

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE
NA AMAZÔNIA



ALINE APARECIDA FERREIRA ARTINI

REDES VIVAS: O PROCESSO DE TRABALHO DE UM AGENTE INDÍGENA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MANAUS - AMAZONAS

Manaus - AM

2023

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE
NA AMAZÔNIA



ALINE APARECIDA FERREIRA ARTINI

REDES VIVAS: O PROCESSO DE TRABALHO DE UM AGENTE INDÍGENA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MANAUS - AMAZONAS

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa Educacional de Vigilância em Saúde nas Fronteiras, consociado a Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: Prof. Dr. JÚLIO CÉSAR SCHWEICKARDT

Manaus – AM

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

A791r

Artini, Aline Aparecida Ferreira

Rede Vivas: o processo de trabalho de um agente indígena na Atenção Primária à Saúde em Manaus – Amazonas. / Aline Aparecida Ferreira Artini. – Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

136 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - VigiFronteiras) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

1. Redes Vivas de saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Agente Indígena de Saúde. I. Título

CDU 614:316.4.062(811.3=98) (043.3)

CDD 362.10425098113

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 Nº 287

ALINE APARECIDA FERREIRA ARTINI

**REDES VIVAS: O PROCESSO DE TRABALHO DE UM AGENTE INDÍGENA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MANAUS - AMAZONAS**

Dissertação de Mestrado
submetida ao Programa Educacional de
Vigilância em Saúde nas Fronteiras,
consociado a Pós-Graduação em
Condições de Vida e Situações de
Saúde na Amazônia, como requisito
parcial e obrigatório para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 24 / 11 / 2023.

BANCA EXAMINADORA

JÚLIO CÉSAR SCHWEICKARDT

Prof. Dr. - Orientador

Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/FIOCRUZ

FABIANA MÂNICA MARTINS

Prof^a. Dra. – Membro Externo

Faculdade de Medicina – FM/UFAM

ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Prof^o. Dr. – Membro Interno

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Rio Grande do SUL - UFRGS e Instituto Leônidas e Maria Deane -
ILMD/FIOCRUZ.

Dedico este trabalho com muito amor e gratidão, aos amores da minha vida, meus pais (*in memoriam*), Geraldo Ferreira e Olgacy dos Santos Ferreira, sempre presentes em meu coração, ao meu amado esposo Raimundo Napoleão Artini Filho, e aos meus abençoados filhos Ramon Ferreira Artini e Priscilla Rachel Ferreira Artini que muito contribuíram com meus êxitos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Senhor da minha vida, que me direciona e tem permitido, na sua magnitude, que eu alcance e realize os desejos do meu coração.

Aos meus familiares, pais (*in memoriam*), irmãos e sobrinhos, especialmente meu esposo e filhos que nunca mediram esforços em entender essa trajetória árdua, porém gratificante quando se tem apoio para prosseguir.

À Secretária Municipal de Saúde de Manaus, Dra Shádia Fraxe., Subsecretário Municipal de Saúde, Dr. Djalma Coelho e Diretora do Distrito de Saúde Norte, Paola Michelle Oliveira Santos.

Ao Instituto Leônidas Maria Deane (ILMD) da Fundação Oswaldo Cruz. (FIOCRUZ); ao Programa VIGIFRONTIERS, Consórcio entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e ILMD, com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde do Brasil.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Júlio César Schweickardt, sem palavras para expressar tanta admiração e gratidão que tenho e sempre terei por esse ser, essencialmente humano, que não mediu esforços em me orientar, compartilhando seus conhecimentos, sempre com um sorriso, um exemplo de competência e humildade, um ser ADMIRÁVEL e ACOLHEDOR.

Aos professores do Programa Vigilância em Saúde nas Fronteiras-VIGIFRONTIERS, em especial às Profas. Dras. Maria Eduarda Cesse e Andréa Sobral, que de longe sempre motivaram a turma dizendo: “a peteca não pode cair”. Agradeço todo o carinho recebido.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia, meus sinceros agradecimentos.

A todos os colegas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA que acompanharam e compartilharam de maneira fraterna a construção desta pesquisa.

À equipe de colaboradores do ILMD pela presteza e cordialidade, meus sinceros agradecimentos na pessoa de Danilo Alves Areosa que SEMPRE foi atencioso e resolutivo.

Ao Bibliotecário do ILMD Sr. Ycaro Verçosa do Santos, pelo acolhimento recebido desde o meu curso de especialização em Saúde Pública. Minha gratidão, por sempre oferecer *um livrinho e um lugarzinho*, para aperfeiçoar meu saber.

Aos Agentes Indígenas de Saúde do Distrito de Saúde Norte, em particular, o “profissional - guia” Iranilson Militão Gabriel, que aceitou de imediato fazer parte dessa pesquisa, que resultou na visibilidade dos povos indígenas da zona Norte de Manaus.

A todos aqueles que cruzaram meu caminho durante essa árdua jornada e que de alguma forma contribuíram com essa realização. Não mencionados, porém, jamais esquecidos. Gratidão!

“Prepara-se o cavalo para o dia da batalha, mas o Senhor é que dá a vitória.”
Provérbios 21:03

RESUMO

A presente dissertação tem como objeto de investigação as Redes Vivas de um Agente Indígena de Saúde - AIS, inserido no contexto da Atenção Primária à Saúde - APS, de um Distrito de Saúde em Manaus - Amazonas. O estudo foi norteado pela seguinte pergunta: Como se constroem as redes da produção do cuidado dos indígenas a partir da atuação do Agente Indígena de Saúde no contexto urbano do território do Distrito de Saúde Norte, em Manaus - Amazonas? Quanto ao desenvolvimento da pesquisa, ressalta-se que a partir de uma integração e interação com os processos de trabalho dos agentes indígenas de saúde do Distrito de Saúde Norte, estabeleceu-se um destes, tendo em vista ser oriundo da fronteira do estado de Roraima, estando nesta pesquisa, na condição de Profissional – Guia. E, a partir das trajetórias no território das comunidades indígenas, no cotidiano, buscou-se conhecer o tecer de suas Redes Vivas. A metodologia utilizada foi a do usuário - guia, que durante a pesquisa foi entendido como profissional - guia, que permite avaliar processos de trabalho em saúde, o território e (re)construir memórias relacionadas ao cuidado. A cartografia delineou a pesquisa por esta possibilitar uma visão ampliada sobre as produções de vida dos sujeitos e mapear a realidade. Pretende-se com este estudo, dar visibilidade a população indígena, da zona Norte de Manaus, por meio das Redes Vivas tecidas por um indígena (de fronteira), na sua especificidade, por ser agente fortalecedor da temática, despertando-nos quanto a multiplicidade da significação das Redes Vivas no campo da Saúde Coletiva.

Palavras Chave: Grupos Étnicos; Atenção Primária à Saúde; Povos Nativos; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This dissertation has as its object of investigation the living networks of an Indigenous Health Agent - AIS, inserted in the context of Primary Health Care - PHC, of a Health District in Manaus - Amazonas. The study was guided by the following question: How are indigenous care production networks built based on the work of the Indigenous Health Agent in the urban context of the territory of the Northern Health District, in Manaus - Amazonas? Regarding the development of the research, it is noteworthy that based on integration and interaction with the work processes of indigenous health agents in the Northern Health District, one of these was established, considering that it comes from the border of the state of Roraima, being in this research, as a Professional – Guide. And, based on the trajectories in the territory of indigenous communities, in everyday life, we sought to understand the weave of their Living Networks. The methodology used was that of the user - guide, who during the research was understood as a professional - guide, which allows evaluating health work processes, the territory and (re)constructing memories related to care. Cartography outlined the research as it enabled an expanded view of the subjects' life productions and mapped reality. The aim of this study is to give visibility to the indigenous population, from the north of Manaus, through the Living Networks woven by an indigenous person (from the border), in their specificity, as they are a strengthening agent of the theme, awakening us to the multiplicity of the significance of Redes Vivas in the field of Public Health.

Keywords: Ethnics Groups; Primary Health Care; Natives Peoples; Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa da autoidentificação das etnias indígenas em Manaus por bairro.....	20
Figura 02 – Organização Indígena na Cidade de Manaus.....	21
Figura 03 – Rede de cuidado da zona Norte (Anexo 11)	29
Figura 04 – Cenário Pandemia COVID-19.....	44
Figura 05 – Comunidade indígena wotchimaucu.....	72
Figura 06 – Divisão do território – Comunidade Wotchimaucu.....	73
Figura 07 – Comunidade Sol Nascente.....	74
Figura 08 – Divisão do território sol nascente.....	75
Figura 09 – Rede de cuidado com as etnias.....	77
Figura 10 – Rede de cuidado com as comunidades indígenas.....	78
Figura 11 – Rede de cuidado com agentes indígenas.....	79
Figura 12 – - Rede de cuidado com Lideranças indígenas.....	80
Figura 13– Rede de cuidado: Acessibilidade.....	81
Figura 14 – Rede de cuidado com Medicina Indígena (em tempo de Covid-19).....	81
Figura 15 – Rede de cuidado institucional (Interna).....	84
Figura 16 – Rede de cuidado Institucional (Externa).....	85
Figura 17 – Rede de cuidado das Ações Programáticas nas comunidades indígenas.....	86
Figura 18 – Síntese da Rede Viva do Profissional guia	88
Figura 19 – Exposição - Congresso – BA.....	96
Figura 20 – Premiação Irmão Dulce – Condecoração de Manaus - Congresso – BA.....	96
Figura 21 – Mapa Multiétnico – Adaptado – Distrito de Saúde Norte- SEMSA -	97

LISTA DE IMAGENS

Imagem 01 – Comunidade Waina Parque	18
Imagem 02 – Vanda Ortega, do povo Witoto.....	46
Imagem 03 – Trajetória das Redes Vivas.....	50
Imagem 04 – Maloca em Espaço Urbano.....	51
Imagem 05 – Comunidade Indígena.....	52
Imagem 06 – Ação em saúde em comunidade indígena.....	53
Imagem 07 – Família warao em deslocamento.....	55
Imagem 08 – Comunidades indígenas - área urbana – zona Norte.....	66
Imagem 09 – Comunidades indígenas - área urbana – zona Norte.....	66
Imagem 10 – Momento de escuta inicial na maloca.....	90
Imagem 11 – AIS no processo de cadastramento	91
Imagem 12 – Profissional – Guia no Processo de cadastramento.....	92
Imagem 13 – 1ª Visita de Lideranças indígenas no DISAN	93
Imagem 14 – Premiação – Autores e Subsecretário Municipal de Saúde.....	96
Imagem 15 – Premiação – Autores e Subsecretário Municipal de Saúde.....	96
Imagem 16 – Ato de tecer	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Etnias identificadas no território do Distrito de Saúde Norte (2021 a 2023).....	59
Quadro 02 . Povos e terras indígenas do estado do Amazonas e municípios limítrofes.....	60

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR – Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

AIS – Agente Indígena de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CADWEB - Software médico do SUS

CAPS = Centros de Atenção Psicossocial

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CER – Centro Especializado de Reabilitação

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNPSI – Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde

COPIME – Coordenação dos povos Indígenas de Manaus e Entorno

COSAI – Coordenação de Saúde do Índio

COVID-19 – CoronaVirus Disease

DESAI – Departamento de Saúde Indígena

DISAN – Distrito de Saúde Norte

DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

FUNAI – Fundação Nacional dos Povos Indígenas

FUNASA – Fundação nacional de saúde

GEATS – Gerência de Atenção à Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NUAES – Núcleo de Ações Estratégicas

NUMOA – Núcleo de Monitoramento

ODS – Objetivo de desenvolvimento Sustentável

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Plano Anual de Saúde

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PPGVIDA – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial

VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 IDEALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	23
1.1.1 O LUGAR DE FALA DA PESQUISADORA.....	24
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	27
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA.....	28
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	30
3.4 SOBRE O USUÁRIO-GUIA E OS CAMINHOS QUE LEVARAM A MUDANÇA DO TERMO USUÁRIO – GUIA PARA PROFISSIONAL – GUIA. .	30
3.5 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	34
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO.....	36
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	36
4. A SAÚDE INDÍGENA E OS TERRITÓRIOS DO CUIDADO.....	37
4.1. CAPÍTULO 1: A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	37
4.1.1. O MODELO TECNO ASSISTENCIAL DE SAÚDE INDÍGENA	38
4.1.2. O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA, ACESSIBILIDADE E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS (PNASPI).....	39
4.1.3. A INVISIBILIDADE DA POPULAÇÃO INDÍGENA: COVID-19 EM MANAUS.....	43
4.1.4. AS ESTRATÉGIAS DO CUIDADO DA MEDICINA INDÍGENA EM TEMPO DE COVID-19.....	47
4.2. CAPÍTULO 2: AS REDES VIVAS NO COTIDIANO DO AIS NO TERRITÓRIO.....	49
4.2.1. WARAO: REDE ESTRANGEIRA TECIDA EM MEIO A PANDEMIA COVID-19.....	53
4.2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA: PESQUISANDO COM AS REDES	57
4.3. CAPÍTULO 3. O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE – AIS E SUA INSERÇÃO NA APS/ MANAUS, NO CONTEXTO DA COVID-19.....	62
4.3.1. ATRIBUIÇÕES DO AIS EM CONTEXTO DA ÁREA INDÍGENA.....	67
4.3.2 ATRIBUIÇÕES DO AIS EM CONTEXTO URBANO DE MANAUS.	69

4.3.3 AS REDES VIVAS DO AIS NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE MANAUS.....	71
4.3.3.1. WOTCHIMAUCU.....	71
4.3.3.2. SOL NASCENTE.....	73
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	76
5.1 A PRODUÇÃO DO CUIDADO A PARTIR DAS REDES VIVAS DO PROFISSIONAL - GUIA.....	76
5.2 A PESQUISA E A VISIBILIZAÇÃO DOS INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO.....	89
5.2.1 DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA E APRENDIZADOS	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE	104
APÊNDICE 01.....	104
ANEXOS	105
ANEXO – 01.....	105
ANEXO – 02.....	105
ANEXO – 03.....	106
ANEXO – 04.....	107
ANEXO – 05.....	107
ANEXO – 06.....	108
ANEXO – 07.....	109
ANEXO – 08.....	110
ANEXO – 09.....	110
ANEXO – 10.....	111
ANEXO – 11.....	112
ANEXO – 12.....	113
ANEXO – 13.....	114

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, os indígenas representam um contingente de 1.693.535 pessoas, o que representa 0,83% da população total do país, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Porém, segundo dados do censo de 2010 havia 896,9 mil indivíduos, subdivididos em 305 etnias e 274 idiomas distribuídos pelo país. Esse cenário aponta para um crescimento de 88,82% no Censo Demográfico que pode ser explicado por mudanças metodológicas (REF, 2010).

A quantidade de terras indígenas na federação representa o equivalente a 12,5% do território brasileiro (106.7 milhões de hectares). Sendo que 98% desse território está localizado na Amazônia legal, abrangendo um total de 23% de toda a sua área (ISA, 2015). Residindo aproximadamente 51,25% ou 867,9 mil indígenas na Amazônia Legal (estados do Norte, Mato Grosso, parte do Maranhão). Sendo assim, a região Norte concentra 44,48% da população indígena do país, totalizando 753.357 pessoas (IBGE, 2022).

Imagem 01 - Comunidade Waina Parque



Fonte: Elaboração própria, 2022

A imagem acima retrata o engajamento de um povo, reunido em uma comunidade indígena urbana, multiétnica, na zona Norte de Manaus, que abrange 867 famílias, totalizando em 2.891 pessoas indígenas cadastradas no sistema e-SUS AB. Segundo o Censo 2022, realizado pelo IBGE (2022), Manaus é a capital mais populosa da região Norte.

A população da capital do Amazonas é de 2.063.547 pessoas, distribuídas em 63 bairros da cidade, com o crescimento de 14,51% nos últimos 10 anos.

No contexto urbano das cidades do estado do Amazonas, observamos uma concentração bastante relevante da população indígena na região norte do Amazonas; no Alto Solimões se destacam as cidades de Tabatinga (34,5 mil), São Gabriel da Cachoeira (48,3 mil) e a capital do estado, Manaus que registra 71 mil (IBGE, 2022).

Segundo os dados fornecidos, pela Plataforma de Coordenação Interinstitucional da Venezuela para Refugiados e Migrantes e Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, 2022), existem atualmente mais de cinco mil indígenas refugiados e imigrantes venezuelanos em diversas cidades dos estados brasileiros de Roraima, Amazonas e Pará, e mais recentemente em cidades das regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul.

O estado do Amazonas é, dentre os estados brasileiros, o que apresenta um cenário de maior número de populações indígenas no Brasil, um quarto ($\frac{1}{4}$) da população indígena do país, resultado histórico de um processo de ocupação, colonização/exploração e desenvolvimento, o que influenciou significativamente na formação e composição da atual população regional, sendo uma das particularidades da região Amazônica. (PAIVA; SOUZA, 2017).

O entendimento de urbanidade extrapola os muros da cidade, ainda que tenhamos o entendimento que a urbanidade é um modo de vida, ele não é característico aos indígenas e, por isso, a inserção nesse novo cenário social lhes impõe uma série de desafios, como por exemplo, os de ordem socioeconômica.

O indígena em condição urbana, numa condição contínua de luta em busca de minimizar seu silenciamento, tem tentado encontrar a afirmação de sua identidade étnica neste espaço de iniquidades (ALMEIDA, 2008 apud VERÇOSA, 2023).

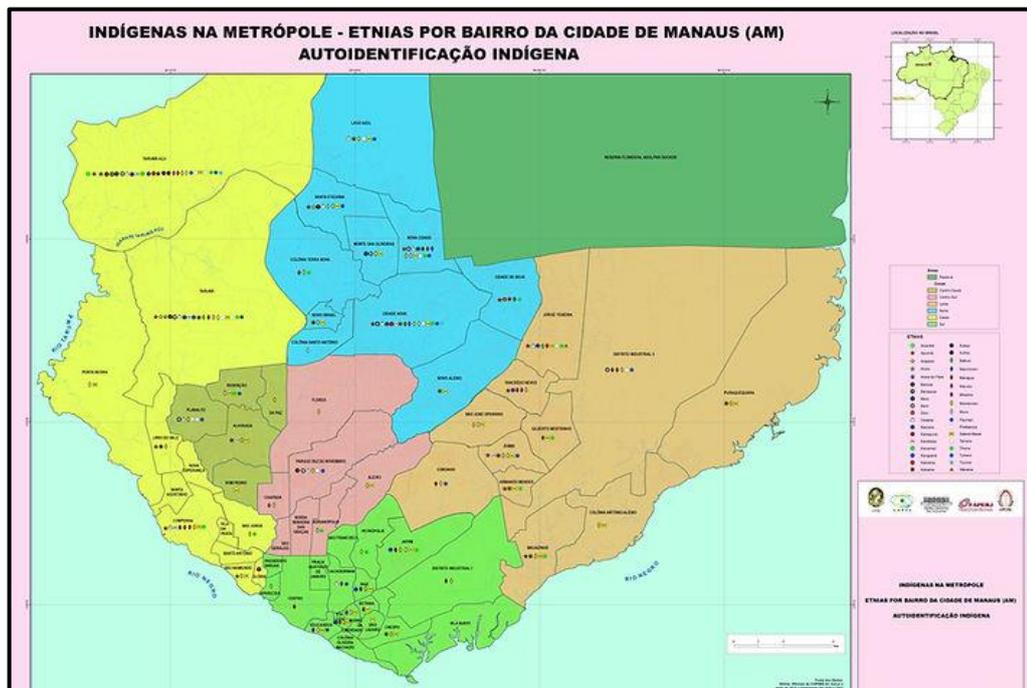
Os problemas econômicos das regiões rurais, tem ocasionado o aumento da migração do campo para a cidade. Isso se deve por conta das precárias condições sociais e trabalhistas enfrentada á décadas pela população indígena. Acaba diluindo a “força da expressão dos fatores étnicos nas cidades” (ALMEIDA, 2009, p. 10). Assim, as contradições, desigualdades e injustiças sociais que estão evidentes e sintetizadas nas cidades, aparecem aos indígenas de modo explícito, onde a discriminação e pobreza são potencializadas, dado que o econômico aparece nas suas “veias abertas” (BERNAL, 2009 apud VERÇOSA, 2023).

Deste modo, a fim de vencerem essa invisibilidade étnica, os indígenas têm se organizado por meio de uma rede de associações, “cujas iniciativas e mobilizações evidenciam uma intensa presença indígena, cuja relevância cultural começa a se expressar tanto em termos demográficos, quanto em termos políticos” (MAXIMIANO, 2009, p. 79).

De acordo com a fonte da Coordenação dos povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME), em 2015 foram identificadas 34 etnias na cidade de Manaus, ou seja, vários povos de populações tradicionais: os Ticuna, os Tukano, os Kambeba (Omáguas), os Baré, os Sateré-Mawé, Kokama, Mundurucu, Apurinã dentre outros. Os grupos estão distribuídos nos bairros da cidade e na área rural e ribeirinha de Manaus. A COPIME realiza um trabalho com amparo legal da legalização brasileira, dando voz e visibilidade aos povos indígenas que vivem no contexto urbano, na cidade de Manaus e entorno, como podemos visualizar nas figuras 01 e 02.

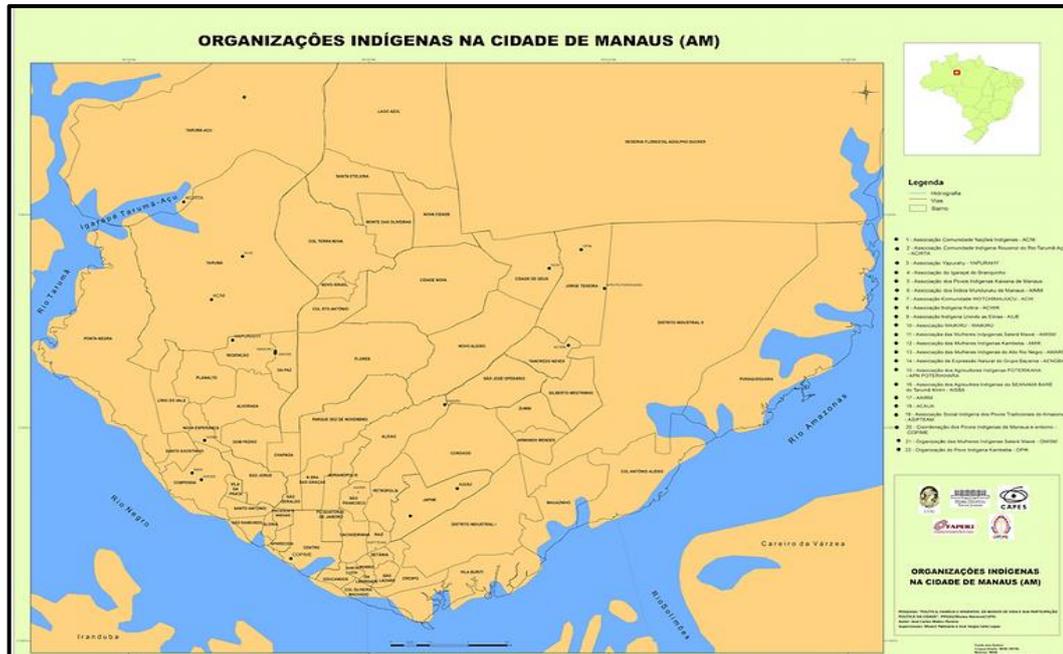
O deslocamento aldeia-cidade ganha regularidade por meio das trajetórias individuais e familiares que veem a cidade como um refúgio, espaço de oportunidade e superação de muitas dificuldades enfrentadas na aldeia, ou seja, é a porta que se abre para novas expectativas e realizações (PEREIRA, 2021).

Figura 01: Mapa da autoidentificação das etnias indígenas em Manaus por bairro



Fonte: <https://www.indigenasemcidades.com/>

Figura 02: Organização Indígena na Cidade de Manaus



Fonte: <https://www.indigenasemcidades.com/>

Ahmadpour et al. (2023) comentam que, a saúde, para os povos indígenas, está intimamente relacionada à disponibilidade de terras, aos seus hábitos, à sua relação com a natureza e à integridade de ecossistemas específicos. Quanto as desigualdades sociais, econômicas e culturais, estas apresentam-se de forma diferenciada no processo de adoecimento entre as populações tradicionais. Nesse contexto, segundo os autores, a saúde deve estar ao serviço da cultura e das formas de organização

Ahmadpour et al. (2023) comentam ainda, sobre as políticas de saúde voltadas à população indígena do Brasil, em que reconhecem os conhecimentos ou saberes tradicionais relacionados ao processo saúde-doença, os aspectos geossocioculturais de cada etnia e sua importância na gestão dos problemas de saúde no cotidiano. No entanto, a política governamental mantém a “caricatura e estereotipagem” da medicina indígena.

No Brasil, a resolutividade, um dos princípios da lei orgânica do SUS, relaciona-se à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990). Na Atenção primária à Saúde – APS, a redução do quantitativo de encaminhamentos para consultas especializadas e exames de maior resolutividade torna-se notória com a assistência prestada, o que diminui os gastos desnecessários.

A resolutividade nesse nível de atenção, abrange o conhecimento técnico dos profissionais, o acolhimento, o vínculo, a relação profissional-usuário, alinhada a forma de atuação no campo da saúde que surge entre os sujeitos (AHMADPOUR et al., 2023 apud FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Segundo Ahmadpour et al. (2023) ainda existe uma escassez de estudos científicos acerca dos desafios relacionados às práticas em saúde para a resolutividade.

Os desafios nesta pesquisa são compreendidos como situações que requer descobertas com possíveis soluções que dependem de compromisso, esforço, planejamento e ações dos atores envolvidos, profissionais e usuários do sistema de saúde, particularmente os indígenas. A pergunta norteadora, nos instiga a irmos além do desenho institucional, no intuito de identificar e demonstrar as Redes Vivas de um Agente Indígena de Saúde – AIS, tecidas nos territórios, contribuindo para amenizar os problemas relacionados à saúde, das pessoas indígenas que vivem nas comunidades da zona Norte de Manaus. Estes, compreendidos como argumentos que estão além da capacidade de solução dos profissionais e usuários do SUS nos diversos contextos da saúde indígena.

Em maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na 76ª Assembleia Mundial da Saúde, aprovou a resolução que assegura o desenvolvimento do pacto internacional em defesa da saúde dos povos indígenas, colocando-a como questão prioritária e demandando ações que promovam a identificação das necessidades e lacunas no acesso e cobertura, medida de abordagem intercultural e redução das desigualdades (BRASIL, 2023).

Portanto, no intuito de dar visibilidade aos povos indígenas, por meio da promoção da saúde no território, esta pesquisa teve como objetivo analisar de que forma eram construídas e realizadas as práticas do cuidado em saúde nas comunidades indígenas da zona Norte de Manaus, a partir das Redes Vivas de um Agente Indígena de Saúde – AIS. Posteriormente, identificar e mapear as comunidades e as Redes Vivas desse AIS, entendido nessa pesquisa como profissional – guia, a partir da utilização da metodologia do usuário – guia.

A partir da formação das redes de cuidado do território do Distrito de Saúde Norte, pretendeu-se dar ênfase para as situações e condições de vida e saúde da pessoa indígena que vive em contexto urbano.

No decorrer da pesquisa, analisamos o processo de trabalho do agente indígena de saúde. A abordagem permitiu vislumbrar o tecer das redes do profissional - guia que se formavam na interação com os grupos de indígenas multiétnicos e que atualmente vivem nas comunidades da zona Norte. Os indígenas fazem parte dos movimentos que propõem mudanças culturais, territoriais para os que migram para a cidade.

1.1 IDEALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

“Pri’ya e’pai anna man ikî’pî tonpra”, essa é uma das formas de expressar o desejo de uma saúde sem fronteiras e sem barreiras (I.M.G, Macuxi).

Foi com base nas narrativas de um Agente Indígena de Saúde (AIS), de etnia macuxi, oriundo da fronteira de Roraima – Normandia, comunidade Raposa I, de maior densidade populacional, a 230km da capital do estado, que nasceu esse projeto de pesquisa.

A partir de um entendimento prático sobre acolhimento, este indígena, durante sua narrativa descreveu ações de cuidado que ultrapassam barreiras e se comunicam com a literatura. É necessário encarar o acolhimento como disparador de novos sentidos para a produção do viver (HILGERT et al, 2020).

No seu discurso estão marcadas as experiências de deslocamento da fronteira de Roraima até a cidade de Manaus, em razão da crise política e econômica na Venezuela. O AIS expressou ainda a dificuldade de acesso à saúde na cidade de Manaus, bem como seu envolvimento na articulação com as formas diversas para acontecer o cuidado, ou seja, produzindo Redes Vivas nas comunidades indígenas da zona Norte. Em 2021 a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, o contratou como Agente Indígena de Saúde para compor o quadro temporário.

Em razão do relato do Agente Indígena de Saúde (AIS), surgiu a seguinte pergunta norteadora desta pesquisa: Como se constroem as redes da produção do cuidado dos indígenas a partir da atuação do Agente Indígena de Saúde no contexto urbano do território do Distrito de Saúde Norte - DISAN, em Manaus - Amazonas?

Sabe-se que a realidade do cuidado da pessoa indígena em contextos urbanos, como a cidade de Manaus, não tem cobertura pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, apesar do reconhecimento dos direitos de uma saúde diferenciada pela Constituição Federal – CF/1988.

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de se discutir uma política específica de cuidado à saúde para as populações indígenas em situações urbanas. Nesse sentido nos juntamos com as vozes dos movimentos sociais indígenas pela garantia dos direitos de uma saúde que considere as especificidades culturais e os modos de conceber a saúde e doença.

A partir de um “entrelace” entre as Redes Vivas, no âmbito individual e coletivo, algumas inquietações serão respondidas por meio das narrativas do AIS – profissional – Guia. Pelo fato de o AIS conhecer as dificuldades existentes no acesso aos serviços de saúde, dadas as inúmeras dificuldades políticas e sociais que ainda afetam essa população, optou-se por utilizar a metodologia do Usuário – Guia (MERHY et al, 2019) quando durante a pesquisa, foi reconhecido como profissional – Guia. A abordagem nos permitiu eleger um sujeito que se torna o fio guia e nos direcionou por caminhos por ele traçados e por sua rede de relacionamentos tecida nessa trajetória do caminhar, de forma interna e externa das instituições de saúde em busca do cuidado.

A aproximação dos territórios de vida, as redes de relações, permite a discussão sobre o fortalecimento das políticas públicas de territórios distintos (SCHWEICKARDT et al., 2016). Sendo assim, a pesquisa contribuiu para fortalecer a Gestão do Cuidado em territórios indígenas, entendidos como espaços sócio-político ativo e não como lugar inativo com vazios e ausências, sendo considerados locais de potência e de inovações e de estratégias para produção da prática do cuidado seja nas redes formais como nas informais.

Essa aproximação dos territórios resultou na escrita de alguns capítulos divididos da seguinte forma: Capítulo 01. A saúde indígena no Brasil: Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde; Capítulo 02. As Redes Vivas no cotidiano do AIS no território; Capítulo 3. O agente indígena de saúde – AIS e sua inserção na APS / Manaus, no contexto da Covid-19; Capítulo 4. A produção do cuidado a partir das Redes Vivas do Profissional - Guia e Capítulo 5. A pesquisa e a visibilização dos indígenas no contexto urbano.

1.1.1 O LUGAR DE FALA DA PESQUISADORA

Em meio aos caminhos traçados durante a minha trajetória de vida e enquanto profissional de saúde, permita-me abrir parte das minhas tecituras: sou mulher, negra, esposa, mãe, profissional de educação e de saúde, que necessitou alinhar todas

essas características sociais para não perder o dom da dádiva e exercê-la nesta pesquisa, no campo da saúde coletiva.

Enunciar algumas linhas permitirá ao leitor compreender quem está por traz do texto e quais fatores motivadores foram responsáveis pela construção deste produto.

Sou nascida na cidade do Rio de Janeiro, Deodoro, filha de uma mulher virtuosa, do lar, e de militar do Exército Brasileiro, transferido para Manaus em 1973, com proposta de permanecer somente 02 anos na cidade. Bisneta de uma mulher indígena que segundo minha avó materna, foi laçada. Cresci em Manaus e minha cidade de origem tornou-se um ponto turístico. Manaus, terra das AMAZONAS. E, por que eu não poderia me tornar uma delas? Não pelas características físicas, é claro. Mas, pela imperiosidade de ser Guerreira, de lutar por aqueles que se encontram na condição de oprimidos.

O Campo do conhecimento possibilitou a construção de um rizoma, tendo em vista a minha formação em Relações Internacionais, Letras – Francês e Letras Inglês – Português, os quais contribuíram com esta construção. Vários espaços de saberes foram percorridos por esta guerreira amazona, negra, que vos fala e que tem lutado para tornar visível à saúde, a população indígena que vive em contexto urbano na cidade Manaus. Considerando a democratização das relações sociais e a solidariedade como princípio democrático do SUS. Considerando ainda, a importância da produção do cuidado integral e da valorização dos sujeitos em vulnerabilidade social, com base na Universalidade, Integralidade, Equidade e Agenda 2030.

Mergulhada no campo da área técnica em enfermagem, encontrei espaço para desenvolver a teoria da dádiva (MAUSS, 1985 apud LACERDA et al, 2013), ancorada em dar, receber e retribuir os bens simbólicos e epistêmicos. Acreditando que estes atos tendem a impulsionar o individual e o coletivo a exercerem a espontaneidade, que se traduz em se relacionar, estabelecer vínculos e fortalecer redes de apoio social, a partir da dinâmica das trocas de saberes.

