

Saúde em Limite



LEITURAS E ATIVIDADES PARA O TRABALHO EM SALA DE AULA



Saúde Sem Limite

A Associação Saúde sem Limites (SSL) trabalha para ajudar populações vítimas de isolamento e discriminação social a construir seus próprios serviços básicos de saúde. Para isso, as equipes da SSL deslocam-se até algumas comunidades indígenas e seringueiras mais isoladas do país, proporcionando-lhes assistência médico-odontológica especializada e, ao mesmo tempo, formando agentes comunitários capazes de resolver os principais problemas de saúde no local em que ocorrem.

Associação Saúde Sem Limites
Rua Frei Caneca 1407, sl. 206
São Paulo, SP, Brasil
CEP 01307-003
Tel/Fax: (011) 283-1277
E-mail: ssl@originet.com.br

Saúde Sem Limite

Missão e Objetivos Institucionais

A **Associação Saúde Sem Limites (SSL)** é uma sociedade civil brasileira, sem finalidade lucrativa, que existe para desenvolver trabalhos em prol da melhoria das condições de saúde das comunidades em território brasileiro que sofrem os efeitos do isolamento geográfico ou da discriminação social ou racial.

A SSL se coloca a serviço da luta dessas comunidades na conquista de um sistema de saúde digno, democrático e culturalmente adequado, aportando recursos e conhecimentos técnicos que possam contribuir tanto para a formação de seus recursos humanos e capacitação de suas organizações, como para a articulação interinstitucional.

Para cumprir esta Missão, a SSL enfatizará:

- A parceria com organizações comunitárias e o fortalecimento de seu trabalho na área da saúde;
- A capacitação de agentes de saúde, parteiras e outros profissionais locais para atuarem nas próprias comunidades, dando-se prioridade à formação em serviço;
- A adequação da metodologia e das formas de trabalho às culturas das comunidades;
- A valorização e o resgate das práticas tradicionais de cura;
- A priorização da atenção primária à saúde, com a organização de sistemas de referência e contra-referência;
- A cooperação com outras entidades que trabalham em prol do bem-estar e do desenvolvimento sustentável das populações marginalizadas, buscando-se integrar os projetos no campo da saúde a outros trabalhos nas áreas de educação, organização comunitária, produção agrícola, etc.;
- A formação, em colaboração com outras instituições, de profissionais que sejam tanto tecnicamente preparados para o trabalho com as populações marginalizadas, como politicamente comprometidos com a luta em prol da saúde dessas populações;
- A produção, a partir da experiência acumulada, de materiais que possam contribuir tanto para o trabalho da SSL e de outras entidades, como para o aperfeiçoamento das políticas públicas no campo da saúde.

Saúde Sem Limites

Sumário

1. **Saúde Sem Limites home page**
 - 1.1. **Atividades**
 - 1.2. **Missão e objetivos institucionais**
2. **Considerações sobre a saúde indígena na região dos rios Uaupés, Tiquié, Papuri, Aiari e áreas Hupdë (relatórios I e II)**
3. **Interim report Project Phase 1: April 1996 – December 1997**
4. **Annual report: April 1997 – March 1998**
5. **Atividades de campo da equipe SSL Rio Negro-AM (setembro de 1997 a dezembro de 1998)**
6. **Programa de Controle do Tracoma**
7. **Análise das representações de doenças contagiosas entre os Hupdë-Maku do Alto Rio Negro (Amazonas)**
8. **Termos de referência para avaliação do programa da Associação Saúde Sem Limites no Rio Negro/AM**

Saúde Sem Limite^s

CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE INDÍGENA

NA REGIÃO

DOS RIOS UAUPÉS, TIQUIÉ,

PAPURI, AIARI E ÁREAS HUPDÊ

RELATÓRIO I

SÃO GABRIEL, FEVEREIRO DE 1997

ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES
Escritório Regional do Rio Negro

Renato Athias - Antropólogo - Coordenador do Projeto
Marina Machado - Enfermeira - Administradora Regional
Norimar Pinto de Oliveira - Médico
Simone Argentino - Enfermeira

Av. Álvaro Maia, 79, Bairro Fortaleza
69.750 – 000 - São Gabriel da Cachoeira - AM
Tel/Fax: (092) 471 - 1353

São Gabriel de Cachoeira, fevereiro de 1997

“... antes tinha uma maloca bem grande, tinha muito peixe, de manhã tinha mingau, todo mundo participava da comida, o pessoal tava bom de saúde. Um homem ficava orgulhoso de pegar peixes para todo mundo comer. Antigamente tinha onde trabalhar, onde pescar, hoje não tem mais. Por isso tem muita doença, doença que os brancos trazem...”

Sr. Graciliano Soares, 76 anos, Tukano, morador do Rio Papuri, Agente Indígena de Saúde e benzedor, no encontro de Iauaretê (novembro de 1996).

“... a população tá diminuindo por causa das mortes que ocorrem por sopro e por falta de remédio do branco, porque a vida está estragada. As pessoas vão para a cidade por causa do alimento, da escola, do emprego...”

Sr. Estevão, líder Tukano, morador do Alto Tiquié.

“... o invasor reduz os homens do espaço invadido a meros objetivos de sua ação. Assim é que toda invasão cultural pressupõe a conquista, a manipulação e o messianismo de quem invade ...”

Paulo Freire em “Extensão ou Comunicação?”

