira. Os pacientes necessitam atenção de alta complexidade é referido aos grandes centros em maior parte capital Belém. Importante destacar que essa rede recebe incentivo por meio de diferenciação de financiamento pela SAS+MS, o que pode corresponder a até 30% a mais do que pelo atendimento prestado aos pacientes não indígenas. DSEI ALTAMIRA (2019)

A Casa de Saúde do índio (Casai) são locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia (UBSI) para que sejam atendidas as demandas de média e alta complexidade na rede do SUS. Localizadas em município de referência tem como função facilitar o acesso da população indígena ao atendimento secundário ou terciário, servindo de apoio servindo de apoio entre a aldeia e rede de serviços do SUS, através de: Transferência e contra referência com rede do SUS e serviço de tradução para os que não falam português. Recebimentos pacientes e acompanhantes encaminhados pelo DSEI, e fornecimento alimentação aos pacientes e acompanhantes adurentes período de tratamento. Prestação assistência enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação, assim como acompanhamento dos pacientes para consulta, exames e internações hospitalares.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) é órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente para o exercício do controle social das ações de saúde indígena, vinculado jurídica e administrativamente ao distrito sanitário indígena. Tem como finalidade aprovar plano distrital de saúde indígena, bem como acompanhar, planejar, avaliar fiscalizar supervisionar e deliberar sobre ações relacionadas à saúde indígena no território de abrangência do DSEI, sobre qualquer serviço de saúde prestado por instituição pública privado e entidades não governamentais, conveniadas ou não e a sua prestação de contas.

De acordo com o Regimento Interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena - (CONDISI) no Capítulo III da Composição se dar por 50% de usuários representando os povos indígenas do DSEI indígenas de todas aldeias e 25% de representantes do governo de prestadores de serviço privados e conveniados que são secretarias estaduais, representantes CONSEMS, representantes da FUNAI representante da ONG e representante SESAI, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde indígena que são trabalhadores que atuam na saúde indígena com a seguinte estrutura: plenária, presidência vice p residência, secretaria executiva e comissões.

## **2.2 CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE ALTAMIRA**

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) pertencente ao DSEI Altamira foi criado em consonância com as propostas e diretrizes regulamentadas pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS); instituído nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução CNS/MS nº 453, de 10 de maio de 2012, sendo um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente para o exercício do controle social das ações de saúde indígena, vinculado jurídica e administrativamente ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira-PA - DSEI-ATM. Segundo, o Regimento Interno Do Conselho Distrital De Saúde Indígena de Altamira - CONDISI-ATM:

## **2.3 DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO**

Em acordo com o Art. 4º ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Altamira, aplica-se o princípio da paridade, sendo composto, portanto por 50% de usuários, representados pelos povos indígenas do Dsei-ATM; 25% por trabalhadores da saúde indígena e 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, conforme dispõe a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, composto por 68 membros. Os conselhos serão organizados com plenários;

presidente e vice-presidente, secretaria executiva e comissões.

## **2.4 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 66. O Conselho Distrital de Saúde Indígena – Condisi deverá fazer gestões junto ao DSEI para que seja assegurada dotação orçamentária e financeira anual e no Plano Distrital de Saúde Indígena, com a finalidade de viabilizar as ações de controle social no âmbito do DSEI.

Art. 67. Todas as vezes que se fizer necessário, o Chefe do Dsei, juntamente com o Presidente do Condisi, poderão tomar decisões “ad-referendum” do Plenário do Condisi, submetendo-a para aprovação na primeira reunião ordinária subsequente.

Sendo, assim o Conselho Distrital de Saúde Indígena de Altamira, atualmente está composto por 34 usuários, 17 trabalhadores e 17 gestores. Em função da dificuldade da composição por gestores e prestadores, o conselho distrital de Altamira está adotando estratégias para reestruturar a composição do conselho, dividindo-o em conselhos locais, por terra indígena, para uma melhor aplicabilidade de suas atribuições, bem como a alteração do Regimento Interno. Ressalta-se que a temática está sendo tramitada e discutida com as comunidades indígenas para a reformulação do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) Altamira, bem como dos conselhos locais de saúde indígena (CLSI).

Em relação aos conselhos locais, representados por cada aldeia que compõe o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) Altamira, totalizando 34, é composta por 5 a 15 conselheiros. Na proposta da reformulação, será definido o número de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) por terra indígena com estimativa de doze (12) colegiados equiparando ao número de Terras indígenas de jurisdição do Distrito Sanitário Especial Indígena Altamira.

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

Tomando em conta minha trajetória de vida, na qual cheguei a morar em diferentes regiões do Brasil, e na última década minha família mora na Bolívia, para ser mais específico em uma comunidade indígena, na qual atuei como médico em um período de mais de ano, Águas Calientes, sendo esta não reconhecida pelo governo, por não estar dentro de uma reserva indígena e sim nas margens da transbioceânico (rodovia que liga o atlântico com o pacífico), portanto, o que me levou a escolher como território recorte a etnia Juruna da Terra Indígena Paquiçamba, em especial aldeia FURO SECO da Volta grande do Xingu, pois me identifique física e emocionalmente com o sofrimento deste povo, com isto me refiro a “taxação de imagens” que são vendidas ou até mesmo, do nosso subconsciente como: o indígena é bárbaro, só vive no mato, o índio não fala português, anda sem roupa e que o índio é aquele de pele parda com cabelo lisinho, enfim, todas as imagens que a mídia faz “do índio”, ao preconceito que vivemos entre indígenas e branco ou até mesmo entre as diferentes etnias

Fig. 04 Casa do guerreiro na aldeia Furo Seco.



FONTE: Própria do autor, 2020.

Certa vez, conversando com um indígena (Xokarowara Parkanã- janeiro 2020) me disse: “os jurunas não são índios, não tem língua, não tem cultura, são apenas ribeirinhos”. Isto me fez refletir, e nasceu em mim a necessidade de e investigar, sendo assim, corri atrás de livros, encontrando a obra do príncipe Adalberto da Prússia, traduzida por Eduardo de Lima e Castro, intitulada: Brasil: Amazonas- Xingu. Lançada em Brasília no ano de 2002.

Em seu livro o Príncipe Adalberto da Prússia, narra em seu diário de incursão ao rio Xingu (ADALBERTO, in CASTRO. 2002 p.252).

Comuniquei ao padre minha intenção de visitar as tribos de índios ainda não civilizadas e, se possível, ver também as cataratas do Xingu. Considerou ambas as coisas possíveis e até no curto espaço de tempo de cerca de doze dias, prometendo de levar-nos às tribos dos jurunas mais próximas e a mais interessante.