Em resposta a alguns questionamentos, ressalto que durante a minha trajetória profissional, estive envolvida com as duas populações, negra e indígena. Porém, em virtude do cenário pandêmico, COVID 19, a população indígena tornou - se uma preocupação local devido a mobilidades destes, para o contexto urbano, o que impulsionou a construção dessa pesquisa. A população negra nunca esteve esquecida, trabalhei com profissionais de saúde desenvolvendo temáticas com base na Política Nacional de Saúde da População Negra - PNASPN. Em 2020, apresentei

trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde pública, realizado no Instituto Leônidas & Maria Deane – FIOCRUZ, em parceria com a Escola de Saúde Pública de Manaus – ESP, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA. Trabalho intitulado Anemia Falciforme: assistência à pessoa com anemia falciforme e traço falciforme nas áreas de abrangência do Distrito de Saúde Norte, onde georreferenciamos os casos de Anemia Falciforme da zona norte de Manaus.

Em 2022, iniciei meu curso de mestrado no programa Vigifronteiras, - ILMD – FIOCRUZ, finalizado em 2023, o que possibilitou a construção desse produto realizado COM muitas mãos, a partir das Redes Vivas do Agente Indígena de Saúde – AIS, também pesquisador que com maestria teceu as redes de cuidado nas comunidades indígenas da zona Norte de Manaus, alinhando aos saberes tradicionais e científicos (SCHWEICKARDT, 2017).

Destarte, por meio desta pesquisa de campo, alcançamos os objetivos e enquanto pesquisadores percebemos nos territórios que passamos, melhor vivência afetiva, quando nos despimos de nossos conhecimentos e nos in mundizamos.¹

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as redes de cuidado produzidas pelo agente indígena de saúde na cidade de Manaus, Amazonas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as comunidades indígenas da zona Norte de Manaus;
- b) Descrever o processo de trabalho do agente indígena de saúde inserido no contexto da atenção primária à saúde;
- c) Cartografar as Redes Vivas do agente indígena no território de saúde vivido.

¹ In-mundo é o termo usado para informar que o pesquisador não assumirá uma postura neutra no percurso da pesquisa, pelo contrário, ele se mistura, se emaranha e se afeta (ABRAHÃO et al., 2014).

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE PESQUISA

A natureza da pesquisa foi do tipo qualitativa (YIN, 2016), de cunho social, Minayo (2017a), cujo intuito foi tornar visível as Redes Vivas do profissional AIS, sendo estas, objeto da pesquisa, alinhadas com os processos de trabalho do agente indígena e todos aqueles (comunidades indígenas, pajé, agentes indígenas, entre outros), presentes em sua narrativa no momento da construção de suas Redes Vivas. Pretendeu-se despertar a noção de Rede Viva como sendo um entrelace contínuo entre o individual e o coletivo, com base na equidade no campo da produção do cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde - APS.

De acordo com Kastrup (2013) cartografar é traçar um plano. Portanto, pretendeu-se ainda, identificar e cartografar as Redes Vivas desse indígena macuxi na condição de AIS e profissional - guia, utilizadas para acesso dos indígenas aos serviços de saúde da APS.

O método utilizado foi usuário - guia, nesta pesquisa entendido como profissional – guia, que busca trazer como autor principal do cuidado o próprio sujeito, alarga um olhar de águia ao construir saberes não institucionais dando outras dimensões e diversidades de práticas no ato de cuidar. O ato de caminhar se projetou na luz do caminho percorrido para produção da pesquisa.

Nesse contexto, Merhy e Gomes (2014), discorrem sobre pressupostos do método que são: dar voz ao usuário como protagonista do cuidado, utilizar as cenas de encontro como dispositivos disparadores de ações e a construção coletiva da pesquisa com os profissionais da saúde.

Sobre as narrativas, de acordo com Benjamin (1994), é uma “forma artesanal de comunicação, ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele” (p. 205). A modalidade de comunicação mais adequada ao ser humano, tendo em vista que reflete uma experiência. Considerava a arte de contar uma história um acontecimento infinito, “[...] pois um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois” (p.37). "o narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros" (p. 201).

As redes foram construídas nos encontros dos sujeitos a partir das narrativas de experiências vividas pelo profissional - guia, em busca de compreender de que forma e em que momento as redes são traçadas e construídas para a produção do cuidado, bem como identificar a estrutura, se são redes rígidas ou flexíveis e de que forma contribuem para promover o acesso a pessoa indígena na atenção primária à saúde.

Ressaltamos que nesta pesquisa as redes foram tecidas considerando as etnias identificadas e cadastradas no território do Distrito de Saúde Norte, a fim de fortalecer a inclusão social e saúde coletiva, no intuito de integrar os povos indígenas de acordo com o que está preconizado e assegurado pela Constituição Federal de 1988 – CF/88.

Nesse sentido, o caminho metodológico aqui proposto, teve seus passos em várias direções, que se propagaram a partir de recuos e não recuos. Ou seja, ora podendo voltar ao passo anterior, ora seguindo em frente, ora mudando a ordem dos passos.

3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas comunidades indígenas do território do Distrito de Saúde Norte, momento em que a pesquisadora pesquisou “com”, traçou e construiu “com” o agente indígena por considerá-lo sujeito pesquisador, profissional – guia e ponto focal para produção da rede do cuidado na APS, a partir das suas Redes Vivas.

Figura 03 – Rede de Cuidado (Anexo 11)

O território do Distrito de Saúde Norte contempla 25 comunidades indígenas identificadas no decorrer da pesquisa. Destacaremos 02 comunidades de pessoas indígenas, identificadas em territórios cadastrados pelos AIS: Comunidade Wotchimaucu e Comunidade Sol Nascente, em que um dos critérios para a escolha foi devido a identificação de casos sintomáticos que configuraram a COVID-19, durante o período de cadastramento pelos AIS contratados pela SEMSA

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Em virtude da pesquisa ser de cunho qualitativo, esteve voltada para compreender a construção das Redes Vivas do AIS para produção do cuidado nas comunidades indígenas da zona Norte de Manaus, em meio as subjetividades a partir das suas narrativas, ideias e comportamentos. Este estudo foi contemplado com a participação da autora pesquisadora, quatro agentes indígenas de saúde, sendo um deles, o profissional - guia e também pesquisador. Participaram ainda, algumas lideranças indígenas, bem como outros atores moradores das comunidades, alguns profissionais e gestores de saúde, implicados na produção do cuidado da pessoa indígena a partir de um diálogo vivo no território.

Nesse território, o profissional - guia e demais agentes indígenas de saúde realizaram escuta inicial para promoção da saúde e continuidade das práticas do cuidado.

3.4 SOBRE O USUÁRIO-GUIA E OS CAMINHOS QUE LEVARAM A MUDANÇA DO TERMO USUÁRIO – GUIA PARA PROFISSIONAL – GUIA.

Podemos usar diferentes estratégias de pesquisa quando queremos compreender as abordagens de produção do cuidado nas redes formais de saúde. As instruções metodológicas do usuário - guiam nos permite escolher um assunto que se tornará um fio condutor e nos guiará ao longo do caminho traçado por ele e sua teia de relações tecida neste caminhar de contexto interno e externo, em busca de cuidado contínuo.

Este método nos permitiu narrar os encontros do usuário tanto com as redes de cuidado institucionais, como as não institucionais construídas para fora do sistema de saúde. Merhy (2014) relata que os encontros se constituem na produção de vida,

fora das redes instituídas (serviços de saúde). E neste contexto, destaca-se que o conhecimento do profissional da saúde deve ser amplo quanto as diversidades de vivências do usuário em sua multiplicidade existencial, compartilhando saberes e formando ponto de conexões, pois, é no ato de tecer as redes que o cuidado é produzido.

Os passos percorridos que levaram à construção do profissional - guia são múltiplos e dinâmicos. Para melhor entendimento de como se deu a busca do usuário-guia desta pesquisa, descreveremos a seguir os passos de nossa trajetória

Primeiro passo - A estruturação da pesquisa é o primeiro passo que se dará a partir de embasamento teórico. Neste caso é importante se apropriar de conceitos que envolvem a metodologia como a rede de saúde a ser pesquisada e o território em que ela atua.

Ressalta-se que a ideia de território alcança uma amplitude conceitual bem mais ampla do que apenas as questões geográficas. Nessa pesquisa percorremos os caminhos das trocas de saberes, modos de vida, culturas e costumes.

A busca pelo profissional - guia aconteceu após meu primeiro encontro com meu orientador, marcado por diversos momentos em que o primeiro foi dedicado à discussão da metodologia do usuário-guia.

Na verdade, a autora pesquisadora não conhecia essa metodologia. Daí o desafio de aceitar a proposta. Neste momento, conversamos sobre a ferramenta do usuário-guia, que nessa pesquisa seria entendido como profissional - guia, pelo motivo de possuir tempo disponível e estar vinculado a uma instituição, ocasião oportuna que facilitou a produção de redes de cuidado no território das comunidades indígenas, interagindo com seus pares, também Agentes Indígenas de Saúde – AIS. Esse contexto facilitou na escolha e indicação do Profissional-guia. Na ocasião fizemos o convite para profissionais de saúde que concordaram em contribuir com a pesquisa.

Segundo passo - Depois de apresentarmos a metodologia do usuário-guia, explicando que nesta pesquisa o termo usado seria a de profissional - guia, e com o aceite dos trabalhadores AIS em participarem conosco, na trajetória do tecer as redes do cuidado, foi solicitado destes que apresentassem suas narrativas a partir de suas experiências e vivências como trabalhadores da saúde em território indígena na cidade. As narrativas deveriam focar os moradores das comunidades indígenas como sendo casos complexos para a rede de cuidado, no que se refere a falta de

acessibilidade aos serviços de saúde, que tivessem sido afetados pela equipe no que se refere aos pontos de cuidado. Foi pontuado sobre a necessidade de maior atenção das equipes de saúde e requerido diversas abordagens de cuidado e que, frequentemente, tivesse mobilização das equipes de saúde nas comunidades indígenas.

Quanto aos tipos de fonte que contribuirão para a construção da pesquisa: algumas comunidades indígenas para compreensão do vínculo que estas terão com a rede de saúde, fotos, vídeos, narrativas, o diário de campo para registro das observações feitas que, posteriormente, irão dialogar com os demais dados produzidos.

Como toda pesquisa qualitativa esta, se produziu em ato, no campo. A proposta aqui é que a “caixa de ferramenta” deve disponibilizar o máximo de possibilidades para a pesquisa, mas em campo é que os pesquisadores selecionaram aquelas que mais se adequarão a cada caso.

Terceiro passo - Os agentes indígenas de saúde – AIS, narraram seus casos complexos em suas respectivas comunidades. Os quatro AIS de forma geral narraram sobre a dificuldade de acesso às unidades de saúde, ressaltando que nem eles conhecem as equipes de saúde e nem estas os conhecem.

O pesquisador como integrante da equipe, responsável pelo cuidado do usuário torna o envolvimento da equipe mais efetivo.

Nesta pesquisa o profissional - guia, autor pesquisador, permaneceu com vínculo, atuando como AIS, o que facilitou a abordagem no tecer das redes nas comunidades indígenas.

Quarto passo – A partir das narrativas de outros AIS e pela experiência e vivência no território indígena, inclusive de fronteira, foi sinalizado o AIS da etnia Macuxí para ser o profissional - guia nesta pesquisa.

Apresentação do projeto para os Agentes Indígena de Saúde- AIS, para esclarecimento da proposta de pesquisa que construiu de forma dinâmica e coletiva, o Profissional - guia.

Quinto passo - A partir da observação pela autora e concordância do coletivo de trabalhadores de saúde, fizemos contato com a gestão do distrito de saúde norte que apoiou o segmento da pesquisa.

Reunião com a equipe de AIS para contribuir no tecer das redes, no intuito de permitir enxergar o caminho para o acesso às Redes de Atenção à Saúde por suas perspectivas.

Sexto passo – Após concordar com a escolha, o profissional - guia compartilhou conosco sua história de vida, sua trajetória árdua, com família, atravessando a fronteira de Roraima para chegar em Manaus em tempo de pandemia. Na ocasião, esclarecemos sobre a pesquisa e o convidamos mais uma vez para participar como sujeito da pesquisa. Registrar as narrativas / perspectivas do profissional - guia, a partir do pesquisar COM, para maior compreensão dos movimentos deste no território, os pontos de encontro de sua rede viva tecida nesses movimentos e as significações dada por ele a estes encontros.

Sétimo passo – Neste momento passou a ser chamado na nossa pesquisa de Profissional - guia, e este foi narrando suas Redes Vivas produtoras de cuidados. Seguir os passos do nosso profissional-guia e deixar ele nos conduzir pelos seus caminhos múltiplos, foi desafiador para analisarmos e compreendermos as potências, dificuldades, limites e desafios vivenciados em seu cotidiano, bem como sua produção de cuidado e suas Redes Vivas de conexões.

Escuta inicial no território com outros atores, com os quais o Profissional - guia mantém conexão, tais como: parentes da comunidade indígena, familiares, amigos, lideranças indígenas, políticas e religiosas, profissionais da saúde para serem fonte orais de informações para construção das Redes Vivas, objeto em foco na pesquisa. Ressalta-se que, neste método não apenas as redes formadas no sistema de saúde, chamadas de redes formais, serão levadas em conta, mas também as redes de conexões existenciais que se projetam e se constituem na busca pela prática do cuidado nas redes formais de saúde.

Oitavo passo – Acompanhamento das Redes Vivas sinalizadas tanto pelo próprio profissional-guia quanto pelos trabalhadores de saúde.

Em razão da escolha do profissional-guia e ao entendermos a flexibilidade e multiplicidade que esta metodologia nos revela, não foi necessário, a priori, definir quais as técnicas de coleta, pois estas surgiram com a dedicação e imersão no campo de pesquisa. Dessa forma, foram fontes da pesquisa as entrevistas informais, menos estruturada possível, realizadas com o próprio profissional - guia, os profissionais de saúde, as observações, diário de campo, os mapas-falantes, registro fotográfico, bem

como em fontes secundárias como a agenda de anotações do próprio profissional - guia.

Nono passo - Retorno ao campo para produção de possíveis novos encontros e alinhamento de questões que forem surgindo a partir das fontes.

Transcrição das narrativas, análise das informações produzidas no campo e mapeamento das redes do profissional - guia, desconhecidas pelas equipes de saúde. As análises certamente nos levaram a compreensão da produção do cuidado nas comunidades indígenas, bem como aos seus acessos, barreiras e modos de fazer acontecer saúde em territórios com características específicas.

A produção dos dados desta pesquisa se deu a partir da interação e narrativas entre os pesquisadores e atores, tais como: outros AIS, moradores da comunidade indígena, equipes das unidades básicas de saúde e outras instituições envolvidas na construção do cuidado. Após os encontros e conversas com os envolvidos, particularmente o agente indígena de saúde pesquisador, foram construídas as redes de cuidado de forma coletiva. Ou seja, a pesquisa se norteou em: pesquisar “com”, analisar, “com” e construir “com”. Sendo realizada a partir de narrativas que se inserem no ambiente interno e externo dos sujeitos.

Vale ressaltar que, o pesquisador deve se permitir afetar ou ser afetado pelo sujeito que o leva pelos seus vários modos de vida e seus significados, demonstrando pontos fortes e frágeis de sua rede de saúde. Com isso, trazendo à tona discussões sobre as várias maneiras de produzir cuidado, tendo o mundo subjetivo do usuário como referência modificando as relações e considerando o sujeito protagonista de seu projeto terapêutico.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

A análise dos dados desta pesquisa se deu a partir dos dados coletados, das narrativas pré-estabelecidas, interação e integração das Redes Vivas do profissional - guia, no contexto da produção do cuidado, a partir dos seus processos de trabalho conectados com seus pares, vinculados as 25 comunidades indígenas da zona Norte da cidade de Manaus.

Dessa forma, contribuíram com análise das modalidades técnicas, a partir das narrativas pré-estabelecidas. Apesar da intenção de tecer as Redes Vivas em todo

território indígena do Distrito de Saúde Norte, foram destacadas 02 comunidades indígenas que apresentaram casos de COVID-19.

Como estratégia de análise e melhor compreensão das modalidades técnicas, destacamos o seguinte:

Pretendeu-se explorar o termo pesquisador COM, tendo em vista que o AIS também está na condição de pesquisador, logo, também autor desta pesquisa.

Pontua-se como aplicabilidade e continuidade das atividades do agente indígena de saúde, como profissional - guia, em ações de saúde, interagindo com os povos indígenas nas comunidades, em ato de visitas domiciliares, cadastramento das famílias indígenas e em encontros formais no distrito de saúde.

Em relação a atividade dialogada, utilizou-se a modalidade roda de conversa por ser adequada a aplicação nos espaços coletivos, e permitir condições para a produção de saberes e reflexividades em partilha (PINHEIRO, 2020). Essa estratégia possibilitou desenvolver atividades de promoção em saúde, estimulando e favorecendo o aprendizado mútuo de forma espontânea e inovadora. A partir dessa ferramenta houve maior compreensão sobre a participação dos sujeitos sociais concebidos como protagonistas de seu modo de viver e produtores do autocuidado.

Na roda de conversa, a experiência mais evidente foi a de observação grupal da própria realidade. Nessa modalidade houve maior exposição das necessidades das comunidades indígenas, momento oportuno em que as Redes Vivas foram construídas, a partir da fala dos atores das comunidades, agente de saúde indígena e dos seus pares dentro de um contexto crítico-reflexivo.

Quanto aos participantes da roda de conversa, foram destacados: 01 agente indígena de saúde como profissional - guia, oriundo de fronteira, etnia Macuxi, 03 agentes de saúde indígena de etnia brasileira, Ticuna, Tucano e Kokama, bem como as pessoas das comunidades inseridas na rede do AIS e a autora pesquisadora.

Em relação ao diário de campo, foi um instrumento utilizado pelo pesquisador para registrar/anotar os dados recolhidos no momento da pesquisa, susceptíveis de serem interpretados, bem como serviu para registrar as emoções, é exatamente o que enfatiza Oliveira (2014) sobre a importância do diário como registro, mesmo quando se trata de entrevistas gravadas, pois o diário registrou sutilezas que apenas a transcrição da entrevista não daria conta, como a percepção de expressões de emoção.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

A construção dessa pesquisa, deu-se por meio do tecer das Redes Vivas de um Agente Indígena de Saúde, entendido nesse estudo como profissional – guia, alinhadas as muitas mãos. Os critérios de inclusão deste, foram: ser indígena, profissional AIS, vinculado à zona Norte da cidade de Manaus, com articulação e comunicação ativa nos territórios.

Para os profissionais de saúde, foram critérios de inclusão: profissionais ativos da atenção primária à saúde, particularmente, médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes indígenas de saúde, preferencialmente vinculados às unidades de saúde mais próximas das comunidades indígenas. Foram critérios de exclusão: gestores e profissionais de saúde vinculados a outros Distritos de Saúde, não participantes das Redes Vivas do AIS, profissional – guia.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Este projeto de pesquisa intitulado, Redes Vivas: o processo de trabalho de um agente indígena na atenção primária à saúde em Manaus, Amazonas, foi desenvolvido utilizando o projeto guarda-chuva - Saúde da população indígena em contexto urbano: desafios da atenção primária no município de Manaus -, aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa, sob o parecer nº 5.200.890, Versão 05; CAAE:48611021.5.000.5020; Instituição Proponente e patrocinadora: Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane -Fundação Oswaldo Cruz, tendo como pesquisador Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Júlio César Schweickardt na área temática: Estudos com populações indígenas;

A pesquisa atentou para as devidas resoluções do Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, dentre elas: Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; Resolução nº 580, de 22 de março de 2018; Resolução nº 580, de 22 de março de 2018; Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

4. A SAÚDE INDÍGENA E OS TERRITÓRIOS DO CUIDADO

4.1. CAPÍTULO 1: A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

A PNASPI prevê atenção diferenciada, centrada às populações indígenas com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas desses povos e focando no desenvolvimento da APS com garantia de integralidade do cuidado. Compõe a proposta de um modelo de cuidado em saúde complementar e diferenciado no intento de melhorar o acesso da população indígena ao cuidado integral em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política dessa população. (Brasil, 2002, p.13).

Conforme o Instituto Socioambiental (2011) e Cardoso (2015):

Diversos movimentos foram instituídos nos anos 1980 no Brasil em prol de mudanças no sistema de saúde brasileiro, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mobilizações nesse sentido também foram realizadas pelo segmento indígena, que não conseguia se ver inserido nas propostas generalistas do SUS e que possuía necessidades específicas.^{2 3}

A luta pelo direito à saúde pelos povos indígenas é uma realidade que dialoga com diferentes referências como território, políticas públicas, educação e práticas da medicina indígena. A Declaração de Alma-Ata enfatiza a valorização da atenção primária à saúde (APS), promovendo a acessibilidade para diminuir as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o subsistema de atenção à saúde indígena (SASI) e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foram criados como estratégia para garantir o acesso à saúde aos povos indígenas.

Cabral et al (2018) pontuam que “os povos indígenas têm o direito de determinar e elaborar prioridades e estratégias para o exercício do seu direito ao desenvolvimento”. Essencialmente, estão amparados para exercer o direito de participar ativamente da elaboração e da determinação dos programas de saúde,

2 Instituto Socioambiental. Povos indígenas do Brasil, 2006–2010. ISA; 2011.

3 Cardoso MD; Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 83–106.

habitação, bem como os demais programas econômicos e sociais que lhes afetem e, na medida do possível, de administrar esses programas por meio de suas próprias instituições

A lei 8.080/90, regulamentou a Constituição Federal de 1988, definindo claramente, os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013).

O SUS promove cobertura universal em todos os níveis de complexidade, cujo acesso é privilégio de qualquer cidadão em território brasileiro, onde os recursos são provenientes da arrecadação de impostos, previdência de trabalhadores e empresas, contribuição social vinculada aos lucros das empresas e cooperação internacional.

Segundo Duarte (2018), o SUS objetiva prover acesso das parcelas mais vulneráveis da população às ações e serviços de saúde, caracterizando-se como promotor de equidade. É também considerado como uma estratégia das mais importantes para a construção de um país socialmente justo (SOUZA, 2009).

4.1.1. O MODELO TECNO ASSISTENCIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Vislumbrando o desenvolvimento histórico, havia cerca de 5 milhões de indígenas no Brasil no início do século XVI, mas grande parte dessa população foi reduzida pela colonização, principalmente pelas epidemias. Além disso, acredita-se que ainda hoje existem conflitos centrados no desenvolvimento econômico e social e na exploração dos recursos naturais, gerando conflitos pelo espaço (terra).

Segundo o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), as medidas implementadas desde o período colonial visando a integração ou extermínio das mais diversas etnias e suas perspectivas de integração à comunidade nacional, justificaram alguns atos de genocídio étnico. Para mudar essa situação, a Constituição Federal Brasileira de 1988 passou a reconhecer a autodeterminação e as organizações socioculturais indígenas. Em 1999, a coordenação das ações de saúde nas terras indígenas foi transferida para o Ministério da Saúde e, em 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Segundo Paim (2001), um modelo de atenção é uma combinação de técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde individuais e coletivas. Um modelo não é um padrão, não é um exemplo, não é uma burocracia, é uma razão de ser. O modelo assistencial não é como os serviços de saúde são organizados, mas como os sistemas de saúde e os serviços de saúde são geridos (gerenciados ou geridos).

Em suma, o modelo de atenção à saúde indígena está previsto na atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e faz parte da Política Nacional de Saúde, compatibilizando o disposto na lei Orgânica da saúde com o da constituição Federal, que reconhece as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como o estabelecimento de seus direitos sociais. A lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescenta disposições à lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (art. 1º, capítulo V), que “fixa as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde organização e o funcionamento determina os serviços adequados e outras providências”, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

4.1.2. O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA, ACESSIBILIDADE E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS (PNASPI).

No que diz respeito à questão dos povos indígenas no Brasil, sabe-se que, em meio às lutas históricas, a vida humana tornou-se precária desde o contexto do colonialismo, que usurpou crenças, terras, costumes e intrusões. povos indígenas sobre sua identidade.

Portanto, para melhor entendimento e compreensão do importante significado do acesso a saúde dessa população, é imprescindível desvendar as particularidades da luta indígena, a fragmentação das bases civilizatórias e culturais ocorridas ao longo da trajetória, entre povos isolados, urbanizados e rurais, em conformidade com a sua localização, influência europeia em dadas comunidades e do desenvolvimento dessas comunidades relacionada ao detrimento da urbanização.

Haja vista a realização da articulação entre o percurso histórico que ascendeu a estruturação e a efetivação da PNASPI, tal como as condições à sua promoção, é válido ressaltar que o planejamento e atuação dos serviços de saúde da população indígena estão relacionados a aspectos sociais da questão social brasileira.

A 1º Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), realizada nos dias 27 a 29 de novembro de 1986, foi um marco na história indígena pelo fato

do governo brasileiro convocar pela primeira vez, diferentes lideranças indígenas para discutir propostas de elaboração de diretrizes para a atenção à saúde indígena, reconhecendo a legitimação de suas necessidades específicas, com foco na APS. Até então, a saúde indígena era gerida sucessivamente por uma ampla gama de setores e órgãos; a maioria das ações foi paliativa e sem continuidade, com pouco impacto na situação de saúde dessas populações (MENDES et al., 2018).

Queiroz (2020) também pontua que na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, surgem os debates em razão das respostas das políticas nacionais, frente a necessidades da população indígena, no âmbito da saúde, e no processo da reforma sanitária. Esta, alinhada a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dão determinados aspectos referentes a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A população Indígena deixa de ser tutelada pelo Estado para ser detentora de direitos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, em que, com base no art. 231 “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (BRASIL, 1988).

Na ocasião, as ações de saúde direcionada a essa população, até então, eram executadas por equipes volantes, ao qual a Delegacias Regionais da Fundação Nacional dos Povos Indígenas - FUNAI era responsável por supervisionar.

Pontes destaca que “até 1999, a oferta de serviços de atenção à saúde para os povos indígenas ocorria de forma esporádica, desenvolvida por equipes que percorriam terras indígenas realizando assistência médica e outras ações pontuais” (2013, p. 61). Quanto a universalidade e igualdade ainda não eram validados para os povos originários, esse cenário mudou com a Lei Arouca.

Sobre a Lei Arouca de nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, pode-se afirmar que foi um marco bastante importante no âmbito da saúde da população indígena. Com a promulgação dessa lei, é acrescentado no seu capítulo V ao Título II na Lei Orgânica de Saúde, acerca dos Subsistemas de Atenção à Saúde Indígena, onde todos serviços e ações voltado para esse grupo deveria seguir o que está disposto na lei.

A Lei Arouca é responsável pela gênese dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A PNASPI é regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto

de 1999, e aprovada pela portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, e traz como objetivo a garantia ao acesso integral à saúde dos povos indígenas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

As diretrizes dessa política possuem orientações para o planejamento, avaliação, implementação, e controle das ações voltadas à saúde da população indígena, orientada na organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento ativo das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e Controle social (BRASIL, 2012).

Bichara (2000) chama atenção no que tange a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a promulgação da PNASPI, em que o sistema de saúde sofre alterações nos âmbitos das estruturas e unidades do SUS nas proximidades das regiões da população indígena, para que haja oferta de serviços de qualidade e sem discriminação, e acima de tudo acatando os hábitos e os costumes da população indígena, em qualquer esfera e níveis da atenção à saúde.

Segundo Bichara (2020), o modelo de atenção à saúde diferenciada tem, como objetivo priorizar o acesso integral e universal e a participação dessa população no processo de avaliação, planejamento e execução das ações de saúde.

Quanto a responsabilidade de gerenciamento do subsistema de saúde indígena, fica a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A gestão da política e os órgãos da saúde da população indígena, em decorrência da pressão dos movimentos passam a ser gerenciadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), estando diretamente vinculada ao Ministério da Saúde - MS (BEZERRA et al, 2021).

A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi aprovada no ano de 2010. Essa conquista representa a constituição de um órgão exclusivamente responsável pela saúde indígena, que até então era coordenado por vários setores dentro de outros órgãos ou instituições com atribuições mais amplas, onde nem sempre era restrito aos povos indígenas. A referida secretaria é responsável

simultaneamente pela gestão e implementação das ações e programas de saúde, o que requer uma estrutura administrativa, cujo avanço constituiu um novo formato, porém, ainda é marcado por desafios operacionais (MENDES et al., 2018).

A PNASPI e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no SUS, tem a sua coordenação e execução realizada pela Sesai, objetivando a implementação de um modelo de gestão articulado, com autonomia administrativa e descentralizado, além da responsabilidade das 34 DSEI desenvolvidas e implementadas como consequência das assinaturas dos convênios com as instituições civis e as prefeituras localizadas nas proximidades das áreas da população indígenas (BRASIL, 2017).

No âmbito das políticas públicas, a atenção a saúde dos povos indígenas, perpassa por anos sem reconhecimento e discussões enquanto pontos relevantes e é só com a criação da PNASPI em 2002, que se desenvolve as diretrizes focalizadas na implementação, avaliação, planejamento e controle das ações centralizadas na atenção da população indígena

Segundo Mendes et al (2018), a trajetória das conquistas indígenas fora marcada por grandes avanços no campo da saúde, ou seja, no acesso aos serviços de saúde, particularmente nas regiões mais remotas do país. Um dos avanços foram a participação social e o controle social, porém, Mendes relata que ainda existem barreiras na sua implementação,

Nesse contexto, Mendes et al. (2018) explicam que o enfoque da APS proposto por Alma-Ata, embora implementado de forma frágil no contexto da saúde, resultou em significativa mudança no que se refere ao cenário anterior da forma como era regida a saúde indígena antes de ser atribuída ao Ministério da Saúde.

No que se refere a gestão da SESAI, segundo o autor, esta permanece centralizada e limitada por sua estrutura de pessoal; destaca em seu texto sobre a alta rotatividade de profissionais de saúde e a necessidade de treinamento direcionados aos contextos interétnicos. Tais problemas, encontram-se no cenário distante de qualquer solução, afirma Mendes.

Em razão de toda essa trajetória indígena, torna-se importante destacar a PNASPI, por considerar a formação dos agentes indígenas de saúde – AIS, como ponto focal para promover uma atenção diferenciada no contexto do cuidado, concebendo o agente como elo entre os saberes tradicionais e biomédicos (DIEHL, 2012).

4.1.3. A INVISIBILIDADE DA POPULAÇÃO INDÍGENA: COVID-19 EM MANAUS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional, e em 11 de março de 2020, a Covid -19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, o que podemos observar no quadro 01, em que há uma expressividade de casos, óbitos e hospitalizações na cor parda. Porém, na raça indígena observa-se 2.3% em hospitalização e óbitos.

Em 26 de fevereiro de 2020, o Brasil apresentou registro do primeiro caso da Covid-19, desde então, a transmissão comunitária foi reconhecida em todo o território em 20 de março desse mesmo ano (BRASIL, 2020).

O Plano Nacional de Emergência foi atualizado de acordo com o Ministério da Saúde. Decreto nº 42.100, de 23 de março de 2020, que declara o estado de calamidade pública em decorrência da nova COVID-19, complementado pelo Decreto nº 42.101, que no mesmo dia decidiu encerrar atividades e serviços não essenciais do setor comercial 15 (quinze) dias como medida para prevenir a propagação do vírus COVID-19 (AMAZONAS, 2020 apud SCHWEICKARDT et al, 2022).

No estado do Amazonas, levando em consideração a confirmação do primeiro caso de coronavírus em 13 de março de 2020 e a necessidade de implementação de medidas para evitar a propagação do vírus, a Série Saúde e Amazonas 18, nos termos do Decreto nº . 42.061 de 16 de março de 2020 Epidemias e transformações sociais: caminhos de pesquisa em andamento - 121 O Comitê Interdepartamental de Enfrentamento e Combate à COVID-19 declarou estado de emergência de saúde pública na região devido à disseminação da COVID-19 (AMAZONAS, 2020 apud SCHWEICKARDT et al, 2022).

