



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

HELAN REIS DE OLIVEIRA

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE ANEMIA PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA: POLO BASE
RESTINGA, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA RIO TAPAJÓS, PARÁ

SÃO PAULO
2021

HELAN REIS DE OLIVEIRA

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE ANEMIA PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA: POLO BASE
RESTINGA, DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA RIO TAPAJÓS, PARÁ

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

A anemia ferropriva é um problema de saúde pública no Brasil, afetando muitas pessoas, incluindo os indígenas. Tendo a enfermidade prejuízos para o desenvolvimento físico e sintomas como fadiga aos indígenas. Este trabalho é considerado um estudo de intervenção. Buscou implementar ações educativas sobre anemia ferropriva no Polo Restinga do Distrito Sanitário Especial Indígenas Rio Tapajós, Pará. O estudo foi construído a partir do Planejamento Estratégico Situacional, servindo de base para a execução do presente projeto em três fases de trabalho: a primeira fase, dedicada a uma roda de conversa com a própria equipe sobre a problemática da anemia no indígena e, com isso, pode impactar na vida. Já a segunda etapa, foi voltada para levar informações sobre a problemática da anemia para a comunidade indígena, além de realizar campanhas educativas sobre o tema nas consultas médica e de enfermagem de forma individual. Por fim, o terceiro momento teve como objetivo levar informações sobre a problemática da anemia para a comunidade indígena por meio de palestras em pequenos grupos na recepção do estabelecimento da saúde. Nota-se que há poucas informações sobre o tema entre os indígenas, porém todos se mostraram dispostos a participar das atividades educativas, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, tendo uma participação ativa e com um bom retorno. Além disso, a equipe atuou de forma construtiva e ativa durante todo o processo, mesmo com a pandemia da Covid-19. Com este projeto, ficou claro que houve um retorno de conhecimento para a população e equipe de saúde, deixando de lado o tabu sobre o assunto, além de maior união entre todos. Houve uma maior relação de confiança entre todos, o que sugere possibilidade de realizar pesquisas para aprofundamento da temática no futuro, que colaborem para a compreensão da grande causa de anemia ferropriva nas comunidades, bem como possibilitem a reflexão e aplicação de estratégias para extinção deste agravo.

Palavras-chave:

Alimentação Saudável. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

APRESENTAÇÃO

Chamo-me Helan Reis de Oliveira (Imagem 1), tenho 35 anos, sou natural de Redenção, município pertencente ao Sul do Estado do Pará. Filho de Maria da Conceição e de José de Ribamar que viviam em Brasília-DF e se mudaram para Redenção no ano de 1983 em busca de novas oportunidades de trabalho no ramo da agricultura e pecuária. Sou o mais velho entre três irmãos, sendo que cada um de nós optamos por carreiras profissionais distintas, eu medicina, Silfarn com 33 anos estudou engenharia civil, já o mais jovem, Vinícius, com 31 anos graduou-se em biomedicina.

Durante a infância nossos pais sempre nos cobraram bons resultados nos estudos, mesmo sabendo que tínhamos obrigações em ajudar no trabalho, porém procuravam dar apoio e as orientações necessárias para seguirmos firmes na formação pessoal e profissional.

Aos 18 anos já comecei a trabalhar no meu primeiro emprego na prefeitura municipal, depois fiz um curso Técnico em Segurança do Trabalho, que me possibilitou a ser contratado como técnico para atuar na área de Biossegurança pelo Hospital Regional de Redenção. Neste hospital, durante o período de 3 anos, trabalhei e tive a oportunidade de conhecer pessoas da área médica que me orientaram a decidir meu futuro profissional e acadêmico.

Somente aos 26 anos, após uma tentativa de ingressar em uma faculdade pública e não ter obtido êxito, prestei o vestibular em uma faculdade privada, porém as mensalidades significavam um grande peso no orçamento do meu Pai. Foi então que direcionei minha atenção em estudar medicina no exterior, onde me oferecia mensalidades mais econômicas, então me mudei para a Cidade de Cochabamba, Bolívia. Em 2011 comecei os estudos na Univercidade Técnica Privada Cosmos (UNITEP).

Passado o período de graduação, voltei ao Brasil, para aguardar as provas do revalida. Durante este período, em 2018, surgiu um edital do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB), decidi realizar a minha inscrição. Minha intenção sempre foi a de permanecer no estado do Pará e então consegui ingressar no DSEI Rio Tapajós, em Itaituba. Após o módulo de acolhimento em Brasília, me mudei para Itaituba para começar o trabalho. Desde então, estou aqui atuando como médico na Saúde Indígena, Polo Base Restinga, pertencente a cidade de Jacareacanga. Tenho aprendido muito como médico na saúde indígena e sei que também estou contribuindo grandemente na melhora da qualidade de vida desses povos, atuando principalmente com as etnias Munduruku e Kaiapó. Percebo o contraste da realidade desses povos indígenas que vivem nas margens de grandes rios como o Tapajós, que mesmo sobre a influência do mundo moderno, procuram manter sua cultura.

Durante o período intenso de cada entrada que faço nas aldeias, permaneço 30 dias diretos *in loco*, convivendo diretamente com os colegas indígenas, técnicos de enfermagem e agentes de saúde. Tenho aprendido um pouco da língua Munduruku e também passado a compreender melhor sua forma de pensar, seus “paradigmas” e a maneira diferente que enxergam o mundo. Está sendo uma experiência desafiadora, intrigante e, ao mesmo tempo, de muito conhecimento sobre o passado e o momento atual do Brasil, de como esses povos tem sobrevivido e convivido juntamente com a sociedade não indígena.

