UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CALEBE MONTEIRO BORBA

OLHANDO PARA O “VELHO”. EXPLANAÇÕES SOBRE A ALDEIA MISSÃO VELHA NO PARQUE INDÍGENA DO TUMUCUMAQUE/ DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ.

SÃO PAULO
2021

CALEBE MONTEIRO BORBA

OLHANDO PARA O “VELHO”. EXPLANAÇÕES SOBRE A ALDEIA MISSÃO VELHA NO PARQUE INDÍGENA DO TUMUCUMAQUE/ DSEI AMAPÁ E NORTE DO 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: ANAPAULA MARTINS MENDES

SÃO PAULO
2021

RESUMO

O trabalho aqui desenvolvido, tem o objetivo de apresentar a atualidade dos caminhos percorridos na direção da saúde indígena no Brasil, mais especificamente na região do Parque Indígena do Tumucumaque, Aldeia Missão Velha, bem como clarificar seus mecanismos de ação, sua natureza interventiva e os órgãos que tem a responsabilidade de gerir, fiscalizar, supervisionar e deliberar as atividades relacionadas a atenção básica da saúde indígena. Em todo seu conteúdo, revela não apenas os aspectos socioeconômicos, mas toda a trajetória histórica, política e da criação e organização dos serviços de saúde voltados para a população indígena. O objetivo primordial deste, é levar à todos o conhecimento da existência de programas e ações que são efetivados em prol da população indígena, aqui em específico na área do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Amapá e Norte do Pará. Faz-se necessário esclarecer que pela grandiosidade do território brasileiro, existem similaridades como também grandes divergências não só nas linhas de atendimento como também na linguagem e aspectos culturais. A expressão "Território recorte", aparece no sentido de destacar e especificar o alvo destes relatos que remetem ao trabalho ali desenvolvidos, seu povo, as assertividades interventivas como também as dificuldades e as especificidades da região, no Parque Indígena do Tumucumaque – DSEI Amapá e norte do Pará. Por intermédio deste, se desnuda o antes encoberto e desconhecido "cuidado com os povos indígenas", revelando não só os sucessos, mas as fragilidades que existem nos programas propostos para o atendimento integralizado. O território recorte escolhido foi a aldeia Missão velha, por seu significado histórico como sendo a aldeia em que após o contato dos indígenas com os não indígenas, eles se reuniram e passaram a conviver, e por que apesar de ser uma aldeia pequena, não possuí nenhuma estrutura de saneamento básico e tratamento de água, além da distribuição do hipoclorito pelos agentes indígenas de saneamento básico, razão pela qual, existe uma elevada incidência de enfermidades diarreicas e parasitarias. Tendo em vista que esse alto índice de enfermidades diarreicas e parasitárias se tornou o problema situacional da aldeia missão velha, foi realizado um análise comparativo com um projeto que se estabeleceu no território da aldeia missão nova, a 3 quilômetros do território recorte, projeto este que se refere à colocação de 2 caixas dágua de cinco mil litros com bomba solar e com a capacidade de abastecer cento e cinquenta famílias, com base nos resultados positivos, foi demonstrado para a aldeia missão velha a importância de se envolver comunitariamente no processo de transformação e melhorias sociais na aldeia, utilizando o instrumento da clinica ampliada pelos profissionais da equipe multidisciplinar da saúde indígena e tendo como atores principais os agentes indígenas de saúde e os agentes indígenas de saneamento básico como vínculo com a comunidade, através de rodas de conversa e intervenções na aldeia, pretende-se conscientizar e envolver a todos os envolvidos, tornando-os protagonistas de sua saúde e da transformação de sua comunidade.

Palavras-chave:

Saúde de Povos Indígenas. Saúde Preventiva. Tratamento da Água. Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde. Vulnerabilidade

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Calebe Monteiro Borba, 32 anos, casado, ainda sem filhos, médico, formado na Bolívia no ano de 2017. Em 2007 fui para Santa Cruz De La Sierra Bolívia em busca de um sonho, estudar medicicina, estudei até 2009 e tranquei para passar 3 anos em missões em uma agência missionária interdenominacional e internacional chamada Jocum (Jovens com um missão) na cidade de Curitiba, em agosto de 2012 retorno a estudar medicina e concluo os estudos em 2017.

De 2017 até o momento estou aguardando o exame de revalidação do diploma de médicos formados no exterior (Revalida) em 2019 surgiu a oportunidade de participar do Programa Mais Médicos no ciclo 17, na escolha da cidade não consegui a cidade que desejava, porém , graças a Deus, consegui uma vaga no Dsei Amapá e Norte do Pará onde trabalho atualmente. Já havia tido contato com a cultura indígena pois sou de Campo Grande, Mato Grosso Do Sul, uns dos Estados brasileiros com o maior número de índigenas do Brasil, porém as etnias que trabalho hoje (Tiriyós, Kaxuyanas e Sikuyanas) são bem diferentas da que eu já tinha um breve contato que são os Terenas e os Guaranis.

Atualmente trabalho em um sistema de escala 20/18, sendo que passo 20 dias na aldeia e 18 de folga em Macapá onde moro com a minha esposa, trabalho em um Polo Base que cuida de 32 aldeias adjacentes, onde muitas são bem distantes e preciso ir de barco aproximadamente 6 a 7 horas pelo rio, dependendo se o rio esta cheio ou não, e algumas o avião me leva onde fico 10 dias fazendo itinerante nas aldeias mais isolados, a infraestrutura e a comunicação são precárias nessas localidades.

Chego no Polo Base- Missão Tiriyós apenas após uma viagem de 2:15 hrs de voo em monomotor, e a aldeia se localiza no Parque do Tumucumaque que abrange os Estados do Amapá e do Pará. Tenho muitas expectativas em relação a saúde indígena, principalmente que ela melhore com o passar dos anos, pois pude notar um descaso e precariedade na atenção a esses povos, a falta de insumos hospitalares, medicações, equipe multidisciplinar de saúde, logística e estrutura, além do descuido dos orgãos responsáveis de realizar a gestão em saúde a esses povos, torna o trabalho muitas vezes dificil e cansativo, tenho esperança que esse quadro que a meu ver é um tanto quanto drástico, mude e espero poder colaborar de alguma maneira com essa mudança.

Amo o que faço e tenho aprendido a amar também participar do cuidado dos povos indígenas brasileiros, acredito que tenho experimentado nesse período um exercício da profissão médica de uma forma muito nobre. Neste tempo tenho realizado um trabalho em saúde junto com uma equipe multidisciplinar, composta por: 1 Enfermeira, 1 odontóloga , 1 auxiliar de adontologia, 2 tecnicos de enfermagem, 3 AISs (agentes indígenas de saúde), 2 AISANs (agentes indígenas de saneamento) e um agente de endemias.

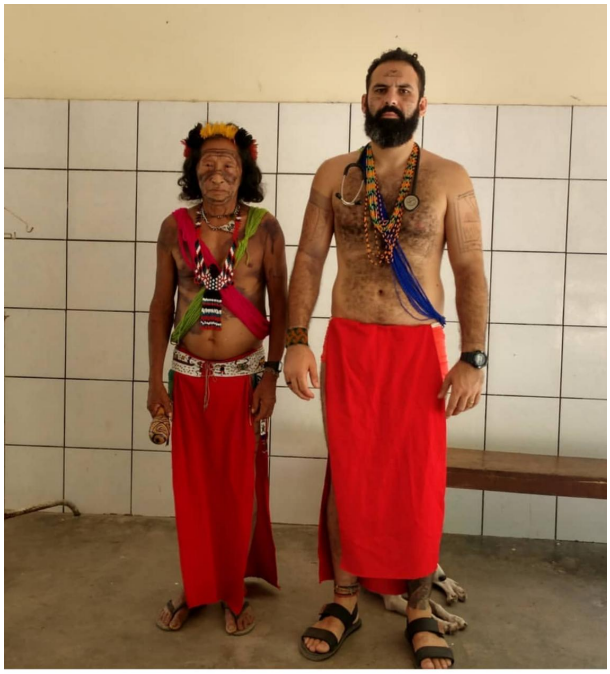
As atividades realizadas são diversas, realizamos consultas agendadas com os paciente que fazem parte de algum grupo de risco ou que necessitam de acompanhamento mais constante, como os que pertencem ao grupo do HIPERDIA (hipertensão e Diabetes) , consultas de prenatal, atenção ao parto, puerpério, saúde da mulher, planejamento familiar, saúde dos homens, saúde do idoso e da criança, acompanhamos a caderneta de imunização para mante-la sempre atualizada e termos uma cobertura vacinal otimizada nessa etnia, consultas ambulatórias de livre demanda também, como atendimento as enfermidade recorrentes na infancia: infecções de vias aereas superiores, gastroenterites aguda, dermatologicas etc.

A visita domiciliar é um braço forte na saúde indígena, onde através de itinerantes conseguimos visitar as aldeias mais distantes e ter um acompanhamento na saúde desses povos, também realizamos atendimentos e emergencias e encaminhamentos a serviços especializados quando necessário. Na saúde indigena, a máxima que aprendemos na faculdade de que a clínica é soberana, se torna realizada, tenho aprendido que ter uma boa clínica e uma capacidade de ser um eterno aprendiz e estar aberta a novos conhecimentos culturais, são fortes aliados para que um trabalho de excelencia seja realizado entre nossos povos originários.