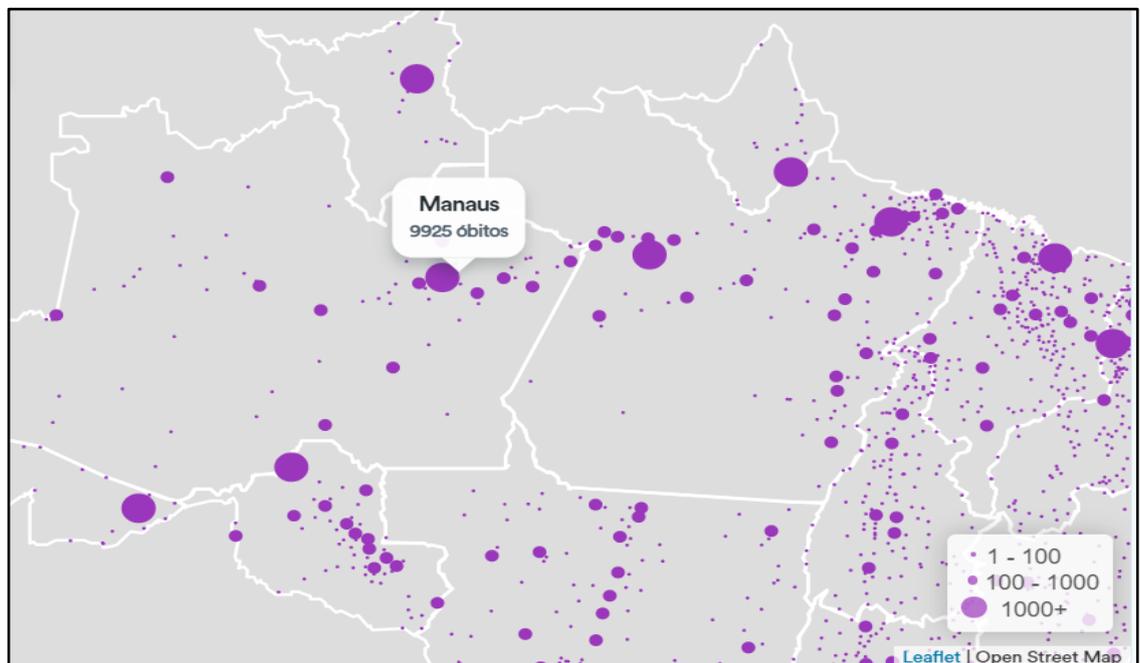
Diante desse cenário pandêmico, Vinente (2020), traz à luz do conhecimento, sobre a invisibilidade social dos indígenas em contexto urbano na cidade de Manaus, capital do Amazonas, o que resulta principalmente na ausência de dados sobre as condições de vida das pessoas que se auto se declaram como indígenas.

Vinente (2020), estabelece paralelos entre esta ausência de informações e a ausência de políticas públicas, especialmente no campo da saúde, despertando o

entendimento de que o Sistema Único de Saúde, nesse caso, pode ser entendido como um elemento etnográfico para problematizar alguns aspectos da etnicidade e da ação das organizações indígenas urbanas frente à ausência do Estado no enfrentamento da Covid-19.

O cenário social acometido pela pandemia nesse segmento da população na cidade de Manaus, agudiza a necessidade de atenção à saúde e a necessidade de reconhecimento destes sujeitos na ordem das políticas (VINENTE, 2020).

Figura 04- Cenário Pandemia COVID-19



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020

Em Manaus, diante do tenebroso cenário de pico acentuado de óbitos de Covid-19 (Figura 04) a Secretaria Municipal de Saúde, fez um chamamento público emergencial para a contratação temporária de 03 meses na função de Agente Indígena de Saúde – AIS, sob o nº003/2020-SEMSA/MANAUS, podendo ser prorrogado nos termos do art.4º, parágrafo único, inciso I da lei nº1425/2010.

O objetivo desse chamamento emergencial foi de atuação em caráter provisório nas comunidades indígenas em contexto urbano da cidade de Manaus, como medida de enfrentamento ao novo coronavírus aos povos indígenas da capital.

A profissão Agente Indígena de Saúde (AIS) está regulamentada pelo Projeto de Lei 3514/19, tem como função prestar serviços básicos de saúde aos membros da

sua comunidade e das localidades da sua área de abrangência. Anteriormente o AIS era reconhecido somente nas aldeias, de onde é escolhido, dentre outros critérios, por residir na área de atuação e ser indicado pela população que reside na localidade. (BITTENCOURT, 2005). Sob a responsabilidade do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA, a institucionalização do AIS se tornou possível a partir de 1999 com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e do aumento no orçamento para os serviços de saúde indígena (DIEHL, 2012).

A atenção à saúde da população indígena é complexa não só pela diversidade dos territórios, mas as especificidades na relação das pessoas e coletividades, bem como os diversos fatores que interferem na produção da saúde e nas condições concretas de produção de vida.

Os desafios que os indígenas enfrentam na cidade para ter acesso aos serviços de saúde, afirmou a autora, que chama a atenção para o relato a seguir durante uma *live* em uma plataforma *online*:

(...) a nossa comunidade tem mais de 40 pessoas com sintomas de Covid. Nós tivemos cinco agravamentos com dificuldades respiratórias aqui na nossa comunidade. Isso tem angustiado muito. Como o SUS não recebe mais ninguém e essas pessoas nem querem ir para as unidades básicas de saúde (UBS), onde ainda estão recebendo, por medo de morrer. Então essas cinco pessoas, eu tive que levar lá. Eu estou numa exposição muito grande também. E diante desta negação, é preciso que alguém faça alguma coisa e somos nós mesmos que estamos fazendo. Então eu precisei fazer alguma coisa aqui na comunidade para não deixar os nossos parentes morrerem. Ontem mesmo nós ficamos sabendo da notícia do nosso parente Ticuna que faleceu na comunidade Wotchimacü (...) que estavam em busca da vacinação para os seus povos que não chegou, nem para a gripe, nós não estamos conseguindo fazer testes... Essas pessoas que tiveram dificuldades respiratórias aqui dentro do Parque das Tribos, eu tive que levar à UPA e buscar atendimento. (...) A gente ligou para o SAMU [Serviço de Assistência Móvel de Urgências] (...). Identifiquei que os pacientes eram indígenas e precisavam de atendimento. Ela [a atendente] fez várias perguntas e foi muito dolorido ouvir tudo o que eu ouvi por parte da atendente porque, quando eu identifiquei a paciente como da comunidade indígena, e que estávamos no entorno de Manaus, ela falou que era para eu buscar a SESAI porque era quem cuidava dos indígenas. Então eu falei que nós estávamos na cidade e a SESAI não atende indígenas na cidade. Então ela falou “Não, vocês têm que procurar a SESAI! O Governo Federal disponibilizou um hospital de campanha para vocês”. [Repondi]: “Então me fale onde é esse hospital de campanha porque eu só vi a Damares [Ministra dos Direitos Humanos] falando, mas não vi nada concreto aqui em Manaus. Eu preciso de atendimento, precisamos que ambulância venha buscar eles”. Aí ela falou “Me dê os pontos de referência”. Nossa comunidade fica distante dos centros e nós não temos referências. Eu dei “Estrada da Vivenda Verde”, eu dei um balneário que fica mais próximo. Ela falou: “isso não é referência pra gente, a gente não vai conseguir liberar a ambulância pra lá porque essas referências não servem”; então oito horas da noite eu tive que levar paciente na UPA e, graças a Deus, meia noite ela foi atendida, diante do caos que está

aí. Consegui que ela fosse atendida. Ela entrou com protocolo de COVID e estamos aguardando os resultados. Tem outros casos. (OBSERVATÓRIO INDIGENISTA, 2020).

De acordo com o texto de Vinente (2020), pode-se verificar que o movimento de mulheres indígenas deu celeridade no processo de ações de enfrentamento contra a Covid-19, pelos órgãos públicos locais. Nesse contexto, Vanda Ortega (Imagem 02) do povo Witoto, jovem liderança do Parque das Tribos aduz que:

As populações em contexto urbano não são assistidas pelos Dsei. Isso dificulta muito o monitoramento da saúde dessas populações. Os órgãos reconhecem apenas o indígena de um território demarcado, deixando muitas populações excluídas dessa assistência. Uma vez que o índio sai desse território demarcado passa a viver às margens, sem nenhum olhar tanto das instituições quanto da sociedade. (ORTEGA, 2020).

Imagem 02 - Vanda Ortega, do povo Witoto, jovem liderança do Parque das Tribos



Foto: Alberto César Araújo/Amazônia Real. (<https://amazoniareal.com.br/vanda-ortega-witoto-o-protagonismo-da-mulher-indigena-da-amazonia/>)

Percebe-se com os relatos a necessidade de garantir a inclusão de todos os indígenas, independente dos espaços onde esteja vivendo. “A nossa identidade não é algo vago e restrito ao nosso território demarcado. A nossa identidade está onde nós estamos, onde nossos corpos estão. A partir desse pensamento, a própria

Constituição deve ser modificada. São 520 anos de negação. Não somos da cidade; estamos na cidade. Estamos por alguma necessidade. Mas aqui, é o espaço onde mais somos negados”, afirma Vanda Ortega

Importante enfatizar sobre a necessidade de fortalecer as atividades de vigilância em saúde nos estados e comunidades fronteiriços, pois são áreas consideradas vulneráveis do ponto de vista sanitário e apresentam condições de vida instáveis e com baixo índice de saúde, o que, segundo Peiter (2007), se deve à falta de estrutura, falta de recursos humanos e cuidados de saúde inadequados. Conseqüentemente, é essencial que em tempos de pandemia as autoridades locais possam prestar apoio e implementar políticas de vigilância sanitária com resposta e controle sanitário coordenados (PEITER, 2007 apud COSTA et al, 2023).

4.1.4. AS ESTRATÉGIAS DO CUIDADO DA MEDICINA INDÍGENA EM TEMPO DE COVID-19.

A situação dos indígenas do século XXI quando acometidos com a Covid-19, é a de retornar para o núcleo de sua cultura, se voltar para a medicina indígena e conseqüentemente permanecer em suas aldeias, praticando o isolamento para evitar a possibilidade de uma possível viagem a cidade, e, o contato físico com pessoas de fora da aldeia. Acreditam que a maior proteção é o distanciamento de pessoas. Os relatos das lideranças indígenas é de que a medicina indígena no Amazonas, tomou força em tempo de COVID-19, o que favoreceu o não avanço de casos seguido de óbitos nas comunidades indígenas.

De forma geral, a cidade de Manaus, capital do Amazonas, foi palco de elevadas taxas de incidência e mortalidade pela Covid-19 em maio de 2020, o que causou, inclusive, colapso do sistema funerário durante a primeira onda da pandemia, trazendo sofrimento à sua população (BARRETO, 2021). O “Colapso Manaus”, dia em que o sistema de saúde público e privado colapsaram por falta, principalmente, de fornecimento de oxigênio medicinal, em virtude da demanda elevada e contínua de pacientes com quadros agudos e graves, “desnudou os gargalos da gestão de saúde pública no Brasil, de forma histórica e jamais vivenciada” (EQUIPO LFA, 2021apud COSTA, 2023 p. 251).

Enfatizando o cenário que ocorreu na cidade de Manaus, no mês de abril de 2020, uma das estratégias da prefeitura foi criar um hospital de campanha com

atendimento direcionado às pessoas com situação confirmada de Covid-19. Portanto, o mesmo teve uma ala específica para o atendimento exclusivo a povos indígenas, confirmados de COVID-19. O objetivo foi de evitar o colapso do sistema de saúde pela demanda de leitos de Unidades de Terapia Intensiva – UTI.

A criação do hospital de campanha serviu a intenção de desafogar o sistema de saúde na cidade de Manaus. Porém, após o cenário de redução e visível estabilidade de casos na região, foi realizado a desativação do hospital em julho de 2020, no dia 06/07/2020, mantendo a ala voltada para o atendimento de indígenas da região.

Segundo Aurora et al (2020), essas conjunturas de epidemias que dizimam os povos indígenas, são bastante oportunas para o exercício da cultura, trazendo sua especificidade à tona através da medicina indígena passada de geração em geração, o que foi possível em alguns casos, vencer a COVID-19.

Este panorama regional destaca as limitações dos sistemas de saúde adequados fora das áreas aborígenes e obriga-nos a repensar os cuidados à luz das referências existentes aos povos indígenas. Isto porque as manifestações culturais e cosmológicas de saúde, tratamento, cura e sepultamento, particularmente no cuidado dos povos indígenas que vivem em áreas urbanas, estão a tornar-se invisíveis à medida que enfrentam os desafios pandêmicos. (FIOCRUZ, 2020 apud COSTA et al, 2023).

4.2. CAPÍTULO 2: AS REDES VIVAS NO COTIDIANO DO AIS NO TERRITÓRIO

Sobre o conceito que usamos como Rede Viva este nos chama atenção quanto a ideia do rizoma, apresentado por Deleuze e Guattari em sua obra *Mil Platos*, onde constroem um modelo epistemológico a partir da comparação do rizoma, termo emprestado da biologia, com uma rede repleta de laços e interconexões. Acredita-se que o sujeito seja um ser em multiplicidade onde os eventos ocorrem ao mesmo tempo e estão interligados em sua produção de vida. Com a capacidade de se multiplicar e se espalhar conforme a necessidade ao longo da vida, possui conexões, bifurcações, imprevisíveis que dependem de uma série de significados e de como afetam o sujeito (DELEUSE e GUATTARI, 1995).

Merhy et al. (2014) falam de Redes Vivas de cuidado como sendo fragmentárias ou ainda circunstanciais, que podem emergir em qualquer espaço podendo permanecer ou não nesse espaço dependendo do tempo em que ocorrem, ou seja, surgem por uma necessidade e atuam por determinado tempo amenizando a necessidade daquela população.

Feuerwerker (2014) também relata sobre a importância da organização das Redes Vivas de cuidado que se dá pela necessidade da atenção à saúde e ao cuidado social das famílias carentes e excluídas da sociedade que habitam nesses espaços. A autora continua afirmando que as redes envolvem uma articulação intrasetorial das instituições particulares e não governamentais que conhecem esses espaços e suas especificidades e que, através de estratégias e ações, visam levar a promoção da saúde até esses locais muitas vezes esquecidos.

Ao entender o território na perspectiva do lugar onde as relações se estabelecem, percebemos a dinâmica das Redes Vivas que as Redes Vivas. Com isso, as relações, os encontros gerados neste lugar, fazem nascer a vida e influenciam os estilos de vida e as escolhas dos sujeitos que o utilizam. Assim, quando trabalhamos com o conceito de território onde se tecem Redes Vivas, oferecemos uma oportunidade de entender a necessidade de considerar os significados dessas relações presentes por meio da prática cotidiana dos sujeitos (LIMA e YASUI, 2014). Assim, se a discussão das relações entre território e produção de cuidado envolve o território como área sobre a qual o serviço através das equipes de saúde, deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde, faz-se necessário um olhar mais além e pensar o território como espaço e percurso sempre em movimento, que

compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, espaço relacional que se fortalece em redes, no qual a vida pulsa.

Imagem 03 - Trajetória das Redes Vivas – zona Norte



O registro fotográfico acima refere-se ao momento em que o profissional - guia se desloca com seus pares, agentes indígenas de saúde, para realizar escuta inicial na comunidade indígena Povo Cambeba União II, local de difícil acesso e de visível vulnerabilidade social. É nesse espaço que vínculos foram estabelecidos com os “parentes”⁴, e redes do cuidado são tecidas.

Durante a trajetória, percebeu-se as inúmeras modelagens de moradias (Imagens 04 e 05), uma mistura de contexto urbano e aldeia, com características simples, rodeadas de animais domésticos e do verde da floresta que não emite a sua beleza devido a precariedade do local, falta de saneamento básico, onde é visível a necessidade do cuidado com o meio ambiente.

Imagem 04 - Maloca em espaço urbano – zona Norte



Fonte: Iranilson Militão Gabriel, 2023

⁴ Trata-se de uma categoria nativa, através da qual os representantes de diferentes povos reconhecem-se uns aos outros enquanto indígenas. <https://agencia.fiocruz.br/glossario-de-terminos-indigenas>

Imagem 05 - Comunidade indígena urbana – zona Norte



Fonte: Iranilson Militão Gabriel, 2023

Neves et al (2016), comentam sobre maior vulnerabilidade social em povos indígenas, pois, diferentes fontes de dados demonstram que de acordo com os sistemas de informação em saúde ou das pesquisas domiciliares nacionais, a exemplo dos censos demográficos, as desigualdades étnico-raciais se expressam de modo contundente. Escobar et al (2015) pontuam ainda sobre esse cenário, que acaba comprometendo o perfil de saúde da população indígena, pois o segmento infantil está estreitamente relacionado com a precariedade da infraestrutura de saneamento básico dos domicílios.

A trajetória traz cenários que exige bastante atenção e conhecimento dos espaços geográficos, onde é necessário o AIS utilizar mapas mentais para facilitar o acesso no território. De forma geral, a distância de uma comunidade indígena para uma unidade básica de saúde é bastante significativa, podendo ser de até 2km de distância, a pé. Nesse caso, fica evidente o vazio assistencial.

Observamos que a presença desses profissionais nas comunidades, trouxe grande satisfação entre as lideranças indígenas (Imagem 10), cacique e pajé, que organizam um fluxo de rede de atendimento local, orientado pelo profissional - guia.

Imagem 06 – Ação em saúde em comunidade indígena urbana - zona Norte



Fonte: Iranilson Militão Gabriel, 2022

A imagem fotográfica acima, retrata momento de ação em saúde, em comunidade indígena, com atendimentos agendados previamente pelo AIS, profissional guia. É válido ressaltar sobre a mudança imediata do trabalho das instituições de saúde, no que tange a um olhar amplo e diferenciado para os territórios, particularmente os de difícil acesso, onde há situações de vulnerabilidade social. Faz-se necessário conhecer essas áreas para compreender o funcionamento das Redes Vivas de cuidado que aparecem e se instalam nesses espaços. Ferreira (2017) pontua que trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores de saúde permitam deslocamentos em seus territórios existenciais.

4.2.1. WARAO: REDE ESTRANGEIRA TECIDA EM MEIO A PANDEMIA COVID-19

O grupo Warao não é o foco dessa pesquisa, o destaque se faz pelo fato de ter sido uma rede tecida pelo profissional - guia, por estar atualmente presente no território das comunidades indígenas da zona Norte da cidade. Segundo relato do profissional - guia, houve dificuldade em tecer essa rede, devido a questão da língua (espanhol).

Esse cenário chama atenção para a importante atuação das Relações Internacionais, na elaboração de estratégias ativas em virtude da demanda expressiva desse grupo na cidade de Manaus, posteriormente pulverizando para os bairros da cidade.

Para fins de ilustração do cenário de migração na cidade de Manaus, podemos destacar o fluxo migratório Warao, oriundo da Venezuela, registrado no Brasil desde meados de 2014, mas se manteve pouco expressiva durante os primeiros anos. Porém, a partir de meados de 2016, em decorrência do agravamento da crise na Venezuela, com desabastecimento de produtos básicos, hiperinflação e aumento da violência, que o processo de deslocamento forçado de venezuelanos/as indígenas e não indígenas para o Brasil se intensificou, particularmente na cidade de Manaus. Com características mais urbanas o grupo Warao têm uma origem baseada na colheita e na agricultura familiar (ACNUR, 2021).

O termo Warao é oriundo da relação deste grupo com a água, é profunda: são, tradicionalmente, pescadores e coletores, são conhecidos como “povo da canoa” (PEREIRA, 2019). Podendo significar ainda “donos de canoa”, “gente da praia” ou “praieiros” e está associado ao seu lugar de origem, nas ilhas e canhos do delta do rio Orinoco na Venezuela. (LEAL; SCHWEICKARDT, 2020).

Em 2017 foram identificadas 307 pessoas da etnia Warao, apresentando necessidade de cuidado em saúde, razão pela qual houve um posicionamento da gestão municipal da cidade de Manaus, em planejar e aplicar estratégias de apoio e acolhimento a essa etnia, dentre elas a alocação em domicílios por grupos de famílias e abrigamento coletivo em espaços públicos.

Botelho et al (2017) pontuam os Warao como o segundo povo indígena mais populoso da Venezuela, contabilizando aproximadamente 49.000 (quarenta e nove mil) pessoas, concentrando -se em diversas comunidades nas áreas rurais, ribeirinhas e litorâneas e nas várias cidades do entorno da região norte da Venezuela.

Segundo o autor García Castro, a mobilidade das famílias Warao entre comunidades e cidades destaca-se como estratégias de alcance de melhores condições de vida. (CASTRO, 2000). O fluxo migratório originado na Venezuela com destino a diversos países, é a mobilidade humana mais expressiva das Américas na contemporaneidade. Até julho de 2021 cerca de 5,6 milhões de venezuelanos e venezuelanas já estavam residindo fora de seu país (JAROCHINSKI, 2021).

Imagem 07 – Família warao em deslocamento – Barco Recreio



Fonte: ACNUR – MANAUS, 2020 (<https://www.acnur.org/portugues/2020/09/04/realocacao-de-indigenas-warao-para-espacos-seguros-tem-continuidade-em-manaus/>)

Os Warao ao chegarem ao Brasil solicitaram condições de refúgio, mas é preciso observar que a categoria de “refúgio” apresenta certa incompatibilidade no contexto da dinâmica de mobilidade Warao, porque pressupõe uma permanência no país de destino, impossibilitando deslocamentos contínuos entre países.

Para abrigar essa população, foram utilizadas duas estratégias: a modalidade moradia e a modalidade acolhimento. Portanto, esta última foi mais viável, por permitir a concentração de serviços em um único espaço, diferente da modalidade moradia que não se mostrou sustentável em razão da expressiva quantidade de pessoas em espaços reduzidos; a carência de recursos humanos da Rede Socioassistencial frente ao número crescente de domicílios e as despesas relativas aos elevados preços de aluguel dos imóveis em áreas centrais, resultando na locação das famílias em bairros mais distantes do centro da capital (LEAL; SCHWEICKARDT, 2020).

Quanto ao acesso facilitado à Rede do SUS, nos três níveis de atenção, este se constituiu em desafio para as equipes de saúde. Gestores e trabalhadores da Atenção Primária em Saúde de Manaus, tiveram que se debruçar em inovar práticas de cuidado, inclusive em língua estrangeira, o espanhol. “a não familiaridade do outro funciona como uma forma de ampliação das formas de cuidar, ou seja, não é algo

natural e precisa de movimentos e encontros. Compreender o lugar da dimensão espiritual na explicação da doença foi fundamental para uma aproximação com os cuidados da saúde” (LEAL; SCHWEICKARDT, 2020, p.168).

No período de 2020 a 2021, como já abordamos, Manaus tornou-se palco pandêmico, esse impacto desestruturou as esferas municipal e estadual devido à presença em massa do grupo Warao, em total vulnerabilidade social, na cidade. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde (Semsu), intensificou estratégias de acolhimento para suprir as necessidades básicas, inclusive direcionamento para atendimento em saúde, casos confirmados Covid-19, por serem numerosos os grupos que ultrapassaram as fronteiras, em plena pandemia. Uma das estratégias foi a contratação temporária dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS.

Em setembro de 2023, parte dessa população da etnia WARAO está distribuída nos bairros da cidade de Manaus, inclusive nos bairros da zona Norte de Manaus. Foram identificados nas comunidades indígenas de etnias mistas, durante o processo de cadastramento realizado pelos AIS do Distrito de Saúde Norte.

Essa é mais uma população indígena que necessita de um olhar diferenciado, por parte dos órgãos governamentais, a fim de assegurar na prática, cuidado contínuo e acessibilidade aos serviços em saúde, tendo em vista que estão em território brasileiro. Apesar da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus dispor de cinco referências técnicas em cada Distrito de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural), a adesão dessa população aos serviços no nível da Atenção Básica, ainda é pouco satisfatória. Daí a importância do trabalho do AIS nas comunidades. Cabe ressaltar que Manaus ainda não possui uma Política Pública Municipal de Saúde, especificamente para a atenção dos povos indígenas.

A Política do Refugiados e Migrantes está em construção, desde julho de 2022, cujo objetivo é incluir os povos indígenas venezuelanos. (IRNALDO, 2022).

Em suma, enfatizamos que, os povos indígenas no Brasil, possuem direitos específicos, assegurados pela Constituição Federal de 1988 e por tratados internacionais, que visam possibilitar a reprodução, o fortalecimento e a valorização de suas culturas. Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, ACNUR (2021), tais direitos, aplicam-se também aos Warao e às demais etnias venezuelanas (ou de outras nacionalidades) que hoje vivem em território brasileiro. Até a promulgação da Constituição Federal, a legislação brasileira era marcada pelos princípios de tutela e integração dos indígenas à sociedade nacional. Com a nova

Constituição, a concepção integracionista foi substituída pelo reconhecimento de que os indígenas são portadores de culturas distintas, que devem ser respeitadas como parte do patrimônio cultural do país. O artigo 231, reconhece às coletividades indígenas “sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Ressalta-se que os indígenas possuem liberdade para expressar suas ações inerentes às suas culturas e com base em suas crenças e costumes. Não devendo ser consideradas desprovidas de sentido, tampouco estigmatizadas, sendo as tentativas de criminalizá-las, passíveis de enquadramento legal. Além disso, a tutela do Estado foi superada com as alterações introduzidas na CF de 1988, reconhecendo-se aos indígenas plena capacidade civil, inclusive o direito de se associarem livremente para representar seus interesses (ACNUR, 2021).

4.2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA: PESQUISANDO COM AS REDES

Nas enunciações da Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde, também conhecida como Atenção Básica, se destaca entre os níveis da rede de atenção à saúde por ser entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo estável de assistência sanitária que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação (GIOVANELLA, 2008).

Sabe-se que em virtude do crescimento populacional, os serviços ofertados pela rede formal instituída, voltada para a prática do cuidado, são, na realidade, insuficientes, pois não suprem forma de cuidado em saúde ampliado, integral, longitudinal e articulado entre os diversos pontos de atenção, particularmente, na Atenção Primária à Saúde – APS, conhecida como “porta aberta”, que preconiza a atenção centrada no usuário, considerando suas singularidades e complexidades. Nesse contexto, o agente indígena de saúde, torna-se uma ferramenta imprescindível para a produção do cuidado no território indígena em vazios assistenciais.

Os movimentos contínuos, micropolíticos, empregados na articulação dessas redes produzem visibilidade na potência das parcerias estabelecidas entre os diversos serviços e atores sociais. Esses movimentos estão em permanente produção, elaborando saberes, despertando afetos, construindo e partilhando cuidados a partir

de uma rede não dada, mas tecida em acontecimento, negociando a todo instante com o que já está estabelecido no contexto e no viver (MERHY et al., 2014).

Segundo Merhy (2016), as práticas de saúde configuram atos produtivos que procuram modificar algo determinado para produção de algo novo. São processos de trabalho, pois buscam alterar um estado de coisas identificado como problema ou como potencial problema de saúde. A partir de inúmeros encontros e desencontros o profissional de saúde / equipe de saúde promovem encontros a fim de estabelecer vínculo com o usuário – SUS.

Dessa forma, surge uma rede na micropolítica do trabalho, e uma rede tecida pelos encontros destes profissionais com os usuários. Nesses encontros, destacam-se os saberes, o agir simbólico, a subjetividade que materializam as ações do cuidado, formando uma entrelaçada rede relacional

Vale ressaltar que, todo processo de saúde trabalha em rede mesmo que, aparentemente, esteja subjugado por um modelo hierárquico e normativos. Os pontos das redes formadas, potencializam as ações do cuidado, uma vez que há um forte cruzamento nas ligações. Essa diversidade de fluxos relacionais permite a multiplicidade da rede e permite a formação da linha do cuidar (FRANCO, 2006).

Nesse contexto, durante a trajetória da pesquisa percebeu-se a interação e integração de povos indígenas de etnias nacionais e internacionais nas comunidades do Distrito de Saúde Norte, o que estimula reflexão sobre as fronteiras interétnicas

“[...] fica claro que para que a noção de um grupo étnico tenha um sentido, é preciso que os atores possam se dar conta das fronteiras que marcam o sistema social ao qual acham que pertencem e para além dos quais eles identificam outros atores implicados em um outro sistema social” (BARTH, 1998, p.11).

Considerando a manutenção das relações das identidades étnicas, Barth chama atenção para critérios determinantes ao pertencimento do grupo, argumentando que a manutenção dessa identidade implica critérios para determinar o pertencimento ao grupo e meios para torná-lo manifesto, através de uma expressão e validação contínuas. Esses critérios demarcam as fronteiras entre os grupos sociais Barth ainda comenta que “[...] a persistência dos grupos étnicos em contato implica não apenas critérios e sinais de identificação, mas igualmente uma estruturação da interação que permite a persistência das diferenças culturais” (id., p.196). De acordo com Barth, numa situação de contato entre dois grupos étnicos, uma dicotomização

dos outros como elementos não pertencentes ao grupo, provoca a limitação do entendimento e interação com eles, bem como contestações no que tange a critérios de julgamento, valor e ação, prejudicando assim a rede social.

Segundo Gohn (2011), os movimentos realizam diagnósticos sobre a realidade social, constroem propostas. Atuando em redes, constroem ações coletivas que agem como resistência à exclusão e lutam pela inclusão social. Gohn, também afirma que “a experiência se recria cotidianamente, na adversidade das situações que enfrenta”. (p. 388)

De acordo com os exemplos anteriores, percebe-se uma evidência quanto a necessidade de uma atenção básica resolutive, com capacidade ampliada de profissionais habilitados para escuta (e análise) em face a um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com especificidades e complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde em que o desafio e a beleza do trabalho na atenção primária, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade.

Nesse contexto, em face ao cenário migratório na cidade de Manaus, pontua-se a realidade conferida no território do Distrito de Saúde Norte, que contempla algumas etnias, inclusive estrangeiras, reconhecidas pelo Comitê Intertribal Memória e Ciência Indígena (ITC).

Quadro 01 – Etnias identificadas no território do Distrito de Saúde Norte 2021 a 2023

Povos Indígenas	Quantidade	
Aparaí, Apurinã, Arara, Baniwa, Baré, Karapanã, Deni	34	35
Dessana, Guajajara, Hexkariana, Jaraqui, Kaiapó, Kaixana		
Kambeba, Kanamari, Katukina, Kaxinawa, Kokama, Kulina, Makuxi		
Mayoruna, Miranha, Munduruku, Mura, Parintintim, Pauxis, Piratapuya		
Sateré-Mawé, Tariano, Ticuna, Timbira, Tukano, Tupinambá.		
WARAO 	1	

Quadro 02. Povos e terras indígenas do estado do Amazonas e municípios limítrofes.

Povos Indígenas	Quantidade
Arapaso, Baniwa, Bará, Barasana, Baré, Desana, Hupda, Karapanã	32
Kori-pako, Kotiria, Kubeo, Makuna, Mirity-tapuya, Pira-tapuya, Siriano	
Taria-na, Taiwano, Tukano, Tuyuka, Warekena, Yuhupde, Dow, Ticuna	
Kokama, Matsés, Kanamari, Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis	

Matsés e Tsohom—dyapa	
Povos na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Venezuela	
Baniwa, Kuripaco, Kubeo, Tukano	4
Povos na tríplice fronteira Brasil-Colômbia- Peru	
Ticuna, Kokama	2
Povos indígenas transfronteiriços sem terras tradicionais regularizadas na faixa de fronteira	
Tatuyo, Yuruti, Kambeba, Miranha, Witoto	5
Povos Indígenas Isolados (Vale do Javari)	
Isolados do Alto Jutaí, Isolados do Jandiatuba, Isolados do Quixito	6
Isolados do São José, Isolados Kanamari, Isolados Korubo	
Municípios brasileiros	
Japurá, São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro, Amaturá, São Paulo de Olivença	11
Benjamin Constant, Tabatinga, Santo Antônio do Içá, Tonantins, Atalaia do Norte, Jutaí	

Fonte: “Povos Indígenas em áreas de fronteira internacional do Brasil e seus movimentos migratórios transnacionais”. Observatório das Migrações Internacionais (OB-Migra) do Laboratório de Estudos sobre as Migrações Internacionais (LAEMI) da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, D.F., 2019. LOPEZ PALOMINO, Cristabell; TEÓFILO DA SILVA, Crithian. Povos Indígenas em áreas de fronteira internacional do Brasil, Pg 06 - 31 |

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, aprovada em 2007, se inclina à autodeterminação dos indígenas, cujo respeito à respectiva cultura e modo de vida é elemento indissociável.

O artigo 3º ratifica que “os povos indígenas têm direito à autodeterminação. Em virtude desse direito determinam livremente sua condição política, o que os impulsiona à busca pelo desenvolvimento econômico, social e cultural”. Como auge do reconhecimento do respeito à multiculturalidade dos povos originários e do pluralismo jurídico; é válido também ressaltar sobre o artigo 5º que aduz “os povos indígenas têm o direito de conservar e reforçar suas próprias instituições políticas, jurídicas, econômicas, sociais e culturais, mantendo ao mesmo tempo seu direito de participar plenamente, caso o desejem, da vida política, econômica, social e cultural do Estado”.

O artigo 33 enfatiza que “os povos indígenas têm o direito de determinar sua própria identidade ou composição conforme seus costumes e tradições. Isso não prejudica o direito dos indígenas de obterem a cidadania dos Estados onde vivem”.

O Estatuto do Índio, é anterior a Constituição Brasileira, instituído pela Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973 –, “regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional” (artigo 1º, caput).

Ressalta-se que o Estatuto intenciona: “assegurar aos índios a possibilidade de livre escolha dos seus meios de vida e subsistência” (artigo 2º, inciso IV); “garantir aos índios a permanência voluntária no seu habitat, proporcionando-lhes ali recursos para seu desenvolvimento e progresso (artigo 2º, inciso V); e consagrar que se respeite, “no processo de integração do índio à comunhão nacional, a coesão das comunidades indígenas, os seus valores culturais, tradições, usos e costumes” (artigo 2º, inciso VI). De acordo com o art 4º. o índio é considerado como isolados; em via de integração; integrados.

Nesse contexto, durante o processo de construção de suas Redes Vivas, o profissional guia enfatiza em suas narrativas, sobre a necessidade de desconstrução dos termos Aldeados e Desaldeados, por entender que tais termos “reduzem a realidade indígena ao seu local de moradia e acabam sendo empregadas para negar direitos aos povos indígenas”(MARTINS et al., 2023, p.44)

4.3. CAPÍTULO 3. O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE – AIS E SUA INSERÇÃO NA APS/ MANAUS, NO CONTEXTO DA COVID-19.