Não posso deixar de citar as consequências da exploração de suas terras por meio da extração de madeira e, principalmente, de minérios que devastam a natureza, poluem os rios com mercúrio que matam e contaminam os peixes, principal fonte de alimentação proteica desses povos.

Tenho como meta no momento concluir o curso de Especialização em Saúde Indígena e também continuar somando o máximo possível no trabalho de atenção à saúde indígena, promovendo a saúde desses povos, cumprindo as metas estabelecidas, continuar trabalhando para reduzirmos ao máximo os índices de mortalidade infantil e neonatal, e promovendo dignidade que é direito desses povos que são primeiros habitantes do Brasil.

Figura 1 - Trabalho na aldeia Restinga



Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

A área de abrangência do DSEI Rio Tapajós está localizada na Amazônia Legal, na região sudoeste do estado do Pará e faz fronteira com os estados do Mato Grosso e Amazonas (Figura 2). O clima predominante é o equatorial, devido à proximidade com a linha do equador, em plena zona intertropical da Terra, fatores como calor e umidade são determinantes para explicar a enorme biodiversidade presente na floresta onde a fauna e a flora oferecem toda base proteico calórica dentro dos costumes tradicionais para povos que ali vivem. As aldeias sob jurisdição deste DSEI são acessadas em sua grande maioria via fluvial, porém existem aldeias, que de acordo com a sazonalidade (período de chuvas - inverno amazônico) o acesso é somente aéreo devido a trafegabilidade das estradas para as aldeias (BRASIL, 2019). Atualmente o DSEI atende em 6 terras indígenas homologadas e 3 territórios tradicionalmente ocupados que estão distribuídos nos municípios de Jacareacanga, Novo Progresso, Altamira, Aveiro, Itaituba e Trairão, conforme a tabela 1.

Figura 2 - Mapa da localização do DSEI Rio Tapajós



Fonte: BRASIL, 2019

Tabela 1 - Terras indígenas relacionadas ao DSEI Rio Tapajós

T.I.	Municípios	Extensão	Situação
Munduruku	Jacareacanga	2.396.027	Homologada
Mekragnoti	Altamira	4.966.783	Homologada
Baú	Altamira	1.545.197	Homologada
Praia do Mangue	Itaituba	33	Homologada
Praia do Índio	Itaituba	31	Homologada
Sai Cinza	Jacareacanga	1.248.95	Homologada
Dajé Kapap Eipi (Sawré Muybu)	Itaituba e Trairão	178.173	Identificada
Sawré Apompo	Itaituba	-	Em identificação
Sawré Jayba	Itaituba	-	Em identificação
Munduruku-Cara-preta/maitapu	Aveiro	-	Em estudo
Total de Hectares		9.211.139	

Fonte: BRASIL, 2019

As comunidades indígenas estão distribuídas às margens dos rios e igarapés afluentes do Rio Tapajós onde recebem atendimentos através da sede de cada polo base que possuem de 5 a 18 aldeias. As aldeias em sua grande maioria não possuem saneamento básico e microssistemas de água onde as comunidades usufruem de sistemas alternativos de captação de água ou fazem coleta nos rios e igarapés próximo às aldeias. As residências em grande maioria fazem parte ainda do contexto cultural arquitetônico são construídas de barro, palha e madeira (BRASIL, 2019).

Em decorrência da história do contato, frentes econômicas e as instituições não indígenas. Podemos afirmar que diversos aspectos da vida cultural dos indígenas do DSEI Tapajós sofreram mudanças, contudo, muitas expressões culturais significativas ainda se mantiveram presentes. Sendo assim, podemos citar as danças, cantos e rituais de caráter coletivo associado aos espíritos, guerra e a natureza das aldeias. Dessa maneira, as práticas religiosas dos pajés têm um papel fundamental na cura por meio de manipulação de ervas, atos de defumação, bem como o contato com o mundo dos espíritos (BRASIL, 2019).

Os indígenas pertencentes a região bem como sabemos, vivem tradicionalmente da caça e da pesca é também do cultivo de variadas espécies de vegetais para seu próprio consumo, são alimentos como a mandioca, cará, cana de açúcar, abacaxi (ananás) e banana. Em algumas aldeias ainda e perceptíveis atividades culturais como a prática da tecelagem, alguns homens e especialmente as mulheres são ótimas na confecção de colares, em outras aldeias tais práticas artesanais já estão quase em desuso (BRASIL, 2019).

Alguns indígenas após concluírem o nível técnico optam por buscar de empregos ou atividades assalariadas em busca de renda fixa, é muitos conseguem trabalhos importantes, como é o caso na atenção à saúde indígena, integrando a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena dentro do território, como exemplo temos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, AIS, AISAN, Agente de Endemias, Microscopistas e Pilotos de embarcações utilizadas pelo DSEI. Atividades que proporcionam ganhos salariais e estabilidade, atividades extremamente importantes dentro da Saúde Indígena em geral.

Porém para a maioria, a atividade econômica consiste no cultivam em maior quantidade a mandioca, matéria prima básica para a produção da farinha é um de seus principais alimentos como fonte de carboidratos, sendo também fonte de renda das famílias, que após a fabricação manual do produto, se deslocam por meio de rabetas ou voadeiras para a comercialização nos municípios mais próximas das aldeias, um exemplo e o grande fluxo do povo Munduruku na cidade de Jacareacanga, município de grande importância comercial na região (BRASIL, 2019). Dessa forma, podemos afirmar que a mandioca, é um dos alimentos mais cultivados e adotados na rotina

da alimentação dos indígenas.

