



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

WALDEMIR DE ALBUQUERQUE COSTA

ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA: APOIO PEDAGÓGICO PARA O
PLANEJAMENTO DE EQUIPES NO POLO BASE DE EIRUNEPÉ, DISTRITO
SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES, BRASIL

SÃO PAULO
2021

WALDEMIR DE ALBUQUERQUE COSTA

ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA: APOIO PEDAGÓGICO PARA O
PLANEJAMENTO DE EQUIPES NO POLO BASE DE EIRUNEPÉ, DISTRITO
SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES, BRASIL

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: ANABELE PIRES SANTOS

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O Polo Base de Eirunepé-AM integra o Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes (DSEI-MRSA), situado na região sudoeste do Amazonas a cerca de 1.160km de Manaus. O território adscrito pelo Polo possui uma população de cerca de 2.800 indígenas das etnias Kulina e Kanamarí e conta com quatro Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). O Pólo enfrenta diversos desafios, como a defasagem dos dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e sua discrepância com a realidade do DSEI, a inconsistência dos dados locais, a alta rotatividade dos profissionais de nível superior e o baixo número de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), dentre outros. Neste serviço, trabalho como supervisor acadêmico de profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) realizando suporte pedagógico longitudinal e em visitas periódicas ao Polo e às aldeias assistidas pelas equipes. Através do curso de Especialização em Saúde Indígena, pude aprofundar diversos conteúdos que me ajudaram tanto no crescimento pessoal quanto na construção de um projeto de intervenção sobre a realidade do Polo Base de Eirunepé. Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) dá corpo à construção de uma Estimativa Rápida Participativa (ERP) no Polo Base que poderá servir como meio de planejamento das equipes e aprimoramento do processo de trabalho local. Em virtude da pandemia do novo coronavírus, a intervenção se dará através da articulação com os gestores e do apoio pedagógico para os médicos supervisionados em formato virtual. Com isto, busca-se contribuir de uma forma indireta para a melhoria do cuidado em saúde na região abrindo possibilidades para uma atuação mais estratégica e resolutiva sobre seu território de referência. Por fim, destaca-se a importância de cursos como este para problematizar questões do processo de trabalho da Saúde Indígena, sobretudo num momento de grandes ameaças a esta população tão vulnerável em nosso país.

Palavras-chave:

Capacitação Profissional. Gestão. Planejamento Estratégico.

APRESENTAÇÃO

Trajatória Pessoal e Profissional

Levando em conta o mote de Frei Betto, “a cabeça pensa onde os pés pisam”, trago para a primeira parte deste estudo um pouco de minha trajetória e intencionalidades nesta especialização. A aproximação e o engajamento com a saúde pública em geral se deu no começo dos anos 2000, quando participei do movimento estudantil ligado ao Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador-BA e às iniciativas para a mudança da educação médica brasileira.

Após a graduação na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), participei da criação do Coletivo Baianos na Luta, composto por um conjunto de profissionais de saúde que buscava construir políticas públicas na região do Recôncavo Baiano. A experiência, iniciada em 2010, durou cerca de dois anos e permitiu o amadurecimento profissional e o convívio com problemas sociais de uma das regiões mais empobrecidas do Nordeste (COSTA et al., 2011). Neste período, concluí a especialização em Saúde da Família, modalidade a distância, pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Com o surgimento de oportunidades de trabalho na Região Metropolitana de Salvador (RMS), parte de nosso grupo acabou migrando e se aproximando da capital, o que permitiu o contato com a população de periferia urbana e facilitou o trânsito com as principais faculdades de medicina do estado. Em 2012, ingressei na Universidade Federal da Bahia (UFBA) como professor substituto, participando da transformação do internato de medicina social na época. Durante dois anos recebi diversos estudantes em meu serviço, atuando como supervisor de campo e médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto trabalhava, em conjunto com uma brilhante equipe, com a comunidade e os movimentos sociais da região (BRASIL, 2014). Também nesta época ingressei no mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Em 2015, após o encerramento do contrato como professor universitário, mudei para outra cidade da RMS e participei da criação dos Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-BA). Me tornei preceptor da residência e participei da implantação de uma USF na periferia de um grande centro na RMS. A residência expandiu-se pela RMS e tornou-se o maior programa multiprofissional do estado, chegando a contar com mais de 150 residentes em três municípios (FESF-SUS, 2018). Neste período realizei ainda a especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Permaneci durante três anos na preceptoria quando vivenciei um processo de *burnout*, com grande esgotamento físico e psíquico relacionado com o trabalho, pois exigia responsabilidades simultâneas de assistência, gerência e docência num serviço com mais de 14.000 usuários adscritos.

Durante a mesma época, eu e minha noiva estudávamos a possibilidade de experimentar um novo ritmo de vida, com vistas a uma transição rural e mais próxima da região onde residiam meus sogros. Neste sentido, somamos o desejo de mudança com o desgaste vivenciado durante o trabalho na residência e resolvemos escolher uma nova cidade para

morar. A proposta inicial foi de mudarmos para São José dos Campos-SP, no vale do Paraíba, mas acabamos recebendo uma interessante proposta de trabalho em Ilhabela-SP, no litoral norte de São Paulo. Na ilha trabalhamos na ESF durante cerca de um ano, desenvolvendo diversas atividades em nossas comunidades e tentando, dentro das possibilidades locais, aprimorar o processo de trabalho e a resolutividade dos serviços. No fim deste mesmo ano nos casamos em São José dos Campos e acabamos criando mais raízes na região.

Em paralelo ao trabalho na Atenção Básica à Saúde (ABS) de Ilhabela, fui convidado em 2018 para compor a equipe de supervisores do Grupo Especial de Supervisão (GES) do Programa Mais Médicos (PMM) do qual minha esposa já fazia parte (LUNA et al., 2019). E foi a partir daí que comecei a entrar em contato com o modelo assistencial dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI). Inicialmente, fui designado para realizar a supervisão acadêmica dos médicos do PMM no município de Eirunepé-AM, no sudoeste do Amazonas. As supervisões ocorriam a cada dois meses, com imersão de uma semana na região, e demais atividades de apoio se desenvolvendo em modalidade virtual. Os profissionais, em sua maioria médicos cubanos, se concentravam nas UBSs da zona urbana da cidade e quase não havia atividades junto às comunidades ribeirinhas. Com a ruptura do convênio com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o retorno dos profissionais para Cuba no fim de 2018, o PMM apresentou uma redução vertiginosa no número de médicos nos municípios da Amazônia Legal, bem como em todo o Brasil, sem previsão de soluções de provimento em curto prazo (ABRASCO, 2018). Neste cenário, o GES foi acionado para absorver outros profissionais para além da ABS tradicional urbana, incorporando a maior parte dos DSEIs que continham médicos do PMM. Ainda durante a transição para a chegada dos novos médicos, cheguei a supervisionar temporariamente um dos profissionais do DSEI (**Figura 1**), que acabou regressando a Cuba com o fim do convênio.

Em 2019, fui escalado para realizar a supervisão não somente dos médicos das UBSs da cidade, mas também do Polo Base de Eirunepé (erroneamente registrado como “Polo Base Mamori”). Passei, desde então, a trabalhar com dois médicos ligados à Casa de Saúde Indígena (CASI) de Eirunepé e que realizam atividades dos territórios indígenas adscritos a este serviço. Ainda neste ano pude realizar duas visitas ao local, entrando em contato com indígenas das etnias Kulina e Kanamarí, com lideranças locais e com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do Polo. Vivenciar a realidade desta população e destes profissionais me impressionou bastante e me obrigou a ressignificar o conhecimento da ABS que eu dispunha até então. Como desenvolver uma supervisão acadêmica num contexto tão distinto do que vivi até o momento? As atividades de apoio dos tutores e demais supervisores do GES têm sido importantes para nossa capacitação, mas percebi que precisava buscar mais conhecimento na área para ofertar um suporte pedagógico mais eficiente aos profissionais daquela região, quando finalmente decidi me inscrever na especialização em Saúde Indígena da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Figura 1. Despedida do médico cubano Yoendris Zayas (à direita) com placa de homenagem pelos serviços prestados e material produzido pelo GES-Amazonas



Fonte: acervo pessoal

Já na realidade de Ilhabela, presenciávamos um conjunto de "problemas geográficos" relacionados com a moradia numa ilha. Enfrentávamos dificuldades periódicas para sair do local, que incluíam transtornos com a travessia das balsas e a lentidão da Rodovia dos Tamoios (SP-99), além do grande fluxo de veículos ligados ao turismo no litoral. Além disso, vivenciamos em 2019 diversos fenômenos climáticos que resultaram em grandes desastres na cidade (como o vendaval que danificou grande parte do município e provocou a morte de uma famosa modelo; e a enxurrada que levou ao desabamento do Morro do Piúva, destruindo casas e provocando o isolamento da região sul da ilha durante sete dias) (BURIHAN, 2019; G1 VALE DO PARAÍBA E REGIÃO, 2019). A problemática geográfica foi acrescida da pouca perspectiva de crescimento profissional no município, que possuía limitada capacidade gerencial sobre sua rede de ABS e que foi bastante impactado com escândalos de corrupção (em menos de um ano, a Polícia Federal afastou o prefeito e dois secretários de saúde por irregularidades administrativas). Diante desta conjunção de problemas, decidimos regressar a São José dos Campos em busca de novas oportunidades de trabalho e de vida numa região com menos intempéries climáticas. Nos dizeres do grupo Academia da Berlinda:

"Dorival, vai não

Tá cheio de tubarão no mar

Val, vai não

Arranja um emprego no chão"

(Dorival. Academia da Berlinda, 2016)

Apesar da busca por "terra firme", eu e minha esposa decidimos permanecer como supervisores do GES nos municípios da Amazônia Legal e seus DSEI's. Continuamos enfrentando dificuldades de deslocamento aéreo, terrestre e fluvial para alcançar os pólos-base (PB) e as aldeias, mas somos muito gratos pela experiência de vida e pela oportunidade de apoiar o trabalho das equipes destas localidades.