O autor tomou tal atitude para conhecer os nativos jurunas e o seu contato com o Padre Torquato Antônio de Sousa, que fez a ponte entre estes dois mundos. Segundo Adalberto este clérigo nativo de salinas, apareceu nesta região em 10 de novembro de 1841 e conseguiu a confiança, catequizando e batizando muitos jurunas da região de Sousel (hoje cidade Senador José Porfírio), depois de quase um século em que os irmãos Loyola falharam ao tentar evangelizar de forma forçada, sendo mortos pelos próprios jurunas.

Apesar de perderem a língua materna (yudjá) e não serem respeitados ou reconhecidos como indígenas por outras etnias do MÉDIO XINGU; admito que fiquei impactado com os jurunas da terra indígena do Paquiçamba, para mim estão cheios de riquezas etnoculturais, mesmo após séculos de opressão, entre outras palavras um povo fascinante e inteligente como menciona ((ADALBERTO, in CASTRO. 2002, p.272) em seu primeiro encontro com os jurunas:

Pouco a pouco foram-se juntando mais índios em redor de nós, vindos das cabanas vizinhas, que nos cumprimentavam amistosamente. Pode-se bem imaginar a impressão peculiar que se tem ao sentirmo-nos de repente transportados para uma outra vida e outro meio inteiramente diferente, para o meio dessa gente escura nua, que se move com toda naturalidade e sem embaraçosas cerimônias em volta de nós, em cuja natureza há tanta cordialidade, tanta bonomia, como antes nunca poderíamos ter es perado. E estes eram os chamados "selvagens!". Não podíamos certamente imaginar que fossem assim, pois nada se podia ler de selvagem nas suas fisionomias; pareciam-se também muito pouco com os brancos, puris e coroados das florestas na região do Paraíba do Sul, que queriam fugir de nós, ariscos e desconfiados, e só com muito trabalho conseguíamos aproximarmo-nos deles. Não obstante toda a natureza destes jurunas revelar uma grande ingenuidade lê-se imediatamente no seu semblante que estão num muito mais alto grau de cultura e inteligência do que as tribos selvagens do sul do Brasil.

O que mais me motivou a fazer o estudo sobre essa etnia além da conversa e a leitura seu livro o Príncipe Adalberto da Prússia, foi o descaso do DSEI na saúde, em que recebem atenção médica, avaliação de nutricionista e psicólogo, poucas vezes ao ano porque estão a 2 horas da cidade de Altamira, então se acontece algo eles se deslocam na maioria das vezes por conta própria.

Outra justificativa é a motivação e o preconceito de outras etnias, por perderam ao longo do tempo as raízes culturais e já não falam a língua nativa, fazendo com que as demais etnias não os considere indígenas, a escolha deste território também se justifica pela facilidade e compreensão da língua portuguesa.

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

A população Juruna em 1949, na luta pela sobrevivência, se dividiram em dois grupos sendo, um com 45 pessoas que subiram o alto Xingu e se instalaram aonde hoje vem a ser a reserva do Xingu, e o segundo grupo, menor composto por 12 pessoas lideradas pelo cacique Miratu permaneceram na região da terra indígena Paquiçamba da volta grande do rio Xingu, estes últimos tem características bem significativas que as diferencia das demais etnias, como por exemplo, o tipo de comunicação (português), hábitos, vestimentas, devido ao processo adaptativo que vem sofrendo a mais de três séculos, segundo Brasil (2018, p.23) "documentos de 1625 da coroa portuguesa registram a presença dos jurunas na região da foz do rio Xingu com o Amazonas", como forma de sobreviver ao mundo moderno foram evoluindo.

Atualmente a aldeia Furo Seco da volta Grande do Xingu possui uma população entre crianças, jovens e adultos de sessenta e oito pessoas, constituída por vinte famílias e dezoito casas construídas de alvenaria e madeira, todas elas constam com encanamento de água tratada e poços sépticos (fossas).

Segundo relato de Awila Juruna (ex-estudante) o colégio da aldeia Furo Seco tem em sua infraestrutura uma cantina, duas salas de aula, e um quarto do professor. Quanto a modalidade Ensino Fundamental de nove (09) anos (antiga oitava série). No primeiro ciclo do ensino fundamental, entre o primeiro e o quinto ano, as aulas são realizadas periodicamente em classes multiseriadas, sendo que, do sexto ao nono ano, já no segundo ciclo, o ensino é realizado de maneira modular, tendo aulas de língua portuguesa em um período, aula de matemática em outro, e também são realizadas aulas da língua materna Juruna (Yudja), através da formação continuada de professores indígenas, no entanto o ensino médio precisa ser realizado fora da aldeia utilizando o transporte escolar disponibilizado para que possam se deslocar até a unidade educativa.

Fig.05 Escola de Ensino fundamental Furtunato Juruna.



Fonte: Própria do Autor. Unidade educativa da aldeia Furo seco. 2020.

Em meados do século XIX, o príncipe da Prússia, Adalberto in Castro, (2002, p. 256-323) realizou uma viagem ao Amazonas, na região do Xingu, especialmente para conhecer “os selvagens Jurunas” que estavam acima das rigorosas cachoeiras do Rio Xingu. Partindo de Sousel, hoje cidade de senador Jose Porfirio, em companhia do padre Torquato, o qual conhecia e tinha evangelizado um grupo de 300 Jurunas, se embrenharam na mata, passando pela aldeia Tavaquara - atual cidade de Altamira, com destino à desembocadura do rio Iriri no Xingu, e a partir dali subiram o Xingu, procurando conhecer “a maior colônia indígena Juruna” ainda selvagem (não evangelizados ou batizados) chegando até a ilha Piranhaquara, local onde atualmente encontra-se o colégio de ribeirinhos.

Adalberto in Castro, (2002, p.276) admirado em seu diário detalha minuciosamente os Povos Jurunas. “Além das duas principais entra nos lados mais estreitos, não há outras aberturas, motivo pelo qual reina sempre uma meia escuridão nestas habitações; faltam-lhes também uma chaminé e um fogão, o que, porém, não impe de que se cozinhe sempre nas cabanas. A solução para isto é muito fácil. Junto do fogo há sempre algumas grandes pedras com as quais se arranja um fogão à vontade. Entre os numerosos esteios pendem as redes de algodão dos habitantes em todas as direções, numa confusão de cores. Servem das camas como de assentos, e ficam por isto naturalmente muito baixas, tão baixas que sentado nelas pode-se facilmente alcançar o chão com os pés”.