O entendimento do papel do AIS norteou-se na proposta para o Agente Comunitário de Saúde (ACS), lançada há mais de três décadas e expressa na Declaração da Alma-Ata (1978). No Brasil, a categoria ACS surge oficialmente em 1991, e em 1992 integram -se ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo incorporados também nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1994. Foram reconhecidos como profissionais da saúde em 2002. (Brasil, 2002) e submetidos ao regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 2006 (BRASIL, 2006).

A profissão de ACS caracteriza-se pela prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local. Para Morosini (2009), com a legislação e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003, "as questões da precariedade da formação, bem como da precariedade dos vínculos dos ACS passaram a se expressar na agenda do Ministério da Saúde de maneira central" (MOROSINI, 2009, p. 17).

Observamos que a atuação dos AIS, se assemelha com a do Agente comunitário de saúde - ACS, ou seja, o agente não dispõe de instrumentos, de tecnologia, de saberes para corresponder às expectativas das comunidades e dos governos.

Observa-se ainda que na perspectiva da população indígena, os AIS, são vistos como agentes que representam a prática biomédica, decorrente do fato que eles emergem no contexto da interação inter e intraétnica como atores detentores de um saber específico, fortalecendo vínculos, tornando -se capazes de garantir o acesso aos recursos materiais e simbólicos ofertados pelos serviços de saúde, tais como medicamentos, por exemplo (Langdon *et al* apud Erthal, 2003; Garnelo, 2003; Silva, 2007; Silva, 2010).

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio objetivou estabelecer os princípios da organização da saúde indígena, introduzindo o conceito de atenção diferenciada, sugerindo a formação em saúde de indígenas nas próprias aldeias e a

observância de critérios e definições das comunidades para indicação e remuneração dos agentes (DIEHL, 2012).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (1993) recomendou ao Ministério da Saúde o reconhecimento da categoria profissional de AIS. Em 1996, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) outorgou ao AIS o papel-chave na mediação dos serviços de saúde, como ator central para a promoção dos princípios de respeito e articulação com as tradições indígenas, indicando ainda que a formação incluísse outras temáticas além das noções básicas de biomedicina e de enfermagem.

Contudo, a CASAI não teve condições financeiras nem organizacionais para implantar um programa amplo e eficaz de formação e remuneração dos AIS, e o PACS assumiu maior responsabilidade nas contratações (Ibidem).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2001) reafirmou a importância do papel do AIS e aprofundou as demandas para formação, reconhecimento e inserção social dos agentes, como: aumento do número de AIS por comunidade e EMSI, necessidade de formação básica para todos, garantia do processo de capacitação contínua e diferenciada, acompanhamento técnico/pedagógico e administrativo no processo de formação e contratação pela CLT (Ibidem).

Em Manaus, diante do tenebroso cenário de pico acentuado de óbitos de Covid-19, a Secretaria Municipal de Saúde, fez um chamamento público emergencial para a contratação temporária de 03 meses na função de Agente Indígena de Saúde – AIS, sob o nº003/2020-SEMSA/MANAUS, podendo ser prorrogado nos termos do art.4º, parágrafo único, inciso I da lei nº1425/2010.

O objetivo desse chamamento emergencial foi de atuação em caráter provisório nas comunidades indígenas em contexto urbano da cidade de Manaus, como medida de enfrentamento ao novo coronavírus aos povos indígenas da capital.

A profissão Agente Indígena de Saúde (AIS) está regulamentada pelo Projeto de Lei 3514/19 tem como função prestar serviços básicos de saúde aos membros da sua comunidade e das localidades da sua área de abrangência. Anteriormente o AIS era reconhecido somente nas aldeias, de onde é escolhido, dentre outros critérios, por residir na área de atuação e ser indicado pela população que reside na localidade. (BITTENCOURT, 2005). Sob a responsabilidade do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA, a institucionalização do AIS se tornou possível a partir de 1999

com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e do aumento no orçamento para os serviços de saúde indígena (DIEHL, 2012).

Garnelo (2019) discorre sobre o papel e a profissionalização dos AIS inseridos na moderna divisão social do trabalho no mundo capitalista, e que se articula com a trajetória dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde. Quanto a sua atuação, são limitadas às atividades manuais, ficando subentendido que sua qualificação dispensa a inserção de fundamentos teóricos;

A partir da década de 1980, o movimento de regulamentação das profissões de nível técnico e elementar potencializou a constituição do campo da educação profissional em saúde. As perspectivas críticas desse campo se contrapõem a essa visão naturalizada da divisão social do trabalho e partem de uma concepção na qual se compreende o trabalhador como sujeito transformador de sua realidade. É a partir dessa perspectiva que buscamos desenvolver a profissionalização dos AIS, (GARNELO, 2019). O AIS necessita ser indígena, com uma definição da sua área de saber e de prática. Encontra muitos desafios para seu reconhecimento profissional e para a qualidade e efetividade de suas ações nas comunidades onde atuam.

Nessa pesquisa, ao entendermos o AIS como sujeito implicado, que segundo Merhy (2004) considera a necessidade de se obter uma estratégia para a expansão de um complexo processo de produção de conhecimentos no campo do planejamento e gestão em saúde, resultando na construção e desenvolvimento de um sistema público de saúde no Brasil, conduzido inclusive pelos construtores do sistema, explorando todas as possibilidades de problematização e abordagem dessa experiência.

Segundo Pinheiro (2009), a “integralidade” é entendida não só como eixo prioritário de uma política de saúde. Mas, no contexto da cidadania, é o meio de concretizar a saúde e significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde.

A partir da inserção dos agentes indígenas de saúde, no contexto da atenção primária à saúde, esse “Direito de todos” tornou-se mais palpável. Foi possível perceber que as possibilidades dos caminhos de diálogos entre conhecimento científico e conhecimentos tradicionais vêm se construindo na saúde a partir da interculturalidade. Entender os AIS, como sujeitos implicados, é abrir oportunidade para pensar possíveis construções que relatam a realidade individual e coletiva nas

comunidades indígenas. Essa construção se materializa de diversas formas de acordo com o cenário daquele que constrói. E, dessa forma, por conhecerem seus espaços na comunidade, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), fortalecerão as Redes Vivas, no contexto da interculturalidade no SUS, sendo ferramentas de comunicação intercultural, dadas as especificidades de etnias nas comunidades indígenas do Distrito de Saúde Norte, em Manaus Amazonas.

Segundo Merhy et al. (2014), muitos dos profissionais de saúde ainda não se encontraram em seus espaços vivos, ou seja, têm uma visão fora da realidade da multiplicidade da existência nos diferentes territórios, exatamente por não conhecerem como se dá a produção de vida em lócus com toda a carga subjetiva relacionada ao território e ao sujeito que nele habita. Ou seja, [...] ao tomar e tornar seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, não interagem e restringem-se a pensar em políticas e ações direcionadas, tão focais, que se distraem resultando na não aplicação de estratégias que favoreçam a produção da vida, “ali onde é potente” (MERHY et al., 2014, p.159)

Ao percebermos a atuação do profissional - guia no território, no ato de tecer as redes para a produção do cuidado integral, ficou claro que este profissional encontrou seu espaço vivo. Pois, segundo Viegas e Penna (2015), a integralidade e o cuidado apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva

Todavia, importa reconhecer que o AIS contribui para o acompanhamento dos tratamentos de doenças crônicas e infectocontagiosas de longa duração, como por exemplo, o caso observado na população Mura, em Autazes, Amazonas. A participação desses profissionais revelou-se fundamental para o tratamento de alguns casos de tuberculose e hanseníase, especialmente naquelas famílias sem recursos financeiros, sem condições de deslocamento até a cidade em busca do medicamento (DIEHL, 2012).

Por outro lado, é válido pontuar sobre os indígenas que moram longe dos grandes centros urbanos, bem como os que vivem em suas aldeias. Sendo esses, na maioria das vezes vítimas do sistema, por se encontrarem em situação de difícil acesso ao Sistema Único de Saúde-SUS. A logística é um dos principais fatores que

desfavorecem o acesso, pois o deslocamento de suas aldeias ou pequenos municípios, se dá por via terrestre, fluvial ou até mesmo aérea (muita das vezes fretados).

Imagem 08 – Comunidade indígena - área urbana – zona Norte



Fonte: Iranilson Gabriel Militão, 2022.

Imagem 09 – Comunidade indígena - área urbana – zona Norte



Fonte: elaboração própria, 2022.

As imagens 08 e 09 retratam a necessidade de maior envolvimento dos atores governamentais, em nível local, em favor do meio ambiente que também se destaca nesse cenário, como barreira de acesso às comunidades indígenas, concentradas na zona Norte de Manaus.

Enfatizamos aqui, o importante papel do AIS, entendido na trajetória da pesquisa como profissional - guia, que juntamente com seus pares teceu redes de cuidado nas comunidades da zona Norte de Manaus, particularmente em tempo de Covid-19. Em meio as diversas barreiras, este profissional tornou-se o elo, a rede viva entre as comunidades indígenas e unidades de saúde.

Diante desse cenário, é válido pontuar que as pessoas indígenas não urbanas, com diagnóstico confirmados, contaminados pela Covid-19, tiveram que escolher: se deslocar aos grandes centros e correrem o risco de não conseguirem uma vaga em uma Unidade de Referência para Covid- 19, por conta do alto índice da população que também procurou esse tipo de tratamento ou recorrer a suas práticas de cura tradicionais através de suas raízes, ervas, benzimentos e sessões com seu curandeiro.

Farias et al (2020) consideram que para o enfrentamento da COVID-19 é necessário garantir o bom funcionamento da APS, principalmente pela valorização da ESF, para tanto, é importante que seja favorecido condições dignas de trabalho e de assistência.

A inserção e ampliação de Agentes Indígenas de Saúde na APS, se constituem como estratégica e fundamental em virtude do conhecimento e reconhecimento das práticas tradicionais no território. Como resultado, produzem no cotidiano, arranjos diversificados que interferem de forma positiva na forma como as ações de saúde previstas na política nacional são implementados, com vista a aproximá-las das singularidades do contexto local, tornando possível sua concretização (PONTES, 2013).

4.3.1. ATRIBUIÇÕES DO AIS EM CONTEXTO DA ÁREA INDÍGENA.

Sobre as atribuições do Agente Indígena de Saúde de acordo com a regulamentação da profissão (Projeto de Lei 3.514/19) podemos verificar no Art.4º, sobre a atribuição do Agente Indígena de Saúde no exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde voltadas à população indígena,

mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e do SasiSUS e sob supervisão do órgão distrital e federal responsável pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

O parágrafo único, do referido artigo, destaca as competências atribuídas ao Agente Indígena de Saúde, na sua área de atuação, tais como:

I – O desenvolvimento, em equipe, de ações de promoção da saúde e cidadania, considerando o território socioambiental e os contextos interculturais e intersetoriais, de acordo com os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, visando à qualidade de vida da população indígena; a realização, em equipe, de ações de prevenção de doenças e agravos e de recuperação da saúde, fundamentadas no ciclo de vida, no perfil epidemiológico da população indígena, nas diretrizes e protocolos da atenção básica, articuladas aos cuidados e práticas tradicionais;

III – a produção e a análise de informações fundamentadas no modelo de vigilância em saúde, incorporando a percepção da comunidade indígena sobre o processo saúde-doença, para subsidiar o planejamento das ações em equipe e o controle social;

IV – a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, considerando seu espaço de atuação, a área de abrangência de seu Polo Base, a organização do Distrito Sanitário Especial Indígena, a articulação Inter setorial e a rede de referência do SUS, com base na Atenção Diferenciada à Saúde Indígena;

V – a realização de ações de primeiros socorros, considerando, também, as práticas e saberes tradicionais, visando à preservação da vida;

VI - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação da população indígena no planejamento, no acompanhamento e na 3 Coordenação de Comissões Permanentes - DECOM - P_5571 CONFERE COM O ORIGINAL AUTENTICADO PL 3514/2019 avaliação de ações e políticas de saúde.

Sobre o exercício das competências: do Agente Indígena de Saúde, o Art.5º, esclarece que deverá preencher os seguintes requisitos:

I – ser indígena e residir na área da comunidade em que desenvolverá suas atividades;

II- ter idade mínima de 18 (dezoito) anos; 4 Coordenação de Comissões Permanentes - DECOM - P_5571 CONFERE COM O ORIGINAL AUTENTICADO PL 3514/2019

III – possuir domínio na língua materna da comunidade onde atua;

IV - Possuir conhecimento das especificidades, costumes e sistemas tradicionais de saúde do povo indígena de sua comunidade;

V - ter concluído, com aproveitamento, Curso de Qualificação dos AIS definido pelo Ministério da Saúde;

VI - ter concluído, ou estar cursando, o ensino fundamental;

VII - não ter outro vínculo empregatício. § 1º Aqueles que estejam exercendo atividades próprias de Agente Indígena de Saúde e que não possuam ou não tenham concluído com as disposições dos incisos V e VI deste artigo, poderão permanecer no cargo e será concedido prazo de 03 (três) anos para a sua conclusão, contados a partir da vigência desta lei. § 2º Compete ao Ministério da Saúde garantir as condições para o cumprimento do inciso V. § 3º Compete ao ente federativo responsável pela execução da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a definição quanto a área geográfica da organização dos serviços de atenção primária em saúde a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério.

4.3.2 ATRIBUIÇÕES DO AIS EM CONTEXTO URBANO DE MANAUS.

Sobre as atribuições práticas do Agente Indígena de Saúde no contexto urbano da cidade de Manaus, ainda não se tem oficialmente as atribuições descritas pela Secretaria Municipal de Saúde -SEMSA. Portanto, descreveremos algumas atividades realizadas pelos AIS no Distrito de Saúde Norte, em cenário pandêmico, que se mantêm até os dias atuais, como segue:

1. O Agente Indígena de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde voltadas à população indígena, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do órgão distrital, Gerência de Atenção à Saúde GEATS, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus;
2. Realização de ações de prevenção de doenças e agravos e de recuperação da saúde, fundamentadas no ciclo de vida, no perfil epidemiológico da população indígena, nas diretrizes e protocolos da atenção básica, articuladas aos cuidados e práticas tradicionais, inclusive considerando as datas alusivas referentes aos programas de saúde (Saúde do homem, mulher, criança entre outros);

3. Produção e a análise de informações fundamentadas no modelo de vigilância em saúde, incorporando a percepção da comunidade indígena sobre o processo saúde-doença, para subsidiar o planejamento das ações em equipe e o controle social; acionando as áreas técnicas dos programas de saúde para elaboração de estratégias para solução imediata de problemas encontrados;
4. Organização e o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, considerando seu espaço de atuação, e as áreas abrangência das comunidades de seu Distrito de Saúde;
5. Organização e o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, considerando os processos de cadastramento das famílias indígenas, considerando as especificidades, realizando análise situacional para possíveis planejamento estratégicos;
6. Atualização do cadastro Individual;
7. Atualização do cadastro territorial;
8. Consolidação do quantitativo das comunidades identificadas;
9. Levantamento e registros das etnias;
10. Levantamento para emissão do cartão SUS;
11. Inserção das informações no sistema PEC/CADWEB;
12. Monitoramento quanto as informações duplicadas;
13. Correção e consolidação geral das informações;
14. Envio das informações à coordenação Distrital.

Dessa forma, descrevemos as atribuições práticas em contexto urbano desenvolvidas pelos AIS do Distrito de Saúde Norte, considerando que se diferem do contexto Polo Base. Ressalta-se que essa categoria na condição do contexto urbano, não é reconhecida pelo Ministério da Saúde. Porém, a estes foram atribuídas atividades emergentes em tempo de Covid19 em âmbito local, como podemos destacar, a inserção das informações no sistema PEC/CADWEB, após cadastramento das comunidades indígenas na zona Norte da cidade de Manaus.

Ressalta-se que o Agente Indígena de Saúde do Distrito de Saúde Norte, preenche os seguintes requisitos para o exercício de suas competências, de acordo com o artigo 5º do Projeto de Lei 3.514/19:

I – ser indígena e residir na área da comunidade em que desenvolverá suas atividades;

- II- ter idade mínima de 18 (dezoito) anos; 4 Coordenação de Comissões Permanentes
- III - possuir domínio na língua materna da comunidade onde atua;
- IV- possuir conhecimento das especificidades, costumes e sistemas tradicionais de saúde do povo indígena de sua comunidade;
- V- ter concluído, com aproveitamento, Curso de Qualificação dos AIS definido pelo Ministério da Saúde;
- VI- ter concluído, ou estar cursando, o ensino fundamental
- VII- não ter outro vínculo empregatício.

4.3.3 AS REDES VIVAS DO AIS NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE MANAUS

Sobre as Comunidades indígenas Wotchimaucu e Sol Nascente

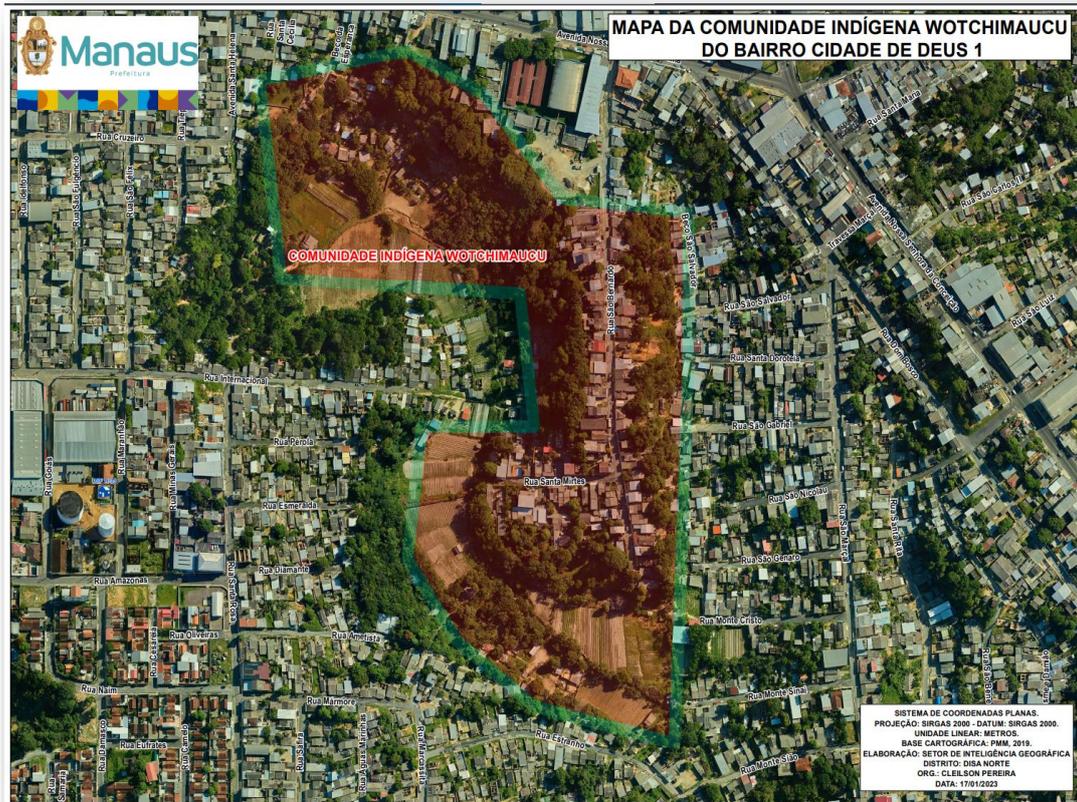
4.3.3.1. WOTCHIMAUCU

A comunidade Wotchimaucu, está localizada no bairro Cidade de Deus, periferia da zona Norte de Manaus, e foi fundada em 06 de junho de 2002 por um grupo majoritariamente de Ticuna que vieram dos Municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, e das aldeias Umariacú II, Filadélfia, Porto Cordeirinho e Feijoal.

Os ticuna apresentam uma organização social assentada em clãs, cujo pertencimento se faz por descendência unilinear e por linha paterna. Os clãs ou nações são agrupados em duas metades exogâmicas: uma metade compreende as nações de pena e a outra as nações sem pena (Oliveira Filho, 1988, p. 88).

A comunidade ticuna, atualmente com 29 famílias totalizando 110 pessoas (cadastro individual – AIS DISAN, 2022), tem sofrido com as consequências nefastas do vírus Covid-19. Particularmente, no que se refere ao modo de sobrevivência a partir das vendas de seus produtos artesanais e apresentações culturais, paralisados durante a Pandemia na cidade de Manaus, que se destacou como sendo uma das grandes preocupações dos órgãos de saúde, particularmente local. Em razão desse cenário, estabeleceu-se estratégias para a contratação de Agentes Indígenas de Saúde – AIS, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA.

Figura 05– Comunidade indígena wotchimaucu



Fonte: Territorialização Distrito de Saúde Norte.

A comunidade Wotchimaucu faz valer o significado do nome: “gente colada, grudada” tem o objetivo de fortalecer a cultura, educação diferenciada, saúde diferenciada, formação política, fabricação de artesanatos, visando a melhoria da qualidade de vida do povoticuna dentro do contexto urbano. Atualmente, após cadastramento do território (2022), de acordo com o mapa abaixo, a Comunidade Wotchimaucu, está a 569. 07km de distância da unidade de saúde mais próxima da comunidade.

Apesar de estarem localizadas na capital, essa população tinha suas atuações exclusivamente voltadas às aldeias. Esse panorama se transformaria ao longo dos anos 1990, com o incremento de organizações ocupadas diretamente com a situação dos “índios urbanos”. Passou-se da visão do índio na cidade para a concepção do índio da cidade, isto é, surge ao longo do tempo uma nova percepção do índio urbano

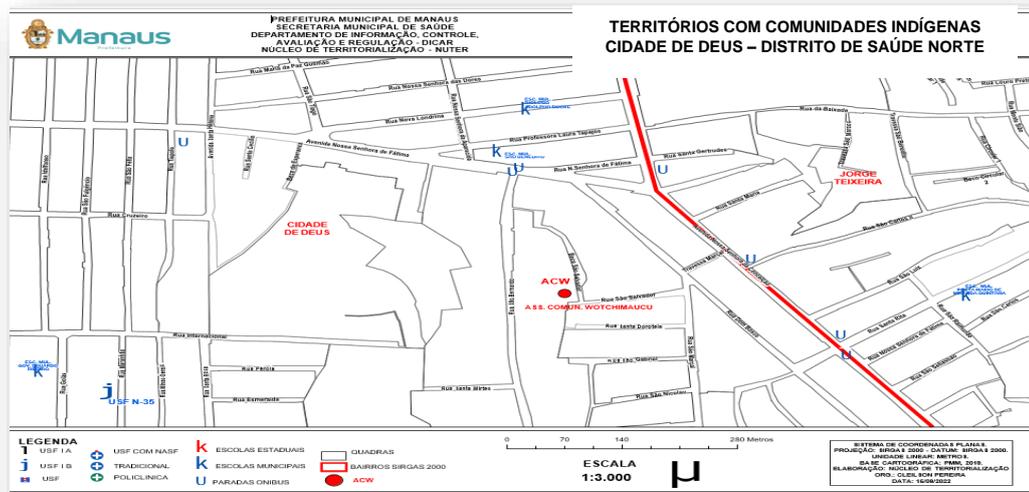
enquanto um marginal, alguém fora do lugar, resignou lugar a uma nova leitura que conjuga reconhecimento da diferença e direitos sociais.

Ticuna, indígena, diz que “Vale ressaltar que, nós indígenas que vivemos em contexto urbano não contamos com o auxílio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dificultando nosso acesso à saúde de qualidade”

Segundo a diretora da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (Copime), do povo Sateré-Mawé, os indígenas de contexto urbano, diante do fato de serem excluídos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), precisam receber atenção de outros poderes e instituições, sobretudo da Prefeitura de Manaus.

Marcivana, diretora diz: “Exigimos que a Prefeitura de Manaus faça o acompanhamento das comunidades. Não podemos ficar pagando com a vida por falta de uma política pública que nos contemplem”.

Figura 06 – Divisão do território – Comunidade Watchimaucu



Fonte: Territorialização Distrito de Saúde Norte

4.3.3.2. SOL NASCENTE

A Comunidade Sol Nascente possui 35 famílias, totalizando 158 pessoas de diversas etnias (cadastro individual – AIS DISAN, 2022), fica localizada no bairro Cidade de Deus.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde no território do referido distrito, se dá de forma tradicional. Ou seja, o usuário do Sistema Único de Saúde - SUS, desloca-

se até uma unidade de saúde, de sua preferência para solicitação de serviços ofertados pela unidade.

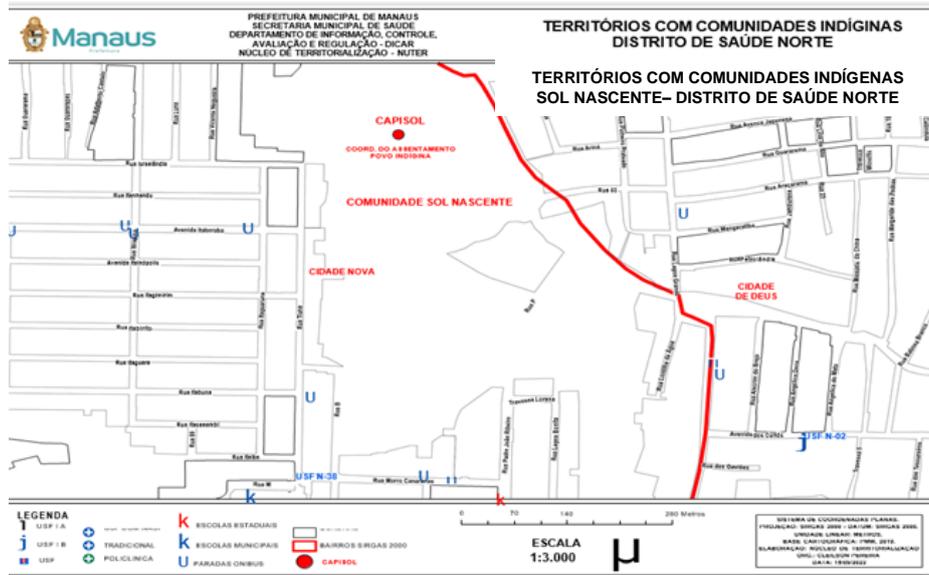
Figura 07 - Comunidade Sol Nascente.



Fonte: Territorialização Distrito de Saúde Norte.

Sendo assim, ressalta-se que não há um atendimento diferenciado que favoreçam a pessoa indígena no acesso à Atenção Primária à Saúde- APS. Daí, faz-se necessário enfatizar o importante papel do AIS como rede na conduta do cuidado, fortalecendo e estabelecendo vínculos com a comunidade e profissionais de saúde no território.

Figura 08 - Divisão do território - Comunidade Sol Nascente



Fonte: Territorialização Distrito de Saúde Norte.

De acordo com o mapa acima, a Comunidade Sol Nascente está a 715,69 km de distância da unidade de saúde mais próxima da comunidade. Nesse contexto, podemos afirmar que a questão territorial é ainda um ponto de grande relevância devido à distância entre as comunidades indígenas e as unidades de saúde. Isso tem afetado essa população que não possui recursos para ir e vir em meio a um sistema que não garante acesso ao cuidado primário, de forma imediata e sim de forma possível. As redes mais próximas desse grupo não são adequadas para casos complexos.

Ressaltamos que em ambas as comunidades, do referido distrito de saúde, o acesso aos serviços de saúde se dá de forma habitual. Ou seja, a pessoa indígena é reconhecida como usuário do Sistema Único de Saúde - SUS, portanto, deverá deslocar-se até uma unidade de saúde, de sua preferência para solicitação de serviços ofertados. “Nosso corpo também se faz território que precisa de gestão nas relações com o outro. Assim, territorializar, desterritorializar e reterritorializar se tornam parte da aprendizagem significativa, isto é, faz sentido para o nosso trabalho, para a nossa vida e para a vida do outro”(SCHWEICKARDT et al, 2021; p. 13 - 14).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 A PRODUÇÃO DO CUIDADO A PARTIR DAS REDES VIVAS DO PROFISSIONAL - GUIA

De acordo com Merhy et al. (2014), não há um segmento de construção da rede de cuidados produzida por uma linha, a partir de manuais e orientações dos órgãos governamentais, tomados, necessariamente, por trabalhadores e usuários para a construção de suas próprias Redes Vivas. Segundo o autor, essas redes estão em constante movimento, ou seja, se produzem e se refazem a partir dos encontros e desencontros que a vida lhes apresenta (MERHY et al., 2014).

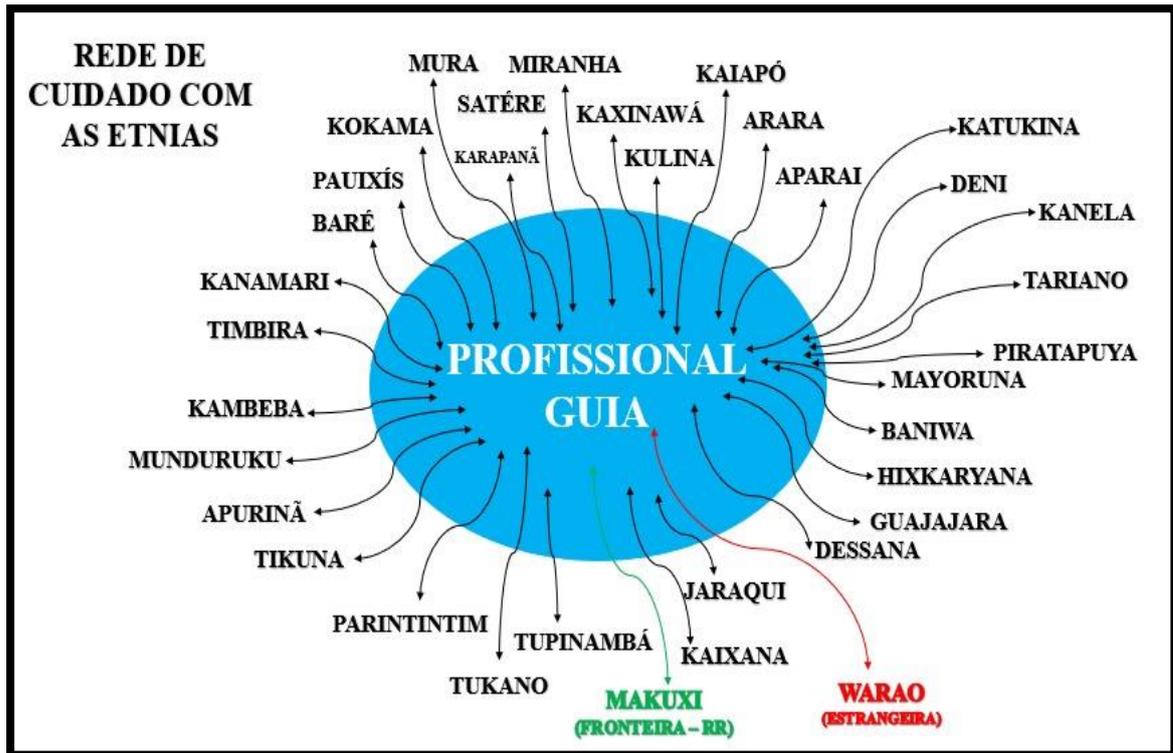
O território do Distrito de Saúde Norte contempla atualmente 35 etnias, sendo 01 de fronteira – RR (Makuxi) e outra oriunda da Venezuela (Warao). Nesse território o profissional - guia interage com as mesmas (Figura 09) nas 25 comunidades indígenas da zona Norte de Manaus, vem tecendo redes de cuidado que tem fortalecido a relação social entre as pessoas indígenas das comunidades com os profissionais AIS, facilitando a conexão da rede do cuidado com as equipes de saúde, a partir da escuta inicial no território vivo.

Na trajetória de tecer as redes de cuidado, o profissional - guia se depara com etnias distintas no território. Essa multiplicidade étnica em um mesmo espaço dificultou o ato de tecer.

A **figura 09** apresenta as redes étnicas, a rede profissional - guia tecendo redes do cuidado com outras etnias, inclusive estrangeiras, identificadas nas comunidades indígenas do Distrito de Saúde Norte, cujos grupos interagem entre si em ambiente comum, porém, assimilando aos poucos, o processo de viver em comunidade no território urbano. Podemos destacar que a barreira da língua, apresentou-se como um dos entraves no ato de tecer as redes do cuidado, podemos citar a etnia Warao que se comunica em espanhol.

O encontro com essas etnias se deu durante as visitas nos territórios, momento em que foi observado uma interação multiétnica, ocasionado pela pandemia.

Figura 09



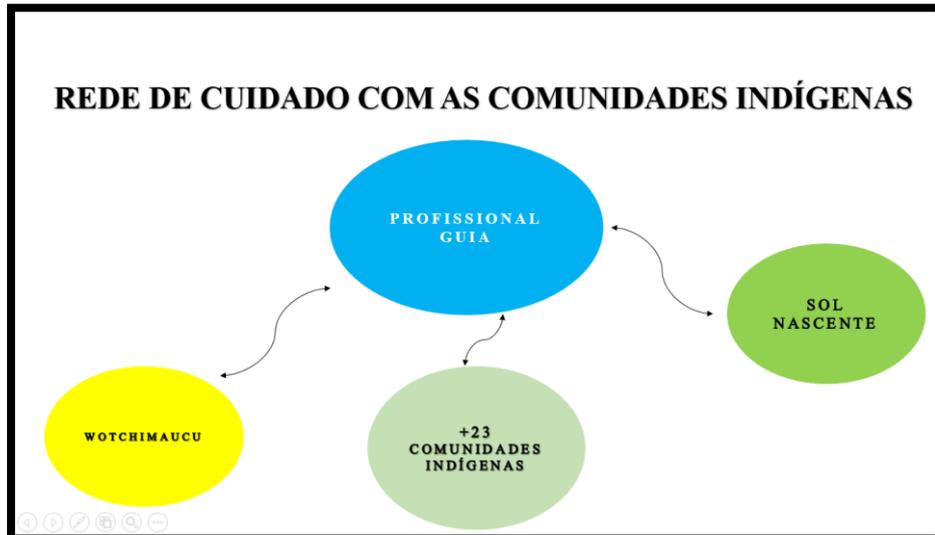
Fonte: elaboração própria, 2023.