A atividade garimpeiras não sustentáveis podem degradar a natureza da região do DSEI, além de ter como consequência, a diminuição de algumas espécies de peixes, que são a base alimentar dos indígenas desta região. Além disso, a água dos rios no preparo de suas refeições e inúmeras outras utilidades podem ser prejudicadas, o que vem provocando como consequência diversos quadros diarreicos, parasitose intestinal e afecções dermatológicas nos indígenas.

O trabalho é considerado formal como agente indígena de saúde (AIS); AISAN; técnicos de enfermagem; nutricionistas; dentistas; professores e vereadores, alguns são vinculados a prefeitura de Jacareacanga ou a algum programa da FUNAI (Fundação Nacional do Índio).

Infraestrutura

Conta com a BR-230, conhecida como transamazônica, é a principal rodovia da região, possui trechos asfaltados e não asfaltados, também transporte fluvial por meio do Rio Tapajós. As aldeias sob jurisdição deste DSEI são acessadas em sua grande maioria via fluvial, porém existem aldeias, que de acordo com a sazonalidade (período de chuvas - inverno amazônico) o acesso é somente aéreo devido a trafegabilidade das estradas para as aldeias (Tabela 2).

Tabela 2 - Meios de transporte disponíveis no DSEI Rio Tapajós

Transporte	Tipo	Uso
Terrestre	Caminhonete	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos em pequenas quantidades.
	Micro-ônibus	Transporte de equipe e usuários e maior número.
	Caminhão	Transporte de materiais e equipamentos de médio e grande porte e apoio aos setores do DSEI.
Fluvial	Embarcação de comum recreio (voadeira)	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos
	Barco a motor de centro	Transporte de equipe, usuários, materiais e equipamentos de médio e grande porte;
Aéreo	Mono motor	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos em pequenas quantidades além de remoções de urgência e emergência das aldeias onde o tempo de viagem é demorado.
	Caravan	Transporte de equipe e usuários e maior número
	Helicóptero	Transporte de equipes, usuários, materiais e equipamentos em pequenas quantidades para aldeias onde não há possibilidade de acesso com outro meio de transporte
	Vôo comercial	Transporte de profissionais e usuários em traslado intermunicipal/estadual para eventos e tratamentos fora de domicílio via TFD

Fonte: BRASIL, 2018

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

A história da criação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Rio Tapajós, bem como de outros DSEIs pelo Brasil vem do processo histórico de luta pelos direitos e reconhecimento da saúde indígena em nosso país desde a década de 70. No entanto, só em 1999, com a compatibilização das leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal que reconheceram aos povos indígenas suas especificidades étnicas, culturais e seus direitos territoriais.

Então, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, uma proposta regulamentada em 28 de agosto de 1999 através do Decreto nº 3.156 da Presidência da República, a qual colocava as condições de assistência à saúde dos povos aos indígenas, e a criação, mas também a inserção dos DSEI no âmbito das Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (Fernandes et al., 2010). O Brasil possui 34 DSEI, dentre os DSEIs criados na ocasião, estava o DSEI Rio Tapajós, situado em Itaituba-PA (BRASIL, 2019).

Ressalta-se que ao longo dos anos os vários eventos de Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CNSPI) trouxeram mudanças e aprimoramento sobre o funcionamento do DSEI. Somado a isso, a história da criação do DSEI demonstra que a luta pelo surgimento dessas instituições buscava a viabilização do acesso dos povos indígenas a uma rede de serviços básicos, os quais seriam organizados, hierarquizados, com participação dos povos indígenas e com recursos humanos qualificados em quantidade necessária para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, além da garantia de referência especializada na rede SUS, ficariam sob responsabilidade da FUNASA, enquanto à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS caberia a articulação com estados e municípios para garantir que as populações indígenas tivessem acesso às ações e serviços do SUS em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 1999).

Com base nisso, o DSEI Rio Tapajós foi criado pela Lei N 9.836 de 24 de setembro de 1999 com a intenção de promover conjuntos de atividades técnicas, visando medidas estratégicas e qualificadas para melhorar a atenção a saúde dos povos indígenas, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, desenvolvendo atividades administrativas, gerenciais necessárias às prestações da assistência com controle social (REF).

Atualmente atua com vinte e sete equipes de saúde de área juntamente com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde Indígena (NASI), sendo os profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, microscopistas, agentes de endemias, Agente Indígena de Saúde (AIS), Agentes Indígena de Saneamento (AISAN), assistentes sociais e odontólogos. Dentro desse processo histórico e de organização, deve-se citar os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), os quais são instâncias de Controle Social, de caráter permanente e deliberativo, de acordo com a Lei nº 8.142/90. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) orienta que a composição dos conselhos indígenas se dê de forma paritária, com 50% de usuários e 25% trabalhador e 25% gestão, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos Distritos (REF).

De acordo com Garnelo (2012), estudando a participação social na saúde indígena, chama atenção para o fato de que as atuações dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena muitas vezes se confundem com as atividades desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde, ainda que não existam dispositivos legais sobre formas de interface entre as duas instâncias de controle social (REF). O CONDISI do DSEI Rio Tapajós é composto por: 50% usuários, 25% trabalhador e 25% gestão. No processo temos: conselheiros locais, que representam as aldeias, conselheiros distritais que representam cada Polo Base e o presidente do CONDISI que representa todos esses. Em relação as reuniões, ocorrem 2 reuniões locais ao ano a serem cumpridas. Ademais, as reuniões Distritais são direcionadas pelas demandas recolhidas pelos os conselheiros locais, sendo 3 reuniões distritais a cumprir.

A respeito da escolha do gestor, o processo se dar por meio de reuniões e votação de livre escolha das chapas apresentadas, o que é mais votado recebe a responsabilidade presidencial de 2 anos. Ainda dentro dos aspectos do DSEI, devemos esclarecer que os serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser executados pelas Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas em municípios de referência dos Distritos. No caso do DSEI Rio Tapajós há 4 CASAI, sendo 1 Santarém, 1 Itaituba, 1 Jacareacanga, 1 Novo Progresso. AS CASAI devem “estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames

complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso” (BRASIL, 2002).