Castro (2002, p.318) também faz referência a alguns aspectos culturais relacionados a estes povos:

A lua, como imagem da divindade, representa naturalmente um papel entre os jurunas, e o dia da lua cheia é um grande dia de festa para eles. Preparam então, com a raiz da mandioca, uma bebida inebriante, a que chamam “caxixi”, e que à noite os habitantes reunidos na maloca bebem em comum. Assim que os homens ficam num estado de verdadeira excitação, começa a delirante festa da dança. Fora desta festa os homens nunca dançam; só as mulheres.

Após imigração massiva de trabalhadores para a região durante o 2º ciclo da borracha, os jurunas são levados a criar estratégias de invisibilidade étnica e cultural, com vista de pelo menos, sua reprodução física e através dos processos de arranjos socioeconômicos (caça de gatos para o mercado internacional de peles, o garimpo e a pesca comercial) e políticos desfavoráveis para os indígenas jurunas, perderam elementos centrais de sua cultura tradicional, (como a língua Yudjá), Brasil (2018, p. 23).

Atualmente, após muita luta pelo reconhecimento de sua identidade étnica perante a sociedade e entre as diferentes etnias do médio Xingu; em 1983 foi iniciada a demarcação da terra indígena Paquiçamba, localizada na margem esquerda do rio Xingu, formada pelas aldeias Paquiçamba, Furo Seco e Miratu, o qual os conflitos entre indígenas Jurunas, colonos e ribeirinhos se intensificaram após a abertura da rodovia Transamazônica; em 1990 a TI foi homologada com 4348 hectares pelo decreto nº388 de 24/12/1991, no entanto em 2014, a portaria nº 904 do ministério da justiça reconheceu novos limites a TI Paquiçamba, somando 15,733 hectares, porem a nova demarcação física da área segue pendente. (BRASIL, 2018, p. 25).

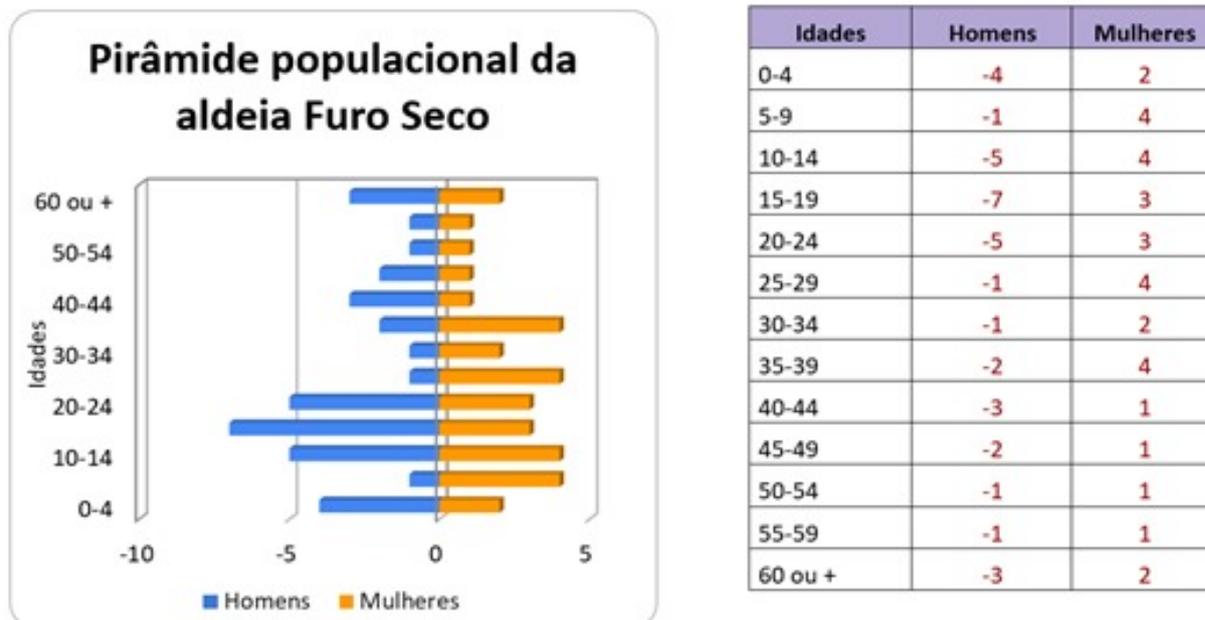
Sobre a relação saúde e bem-estar, algumas pessoas, principalmente os mais idosos ainda fazem uso da medicina tradicional - chás e outros remédios tradicionais, contudo, já não existe a presença de pajés, raizeiros ou parteiras na aldeia, por outro lado todas as ações de Atenção Primária em Saúde são realizadas na UBSI Furo Seco, atendido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira, onde a equipe fixa está composta por uma Técnica em Enfermagem, um AIS, um AISAN e uma equipe itinerante, que apoia os atendimentos nesta área, composta por medico, enfermeira, nutricionista, dentista e psicólogo.

Segundo entrevista com Maria Arlete Juruna, “os desafios são grandes e giram entorno de longos períodos de ausência da EMSI, e longas esperas para conseguir consultas com especialista”.

Para os Jurunas o tracajá é outro recurso aquático de grande relevância, vivendo também da caça que assume grande importância no inverno, em que é coincidentemente, o período em que se obtém retorno menor das pescarias, segundo Brasil (2018, p. 47) “atualmente os indígenas usam espingardas para as suas caçadas. Quando encontram animais cruzando o rio, utilizam também bordunas paus ou porretes e os animais mais abatidos pelos jurunas são o caititu, queixada, paca e capivara.” O extrativismo ainda é realizado na comunidade, do qual prove alimento (castanha do para, açai, bacaba, cupuaçu, babaçu, golosa, camu-camu, oxi e cipó titica), complementando a renda das famílias (bolsa família) e fornecendo matéria-prima para a confecção de casas, canoas e outros artefatos.

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

Fig. 06 A Pirâmide populacional da aldeia Furo seco, dividido por faixa etária e sexo, com um total de 68 pessoas.



Fonte: Aldeia Furo Seco, Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, SIASI, 2020.

Considerando a pirâmide etária de população do território da aldeia Furo Seco, tem uma base ampla e vértice estreito, típico de países subdesenvolvidos onde a natalidade é alta, bem como a mortalidade, sem mencionar uma baixa expectativa de vida, relacionada à qualidade de vida, assim como ao acesso aos serviços de saúde.