Inquietudes e Intencionalidades na Saúde Indígena

A convivência gradativa com a realidade dos profissionais do PB de Eirunepé e com os relatos dos supervisores dos outros DSEI's foi me trazendo questionamentos sobre o apoio pedagógico ao trabalho nos territórios indígenas. Apesar do aprimoramento de habilidades com os supervisionados envolvendo a competência cultural, a identificação de recursos comunitários, trabalho em equipe, territorialização e noções gerais sobre medicina tradicional indígena, manteve-se recorrente a demanda de um maior aporte em questões clínicas ligadas ao trabalho em áreas remotas. Em outras palavras, um pedido de ajuda nas "habilidades de núcleo" (CAMPOS, 2000) médico que as ferramentas "de campo" não conseguiam dar conta sozinhas.

Esse vácuo teórico de "núcleo" não vem sendo preenchido tão facilmente pelas ferramentas da clínica tradicional – por um lado, a Medicina de Urgência/Emergência e a Clínica Médica/Medicina Interna valem-se de um conjunto de insumos e recursos estruturais (normalmente concentrados em determinado espaço físico, como hospitais e unidades de pronto-atendimento) que não estão disponíveis em territórios dispersos como as aldeias e suas condutas não conseguem ser replicadas com a exatidão dos serviços de nível secundário/terciário (MAIA et al., 2019; SOUZA et al., 2016). Protocolos de emergências clínicas de instituições renomadas do país têm se mostrado bastante limitados para os profissionais dos PB's, levando em conta as diferenças epidemiológicas e as dificuldades de acesso destas localidades (**Quadro 1**). Outras áreas afins, como a Medicina de Áreas Remotas e Esportes de Aventura, possuem conteúdo acadêmico muito mais próximo da Medicina Esportiva de alta performance ou de resgates em medicina de expedições e viagens – iniciativas que demandam grandes recursos e curto prazo de intervenção (SILVA, 2012), o que é incompatível com a duração das entradas em áreas indígenas e com os meios disponíveis nos 351 PB's do país.

Quadro 1. Tratamento da Pneumonia Adquirida na Comunidade não-grave em bibliografias de referência e sua interface com a realidade da Saúde Indígena

	Emergências Clínicas: abordagem prática(HC/FMUSP)	Tratado de Medicina de Família e Comunidade
--	--	--

Conduta	<ul style="list-style-type: none"> - Monoterapia com Macrolídeo por 7 dias; - Reavaliação clínica após 48h de antibioticoterapia, considerando troca da medicação ou hospitalização se piora do quadro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monoterapia com Macrolídeo por 7-10 dias; - Reavaliação clínica/radiológica após 48h de antibioticoterapia, considerando troca da medicação ou hospitalização se piora do quadro.
Particularidades da Saúde Indígena	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil epidemiológico singular; sensibilidade e resistência bacteriana diferentes dos centros urbanos; - Singularidades culturais que impactam na adesão terapêutica (ou não) a tratamentos medicamentosos por via oral; - Dificuldades de acesso e pouco tempo de permanência nas aldeias inviabiliza reavaliação do paciente em curto prazo ou sua remoção em grande parte dos casos. 	

Fonte: Adaptado de Martins e col. (2018), Gusso e col. (2018), Cardoso (2010)

Por outro, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) – apesar de apresentar uma formação discursiva que reúne ferramentas oriundas da Saúde Coletiva (e por consequência mais próximas do trabalho na Saúde Indígena) – tem apresentado uma prática rural historicamente ligada ao trabalho nas USF's “rurbanas” de municípios de pequeno porte das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do país (SAVASSI et al., 2018; TARGA, 2018). A experiência acumulada neste processo e sua interlocução com a medicina rural de países como Inglaterra, Canadá e Austrália tem sido bastante relevante para o desenvolvimento da especialidade, mas não apresenta de modo concreto o direcionamento técnico almejado pelos médicos indigenistas (FEICHAS & HEUFEMANN, 2019). Contudo, o fato desta ser a especialidade médica de referência para a ABS no Brasil abre um espaço para a disputa de idéias e a produção de novos conhecimentos neste “núcleo” de saberes e práticas. Desta forma, identifica-se uma porta de possibilidades mais promissora para a Saúde Indígena que dentro das demais especialidades.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), por sua vez, possui um Grupo de Trabalho (GT) de Medicina Rural que foi criado para fomentar as discussões e consolidação do trabalho médico na zona rural como uma das áreas de atuação da MFC (SAVASSI et al., 2018). Em 2019, um grupo de médicos indigenistas, professores e supervisores do GES (dentre os quais faço parte) resolveu propor à SBMFC um Grupo de Interesse Especial (GIE) dentro do GT de Medicina Rural específico para a atuação na Saúde Indígena. Este grupo articula-se ainda com o GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e com outros grupos de pesquisa de centros universitários pelo país.

Com isto, surgem minhas as duas inquietudes e intencionalidades através desta especialização: por um lado, aprender e trocar experiências sobre a Saúde Indígena para aprimorar a supervisão acadêmica dos médicos que trabalham no PB de Eirunepé (bem como apoiar supervisores de outros DSEI's junto ao coletivo do GES-Amazonas); por outro, reunir conhecimentos para ajudar o GIE de Saúde Indígena do GT de Medicina Rural da SBMFC a produzir materiais de referência de “núcleo” e adaptar protocolos à realidade dos profissionais nos territórios indígenas.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

1.1. DSEI Médio Solimões e Afluentes

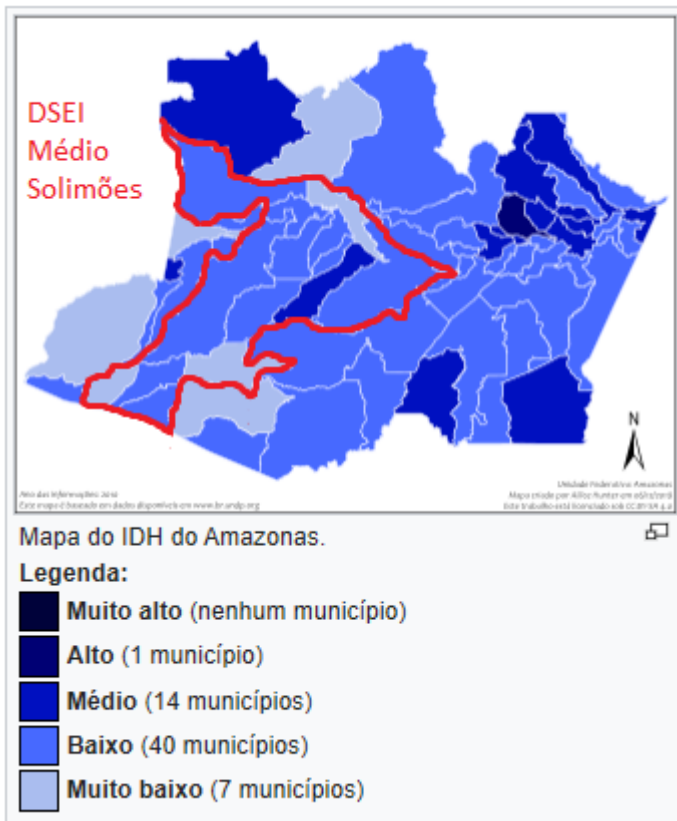
O DSEI/MRSA possui sede na cidade de Tefé-AM e abrange 14 municípios, a saber: Alvarães, Carauari, Coari, Eirunepé, Envira, Fonte Boa, Ipixuna, Itamarati, Japurá, Juruá, Jutai, Maraã, Tefé e Uarini. O distrito possui uma população de 24.538 indígenas, distribuídos entre 184 aldeias (DGESI/SESAI, 2017). As 17 etnias que vivem no território do DSEI são: Arara, Baniwa, Baré, Deni, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Katawixi, Katukina, Kokama, Kulina, Maku, Mayoruna, Miranha, Nadeb, Tikuna e Tukano. O distrito possui uma extensão territorial de 361.478,3 km², sendo o maior DSEI do país, cujas dimensões atingem desde o Rio Solimões em sua porção norte até a fronteira com o estado do Acre ao sul (BRASIL, 2012).