A partir desta minha experiencia no Dsei Amapá e Norte do Pará, comecei a tentar elucidar um processo explicativo para descrever de forma mais simples, usando o conceitos três "C" - Completa, complexa e complicada. O que vou tentar explicar melhor abaixo:

Completa porque sua clinica é ampla, "de mamando a caducando", é assistido pelo profissional de saúde indígena uma grande área de especialidades: Pediatria, Ginecologia e obstetrícia, clinica e atendimentos de urgencia e emergencia, toda atenção primária de saúde é acompanhada pelos profissionais e todos os programas assistindos, como: acompanhamento de diabetes e hipertensão, puericultura, pré natal , acompanhamento em geriatria e as demais que possam aparecer, a saúde indigena tem se mostrado completa por que os profissionais que trabalham nesse território tão cheio de especificidades precisam , apesar das estruturas e dificuldades, serem o mais resolutivo possível.

Complexa porque envolve fatores culturais, outra forma de ver a vida, de se relacionar com a comunidade e natureza, outra lingua, entre outros diferentes fatores que possam interferir no processo saúde-doença. O complicada tem a ver com uma questão mais relacionada aos diferentes modos de viver e aprender, considerando que os profissionais de saúde em sua maioria, são formados pessoal e profissionallmente, em contextos muito diversos ao dos territórios indígenas, estas questões acabam impactando, de alguma forma, no desenvolvimento do nosso trabalho, como por exemplo, se manter dentro dos territórios por longas escalas, o que gera distanciamento dos familiares, da nossa estrutura domiciliar, a dificuldade de estabelecer comunicação com estes espaços externos, quase como num momento de isolamento, somados às estruturas precárias disponibilizadas para o desenvolvimento das práticas.



CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI

O DSEI Amapá e Norte do Pará é um dos 34 existentes no solo brasileiro. É uma unidade gestora do SiasiSUS– Subsistema de atenção à saúde indígena do SUS, que objetiva descomplexificar e habilitar as ações de saúde da população indígena da região/território aqui referendado. Além da atuação na saúde, o DSEI, administra e gerencia as questões que giram em torno de dar resolutividade as demais atuações com foco na assistência à saúde indígena, sendo o órgão responsável pela contratação das equipes que atuarão no atendimento aos povos indígenas do Amapá e do norte do Pará sendo um dos 34 DSEI existentes e alocados estrategicamente em território Brasileiro.

O DSEI está localizado na região norte do Brasil, no Estado Amapá. Onde á faixa de terras que se estendem do estado Amapá ao norte do Pará. 8 terras indígenas demarcadas-sendo, que 7 são homologadas, onde se distribuem, atualmente 10 grupos tem como abrangência 2 estados o estado Amapá e norte de Pará , 4 municpios (Almeirim, Óbidos, Oiapoque, Pedra Branca do Amapari. (FERRER, 2017)

A instrumentalização da Saúde da Família Indígena, é executada por Equipes Multiprofissionais em Saúde Indígena – EMSI, em seis Polos Bases, 24 Postos de Saúde e duas Casas de apoio a saúde indígena -CASAIS, que se posicionam em espaços de dificultoso acesso onde está instalada uma Unidade de Saúde que tem em seu quadro médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, Agente indígena de saúde (AIS) e Agentes Indígenas de saneamento (AISAN). As ações desenvolvidas contam com trabalhos preventivos, promoção de saúde, recuperação, reabilitação de doenças.

Aspectos Demográficos do DSEI Amapá e Norte do Pará.

Atualmente existem 07 terras indígenas reconhecidas na extensão que compreende o Amapá ao Norte do Pará, onde subdividem atualmente as dez etnias indígenas que englobam o território de atuação/influencia do DSEI Amapá e Norte do Pará.

O Território do Parque do Tumucumaque, especificamente, possui uma área de 3 846 429,40 HA em um perímetro de 1 921,48 Km. É classificado como o maior parque nacional do Brasil e o maior do mundo em floresta tropical. Está estabelecido nos estados do Amapá e Pará, compreendendo 10 municípios Almeirim, Amapá, Calçoene, Ferreira Gomes, Laranjal do Jari, Oiapoque, Pedra Branca do Amapari, Pracuubi e Serra do Navio. (terrasindigenas.org.br)

Os 10 grupos indígenas e seus posicionamentos estão abaixo indicadas(Brasil. Ministério da Saúde, 2005):

Norte do estado do Amapá:

- Galibi Marworno: residem na Terra Indígena Uaçá, homologada pelo Decreto 298 (Diário Oficial da União 30.10.91), bem como a Terra Indígena Juminã, homologada pelo Decreto s/número (DOU 05.92).
- Palikur: margens do rio Urukauá, afluente do Uaçá, na Terra Indígena Uaçá.
- Karipuna: ocupam as Terras Indígenas Uaçá, Juminã e Galibi do Galibi do Oiapoque: residema Terra Indígena Galibi do Oiapoque, homologada pelo Decreto 87844 (DOU 11.82).

Noroeste do estado do Amapá:

- Wajãpi: ocupam a Terra Indígena Waiãpi, - Decreto 1.775 de 1996.

Norte do estado do Pará:

- Aparai e Wayana: - Terra Indígena Parque de Tumucumaque e a Terra Indígena Rio Paru d´Este, ambas abalizado em 1997 - Decreto 213 (DOU 04.11.97).
- Tiriyó e Katxuyana: agrupam-se na parte ocidental da Terra Indígena Parque de Tumucumaque, no extenso dos

- rios Paru de Oeste e Kuxaré; por vezes também dividem as margens do médio e alto curso do rio Paru de Leste com os Aparai.
- Txikuyanas - Já existe uma miscigenação com os Tiriyós e Kaxuyanas e ocupam as terras na faixa ocidental da Terra Indígena Parque de Tumucumaque.
- Wajãpi: aproximadamente trinta pessoas, oriundas do alto rio Jari, compartilham moradias com famílias Aparai e Wayana nas Terras Indígenas Parque de Tumucumaque e Paru .

Perfil demográfico

Segue abaixo figura ilustrando a distribuição populacional por Pólos, Municípios e Estados de abrangência do DSEI.

Tabela 1. Distribuição populacional por Pólos, Municípios e Estados de abrangência do DSEI.

Distribuição populacional por Pólos, Municípios e Estados de abrangência do DSEI							
DSEI	Estado	Pólo Base	Município	População por Pólo	População por Município	População indígena por Estado	População Total
Amapá e Norte do Pará	AP	Manga	Oiapoque	3.825	7.914	9.343	12.361
		Kumarumã		2.323			
		Kumene		1.766			
		Aramirã	Pedra Branca do Amapari	1.429	1.429		
	PA	Missão	Obidos	1.884	1.884	3.018	
		Bona	Almeirim	1.134	1.134		

Fonte: SIASI/AP. Outubro2017

Aspectos físicos da região do Dsei.

O Estado do Amapá possui um clima equatorial super úmido, está localizado na linha do equador onde as temperaturas oscilam entre 37 e 24 graus, possui duas estações por ano, o Verão que é a seca , entre os meses de julho a dezembro e o Inverno a estação das chuvas, de janeiro a junho. Apresenta um relevo plano e baixas altitudes, uma ampla vegetação, formada na sua grande maioria pela Floresta Amazônica (floresta tropical), algumas áreas de cerrado lembrando o pantanal mato-grossense , campos e várzeas altas e baixas. A rede hidrográfica é principalmente representada pelo Rio Amazonas, localizado na orla de Macapá, com uma drenagem de 5,8 milhões de km², por o mesmo apresenta afluentes nos dois hemisférios do Planeta por passar pela linha do equador. Tem uma extensão de 6.500 km, é responsável por 20% da água doce despejada anualmente nos oceanos. É um rio de planície, possuindo baixa declividade, possui águas barrentas devido aos sedimentos ricos em nutrientes.

Nas terras Indígenas Uaça está presente o Rio Curipi, localizado no município do Oiapoque, ás margens da Aldeia Manga e percorrendo diversas outras aldeias indígenas. É um rio plano, com baixa declividade que sofre com o efeito da maré, possui uma grande diversidade em sua fauna aquática com diversos peixes da região. O meio de transporte utilizado é o transporte fluvial. O Rio Oiapoque, que delimita a fronteira entre o estado brasileiro Amapá e o departamento francês da Guiana. O Oiapoque nasce na Serra do Tumucumaque que é uma região com áreas indígenas, e deságua no oceano Atlântico. As rodovias de acesso entre Macapá e Oiapoque e Macapá e Pedra Branca do Amapari apresentam condições precárias, sem pavimento e em péssimo estado de conservação,

o que dificulta o transporte entre os municípios e as aldeias. Como exemplo, a BR156 com destino ao município do Oiapoque, há mais de 10 anos com a promessa de pavimentação sem resultado, são 115 km de estrada sem asfalto, em péssimo estado e que nos períodos de chuvas ficam intransitáveis.

Aspectos Socioeconômicos e de saúde na região do DSEI.

A maioria da população indígena têm como atividade econômica o cultivo de Maniva que é a folha moída da mandioca e de mandioca para a produção de farinha , mas o cultivo de banana, caraá, batata doce, cana e tabaco também são significativas. Utilizam do plantio para o próprio consumo e também para a venda dos mesmos nos municípios, como por exemplo do Oiapoque e também na Guiana Francesa, aumentando assim sua renda mensal.