Vemos que a população adulta jovem, em especial a masculina, diminuiu de forma drástica devido à saída da aldeia para procura de trabalho, estudos e melhora nas condições de vida ou até mesmo para se casar em outras aldeias ou etnias, com isso também são retirados do censo contando, apenas os Jurunas aldeados, aumentando assim a população feminina desta aldeia na mesma faixa etária, já na faixa etária de 35 a 44 anos vemos um aumento, devido à emigração de população indígena para aldeia, após alguns anos de "cidadinos" para fazer roças e retomar a vida de aldeado próximo à família.

No topo da pirâmide observamos uma equivalência entre a base e o topo da pirâmide, mantendo um equilíbrio entre a população infantil e a idosa, o que pode estar relacionado aumento da população idosa (um total de 5 pessoas) devido a melhoria na prestação de serviços saúde prestada a esta população nos últimos anos após implementação da FUNASA e também pela melhoria na qualidade de vida (estradas, acesso ao transporte, energia elétrica, etc.) resultado, do comprimento das condicionante reivindicadas durante o processo para a construção da usina elétrica de Belo Monte.

Fig. 07 Unidade Básica de Saúde Indígena, Aldeia Furo Seco.



Fonte: Própria do autor. UBS (construída pela Norte energia - Belo monte),2020.

### **PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE**

A mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal da aldeia Furo Seco, atualmente é nula, um reflexo da promoção e prevenção em saúde realizada pelo DSEI Altamira, sendo que a qualidade da Saúde e o acompanhamento em pré-natal um fator determinante na vida das famílias Juruna. Observamos também que em relação à mortalidade geral e mortalidade infantil em menores de 5 anos, não houve registro de óbitos, possivelmente devido à acessibilidade aos centros de saúde e a permanência de um técnico de enfermagem na Unidade Básica de Saúde Indígena, facilitando atenção e qualquer doença, agravo. Acidentes e partos são referenciados para o Hospital geral de Altamira, que fica a 40 minutos de carro, dando assim uma atenção qualificada.

A taxa de natalidade é 14,71% e a taxa de fecundidade 5,56% é baixo reflexo da prevenção a partir de ações de planejamento familiar e ao acesso a métodos contra conceptivos.

<b>Taxa de natalidade =</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no período de um ano}}{\text{n}^\circ \text{ da população geral}}$	x 1000	igual	<b>RESULTADO</b>	por 1000 indivíduos
<b>Taxa de natalidade =</b>	$\frac{1}{68}$	x 1000	igual	<b>14,71</b>	por 1000 indivíduos
<b>Taxa de fecundidade =</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no período de um ano}}{\text{n}^\circ \text{ de mulheres de 15 a 49 anos}}$	x 100	igual	<b>RESULTADO</b>	%
<b>Taxa de fecundidade =</b>	$\frac{1}{18}$	x 100	igual	<b>5,56</b>	%
<b>CMG=</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos}}{\text{população total}}$	x 1000	igual	<b>RESULTADO</b>	por 1000 indivíduos
<b>CMG=</b>	$\frac{0}{68}$	x 1000	igual	<b>0</b>	por 1000 indivíduos

Em relação às análises do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) entre as quanto aos estratos de controle de estado nutricional em crianças menores de cinco anos, neste território, 83% tem um peso adequado para idade como mostra a figura abaixo, porém cerca de 17% possuem muito baixo peso para a idade e existe, portanto, uma necessidade de melhorar o acompanhamento destas crianças.

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>Muito baixo peso para idade (MBPI)</b>				
<b>Cálculo =</b>	$\frac{1}{6}$	x 100	igual	<b>16,67</b>	%
	<b>Baixo peso para idade (BPI)</b>				
	$\frac{0}{6}$	x 100	igual	<b>0</b>	%
	<b>Peso adequado para idade (PAI)</b>				
	$\frac{5}{6}$	x 100	igual	<b>83,33</b>	%
	<b>Peso elevado para idade (PEI)</b>				
	$\frac{0}{6}$	x 100	igual	<b>0</b>	%

Na aldeia Furo Seco na população adulta, assim como na infantil, não há prevalência de obesidade.

<b>Prevalência de Obesidade em adultos =</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos}}{\text{população } \geq 20 \text{ anos}}$	x 100	igual	<b>RESULTADO</b>	%
<b>Classificação por IMC &gt; 30kg/m2</b>					
<b>Prevalência de Obesidade em adultos =</b>	$\frac{0}{37}$	x 100	igual	<b>0</b>	%
<b>Classificação por IMC</b>					

Dentre os agravos mais recorrentes neste território, as doenças infectam-parasitárias apresentam uma taxa de mais de 28%, em menores de 5 anos, enquanto que as infecções respiratórias, apresentam prevalência de 22%, na faixa de 10-19 anos, este último indicador pode estar relacionado com atividades realizadas por este grupo etário como a pesca, pesca de mergulho (peixes ornamentais, tracajá) que fazem parte da economia e sustento da aldeia. Outros agravos também são recorrentes nesta aldeia como descreve aqui os outros agravos que você calculou indicador como sendo os mais recorrentes no teu território.

<b>Prevalência de doença osteomioarticular maiores de 35 anos em 2020</b>	=	$\frac{8}{22} \times 100 =$	<b>36,30%</b>
<b>Prevalência de doenças infecto-parasitárias em menores de 5 anos 2020</b>	=	$\frac{2}{7} \times 100 =$	<b>28,50%</b>
<b>Prevalência de doenças respiratórias de 10-19 anos em 2020</b>	=	$\frac{4}{18} \times 100 =$	<b>22%</b>
<b>Prevalência de doenças gastresofágicas de 20-34 em 2020</b>	=	$\frac{3}{16} \times 100 =$	<b>18,70%</b>
<b>Prevalência de infecções urinárias no sexo feminino da pop. geral em 2020</b>	=	$\frac{5}{32} \times 100 =$	<b>15,60%</b>
<b>Prevalência de infecções urinárias no sexo masculino da pop. geral em 2020</b>	=	$\frac{3}{36} \times 100 =$	<b>8,30%</b>
<b>Prevalência de doença cardiovascular na população geral</b>	=	$\frac{2}{68} \times 100 =$	<b>2,90%</b>

Os aspectos nutricionais, a aldeia conta com casos pontuais de desnutrição infantil, com maior prevalência nos casos de sobre peso e obesidade em alguns adultos. Encontramos poucos casos de hipertensão e nenhum caso de diabetes mellitus no que diz respeito a doenças crônicas não transmissíveis, em se tratando de doenças infectocontagiosas essa de caráter sazonal com maior prevalência de doenças virais.