Pereira (2023) enfatiza que “os indígenas em cidades pertencem a uma multiplicidade de etnias, falam múltiplas línguas, se organizam em associações étnicas, multiétnicas, de gênero, grupos de artistas e organizações não governamentais.” (p.41).

Em seguida destacamos na **Figura 10**, a rede do profissional guia, em conexão com as comunidades indígenas. A prática do cuidado durante a trajetória da pesquisa, destacou-se nas comunidades Watchimaucu e Sol Nascente, pelo fato de apresentarem maior quantitativos de pessoas infectadas pela Covid-19. A interação do profissional - guia no território fortaleceu a relação social dos profissionais AIS, facilitador da conexão com as equipes de saúde. É durante a construção das redes do profissional - guia, que a produção do cuidado se materializa com ações em saúde (imunização, atividades dialogadas, entre outras atividades de educação em saúde) no território.

O resultado da pesquisa demonstra que a rede viva do profissional - guia possui uma tecitura forte em razão do protagonismo deste no território, há uma conexão ativa e recíproca.

Figura 10



Fonte: elaboração própria, 2023.

O movimento da produção do cuidado no território das comunidades indígenas, fortalece a integração dos líderes indígenas com os profissionais de saúde e comunidade. É um momento oportuno para intensificar e estimular as trocas e práticas dos saberes científicos e tradicionais.

Dessa forma, as ideias de território valorizam a forma de organização dos grupos sociais em seus espaços, imprimindo significados às suas práticas sociais e simbólicas compartilhadas coletivamente (SCHWEICKARDT, *et al.*, 2016).

A **figura 11** demonstra que foram identificadas e estabelecidas redes ativas para prevenção e promoção da saúde da pessoa indígena no território do referido distrito de saúde, onde o AIS autor pesquisador, interage com seus pares para a realização da escuta inicial no território indígena. Essa conexão entre esses atores do cuidado, minimiza a comunicação com ruídos, pois apesar de serem de etnias distintas o trabalho coletivo fortalece a rede.

Figura 11



Fonte: elaboração própria, 2023.

As Redes Vivas conseguem ir além da produção do cuidado dentro da lógica das redes formais de atenção à saúde, considerando as redes produzidas por trabalhadores e usuários em acontecimento, em meio a encontros, afetos, interferências que ilustram diversas possibilidades de olhar para este processo, que se produz no caminhar das existências das pessoas (MERHY et al., 2014).

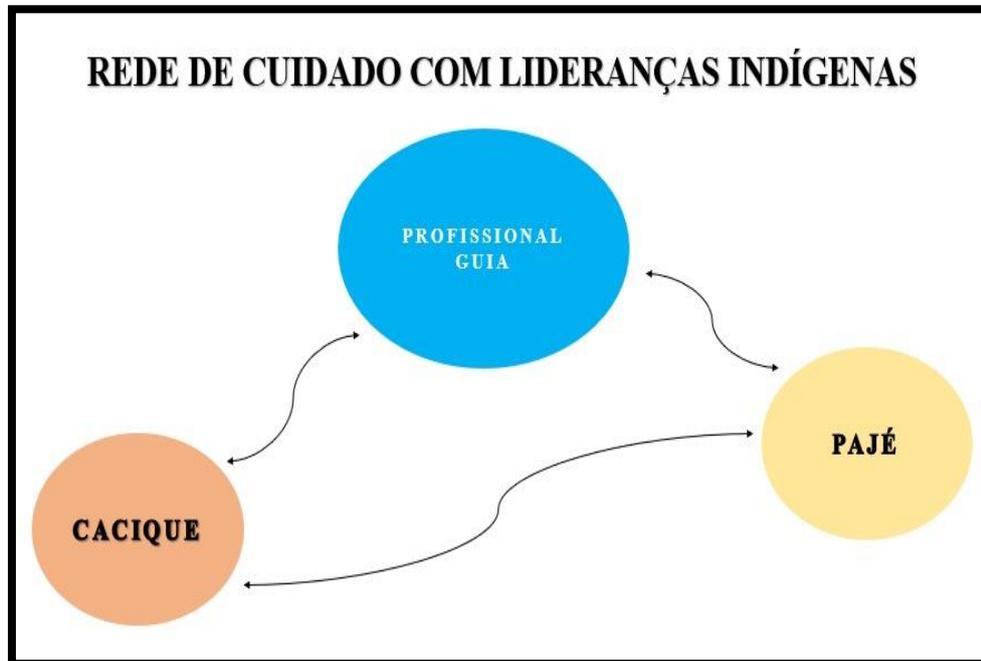
Esse cenário nos faz dar destaque a teoria da dádiva, fundada sob o tripé: dar, receber e retribuir (LACERDA; MARTINS, 2013 apud MAUSS, 1925). A interação entre esses atores sociais, formaram laços, vínculos que estabeleceram relações de alianças, resultando na reciprocidade coletiva. As Redes Vivas do AIS, profissional – guia teceram a sociabilidade entre seus pares e a comunidade indígena.

O reconhecimento social, foi notório durante todo o processo da pesquisa, as Redes Vivas do AIS alinhadas aos seus pares, contribuíram no aperfeiçoamento das atividades nas comunidades com reconhecimento dos sujeitos. As teorias da dádiva e do Reconhecimento causam importantes aportes para a saúde coletiva (LACERDA; MARTINS, 2013).

A **figura 12** retrata a interação, o fortalecimento da rede profissional - guia com as lideranças indígenas, na trajetória do cuidado. Os interesses individuais se desmontaram em busca de um alinhamento para a promoção da saúde da

comunidade no território. “Vivenciar a relação é construir pesquisa e, também, o cuidado” (BERTUSSI et al.; 2021, p.92 apud ROLNIK, 2007).

Figura 12

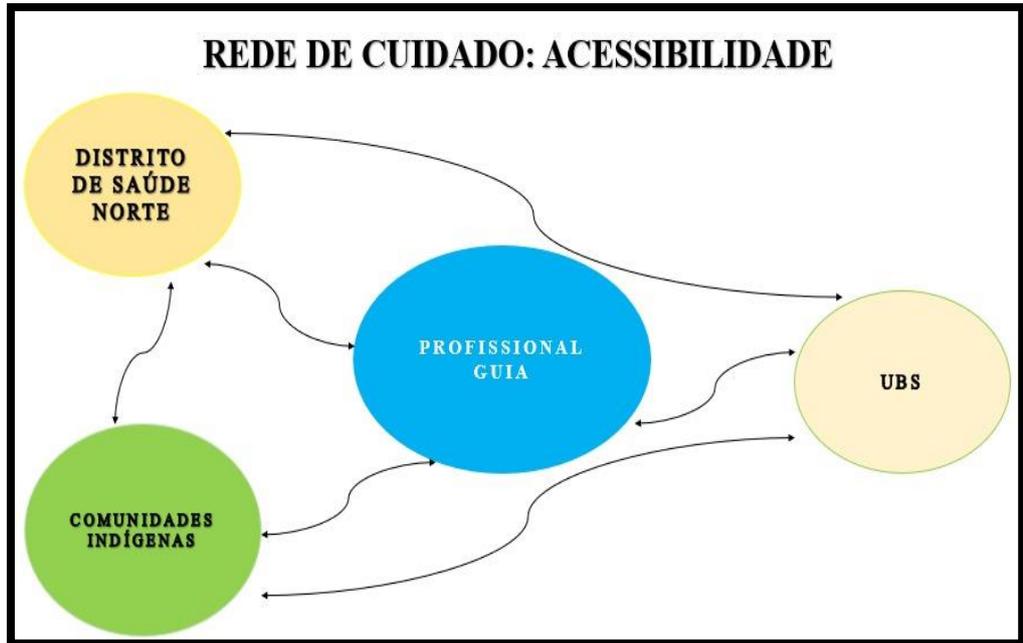


Fonte: elaboração própria, 2023.

A **figura 13** mostra a rede do profissional - guia tecendo redes com Gestores das Unidades de Saúde (UBS) e Distrito de saúde, em razão do vazio assistencial latente, fazendo o papel de “tradutor” das orientações para a comunidade, estabelecendo vínculos para garantir agendamento médico ou odontológico, de acordo com as necessidades das pessoas indígenas, verificadas no momento do cadastramento ou da atualização cadastral, ou ainda, no momento das ações em saúde realizadas nos territórios. O Agente Indígena de Saúde é o profissional que mais interage com as comunidades indígenas da zona Norte. Nesse contexto, percebemos que a integralidade do cuidado, tornou-se possível com o tecer de suas Redes Vivas fortalecidas com a construção do vínculo e acesso da pessoa indígena nas unidades de saúde.

O vazio assistencial, latente, distância das comunidades em relação às Unidades de Saúde. O “longe muito longe”, nesse caso, foi transformado pelo cuidado em algo que construiu e mostrou Redes Vivas (MERHY et al., 2014).

Figura 13



Fonte: elaboração própria, 2023.

A **figura 14** mostra a interação da rede profissional - guia com outros cuidadores e outras práticas, especialmente durante a pandemia Covid-19, que, segundo as suas narrativas, houve intensa interação com o pajé. Inclusive os não indígenas das comunidades também buscaram os cuidados da medicina indígena.

Figura 14



Fonte: elaboração própria, 2023.

“O pensamento indígena sobre saúde engloba não só os aspectos físicos, mas também os espirituais e assim unem as técnicas de uso das plantas com os rituais, além dos hábitos e costumes, entendendo que seu estado de saúde influencia a capacidade de trabalho dos indivíduos.” (SANTOS, 2000 apud SCHWEICKARDT et al., 2021, p.139).

Andrade (2018), destaca sobre a importância de profissionais na gestão do cuidado, que realmente estejam inseridos no contexto do sistema de cura tradicional dessas comunidades e que atuem de forma a integrar a medicina indígena à biomédica. “importante que a equipe possa compreender e respeitar o componente cultural na saúde, e não sobrepor o conhecimento técnico ao saber tradicional, mas sim fazê-los dialogar. Afinal, as competências clínicas e culturais são essenciais na construção do modelo de atenção diferenciada, que culmina com um cuidado intercultural qualificado” (p.90).

A prática da ação do cuidado é influenciada pelos sistemas de interpretação da doença e saúde na sociedade e possui diversas representações alinhadas aos padrões culturais e experiência individual. Dentro das comunidades indígenas, os métodos de cuidado e cura são retratados de acordo com a cosmologia de cada etnia. (LAGDON, 1994 apud ANDRADE, 2018).

Nesse contexto, Barreto (2021), ratifica que para os povos indígenas do Rio Negro, “a fumaça do tabaco, como veículo de bahse, representa uma substância curativa, protetiva” (p.136), podendo transportar o pensamento ao domínio do conhecimento. Ou seja, a fumaça do tabaco se torna um agente potente de visão, e sua leveza e forma fluida, quase invisível, permite que os especialistas se movam entre os níveis do universo por meio do pensamento.

Segundo Garnelo et al. (2004), o processo de adoecimento nessa população, assim como o de cura, é orientado, principalmente, por rituais de oferta, uso de plantas, chás, canções terapêuticas e rezas, realizados por cuidadores tradicionais, (GARNELO et al., 2014 apud ANDRADE, 2018). Para Langdon (1994), para estes povos, o processo terapêutico nessa população, caracteriza-se como uma negociação contínua sobre a interpretação dos signos da doença e a escolha de terapia apropriada nesta situação pluriétnica com várias alternativas (LANGDON, 1994 apud ANDRADE, 2018).

A seleção ou escolha de terapias vai além do envolvimento familiar, do uso de remédios tradicionais, das bênçãos de curandeiros e da assistência da equipe de

saúde local. Nesse cenário, não existe protocolo de impedimento para a utilização simultânea de diferentes alternativas terapêuticas, asseguram os autores.

Em contrapartida, Barreto (2021), resgata em sua tese a noção de doatise e duhtitise e ressalta sobre a importância dos protocolos como categorias que servem de diagnóstico adotados pelos especialistas indígenas. “O protocolo de diagnóstico é basilar, na medida em que permite aos especialistas lançar mão das fórmulas “certas” de bahse para abrandar ou curar as afecções, equalizar elementos constitutivos do corpo, bem como alinhar as heriporã bahseke wame para o equilíbrio conectivo da pessoa (p.43).

“Os kumuã afirmam que a floresta é uma farmácia natural e infinita. Nela, existem inúmeras plantas que somente as pessoas especializadas conhecem e fazem a manipulação correta para transformá-las em remédio” (BARRETO, 2021, p.182). “O kumu seguiu o mesmo protocolo que adotou nos casos anteriores” (p.82).

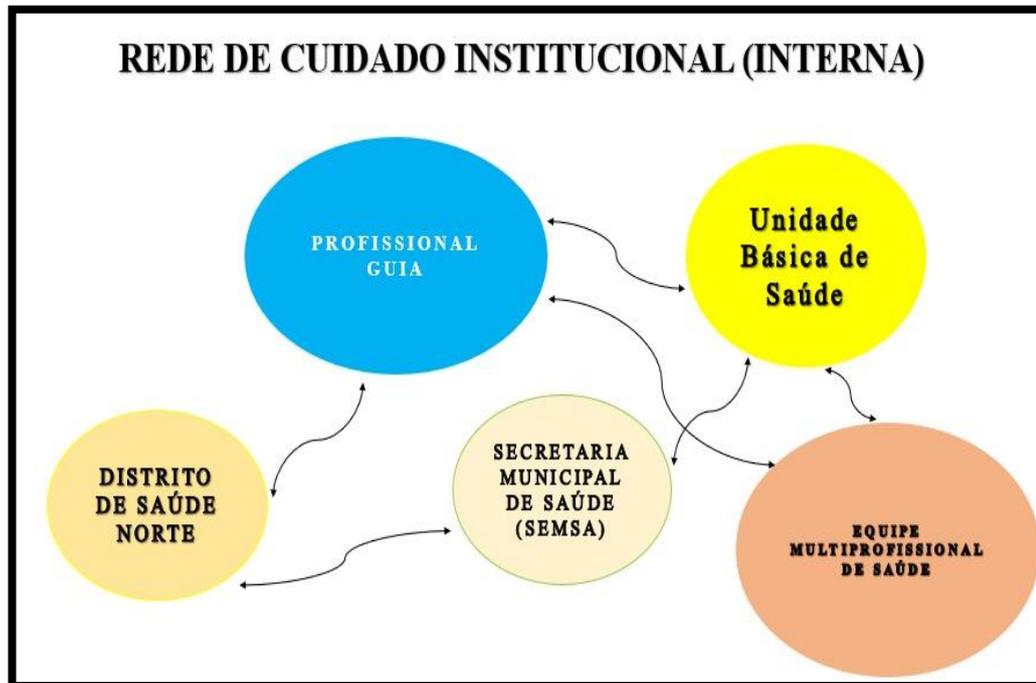
A importância da medicina indígena, é bastante discutida por Barreto (2021), que em sua tese afirma que “os principais frequentadores do Centro de Medicina Indígena, na cidade Manaus, são os não indígenas de diversas partes do país” (p.183). Segundo o autor, esse público geralmente possui receita médica, o que não é impedimento para o kumu, que considera a complementação das duas formas de tratamento, “de modo que os remédios tem suas propriedades químicas para atacar a doença, e os Bahse, entendido como ato de prevenção e proteção, atuam com as propriedades metaquímicas – cuja finalidade de ambas as formas, é curar a doença. Portanto, atualmente não se realiza mais esse ato. Segundo o autor, por “mudança do tempo”.

Sobre a “mudança do tempo”, Barreto (2021), afirma ainda que esse entendimento é devido a destruição de casas de waimahsã, extintas sem diálogo com os donos dos lugares. Segundo o autor, em retaliação a essa destruição, foi lançado doenças contra os humanos, e alteração do tempo para que os humanos não tenham seu controle e com isso não consigam fazer Bahse de prevenção que combinado com plantas medicinais, são essenciais para promover a qualidade de vida dos povos indígenas do noroeste amazônico.

A **figura 15** demonstra a conexão estabelecida pela rede profissional - guia com a equipe multiprofissional das unidades de saúde (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Nutricionista e Farmacêuticos) que executam seus serviços no tecer das Redes Vivas do profissional

- guia, onde a partir da escuta inicial (cadastramento) e levantamento epidemiológico, realizado pelo profissional - guia e seus pares, o distrito de saúde contribui para realização de ações em saúde no território.

Figura 15



Fonte: elaboração própria, 2023.

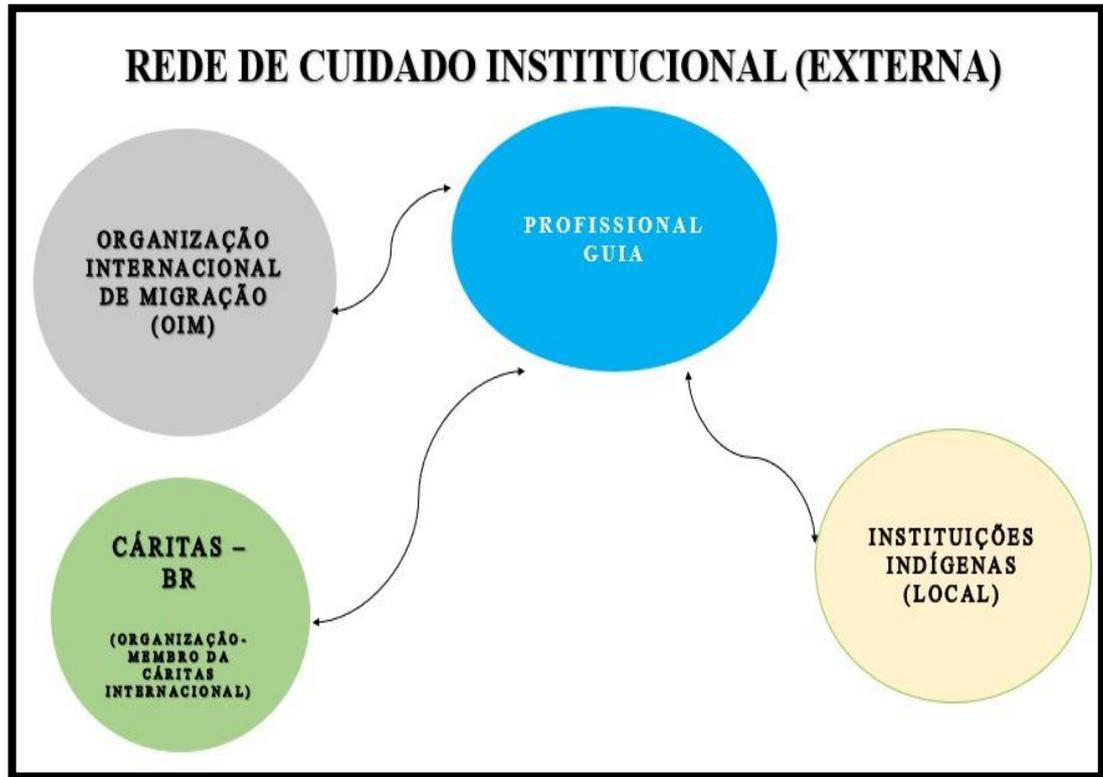
É imprescindível a formulação de métodos e acordos novos, sustentáveis e eficazes, com o envolvimento dos trabalhadores e gestores, com a participação efetiva da população, provocando e experimentando inovações no campo da partilha de práticas de cuidado e gestão, resultando em aprendizados a todos os envolvidos (MERHY et al., 2016 apud SCHWEICKARDT et al., 2021, p.63).

Na **figura 16**, podemos verificar a interação entre a SEMSA, o Distrito de Saúde Norte e Instituições externas. Para acesso às comunidades indígenas, o ponto focal é o AIS. Diante desse cenário, com o intuito de produzir o cuidado considerando também a intersectorialidade, o AIS do Distrito de Saúde Norte, estabeleceu a comunicação e organização no território das comunidades indígenas, a partir do tecer de suas Redes Vivas.

Nessa lógica, a intersectorialidade, enquanto processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores da comunidade, deve ser considerada nas práticas em saúde, por possibilitar a construção de

intervenções compartilhadas, pautadas no vínculo, corresponsabilidade e cogestão para a resolução de problemas no e do território (FERREIRA; COSTA, 2017).

Figura 16



Fonte: elaboração própria, 2023.

A **figura 17** mostra a interação da rede profissional – guia com as áreas programáticas de saúde no território das comunidades indígenas da zona Norte de Manaus. Percebemos que os pontos do cuidado em saúde devem estar ativos e conectados. Nessa figura, vemos a importância dessa conexão para prevenção de agravos no perfil epidemiológico da comunidade. Ao acompanharmos o percurso do cuidado em saúde nos territórios, ficou bem evidente que a atuação da rede profissional - guia é primordial para garantir a prática do cuidado integral em território indígena.

Sobre o cuidado integral, Franco et al (2004) comentam sobre o acontecer em virtude da organização dos processos de trabalho da equipe multiprofissional, que executa suas ações e serviços mediante diretrizes como a da vinculação da clientela. Pois estes sabem da especificidade da população num território diferenciado, sendo necessário a atuação da Educação Permanente de forma ativa. (LIMA et al., 2016).

Figura 17



Fonte: elaboração própria, 2023.

Martins et al. (2023) comentam sobre a necessidade de reflexão no que se refere ao acolhimento, ou tratamento da pessoa indígena nas unidades de saúde, por profissionais de saúde, a fim de que seja observado e cumprido o que está preconizado na política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas (PNASPI). A equipe de saúde deve “atentar para a diversidade cultural, a fim de garantir o direito à atenção diferenciada à saúde desses povos” (p.44).

Em seguida demonstraremos na **figura 18**, uma síntese das Redes Vivas do profissional guia, tecidas em um cenário de acolhimento em território indígena, com intuito de garantir a acessibilidade, acolhimento e qualidade dos serviços em saúde aos povos indígenas.

Nessa perspectiva o profissional guia desenvolveu suas Redes Vivas, alinhando suas redes, inclusive familiares, quando também necessitavam de serviços em saúde. Na cidade de Manaus mora somente com os filhos e esposa, os demais familiares ainda se encontram no estado de Roraima.

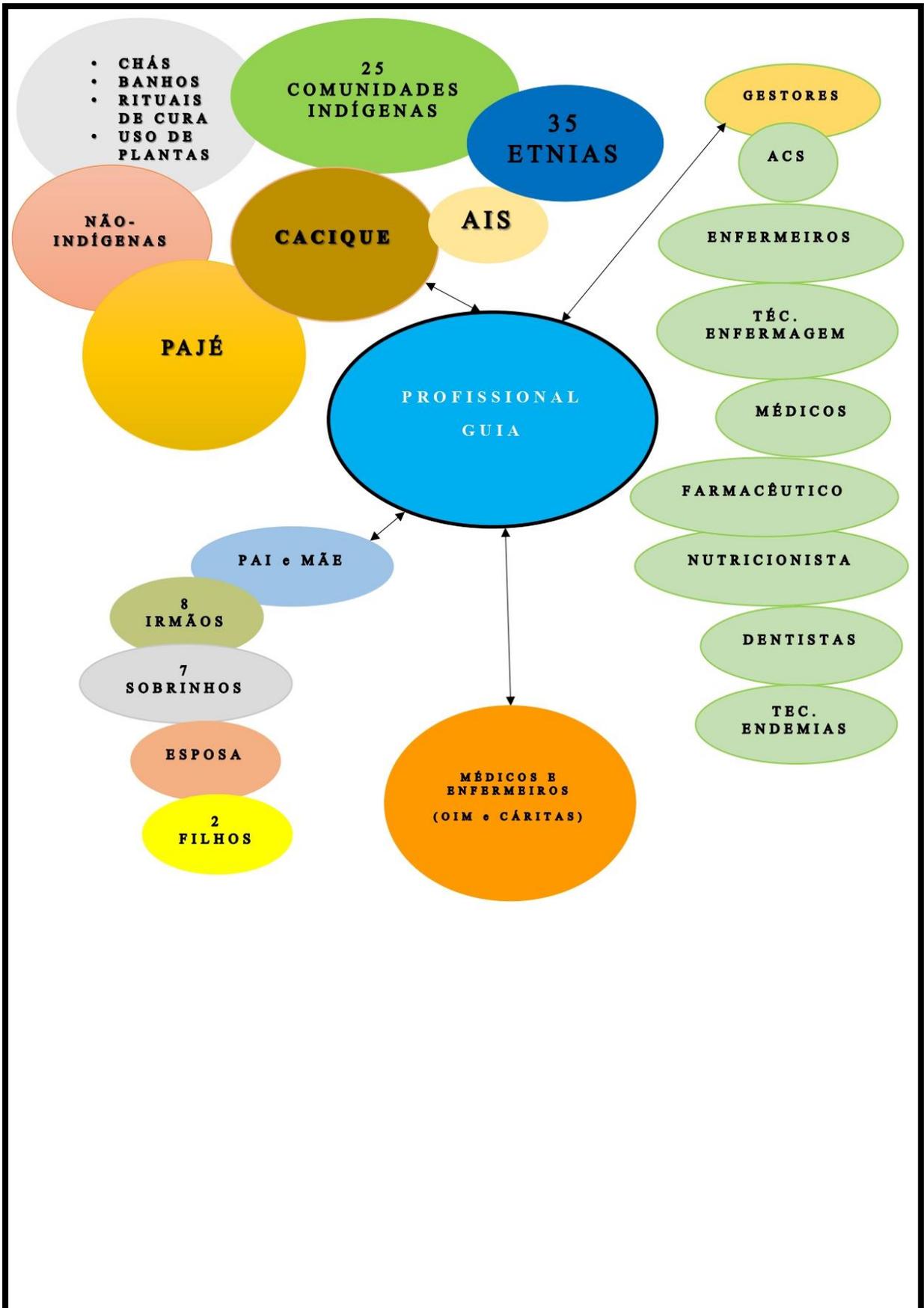
A conexão das Redes Vivas do AIS junto aos profissionais de saúde, facilitou o acesso da pessoa indígena nas unidades de saúde. Estes, se sentem mais seguros quando sabem que o profissional guia, para eles o AIS, está na unidade de saúde aguardando para encaminhá-los à consulta médica e ou serviços em saúde. A unidade de saúde CF Carlson Gracie e USF Sálvio Belota, destacam-se, por questões geográficas, no atendimento a essa população.

O território das comunidades tem sido o palco dessas Redes Vivas, pois tiveram oportunidades de receberem ações em saúde, vinculando a pessoa indígena aos programas de saúde, com acompanhamento desde a saúde nutricional.

Para o profissional - guia e todos os envolvidos não foi difícil entender que o processo das Redes Vivas acendeu uma chama nas comunidades, apagada pela invisibilidade.

Assim sendo, no caminho da pesquisa, percebeu-se que a rede viva do profissional guia fortaleceu o território indígena da zona Norte de Manaus, demonstrando a necessidade de continuidade em face a um dos maiores problemas do subsistema que é exatamente a sua articulação com o SUS regional, pois, “é nesse âmbito que precisam ser criadas estratégias, fluxos e estruturas que deem conta da longitudinalidade do cuidado, entendendo que os indígenas moradores da cidade fazem parte do território da saúde a ser atendido”. (MENDONÇA, 2023, p.55).

Figura 18 - Síntese da Rede Viva do Profissional guia



5.2 A PESQUISA E A VISIBILIZAÇÃO DOS INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO

A pesquisa possibilitou a visibilidade das redes do profissional - guia que se conectavam de ponto a ponto para produzir o cuidado no território das comunidades indígenas do Distrito de Saúde Norte. Até então, estavam desconhecidas, inclusive pelas equipes de saúde. A aproximação dos territórios de vida, as redes de relações, permite a discussão sobre o fortalecimento das políticas públicas de territórios distintos (SCHWEICKARDT et al., 2016).

O resultado foi relevante porque se concretizou com as narrativas do profissional Agente Indígena de Saúde -AIS, reconhecido na referida pesquisa como profissional - guia, que em parceria com outros AIS no ano de 2021 a 2023, iniciou seu processo de trabalho por entender a significação de Rede Viva. A partir disso, foi realizada a formulação e identificação de outras redes para garantir a prática do cuidado da pessoa indígena identificada nas áreas de abrangência do referido distrito de saúde.

Ressaltamos que a narrativa do profissional - guia contemplou a trajetória do cadastramento de famílias indígenas, em que foram identificadas 25 comunidades indígenas de diversas etnias, inclusive transfronteiriças, sendo 34 etnias brasileiras (01 Macuxi – Fronteira com o Estado de Roraima) e 01 estrangeira (WARAO), da Venezuela. Durante a trajetória do profissional - guia, pelo território foram estabelecidos vínculos que fortaleceram as relações sociais. No campo profissional, a pesquisadora percebeu a importância e reconhecimento do AIS como REDE VIVA nas comunidades indígenas urbanas, inclusive no ambiente dos ticuna (povos que não se misturam). E, a partir das narrativas do profissional - guia, as redes foram se formando com pontos conectados a produção do cuidado, como podemos verificar:

O profissional - guia, autor pesquisador garantiu na gestão atual (2023), o ponto de rede conectado com agenda aberta para as lideranças e caciques no Distrito de Saúde Norte. Ele também garantiu uma rede conectada com o acolhimento dos indígenas agendados para atendimento médico ou odontológico e demais serviços ofertados nas unidades de saúde. Teceu redes com os diretores das unidades de saúde, a fim de tornar real o processo de vinculação, para fortalecer a integralidade do cuidado da pessoa indígena.

Ainda em meio as narrativas, a autora perceberam que o AIS autor pesquisador teceu redes de cuidado que se conectaram com médico indígena da Clínica da Família Carlson Gracie, para desenvolver atividades estratégicas com base no perfil epidemiológico das comunidades indígenas. O AIS profissional - guia teceu rede com lideranças indígenas e gestores do DISAN (Imagem 10) visando, juntamente com seus pares se conectarem por meio da escuta inicial, para planejamento de pautas a serem levadas em reuniões setoriais com as Unidades de Referência – Unidade Saúde da Família (USF) e Estratégia Saúde da Família – ESF, afim de garantir a produção do cuidado no território indígena.

Imagem 10 – Momento da escuta inicial na maloca



Fonte: Iranilson Gabriel Militão, 2022

Com a identificação e formulação de Redes Vivas no processo do cuidado, há uma maior interação dos profissionais AIS em território indígena por estes também se conectarem com os programas do Ministério da Saúde, tais como: a saúde da mulher, do homem, da criança, saúde bucal, saúde nutricional, em âmbito indígena, destacando-se o autocuidado contra Sífilis -HIV, tabagismo, entre outros. Essa

interação de redes fortalece a promoção do cuidado tradicional e científico em território indígena, e se estende a outras instituições.

No que se refere a imunização, o AIS teceu rede acionando a coordenação da Saúde da População Indígena do Distrito de Saúde Norte e o Núcleo de Ações Estratégicas - NUAES, para planejamento oportuno de estratégias junto a coordenação de imunização do DISAN.

O movimento de Redes Vivas narradas pelo profissional - guia na trajetória da pesquisa, resultou ainda na prática contínua de intensificação de registro em território indígena, com atualização de cadastro individual (Imagens 11 e 12) facilitando assim, o monitoramento do perfil epidemiológico das comunidades indígenas.

Imagem 11 - AIS no processo de cadastramento



Fonte: Iranilson Gabriel Militão, 2021

Imagem 12 – Profissional – Guia no Processo de cadastramento



Fonte: Iranilson Gabriel Militão, 2022

O tecer das Redes Vivas do profissional - guia, para a produção do cuidado, possibilitou a autora observar a interação dos AIS com a equipe técnica da Gerência de Inteligência – Territorialização e Núcleo de Monitoramento – NUMOA, e de programas de saúde vinculadas ao Núcleo de Ações Estratégicas - NUAES - Gerência de Atenção em saúde – GEATS;

“O acesso às redes prioritárias, a vinculação e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, ainda é um desafio para todas as regiões do país” (ALELUIA et al., 2017 apud SCHWEICKARDT et al., 2021, p.64).

Em meio aos desafios citados pelos autores Aleluia e Schweickardt, percebeu-se na trajetória da pesquisa que o profissional – guia, transpôs diversas barreiras para produzir rede do cuidado a partir da comunicação durante a escuta inicial com as lideranças e caciques, em que passaram a ser mais frequentes durante as visitas nas comunidades, que são agendadas previamente pelos AIS. A partir da narrativa do profissional - guia, conseguimos observar que as conexões das redes possibilitaram a produção do cuidado no território das comunidades indígenas, a partir da visibilidade destas, fortalecendo os pontos de conexão entre profissionais de saúde, despertando interesse na participação de atividades nas comunidades, o que resultou em movimentos satisfatórios entre as lideranças indígenas.

Imagem 13 – 1ª Visita de Lideranças indígenas no DISAN



Fonte: elaboração própria, 2021

A imagem 13 retrata o momento em que lideranças indígenas (caciques), visitam pela primeira vez o Distrito de Saúde Norte, resultado da produção das Redes Vivas do profissional guia em seus territórios. O Profissional - guia conectado com outros AIS, teceram a rede de produção do cuidado na APS DISAN, as redes são vivas!