Grande – e talvez mais relevante - impacto à saúde dos habitantes nas áreas desse Distrito é a ausência de saneamento básico e água potável, ocasionando índices cada vez mais crescentes de casos de diarreia e gastroenterite. O abastecimento de água é realizado através de um sistema de bombas que captam a água diretamente do rio e logo sendo direcionado ás casas e aos postos de saúde, porém esta situação não acontece em todos os Polos Base, por exemplo, na área do Bona e Missão Tiriyó, as pessoas vão até o rio mais próximo para buscar a água que depois é acrescentado algumas gotas de hipoclorito de sódio, para a purificação, sendo este o único saneamento básico presente em muitas áreas. Não existe coleta de dejetos e a maioria do lixo é queimado, em algumas aldeias próximas a cidades, como a aldeia Manga próximo ao município Oiapoque, o lixo é recolhido pela comunidade e colocado em lugares apropriados e a Prefeitura Municipal do Oiapoque faz a coleta.

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

O Distrito sanitário especial indígena Amapá e Norte do Pará com o CNPJ: 00. 394.544/0051-44, UG 257031, é responsável em sua área de atuação por uma população indígena de aproximadamente 12.153 indígenas (SIASI/AP. Outubro2017). Sua principal ação e missão é realizar a assistência integral para todos os indígenas dentro de sua área de abrangência, com foco na atenção primária a qual deverá estar inserida nos territórios indígenas; mantendo o subsistema de saúde indígena por meio de seus Polos bases, postos de saúde e CASAIs - uma localizada em Macapá e outra no Oiapoque.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena DSEI Amapá e norte do Pará.

Segundo o site do Ministério Público Federal - o conselho distrital de saúde indígena (CONDISI) possui 32 vagas que são divididas não de formas iguais entre as seguintes áreas: Wajapis (4 vagas), Aparai e Wayna (3 vagas) , Tiriyós e Kaxuyanas (3 vagas), povos do Oiapoque (6 vagas) , Dsei Amapá e Norte do Pará (1 vaga) , secretaria estadual de saúde do Amapá (1 vaga) , secretária municipal de saúde do Oiapoque (1 vaga) , secretaria municipal de saúde de Pedra Branca do Amapari (1 vaga) , secretaria extraordinária dos povos indígenas/AP (1 vaga) , Funai/AP (1 vaga), CIMI (1 vaga), Iepé (1 vaga). Na composição do CONDISI aplica-se o princípio da paridade, sendo 50% dos conselheiros usuários (representando os povos indígenas do território de abrangência do DSEI), 25% dos trabalhadores da área de saúde do DSEI e 25% representantes do governo municipal, estadual, federal e prestadores de serviços na área de atenção a saúde indígena, conforme dispõe a portaria nº 453, de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de saúde e no limite de abrangência do DSEI AP e Norte do PA, composto no total por 32 membros (Regimento interno Condisi Amapá e Norte do Pará.).

O Conselho Distrital de Saúde Indígena Amapá e norte do Pará. , é um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente para o exercício do controle social das ações de saúde indígena, vinculado jurídica e administrativamente ao DSEI Amapá e Norte do Pará, e tem por finalidade aprovar o plano distrital de saúde indígena, bem como, acompanhar, avaliar, fiscalizar, supervisionar e deliberar sobre as ações relacionadas a saúde indígena no território de abrangência do mesmo DSEI.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”

Atualmente trabalho com praticamente três etnias indígenas que ocupam as terras indígenas parque do Tumucumaque no norte do Pará, são elas: Tiriyós, Kaxuyanas e Txikuyanas - em um grupo muito menor. Trabalho no Polo Base que é responsável por aproximadamente 21 aldeias, o que não se pode expressar a quantidade exata, pois existem várias aldeias que estão em construção no momento. Uma grande quantidade dessas aldeias se encontram distantes do Polo base, sendo possível a sua visitação para realizar o trabalho médico apenas por meio terrestre (carro da saúde) que muitas vezes é impossível o acesso por razões da dificuldade do terreno, e por meio Fluvial, que também tem acesso dificultado em períodos de seca em que o rio baixa consideravelmente seu nível de água.

Diante de um contexto cultural extremamente diversificado e diante de várias territorialidades onde cada aldeia tem o seu próprio modo de vida mesmo pertencendo a mesma etnia; decidi ter como território recorte, a aldeia onde esses povos originalmente começaram a ter contato com o povo branco e que a partir dela e de sua liderança começaram a criar as demais aldeias. A aldeia em questão se chama Missão Velha, fica próxima ao Polo Base que se encontra na aldeia que hoje é chamada de Missão Nova.

Apesar de ser a aldeia e o território inicial onde esses povos viviam no momento do primeiro contato com o povo não indígena, é uma aldeia que atualmente apresenta diversos problemas de saúde entre crianças e adultos; violências diversas contra as mulheres, muita fome e precariedade, podemos dizer que antes em “tempos de Glória”, hoje se assemelha a uma aldeia “ marginalizada e esquecida” pelas outras aldeias, apesar da proximidade com a aldeia central e o Polo Base. Por todas essas razões apresentadas, julgo ser um território interessante para o estudo de campo e a realização de analises de objeto que podem ser de muito valor construtivo para aquilo que chamamos de saúde indígena.

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

Pode-se dizer que as etnias com as quais se trabalha, são consideradas como internacionais, visto o fato de seu livre trânsito entre os países fronteiriços vizinhos Brasil ao sul e Suriname ao norte, porém, a presente atuação de contato e trabalho a que se refere, delimita-se somente ao território brasileiro.

No Brasil, em termos abrangentes, tem-se contato direto com os “Tiriyó”, no entanto, tal designação, é aqui apresentada, não como uma etnia, mas sim, como uma designação externa para com os que vivem, moram e desenvolvem-se na região do PIT (Parque Indígena do Tumucumaque). Conforme GRUPIONI, Tiriyó é uma designação diretiva dos brancos para com os moradores da região, pois sua designação própria é tida como outra.

> Os assim chamados Tiriyó costumam dizer que “Tiriyó” é o nome que o Branco lhes deu. E, com efeito, identificar-se como Tiriyó é algo que fazem em português e para pessoas não-Tiriyó, incluindo índios e não-índios. Em geral, quando falam em sua própria língua identificam-se dizendo “Wü Tarëno” (Eu sou Tarëno), querendo com isso dizer: “Eu sou daqui, dessa região”. (GRUPIONI, 2005)

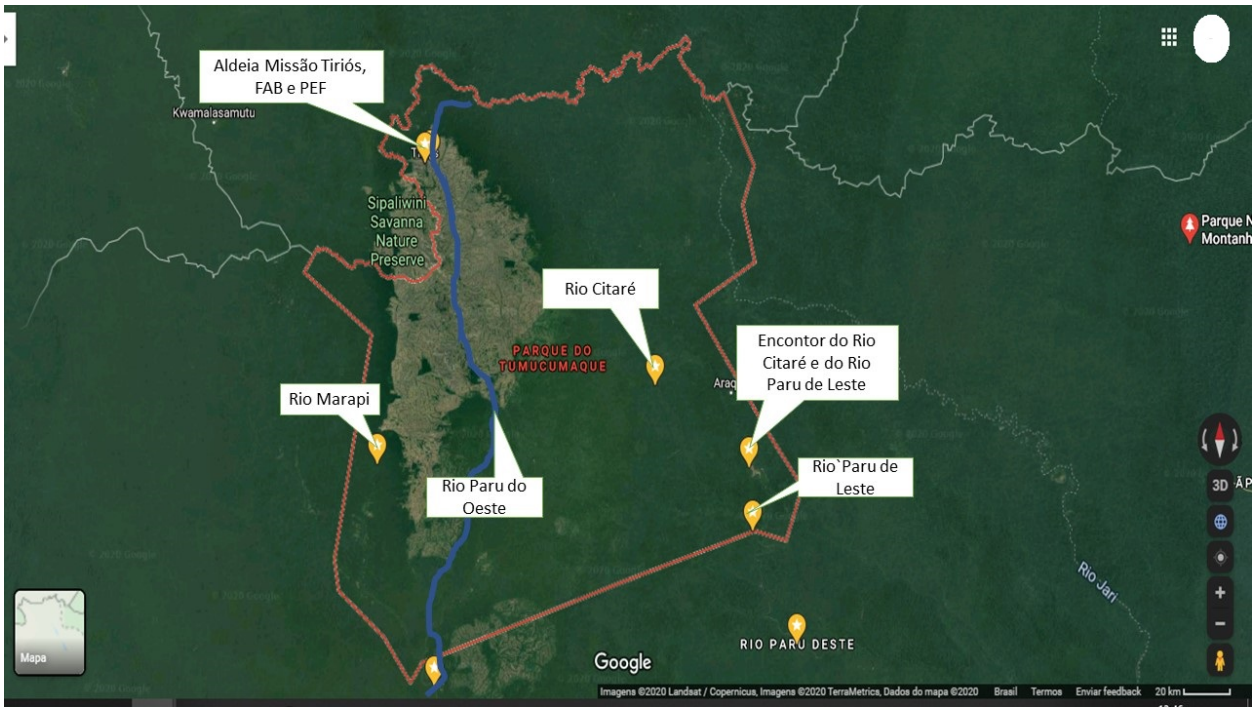
É possível a asserção de que a designação externa “Tiriyó” englobou diversas diferentes etnias, visto o fato que a condição de um micro ou macro grupo populacional se designar morador de um local, não desenvolve a condição do viver e correlacionar a cultura e costumes locais e familiares com grupos vizinhos. O fato de “ser daqui” não necessariamente dispõe da condição de “serem todos o mesmo povo” ou “a mesma etnia”.