Desde a década de 1960, o processo de transição nutricional vem ocorrendo no Brasil, devido à mudança dos hábitos alimentares da população a diminuição do consumo dos alimentos in natura, e aumento dos produtos industrializados, que apresentam elevadas concentrações de sódio, açúcares e gorduras conforme Brasil (2013,p.22).

O respeito à diversidade e à cultura alimentar: a alimentação brasileira, com suas particularidades regionais, é a síntese do processo histórico de intercâmbio cultural, entre as matrizes indígena, portuguesa e africana que se somam, por meio dos fluxos migratórios, às influências de práticas e saberes alimentares de outros povos que compõem a diversidade sociocultural brasileira.

De acordo com o texto acima citado a atenção alimenta é um dos fatores fator condicionante e determinante da saúde e da nutrição realizadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e execução e avaliação das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

Apesar de a aldeia contar com fossa séptica e água prevalência os casos de parasitoses e alta, devido uma água

de qualidade duvidosa que eles bebem e baixa higiene pessoal no cuidado que eles têm como, por exemplo, lavar as mãos antes das refeições ou após uso sanitário. Doenças de pele também bastante comum na aldeia.

Em relação ao sistema de saneamento básico e abastecimento de água a aldeia possui água encanada tendo como fonte um poço sem artesianos, eles possuem também uma caixa d'água plástica que serve para armazenar água muitas vezes não são limpas. O sistema de abastecimento de água (SAA) em sua maioria por poço tubular construído pela empresa Norte Energia.

A prevalência de hipertensão arterial é de 5,41% e não há registro de casos diagnosticados de diabetes mellitus, comparadas às taxas apresentadas em nível de Brasil podemos dizer que é baixa; o que pode ser reflexo da boa qualidade de alimentação da população e atividade física exaustiva, neste caso pela "lida" diária nas roças de cacau, macaxeira e outros aspectos da cultura que acarretam na alta prevalência nas doenças osteomioarticulares na população de faixa etária maior de 35 anos de idade, 36% da população, sendo a maior concentração em número de atendimentos realizados durante todo o mês, tanto pelo técnico de enfermagem da aldeia, como pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

<b>Prevalência de Hipertensão Arterial =</b>	$\frac{\text{nº de casos}}{\text{população } \geq 20 \text{ anos}}$	x	100	igual	<b>RESULTADO</b>	%
--	---	---	-----	-------	------------------	---

<b>Prevalência de Hipertensão Arterial =</b>	$\frac{2}{37}$	x	100	igual	<b>5,41</b>	%
--	----------------	---	-----	-------	-------------	---

## INDICADORES DE SANEAMENTO BÁSICO

Em relação ao sistema de saneamento básico, segundo o SESANI (serviço edificações e saneamento indígena) do DSEI Altamira, a aldeia Furo Seco possui um sistema de água potável, extraída do rio Xingu com bomba elétrica, com um tanque de água de 10 mil litros e encanamento a todas as casas incluindo a Unidade de Saúde e a escola local. Já o sistema de esgotamento é através do uso de fossas sépticas, sendo que cada estabelecimento possui sua própria fossa e os banheiros foram instalados 2 metros detrás de todas as construções, com sanitários em louça e ducha. Lembrando que o AISAN (Agente Indígena de Saneamento) é responsável pela rede de abastecimento de água, incluindo ligar a bomba de água, duas vezes ao dia e verificar a qualidade, através da testagem e informar ao SESANI. Em relação ao destino do lixo produzido cada pessoa fica responsável, sendo que a maioria das famílias queima e uma pequena minoria traz até a cidade, já o material usado pela Unidade de Saúde é recolhido pela EMSI responsável.

Fig. 08 Resrvatorio de Agua da Aldeia Furo Seco.



Fonte: Própria do autor. Caixa de água potável da aldeia Furo Seco,2020.

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES, PROGRAMAS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS NO SEU TERRITÓRIO E DADOS COMO: ATENDIMENTOS, COBERTURAS, PROCEDIMENTOS, METAS E AVANÇOS**

O sistema de informação é através de rádio (radiograma) aldeia Furo Seco/DSEI Altamira informando diariamente

as doenças de notificação compulsória e agravos em dois horários 09:00 da manhã e as 15 horas; já se é necessária alguma conduta e feita a comunicação com a CASAI, também via rádio informa a comunidade indígena as principais notícias.

Os eventos e agravos passivos de notificação, seja compulsória, semanal ou mensal são realizadas através de folhas previamente impressas, "as fichas de notificação", tendo para tipo de agravo um formato específico, com as informações necessárias requeridas, sendo as duas primeiras notificações citadas a cima feita de forma imediata através da radiofonia (exemplo: as ficha de acidente ofídico e animais peçonhentos, ou as de doença diarreica e infecções respiratórias aguda), na qual os técnicos de enfermagem, AIS, de cada aldeia comunica o DSEI o agravo através de um documento denominado de radiograma de forma imediata e assim que possível durante as remoções ou troca de técnicos são enviadas os documentos em físico, " as fichas" ao DIASI, em que são acolhidas em cada núcleo correspondente, sendo posteriormente repassadas aos digitadores para que possam registrar no SIASI local, sendo feito "o back up" do sistema e os envios ao SIASI WEB (sistema nacional), em forma semanal. Tomando em conta que a EMSI entra em área uma vez ao mês, a devolutiva do material e informações colhidas pelo seus componentes (enfermeira, médico, psicólogo, nutricionista e dentista), além de ficar registrado nos prontuários, caderno da gestante, caderno da criança das respectivas UBSI das aldeias, e nos cadernos de atenção básica (estes últimos retornam com a EMSI), e as fichas de morbidade com as informações de cada atenção realizada, como também os pedidos de exames, tratamentos e encaminhamentos para CASAI são realizadas ao retornarem de cada viagem as suas respectivas micro áreas, segundo a enfermeira encarregada dos AIS e técnicos de enfermagem das aldeias, Amanda Rodriguez.

Os principais programas de saúde desenvolvidos são aqueles preconizados pelo Ministério da Saúde e que atendem aos grupos específicos como: As ações desenvolvidas pelo DSEI de Altamira a equipe multidisciplinares de saúde indígena (EMSI ) realizam a atenção básica com a equipe multidisciplinares, de saúde, de endemias, e de saneamento. Os programas implantados pelo DSEI de Altamira são Imunização, Saúde da Mulher e da Criança, Saúde do Idoso, Controle à Tuberculose e Hanseníase, Programa DST/HIV e Hepatites, Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Vigilância Alimentar e Nutricional, Saúde Mental Sistema de Abastecimento de Água, e Saneamento Básico e Supervisão dos Profissionais de Saúde.