A composição da equipe se dá por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo (de rotatividade), agente indígena de saúde (AIS), agente Indígena de saneamento (AISAN), agente de serviços gerais (ASG), piloto fluvial. A Caracterização do DSEI Rio Tapajós se dá na seguinte forma, com uma extensão territorial de 8.893.405 hectares, tendo como já mencionado o município sede de Itaituba - PA. A população atendida corresponde a 13.378 indígenas, sendo pertencentes a 8 etnias e vivem em um total de 157 aldeias. Municípios de abrangência: Itaituba, Jacareacanga, Trairão, Altamira, Aveiro é Novro Progresso , conforme apresentado na Figura 1. O DSEI pertence a Região de Saúde Tapajós, apresenta um total de 11 Polos Base, sendo: Jacareacanga, Sai Cinza, Rio das Tropas, Katô, Restinga, Teles Pires, Waro Apompo, Missão Cururu, Santa Maria, Itaituba e Novo Progresso. O número de CASAs no Distrito corresponde a 4, a saber: Jacareacanga, Novo Progresso, Santarém e Itaituba.

Os recursos humanos são distribuídos em toda e extensão do DSEI onde as equipes de área cumprem escala de serviços de 30 dias trabalhados para 15 dias de folga, e as CASAs fazem plantões 12/36h o corpo de funcionários está dividido em funcionários do quadro no ministério da saúde, convênios e empresa terceirizada. Atualmente o DSEI possui 29 equipes (EMSI) no território compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de endemias, microscopistas, AIS, AISAN, ASB. No ano de 2017 foi implantado o NAP (núcleo de apoio aos polos) onde o DSEI possui 4 núcleos que dão apoio logístico, administrativo e assistencial, além de avaliar os indicadores e avaliar os serviços desenvolvidos pela EMSI no território.

No DSEI Tapajós possui um fluxo pré-estabelecido de encaminhamentos e referências de pacientes para a rede SUS, através do sistema de regulação (SISREG). Basicamente, nas aldeias as EMSI desenvolvem atividades de atenção primária e os problemas de maior complexidade são encaminhados para os municípios (CASAs) de Jacareacanga, Itaituba, Novo Progresso e Santarém, conforme a necessidade de cada caso. Não há referência de paciente para outros estados, uma vez que na capital do estado (Belém) possui rede SUS de alta complexidade.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Rio Tapajós, bem como outros DSEIs pelo Brasil têm origem no processo histórico de luta pelos direitos e reconhecimento da saúde indígena em nosso país desde a década de 70. O DSEI Rio Tapajós apresenta um total de 11 Polos Base, sendo um deles o polo Base Restinga (BRASIL, 2019). Este é o território recorte desse presente trabalho, onde estão 26 aldeais, as quais são *Restinga, Patuazal, Campinho, Vista alegre 1, Vista alegre 2, Espírito Santo, Primavera, Santa Cruz, Pesqueirão, Samauma, Saw Ré Cakpu, Santo Antônio, Nova Tapajós, Sawré Watpu, Pranha, Karo Baxebu, Laginha, Maracati 1, Maracati 2, Maracati 3, Waro Baxe Watpu, Igarapezinho, Igarapé Preto, Escondido, Piquiarana e Boa Vista*(BRASIL, 2018).

As motivações a trabalhar com esse polo base estão relacionadas acerca de ser o meu principal local de trabalho com os indígenas, pois lá é onde são feitos os atendimentos médicos. Pessoalmente, já tenho familiaridade com a equipe, bem como com os pacientes, os quais são muito hospitaleiros, gentis e respeitosos comigo. Além disso, profissionalmente, em minha formação acadêmica sempre gostei de trabalhar com pessoas com moradia em interior e características rurais, pois admiro e aprecio o ambiente rural e o comportamento de pessoas dessas áreas, sendo a aldeia Restinga dentro desse padrão.

A realidade acerca de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e parasitoses intestinais são problemas combatíveis, os quais tenho prazer e orgulho em tratar, mas também prevenir de maneira coletiva, além da grande quantidade de indígenas, os quais apresentam anemia ferropriva. Como já atuo e conheço a equipe, mas também representantes da aldeia, então me sinto mais à vontade para dialogar, planejar e executar ações de educação em saúde tanto com funcionários como com os indígenas. No mais, por ser médico de atuação nessa aldeia a um certo tempo, noto que minhas palavras e condutas são respeitadas por parte da comunidade, o que me motiva e passa confiança para escolher essa área como território recorte, além da necessidade de os próprios indígenas terem alguém em confiar, a fim de planejar e executar ações, que possam melhorar a saúde coletiva indígena.

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

O Polo Base Restinga é composta por 914 pessoas, 177 famílias. As habitações são feitas de basicamente de madeira com cobertura de palhas ou telhas de Fibrocimento Ondulada, não há residências de alvenaria nas aldeias de todo o Polo. A comunicação já é bem estabelecida em algumas aldeias da comunidade, por meio de rádio, também possuem com acesso a luz procedente de geradores, televisão a cabo, internet somente na UBSI do Polo Base Restinga.

Acerca do ensino, em algumas aldeias possui escola pública até o ensino fundamental completo, caso algum indígena queira dar continuidade nos estudos, então é preciso ir para outro Polo maior e/ou outro município. A maioria das pessoas as quais compõem esse território são da etnia Munduruku, aproximadamente 90%. Esta etnia ocupa o território há muito tempo, foi de mão-de-obra nos períodos áureos do extrativismo da borracha no Pará, de forma que esta atividade acabou sendo incorporada no seu universo cultural até os dias atuais.