O território onde se situa o DSEI possui características típicas da Amazônia central: clima equatorial, subtipo quente - superúmido sem seca; vegetação de floresta amazônica; e relevo de planície do Rio Amazonas e depressão da Amazônia Ocidental. A principal via de acesso à região é feita através do Rio Juruá, afluente do Rio Solimões, que interliga a cidade Eirunepé aos demais municípios de referência, como Manaus-AM e Cruzeiro do Sul-AC. Não existem rodovias de grande porte entre os municípios, há pequenas estradas vicinais para propriedades rurais no entorno das cidades, predominando o transporte fluvial para o abastecimento da região. O comércio de produtos industrializados, por exemplo alimentos, nestes municípios tem seu abastecimento oriundo da cidade de Manaus, por essa razão estas localidades chegam a ficar 30 dias sem fornecimento regular, principalmente quando ocorrem intempéries com os Rios Juruá e Solimões. As cidades de Tefé, Juruá, Carauari, Itamaraty, Eirunepé e Envira possuem aeroportos de pequeno porte, recebem vôos fretados além de linhas comerciais regulares em determinadas épocas do ano. Apesar da disponibilidade, o alto custo dos vôos impossibilita o acesso a maioria da população. O transporte dentro das cidades ocorre principalmente por motocicletas e bicicletas (BRASIL, 2012).

As principais atividades econômicas da região são: o extrativismo, sobretudo a pesca e extração de madeira; a agropecuária de pequeno porte no entorno das cidades; o comércio no centro destas localidades; e os benefícios sociais/previdenciários, como Bolsa-Família, Seguro Defeso, aposentadorias e pensões (BRASIL, 2012). A exceção é o município de Carauari, que possui um complexo da Petrobrás para a exploração de gás natural na região, tendo um valor razoável de *royalties* pela extração de combustíveis fósseis que retorna ao município, permitindo um destaque econômico entre as demais localidades (SANT'ANA & REGO, 2008). Porém este tipo de atividade não emprega de forma direta os moradores da cidade, priorizando a mão de obra especializada, como engenheiros e técnicos de Manaus e de outros estados. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de todas as cidades do Médio Solimões é "baixo" ou "muito baixo" (**Figura 2**), variando entre 0,500 a 0,599, com exceção de Tefé, que possui IDH-M "médio"(0,639). Isto reflete as más condições de renda, longevidade e oferta educacional de sua população em geral (PNUD, 2013). Este cenário repercute em questões como as condições de moradia, saneamento básico e abastecimento de água da maioria dos moradores da região, agravando no ciclo de cheias dos rios que ocorre entre os meses novembro e maio. Neste período, são frequentes os casos de diarreia, sobretudo entre as crianças (BRASIL, 2012). A dificuldade de acesso às

comunidades ribeirinhas agrava ainda mais os cuidados de saúde desta população, que acabam utilizando barcos mensalistas de transporte de mercadorias para alcançar os serviços de saúde da zona urbana dos municípios.

Figura 2. IDH-M dos municípios do Amazonas, com destaque para os que compõem o Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes



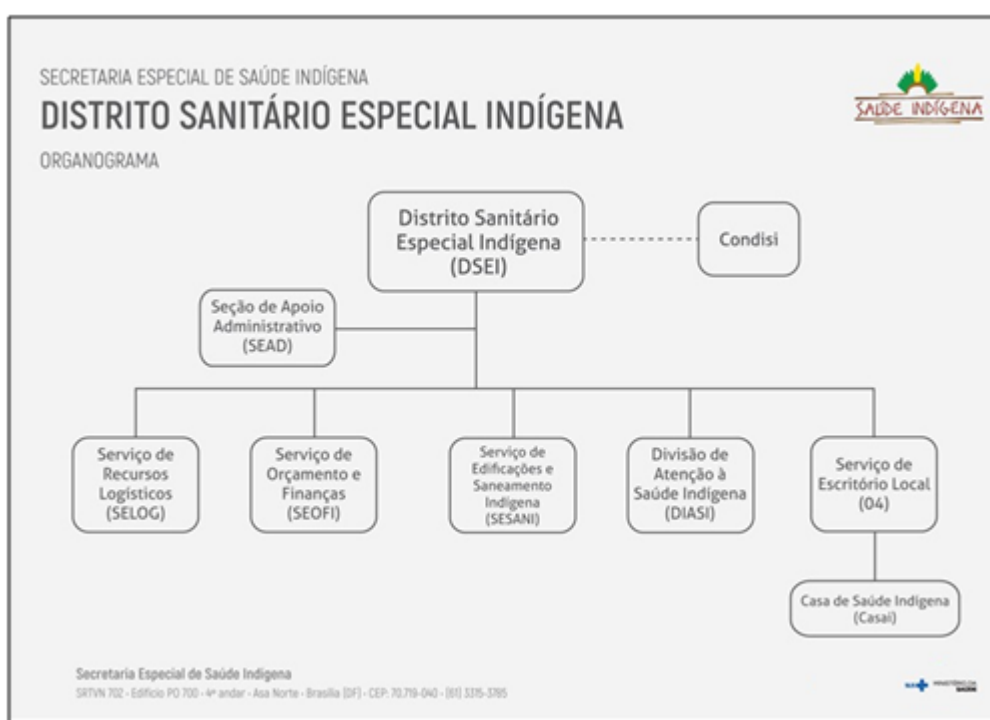
Fonte: Adaptado de: PNUD, 2013

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

O território do leste do Amazonas possui relatos de pequenas intervenções na área da saúde desde o período Rondonista (início do séc. XX), ligados ao Serviço de Proteção ao Índio (SPI), e durante a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), nos anos 40, voltada à assistência dos trabalhadores ligados à produção de borracha na região norte do país. No entanto, somente nos anos 90 foram estruturados os principais PB's voltados para o cuidado da população indígena destas localidades (BRASIL, 2016; GARNELO & PONTES, 2012).

São escassas as referências que tratam sobre a trajetória de construção do DSEI-MRSA e os desafios enfrentados em seus primeiros anos de existência, considerando desde documentos institucionais a publicações em literatura. As poucas informações sobre este período vêm de fontes indiretas sobre a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) (BRASIL, 2002; 2016; GARNELO & PONTES, 2012), os documentos disponibilizados pelo Ministério Público Federal (MPF) a respeito do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes (CONDISI-MRSA) (BRASIL, 2012; 2013; 2014a; 2014b) e os trabalhos de Amorim (2014; 2019) sobre os Kulina do médio e baixo Juruá. Segundo estes, o DSEI-MRSA teria sido implantado em 1999 junto com a criação do SASI-SUS, após a polêmica delegação de sua gerência para a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). Com a iniciativa, fixou-se na cidade de Tefé a sede administrativa do distrito, que possui uma gigantesca extensão territorial - a distância da sede para o último município ao sul do DSEI, Ipixuna-AM, é de 873km por via aérea. No entanto, a decisão foi tomada pela disponibilidade de serviços de referência estadual e pelo porte da cidade, o que facilitaria a hierarquização do subsistema. O organograma de funcionamento do DSEI-MRSA segue o modelo dos demais DSEIs do país, como indicado **Figura 3**.

Figura 3. Organograma dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena



Fonte: DGESI/SESAI (Adaptado de: BRASIL, 2012)

O mesmo arcabouço jurídico que dispõe sobre o SASI-SUS regulamentou a criação do CONDISI-MRSA, órgão colegiado, deliberativo e permanente do Controle Social deste DSEI. O conselho possui 40 membros e é composto por 25% de conselheiros representantes de prestadores de serviço, 25% de trabalhadores e 50% de usuários. Até 2013, 11 conselheiros-usuários do CONDISI-MRSA eram também trabalhadores do DSEI, por serem indígenas e residirem à época nos territórios assistidos pelo distrito (ex.: Agentes Indígenas de Saúde) (**Quadro 2**). As principais etnias que compunham o grupo dos conselheiros-usuários eram a Kulina e a Kanamarí de territórios situados nos municípios de Tefé e Eirunepé (BRASIL, 2013; PRATES, 2013).

Quadro 2. Lista dos Conselheiros Distritais do CONDISI-MRSA

CONSELHEIROS REPRESENTANTES DE PRESTADORES DE SERVIÇOS (ORGANIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS E NÃO-GOVERNAMENTAIS) - 25%		
NOME	POLO / ORGANIZAÇÃO	ETNIA
Narciso Cardoso Barbosa	Representante do DSEI	
Tomé Fernandes Cruz	Representante da FUNAI	
Alexander Ribeiro de Liz	Representante da SEMSA - Tefé	
Otacílio Soares Brito	Representante de IDSM - Mamirauá	
Antônio Galeano Burgos	Representante da ONG - Missão Evangélica CAIUÁ	
Obede da Silva Maricaua -	OSEI - Tefé	Kokama
Ercília da Silva Vieira	Representante da AMIMSA	Tikuna
Francisco Peres Alves Filho	Representante da COPIJU	Kokama
Rozilene Façanha Marques	Representante da CIJA	
Raimundo Nonato Freitas	CIMI	
CONSELHEIROS REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES - 25%		
NOME	POLO / ORGANIZAÇÃO	ETNIA
Valdivino Carvalho da Silva	CASAI - Tefé	
Ricardo Passos Colares	CASAI - Eirunepé	
Fernando Rangel Amorim	Representante da Equipe de Saúde de Carauari	
Reszane Pissanga	Representante da Equipe de Saúde de Jutai	
Marinelza Monteiro	Representante da Equipe de Saúde de Envira	