No campo social, o profissional - guia teceu redes de acolhimento conectados com seus pares, nas comunidades de etnias distintas, com gestores e equipes de saúde;

A produção da rede de cuidado do profissional - guia, permitiu maior interação entre os parentes, trouxe mais reconhecimento da profissão AIS nas comunidades, inclusive no ambiente dos ticuna.

Quanto as redes de organização de ações e serviços, tecidas pelo profissional - guia, autor pesquisador, a autora pesquisadora observou a continuidade no processo de trabalho dos AIS, se diferenciando das ações pontuais de entidades

governamentais como a Organização Internacional de Migração e Cáritas que estiveram no território de algumas comunidades do DISAN entre 2021 e 2023.

Ressalta-se que durante a trajetória da pesquisa observamos que as redes do profissional - guia possuíam pontos de relação de poder, que se conectaram também com os caciques ticuna, no que se refere a interação no território, rompendo as barreiras de acesso, pois os ticuna não se misturam.

Em seguida, apresentaremos alguns desdobramentos desta pesquisa, tecidos ao longo da trajetória das Redes Vivas do AIS nas comunidades indígenas localizadas na zona Norte da cidade de Manaus – Amazonas.

5.2.1 DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA E APRENDIZADOS

Durante a trajetória da pesquisa, houve alguns desdobramentos, com envolvimento de gestores e secretarias locais (Anexos 1- 5), bem como: visibilidade do Agente Indígena de Saúde, na apresentação de experiências exitosas relacionadas ao cenário da pesquisa, promovida pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS-AM, com a temática Aqui tem SUS. A experiência ganhou destaque no 2º lugar em nível Municipal (Imagem 14); ganhou destaque em nível estadual, com o título de melhor experiência da Região de Saúde Manaus, Entorno, e Alto Rio Negro, na IV Mostra Amazonas aqui tem SUS (Imagem 15); E, por fim, o trabalho intitulado Agente Indígena de Saúde: Rede Viva do Distrito de Saúde Norte, foi escolhido para compor exposição de banner (Figura 19; Anexo 07) no 9º Congresso Norte e Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde, em Salvador – Bahia, em setembro de 2023, resultando na condecoração Irmã Dulce para o município de Manaus (Figura 20 ; Anexo 10).

Ressalta-se ainda, a participação no I Congresso Nacional Multidisciplinar em Saúde no ano de 2021 (I CONSAÚDE – Anexo 11), evento científico na modalidade online, cuja temática norteou-se para despertar quanto a importância de resgatar as práticas nutricionais indígenas no território, com iniciativas voltadas para a alimentação tradicional dessa população. Na oportunidade apresentamos experiências relacionadas ao resgate da alimentação raiz com o cultivo de hortas em uma das comunidades indígenas da zona Norte de Manaus. Essa prática se deu após levantamento epidemiológico, que sinalizou pessoas indígenas com quadro de hipertensão e diabetes.

As Redes Vivas do agente indígena de saúde, fortaleceu ainda o Núcleo de Ações Estratégicas do Distrito de Saúde Norte no alinhamento da comunicação com líderes indígenas e integrantes de organizações indígenas local, resultando no ano de 2022, no 1º Encontro dos Povos Indígenas na zona Norte de Manaus, em alusão ao dia 09 de agosto, Dia Internacional dos Povos Indígenas. Essa importante repercussão, entrou no calendário da SEMSA em 2023 (Anexo 06), em que ocorreu o 2º Encontro nessa temática.

A pesquisa resultou ainda na elaboração de um Mapa Multiétnico (Figura 21) que foi adaptado ao Mapa do Distrito de Saúde Norte, com a inserção de malocas para sinalizar o território das comunidades indígenas. O mapa, se refere a zona Norte da cidade de Manaus que forma com a Zona Leste a macrozona conhecida como "zona de expansão". De acordo com estimativas de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população era de 606.924 habitantes abrangendo 10 bairros.

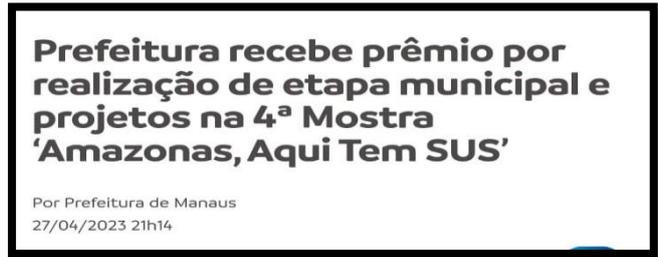
A repercussão das Redes Vivas no território da zona Norte de Manaus, contribuiu para participação em documentário realizado pela CÁRITAS (2023): Vozes da Amazônia: unindo forças contra a Covid – 19 (Anexo 13).

Esses cenários aqui descritos, com destaque às Redes Vivas do Agente indígena de Saúde, contribuíram para dar visibilidade aos povos indígenas, particularmente os que vivem em contexto urbano, na zona Norte de Manaus. “As Redes Vivas são como malhas, não há início nem fim, só há ligações e conexões (MERHY, 2014).

Imagens 14 e 15. Premiação – Autores e Subsecretário Municipal de Saúde



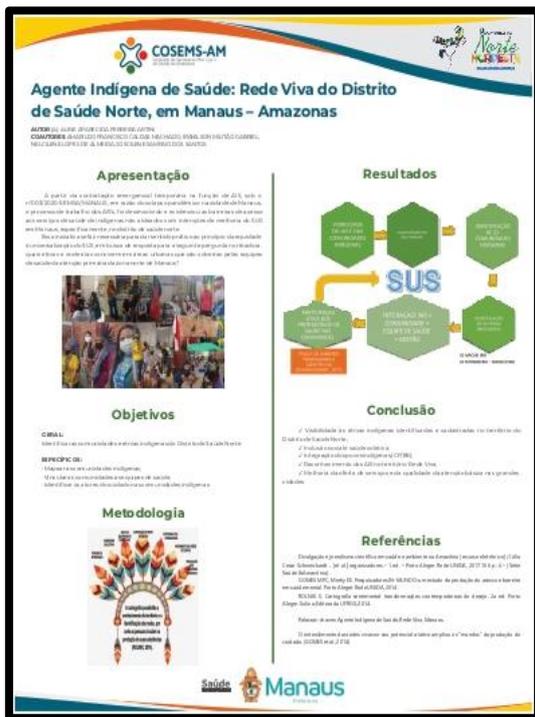
Fonte: Elaboração própria



Fonte: Prefeitura de Manaus

Figura 19 - Exposição - Congresso - BA

Figura 20 - Premiação

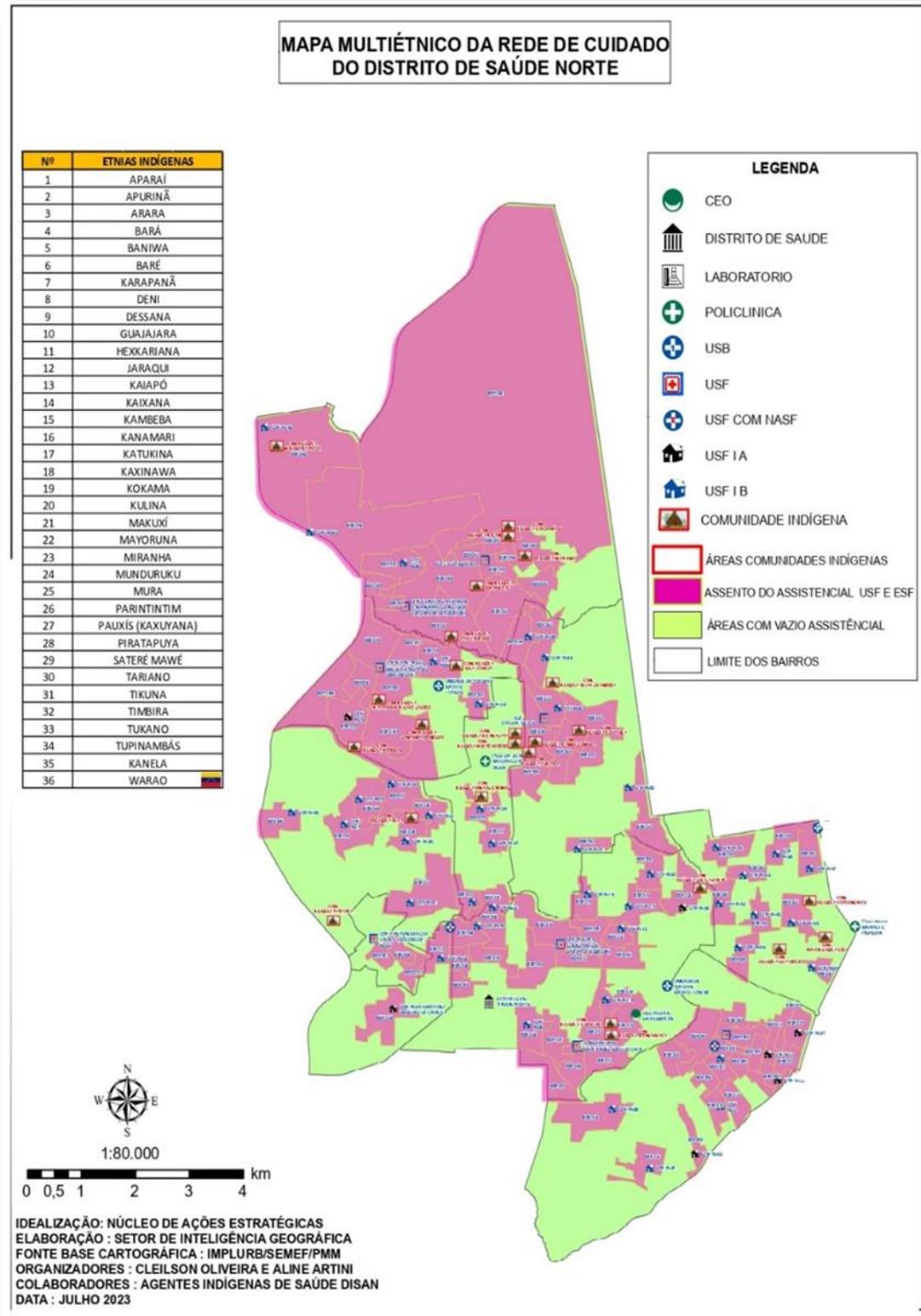


Fonte: Cosems-AM



Fonte: Cosems-AM

Figura 21– Mapa Multiétnico.



Fonte: elaboração própria (inserção das malocas) adaptadas ao mapa do Distrito de Saúde Norte, 2023.

A pesquisa trouxe inúmeras experiências no território do saber, bem como, no território do viver, onde as trocas foram essenciais para compreendermos os processos de mudanças situacionais e até mesmo pessoais, quando nos desterritorializamos em busca de entendermos a necessidade do outro. As experiências vividas pelo profissional-guia, foi expressa desta forma:

“Essa foi uma oportunidade importante para minha vida, que mudou a minha forma de pensar a saúde, e eu não sabia o significado de Rede Viva, quando a minha chefe explicou, obrigada dona Aline, eu já estava fazendo essa rede, ajudando meu povo, só que eu não sabia o nome (risadas)”.

Foi notório o respeito que o profissional – guia ganhou nas comunidades e se estendeu para os demais AIS. O profissional guia e seus pares, conquistaram a confiabilidade das lideranças indígenas que demonstraram satisfação em face a dinâmica das Redes Vivas.

Assim, entendemos que a pesquisa como um todo, não se esgota, está em constante movimento, é o motor que pode alavancar os processos de trabalho a partir das descobertas, fortalecendo assim, as redes entre a academia e os serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desta pesquisa foi analisar as Redes Vivas de um Agente Indígena de Saúde – AIS, buscando compreender como se construíam as práticas do cuidado em saúde nas comunidades indígenas, em vazios assistenciais, localizadas no território de um distrito de saúde na zona Norte da cidade de Manaus.

Tendo em vista os objetivos específicos desta pesquisa, podemos afirmar que para alcançá-los, o tecer das redes durante a trajetória com o profissional - guia no território, não foi tão simples assim, as dificuldades se mostravam a cada tentativa de iniciar ou finalizar a conexão das redes no contexto do cuidado. Porém, o movimento contínuo no território e a insistência do profissional - guia em produzir pontos de conexão para a produção do cuidado nas comunidades, permitiu maior interação dos profissionais de saúde, estimulou a esfera da afetividade e do direito de cidadania. Resultando no alcance desses objetivos, iniciado pela identificação e mapeamento das comunidades, alinhamento das redes e comunicação ativa com lideranças indígenas no território para planejamentos dos processos de trabalho, no intuito de fortalecer a prática do cuidado em saúde, denominando-se como Redes Vivas.

Conhecer as Redes Vivas tecidas pelo profissional - guia a partir de suas narrativas foi fundamental, uma vez que possibilitou, além do conhecimento da existência dessas, o entendimento da sua potencialidade na produção do cuidado e a integração destas em ações estratégicas desenvolvidas em espaços coletivos nas comunidades indígenas. Nesses espaços, ficou evidente que a construção narrativa da realidade não é estática, produz um diálogo vivo, pois se atualiza no indivíduo, ser vivente, possibilitando uma nova construção a partir de descobertas e novos posicionamentos.

Discorrer sobre a atenção à saúde da população indígena é muito complexo, não só pela diversidade dos povos e mundos, mas as especificidades na relação das pessoas e coletividades, bem como os diversos fatores identificados na trajetória da pesquisa que de alguma forma interferem na produção da saúde e nas condições concretas de produção de vida. Por isso, a importância do envolvimento de atores multiprofissionais na coordenação do cuidado com diálogo intercultural efetivo na saúde indígena, que operem tecnologias leves em função dos problemas de saúde e das subjetividades do usuário, levando em consideração os sistemas de

representações, valores e práticas relativas ao adoecer em interação com as práticas dos cuidadores tradicionais.

Dessa forma, percebemos que a prática do cuidado nos territórios das comunidades indígenas passou a ser compartilhada, e, em Redes Vivas, desprendendo-se da lógica do instituído para ser instituinte de acordo com as necessidades da população local.

Ao destacarmos o protagonismo do profissional AIS como Rede Viva nas comunidades indígenas da zona Norte de Manaus, em tempo de Covid-19, pontuamos que a partir do georreferenciamento realizado no território da zona Norte de Manaus, foi possível adaptar ao Mapa do Distrito de Saúde Norte, da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA, 25 malocas e quadro com 35 etnias identificadas no referido território, até então, invisíveis.

Ressaltamos que os resultados das Redes Vivas do agente indígena de saúde, mostraram que as comunidades indígenas passaram a ter maior participação dos profissionais de saúde em seus territórios, o que favoreceu a valorização do profissional AIS, junto as lideranças indígenas e comunidades, durante o processo do tecer as redes para produzir o cuidado. Foi indispensável o alinhamento e interação entre os atores do cuidado de instituições internas e externas nas comunidades indígenas multiétnicas. Essa interação dos saberes tradicionais e científicos, foi considerado um ponto de partida promissor para a melhoria da qualidade da atenção em saúde no território.

A interação da equipe multiprofissional possibilitou a percepção das lideranças indígenas quanto a importância destes em seus territórios, fortalecendo vínculos a partir das Redes Vivas do AIS. Tal cenário, ampliou um olhar diferenciado por parte destes profissionais de saúde, quanto a ancestralidade, instigando-os a aprimorar suas práticas com foco na equidade que requer uma atenção em saúde de forma distinta, específica e integral. Essa interação das equipes de saúde com atores das comunidades, trouxe ainda, entendimento de que a cultura indígena traz conhecimentos que devem ser valorizados.

As Redes Vivas do AIS, se estabeleceram como iniciativas baseadas na situação de saúde da pessoa indígena e situação local das comunidades, com finalidade de promover a integralidade da assistência em saúde, tornando visível a possibilidade de mobilização de atores institucionais, para em conjunto estabelecerem

estratégias com base na efetivação da saúde nas comunidades indígenas urbanas da zona Norte, a fim de garantir a atenção diferenciada à saúde.

Visando a produção do cuidado no território, cuja finalidade é reduzir ou minimizar a desigualdade em saúde, por meio do acesso aos serviços de saúde, de acordo com os parâmetros da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alinhada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Indígena (PNASPI), esta pesquisa contribuiu para identificar as formas estratégicas para a construção das redes de produção do cuidado em saúde dos indígenas em contexto urbano, a partir do trabalho desenvolvido pelo Agente Indígena de Saúde – AIS, nas comunidades indígenas do território do Distrito de Saúde Norte em Manaus-AM.

Ressaltamos que em virtude das narrativas do profissional - guia, percebemos que o tecer de suas redes ampliou diálogo sobre a questão do meio ambiente das comunidades indígenas, que demonstram vulnerabilidade social, entendemos que esta pesquisa nos instiga a observar os objetivos de desenvolvimento sustentável - ODS, contidos na agenda 2030 (ODS 3, 6, 10 e 11), respectivamente. Em suma, percebemos que a pandemia, Covid-19, oportunizou positivamente, maior aproximação entre as etnias, que conviveram em um mesmo espaço, onde houve troca de saberes, liderados por caciques de etnias distintas. Essa percepção alcança uma dimensão que dialoga com a saúde coletiva e as REDES VIVAS do profissional-guia, que foram imprescindíveis para dar visibilidade às comunidades indígenas étnicas e multiétnicas, inclusive estrangeiras, transpondo as barreiras de acesso para fortalecer a prática do cuidado comunitário em saúde, na zona Norte de Manaus. O ato de tecer, deve ser contínuo!

Imagem 16 – Ato de tecer



Fonte: Ana Teresa Magalhães, 2022

Se a Rede é Viva, o Território é Vivo, que Viva o SUS!

(Artini & Schweickardt)

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L et al. **O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde** (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção de acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 155–170.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS (ACNUR). **Os Warao no Brasil. Contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes, 2021**. Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/04/WEB-Os-Warao-no-Brasil.pdf>

AHMADPOUR, B. et al., **Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: revisão de escopo**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 21, p. e02227226, 2023.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de; SANTOS, G. S. (Orgs.). **Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus**. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2009.

AMAZONIA REAL. **Professor Ticuna, que morreu por suspeita de Covid-19, é enterrado em vala coletiva em Manaus**. 2020. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/professor-ticuna-que-morreu-por-suspeita-de-Covid-19>. Acesso em: 02 abr. 2023.

ANDRADE, Taís Rangel Cruz. **Gestão do trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto rio Solimões - AM**. / Taís Rangel Cruz Andrade. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane. 2018. 105 f. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

ARAÚJO, Denise Rodrigues Amorim de. **As Redes Vivas no trabalho dos catadores e catadoras de resíduos sólidos no município de Manaus/AM**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. 2017. 102 f.

AURORA, B. et al. **O impacto de uma doença colonial que chega de caravela e de avião: reflexão de quatro estudantes indígenas**. 2020. Disponível em: <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/4179>. Acesso em: 04 jun. 2023.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. **Health collapse in Manaus: the burden of not adhering to non-pharmacological measures to reduce the transmission of Covid-19**. Saúde em Debate [online]. 2021, v. 45, n. 131 [Accessed 8 November 2022], pp. 1126-1139. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113114>>. Epub 08 Dec 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113114>.

BARRETO, João Paulo Lima. **Kumuã na kahtiroti-ukuse: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento-prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro**. 2021. 190 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2021.

BARTH, Fredrik. Grupos étnicos e suas fronteiras. *In*: POUTIGNAT, Philippe e STREIFFERNART, Jocelyn. **Teorias da etnicidade**. São Paulo: UNESP - Universidade Estadual Paulista, 1999.

BENJAMIN, W. (1994). **Obras escolhidas**. Magia e técnica, arte e política (7a ed.). São Paulo: Brasiliense.

BERTUSSI, D.C. et al (2021). **O Cer que precisa ser: o desafio de ser Rede Viva com o outro**. Rede Unida. Série micropolítica do trabalho e cuidado em saúde.v.14.

DOI1018310/9786587180991. <https://editora.redeunida.org.br/wpcontent/uploads/2022/10/Catalogo-de-Producoes-Editora-Rede-Unida.pdf>

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.

BEZERRA Clarice; SILVA Diego Freitas da; FRANCO Inaara Hérica Câmara; OLIVEIRA Rannie Yasmine Conceição de. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: breves aproximações**, 2021.

BICHARA, Carlos David Carneiro (Org.). **Legislação sobre promoção da Igualdade Racial**. 6ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2020.

BITTENCOURT, M. et al. Acre, **Rio Negro e Xingu: & formação indígena para o trabalho em saúde**. São Paulo: Associação Saúde sem Limites, 2005. *In*: Heufemann, Nicolás Esteban Castro (org.); et al. Saúde indígena: educação, gestão e trabalho. 1. ed. v.10. Coleção Saúde & Amazônia. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020.

BOTELHO, E. & RAMOS. & TARRAGÓ, E. (2017). Parecer Técnico SEAP/6aCCR/PFDC Nº 208/2017: sobre a situação dos indígenas da etnia Warao, da região do delta do Orinoco, nas cidades de Boa Vista e Pacaraima

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990* dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: [»https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

_____. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 11 jul.

_____. Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006, regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 6 out.

_____. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2 ed. 40 p.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Álcool e populações indígenas: aspectos históricos e socioculturais do beber e políticas de atenção à saúde**. In: _____. Aberta: portal de formação a distância. Florianópolis: UFSC, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Coronavírus COVID-19: Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 73p

_____. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. [acesso em 14 set. 2023]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Resolução do Brasil que torna saúde indígena prioridade global é aprovada por unanimidade na OMS 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/resolucao-do-brasil-que-torna-saude-indigena-prioridade-global-e-aprovada-por-unanimidade-na-oms> Acesso em: 2 jun. 2023.

» <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/resolucao-do-brasil-que-torna-saude-indigena-prioridade-global-e-aprovada-por-unanimidade-na-oms>

CABRAL JÚNIOR, L. R. G.; VÉRAS NETO, F. Q. Cidadania indígena e pluralismo jurídico: crítica ao estatuto do índio. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 123–148, 2018. DOI: 10.18759/rdgf. v19i2.1024. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1024>. Acesso em: 11 mar. 2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. PROJETO DE LEI N.º 3.514, DE 2019

CAMPOS, M.A & DIAS, V.V & BROWN, C. E. A (2019). Migração, religião e saúde intercultural: itinerários terapêuticos dos warao no brasil e venezuela <https://espacos.itespteologia.com.br/espacos/article/download/701/589/1109>

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARDIN E .G et al (2022).Fronteiras, deslocamentos e suas dinâmicas sociais [recurso eletrônico] - Uberlândia: EDUFU, 2022. 248 p. : il. ; (Coleção Observatório Etnográfico ; v. 3).

CARDOSO MD; **Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política**. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 83–106.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados** [online]. 2013, v. 27, n. 78 [Acessado 14 novembro 2022], pp. 7-26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>>. Epub 12 Jun 2015. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

CASTRO, C.M.de; PEIXOTO, M.N.O., RIO, G.A.P. **Riscos Ambientais e Geografia: Conceituações, Abordagens e Escalas**. Anuário do Instituto de Geociências – UFRJ, Rio de Janeiro, Vol. 28, Nº 2, p. 11-30, 2005

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

COSTA, J. M. (Org.) ; PEITER, P. (Org.) ; CANALEZ, G. G. (Org.) ; DAGNINO, R. S. (Org.) . **Sociedade de riscos sanitários**. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2023. 272p . ISBN: 9786525139678.

CRESWELL JW. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa. Escolhendo entre cinco abordagens**. São Paulo: Penso Editora LTDA; 2014.

DECLARATION OF ALMA-ATA. **International Conference on Primary Health Care**; 1978, Sept 6-12; Alma-Ata, USSR.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

DELEUZE, G. e GUATARRI, F. Mil Platôs: **capitalismo e esquizofrenia**. Vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995, p.21.

Diário Oficial da União. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002; 11 jul.

Diário Oficial da União. Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006, regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006.

DI BELLA, Gabi. **Indígenas recorrem à medicina tradicional no tratamento contra a Covid-19**. 2020. Disponível em:

<https://www.nationalgeographicbrasil.com/cultura/2020/07/indigenas-recorrem-a-medicina-tradicional-no-tratamento-contra-a-Covid-19>

DIEHL, Eliana Elisabeth, Langdon, Esther Jean e Dias-Scopel, Raquel Paiva. **Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2012, v. 28, n. 5 [Acessado 13 Novembro 2022], pp. 819-831. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>>. Epub 25 Maio 2012. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>.

DUARTE, Elisete, Eble, Laeticia Jensen e Garcia, Leila Posenato. **30 anos do Sistema Único de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2018, v. 27, n. 1 [Acessado 14 Novembro 2022], e00100018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018>>. Epub 26 Mar 2018. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018>.

ESCOBAR, A.L., COIMBRA, C.E., WELCH, J.R. *et al.* Diarrhea and health inequity among Indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *BMC Public Health* **15**, 191 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1534-7>

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/educacao-profissional-emsaude/profissoes/agente-indigena-de-saude>. Acesso em: 11 jul. 2023.

FARIAS, Elaize. Coronavírus: Indígenas que vivem na cidade são classificados como “brancos” no Amazonas. 2020. Disponível em:

<https://amazoniareal.com.br/coronavirus-indigenas-que-vivem-na-cidade-sao-classificados-como-brancos-no-amazonas/>

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva, and Carmen Teresa Costa. **"Saúde E Redes Vivas De Cuidado Integral Na Atenção Básica: Articulando Ações Estratégicas No Território/Health and Networks Live of Primary Care: Articulating Strategic Actions in the Territory."** *Revisbrato*. Revista Interinstitucional Brasileira De Terapia Ocupacional 1, no. 3 (2017).

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FRANCO, T.B.; **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, in Pinheiro e Mattos (Orgs.), *Gestão em Redes*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T. B.; Bueno, W. S.; Merhy, E. E. (2004). **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim – MG**. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed.

São Paulo: Hucitec; p. 37-54. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500039>

GADELHA, Carlos Augusto Gabrois e COSTA, Laís. **Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

GARNELO, L., SAMPAIO, S.S., and PONTES, A.L. **O trabalho e a formação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes indígenas de saúde**. In: **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 13-24. Fazer saúde collection. ISBN: 978-65-5708-011-5. <https://doi.org/10.7476/9786557080115.0002>.

GARNELO, L., SAMPAIO, S.S., and PONTES, A.L. **Dimensões da saúde do adulto: o cuidado à saúde da mulher indígena**. In: **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 119-133. Fazer saúde collection. ISBN:9786557080115.<https://doi.org/10.7476/9786557080115.07>

GIOVANELLA, Ligia. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2008, v. 24, suppl 1 [Acessado 20 julho 2022], pp. s21-s23. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>>. Epub 18 Jul 2008.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais na contemporaneidade**. **Revista Brasileira de Educação [online]**. 2011, v. 16, n. 47 [Acessado 25 Maio 2023], pp. 333-361. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>>. Epub 10 Out 2011. ISSN 1809-449X. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>.

HEUFEMANN, N .E .C et al (2020). **Saúde indígena: educação, gestão e trabalho**[Indigenous health: education, management and work]. 1 ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Coleção Saúde & Amazônia, v.10). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-14-4. <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-educacao-gestao-e-trabalho/>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/historico>. Acesso em: 02 fev. 2023.

IRNALDO, Felipe. **Manaus inicia elaboração da Política Municipal para Refugiados e Migrantes**, Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2022/06/27/manaus-inicia-elaboracao-da-politica-municipal-para-refugiados-e-migrantes/>. Acesso em: 29 set. 2022

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA, 2015). povos indígenas no Brasil – <https://pib.socioambiental.org/>

JAROCHINSKI-Silva, João Carlos e BAENINGER, Rosana. **O êxodo venezuelano como fenômeno da migração Sul-Sul**. REMHU: **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana** [online]. 2021, v. 29, n. 63 [Acessado 17 Outubro 2022] , pp. 123-139. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006308>>. Epub 05 Jan 2022. ISSN 2237-9843. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006308>.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. **Cartografar é traçar um plano comum**. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, pág. 263-280, agosto de 2013. Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 01 de julho de 2022. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004> .

LACERDA Alda & MARTINS Paulo Henrique. **“O dom e a prática social”**. Vol.3, nº 01, Jan-Jun 2013 www.revista-realis.org ISSN 2179-750. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/realis/article/view/8775/8750>

LANGDON, E.J., DIEHL, E.E., and DIAS-SCOPEL, R.P. **O Papel e a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde na Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas Brasileiros**. In: TEIXEIRA, CC., and GARNELO, L., comps. Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 213-239. Saúde dos povos Indígenas collection. ISBN: 978-85-7541-582-5.

LEAL & SCHWEICKARDT. **Acolhimento e cuidado em saúde dos migrantes da etnia Warao em Manaus, Amazonas**. In: HEUFEMANN, Nicolas Esteban Castro (org.); e outros Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2020. p. 167-177. (Coleção Saúde & Amazônia, v.10) E-book: PDF. DOI: 1018310/9786587180144

LEITE, Silvana Nair e Vasconcellos, Maria da Penha Costa. **Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2006, v. 13, n. 1 [Acessado 11 março 2023], pp. 113-128. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000100007>>. Epub 12 Abr 2006. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000100007>.

LIMA, de A.S. e Correia, M.V.C. **Determinação Social da saúde e enfrentamento da COVID-19**: [recurso eletrônico]: o lucro acima da vida. Maceió, AL: EDUFAL, 2021, 112 p.

LIMA, E. MF. DE A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **saúde em debate**, v.38, n.102, p.593-606, jul.2014.

LUCAS, Douglas Cesar. Prefácio. In: CORRÊA, Darcísio et. al (Org.). **Cidadania, biodiversidade e identidade cultural na reserva indígena do Guarita**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

MANAUS (AM). Prefeitura. 2014. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br>. Acesso em: 18 mai. 2023. MANAUS ONTEM HOJE SEMPRE. Disponível em: <http://manausontemhojesempre.blogspot.com/p/anexolista-de-bairros-de-manaus-origem.html>. Acesso em: 18 mai. 2023.

MARTINS et.,(2023). **Povos indígenas e o enfrentamento da Covid-19 a partir da experiência em Porto Alegre/RS** .In: Presenças indígenas em contextos urbanos: a pandemia de Covid-19 e outras histórias/ Organizador Fábio Araújo; ilustrador Bruno Morais Mendes. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023. DOI: 10.31560/pimentacultural/2023. 97525.3

MAXIMIANO, Claudina Azevedo. **Mulheres indígenas em Manaus: Conflitos sociais e burocracia na luta por um espaço político**. In: ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de; SANTOS, G. S. (Orgs.). Estigmatização e território: mapeamento situacional dos indígenas em Manaus. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2009. p. 79- 89.

MEDEIROS, Josiane de Souza. **Caminhos da população ribeirinha: produção de Redes Vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas**. 2020. 235 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2020.

MENDES, Ana paula Martins; LEITE, Maurício Soares; LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e184, 2018. <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/5419>

MENDONÇA Sofia Beatriz Machado de (2023). **Povos indígenas no enfrentamento da Covid-19**. In: Presenças indígenas em contextos urbanos: a pandemia de Covid-19 e outras histórias/ Organizador Fábio Araújo; ilustrador Bruno Morais Mendes. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023. DOI: 10.31560/pimentacultural/2023. 97525.3

MERHY, Emerson & PAULA, Maria & GOMES, Cerqueira & SILVA, Erminia & FÁTIMA, Maria & SANTOS, Lima & CRUZ, Kathleen & FRANCO, Túlio. (2014). **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**. Divulgacao em Saude para Debate. 52. 153.

MERHY, Emerson Elias; GOMES Maria Paula Cerqueira; SILVA, Ermínia; SANTOS Maria de Fátima Lima; CRUZ Kathleen Tereza da; FRANCO, Tulio Batista (2016) **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, p. 31–42.

MERHY EE, Feuerwerker LMC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy

EE, organizadores. **Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42. (v. 2).

MINAYO, M.C.S (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (14^a ed). SãoHucitec.pp416.ISBN: 978-85-27101813.

MINAYO, M.C.S (2017) Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.).Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP).), v. 5, n. 7, pp. 01-12.

OCELLIM, Alan. (2010). **A comunidade: da sociologia clássica à sociologia contemporânea.** Plural (São Paulo. Online). 17. 105. 10.11606/issn.2176-8099.pcs0.2010.74542.

MOEBUS, R. L. N. Livro 1 da RAC. **Redes Pesquisadoras em Nós e os Nós Dessas Redes.** 2016 (no prelo).

MOROSINI MVGC. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

NEVES, Milene da Silva Moraes da. **Redes Vivas em Região de Fronteira; Dissertação (Mestrado em Saúde Pública).** Instituto Leônidas e Maria Deane. Fundação Oswaldo Cruz-PPGVIDA, Manaus, 2019.

NEVES – SILVA, P.; HELLER, L., **O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis.** Ciência &Saúde Coletiva,v.21,n.6,p.1861-1870, jun.2016.

OLIVEIRA, de A.L.S. de. **Modelagem espacial do risco de ocorrência de homicídios intencionais no município de João Pessoa – PB** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

OLIVEIRA FILHO, João Pacheco de. **O nosso governo: os ticuna e o regime tutelar.** São Paulo: Marco Zero, 1988. ISBN: 8527900807.
<https://biblioteca.ibge.gov.br>

OLIVEIRA, Marilda Oliveira de. **Diário de aula como instrumento metodológico da prática educativa.** Revista Lusófona de Educação, Lisboa, v. 27, n. 27, p. 111-126, maio/ago. 2014.