Em relação ao processo saúde doença nesse território, devemos compreender vários aspectos os quais colaboram para o surgimento de doenças, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM), ou seja, é preciso entender os determinantes sociais da saúde no âmbito da dimensão da economia e hábitos socioculturais desse povo. Sendo assim, os meios de vida da aldeia estão relacionados, principalmente, acerca da produção e também da obtenção de alimentos entre os Munduruku.

Sobre a produção, os indígenas exercem a agricultura, a qual é praticada conforme os conhecimentos ancestrais da aldeia, sendo em terra firme, com pleno aproveitamento dos espaços para o plantio em seus territórios. Os cultivos mais presentes são os diferentes tipos de mandioca, bananas, batatas, cana e cará. As frutíferas são plantadas na maioria das vezes nos caminhos para roça. Ademais, atividades como a pesca, caça e coleta têm relevância na obtenção de alimentos e se organizam de acordo com as estações do ano. A pesca pode ser considerada, atualmente, a principal forma de obtenção de proteína animal, sendo realizada cotidianamente na estação seca com bons resultados, e menos praticada no período das chuvas, quando os rios enchem formando igapós e dificultando a atividade (BRASIL, 2019).

Na divisão social do trabalho, cabe ao homem fazer a broca e derrubada da mata onde será aberta a roça de toco. A coivara, limpeza após a queimada, normalmente é feita por toda família. O plantio de mandioca é feito com a participação do homem e da mulher; outros cultivos como as batatas, cará, abacaxi e pimentas são realizados apenas pelas mulheres. Normalmente as atividades de capina das roças e as colheitas são feitas pelas mulheres. Sabemos que a obtenção de alimentos é constituída, preponderante, no campo da economia tradicional, apesar da inclusão de alguns produtos não indígenas nos hábitos alimentares, que precisam ser comprados regularmente, dos quais os mais presentes são: o sal, o café e o açúcar. Os indígenas fazem isso semanalmente, pois não costumam estocar alimentos por meses.

Quanto aos meios para obtenção de rendimentos que possibilitem aquisição de produtos (sal, açúcar, sabão, roupas, sandálias, combustíveis etc.), os Munduruku, atualmente, vendem a farinha de mandioca, seu principal produto produzido nas aldeias, também a mandioca e castanha do Pará. Dessa forma, é comum os indígenas irem até outros municípios para vender tais itens, o que mantém uma relação de interdependência entre os povos das aldeias e os homens dos centros da cidade. Somado a isto, tais indígenas costumam realizar atividades de garimpo. É comum um indígena do sexo masculino com idade entre 18 a 30 se aventurar em garimpos seja de caráter manual e maquinizado para obtenção de dinheiro e/ou ouro.

Isto posto, fica evidente que tanto homens, como mulheres da aldeia estão expostos a vários problemas de saúde. Dentre eles, podemos destacar acometimentos na coluna, pois é comum os indígenas se exporem a movimentos bruscos nas costas em suas atividades de extrativismo e plantações. Além disso, o grande consumo de carboidratos oriundos da dieta ocidental facilita o surgimento da DM na comunidade, pois está cada vez mais comum as pessoas consumirem alimentos adquiridos na cidade, tanto os jovens quanto os adultos. No mais, como a população Munduruku possui uma história de contato com a sociedade nacional que remete a mais de 100 anos, estes frequentam os municípios, se expondo a doenças virais como a Covid-19, em 2020. Soma-se a isso a incorporação de hábitos dos "homens brancos" como consumo de cerveja, refrigerante e guloseimas, os quais colaboram nos surgimentos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como HAS e DM. Deixa-se claro que esse contato próximo com os "homens brancos" já vem de muito tempo atrás, afinal fica a seguinte reflexão: os indígenas procuraram a cidade ou a cidade chegaram até os indígenas? Basta a gente lembrar da marcha

para o Oeste, isto é, povoar locais que não são povoados. Essa é a visão do não indígena. Mas, os indígenas já habitavam essa região, o Estado brasileiro que não reconhecia isso. Na verdade habiram desde a chegada o europeu (BRASIL, 2018).

Infelizmente, a população não tem muitos conhecimentos sobre doenças e agravos oriundos dos hábitos ocidentais adotados na atualidade, como as doenças HAS e DM. No entanto, a aldeia possui seus representantes curandeiros, os quais tem seus remédios para acometimentos comuns na aldeia acerca de dor, tontura e fraqueza, entre outros. No geral, a população Munduruku tem uma boa relação com os profissionais da UBSI, aceitando de maneira tranquila os tratamentos prescritos e orientações para as doenças, pois a equipe de saúde tem trabalhado há anos com o objetivo de tratar os problemas de saúde dessa população.

Além disso, as parteiras são figuras frequentes na comunidade indígena, tendo uma , pelo menos, em cada polo base do DSEI, sendo que são 11 polos bases. O trabalho delas tem sucesso, principalmente, em partos normais e de baixo risco, segundo a equipe. No mais, em geral, moram de 3 a 7 indígenas por moradia.

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

Sobre o polo base Restinga, existem 26 aldeias, as quais são formadas pela seguinte quantidade de pessoas conforme a tabela 1 e 2.