Ariton José Cavalcante	Representante da Equipe de Saúde Eirunepé	Kokama
Francisco Torres	Representantes de nível médio	Tikuna
André Gonçalves Pereira	Representante de nível superior	Kokama
Constantino Araújo	Representante dos AIS	
Lourival de Oliveira Júnior	Representante dos AISAN	
CONSELHEIROS REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS - 50%		
NOME	POLO / ORGANIZAÇÃO	ETNIA
Zacarias Medeiros dos Santos	Barreira das Missões	Kambeba
Pityra Sadi Katukina	Biá	Katukina
Lazaro Queiroz	Buá-Buá	Maku-Nadeb
Erivaldo Lobato	Bugaio	Tikuna
Josué Almeida	Bugaio	Tikuna
Isaac Salves	Bugaio	Kokama
Marywam Kanamari	Carauari	Kanamari
Aldenilson Ferreira dos Santos	Coari	Miranha
Sebastião da Silva Brasil	Cuiú-Cuiú	Mayuruna
Danival da Silva Benjamin	Cuiú-Cuiú	Kanamari
Nessô Nelson Kulina	Eirunepé	Kulina
Anewe Carlos Kanamari	Eirunepé	Kanamari
Erondina Araújo da Silva	Eirunepé	Kulina
Nel Mapa Madja kulina	Envira	Kulina
Marta Zacarias Kulina	Ipixuna	Kulina
Daora Kanamari	Itamarati / Morada Nova	Kanamari
Dseca Madja kulina	Kumarú	Kulina
Maurício Cruz de Souza	Marajaí	Mayuruna
José Ferreira Coelho	Mucura	Kokama
Valdino Carvalho de lima Filho	Uarini	Miranha

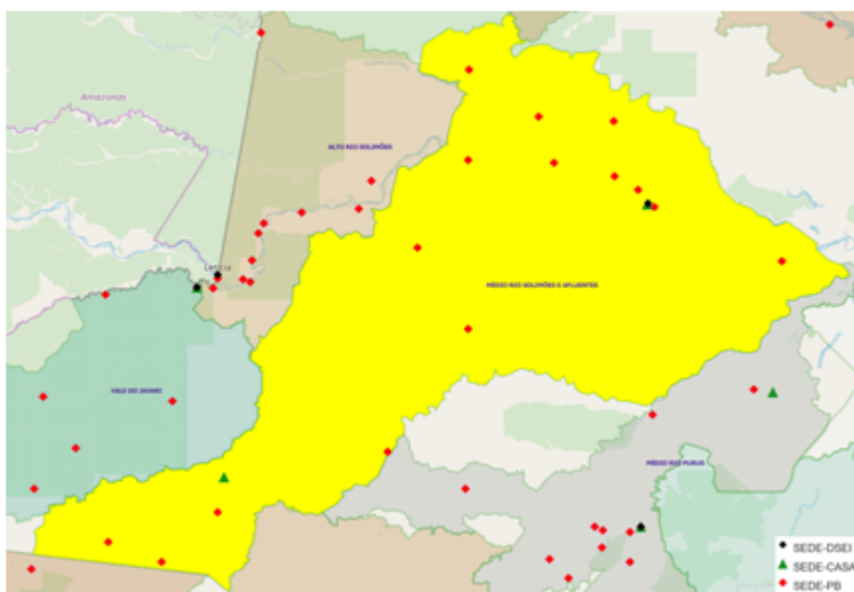
Fonte: MPF/CONDISI-MRSA, 2016

Além da escassez de publicações sobre o período de implantação do DSEI-MRSA, existem apenas quatro referências disponíveis sobre o funcionamento do CONDISI-MRSA e uma pequena quantia de reportagens sobre denúncias no funcionamento do DSEI (MEDEIROS,

2011; FARIAS, 2011), sobre o Fórum de Política Indigenista de Tefé (ECODEBATE, 2018) e sobre os encontros dos povos Kulina em 2016 e Kanamarí em 2014 e 2016 que contaram com a participação de conselheiros dessa instituição (CIMI, 2016; CTI, 2014; 2016). O último Plano Distrital de Saúde Indígena disponível é o de 2012-2015 (BRASIL, 2012), quando a população indígena local não ultrapassava 17 mil habitantes, e as únicas atas de reunião do CONDISI-MRSA encontradas são das datas de 17 e 19 de dezembro de 2014 (BRASIL, 2014b). Segundo seu regimento interno (BRASIL, 2013), o CONDISI-MRSA deveria reunir-se de forma ordinária a cada quatro meses (03 reuniões/ano), no entanto, funcionários da CASAI-Eirunepé apontam uma baixa transparência do conselho, adiamentos recorrentes nas reuniões e dificuldades logísticas para a participação das atividades realizadas pela entidade em Tefé. Entre as discussões do CONDISI-MRSA em 2014, destacam-se a inclusão de aldeias desassistidas pelo DSEI e a discriminação aos pacientes indígenas quando são referenciados para a rede secundária do SUS, muitas vezes rejeitados nos serviços hospitalares e de pronto-atendimento (BRASIL, 2014b).

O DSEI-MRSA conta com dois CASAI (Tefé e Eirunepé), 15 PBs (**Figura 4**) e 30 Unidades Básicas de Saúde Indígena em seu território (**Quadro 3**) e articula-se preferencialmente com os hospitais de pequeno porte (HPP) dos municípios (remoções fluviais), com a rede secundária estadual de Tefé e com os níveis secundário e terciário de Manaus através das remoções aéreas (BRASIL, 2012). Além da distância dos principais serviços de média e alta complexidade, os usuários indígenas enfrentam barreiras de acesso nos hospitais municipais e unidades básicas de saúde que rejeitam boa parte desta população. Dentre as justificativas relatadas para estas rejeições estão a superlotação dos territórios adscritos, a discriminação da cultura e hábitos dos indígenas e a devolução dos usuários para as escassas unidades de saúde do DSEI (AMORIM, 2019; BRASIL, 2014b).

Figura 4. Mapa e distribuição dos Pólos-Base, sede administrativa e Casa de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes



Fonte: DGEI/SESAI (BRASIL, 2020)

Quadro 3. Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes.

Extensão territorial	361.478,3 km ² ,
Município Sede do DSEI	Tefé
População indígena total	24.538
Nº de municípios	14
Nº de etnias	17
Nº de Polos Base	15
Nº de unidades básicas de saúde indígena	30
Nº de CASAI	2
Nº de aldeias	185
Nº de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)	29

Fonte: DGESI/SESAI, 2020

As principais causas de óbito no distrito são as causas externas, como homicídios, suicídios e acidentes, seguidas das pneumonias e diarreia (BRASIL, 2012; PRATES, 2013). De modo semelhante, pneumonia e diarreia são as principais causas de mortalidade infantil nestas localidades. Entre as patologias de grande morbidade na região, destacam-se a gripe/Influenza, parasitoses intestinais, diarreia, malária, anemias e tuberculose. Além disto, vem ganhando importância o aumento do número de casos de depressão e alcoolismo, bem como de outros transtornos mentais.

O DSEI possui um total de 503 profissionais vinculados a sua sede administrativa, aos PB's, às unidades básicas de saúde indígenas e às CASAI. No entanto, existe um déficit de trabalhadores de saúde em todos os seus serviços para a realização adequada das ações previstas pelo Plano Distrital, num contingente estimado em 411 profissionais (BRASIL, 2012). A título de ilustração, o PB de Eirunepé possui uma demanda de cinco médicos (EMSI e CASAI), mas dispõe hoje de apenas dois profissionais.

As equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) do distrito são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares/técnicos de consultório dentário, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) e de saneamento (AISAN). Nas CASAI de Tefé e Eirunepé existem ainda profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (NASI) (nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico) (BRASIL, 2012; PRATES, 2013). As EMSI realizam ações nos territórios indígenas e utilizam como pontos de apoio as unidades básicas (postos avançados), os PB's, as CASAI e, em alguns casos, até mesmo as residências de certos moradores das aldeias. São realizados cronogramas periódicos de entrada/saída e rotatividade entre as micro-áreas assistidas para garantir uma assistência razoável a esta população, contudo o número reduzido de EMSI tem dificultado a criação de

vínculo com os usuários e o acompanhamento de condições crônicas nesses territórios. Em alguns casos, os profissionais chegam a passar mais de um ano para conseguir retornar a uma mesma aldeia dada a grande desproporção entre o número de localidades por equipe. O resultado nestas situações é de uma assistência pontual, muitas vezes medicalizada e de baixa resolutividade, confluindo numa procura constante dos usuários indígenas aos hospitais municipais em uma organização mais eficiente do subsistema.

2.1. Pólo-base de Eirunepé

O PB de Eirunepé possui sua sede administrativa na CASAI deste município, que contém estrutura de atendimento básico de saúde com equipe multiprofissional, farmácia, quarto de isolamento, enfermaria de observação, alojamentos distintos para as etnias Kulina e Kanamarí, espaço de convivências e refeitório (PRATES, 2013). A CASAI serve ainda de ponto de apoio para as quatro Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica de Saúde Indígena que atuam junto aos pólos de pequeno porte (pontos de apoio/UBSI) e aldeias adscritas (PRATES, 2013). Nessa estrutura são realizados os atendimentos dos indígenas que chegam ao município e a coordenação do cuidado dos usuários que dependam de outros serviços da rede (internação hospitalar e atenção secundária), além do tratamento de patologias de maior duração, como tuberculose e malária (PRASAD et al., 2015). A organização do Pólo-Base e seu modelo assistencial estão representados na **Figura 5**.