Em relação os atendimentos, segundo a enfermeira Roseane, são realizados de maneira espontânea com a técnica local, porem quando e a EMSI está em área à prestação de serviço em saúde é feita a domicilio porta a porta realizando ações de imunização, consultas evitando assim aglomerações e também dando maior taxa de atenções, pois adesão das pessoas é maior.

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

Ao tentar realizar uma rede explicativa do território, neste caso aldeia, etnia JURUNA localizada na região da volta grande do rio Xingu, próximo à barragem da Usina hidroelétrica Belo Monte, nos deparamos como inúmeros problemas socioambientais e também conflitos culturais, provenientes da construção da barragem de Belo Monte, junto veio a construção de estradas que liga uma aldeia a outra, construção de casa de madeira e de alvenaria em substituição as suas palhoças e palafitas, construção de novas escolas e doações certas regalias (cotas de cestas básicas, cotas de combustível para pescar, implementação de projetos de roças fixas de cacau, pimenta do reino, criação de peixes em tanques rede).

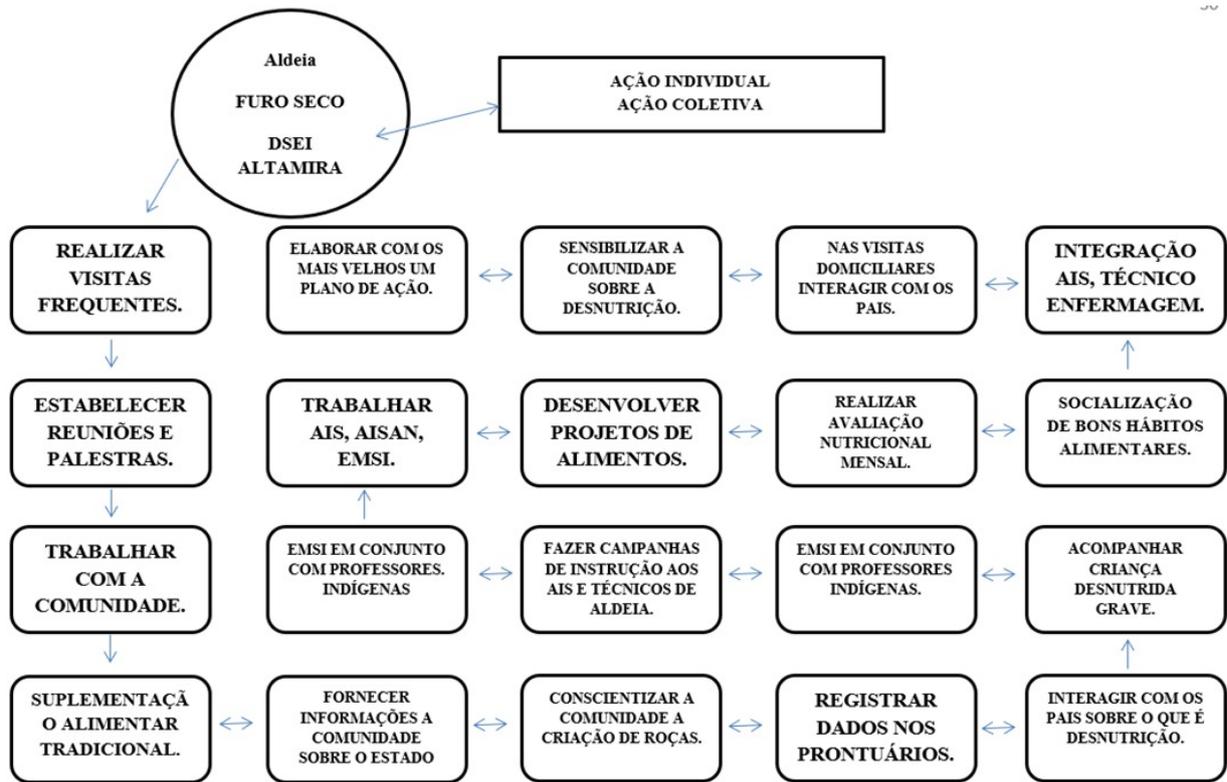
Sendo que a doação das cestas tornou-se um dos fatores da má nutrição por causa do consumo alimentos industrializados, pobres em vitamina e proteína, e por outro lado o meio ambiente (bioma) local foi prejudicado como, por exemplo, o rio permanece seco devido ao canal de derivação para a barragem, com isto o rio já não sofre ação dos períodos de cheia em que adentra nas matas e os peixes, tracajás, e outros animais não podem se alimentar e se reproduzir.

Após realização de uma reunião no mês de outubro 2020, em conjunto com AIS, enfermeira e comunidade Furo Seco, decidimos que deveria abordar a importância do consumo de alimentos naturais, no combate a e prevenção da desnutrição de crianças de cinco anos (05), refletir sobre os avanços tecnológicos, e o choque cultural provocado pela esta evolução neste dez últimos anos e traçar uma rede explicativa, pensando nos problemas em saúde comunitária e soluções do território, sendo assim chegamos à conclusão que a desnutrição em menores de cinco anos é um problema de saúde comunitária da aldeia Furo Seco.

Pará Brasil (2013), a Alimentação é elemento de humanização das práticas de saúde que expressa as relações sociais, dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. As visitas domiciliares (EMSI) orienta os familiares sobre o que é a desnutrição e como prevenir através do consumo de alimentos naturais e menos consumo de produtos industrializados. A prática da atenção nutricional no âmbito de Atenção Básica, são realizadas pela equipes multiprofissional.

**PROBLEMAS E DETERMINANTES**





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

Educação escolar é uma expressão que muitas vezes é substituída, em nossa sociedade, pela palavra ensino, ou ainda, por ensino escolar.

Alimentos naturais são os encontrados na natureza, fonte de nutrientes que sofreram pouca ou nenhuma modificação antes de serem consumidos os alimentos in natura. Como: frutas, verduras, ovos, grãos. Já os alimentos industrializados possuem uma qualidade nutricional reduzida, pois tiveram sua composição parcial ou excessivamente modificada antes de serem consumidos como as bolachas recheadas, achocolatados, salgadinhos, refrigerantes. Um espiga de milho-verde fresca é um alimento natural, enquanto o grão de milho vendido em pacotes e latas, os salgadinho de milho, um alimento vendidos no supermercado é um alimento industrializado.