Tabela 3 - Quantidade de indígenas por cada aldeia do polo base restinga

POLO BASE RESTINGA	TOTAL
RESTINGA	155
PATUAZAL	92
CAMPINHO	21
VISTA ALEGRE 1	9
VISTA ALEGRE 2	12
ESPIRITO SANTO	3
PRIMAVERA	42
SANTA CRUZ	44
PESQUEIRÃO	18
SAMAUMA	84
SAW RÉ CAKPU	20
SANTO ANTÔNIO	36
NOVA TAPAJÓS	48
SAWRÉ WATPU	21
PRANHA	80
KARO BAXEBU	12
LAGIINHA	14
MARACATI 1	12
MARACATI2	18
MARACATI 3	10
WARO BAXE WATPU	14
IGARAPEZINHO	9
IGARAPÉ PRETO	26
ESCONDIDO	37
PIQUIARANA	59
BOA VISTA	18

Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

Tabela 4 - Pirâmide de faixa etária por sexo da aldeia Restinga em 2019

Idade (anos)	Masculino	Feminino
0-4	91	75
5-9	80	80
10-14	44	59
15-19	39	60

20-24	44	50
25-29	30	31
30-34	30	25
35-39	22	13
40-44	09	12
45-49	13	16
50-54	10	04
55-59	07	11
60 ou mais	24	18

Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

Óbitos

Houve apenas 1 óbito registrado em 2019. Logo, a taxa de mortalidade é de 1,11%, isto é, morrem nesse lugar 1 pessoa a cada mil habitantes em um ano nesse local. Já a taxa de mortalidade infantil é de 34,48%, pois o único óbito registrado em 2019 foi de um menor de 1 ano.

Nascimentos

Houve o nascimento de 29 pessoas em 2019. Logo, a taxa de natalidade na aldeia foi de 3,2 por 1000, ou seja, a cada mil habitantes nasce cerca de 3 crianças por ano nesse local.

Na comunidade, não há com exatidão a prevalência de todas as doenças crônicas como hipertensão, diabetes e dislipidemias. No mais, as doenças crônicas, infectocontagiosas são constantes como malária e parasitoses intestinais, as quais são endêmicas no polo base Restinga. A utilização de rede geral de água é por meio de poço artesiano em grande parte das residências. Infelizmente, o polo base Restinga com exceção do Ponto de Apoio Prainha e da aldeia polo onde se situa a UBSI, não possui em quase todas as suas aldeias rede de esgoto nem fossas sépticas construídas. A coleta de lixo é feita pelos moradores que recebem as orientações do AISAN e dos demais membros da Equipe Multidisciplinar de saúde indígena (EMSI).

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena atuante no polo e composta por:

- ♦ Médico pertencente ao Programa Mais Médicos;
- ♦ Enfermeiro generalista e especialista em saúde da família, técnico de enfermagem;
- ♦ Agentes comunitários de saúde, AISAN, Agente de Endemias e Microscopistas;
- ♦ Cirurgião-dentista generalista e especialista em saúde da família e auxiliar.

Todos contribuem para os acompanhamentos dos programas especiais preconizados pelo SUS como: imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Também é dada atenção às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país. Há também as metas a serem atingidas como melhor espaço físico, maior atendimento e mais tratamentos a serem realizados na comunidade.

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

A anemia é uma das doenças com descrição mais antiga na medicina e, provavelmente, uma das mais conhecidas na humanidade. Dada a sua importância pan-endêmica, tornaram-se imprescindíveis as citações da estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), de que mais de dois bilhões de pacientes no planeta são anêmicos, o que corresponde a um terço da população mundial (WHO, 2001).

Sabemos que a deficiência de ferro, majoritariamente, a alimentar, tem sido vista como a causa mais prevalente de anemia, em proporções ainda não conhecidas de forma segura. No entanto, têm relação direta com a própria prevalência de anemia e variam conforme as populações a depender da idade, do sexo, das condições socioeconômicas e da prevalência regional de outras causas de anemia, por exemplo, como malária, hemoglobinopatias hereditárias e deficiência de outros nutrientes (vitaminas A, B12, C e ácido fólico) (WHO, 2001).

No contexto indígena, devemos, primeiramente entender que o ato de produzir o próprio alimento nas comunidades indígenas é algo o qual vem sendo deixado de lado e sendo substituído pela introdução de alimentação moderna, bem como industrializada. A rápida transição alimentar que esse público sofreu provoca vários problemas, como menor variabilidade alimentar, mas também carências nutricionais, ocasionando problemas, bem como déficits na saúde desse grupo de alta vulnerabilidade, por exemplo, a anemia carencial de ferro (COIMBRA et al., 1991).

Hoje, já existem estudos, os quais demonstram que a população indígena é considerada um público com alta prevalência de anemia ferropriva quando comparados aos outros indivíduos. Isso está relacionado a quantidade menor de programas de assistência à saúde destinados aos indígenas, o que acarreta uma maior mortalidade, bem como morbidade infantil e carências nutricionais, por exemplo, ferro (MONDINI et al., 2007).

Sendo assim, discutir e trabalhar esse tema em questão, é muito importante, num contexto em que preconizamos por uma saúde indígena melhor a curto, médio e longo prazo, reduzindo os efeitos malefícios das anemias, principalmente, as ferroprivas. Logo, o presente trabalho busca sistematizar o problema na comunidade (Tabela 5).

Tabela 5 - Rede explicativa sobre a anemia

QUAL É O PROBLEMA?	COMO ACONTECE?	
	Mudanças no modo de viver?	Alterações no Meio Ambiente?
A anemia ferropriva é uma doença que pode atrapalhar o crescimento e desenvolvimento das crianças da comunidade indígena.	Mudança no hábito alimentar, por exemplo: café, açúcar, biscoito, pizza, sorvete, entre outros	A terra produz poucos alimentos ricos em ferro.
Os dados sobre anemia ferropriva em indígenas demonstram que, geralmente, tal problema atinge em média 50% de toda uma comunidade indígena.	Diminuição da variedade dos alimentos ricos em ferro nas aldeias indígenas.	Dificuldade e/ou desinteresse e/ou falta de conhecimento sobre a produção e/ou aquisição de alimentos ricos em ferro.
A criança com anemia ferropriva é mais vulnerável às doenças, bem como diminui a sua imunidade.	Perda de hábito de alimentos ricos em ferro, em especial, crianças.	Aumento da população dentro de uma comunidade. Logo, os alimentos estão em menor quantidade para todos.