Figura 5. Organização do Polo Base de Eirunepé e seu Modelo Assistencial



Fonte: Adaptado de: BRASIL, 2002

* "Referência SUS" corresponde às Unidades Básicas de Saúde e o hospital municipal de Eirunepé

** A sede do Pólo-Base de Eirunepé funciona na estrutura física da Casa de Saúde Indígena

O transporte para os territórios indígenas é feito através de embarcações motorizadas de pequeno porte (voadeiras), sendo afetado pelo ciclo de cheias e secas dos rios da região. No período de seca, as micro-áreas 1 e 4 se tornam praticamente inacessíveis para as equipes, que reprogramam suas ações entre as demais localidades. As equipes são compostas por enfermeiros, dentistas, médicos, técnicos de enfermagem, microscopistas e agentes indígenas de saúde (AIS) (PRATES, 2013). Desde 2013, o provimento médico destas equipes é feita através do PMM, inicialmente com três profissionais cubanos e atualmente com dois brasileiros graduados no exterior. A escassez de médicos no DSEI (assim como na maioria dos outros distritos) faz com que arranjos intermediários entre as equipes sejam feitos, deslocando estes profissionais para micro-áreas distintas a depender da maior demanda da população, não havendo vinculação a uma única equipe. Em 2019, a supervisão acadêmica destes médicos passou a ser incorporada ao GES-Amazonas, com visitas aos profissionais a cada 60 dias. A mudança de modalidade possibilitou o apoio logístico do Ministério da Defesa, o que garantiu maior regularidade nas visitas e maior segurança no deslocamento com o acompanhamento de representantes das forças armadas (LUNA et al., 2019). A supervisão tem ajudado ainda no apoio às equipes e à coordenação do pólo-base, com discussões de casos complexos, intermediação com a rede e secretaria de saúde de Eirunepé e fornecimento de materiais de apoio.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Para este trabalho, levarei em conta meu território de atuação enquanto Supervisor Acadêmico do Programa Mais Médicos (PMM) no município de Eirunepé-AM e no Polo Base de mesmo nome. Como citado anteriormente, supervisiono este município há cerca de três anos e, desde 2019, fui designado para o suporte pedagógico também dos profissionais que atuam nos territórios indígenas vinculados a este Polo. Esse acordo foi realizado em virtude da distância de Eirunepé para a sede do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), situada em Tefé-AM, a cerca de 680km do local.

Com isto, serão consideradas as unidades e territórios adscritos ao Polo, que incluem a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), a sede administrativa do Polo Base e as 36 aldeias, subdivididas em quatro micro-áreas (**Quadro 4**). Além disto, serão incluídas as quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede municipal de Eirunepé que realizam assistência aos indígenas conforme acordo firmado entre prefeitura e DSEI (**Quadro 5**), onde também desenvolvo a supervisão acadêmica.

Quadro 4. Relação de serviços e localidades componentes do território de recorte, DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, 2020

ÓRGÃO ADMINISTRATIVO	SERVIÇO/LOCALIDADE
DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes	CASAI - Eirunepé
	Aldeias da Micro-área 1: Cedro Acre, Terra Nova, Morada Nova, Sossego, Areia, Bauzinho, Igarapé do Cachorro, Degredo, São Vicente, Matrinchã
	Aldeias da Micro-área 2: Porto Velho, Paraná, Boa Vista, Torre da Lua, Açaí, Manduca, Igarapé Preto, São João, Bola, Jarinal, Queimada, Mawitak
	Aldeias da Micro-área 3: Estirão, Aprígio, Extrema, São José, Pentecoste, Felicidade, Flexeira, Beija Flor; e Micro-área
	Aldeias da Micro-área 4: Igarapé Grande, Barreiro, Mamori, Laguinho, Santa Rita, Paraíso
Prefeitura Municipal de Eirunepé	UBS Dr. Ponce de Leão
	UBS José Batista Marques
	UBS Genésio de Albuquerque
	UBS Padre Antônio Cremer

Fonte: DGESI/SESAI, 2012

Quadro 5. Fluxo de Atendimento Médico e Odontológico dos Indígenas Conforme Micro-Área, DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, 2020

MICRO-ÁREA E ALDEIAS ADSCRITAS	UBS DE REFERÊNCIA
MICRO 1 Cedro Acre, Terra Nova, Morada Nova, Sossego, Areia, Bauzinho, Igarapé do Cachorro, Degredo, São Vicente, Matrinchã	Os indígenas residentes na Micro-Área 1 serão atendidos na UBS Dr. Ponce de Leão
MICRO 2 Porto Velho, Paraná, Boa Vista, Torre da Lua, Açaí, Manduca, Igarapé Preto, São João, Bola, Jarinal, Queimada, Mawitak	Os indígenas residentes na Micro-Área 2 serão atendidos na UBS José Batista Marques
MICRO 3 Estirão, Aprígio, Extrema, São José, Pentecoste, Felicidade, Flexeira, Beija Flor	Os indígenas residentes na Micro-Área 3 serão atendidos na UBS Genésio Albuquerque
MICRO 4 Igarapé Grande, Barreiro, Mamori, Laguinho, Santa Rita, Paraíso	Os indígenas residentes na Micro-Área 4 serão atendidos na UBS Padre Antônio Cremer

Fonte: CASAI Eirunepé, 2019

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

O território adscrito pelo Polo Base de Eirunepé possui uma população de cerca de 2.800 indígenas das etnias Kulina e Kanamarí. Apesar de habitarem regiões semelhantes e de terem contato com a sociedade não indígena há cerca de 150 anos, os dois povos possuem características culturais bastante distintas. Os Kulina são pertencentes à família linguística Arawá, enquanto os Kanamarí falam uma língua da família Katukina.

4.1. Características Socioculturais e Práticas Tradicionais dos Povos Kulina e Kanamarí

Os **Kulina** se orientam por um sistema específico de reciprocidade denominado de "*manaco*", que rege as opções matrimoniais entre os grupos de descendência ("*sib*") e as alianças políticas. Nos termos desse sistema, todos os homens e mulheres foram criados pelos heróis mitológicos Tamaco e Quira, separando os Kulina como "gente de fato" ("*madija*") e os brancos sendo chamados genericamente de "*cariás*". As pessoas *madija* subdividem-se em cerca de 70 tipos epônimos, relacionados à natureza, com as características de seu *sib* associado - *Madija sacco* ("gente da traíra"), *Madija ccorobo* ("gente do peixe jejum"), etc. Os *Madija sacco*, por exemplo, são considerados introspectivos, como acredita-se que seja o comportamento *ssaco*. Os *sibs* de características mais próximas constroem alianças que resultam nos casamentos prioritários.

As principais formas de conflito entre os próprios Kulina se dão em torno dos "*doris*" selvagens (feitiços) - acredita-se, na cosmologia e xamanismo Kulina, que as doenças em geral são causadas por *doris* selvagens que se manifestam na forma de um objeto (pequena pedra, pedaço de pau, osso, etc.) que entra no corpo da vítima através de inserção mágica e causa muita dor. Quem lança o *dori* é sempre um "*dsopinejé*" (xamã), que jamais age contra alguém de seu próprio *sib*. Dessa forma, há um *dsopinejé* de um *sib* rival na aldeia ou fora dela. Muitos conflitos acontecem por conta disso na forma do *manaco* negativo ("vingança") entre Kulina de localidades diferentes ou outras etnias.

O contato regular com os não indígenas ("*cariás*") se deu, historicamente, com o ciclo da borracha no fim do século XIX. As incursões violentas promovidas por seringueiros brasileiros e caucheiros peruanos pela ocupação de regiões da floresta expulsou os Kulina e outros povos indígenas para as cabeceiras dos rios tributários do Alto Juruá e Purus. As dificuldades para o escoamento da produção de borracha em razão do difícil acesso prejudicaram a constituição de seringais nos trechos mais acidentados dos rios, principalmente quando a água fica mais rasa, criando condições para que os Kulina e outras etnias vivessem por algum tempo com menor interferência dos *cariás*. No entanto, com a consolidação dos barracões de seringal, iniciou-se o aliciamento dos indígenas para a extração do látex, sob promessas de riqueza fácil e abundante (em contraste com o empobrecimento das novas aldeias promovido pela própria invasão dos *cariás*). Além do aliciamento, ocorreram diversas incursões para captura e escravidão de indígenas para o trabalho nos seringais. Por outro lado, a própria necessidade de utensílios domésticos, armas, tecidos e as facilidades de contato nos barracões à beira dos rios, terminaram por aproximar os Kulina e outras etnias na região dos brancos. Grande parte do trabalho dos indígenas nos seringais se dava sob

sistema de aviamento (escravidão ou semi-escravidão), com manutenção do seringueiro indígena preso a dívidas impagáveis com o seringalista, contraídas para seu sustento, que seriam pagas com sua produção de borracha.

Em relação ao povo **Kanamari**, constitui uma população intensamente móvel que se divide em torno dos ciclos climáticos anuais. Durante a estação seca (de abril a setembro) ocorre a dispersão das unidades familiares, por meio de expedições de caça a tracajás (cágados) nas praias que se formam quando o rio está seco. Estes movimentos são geralmente de pequena escala, mas podem envolver aldeias inteiras, caso sejam formadas por um grupo central de irmãos e seus filhos casados. Estas viagens muitas vezes levam os Kanamari a cidades como Eirunepé. Durante a estação chuvosa, a unidade aldeã é enfatizada e são feitas apenas pequenas viagens. A tendência das pessoas é ficar com os parentes mais próximos, caçando e comendo juntos, evitando o quanto possível o contato com aldeias vizinhas e, mais ainda, com aquelas mais distantes.