Organização das Nações Unidas (2013). **Agenda 2030.**
<https://www.internacional.df.gov.br/agenda-2030-objetivos-do-desenvolvimento-sustentavel/>

PAIVA Ignês Tereza Peixoto de; SOARES Artemis. **O cotidiano de indígenas urbanos no baixo Amazonas, Amazônia brasileira**, 2017. Congresso Pan Amazônico de História Oral.

PAIVA, Raquel. **O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Mauad, 2003.

PEITER, Paulo Cesar. **Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico**. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

PEREIRA, José Carlos Mattos. **Indígenas na cidade de Manaus (AM)**. Novos Cadernos NAEA, [S.l.], v. 23, n. 3, jan. 2021. ISSN 2179-7536. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/8257>>. Acesso em: 15 out. 2022.

PEREIRA, José Carlos Mattos (2023). **O censo como Instrumento de poder**. In: Presenças indígenas em contextos urbanos: a pandemia de Covid-19 e outras histórias/ Organizador Fábio Araújo; ilustrador Bruno Moraes Mendes. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023. DOI: 10.31560/pimentacultural/2023.97525.2file:///D:/livro/ebook_presencas_indigenas_em_contextos_urbanos.pdf

PESCARINI, J.M et al (2022) **Cobertura e eficácia da vacina contra a COVID-19 sintomática e grave confirmada por laboratório em povos indígenas no Brasil: um estudo de coorte**. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4224510> Acesso em: 15 out. 2022.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade**. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>

PINHEIRO, L.R. (2020). **Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica**. Pro – posições, 31.p.e 201900041

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS, **Departamento de planejamento**, 2018 a 2021.

PONTES, A. L. M. **Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena**. 2013.190f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. **A cartografia como método para as ciências humanas e sociais**. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n.38, p.4549, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782013000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2022.

QUEIROZ, Christina. **Covid-19 e indígenas: os desafios no combate ao novo coronavírus**. 02 de maio de 2020.

RÍO, José M.V.D.; CARDIA, L.M. **Etnografia das fronteiras políticas e sociais na Amazônia ocidental: Brasil, Peru e Bolívia**". Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Vol. XIII, núm. 292, 1 de Jun. de 2009.

ROLNIK, S. (2006). **Cartografia sentimental** [Sentimental cartography]. Porto Alegre: Ed. da UFRGS.

SANTOS, Márcio de Souza; FOURAUX, Carolina Gonçalves da Silva; OLIVEIRA, Valéria Marques de. **Narrativa Como Método de Pesquisa**. Revista Valore, [S.l.], v. 5, p. 37-51, jan. 2020. ISSN 2526-043X. Disponível em: <<https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/400/303>>. Acesso em: 14 set. 2023. doi:<https://doi.org/10.22408/reva50202040037-51>.

SARFATI, Gilberto. **Teorias de Relações Internacionais**. São Paulo. Saraiva, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Apresentação**. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/apresentacao/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SCHWEICKARDT, Julio César et al. **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, 2016. Cap. 1, p. 25-54; Ebook 316p. Série Saúde & Amazônia, v.2. Disponível em; <https://livroaberto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/769>. Acesso em: 12 jun. 2023

SCHWEICKARDT Júlio Cesar; et al. **História e política pública de saúde / Org – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, p.: il.**. 214 p – (Série Saúde & Amazônia). 2017.

SCHWEICKARD, Júlio César. et al.,(2021). **A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política**. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 24 p.; E-book: 3,45Mb. Série Saúde & Amazônia v13. ISBN: 978-6587180-42-7 DOI: 10.18310/9786587180427. <https://editora.redeunida.org.br/project/a-atencao-basica-num-territorio-em-movimento-dialogos-necessarios-sobre-a-politica/>

SCHWEICKARDT, Júlio César et al.,(2022). **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 282 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.18). E-book: PDF. ISBN: 978-85-54329-57-0. DOI: 10.18310/9788554329570.

SCHWEICKARDT J.C, FERLA AA, Lima RTS, AMORIM JSC. **O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>
SILVA, Elisângela Guedes da. **Indígenas no contexto urbano. Identidade. Cultura. Educação dos indígenas residentes na comunidade Nações Indígenas do Tarumã. Manaus**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Amazonas, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Apresentação**. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/apresentacao/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVEIRA, Laura C. F. U. (2016). **Organizações Internacionais e as Comunidades Indígenas no Brasil: o caso da Convenção nº 169 da Organização Internacional de Trabalho (OIT)**. Universidade de Brasília. Recuperado em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17332/1/2016_LauraCristinaFeindtUrrejolaSilveira_tcc.pdf

SOUZA, Luis Eugenio P F. de. **O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 3 [Acessado 5 Outubro 2022] , pp. 911-918. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300027>>. Epub 15 Jun 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300027>.

TORRES, R. Agente indígena de saúde [Indigenous health agente]. (2010) Revista Poli – saúde, educação e trabalho nº 10. Acesso 24 de agosto de 2023. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/educacao-profissional-em-saude/profissoes/agente-indigena-de-saude>.

TÖTTÖ, Pertti, Ferdinand Tönnies, **um Racionalista Romântico**. In MIRANDA, Orlando de. Para ler Ferdinand Tönnies. Edusp. São Paulo, 1995.

VALVERDE, Thiago. Agência Fiocruz De Notícias, Saúde E Ciência Para Todos. **Saúde Indígena**. 2023. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/saude-indigena>

VERÇOSA, Viviane et al (2023). **Saúde Mental e Bem Viver de jovens indígenas em contexto urbano**. In: A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, Dec. 2015.

VINENTE Fabiane dos Santos. **Mulheres indígenas contra o vírus: notas antropológicas sobre políticas públicas de saúde e os impactos da Covid-19 entre os povos indígenas em contexto urbano em Manaus, Brasil**. *Ponto Urbe* [Online], 27 | 2020, posto online no dia 28 dezembro 2020, consultado 21 fevereiro.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health inequities and their causes**, 2018. Consultado em 19out2022 - <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>.

YIN, Robert. **Pesquisa qualitativa do começo ao fim**. São Paulo: Editora Penso, 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE 01

MOSAICO DE ATIVIDADES



Fonte: elaboração própria

ANEXO – 03



HOME MANAUS AMAZONAS BRASIL POLÍTICA TRIBOS & TOADAS NOTÍCIAS ▾

Home > Manaus > Iniciativas exitosas da Prefeitura de Manaus são apresentadas na 'Mostra Amazonas, aqui tem SUS'

Iniciativas exitosas da Prefeitura de Manaus são apresentadas na 'Mostra Amazonas, aqui tem SUS'

Em: 25 de abril de 2023

Espaço publicitário

FALE CONOSCO

seg a sáb das 07 às 19h

(92) 9 9262-0108 @amazonas

A Prefeitura de Manaus marcou presença na 4ª "Mostra Amazonas, Aqui Tem SUS", evento coordenado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems/AM), com a apresentação de três trabalhos realizados pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde (Semsa).

O evento, que acontece na Escola de Contas Públicas do Tribunal de Contas do Estado do Amazonas, no bairro Adrianópolis, zona Centro-Sul, reúne iniciativas no campo da saúde de todo o estado do Amazonas e será concluído nesta quarta-feira, 26/4, quando os trabalhos vencedores serão anunciados.

O subsecretário municipal de Gestão da Saúde, Djalma Coelho, destacou que a mostra é um incentivo para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), e que os três trabalhos apresentados pela Semsa são experiências ricas e exitosas para a melhoria do atendimento à população.

"São iniciativas que não exigiram grandes investimentos ou grandes ferramentas tecnológicas, mas que inovam porque melhoram processos de trabalho. São experiências que nascem dos desafios da gestão da saúde nos territórios e que têm aplicabilidade prática, com resultados significativos. O evento é o momento de compartilhar dessas experiências de sucesso. As equipes da Semsa estão de parabéns pelos trabalhos", assinalou.

A Semsa concorre com três trabalhos: "Projeto cuida(dor) saúde mental em cena através da educação permanente em saúde na USF Vila da Prata", que foi inscrito por Karla Ferreira de Lima; "Agente Indígena de Saúde – Rede Viva do Distrito de Saúde Norte, em Manaus-AM", inscrito por Aline Aparecida Ferreira Artini; e "Concepção e construção do Glenda, o dashboard de atenção à gestante de Manaus-AM", inscrito por Gleina Oliveira de Assis.

Para a coautora e apresentadora do projeto "Cuida(dor) Saúde Mental em Cena Através da Educação Permanente em Saúde na USF Vila da Prata", Gabriele Figueiredo, a experiência na unidade de saúde da zona Oeste tem uma contribuição significativa porque inverte o olhar sobre a saúde, que é encarada do ponto de vista do usuário e muitas vezes ignora o cuidador.

"O cuidador também é um usuário, que precisa ser acolhido. Nosso projeto dá voz a essas pessoas que cuidam, mostrando suas dificuldades. Nosso objetivo é reconhecer esse cuidador, que precisa se sentir mais forte para cuidar do outro", destacou.

Suelen Ferreira, diretora da USF Vila da Prata, disse que a apresentação do projeto na mostra estadual foi um momento especial que coroou todo um processo de reconhecimento dos servidores que atuam no estabelecimento de saúde que ela gerencia.

"O projeto mostra o quanto a escuta é importante, porque permite que os servidores se sintam valorizados, reconhecidos pelo trabalho que desempenham. Ficamos felizes por divulgar essa iniciativa", assinalou.

No total 89 propostas, inovadoras dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) concorrem a 10 vagas na etapa nacional "Brasil, aqui tem SUS", coordenada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), marcada para o mês de julho.

Texto – Tânia Brandão / Semsa

Fotos – Guilherme Silva / Semsa

Fonte: <https://amazonasnoticias.com.br/iniciativas-exitosas-da-prefeitura-de-manau-sao-apresentadas-na-mostra-amazonas-aqui-tem-sus/>

ANEXO – 04

[Política de Cookies](#) | [Política de Privacidade](#) | [Acesso à Informação](#)
 PREFEITURA SECRETARIAS E FUNDAÇÕES TURISMO DIÁRIO OFICIAL

O que você procura?

Status de Cidade Normalidade 99° 24' Nível do Rio Negro 20,91m Transporte

Prefeitura recebe prêmio por realização de etapa municipal e projetos na 4ª Mostra 'Amazonas, Aqui Tem SUS'

Por Prefeitura de Manaus
27/04/2022 21h11

[Facebook](#) [Twitter](#) [WhatsApp](#) [Link](#)



A Prefeitura de Manaus foi destaque no encerramento da 4ª Mostra "Amazonas, Aqui Tem SUS", ao receber o prêmio de Município Inovador, pela realização da etapa municipal da iniciativa, e ter um dos trabalhos realizados por equipes da Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) eleito o melhor da Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. Ainda no evento, ocorreu a premiação da 1ª Mostra Amazonas do ImunizaSUS, na qual outra experiência desenvolvida pela Semsa foi eleita vencedora, que deve ser apresentada na etapa nacional.

Experiências

Além da "Agentes Indígenas de Saúde", que foi inscrita por Aline Artini, foram escolhidas para representar a prefeitura na Mostra "Amazonas, Aqui Tem SUS", as experiências "Projeto cuida(dor) saúde mental em cena através da educação permanente em saúde na USF Vila da Prata", inscrita por Karla Ferreira de Lima; e "Concepção e construção do Glenda, o dashboard de atenção à gestante de Manaus-AM", inscrito por Gleina Oliveira de Assis.

No total 89 propostas, inovadoras dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) concorrem a 10 vagas na etapa nacional "Brasil, Aqui tem SUS", coordenada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), marcada para o mês de julho.

— — —

Texto – Jony Clay Borges / Semsa

Foto – Divulgação / Semsa

Fonte: <https://www.manaus.am.gov.br/noticias/destaque/prefeitura-recebe-premio-por-realizacao-de-etapa-municipal-e-projetos-na-4a-mostra-amazonas-aqui-tem-sus/>

ANEXO – 05

Disa Norte

No Disa Norte a programação ocorreu no conjunto Manauara 2, localizado no bairro Santa Etelvina, zona Norte de Manaus, com a realização de mesas redondas e educativas com as lideranças indígenas, palestras sobre educação nutricional, saúde bucal, tabagismo e tuberculose, testagem rápida, imunização e distribuição de preservativos.

Participaram da programação os representantes das gerências do Distrito de Saúde (Disa) Norte, do Conselho Municipal de Saúde (CMS-MAO), da Cáritas Arquidiocesana de Manaus e líderes de 20 comunidades indígenas residentes em Manaus.

"Na zona Norte já identificamos 25 comunidades indígenas e desse total, já conseguimos consolidar informações de 22 comunidades. Esses dados são essenciais para orientar nossas ações. E é importante a contribuição dos Agentes Comunitários Indígenas, que fazem o elo entre as comunidades e as unidades de saúde", disse a diretora do Disa Norte, Paola Oliveira.

Fonte: <https://www.portalmarcossantos.com.br/2023/08/09/acoes-de-saude-nas-zonas-norte-e-oeste-de-manaus-marcam-o-dia-internacional-dos-povos-indigenas/>

ANEXO – 06



MEMORANDO CIRCULAR Nº 018/2023– DIVEQ/DAP/SUBGS/SEMSA

Manaus, 27 de julho de 2023.

DA: Divisão de Promoção de Equidade às Populações Vulneráveis

Para: Gerências de Atenção à Saúde dos Distritos de Saúde Leste, Oeste, Norte, Sul e Rural.

Assunto: Programação para o “Dia Internacional dos Povos Indígenas”.

Senhores/as Gerentes,

Em 09 de agosto, é comemorado o Dia Internacional dos Povos Indígenas, a data foi criada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1994, como resultado da luta e atuação de lideranças indígenas de diversos países na busca de seus direitos e pela afirmação da identidade de seus povos.

O Dia Internacional dos Povos Indígenas objetiva enfatizar a necessidade de valorização das diferentes culturas e etnias indígenas existentes ao redor do mundo, reforçando a luta para que as populações indígenas tenham seus direitos garantidos. Outro ponto ao que a data visa dar visibilidade é a importância do combate ao preconceito e as diversas formas de violência as quais os indígenas ainda são submetidos na atualidade.

Diante da importância da data, e conforme pactuação em reunião ocorrida em 30 de janeiro de 2023, solicitamos aos Distritos de Saúde que elaborem e encaminhe a esta Divisão até o dia 04 de agosto de 2023 a programação de atividades a serem realizadas durante o mês de agosto em alusão ao Dia Internacional dos Povos Indígenas.

Certos de contarmos com a vossa colaboração, agradecemos a atenção dispensada, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos por meio dos contatos: 99199-2084/ e-mail: ana.fonseca@pmm.am.gov.br e 99174-0373/e-mail: leidiane.nobre@pmm.am.gov.br

Atenciosamente,

*(assinado digitalmente)***Ana Madria Rocha Fonseca**Chefe da Divisão de Promoção de Equidade às
Populações Vulneráveis*(assinado digitalmente)***Francisca Sonja Ale Girão Farias**

Diretora de Atenção Primária

DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: FRANCISCA SONJA ALE GIRÃO FARIAS EM 27/07/2023 15:46:12
DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: ANA MADRIA FONSECA ROCHA EM 27/07/2023 15:36:11VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS EM <https://siged.manaus.am.gov.br/verifica/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 03186A75

ANEXO – 07

Banner apresentado no 9º Congresso Norte e Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde, em Salvador - BA




Agente Indígena de Saúde: Rede Viva do Distrito de Saúde Norte, em Manaus – Amazonas

AUTOR (A): ALINE APARECIDA FERREIRA ARTINI
COAUTORES: AMARILDO FRANCISCO CALDAS MACHADO, IRANILSON MILITÃO GABRIEL, NELCILENE LOPES DE ALMEIDA, JOSICLENE SAMPAIO DOS SANTOS.

Apresentação

A partir da contratação emergencial temporária na função de AIS, sob o processo de trabalho dos AIS, foi desenvolvido e evidenciou as barreiras de acesso aos serviços de saúde de indígenas não aldeados com intenções de melhoria do SUS em Manaus, especificamente, no distrito de saúde norte.

Essa iniciativa se faz necessária para dar sentido prático ao princípio da equidade e universalização do SUS, em busca de resposta para a seguinte pergunta norteadora: Quais etnias e onde elas convivem em áreas urbanas que são cobertas pelas equipes de saúde da atenção primária da zona norte de Manaus?



Objetivos

CERAL:
Identificar as comunidades e etnias indígenas do Distrito de Saúde Norte.

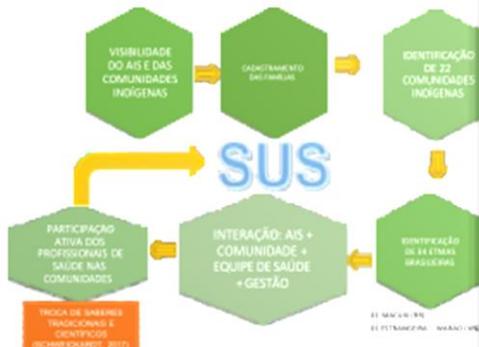
ESPECÍFICOS:

- Mapear as comunidades indígenas;
- Vincular as comunidades às equipes de saúde;
- Identificar os atores do cuidado nas comunidades indígenas.

Metodologia



Resultados



Conclusão

- ✓ Visibilidade às etnias indígenas identificadas e cadastradas no território do Distrito de Saúde Norte;
- ✓ Inclusão social e saúde coletiva;
- ✓ Integração dos povos indígenas (CF/88);
- ✓ Reconhecimento dos AIS no território Rede Viva;
- ✓ Melhoria da oferta de serviços e da qualidade da atenção básica nas grandes cidades.

Referências

Divulgação e jornalismo científico em saúde e ambiente na Amazônia (recurso eletrônico) / Juca Cesar Schweickardt... [et al.] organizadores. – 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. 166 p. 4. – (Saúde & Amazônia).

GOMES MFC, Marley EE. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

ROJUK S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2014.

Palavras-chaves: Agente Indígena de Saúde, Rede Viva, Manaus.

O entendimento das redes vivas no seu potencial criativo ampliou os "mundos" da produção do cuidado. (GOMES et al., 2014)



Fonte: COSEMS - AM

ANEXO – 08



ANEXO – 09



Fonte: COSEMS – AM

ANEXO – 10



Fonte: COSEMS - BA

ANEXO – 11

<p style="text-align: center;"> RESGATANDO AS PRÁTICAS ALIMENTARES INDÍGENAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO DE SAÚDE NORTE EM MANAUS - AMAZONAS</p> <p>¹Samia Roberta da Silva Torres; ²Aline Aparecida Ferreira Artini; ³Anete Rodrigues Dantas; ⁴Elaine de Araújo Delgado Souza, ⁵Paola Michelle Oliveira Santos</p> <p>¹ Especialista em Nutrição /obesidade e emagrecimento. Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA</p> <p>² Especialista em Saúde Pública — Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA</p> <p>³ Especialista em Saúde Pública — Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA</p> <p>⁴ Especialista em Gerontologia — Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA</p> <p>⁵ Especialista em Gestão Pública Municipal - Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA</p> <p>Email do autor: samia.torres@pmm.am.gov.br</p> <p>RESUMO A Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (2012), revisada pela PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, discorre sobre a Atenção Primária em Saúde – APS, estabelecendo diretrizes e normas para a organização dessa estratégia do Sistema Único de Saúde – SUS, sistema público de saúde brasileiro criado pela Constituição Federal de 1988, durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, 267ª sessão no dia 17 de maio de 1988. A APS, conhecida como porta de entrada, oportuniza a população a ter acesso aos serviços de saúde na APS. Nesse contexto de acessibilidade, esse estudo possibilitou a elaboração de planejamento estratégico a fim de garantir a saúde alimentar e nutricional das comunidades indígenas, na APS, a partir da criação e monitoramento de hortas em comunidades indígenas vinculadas as unidades de saúde do Distrito de Saúde Norte, em Manaus – Amazonas, em virtude de agravos de doenças não transmissíveis (DCNT), nessa população. Palavras-chave: Saúde Nutricional; Indígenas; Manaus; Atenção Primária à Saúde; Comunidades indígenas.</p>	<p>INTRODUÇÃO</p> <p>Existe diferenciações entre os seres humanos, sejam essas físicas ou culturais, os indivíduos se diferem uns dos outros. Quanto as características circunstanciais, essas se constroem desde o nascimento, como heranças adquiridas ou responsabilidades, doenças, o local do nascimento está ligado às oportunidades, o tipo de regime político, os fatores epidemiológicos, a hostilidade, fatores climáticos e muitas outros que constroem o</p> <p>ISBN 978-65-88884-10-2 DOI: 10.51161/consaude2021</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Fonte: Programa Saúde Nutricional - Distrito de Saúde Norte</p> <p>Sobre o distrito de saúde norte e as comunidades indígenas</p> <p>O Distrito de Saúde Norte, sede da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA, está localizado na zona norte de Manaus. Está contemplado com 19 comunidades indígenas que se destacam nas áreas de abrangência, tendo como acesso disponível: 99 Unidades de Saúde da Família (USF); 08 USF de grande porte; 02 Policlínicas; 02 Clínicas da Família; 01 Centro de Especialidades Odontológicas Norte (CEO NORTE) e 01 Laboratório Distrital.</p> <p>As 19 comunidades apresentam o seguinte quadro epidemiológico.</p> <p style="text-align: center;">ISBN 978-65-88884-10-2 DOI: 10.51161/consaude2021</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Perfil Epidemiológico das Comunidades Indígenas - Distrito de Saúde Norte</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome da Comunidade</th> <th>População</th> <th>Área (m²)</th> <th>Pop. / m²</th> <th>Pop. / km²</th> <th>Pop. / ha</th> <th>Pop. / quilômetro</th> <th>Pop. / hectare</th> <th>Pop. / metro</th> <th>Pop. / milímetro</th> <th>Pop. / centímetro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>2. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>3. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>4. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>5. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>6. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>7. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>8. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>9. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>10. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>11. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>12. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>13. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>14. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>15. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>16. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>17. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>18. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>19. C.M. Arapari</td><td>120</td><td>100</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> <tr><td>Total</td><td>2280</td><td>1900</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>12</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td><td>1,2</td></tr> </tbody> </table> <p>Fonte: cadastro individual das comunidades – Distrito de saúde norte- 2021</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Resgatar as práticas alimentares nas comunidades indígenas vinculadas as unidades de saúde do Distrito de Saúde Norte, em Manaus Amazonas, fortalecendo a promoção da saúde dessa população, na atenção primária.</p> <p>METODOLOGIA</p> <p>A metodologia utilizada foi de cunho bibliográfico e documental que possibilitou a verificação de dados de diagnóstico nutricional pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, bem como possibilitou dados comparativos de carência alimentar e agravos em crianças e mulheres indígenas, entre o ano de 2019 a setembro de 2021. Realizou-se ainda, atividades dialogadas por parte de profissionais da atenção primária à saúde, em espaço indígena vinculado a uma das unidades de saúde do referido distrito. Quanto aos procedimentos, as atividades foram realizadas de acordo com o Planejamento Anual de Saúde (PAS 2021).</p>	Nome da Comunidade	População	Área (m²)	Pop. / m²	Pop. / km²	Pop. / ha	Pop. / quilômetro	Pop. / hectare	Pop. / metro	Pop. / milímetro	Pop. / centímetro	1. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	2. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	3. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	4. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	5. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	6. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	7. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	8. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	9. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	10. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	11. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	12. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	13. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	14. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	15. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	16. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	17. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	18. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	19. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	Total	2280	1900	1,2	12	1,2	12	1,2																			
Nome da Comunidade	População	Área (m²)	Pop. / m²	Pop. / km²	Pop. / ha	Pop. / quilômetro	Pop. / hectare	Pop. / metro	Pop. / milímetro	Pop. / centímetro																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
1. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
2. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
3. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
4. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
5. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
6. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
7. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
8. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
9. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
10. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
11. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
12. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
13. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
14. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
15. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
16. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
17. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
18. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
19. C.M. Arapari	120	100	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Total	2280	1900	1,2	12	1,2	12	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>RESULTADOS E DISCUSSÃO</p> <p>Os resultados motivaram o planejamento de estratégias para a criação de hortas comunitárias de produtos e costumes alimentares indígenas, em espaço indígena vinculado à unidade de saúde, com a valorização das práticas alimentares para a promoção da saúde dessa população.</p> <p style="text-align: center;">ISBN 978-65-88884-10-2 DOI: 10.51161/consaude2021</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>CONCLUSÃO</p> <p>A pesquisa foi relevante porque envolveu os povos tradicionais indígenas, e suas práticas alimentares que se perderam no deslocamento de seus polos - base para as cidades, tornando-os não aldeados. O resgate dessas práticas alimentares na atenção primária à saúde do Distrito de Saúde Norte tem fortalecido a APS, implicando na continuidade da integralidade do cuidado dessa população.</p> <p>Dessa forma, estima-se que haja um monitoramento das hortas em ambiente indígena, tendo em vista a importância do resgate das referidas práticas que certamente contribuirá com a prevenção e promoção da saúde desse grupo.</p>	<p>REFERÊNCIAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brito A.M. Agricultura urbana como instrumento de desenvolvimento na perspectiva de amartya sen: um estudo em hortas na cidade de Araguaína-to; Dissertação de mestrado, 2020. 2. __Segurança alimentar e nutricional e comunidades indígenas: comida e território; XVIII Enanpur, Natal, 2019. 3. Cadastro individual das comunidades indígenas – Distrito de Saúde Norte /2021 4. Constituição Federal Brasileira de 1988. 5. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – 2012 6. Portaria nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 7. Rede Nacional Primeira Infância. A saúde alimentar nas comunidades indígenas, 2017.http://primeirainfancia.org.br/a-saude-alimentar-nas-comunidades-indigenas/ 8.SEN, Amartya. Desigualdade reexaminada. Tradução Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2017. 																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

ANEXO – 12



**Vozes da Amazônia: Unindo
Forças Contra a COVID-19**

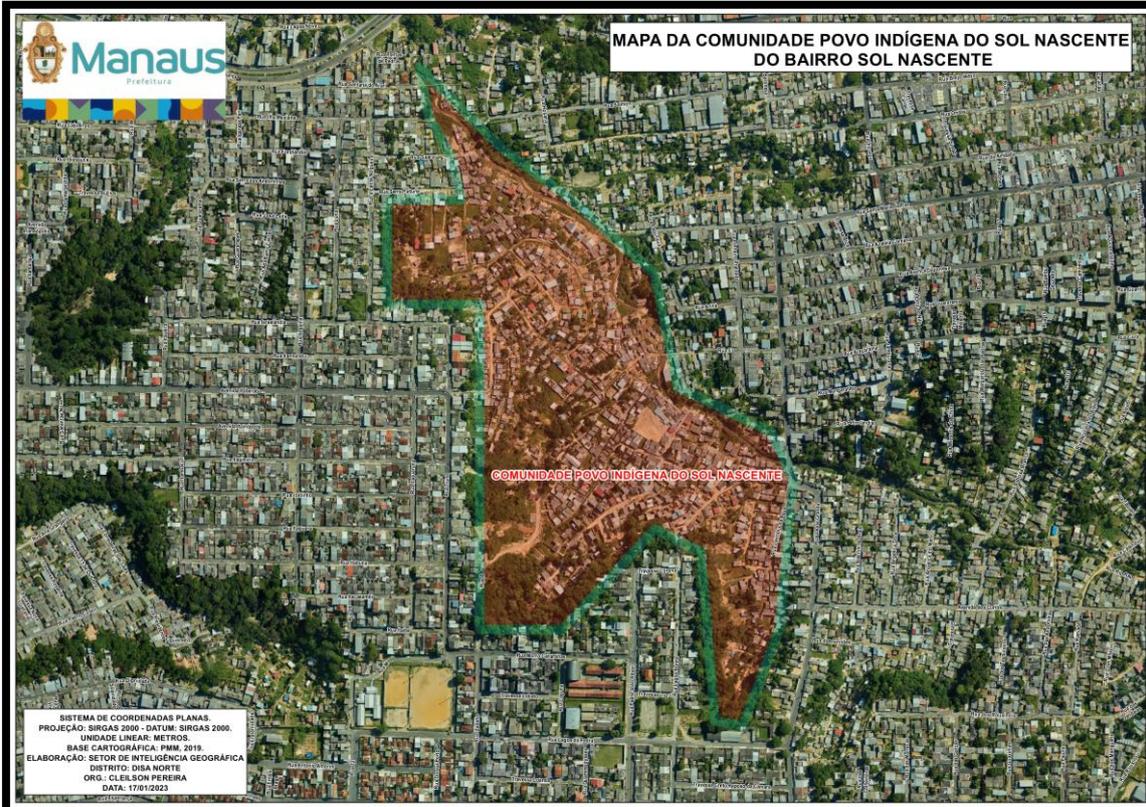
As ações foram financiadas pel...