Pode trazer repercussões sobre morbidade e mortalidade infantil por doenças infecciosas em geral, especialmente os menores de 5 anos.	Mau uso da alimentação da cultura do "Homem branco"	As pessoas estão mais sedentárias na comunidade indígenas.
Em média de 50% das crianças estão com anemia ferropriva ou em risco de ter a doença.	Maior contato com alimentos ricos em carboidratos e pobres em ferro - fácil acesso para a cidade	Ambiente da comunidade não incentiva e/ou desconhece como aproveitar alimentos ricos em ferro.
Em algumas aldeias a desnutrição chega a 50% até 70% das crianças.	Os pais não respeitam as regras da dieta, não cumprem as orientações saudáveis dos profissionais de saúde.	Não utilização adequada da terra para produção de alimentos ricos em ferro.
A longo prazo, a anemia ferropriva pode levar ao comprometimento da altura da população, bem como sua massa muscular.	Mudanças das atividades e interesses dos jovens e adultos sobre a alimentos não ricas em ferro.	Perda do costume de manter uma alimentação saudável.

Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

Com base nisso, fica agora claro como a anemia é vista na comunidade. Diante disso, de acordo com a Aldeia, polo base, DSEI e outros setores demonstro as soluções possíveis (Tabela 6).

Tabela 6 - Plano de soluções para a anemia ferropriva no território

ALDEIA		POLO BASE	DSEI	OUTROS SETORES
Ações Individuais	Ações Coletivas			
Acompanhar o peso e coloração/palidez das peles e mucosas da criança em frequência constante	Identificar com a comunidade as causas da anemia ferropriva. Propor ações educativas com: AIS, pais, familiares, auxiliares de enfermagem, pessoas mais velhas e lideranças da comunidade.	O polo base é responsável pela organização das ações de palestras, reuniões e materiais.	Responsável por consolidar as informações de medida como altura, peso, palidez cutânea nos polos bases.	Acionar e sensibilizar mostrando o diagnóstico de anemia ferropriva e causas levantadas para os setores que podem ser grandes parceiros: lideranças, Associações indígenas, Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, FUNASA, FUNAI, Organizações não-governamentais.

Criança anêmica ferropriva leve: acompanhar o crescimento, bem como o desenvolvimento todos os meses.	Fazer palestras nas comunidades sobre as causas da anemia ferropriva.	Programar acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no polo, nas aldeias, como viagem ou programar pelo rádio, para os AIS realizarem as medidas de peso, altura, palidez cutânea e cobrar das aldeias.	Mandar informações sobre a problemática para todos os envolvidos com a gestão das aldeias e dos polo base.	Incentivo de cultivo e consumo de alimentos ricos em ferro e mais saudáveis.
Criança em anemia ferropriva moderada: acompanhar duas vezes por mês.	Explicar para os alunos nas escolas sobre a anemia ferropriva junto com os professores.	Consolidar todas as informações de peso, altura e palidez cutânea que chegam das aldeias e monitorar os anêmicos das aldeias.	Apoiar com recursos financeiros os seminários, palestras, capacitação e formação da equipe sobre a problemática	Construção de mural nas escolas, DSEI e espaços públicos das aldeias sobre a anemia ferropriva
Criança anêmica grave: acompanhar duas vezes por dia ou encaminhar para serviço especializado.	Conversar com todas as famílias da casa para ter sua alimentação mais saudável e para não ficar dependente apenas dos alimentos processados	Vigilância permanente das crianças com anemia ferropriva grave	Prover o polo base com materiais e medicamento para primeiro atendimento	Discussão sobre as modificações do meio ambiente para o primeiro atendimento dessas crianças na comunidade.
Investigar a causa de anemia ferropriva do indivíduo.	Estudar sobre o desinteresse em uma alimentação saudável junto com as lideranças, comunidade e equipe de manejo.	Acompanhar os pacientes com anemia grave e, encaminhar para referências, se necessário.	Capacitação da equipe em supervisão.	Discussão sobre as modificações do meio ambiente para o primeiro atendimento dessas crianças na comunidade.

Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

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

O trabalho intervencionista foi realizado por meio da execução de ações de cunho educacional, a fim de melhorar o nível de conhecimento dos indígenas atendidas na DSEI Rio Tapajós Maria, Pará, sobre anemia ferropriva e suas implicações para vida do indígena. Além disso, a equipe multidisciplinar da unidade de saúde, a qual inclui enfermeiros, técnicos de enfermagem e AIS, também participaram, como aprendizes e executores no processo de intervenção educacional.

Com base nisso, foram executadas três fases de trabalho, a saber:

Primeira fase: foi feita uma roda de conversa com a própria equipe sobre a problemática da anemia no indígena e como isso pode impactar na sua vida. Ademais, nessa atividade foi abordado assuntos acerca de como a equipe como um todo pode auxiliar e reforçar medidas de prevenção e tratamento da anemia. Dentre das mediadas, destaca-se o consumo de alimentos ricos em ferro como beterraba, açaí, pataúá, bacaba, uxi, jubá, pupunha, murici, ingá, castanha etc. Além disso, o reforço e vigilância sobre adesão ao tratamento medicamentoso. Essa fase demandou dos seguintes recursos organizativos: computador com acesso à internet. Já do ponto de vista econômico: custo do acesso de internet, uso de cartazes e uso de Datashow. Na parte cognitiva: habilidades de busca e construção de slides para apresentação, bem como tabelas. Pensando na visão acadêmica: foi preciso articulação de extrair informações úteis sobre artigos e diretrizes sobre anemia e apresentar informações verídicas a equipe, como demonstrado na Figura 2.