Segundo os Kanamari, eles foram criados pelo herói mitológico Tamakori que então os deixou no médio Juruá e rumou rio abaixo para Manaus, onde criou os brancos. Eles se dividem em subgrupos que recebem o nome de um animal seguido pelo sufixo "*dyapa*", que antes eram associados a rios específicos e seus afluentes, e de distribuem de forma fragmentada, plural e dispersa pelo território. Antes da chegada dos brancos, os diferentes *dyapa* não casavam entre si e mantinham relações rituais e comerciais, relações essas que ocasionalmente se tornavam hostis. No entanto, a presença de não indígenas e rivalidades internas levaram a intercassamentos e deslocamentos, resultando em novas configurações em que a endogamia *dyapa* deixou de ser uma norma. Assim, hoje é mais difícil distinguir aqueles que são mais próximos dos mais distantes. Com frequência, alianças entre *dyapas* distintos resultam na assimilação de um pelo outro, como ocorreu com os *Dom-dyapa* ("Peixe-dyapa"), hoje quase totalmente considerados uma parte dos *Bin-dyapa* ("Mutum-dyapa"). Estes casos ocorrem normalmente quando morre o chefe de um *dyapa*, o que leva os sobreviventes a migrarem em busca de novos chefes, mesmo que esses sejam associados a outros *dyapa*.

O contato os Kanamari com os não indígenas se deu durante o ciclo da borracha no fim do séc. XIX. A ocupação dos leitos dos rios pelos seringueiros se deu de forma bastante agressiva, expulsando grande parte dos indígenas da região. Com sua característica dispersa e migratória, os Kanamari terminaram se refugiando nas cabeceiras do rio Itaquai e reduzindo consideravelmente o contato com os não indígenas para sua sobrevivência. As visitas aos barracões de seringal se davam de modo esporádico para a troca de produtos, sobretudo por intermédio dos chefes, até o final da década de 1950, quando houve nova dispersão dos indígenas com a morte de importantes chefes - boa parte deles migrando para os rios Cuçurá e Javari, além de regiões agrícolas pertencentes aos não indígenas. Com a chegada da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) no sudoeste do Amazonas, iniciou-se um processo de remoção da população não indígena da região, na tentativa de restabelecimento de territórios Kulina. Apesar do aporte de alimentos e mercadorias garantido pela entidade, a concentração deste grupo (com histórico nômade e disperso) em determinado território circundado por propriedades de não indígenas provocou uma sucessão de conflitos internos levando a subdivisões de *dyapas*.

4.2. Características Demográficas e Econômicas

A população indígena do território adscrito ao Polo Base de Eirunepé distribui-se em 36 aldeias, subdivididas pelas equipes da CASAI em quatro micro-áreas. A população de cada aldeia e sua etnia estão descritas abaixo:

Quadro 6. População e etnia por aldeia adscrita ao Pólo Base de Eirunepé

MICRO-ÁREA	ALDEIA	ETNIA	POPULAÇÃO
1	Cedro Acre	Kulina	83
	Terra Nova	Kulina	25
	Morada Nova	Kulina	52
	Sossego	Kulina	109
	Areia	Kulina	33
	Bauzinho	Kulina	50
	Igarapé do Cachorro	Kulina	32
	Degredo	Kulina	131
	São Vicente	Kulina	101
	Matrinchã	Kulina	177
	Subtotal: 793		
2	Porto Velho	Kulina	136
	Paraná	Kulina	5
	Boa Vista	Kulina	35
	Torre da Lua	Kulina	74
	Açaí	Kulina	29
	Manduca	Kulina	9
	Igarapé Preto	Kulina	30
	São João	Kulina	41
	Bola	Kanamari	160
	Jarinal	Kanamari	134
	Queimada	Kanamari	133
	Mawitak	Kanamari	35
	Subtotal: 821		

3	Estirão	Kulina	171
	Aprígio	Kulina	52
	Extrema	Kulina	61
	São José	Kulina	50
	Pentecoste	Kanamarí	36
	Felicidade	Kanamarí	50
	Flexeira	Kanamarí	106
	Beija Flor	Kanamarí	54
	Subtotal: 580		
4	Igarapé Grande	Kanamarí	46
	Barreiro	Kanamarí	124
	Mamori	Kanamarí	170
	Laguinho	Kanamarí	49
	Santa Rita	Kanamarí	162
	Paraíso	Kanamarí	53
	Subtotal: 604		
TOTAL: 2798			

Fonte: BRASIL, 2013

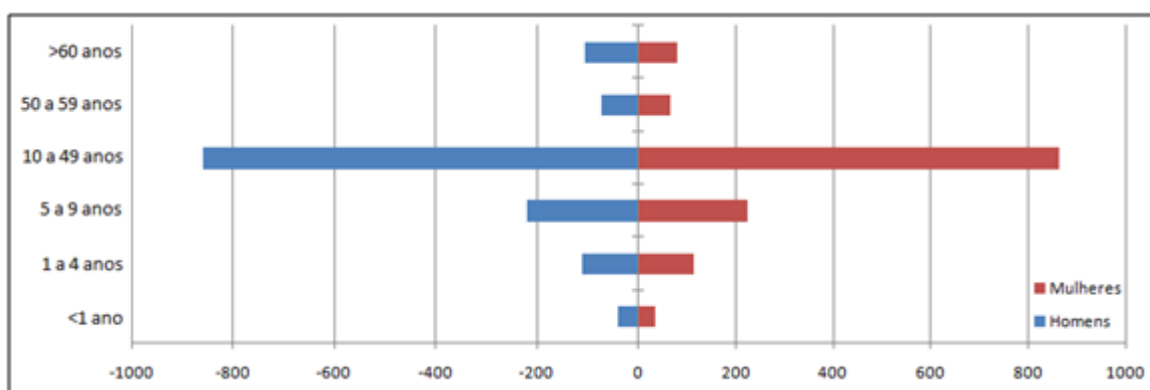
As principais atividades econômicas do território adscrito são: o extrativismo, sobretudo a pesca e extração de madeira; a agropecuária de pequeno porte no entorno de Eirunepé; o comércio portuário e na central de abastecimento de Eirunepé; e os benefícios sociais/previdenciários, como Bolsa Família, Seguro Defeso, aposentadorias e pensões (BRASIL, 2012).

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

O território adscrito ao PB de Eirunepé possui características demográficas e epidemiológicas semelhantes às de outros Polos no estado do Amazonas, com uma população majoritariamente jovem e vivenciando uma transição com importantes implicações sanitárias a partir do aumento do contato com os municípios do entorno. Contudo, as fontes de informação disponíveis para a construção desta análise são bastante limitadas, restritas ao último Plano Distrital de Saúde (BRASIL, 2012), ao projeto de apoio aos DSEIs (PRATES, 2013) e aos dados informados pelos poucos AISs à CASAI. Por outro lado, o PB vem sofrendo com a falta de profissionais nas equipes (sobretudo AISs e médicos) e a alta rotatividade dos trabalhadores de nível superior, o que dificulta a realização de diagnósticos territoriais. Com isto, vários parâmetros não puderam ser identificados, como a distribuição das informações por etnia e os dados sobre mortalidade materna, estado nutricional da população, doenças infecto-parasitárias e estatísticas sobre o saneamento básico e coleta de lixo local.

Apesar destas limitações, as informações preliminares conseguem trazer algumas dimensões relevantes sobre esta população.

Figura 6. Pirâmide etária do PB de Eirunepé, 2019



Fonte: CASAI Eirunepé, 2019

A taxa de natalidade é de 29,89/1.000 indivíduos, o coeficiente de mortalidade geral é de 6,84/1.000 indivíduos e a taxa de fecundidade é de 9,6%. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é de 48,19/1.000 nascidos vivos, sendo seu componente neonatal superior ao pós-neonatal (3:1). Em 2019, foram ainda realizadas 83 consultas de puericultura.

A prevalência de tuberculose é de 108,03/100.000 indivíduos e a incidência 36,01/100.000 indivíduos. Em 2019, foram registrados 196 casos de diarreia e 140 casos de malária e foram identificados 13 hipertensos e 06 diabéticos.

Os poucos dados disponíveis sugerem uma população em crescimento, com médio nível de CMI, baixa prevalência de hipertensão e diabetes e alta incidência de doenças infecciosas.

Não existem informações oficiais disponíveis sobre as condições de saneamento, mas os profissionais relatam um baixíssimo acesso a tratamento de água e esgoto nas aldeias.

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

Como mencionado anteriormente, o Polo Base de Eirunepé vem enfrentando dificuldades estruturais e de recursos humanos de longa data, o que tem repercutido no processo de trabalho da sede e suas equipes. Além da escassez e da alta rotatividade de profissionais nesta instituição, recentes trocas na chefia do Polo Base contribuíram ainda mais para a descontinuidade das linhas de cuidado nos territórios assistidos.