A alimentação é essencial para o desenvolvimento integral do ser humano, O que se observa nas comunidades indígenas visitadas em sua maioria é a desnutrição entre as crianças de um a cinco anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a desnutrição infantil caracteriza-se pela falta de ingestão inadequada de proteínas, energia e micronutrientes a insuficiência de calorias e proteínas deixando as crianças invulneráveis a doenças infecciosas comprometendo o rendimento escolar (1978). Os povos indígenas do Xingu têm mudado seus hábitos alimentares deixando de consumir produtos in natura para consumir os industrializados.

A desnutrição em menores de 5 anos, não é considerado um problema de saúde para aldeia do Furo Seco por tanto nosso trabalho como EMSI tem como finalidade sensibilizar a comunidade da importância da alimentação saudável e do aleitamento materno para que a criança possa crescer e se desenvolve física, motora e cognitiva. Sendo que a desnutrição pode começar na gestação, nos primeiros seis meses de vida com a suspensão do aleitamento materno é essencial para o recém nascido ou nos primeiros anos de vida, onde as diarreias e parasitoses compromete o crescimento e desenvolvimento imunológico, sendo que a desnutrição infantil está ligado a múltiplos fatores principalmente socioeconômico, omitidos pela sociedade e muitas vezes até mesmo por nós profissionais da saúde, em que atendemos uma criança com palidez e edemas, simplesmente dizemos: “que criança mais linda, gordinha, fofinha,” ou por falta de experiência ou até mesmo para fugir da realidade, cometemos a negligencia de mitigar o que está acontecendo com nosso entorno, o que pode ter essa criança, os pais sabem sobre desnutrição, a família está bem estruturada social, econômico, psicológico.

Segundo o manual de atendimento de criança com desnutrição grave, a Desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifatorial (Brasil, 2005), isto é, como EMSI temos que ter um olhar mais dinâmico sobre nossa comunidade, pois a raiz do problema vai desde o nível de educação ou instrução, já que o precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena (alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral) desde problemas familiares (o vínculo fraco mãe e filho), problemas relacionados com a situação econômica conforme Brasil (2005, p. 135).

A prevenção e o controle da desnutrição dependem de medidas mais amplas e eficientes de combate à pobreza e à fome e políticas de inclusão social. No entanto, é responsabilidade dos profissionais de saúde o atendimento à criança com desnutrição de acordo com o atual conhecimento científico disponível e a atuação efetiva, tanto para salvar as vidas dessas crianças, como para promover a sua recuperação e evitar recaídas.

O controle da desnutrição não depende somente de medidas mais amplas, mas de pequenas ações desenvolvida pela escola, e com a interação da comunidade, AIS, técnico de enfermagem em conjunto com a EMSI, pois o objetivo é proporcionar a comunidade conhecimento sobre os fatores que podem desencadear a desnutrição e suas complicações, portanto devemos trabalhar com reuniões de integração começando na escola, e visita domiciliar ou onde a família sinta-se mais à vontade para dialogar.

De acordo com Ramos e Stein (2000) e Yokota et al, (2010), é na fase da infância que a formação de hábitos e práticas alimentares se intensifica e se estende por todas as fases do ciclo de vida.

A relação com os familiares é o primeiro passo da EMSI para que juntos possam identificar os diferentes problemas que pode estar levando a criança à desnutrição, ademais de traçar possíveis soluções. Para isso é importante levar material audiovisual sobre a interação da desnutrição com a diarreia e as doenças respiratórias, aulas sobre as etapas de crescimento e que alimentos (nutrientes) são necessários para cada etapa de vida, claro

sempre respeitando as regras culturais da etnia, por isso é importante a presença dos avós.

Fig. 09 Palestra de Educação em Saúde e Boas Práticas Alimentares.



Fonte: Própria do autor. Palestra realizada a noite para que todos da comunidade conseguissem participar. 2020

Após o planejamento as atividades da palestra o segundo momento foi a solicitar a professora a escola para a realização de uma atividade voltada para a educação e saúde, falando da importância do trabalho. Os participantes serão alunos, e a comunidade explicar os princípios de uma alimentação saudável, incluindo origens e funções dos alimentos.

Discuta o que significa uma embalagem apresentar no rótulo a informação sobre conter depois de explicar realizar comentário entre o alimentos industrializados que eles consomem e explicar de forma clara o que alimentação saudável e as recomendações que vem na embalagens de produtos industrializados.

Após a primeira etapa comunicar com a professora sobre o proposto de fazer uma palestra com a comunidade escolar os professores indígenas, alunos, idosos promovendo a inclusão de todos na qual a EMSI esta inserida, e com o nutricionista instruído, A mesma tem como o objetivo estimular os alunos uma melhorar alimentação e para a promoção da saúde, promovendo a construção do conhecimento de bons hábitos alimentar os temas

abordados são: Falar sobre o profissional nutricionista e sua importância no para o campo da saúde; A apresentar imagens de alimentos industrializados demonstrando a quantidade de açúcar e gordura equivalente ao seu consumo frequente; Construir pirâmide alimentar com os alunos e familiares Após a palestra, discuta de forma com os participantes oralmente quais as impressões deles sobre os alimentos industrializados

Os recursos utilizados: Papel A4, cartolina, TNT, pincel, tesoura, cola, régua embalagens de alimentos industrializados, produtos in natura .

A elaborar material educativo tem como finalidade conscientizar a comunidade a qualidade da alimentação, a valorização da cultura tradicional através de palestra, troca de experiências, socialização de bons hábitos alimentares fortalecimento do laços culturais da aldeia.

As ações serão coletivas e individuais bem o acompanhamento e tratamento da criança feita pela equipe multidisciplinar, e assegurada por meio de medidas adequadas com atuação da família, comunidade, técnico de enfermagem local, AIS/AISAN e principalmente através da prevenção.

Como também as consultas de acompanhamento de puericultura, esclarecer aos pais para que levem a criança, mesmo que não esteja doente ao postinho para avaliação conforme a idade (crescimento e desenvolvimento) como preconizada pelo ministério de saúde, e por último com maior relevância deve-se com o apoio do AIS/AISAN salientar as medidas de saneamento e controle de parasitose.

Fig. 10 Equipe Multidisciplinar de ação conjunta com Universidade Federal do PARÁ/DSEI-Altamira, exames de Triagem e parasitologia nas aldeias.