Ainda afirma Grupioni (2005) que os mesmos somente foram designados como sendo da mesma etnia, ou, chamados de “Tiriyó”, por volta da década de 60 com a chegada da atuação missionária em meio aos *Tarëno,* aos da terra.

> Até a década de 1960, época da chegada dos missionários em sua região, os ascendentes dos atuais Tiriyó reconheciam-se como pertencentes a grupos diferenciados, com denominações próprias. Relacionavam-se entre si, e com outros grupos indígenas vizinhos, por meio de redes de troca, guerra, migração e comércio. Por compartilharem uma ampla faixa de terras consideravam-se todos Tarëno, como já dito, termo que significa “os daqui” (dessa região), e que inclui diferentes grupos, dentre os quais se encontram identificados em fontes escritas e orais os próprios Tiriyó, os Aramixó, Aramayana, Akuriyó, Piyanokotó, Saküta, Ragu, Yawi, Prouyana, Okomoyana, Wayarikuré, Pianoi, Aramagoto, Kirikirigoto, Arimihoto, Maraxó e outros. Com a chegada dos missionários franciscanos no lado brasileiro de suas terras, e protestantes no lado surinamês, todos esses grupos foram englobados sob o nome “Tiriyó” no Brasil, e “Trio” no Suriname. Por esses nomes genéricos que se tornaram mais conhecidos, passando então a utilizá-los no contato interétnico, sem no entanto deixarem de continuar designando-se, em sua própria língua e entre os seus, como Tarëno. (GRUPIONI, 2005)

Assim, mesmo atualmente existindo outras denominações para os diversos grupos familiares, étnicos, culturais e representativos habitantes da região, em contexto geral usar-se-á Tiriyó para a designação ampla dos habitantes do Parque indígena do Tumucumaque que se localiza ao nordeste do estado do Pará e envolve as bacias dos rios Paru do Oeste/Marapi e Paru do Leste/Citaré onde se apresenta a ampla/macro área de trabalho a se destacar conforme imagem abaixo que tem como base a Aldeia Missão Tiriós.

Figura 1. Território do Parque Indígena do Tumucumaque.



Fonte: Google Maps, 2020.

A respeito da quantidade geral de habitantes Tiriyó - sendo aqui destacados em larga escala todas as etnias subclassificadas - na região destacada acima, conforme o ISA (Instituto Socioambiental), de acordo com a FUNAI/Macapá em 2011 havia um total de 1700 habitantes sendo todos classificados como pertencentes à família linguística karib porém com classificação de etnias distintas. Imagem abaixo.

Tabela 2. População e etinias do Parque Indígena do Tumucumaque.

Povos	Liguistic family	Language
Aparai	Karib	Aparai
Isolados Akurio		
Isolados do Rio Citaré		
Katxuyana	Karib	Katxuyana
Tiriyó	Karib	Tiryó
Wayana	Karib	Wayana

Ano	População na Terra Indígena	Fonte
2011	1700	Funai/Macapá
2003	1491	Funai
1999	1340	D. Fajardo
1990	778	4° Suer/Funai

Fonte: Parque Indígena do Tumucumaque. Terras Indígenas no Brasil. Disponível em: https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3885#demografia. Acesso em: 20/01/2020.

Mesmo sendo considerados da família linguística karib, não há discussão na assertiva da realidade multilinguística dos Tiriyó, visto o fato de que até começarem a se ajuntar ao entorno das missões religiosas, tanto católicas no Brasil como protestantes no Suriname, tais eram pertencentes a diversos e distintos grupos além de contato com diversas nacionalidades presentes em territórios brasileiro e surinamês.

Ao afirmar que a "…tribo se compõe de uma série de grupos de linguagem comum, outrora, ao que parece, independentes, formando hoje, todavia, as sipes e linhagens Tiriyó" (FRIKEL, 1973), desde 1973, Frikel asserto a haver diferenciações culturais e comportamentais-linguísticas dentre os Tiriyó, sendo demonstrada então as diversas representações familiares presentes em tal designação externa. Sobre a diversidade e diversificação linguística desse povo, firma Grupioni:

> Os Tiriyó vivem, de longa data, num meio multi-lingüístico, seja por conviverem historicamente com a imensa diversidade dialetal e lingüistica própria dos grupos Karib, Tupi e Aruak da área guianense, assim como dos grupos de africanos e descendentes refugiados que povoaram a região e arredores. Ademais, por viverem em ambos os lados da fronteira Brasil/Suriname, há mais de meio século parte dos Tiriyó que vive no lado brasileiro convive com falantes do português e do alemão, e parte que vive no Suriname convive com falantes do holandês e do inglês. Assim, além de sua própria língua, os Tiriyó falam, ou pelo menos compreendem, as línguas dos grupos, agentes e países com os quais mantêm relações mais estreitas. (GRUPIONI, 2005)

Sobre as possibilidades e considerações supra informadas e supracitadas, se faz importante seu complementar com a colocação de PEREIRA.

> Atualmente, vivem no Parque Indígena do Tumucmaque cinco grupos indígenas, agora conhecidos como: Wayana, Tiriyó, Kaxuyana e Ewarhuyana. Tanto os Wayana quanto os Tiriyó, possuem parentes fora dos limites do Parque, na região fronteiriça entre o Brasil e o Suriname. Tais denominações, porém, são genéricas e repousam sobre uma diversidade de subgrupos cultural e linguisticamente pertencentes à família Caribe, mas tradicionalmente independentes, habitantes de áreas distintas e com denominações próprias que, no decorrer do processo de contato com os brancos, foram sendo agrupadas em unidades étnicas maiores. (PEREIRA, 1996)

Importante perceber que as possibilidades supramencionadas dá-se pelo contato tanto com os "brancos" como com os "negros" refugiados da antiga Guiana Holandesa. Até a década de 50, o contato com os povos/povoados da região destacada (PIT) era tido como esporádico, porém por volta de1950 a 1959 o frei Portásio Frikel fazia diversas visitas aos moradores indígenas das localidades, sendo que nos dois últimos anos de visitas, ou seja entre 1958-1959, permaneceu nos campos do Recôncavo do Tumucumaque, o que coincidiu com a construção da do campo de pouso da FAB (Força Aérea Brasileira) na região, possibilitando assim o início da instalação da "Missão Tiriyó", missão católica que se instalou no Alto do Paru do Oeste que em conjunto com a FAB que prestava suporte aéreo para os membros da missão e esses por vez prestavam assistência de saúde e educação para os Tiriyó. Esses fatores foram fomentadores para ocorrer uma aglomeração em torno da missão católica que fora estabelecida na região no início da década de 60(GRUPIONI, 2005). Observa-se abaixo uma imagem aérea da pista de pouso da FAB e da atual "Missão Tiriyó".

Figura 2. Pista de Pouso da Força Aérea Brasileira e localização da atual Missão Tiriyó.

Fonte: Google Maps, 2020.

A partir da década de 80, percebe-se a participação da FUNAI e da antiga FNS, hoje FUNASA, no programa de assistência aos Tiriyó. Uma fornecia pessoal para o auxílio aos cuidados de saúde (FUNAI) e outra serviço de vacinação (FUNASA), não impedindo assim, a participação da missão católica, mas, cooperando com a mesma, tanto que, percebe-se a atuação de "irmãs" católicas no cuidado com os Tiriyó no que diz respeito as áreas de saúde e educação.

> Eu fiquei desde o início na escola. Já haviam dois índios ensinando as crianças e Frei Sireno ensinava a turma adulta à noite. Como estávamos em experiência não quis assumir nenhuma turma. Fiquei indo em alguns dias de aula tanto pelo manhã como pela tarde. A turma da noite assumi a pedido de Frei Sireno. Gostei porque foi uma oportunidade de conhecer mais a turma. A frequência foi boa e o aproveitamento também. Quase todos estão em fase de alfabetização. Aos pequenos foi também interessante. [...] Ensinei cantos e dava também um pouco de higiene. Dei uma assistência aos dois monitores índios. Uma vez por semana assistia as aulas deles e juntos corrigíamos algumas falhas didáticas e assim foi muito bom. Foram nesses contatos que senti a necessidade de dividir a turma da manhã, fizemos duas turmas, uma na primeira parte da manhã e outra na segunda parte. Era uma só turma, bastante numerosa e com idade variadíssimas. As turmas ficaram menores e de quase em mesmo nível. O aproveitamento foi notório. Outra coisa boa que consegui no ano passado com a ajuda das mães e pais foi uma mini-escolinha para as crianças de 3 a 5 anos.(Relato da Irmã Teresinha de Sá, 1986)

Já em 29 de julho 1982, fora formalizado um convênio de atuação na área indígena na localidade denominada Missão Tiriyó entre a Sociedade de Padres Franciscanos da Prelazia de Óbidos – Missão Tiriyó e FUNAI (Fundação Nacional do Índio), não anulando o compromisso anteriormente celebrado com trinômio de Força Aérea Brasileira – Missionário – Índio, mas, com o intuito de fiscalizar e "facilitar o atendimento médico dos índios em casos mais graves os quais não podem ser tratados na própria missão."(Convênio entre Fundação Nacional do Índio e franciscanos da prelazia de Óbidos).