Por outro lado, a pandemia de COVID-19 fez com que fossem canceladas as visitas de supervisão *in loco* previstas a cada 60 dias pelo Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos (GES/PMM). Com isto, perdi boa parte do contato com o serviço e suas equipes, limitando a comunicação por meio virtual num quadro de baixa conectividade da região do Médio Solimões.

Como agir num cenário tão singular como este? Na função de supervisor do PMM, mais do que uma intervenção direta, atuar como um mediador externo com os médicos supervisionados e a gestão do DSEI pode ser um caminho mais viável neste momento. Numa realidade em que não dispomos nem de 30% do esperado em número de AISs, em que contamos com apenas um médico entre as EMSI volantes e na qual trabalhamos com um verdadeiro “apagão” de dados territoriais, nada mais oportuno que trabalhar ferramentas que possibilitem o conhecimento da região.

Desta forma, trarei nesta rede explicativa os desafios levantados e as linhas gerais de um plano de soluções para a realidade do Polo Base de Eirunepé.

Quadro 7. Problemas selecionados no Polo Base de Eirunepé

QUAL É O PROBLEMA?	COMO ACONTECE?
“Apagão de informações” - atuação passiva, expectante e aleatória dos profissionais	Entradas pontuais e dispersas nas aldeias, com baixo seguimento longitudinal dos usuários e sem priorização das ações por problemas de saúde mais relevantes; permanência expectante nas unidades de apoio, sem busca ativa
Dados do SIASI defasados e conflitantes com a realidade do DSEI	Dados mais recentes referentes a 2013; população adscrita duas vezes maior que o descrito no SIASI
Dados locais inconsistentes	Repetição de dados de anos anteriores; subnotificação de agravos; prevalência de condições crônicas muito inferior a de outros Polo Base do Amazonas; dados incompatíveis com os fornecidos pelo último levantamento do SIASI

Alta rotatividade de profissionais de nível superior	Lotação de apenas um médico em quatro EMSIs; permanência média de um ano para enfermeiros e dentistas; poucos profissionais em deslocamento até as aldeias para o seguimento longitudinal dos usuários e captação das informações locais; ações de saúde pontuais e isoladas
Baixo número de AISs	Poucos profissionais nas aldeias para o seguimento longitudinal dos usuários e captação das informações locais
Troca de chefia na gestão do Polo Base	Novos coordenadores ainda se familiarizando com os problemas de saúde da região; dificuldades na contratação de novos profissionais/pouca rede de contatos
Suspensão das visitas de supervisão <i>in loco</i> do GES/PMM	Contato apenas virtual com os médicos e gestão do Polo Base; baixa conectividade de internet e de sinal telefônico em quase todo o território adscrito, atrasando a comunicação e o apoio aos profissionais
Atraso no início da Especialização em Saúde Indígena	Profissionais introduzidos nas aldeias sem conhecimento prévio sobre as particularidades da atuação na Saúde Indígena

Diante dos problemas levantados, percebe-se uma nuvem temática da esfera da Gestão do Cuidado / Planejamento em Saúde, sobre a qual tenho pouca capacidade de governo para intervenção direta. Contudo, é possível desenvolver um trabalho indireto de diagnóstico e planejamento local para identificação de questões mais próximas aos profissionais e que permitam uma atuação mais estratégica e fundamentada junto à população indígena do Médio Solimões.

Quadro 8. Plano de soluções para a Gestão do Cuidado / Planejamento em Saúde

AÇÕES	VIA DE INTERVENÇÃO
Treinamento com os médicos supervisionados para o desenvolvimento da Estimativa Rápida Participativa	Virtual / CASAI ou sala de Telessaúde da SMS de Eirunepé
Pactuação com os coordenadores do Polo Base de Eirunepé para o desenvolvimento da ERP	Virtual / CASAI
Compilação dos dados locais, SIASI e média de indicadores de outras localidades	Virtual / CASAI e Comissão Coordenadora Estadual (CCE) do PMM no Amazonas

Entrevistas semi-estruturadas com AISs e informantes-chave no território	Presencial (médicos do PMM) / CASAI e aldeias
Observação com diários de campo	Presencial (médicos do PMM) / CASAI e aldeias
Compilação das informações das entrevistas, observações e dados levantados para o diagnóstico local e planejamento das ações prioritárias	Virtual / CASAI

A partir da observação do cenário, optou-se pelo desenvolvimento da Estimativa Rápida Participativa (ERP) - método rápido e eficaz para o diagnóstico em saúde por meio de um planejamento que contribui para a identificação das necessidades locais a partir da própria população e em conjunto com os profissionais de saúde (ACÚRCIO et al, 1998). Para seu desenvolvimento, será realizada uma etapa preparatória, com o treinamento dos médicos do PMM durante as supervisões longitudinais (virtuais) e pactuação com os coordenadores do Polo Base; uma etapa de reunião dos dados, utilizando as informações locais e indicadores de outras localidades para parametrização; uma etapa de entrevistas com AISs e informantes-chave no território e observação com preenchimento de diários de campo durante as entradas nas aldeias e na CASAI; e uma etapa final de compilação das informações para construção do diagnóstico local. A partir desta descrição, serão apontadas questões prioritárias para a atuação dos profissionais e pactuadas as responsabilidades de cada participante para o aprimoramento do trabalho no Polo Base.

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

As ações planejadas no capítulo anterior serão divididas na interação direta com os médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e coordenadores do Polo Base de Eirunepé; a compilação de dados para auxiliar a Estimativa Rápida Participativa (ERP); e a pesquisa de campo a ser realizada pelos profissionais nos territórios indígenas adscritos.

Para este capítulo, serão traçadas as diretrizes para a atividade educativa “Treinamento com os médicos supervisionados para o desenvolvimento da Estimativa Rápida Participativa”. Como já citado anteriormente, a ação não poderá se desenvolver de forma presencial em virtude da suspensão das visitas *in loco* pela pandemia, devendo ser realizada em modalidade virtual. Desta forma, será necessário combinar o fornecimento de bibliografia de fácil acesso e um espaço de interação que não demande grande velocidade de internet. No caso de Eirunepé, onde as quedas de energia e as condições de conectividade são extremamente baixas, a atividade se torna ainda mais desafiadora.

A modalidade escolhida foi a de uma “Roda de Conversa em Pequeno Grupo”, iniciada por uma atividade expositiva sobre a ERP. De forma preliminar, serão enviados dois materiais de apoio sobre a condução de entrevistas semi-estruturadas com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e demais informantes-chave das aldeias assistidas; e sobre os tópicos da observação com produção de diários de campo. Os materiais serão adaptados à internet local, retirando conteúdos gráficos (figuras, estilização, planilhas, links de vídeos, etc.) e realizando compressão dos arquivos para reduzir seu tamanho digital ao limite possível, mantendo-os exclusivamente em formato de texto. Esse movimento traz certo prejuízo pois limita as possibilidades de interação com o conteúdo, mas mostra-se necessário dada a baixa conectividade do município. Serão escolhidos, por sua vez, materiais de fácil leitura, objetivos e que tragam exemplos de outras ERP’s desenvolvidas em distintos contextos.

A conversa com os profissionais será realizada em plataforma/aplicativo de conectividade simples, como chamadas de vídeo/áudio compartilhadas de *WhatsApp* ou videoconferência por *Google Meet*. Até o momento não conseguimos velocidade de internet local que suportasse videoconferências pelo aplicativo *Skype* e pelo programa *Conferência Web da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP)*. A atividade será desenvolvida no espaço físico da Casa de Saúde Indígena (CASAI), utilizando os computadores/celulares dos próprios médicos através do *wi-fi* deste serviço, já que o computador da coordenação da CASAI não dispõe de microfone. Será avaliada ainda a disponibilidade do serviço de telessaúde oferecido pela Secretaria de Saúde de Eirunepé, no auditório da Unidade Básica de Saúde (UBS) José Batista Marques, que pode oferecer uma condição mais razoável de acesso aos profissionais do Polo Base.

A atividade contará com os seguintes passos:

- * Primeiro momento **explicativo**, trazendo questões teóricas sobre a ERP;
- * Segundo momento de **trocas** de experiências, impressões sobre os materiais enviados previamente e expectativas sobre o desenvolvimento da ERP na prática;
- * Terceiro momento **operativo**, com a sistematização das ações e a montagem do calendário.

Após o desenvolvimento das atividades de campo, realizada pelos médicos do PMM, e da compilação dos documentos de referência, realizada pelo supervisor, será elaborado um material final que subsidiará a construção da ERP em uma reunião futura. A partir do desempenho da ERP, abre-se a possibilidade de utilização desta mesma metodologia no apoio a outros instrumentos de planejamento, como o Plano Distrital de Saúde do DSEI-MRSA. Além disto, mostra-se oportuna uma possível ampliação da rede de atores sociais participantes, tanto nas entrevistas quanto na devolutiva do relatório final, envolvendo instituições estratégicas como a FUNAI e a SMS de Eirunepé, no intuito de fortalecer ainda mais o trabalho das EMSIs da região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de Especialização em Saúde Indígena trouxe reflexões consideráveis sobre a realidade do DSEI em que atuo e do quadro sócio-sanitário da população indígena como um todo no Brasil. Dentre seu conteúdo, merecem destaque as discussões sobre a inter-relação da Antropologia com a Saúde Indígena e as ferramentas de trabalho da Epidemiologia e Vigilância em saúde direcionadas ao trabalho nos Polos Base. Apesar de nutrir uma expectativa sobre as questões clínicas individuais no processo de trabalho dos Polos, em especial às emergências clínicas no contexto da Saúde Indígena e que acabaram não sendo contempladas no curso, acredito que a especialização me surpreendeu em diversos pontos e contribuiu bastante para a melhoria da minha atuação enquanto supervisor acadêmico de profissionais do DSEI Médio Rio Solimões. Reconheço o potencial do seu corpo docente e dedico um grande agradecimento por todo empenho na oferta e melhoria deste curso, ainda que num cenário tão hostil para os setores da saúde e da educação nacional.