Segunda fase: teve o objetivo de levar informações sobre a problemática da anemia para a comunidade indígena, além de realizar campanhas educativas sobre o tema nas consultas médica e de enfermagem de forma individual com cada indígena, como demonstrado na Figura 3. Sendo que em tais encontros individuais, buscou-se abordar a experiência de doença do indígena com a anemia e como isso pode causar impacto na sua vida, além de medidas de prevenção e tratamento. Essa ação foi de responsabilidade do médico, enfermeiro e demandou de recursos organizativos como: planejamento para executar distribuição de panfletos e orientações nas consultas, organizar o agendamento das consultas; econômicos: computador, projetor, papel A4 e panfletos; cognitivos: conhecimento técnico sobre anemia ferropriva; políticos: trabalhar conforme o estabelecimento de condições exigidas pela unidade de saúde e disponibilidade dos funcionários nos dias das atividades.

Figura 2 - Roda de conversa sobre anemia durante a campanha de vacinação



Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

Figura 3 - Registro após a campanha educacional sobre anemia nas comunidades indígenas



Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

Figura 4 - Roda de conversa sobre anemia durante a campanha de vacinação



Fonte: Protocolo de trabalho, 2020

Terceira fase: Nesse momento o objetivo foi levar informações sobre a problemática da anemia para a comunidade indígena por meio de palestras em pequenos grupos na recepção do estabelecimento da saúde. Além disso, durante e após essa fase, foram usados materiais educativos como vídeos, imagens e fotografias para ilustrar a problemática como um todo desde os primeiros sinais até o tratamento, bem como a prevenção. Essa ação foi de responsabilidade de toda a equipe e demandou de recursos organizativos como: planejamento para executar usar um Datashow e todo o espaço da unidade de saúde, organizar o espaço físico para seguir os protocolos de prevenção contra a Covid-19; econômicos: computador, projetor, papel A4 e panfletos; cognitivos: conhecimento técnico sobre anemia ferropriva; políticos: trabalhar conforme o estabelecimento de condições exigidas pela unidade de saúde e disponibilidade dos funcionários nos dias das atividades.

Destaca-se que inicialmente, essas três fases ocorreram em ordem de sequência da primeira a terceira. No entanto, após isso, todas aconteceram simultaneamente ou não nas semanas de execução das atividades. Utilizou-se para os parâmetros técnicos as normas da ABNT. Além disso, os dados que compõem a revisão de literatura foram extraídos de artigos das bases de dados SCIELO, PUBMED, LILACS e afins, excluindo os de anos anteriores a 2012, exceto os que são referências no assunto.

População de Estudo

A população de estudo foi composta por 150 indígenas atendidos e cadastrados na unidade de saúde para as atividades educativas, tanto homens como mulheres maiores de 16 anos. Já com a equipe, foram apenas 12, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e AIS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de intervenção foram realizadas com sucesso, apesar da pandemia causada pela Covid-19 em 2020. As abordagens sobre prevenção dos sintomas e tratamento da anemia tiveram boa recepção de todos. Com os membros da Unidade de Saúde, buscou-se esclarecer como nós podemos ajudar no diagnóstico e aconselhamento, principalmente. Com a comunidade, ressaltou-se a necessidade da adesão do tratamento e maneiras não farmacológicas de prevenção e tratamento. Nota-se que há poucas informações sobre o tema na comunidade, além de muitos indígenas com anemia sem o devido tratamento. No entanto, tanto os indígenas como a equipe foram bastante participativos acerca das atividades de educação em saúde sobre a anemia.

As fragilidades enfrentadas pelo trabalho, além da pandemia foram relacionadas, principalmente, acerca de organizar a equipe, marcar horários para as atividades de trabalho educacionais, atingir metas, adequar a linguagem temática sobre o tema para entendimento dos indígenas. Ao longo dos meses, tais dificuldades foram superadas. Dessa forma, esse presente trabalho trouxe para o Polo Base Restinga uma intervenção sobre a anemia, focada, principalmente, na prevenção e adesão do tratamento. Logo, os resultados surgiram em curto prazo com a maior atenção dos AIS para possíveis casos suspeitos e pacientes com maiores dúvidas sobre a doença em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DISTRITO SANITARIO ESPECIAL INDIGENA RIO TAPAJÓS - **Cartografia do DSEI Rio Tapajós**, 2019.

INSTITUTO OVÍDIO MACHADO. DSEI Rio Tapajós. **Dados: Características, Mapa do território**, 2017. Disponível em: http://www.institutoovidiomachado.org/saudeindigena/?page_id=731

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.163. **Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas**, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 14 de setembro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas**. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Dsei Rio Tapajós**, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/mude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>. Acesso em: 22 de mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Plano de trabalho da DSEI Rio Tapajós**, 2019.

COIMBRA JR, Carlos E. A; SANTOS, R. V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 538-562, 1991.

FERNANDES, M.N.F. et al. A brief history of indigenous health in Brazil, **Rev enferm UFPE**, v. 4, n.1, p. 1951-960, 2010.

GARNELO, L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004. **Documento de Trabalho n. 09**. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública. Porto Velho-RO, 2004.

MONDINI, L. et al. Condições de nutrição em crianças Kamaiurá: povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 39-47, 2007

World Health Organization. **Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control a guide for programme managers**. Geneva: WHO; 2001.