Até tempos atuais, a relação de contato constante dos Tiriyó com o restante da sociedade nacional brasileira, dá-se ainda como dificultosa, visto que, o acesso às aldeias se dão somente de forma aérea por não haverem estradas de melhor acesso e os rios se apresentarem com muitas cachoeiras, sendo que a "cultura branca"

presente no local é o pessoal de prestação de serviços tanto militares nas proximidades (Força Aérea Brasileira e Exército) como de saúde, religião e educação.(PEREIRA, 1996) .

Assim, como há fornecimento de serviços, por natureza, como afirmado acima, com o desenvolvimento progressivo temporal, ou seja, com o passar do tempo, tem-se a residência de muitos Tiriyó em torno da missão, tendo a liderança da mesma como referência, o que, por consequência, gera influência sobre o ser, fazer e desenvolver cultura daí, começou a serem enfraquecidas as figuras dos *tamutupë ou tuxaua* e dos *pataentu*, dos xamãs (pajés) e dos caciques, sendo tais figuras os que exerceram certa resistência ante a missão que por tal motivo e alguns outros, necessitou mudar de local tendo os que os acompanharam e os que optaram por se manterem mais distantes em contato. Seja por não concordar com as atuações e mudanças causadas pela presença da Missão, seja por perder força para uma nova liderança com menos membros, ou seja, mais centralizada começa a exercer força e influência política.(GRUPIONI, 2005)

Mesmo sendo supra afirmado que o acesso e contato com a sociedade branca seja difícil, não é aqui assertoado que não há tal contato e não exista acesso à saúde e educação, sejam elas de forma básica ou superior/ especializada, mas sim, fora explanada a dificuldade de acesso de entrada e saída das aldeias tanto por brancos como por índios.

Atualmente, é possível dizer que existe um relacionamento de convívio cultural, e até mesmo, certa aculturação entre os “brancos” e os Tiriyó, no entanto, existem questões necessárias a serem proporcionadas e solucionadas, como p.ex. as expressas na Carta das Lideranças Indígenas do Amapá e Norte do Pará de 2012 que dizem respeito a diversos problemas, pois conforme expresso em carta direcionada, mesmo existindo a presença de vários profissionais para atuação em terras indígenas e fornecimento de serviço, “médicos, dentistas e assistentes sociais até arquitetos, pedagogos[...] faltam combustível, medicamentos, e outros materiais e insumos necessários para que[…] desenvolvam suas atividades com qualidade e segurança.” (Carta das Lideranças Indígenas do Amapá e Norte do Pará, 2012)

Não somente os problemas acima são expressos, como também há solicitação de abastecimento de água e saneamento básico, políticas de apoio aos indígenas que buscam o ensino superior na cidade além da solicitação de treinamento e capacitação e contratação de professores indígenas específicos que entendam e vivam a cultura.(Carta das Lideranças Indígenas do Amapá e Norte do Pará, 2012)

Então, vale destacar as brigas políticas entre os representantes governamentais dos índios os quais não são índios e os representantes índios dos próprios índios, exemplo esse dá-se pelo texto da Carta Pública dos Povos Indígenas do Amapá e Norte do Pará Contra O Golpe Estatal Ao Órgão Indigenista (Cf.Carta Pública dos Povos Indígenas do Amapá e Norte do Pará Contra O Golpe Estatal Ao Órgão Indigenista, 2016) onde os mesmos afirmam que entidades com apoio governamental não os representa, apontando aí, uma guerra de interesses e poderes, onde aqueles que necessitam do atendimento e cuidados de diversas áreas sejam elas expressas desde a saúde até o saneamento básico saem perdendo. O ser humano em geral perde pela morosidade do fazer e a agilidade do interesse próprio.

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

Partindo de um olhar com uma macro amplitude para uma mais específica, ou seja, ao focalizar uma especificidade territorial envolta em uma maior extensão geográfica, é possível – para análise e explanação situacional – selecionar a aldeia Missão Velha como sendo o foco de observação e discorrer do presente trabalho, sendo então, a mesma – Aldeia Missão Velha – selecionada e escolhida como território recorte para observação, análise e explanação.

Importante lembrar que mesmo existindo o olhar específico para uma micro região, não é possível tratar e relatar assuntos referentes exclusivamente à mesma, pois toda a ação de saúde advém de um polo base para a cobertura de uma área de densidade geográfica extensa, sendo, o discurso e atividade relacionado a área da saúde depende de atividades e ações presentes em outros locais, p. ex., o polo base da Missão Tiriyó fica em uma localização distante cerca de três quilômetros da Aldeia Missão Velha que na imagem a seguir é descrita como antiga aldeia Missão Tiryó e o Polo base de onde parte toda a ação da área da saúde na macro região do Parque Indígena Tumucumaque é descrito como atual aldeia Missão Tiryó. Segue imagem.

FIGURA 3. Antiga Aldeia Missão Tiriyó e atual Aldeia e Polo Base Missão Tiriyó.

Fonte: Google Maps, 2020.

Conforme análise situacional, foram levantadas informações *in loco* sobre a população presente no território recorte em destaque, também, fora produzido um gráfico que aponta informações compatíveis com uma pirâmide etária onde é exposta a quantidade populacional da micro região e uma demonstração quantitativa sub dividida em gênero e faixa etária. Gráfico a seguir.

Tabela 3. Quantidade populacional, divisão etária e de gênero na Aldeia Missão Velha.

Idades	Feminino	Masculino	-
0-1	1	1	-
1 a 4	5	7	-
5 a 09	14	8	-
10 a 19	14	16	-
20 a 29	9	8	-
30 a 39	6	7	-
40 a 49	11	4	-
50 a 59	3	2	-
60 ou mais	-	-	-
Ignorado	-	-	-
TOTAL	63	53	116

Fonte:Gráfico é produção própria conforme informações colhidas *in loco* durante o período de 27/07/2020 até 25/08/2020.

Em comparação com o último censo populacional do DSEI até 05/05/2020 houve um crescimento populacional de 05 (cinco) pessoas, subindo de 111 para 116, porém, não é precisa a afirmação da ocorrência de alta populacional por motivo de natalidade, ou se tal alta deu-se pela migração populacional entre aldeias. Assim, considera-se que desde a última atualização do censo, não houveram modificações significativas em relação à taxa de natalidade e mortalidade, nem taxa de crescimento anual significativa em prospecção ao período de 1 (um) ano.

Vale destacar sobre o território recorte, que graças a uma clínica ampliada, ou seja, através de um trabalho conjunto com os AIS e AISAN que sustentam um vínculo de atividade entre os profissionais da saúde e os habitantes do território recorte, também, devido ao trabalho de interação e usufruir dos vínculos possibilitados pelos agentes promotores de saúde e saneamento, fora possível juntamente com a pirâmide populacional, levantar *"in loco"* no período de um ano – supra citado - o CMG (Coeficiente de Mortalidade Geral), CMI (Coeficiente de Mortalidade Infantil), taxa de natalidade, taxa de fecundidade, que são as seguintes apresentadas:

Tabela 4. Coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade geral, taxa de natalidade e taxa de fecundidade na Aldeia Missão Velha.

CMI =	nº de óbitos de crianças menores de 01 ano / nº nascidos vivos no período no ano escolhido	x	1000	igual	RESULTADO	por 1000 nascidos vivos
CMI Neonatal =	nº de óbitos de crianças menores de 28 dias / nº nascidos vivos no período no ano escolhido	x	1000	igual	RESULTADO	por 1000 nascidos vivos
CMI pós-neonatal =	nº de óbitos de crianças maior ou igual a 28 dias e menores de 01 ano / nº nascidos vivos no período no ano escolhido	x	1000	igual	RESULTADO	por 1000 nascidos vivos
CMI =	0 / 2	x	1000	igual	0	por 1000 nascidos vivos
CMI Neonatal =	0 / 2	x	1000	igual	0	por 1000 nascidos vivos
CMI pós-neonatal =	0 / 2	x	1000	igual	0	por 1000 nascidos vivos

Taxa de natalidade =	nº de nascidos vivos no período de um ano / nº da população geral	x	1000	igual	RESULTADO	por 1000 indivíduos
Taxa de natalidade =	2 / 116	x	1000	igual	17,24	por 1000 indivíduos

Taxa de fecundidade =	nº de nascidos vivos no período de um ano / nº de mulheres de 15 a 49 anos	x	100	igual	RESULTADO	%
Taxa de fecundidade =	2 / 40	x	100	igual	5	%

Fonte: Registros coletados *in loco* durante o período de 27/07/2020 até 25/08/2020 referente ao período de 20/08/2019 a 20/08/2020.

É notável um pequeno crescimento de populacional no que tange ao quesito de CMI e CMG, porém tal situação não expressa com clareza a realidade de saúde geral da população do território recorte.