O Polo Base de Eirunepé possui características singulares e desafios impensáveis quando comparados aos enfrentados nos serviços de saúde das grandes cidades brasileiras. Além das questões inerentes ao próprio processo de trabalho na Saúde Indígena, o Polo sofre há anos com a escassez e alta rotatividade de profissionais entre suas EMSIs. Esta realidade sobrecarrega as equipes do serviço e limita os retornos para atendimento de diversas aldeias, comprometendo sua vinculação e a coleta de dados sobre o território.

Na posição de supervisor do GES/PMM, tenho conseguido observar a realidade do Polo com um agente externo, o que me possibilita discutir determinadas questões e apontar caminhos sem as atribuições do trabalho local. Por outro lado, essa posição me limita consideravelmente por não poder conduzir diretamente as ações mais relevantes para a mudança da realidade do serviço.

Diante desta posição “equilibrada” entre a atuação externa/interna e depois de diversas conversas com os profissionais e gestores do Polo, optamos pelo desenvolvimento da ERP como meio de planejamento das equipes e aprimoramento do processo de trabalho local. Este projeto de intervenção se dará através da articulação com os gestores e do suporte pedagógico dos médicos supervisionados em formato virtual devido ao agravamento da pandemia de COVID-19.

Acreditamos que com a construção da ERP e a regressão da pandemia, poderemos retomar as visitas de supervisão in loco do GES/PMM e fortalecer ainda mais o trabalho dos profissionais do Polo de Eirunepé. Com isto, será possível ver perto as mudanças propostas e contribuir de um modo mais direto sobre a realidade deste serviço, somando forças num cenário tão necessitado de apoio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ♦ ACÚRCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 87-110.

- ♦ AMORIM, G. S. Entre viajar e morar: narrativas sobre a territorialidade Kulina. Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Universidade Federal do Amazonas: 2019.

- ♦ _____. Os coletivos *madija* e o ritual do *ajje*: relações de alteridade entre os Kulina no baixo Juruá. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. Universidade Federal do Amazonas: 2014.

- ♦ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Nota Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos. <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/nota-oficiais-abrasco/nota-abrasco-sobre-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-brasil/38190/> (acessado em 09/Dez/2018)

- ♦ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. IV Mostra: sua experiência em destaque. Revista Brasileira Saúde da Família, Ministério da Saúde, Ano XII, nº 30. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 15, n. 37, jan./abr. 2014a. p.18

- ♦ _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

- ♦ _____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes. Plano Distrital de Saúde Indígena: 2012-2015. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2012.

- ♦ _____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Estrutura organizacional

- ♦ e informações sobre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Ministério da Saúde, 2020 [internet]. [Acesso em: 24 mai 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/arquivos/sesai/>

- ♦ _____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes. Regimento interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes. Tefé, AM; 2013.

- ♦ _____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes. Ata da XXX reunião ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes. Tefé, AM; 2014b.

- ♦ _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) - Políticas de saúde e atenção primária no Brasil e na saúde indígena. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

- ♦ BURIHAN S. O Estado de São Paulo. Ilhabela decreta estado de emergência após vendaval de 123 km/h; modelo está desaparecida [internet]. 2019. [acesso em 2019 ago 23]. Disponível em: <https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,ilhabela-decreta-estado-de-emergencia-apos-vendaval-de-123-kmh-modelo-esta-desaparecida,70002809088>

- ♦ CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.

- ♦ CARDOSO, A. M. Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

- ♦ CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA (CTI). Tüküna Hinük - O Povo Kanamari reunido! [internet]. 2014. [acesso em: 2020 mai 24]. Disponível em:

- ♦ <https://trabalhoindigenista.org.br/tukuna-hinuk-o-povo-kanamari-reunido/>

- ♦ _____. VII Encontro Geral Tüküna (Kanamari) reforça demandas por direitos básicos [internet]. 2014. [acesso em: 2020 mai 24]. Disponível em: <https://trabalhoindigenista.org.br/vii-encontro-geral-tuk-na-kanamari-reforca-demandas-por-direitos-basicos/>

- ♦ CONSELHO INDÍGENA MISSIONÁRIO (CIMI). No Amazonas, povo Madija Kulina realiza sua primeira Assembleia Indígena [internet]. 2016. [acesso em: 2020 mai 24]. Disponível em: <https://cimi.org.br/2016/05/38480/>

- ♦ COSTA, W. A.; VIEIRA, M. C. SANTANA, V. R; PAULA, L. G. N.; CORREIA, P. L. A. Médicos de Família Construindo Políticas de Saúde em Municípios do Recôncavo Baiano. In: 11^o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Brasília-DF, 2011.

- ♦ Site de informações, artigos e notícias socioambientais. Povos indígenas do médio rio Solimões e afluentes reúnem-se e divulgam 'Documento do Fórum de Política Indigenista de Tefé' [internet]. 2018. [acesso em: 24 mai 2020]. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2018/07/06/povos-indigenas--o-medio-rio-solimo-es-e-afluentes-reunem-se-e-divulgam-d-cumento-do-forum-de-politica-indigenista-de-tefe/>

- ♦ FARIAS, E. A Crítica (AM). Índios do Médio Solimões (AM) formalizam denúncia contra uso irregular de recursos para a saúde [internet]. 2011. [acesso em: 24 mai 2020]. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Noticias?id=109178&id_pov=38

- ♦ FEICHAS, N. M. L.; HEUFEMANN, E. C. Construindo a formação em Medicina de Família e Comunidade em território líquido da Amazônia. In: FERLA, A. A.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C.; SCHWEICKARDT, J. C.; GAI, D. N. (Orgs.). Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

- ♦ FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. Plano Estratégico FESF-SUS 2018-2021. Salvador: 2018.

- ♦ G1 VALE DO PARAÍBA E REGIÃO. Morro desliza, fecha estrada e isola costa sul de Ilhabela, SP [internet]. 2019. [acesso em 2019 ago 23]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2019/05/18/morro-desliza-fecha-estrada-e-isola-costa-sul-de-ilhabela-sp.ghtml>

- ♦ GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

- ♦ GUSSO, G.; LOPES, J. M. F.; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

- ♦ LUNA W. F.; ÁVILA, B. T.; BRAZÃO, C. F. F.; FREITAS, F. P. P.; CAJADO, L. C. S.; BASTOS, L. O. A. Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. Interface (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e180029

- ♦ MAIA, J. A.; SANTANA, A. M.; ASSIS, B. G.; CORREA, R. R. Acesso dos Usuários Indígenas aos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade. DêCiência em Foco. ISSN 2526-5946 2019; 3(2): 144 - 154.

- ♦ MARTINS, H. S.; GIMENEZ, F. L.; BRANDÃO NETO, R. A. Pneumonia Adquirida na Comunidade. In: MARTINS, H. S. et al. (Orgs.). Emergências clínicas: abordagem prática. 13. ed. rev. e atual. -- Barueri, SP : Manole, 2018.

- ♦ MEDEIROS, G. G1 Amazonas. Indígenas do Médio Solimões rejeitam chefe eleito pela Sesai no AM [internet]. 2011. [acesso em: 24 mai 2020]. Disponível em: <http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2011/11/indigenas-do-medio-solimoes-rejeitam- chefe-eleito-pela-sesai-no-am.html>

- ♦ PRASAD, K. K. B. et al. Entre a gripe e a malária: relações interétnicas e a transmissão de doenças em Eirunepé – AM. Anais do X Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação – CONNEPI. Rio Branco – AC, 2015.

- ♦ PRATES, T. F. Cartografia dos Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes. Projeto de Apoio aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – Rede HumanizaSUS. Manaus, AM: DSEI MRSA, 2013.

- ♦ PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.

- ♦ SANT'ANA, S. R.; REGO, M. A. M. Desenvolvimento Sustentável em Exploração e Produção de Petróleo e Gás na Amazônia Brasileira: estudo de caso Petrobrás. LATEC/UFF, 2008.

- ♦ SAVASSI, L. C. M.; ALMEIDA, M. M. ; FLOSS, M. ; LIMA, MC . Saúde no caminho da roça. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

- ♦ SILVA, C. C. Assessoria Médica e de Resgate em Expedições e Esportes em Áreas Remotas. RevMed (São Paulo). 2012 jan.-mar.;91(1):19-24.

- ♦ SOUZA, E. R.; NJAINE, K.; MASCARENHAS, M. D. M.; OLIVEIRA, M. C. Acidentes envolvendo indígenas brasileiros atendidos em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 21(12):3745-3756, 2016.

- ♦ TARGA, L. V.. Medicina de Família e Comunidade em Cenários Específicos: área rural. In: Gustavo Gusso; José Mauro Ceratti Lopes. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2ed.Porto Alegre: Artmed, 2018, v. 1, p. 498-507.