Fonte: Própria do autor. Ação coletiva realizada pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, em conjunto com professores da aldeia e estudantes da Universidade Federal do Pará/Belém. 2020.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Impactos ocasionados em décadas anteriores ainda penduram na atualidade, interferindo no cotidiano, na identidade e na cultura do povo Juruna. Diante disso, as ações desenvolvidas nas escolas indígenas e nos projetos, como palestras sobre a importância de uma alimentação saudável para o crescimento e desenvolvimento têm se constituído como uma das estratégias desenvolvida pela aldeia indígena. Considera a escola o lócus onde os alunos irão ter a compreensão da qualidade nutricional como de seus direitos, realizando assim reivindicações como também realizando discussões sobre os impactos causados por empreendimentos como da Belo Monte.

É inegável o desfavorecimento dos povos indígenas que vivendo próximos dos centros urbanos ainda vivem à margem da sociedade, tendo seus direitos muitas das vezes desrespeitados. As dificuldades de acesso a saneamento básico, ausência de esgoto, péssima qualidade de água, hábitos de higiene precários e acúmulo de lixo. As informações são obtidas pelo DSEI do "Território Recorte". Muitos são embasados em dados do SIASI.

Vivenciamos o descaso do DSEI-Altamira na assistência dos povos da volta grande do Xingu, em especial os Jurunas da aldeia Furo Seco, em que a permanência da EMSI em área é de apenas por curto período tempo (3 a 4) dias e uma ausência prolongada dando oportunidade a pequenos problemas passíveis de se subsanar pondo em prática ações da medicina preventiva, agravando ainda mais este sistema já fragilizado.

Considerando que os povos indígenas da Volta grande do Xingu têm mudado seus hábitos alimentares deixando de consumir produtos in natura para consumir os industrializados (ultraprocessados) através do processo de arranjos socioeconômicos causado pela modernização acelerada, sabendo que as práticas populares em saúde indígena constituem uma expressão de identidade cultural e evidenciam a importância do saber empírico no autocuidado é direito de todos os cidadãos. Respeitando autonomia de cada povo e, mais especificamente, de cada cidadão indígena como ator por uma saúde ideal. Devemos desenvolver estratégias de inclusão da EMSI com as famílias e a educação escolar como uma estratégia de influência positiva para formação de hábitos alimentares saudáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUILINO, Rosaine. Entrevista com Enfermeira chefe da micro área Volta Grande de Xingu.

BRASIL, Plano de Gestão Territorial e ambiental, Volta grande do Xingu. verthic, Norte energia. 2018

BRASIL: Amazônia-Xingu / Príncipe Adalberto da Prússia ; tradução de Eduardo de Lima e Castro. - Brasília : Senado Federal, Conselho Editorial, 2002

BRASIL: Manual de Atendimento da Criança com Desnutricao grave em nivel de hospital. -Brasilia: Ministerio da Saude, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. - 1. ed., 1. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório final da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Tema específico da 8a Conferência Nacional de Saúde. [internet] 1986 [acesso em ago 2008]; Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

COSTA, DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, Dec. 1987. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1987000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400003) - acessado em 24 de marco 2020.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. -O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. Cad. Saúde Pública, vol.5 no.4 Rio de Janeiro Out./Dez. 1989. disponivel : <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1989000400008> - acessado em 24 de marco 2020.

DAVIS, SH. As vítimas do Milagre: o desenvolvimento e os índios no Brasil. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1978.

DIAS, Helena Cristina Costa Entrevista com Apoiadora Técnica de Saúde do DSEI Altamira - Março 2020.

DANTAS, F.A. C. A "Cidadania Ativa" como Novo Conceito para reger as Relações Dialógicas entre as Sociedades Indígenas e o Estado Multicultural.

DSEI Altamira, Plano distrital de Saúde Indígena-PDSI 2020-2023.

FRANCESCO, Ana De, Cristiane ATLAS DOS IMPACTOS DA UHE Belo Monte sobre a pesca / organização Ana De Francesco e Cristiane Carneiro. -- São Paulo : Instituto Socioambiental, 2015.

FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. Saudades do Brasil: Práticas e representações do campo indigenista no século

XX. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – PPGAS/MN, UFRJ, Rio de Janeiro, 2005

ERNANDES, Maria Neyrian de Fátima, NÓBREGA Arieli Rodrigues, MARQUES, Rosinaldo Santos, Cabral, Ana Michele de Farias, SIMPSON Clélia Albino. UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL. Rev enferm UFPE on line. 2010 nov./dez.;4(spe):1951-960

FISCH, Gilberto José A. MARENGO 2, Carlos A. NOBRE. UMA REVISÃO GERAL SOBRE O CLIMA DA AMAZÔNIA

GABRIEL, C. G.; DOS SANTOS, M. V.; DE VASCONCELOS, F. DE A. G. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. v.8, n.3, p. 299-308, 2008.

JURUNA, Maria Arlete. Entrevista Agente Indígena de Saúde - julho de 2020.

JURUNA, Awila Lorrane. Entrevista Ex-estudante Unidade educativa da Aldeia Furo Seco-agosto de 2020

MANTOVANELLI Thais. OS XIKRIN DA TERRA INDÍGENA TRINCHEIRA-BACAJÁ E OS ESTUDOS COMPLEMENTARES DO RIO BACAJÁ: REFLEXÕES SOBRE A ELABORAÇÃO DE UM LAUDO DE IMPACTO AMBIENTAL. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 22, n. 46, p. 159-188, jul./dez. 2016.

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE ALTAMIRA-PA – CONDISI-ATM. Dezembro 2019

SIASI- DSEI Altamira outubro/2019.

SIASI- DSEI Altamira Agosto 2020

SILVEIRA, J. A. C.; TADDEI, J. A. A. C.; GUERRA, P. H. e NOBRE, M. R. C.. A efetividade de intervenções de educação nutricional nas escolas para prevenção e redução do ganho excessivo de peso em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. Jornal de Pediatria, v.87, n.5, p. 382-392, 2011.

URUHi-Saúde Yanomami: "novo modelo" ou retrocesso? Boa Vista-RR - 2004

[www.funai.gov.br/index.php/apresentacao](http://www.funai.gov.br/index.php/apresentacao) - acessado em 24 de março 2020.

[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2010/20\\_ago\\_lei\\_sesi.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/20_ago_lei_sesi.htm) - acessado em 24 de março 2020.

<https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/SERVI%C3%87O%20DE%20PROTE%C3%87%C3%83O%20AOS%20%C3%8DNDIOS.pdf> - acessado em 24 de março 2020.

Portaria nº254 de 31.01.2002. disponível no site [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/politica\\_nacional\\_saude\\_indigena.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/politica_nacional_saude_indigena.pdf) - acessado em 24 de março 2020.