Devido a inexistência de um sistema de armazenamento e tratamento de água nessas aldeias, e visto que o consumo da água é feito diretamente dos rios, há uma grande prevalência de doenças parasitárias e diarreicas.

A não existência ou "sub-existência" de uma estrutura de saneamento básico, pode ser percebida na entrevista com uma das lideranças da aldeia Missão Velha onde categoricamente é afirmado que "não tem"(Entrevista com líder da aldeia Missão Velha, 2020) ao ser questionada sobre a existência da mesma, além, da declaração de que "cada um trata suas águas que pega do rio e coloca cloro".(Entrevista com líder da aldeia Missão Velha, 2020)

Diante da realidade, é necessário pensar que para a existência e funcionamento de uma estrutura de saneamento básico, ao mínimo, devem ser levadas em conta três aspectos. A existência da estrutura, a manutenção da estrutura e a informação. Primeiro, para que haja saneamento básico, é preciso existir uma estrutura que promova tal saneamento, ex, profissionais, equipamentos de saúde e de higiene geral e pessoal, tratamento de água e limpeza de bens para consumo. A manutenção da estrutura, porque os itens de consumo e utilização constantes acabam e precisam ser repostos, assim como, a estrutura física construída – se a mesma existir- precisa passar por reparos por motivo do desgaste natural. A informação, como fator principal, deve-se ao fato de se instruir a comunidade acerca da utilização da estrutura para o bom funcionamento da mesma, e que para os benefícios dessa estrutura seja notado de forma significativa no contexto social da comunidade.

A respeito dos três aspectos apresentados acima, pode-se categoricamente afirmar que no território recorte, a estrutura equivale a presença dos profissionais indígenas de saneamento, que visitam as aldeias e distribuem hipoclorito, a manutenção se dá com a reposição desses insumos por meio dos órgãos necessários e a informação

é a parte mais forte desse tríplice aspecto, onde os AISANs (Agentes Indígenas de Saneamento) informam e educam a população como se dá a utilização correta do hipoclorito e de sua importância no tratamento da água e de como isso interfere na saúde da comunidade.

Diante dos indicadores de saneamento básico como: utilização de rede geral de água, poços, rede de esgoto, fossas sépticas e coleta de lixo, no território recorte é inexistente.

Logicamente, entende-se aqui como saneamento básico todo conjunto de práticas, medidas e ações a serem executadas com o objetivo final de tornar o ser humano são, saudável. Tal assertiva é exposta ao levar em consideração o fato de que o significado de saneamento vem de ***sãnus*** no latim que em referência ao ser humano diz respeito ao "que está de saúde, que está bom" (DICIONÁRIO DE LATIM – PORTUGUÊS, 2001), ou seja, saudável.

Por consequência da definição exposta acima, as medidas, praticas e ações que visam levar o ser humano à saúde tornam-se extremamente carentes na região delimitada como território recorte. Na aldeia Missão Velha, há muitas vezes falta de alimentação e bens de consumo, o que associado à constante falta de água tratada facilita o desenvolvimento de doenças parasitárias e infecções – gera um quadro ativo de homens, mulheres e crianças sub nutridos, fracos e com o sistema imunológico afetado. Ao perceber tal quadro em geral, é possível destacar então, grande presença de doenças diarreicas e doenças do trato respiratório. Sobre a falta de bens alimentícios, de consumo e proporcionadores de sanidade física, afirma uma líder da aldeia Missão Velha:

> Eu a muito tempo estou lutando para trazer o Bolsa Família pra cá pra ter condição das mulheres receber um pouco pra sustentar a família, não sustentar bem, mas, poder ajudar um pouco. Comprar sal, comprar leite pelo menos. Muita gente não tem. Você já viu como é a situação [...] as vezes falta pra mim também. Muita gente é ruim (difícil) de ajudar por isso estou lutando pra trazer esse apoio. (Entrevista com líder da aldeia Missão Velha, 2020)

Em meio a tal situação, o Polo Base Missão Tiriyó, sob controle do DSEI Amapá e norte do Pará, presta atendimento a 32 aldeias presentes no Parque do Tumucumaque, realizando serviços referentes à promoção da saúde da forma que lhe é possível, ansiando sempre, o avanço em amplo aspecto, ou seja, nas condições e ações de levar profissionais, e estrutura para a implantação da manutenção de um sistema prático de saneamento básico. Mais especificamente aqui, a água tratada para consumo.

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

Ante às situações supra expressas, especificamente referidas sobre o território recorte, cabe ao profissional de saúde fitar uma “macro visão” no que se refere às necessidades expressas e descritas no campo de trabalho onde o mesmo se encontra inserido. Tal macro visão é necessária, pois para que haja um fechamento, explanação ou asserção de um diagnóstico referente à saúde física humana, diversos outros fatores devem ser levados em conta, como, por exemplo, toda a existência estrutural e material que permeia a presença e vivência ativa humana. Isso, porque a saúde física está estritamente ligada com a pratica do cotidiano, podendo então, os problemas de saúde, serem reflexos de atividades exercidas no dia a dia ou acidentes presentes na rotina constante.

Desde os sólidos e líquidos que são ingeridos, a maneira de como se caminha em uma mata que contém seres vivos venenosos, a forma de relação e correlação pessoal e comunitária até à forma de como o ser enxerga a higiene pessoal e interage com tal devem ser questões presentes na macro visão do profissional de saúde, então, pode-se afirmar que a promoção da saúde perpassa as mais diversas esferas da sociedade, sejam elas sócio-políticas e até mesmo econômico-religiosas. Surge então uma séria situação. Mesmo que indiretamente, todos os diagnósticos a serem apresentados pelos profissionais presentes na atividade da promoção da saúde indígena Tiriyó, dependem do fornecer de uma estrutura de vivência e também de trabalho, ou seja, para que exista um diagnóstico confiável – e consequentemente encaminhamento de/para tratamentos específicos – necessário se faz a existência estrutural de trabalho para tais profissionais, sendo minimamente essa, primeiramente o engendrar e o gerir de uma estrutura de promoção e manutenção de saúde a começar pelo saneamento básico.

Discorrer sobre saneamento básico, tem-se aqui por referência sua base explicativa supra citada onde o mesmo é demonstrado como todo o tipo de ação que busque promover a saúde do ser humano. Assim, é totalmente possível a compreensão de que, em primazia, o fornecimento e manutenção de uma estrutura que garanta condições de saúde em amplos aspectos ao ser humano brasileiro conforme a Lei 8080/90 em seu segundo capítulo deve partir do governo.

> Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
>
> §1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
>
> §2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
>
> Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
>
> Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990)

A tempos a promoção de saúde indígena é vista como um tema delicado, primeiramente porque conforme o ISA (Instituto Socioambiental), desde 1967 quando a FUNAI (Fundação Nacional do Índio) fora criada, “com exceção de casos pontuais, em nenhum momento a situação sanitária nas aldeias foi realmente satisfatória”(ISA, 2018). Também, quando o foco da “macro visão” é dirigido ao indivíduo enquanto paciente e tal visão por consequência torna-se uma “micro visão” no sentido de observar o ser humano enquanto ser especificamente, percebe-se que o mesmo, já pertencente a geração posterior ao contato com os “brancos”, encontra-se sensível e suscetível “às enfermidades trazidas por não-índígenas e, muitas vezes, habitando regiões remotas e de difícil acesso, as populações indígenas são vítimas de doenças como malária, tuberculose, infecções respiratórias, hepatite,

doenças sexualmente transmissíveis, entre outras" (ISA, 2018). No Caso da aldeia Missão Velha, tal suscetibilidade agregada à falta de saneamento básico, essa é a realidade de muitos da comunidade– sejam homens, mulheres ou crianças.

A ênfase básica do profissional que atua com a promoção da saúde, de maneira simples, é agir com todas as possibilidades benéficas apresentadas para que o ser humano alcance um estado saudável, para isso, é necessário o entendimento de que o profissional se encontra inserido em uma macro realidade, uma realidade que se apresenta a partir de diversos fundamentos, pensamentos, ideologias e culturas, assim, consciente de tal situação e entendendo que a promoção de saúde precisa ser em primeira instância comunitária (macro visão/realidade) e em seguida atenta ao indivíduo (micro visão), é como poder afirmar que o indivíduo só ser torna saudável a partir do coletivo. É possível fazer algumas assertivas tendo como ponto de partida os objetivos do SUS (Sistema Único de Saúde) presentes no Art. 5° da Lei 8080/90 onde afirma:

> Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:
>
> I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
>
> II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
>
> III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990)

Seguindo o desenvolver do Art. 5° da Lei 8080/90 é possível explanar/propor uma cascata explicativa para a apresentação dos fatores que levam aos problemas de saúde mais comuns presentes na população Tiriyó da aldeia Missão Velha, além de demonstrar uma tabela comparativa resolutiva que dispõe de uma aplicação que parte da “macro visão” – a situação como um todo - para uma possibilidade de “micro visão” na macro realidade, que mostra uma possibilidade para o território recorte de terem seus problemas de saúde que são causados pela debilidade de um sistema de saneamento básico, por mais simples que sejam, tratados, sanados.