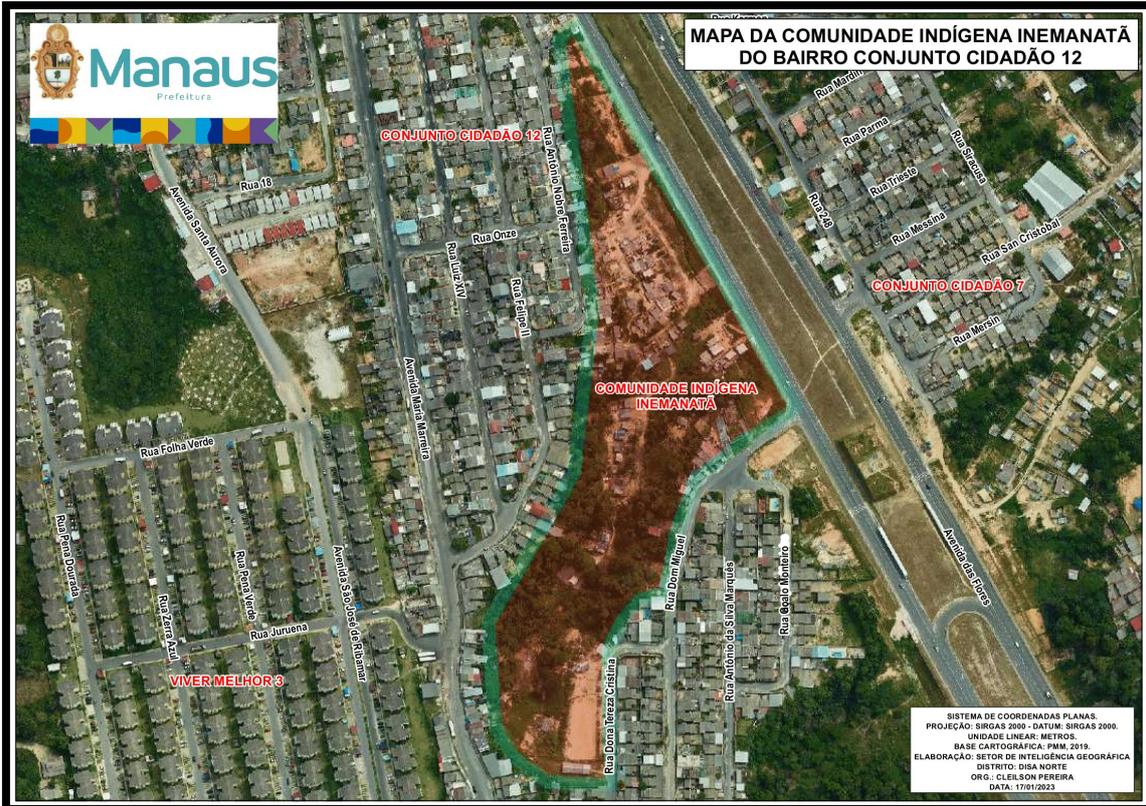
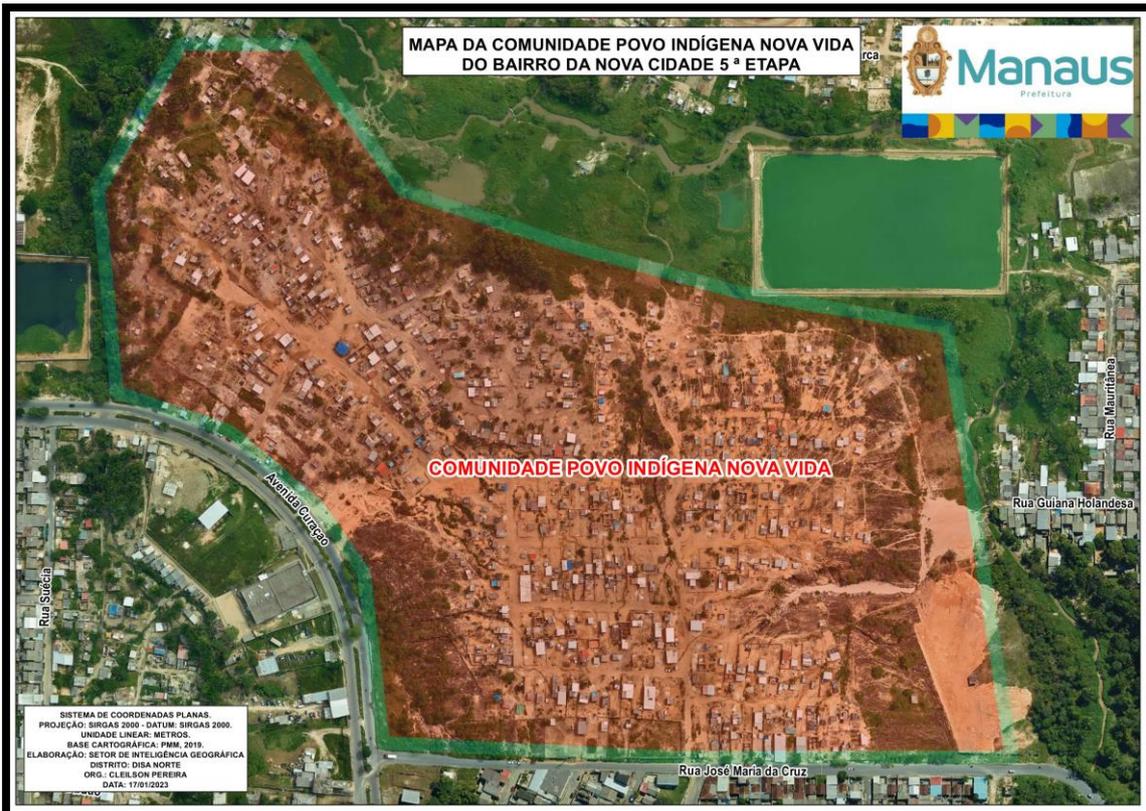
www.youtube.com

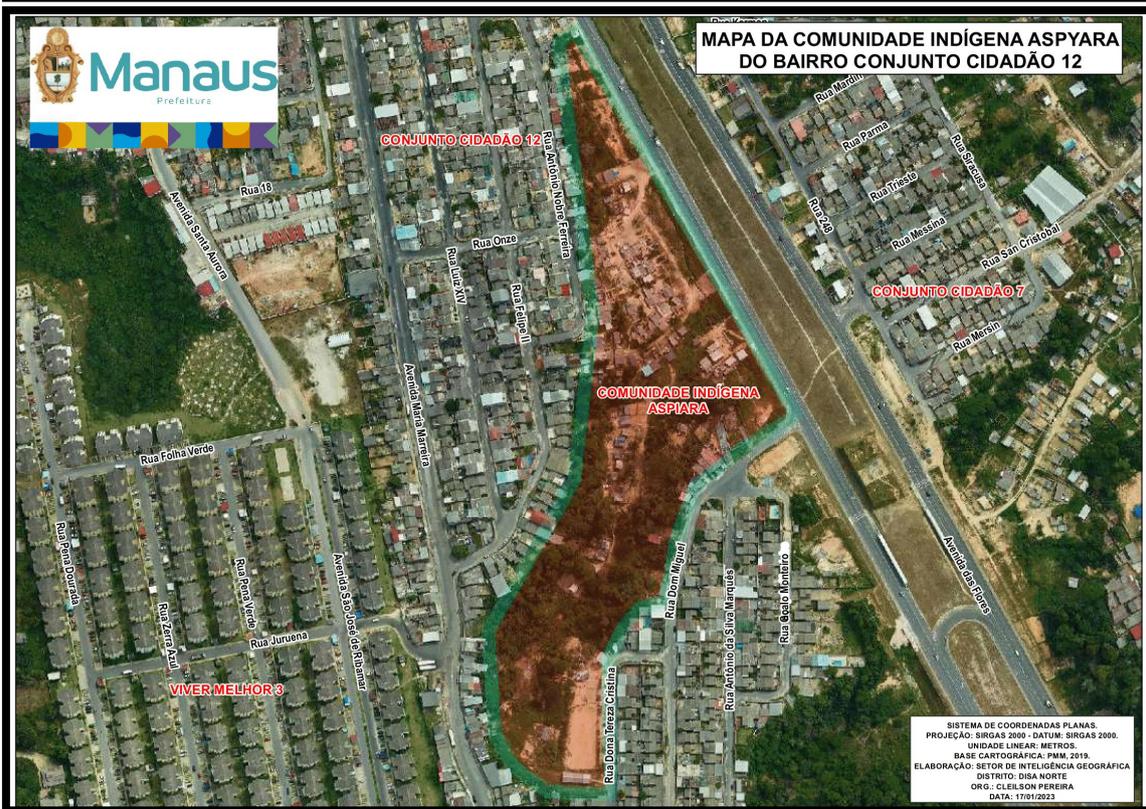
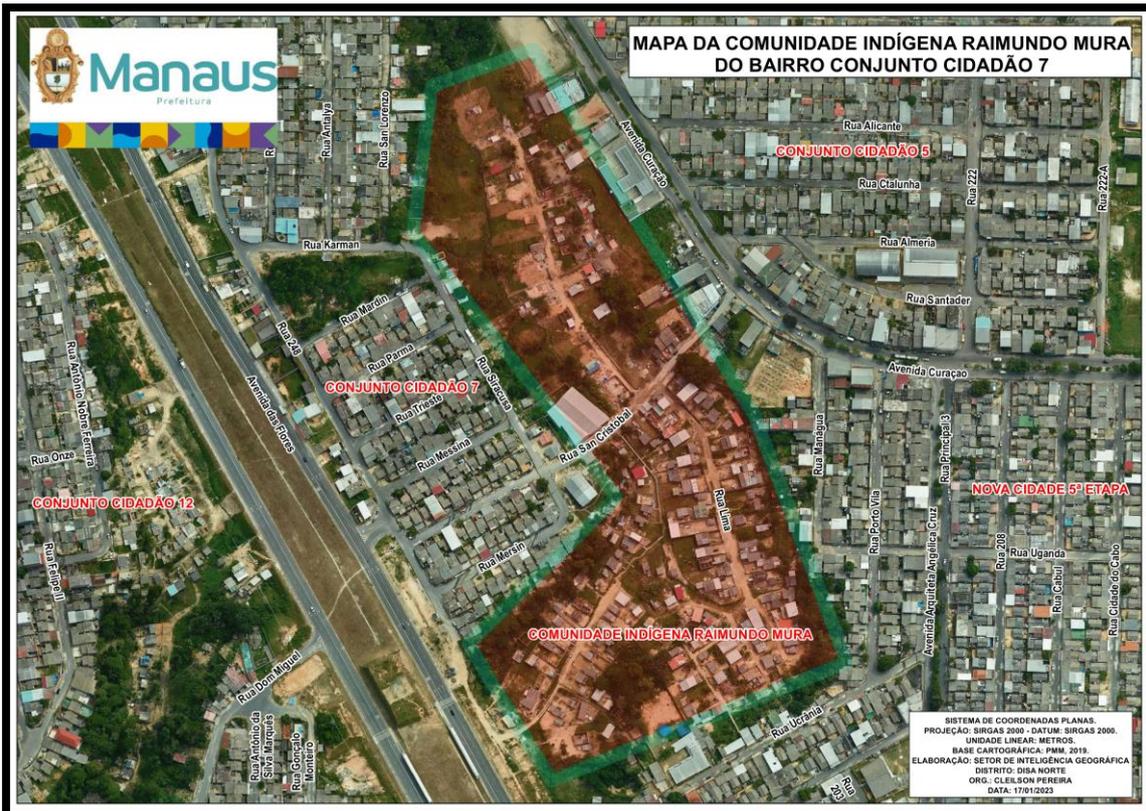
<https://www.youtube.com/watch?v=iNMsB2rr8vg>

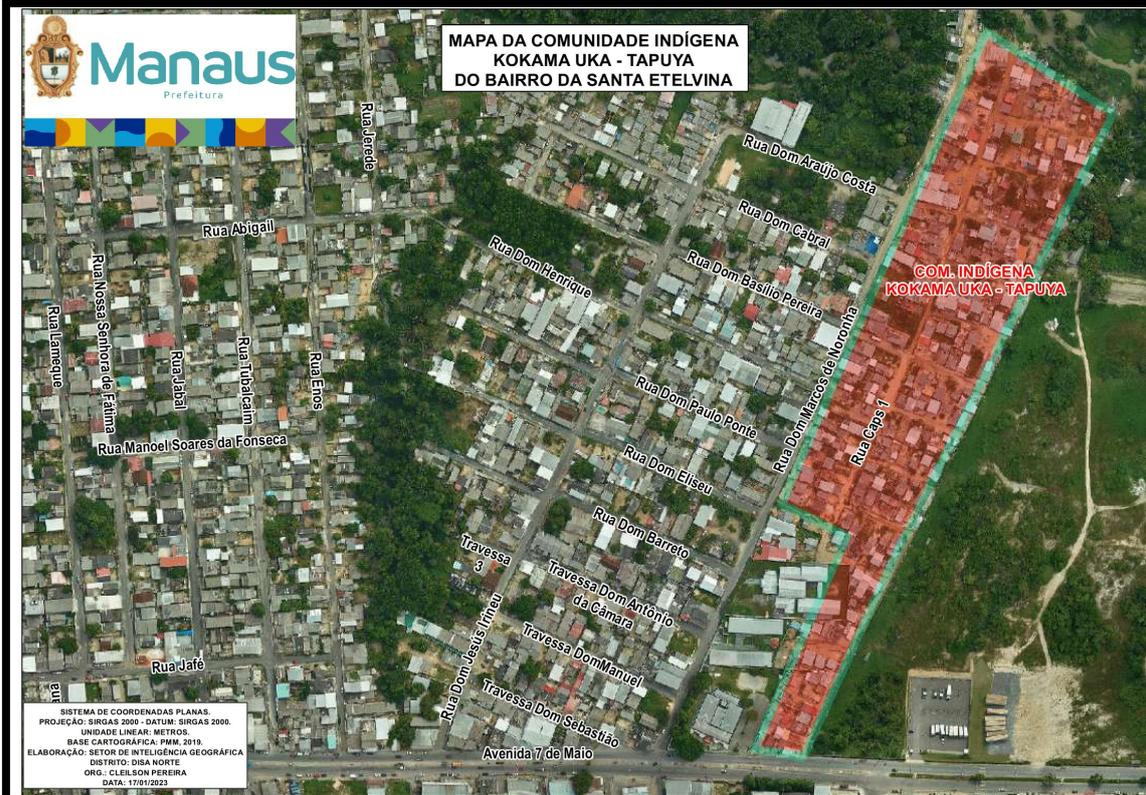
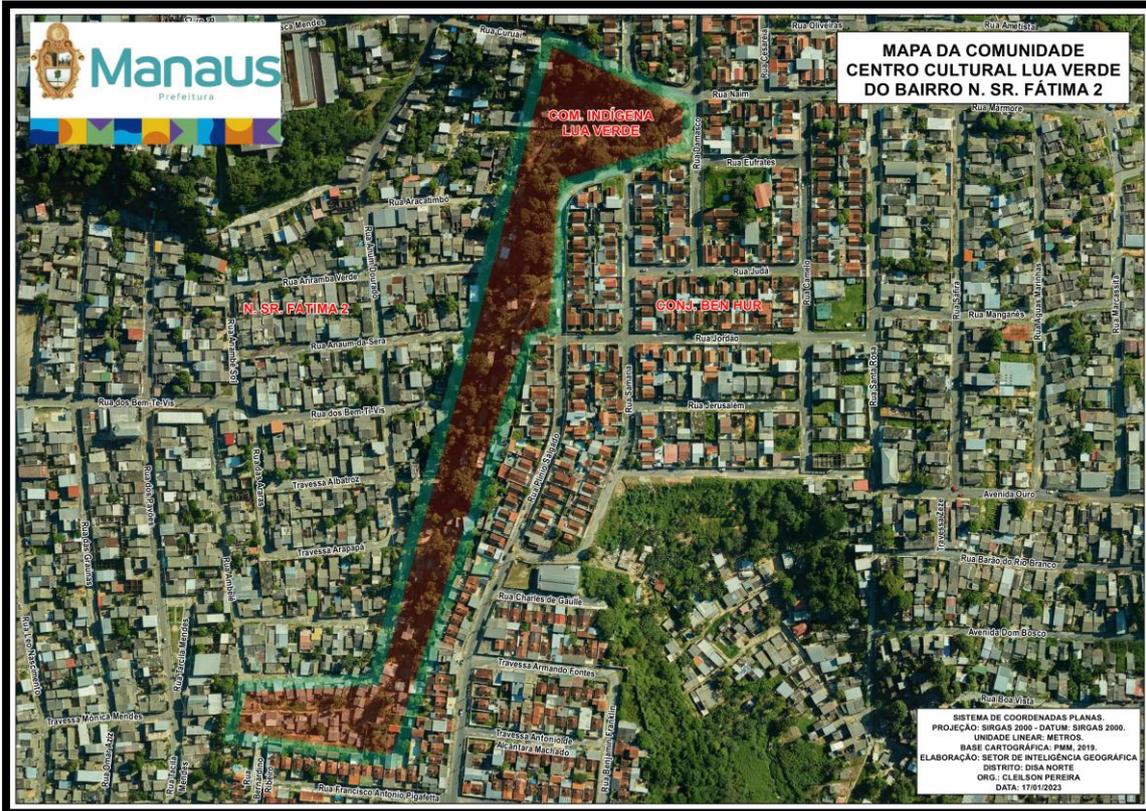
15:09

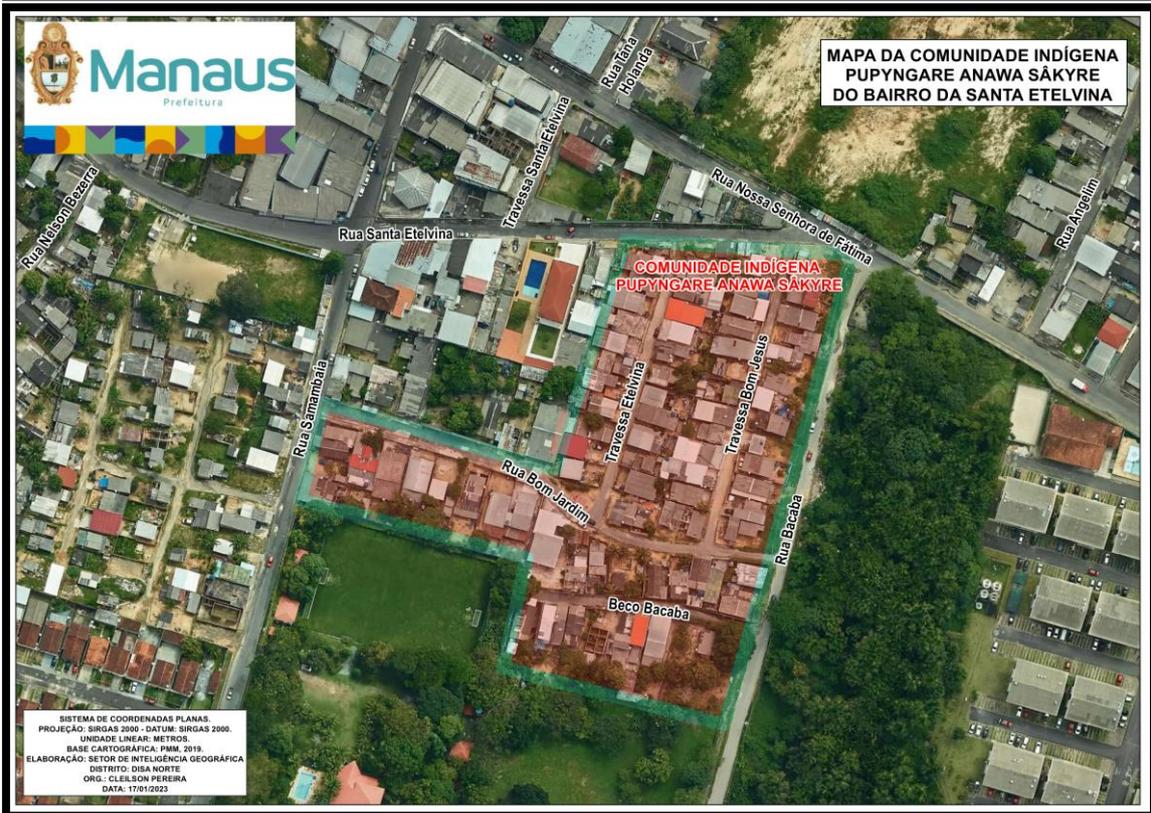
ANEXO – 13

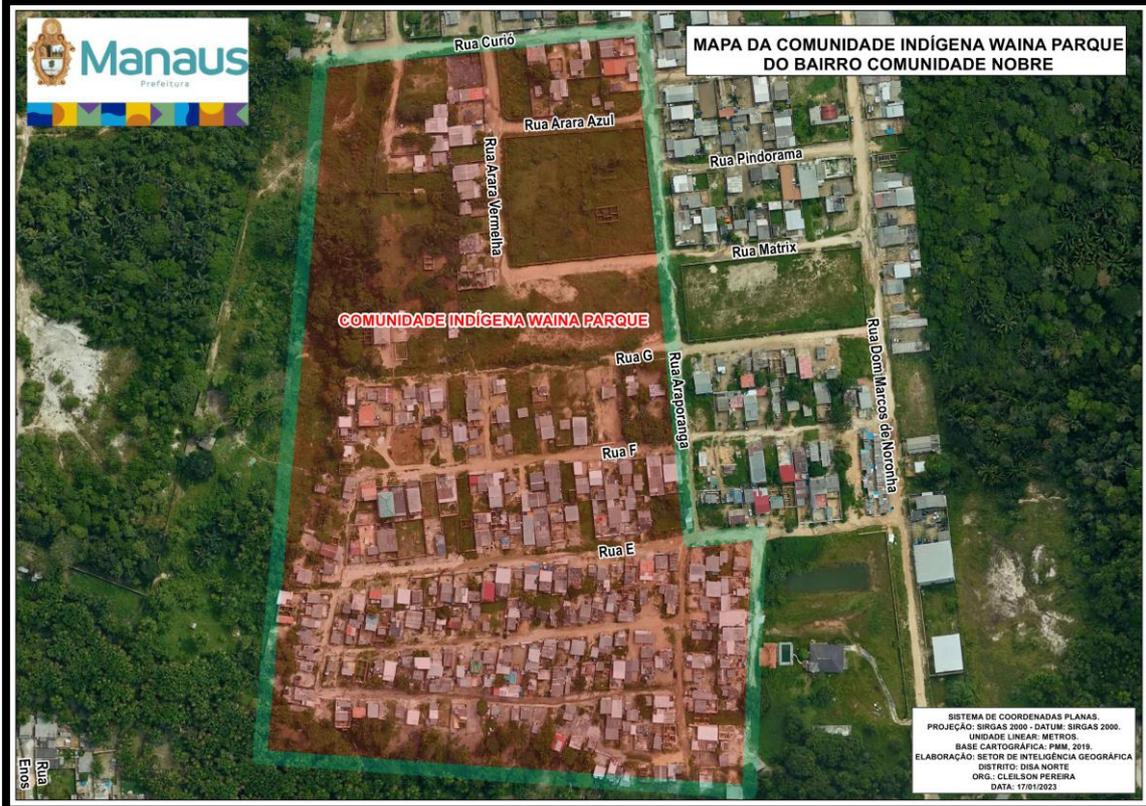
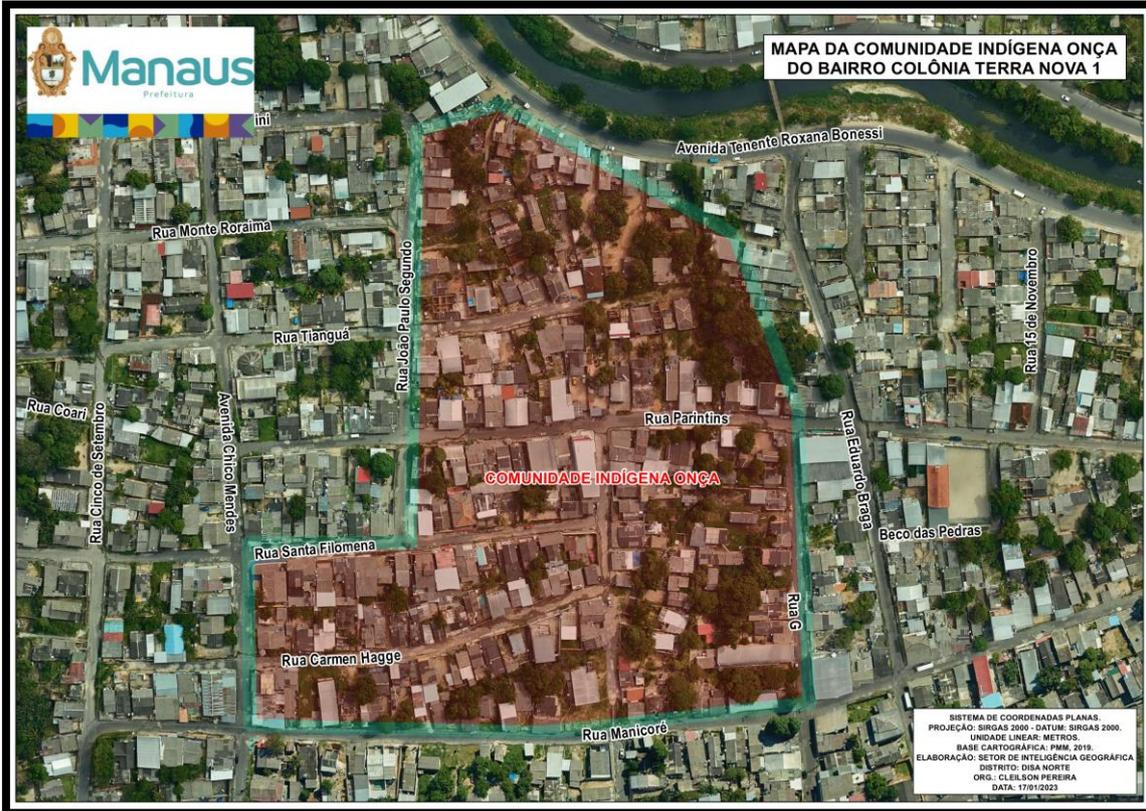


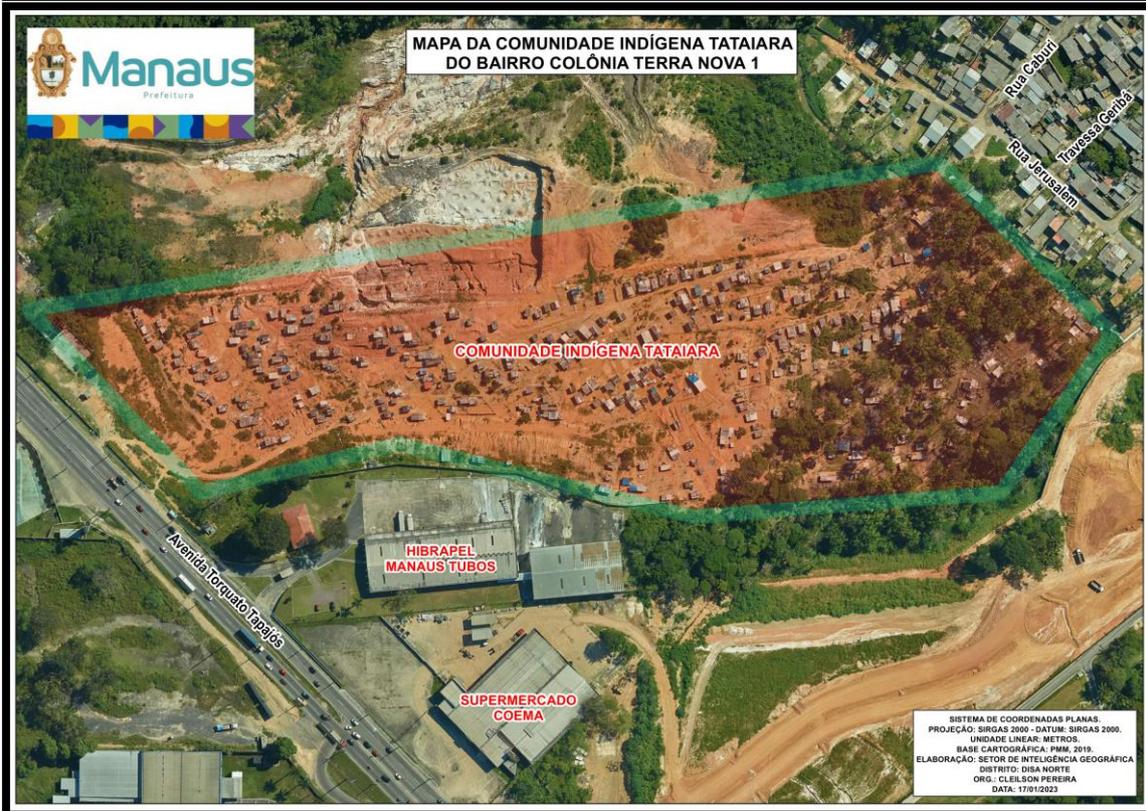
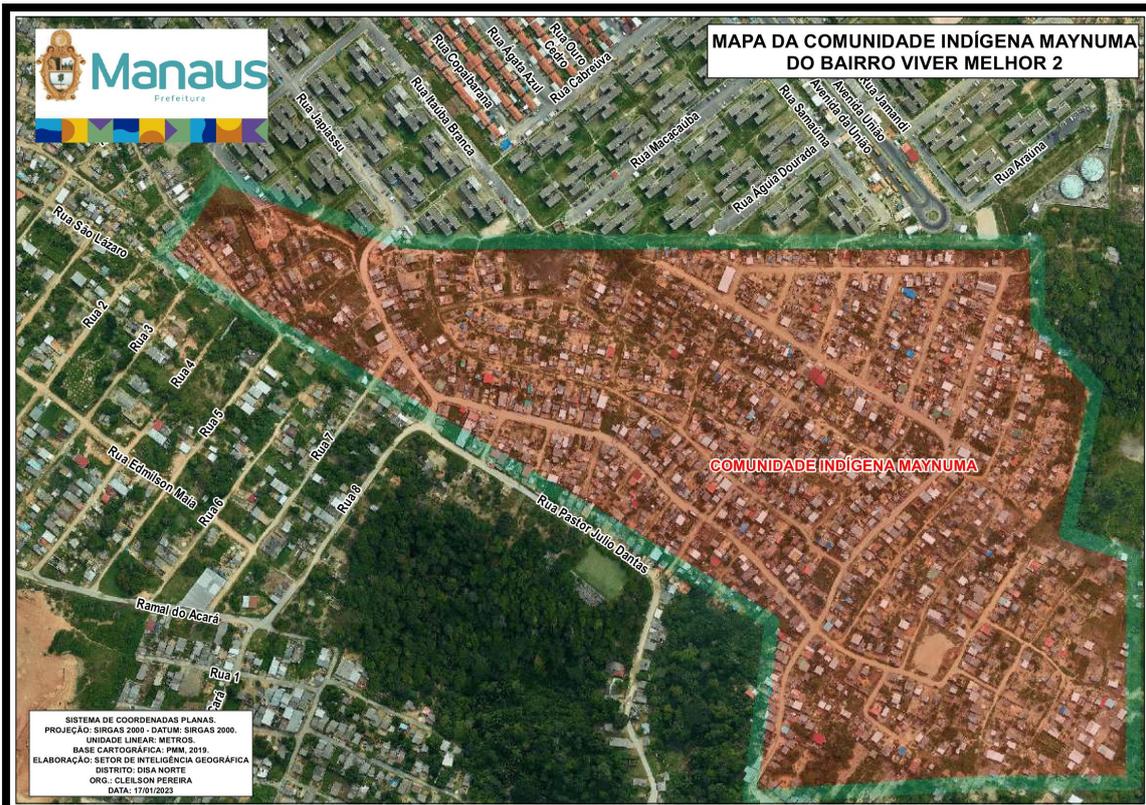




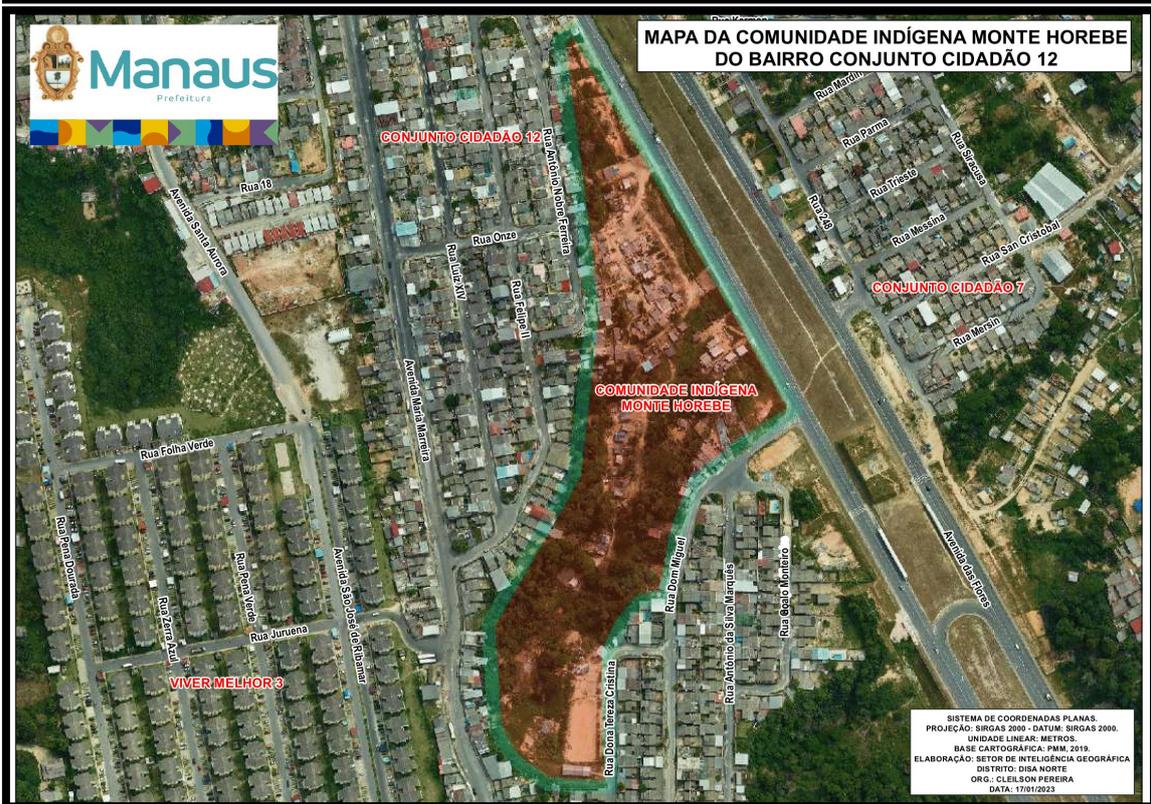
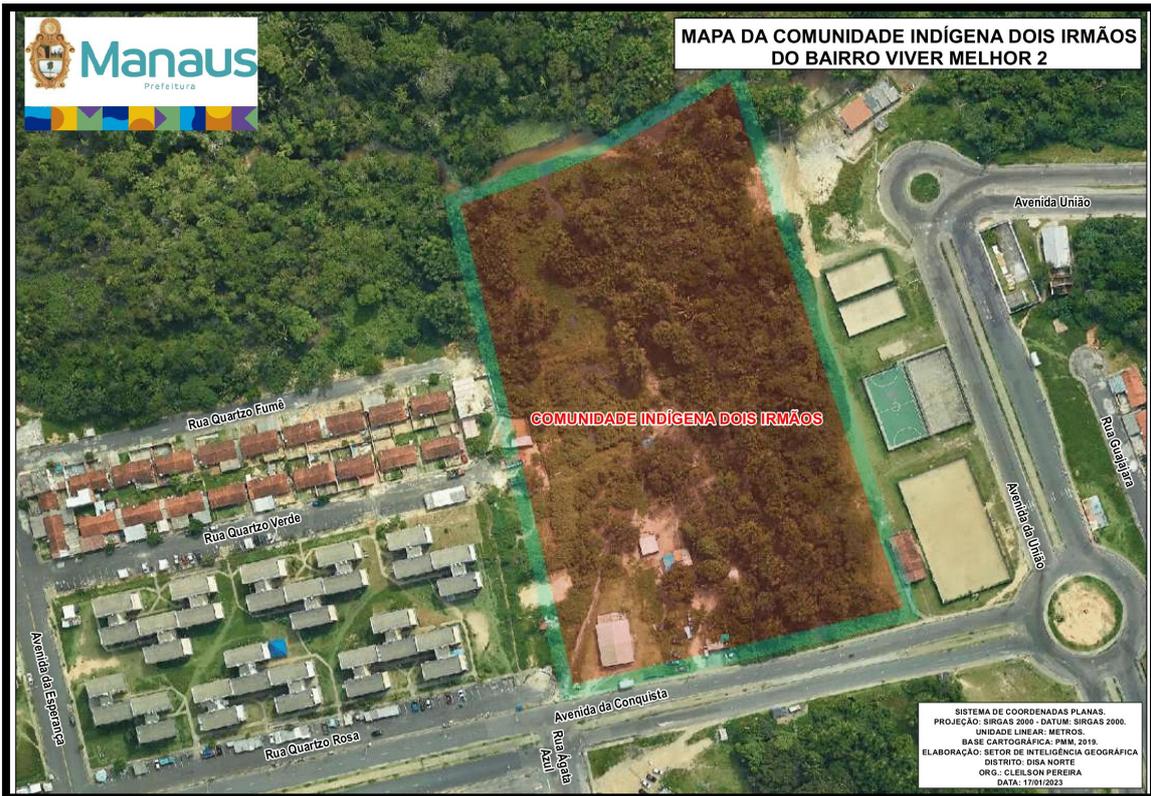














Fonte - Mapas: Territorialização Distrito de Saúde Norte, 2023