Após identificado o problema existente no território recorte (grande incidência de enfermidades parasitarias e diarreicas na comunidade por falta de saneamento básico adequado) deve-se pensar nas possibilidades, formas e abrangências de atuação, devendo a mesma, ser de maneira coerente com a preservação da vida e a valorização da pluralidade das manifestações sociais, econômicas, religiosas e de maneira mais abrangente culturais que cercam o profissional promotor da saúde. Tal base é expressa na lei como: “II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei” (Lei 8080/90). A terceira base é envolver para sanar, ou seja, o envolvimento. Nesse momento, é possível o promover e o contemplar do envolvimento geral de todas as esferas vivenciais necessárias no trabalho conjunto para que o problema, ou problemas apresentados sejam solucionados. A terceira é vista na lei da seguinte maneira: “III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.”(Lei 8080/90)

Focalizando no território recorte, ao invés de se tentar identificar especificamente um problema de saúde, ou os mais frequentes problemas manifestos na saúde de sua comunidade local, através de uma “macro visão” é apresentado de maneira gritante algo que talvez seja o “problema situacional” diagnosticado como causador da maior quantidade de situações maléficas à saúde da população do presente território. A falta de distribuição de água tratada.

Essa realidade é expressa de maneira sucinta, realista e clara por uma líder da aldeia Missão Velha ao afirmar “não tem"(Entrevista com líder da aldeia Missão Velha, 2020) sobre o saneamento básico, além de expressar que sobre a água para beber “cada um trata suas águas que pega do rio e coloca cloro"(Entrevista com líder da aldeia Missão Velha, 2020). Identifica-se então o problema da falta de distribuição de água tratada.

Diante da rede explicativa, como uma proposta de solução, apresento a seguir uma explanação comparativa do que foi realizado na aldeia que sedia o Polo Base responsável pelo cuidado da saúde da aldeia do território

recorte.

No ano de 2020 Um projeto da Fraternidade São Francisco de Assis na Providencia de Deus em mutirões com a comunidade e financiado pela Missão Central Franciscanas da Alemanha e pela Diocese de Óbidos – PA, instalou duas caixas d'água de cinco mil litros com bomba d'água solar submersa com 4 painéis de 400w e controlador de funcionamento contínuo e independente além de 4 caixas d'água de dois mil litros para reservatórios estratégicos. A estrutura descrita possui capacidade para abastecer cerca de 150 famílias, a estrutura do polo base, da escola presente na região além de também conseguir suprir as necessidades do centro comunitário.

Conforme o painel SIASI houve uma diminuição entre 2019 e 2020 de 87% dos casos infecto parasitários e diarreicos na região contemplada com tal instalação (Painel SIASI/AP 2020). Fator que consideravelmente pode ser levado em conta pelo fato de distribuição de água com melhor qualidade.

Ao verificar a relação com a Aldeia Missão Velha e seu problema situacional que acaba possibilitando o engendrar de problemas clínicos de saúde, sendo justamente apresentados em maior quantidade como casos infecto parasitários e diarreicos – em consonância com os anteriormente apresentados pela Aldeia Missão Nova antes de um adequado abastecimento de água, e tendo como base da comparativa a diminuição significativa conforme demonstrado por dados inseridos pelo próprio DSEI no SIASI , proponho como ação prática e comunitária a viabilização de um projeto que contemple o abastecimento de "água de qualidade" no local aonde a muitos anos atrás, foi o local em que se reuniram após o primeiro contato entre os "Karaiwa" (os não indígenas) e os Tiriyó.

Informar a comunidade sobre a importância de se ter um sistema de abastecimento e de tratamento da água e de como isso interfere na saúde da mesma, fortalecer os vínculos através dos profissionais indígenas para que seja desenvolvido confiança e credibilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade, buscar parcerias com outros atores sociais, além de mobilizar a mesma para a construção de um sistema que possa abastecer a aldeia de 116 pessoas, com certeza notaremos um impacto significativo nos mascadores de saúde.

Para ser possível alcançar os objetivos e melhorar a qualidade de vida das pessoas residentes da aldeia missão velha, assim como, fora na Missão Nova, Uso esta comparação do antes e depois, e como fato, a melhora significativa em uma aldeia, como proposta de se fazer semelhante no território recorte.

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

Ao se pensar sobre trabalho de educação, deve-se levar em consideração o quesito de uma atividade multifocal, ou seja, com diversificação de possibilidades e abrangências, no caso aqui, que vise o solucionar de uma problemática levantada no capítulo anterior. Trata-se de atividade multifocal pois ao mesmo tempo que tende a ensinar, convencer ou transmitir ideias e pensamentos, tende também, a ir em direção a uma situação territorial levantada buscando assim, sua solução. No presente trabalho o problema situacional que afeta a saúde de forma comunitária do território recorte, é a falta de distribuição de "água limpa", tratada.

Atualmente, os moradores do Aldeia Missão Velha – não usufruem de disponibilidade da distribuição de água para suas mais diversas atividades, desde higiene geral até seu consumo. A Aldeia Missão velha é localizada à beira do rio, os seus moradores utilizam a agua do rio para consumo e todo tipo de subsistência.

Diante desta realidade parte a proposta apresentada por este trabalho. A partir de um atividade multifocal, operacionalizar a distribuição de água, envolvendo os profissionais de saúde e a comunidade, através da transmissão de informações, conscientização e educação em saúde, gerar uma mobilização comunitária para o executar pratico das ações.

Pensando sobre a informação como agente de mobilização comunitária, vale lembrar que há uma importância inestimável dos Agentes Indígenas, sejam eles de saúde ou de saneamento, pois, sendo tais membros do povo são conhecedores dos conceitos e contextos culturais e de necessidades, fornecem um vínculo de suma importância para a ampliação da clínica, possibilitando ao profissional de saúde entender os problemas situacionais e traçar diretrizes para sanar os problemas que interferem na saúde da população.

Com a clínica ampliada é possível ao profissional de saúde entender a necessidade dos moradores de determinada região e se expressar muitas vezes diretamente com a liderança dessa região, propondo ações que interfiram de forma positiva na comunidade.

> A Clínica Ampliada é um trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e seu contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar sua autonomia, de sua família e de sua comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição da clientela, e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico, conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.(BRASIL, 2006)

Através de um diálogo holístico é possível desenvolver um relacionamento que traga benefícios através do processo de escutar de forma atenta e qualificada, meditar e expor opiniões para a resolução do problema em si. Desse modo, é possível uma ação educativa, trazendo as informações necessárias para que através do relacionamento e a percepção recíproca das necessidades, tornar os sujeitos que recebem a atuação dos profissionais de saúde, seus próprios protagonistas terapêuticos.

> …a proposta da Clínica Ampliada surge na contramão das práticas tradicionalmente desenvolvidas de redução dos sujeitos, com recortes diagnósticos ou burocráticos. Vem com o propósito de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, ao mesmo tempo, reconhecendo e utilizando seu potencial de saberes para relacionarem-se com os sujeitos enquanto protagonistas do seu próprio projeto terapêutico. Ela é um compromisso ético e radical com o sujeito doente, visto de modo singular em suas diferenças. A proposta então, é a do trabalho em equipe para lidar com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo do adoecer. (HOEPFNER, 2010)

Tal protagonismo em contexto abrangente, perpassa a questão do avaliar e agir da medicina tradicional,

passando assim pelo diálogo situacional que pode vir a englobar uma comunidade e até mesmo ações referentes ou diretivas a essa comunidade.

Direcionando o foco para a Aldeia Missão Velha e percebido seu problema, após a implementação de uma escuta geral qualificada ou um diálogo comunitário com o intuito de resolubilidade do problema situacional, busca-se então, propor uma ação conjunta para que o mesmo comece a ser sanado.

Conforme citado no capítulo anterior, como ação prática, foi apresentado de forma educativa e dinâmica, o projeto da Fraternidade São Francisco de Assis na Providencia de Deus, das caixas d'água que foram instaladas na aldeia Missão Nova, e de como foi importante o impacto na saúde dessa aldeia, apresentando uma diminuição entre 2019 e 2020 de 90% dos casos infecto parasitários e diarreicos na região conforme o Painel a SIASI. Após apresentada a informação, foi-se discutido com os AIS e AISANs, a possibilidade de se reforçar a importância de se continuar tratando a agua com hipoclorito enquanto não se estabelece de forma ideal um sistema de saneamento básico, e de juntamente com a comunidade se discutir a possibilidade de uma mobilização social para a construção de um sistema de abastecimento de água na Aldeia Missão Velha, através de um projeto que deverá ser apresentado a diversos outros atores sociais.

O despertar da consciência da equipe multidisciplinar de saúde, é de extrema importância para possibilitar essas transformações sociais que impactam direta e indiretamente no processe saúde-doença.

> Mais uma vez, é necessário rompermos com a formação baseada no modelo biomédico e médico-centrado para nos reconstruirmos enquanto profissionais comprometidos com uma nova prática ao cuidar do outro, desenvolvendo um trabalho interdisciplinar que facilite a abordagem integral dos problemas que causam impacto sobre a qualidade de vida das pessoas. (SCHAPER, M., 2020)

Tem-se portanto, um executar de uma ação educativa no envolvimento de diversos profissionais atuando em duas áreas de atividades. Primeiro o que fora chamada ensinar, transmitir ideias, educativa, "parte teórica" que é em ampla funcionalidade descrita pelo fator denominado de clínica ampliada, e outra parte que é a da ação de fato, do envolvimento comunitário para a elaboração de um projeto para a construção do sistema de abastecimento de água, o envolvimento dos AISANs na continuidade do trabalho realizado, e na construção in loco desse sistema.

A ação proposta será realizada através de roda de conversa com toda a comunidade, onde será discutido sobre a importância de um consumo da água tratada para os benefícios com a saúde, essas conversas serão realizadas nas estruturas sociais da aldeia como centro comunitário e escola, terão a duração de aproximadamente uma hora, serão conduzidas pelos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde e mediadas pelos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento básico, deverá ser realizada na língua Tiriyó, e os recursos usados serão o espaço social que será utilizado, as ações serão semanais, com dois encontros, um no começo da semana e outro no final, e pelas manhãs, horário em que a comunidade não esta trabalhando na roça.

As Ações realizadas na comunidade, deverá ser realizada de forma constante e gradual, roda de conversas, oficinas explicativas sobre a importância de uma estrutura para o tratamento de água, envolvimento comunitário na conscientização do protagonismo em saúde, deverá ser constante para que tenha um efeito otimizado de aprendizado, gradual porque deve ser intensificado o entendimento a cada encontro, deverá ser oferecida as oficinas a toda comunidade, tendo o envolvimento de toda a liderança, os responsáveis pelas oficinas deverão ser os agentes indígenas de saúde (AIS) e os agentes indígenas de saneamento (AISANs), pois pertencem a comunidade, conhecem a cultura e as tradições e são o vinculo mais forte com os "parentes", esses profissionais previamente serão treinados pela EMSI, com recursos mínimos, tendo como responsáveis pelo desenvolvimento das ações a própria comunidade, pois a clínica ampliada visa tornar protagonista do processo o próprio paciente ou pacientes no caso especifico, com a coordenação da EMSI.

Os resultados dessa ação conjunta, serão notados pela própria comunidade, percebendo em si a diminuição das enfermidade e a melhoria na saúde, assim como poderão ser notados através de dados epidemiológicos disponibilizados pela SIASI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as questões e quesitos apresentados, é possível a assertiva de que é de extrema urgência um olhar assistido para com a saúde indígena , especificamente, no território recorte, onde além da falta de água tratada não tem-se uma mínima estrutura de saneamento básico, gerando um impacto significativo na saúde comunitária. O profissional de saúde, deve entender que ao escolher trabalhar com saúde, ele se torna também um agente de transformação social, e que essas transformações só serão possíveis através do vínculo comunitário. Sem o vínculo estabelecido com a comunidade, o processo de cura não pode ser possível, pois a "cura" no contexto da saúde indígena só é possível após um relacionamento de confiança do profissional com a comunidade. Sendo o Vínculo de extrema importância para os impactos na saúde e na transformação social, nasce um indispensável ator, o profissional indígena de saúde, que em diversos contextos são representados pelos AIS e AISANs (agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento básico), profissionais da etnia, da sociedade, conhecedores da cultura e dos costumes do povo, que se tornam uma ponte. Através desses profissionais, da formação de vínculos e da clínica ampliada, é possível desenvolver um trabalho de qualidade em que o envolvimento da comunidade em si, se torna protagonista de sua saúde e desenvolvimento.

Com profissionais capazes de se envolver comunitariamente, é possível processos educativos em saúde como por exemplo, de forma dinâmica, orientar a comunidade sobre a importância de certas transformações sociais no impacto da saúde, como no trabalho citado, é possível educar, informar e mobilizar os moradores da missão velha sobre a importância de se ter um abastecimento e tratamento de água adequados para a diminuição da incidência das enfermidades parasitárias e diarreicas. Concluo, acreditando que mesmo em contextos mais remotos, ou com estruturas mais precárias, quando se existe o envolvimento da comunidade a partir de uma convicção de que mudanças são necessárias, percebidas pela própria comunidade e colocada como prioridade da ação, podemos sim, não somente, começar o processo de transformação social como impactar de forma positiva e real em todo um processo de saúde-doença.

Trago para reflexão crítica relacionado ao trabalho indígena, o quanto ainda é necessário o evoluir da estrutura e condições de trabalho, e como as equipes que atuam no território precisam de treinamento e reciclagem profissional, tive contato com pessoas que estão a quatorze anos em saúde indígena e que nunca passaram por um curso de atualização ou capacitação. Somando a estrutura precária a falta de qualificação do profissional que está em área, tem-se como resultado uma das grandes fragilidades que encontramos como equipe. Apesar das fragilidades, as equipes em área apresentam uma grande capacidade de adaptação cultural e resiliencia para se enfrentar e trabalhar por longas escalas nessas situações o que acaba sendo uma das potencialidades.

O curso de especialização em saúde indígena deveria ser realizado por todos os profissionais que desejam atuar em território indígena, pois aparece como um instrumento necessário no processo de ensino e capacitação em saúde indígena, equipando o profissional, teorico e pratica , para enfrentar as diversas especificidades desses territórios. Com o preparo necessário , me sinto preparado e com as ferramentas apropriadas para ser resolutivo na atuação como médico em aréas de acesso remoto, diversidade linguística e cultural e com os povos indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Planalto. Lei nº 8.080, de 19 desetembro de 1990. TÍTULO I. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 20/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Indígena. A Educação Indígena. UNA-SUS; UNIFESP. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Distritos Sanitários Especiais Indígenas - Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

CARTA das Lideranças Indígenas do Amapá e Norte do Pará. Abril de 2012. Disponível em: https://www.institutoiepe.org.br/media/docs_indigenas/carta_dos_povos_indigenas.pdf Acesso em: 10/03/2020.

CARTA Pública dos Povos Indígenas do Amapá e Norte do Pará Contra O Golpe Estatal Ao Órgão Indigenista. 21 de outubro de 2016 Disponível em: https://mobilizacaonacionalindigena.wordpress.com/2016/10/21/carta-public--dos-povos-indigenas-do-amapa-e-norte-do-para-contra-o-golpe-estatal-ao-orgao-indigenista/ Acesso em: 10/03/2020.

CENSO Populacional DSEI Amapá e Norte do Pará. Atualizado até 05/05/2020. FONTE: SIASI LOCAL.

ENTREVISTA com líder da aldeia Missão Velha. 27 de ago. de 2020. (Youtube). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=bS_ERj_nKFs&t=169s Acesso em: 27/08/2020.

CHAUI, Marilena. Cultura e democracia. Crítica y Emancipación, (1): 53-76, junio 2008.

CLAUSULA quarta do Termo de Convênio entre FUNAI e franciscanos da prelazia de Óbidos. Disponível em: https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/termo-de-convenio-ser-celebrado-entre-fu-ai-e-os-franciscanos-da-prelazia-de Acesso em: 10/03/2020.

DICIONÁRIO DE LATIM – PORTUGUÊS 2. Ed. PORTO EDITORA: Porto – Portugal, 2001.

FERRER, J. A. L. PROJETO DE INTERVENÇAO EM HIPERTENSOS ACERCA DO CONHOCIMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E OS FATORES DE RISCO NA ALDEÍA KUMARUMÃ. São Paulo: UNIFESP; UNASUS. (Especialização em saúde indígena). 2017.

FRIKEL, P. Os Tiriyó: Seu sistema adaptativo. HANNOVER: KOMMISSIONSVERLAG MUNSTERMANN-DRUCK KG. 1973.

GRUPIONI, D. F. TIRIYÓ. Povos Indígenas no Brasil. ISA. 2005 (Artigo digital) Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Tiriy%C3%B3 Acesso em: 12/03/2020.

HOEPFNER MAS. A Clínica do Sofrimento Ético-Político como uma proposta de Intervenção na Clínica Ampliada e Compartilhada. In: Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Politica Nacional de Humanização - Brasília: Ministério da Saúde. 2010; pp.75-91.

ISA, Sáúde indígena. Povos Indígenas no Brasil. Instituto Socioambiental, 2018. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena Acesso em: 20/10/2020.

Parque Indígena do Tumucumaque. Terras Indígenas no Brasil. Disponível em: https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3885#demografia. Acesso em: 20/01/2020.

PEREIRA, M. D. F. 1996. Tiriyó do Norte do Pará e sua experiência intercultural. In Carlos Alberto Ricardo (ed.), Povos Indígenas no Brasil 1991/1995, 289-291. São Paulo: ISA.

Regimento interno CONDISI Amapá e Norte do Pará. Disponível em : http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/condisis-1/amapa-e-norte-para/condisi_amapa-norte-para Acesso em: 20/01/2020.

RELATO da Irmã Teresinha de Sá em 11 de Março de 1986. Disponível em: https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/relatorio-sobre-os-tiriyo Acesso em: 10/03/2020.

SANTOS, Maurici T. ENTENDENDO E CONSTRUINDO UMA REDE EXPLICATIVA: CONTRIBUIÇÃO PARA UM MÉTODO. SAÚDE INDÍGENA. UNIFESP; UNASUS. 2020.

SCHAPER, M.; RODRIGUES, D.; PACAGNELLA, R.; FREGONEZI,R.; OLIVEIRA, L. S. Saúde Indígena. Atenção Básica na Saúde Indígena: mudando para reconstruir. UNIFESP; UNASUS. 2020.

SIASI/AP 2020.

SIASI/AP. Outubro2017.