ABREVIATURAS UTILIZADAS

- AIS - Agente Indígena de Saúde
- FNS - Fundação Nacional de Saúde
- FOIRN - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
- HU - Health Unlimited
- ISA - Instituto Sócio Ambiental
- RASI - Rede Autônoma de Saúde Indígena
- SGC - Município de São Gabriel da Cachoeira
- FUNAI - Fundação Nacional do Índio
- SSL - Associação Saúde Sem Limites
- AAISARN - Associação dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro

- **Organizações indígenas filiadas à FOIRN :**

- ACIBRN - Associação das Comunidades Indígenas do Baixo Rio Negro
- ACIRA - Associação das Comunidades Indígenas do Rio Aiari
- ACIRI - Associação das Comunidades Indígenas do Rio Içana
- ACIRNE - Associação das Comunidades Indígenas do Rio Negro
- ACIRU - Associação das Comunidades Indígenas do Rio Umari
- ACIRX - Associação das Comunidades Indígenas do Rio Xié
- ACITRUT - Associação das Comunidades Indígenas de Taracúá, Rio Uaupés e Tiquié
- AINBAL - Associação Indígena do Balaio
- AIP - Associação Indígena Potyra - Kapoano
- AMAI - Associação de Mulheres de Assunção do Içana
- AMIDI - Associação de Mulheres Indígenas do Distrito de Iauaretê
- AMITRUT - Associação de Mulheres Indígenas de Taracúá, Rio Uaupés e Tiquié
- CACIR - Conselho de Articulação das Comunidades Indígenas Ribeirinhas
- CIPAC - Comunidade Indígena de Pari Cachoeira
- COIMRN - Comissão de Articulação Indígena do Médio Rio Negro
- CRETART - Conselho regional das Tribos do Alto Rio Tiquié
- OIBI - Organização Indígena da Bacia do Içana
- UCIDI - União das Comunidades indígenas do Distrito de Iauaretê
- ONIARP - Organização das Nações Indígenas do Alto Rio Papuri
- ONIMRP - Organização das Nações Indígenas do Médio Rio Papuri
- UNIDI - União das Nações Indígenas do Distrito de Iauaretê
- UNIRT - União das Nações Indígenas do rio Tiquié
- UNIRVA - União das Nações Indígenas Do Rio Vaupés Acima.

- Etnias representadas pela FOIRN :

- **AR** Arapasso
- **BW** Baniwa
- **BR** Bará
- **BS** Barassano
- **BA** Baré
- **DE** Dessano
- **KA** Karapanã
- **KB** Kubeo
- **KR** Kuripako
- **Mahu** Maku, grupo Hupdë
- **Mayo** Maku, grupo Yohupdë
- **MN** Makuna
- **MI** Miriti-tapuia
- **PI** Piratapuia
- **SI** Siriano
- **TA** Tariano
- **TK** Tukano
- **TU** Tuyuka
- **WA** Wanano
- **WK** Werekena

OBS : **NH** - língua Nhengatu.

SUMÁRIO

	PÁG
1. Introdução.....	07
2. Aspectos Culturais das Populações Indígenas do Alto Rio Negro.....	09
3. Prestadores de Serviços em Saúde na Região.....	10
3.1 Hospital da Missão Salesiana de Iauaretê.....	10
3.2 Hospital de Taracuaá.....	10
3.3 Pari-Cachoeira.....	10
3.4 São Gabriel da Cachoeira.....	11
3.5 Outros.....	11
4. Dados Demográficos.....	12
5. Infra-Estrutura Existente nas Áreas de Abrangência do Convênio SSL/FOIRN.....	14
6. Encontro com AIS e Lideranças.....	15
6.1 Objetivos.....	15
6.2 Metodologia.....	15
7. Roteiro dos Encontros com AIS e Lideranças.....	16
8. Síntese das Discussões Realizadas durante os Encontros.....	17
8.1 Iauaretê.....	17
8.2 Cunuri.....	20
8.3 Ucuqui.....	22
9. Entrevista Individual com o Agente Indígena de Saúde.....	24
9.1 Roteiro da Entrevista Individual com os AIS.....	24
9.2 Análise das Entrevistas com os AIS.....	26
9.2.1 Perfil Sócio-Econômico dos AIS.....	26
9.2.2 Atividades dos AIS.....	26
9.2.3 Motivações, Inserção e Perfil Técnico.....	28
9.2.4 Expectativas.....	30
10. Questionários de Saúde.....	31
10.1 Dados Populacionais.....	31
10.2 Saneamento.....	32
10.2.1 Condições Habitacionais.....	32
10.2.2 Fontes Hídricas.....	33
10.2.3 Destino de Dejetos.....	33
10.2.4 Criação de Animais.....	33
10.3 Fontes e Hábitos Alimentares.....	33
10.3.1 Mudanças de Hábitos Alimentares.....	34
11. Dados de Morbidade.....	34
12. Imunoprevenção.....	36
13. Saúde Materno-Infantil.....	36
13.1 Ciclo Gravídico-Puerperal.....	36
13.2 Amamentação.....	36
14. Saúde Bucal.....	37

15. Outras Informações.....	37
15.1 Existência de Postos de Saúde nas Comunidades.....	37
15.2 Visitas de Profissionais de Saúde às Comunidades.....	37
15.3 Fontes de Medicamentos.....	37
15.4 Existência de Pajés nas Comunidades.....	37
15.5 Encaminhamentos.....	38
16. Assistência Médica e de Enfermagem.....	38
17. Área Hupdê.....	41
18. Conclusões.....	45
A Saúde dos Povos Indígenas Ribeirinhos.....	45
18.1 Perfil Epidemiológico.....	45
18.2 Prestadores de Serviço na Região.....	47
18.3 O Movimento Indígena na Saúde.....	48
18.4 O Subsistema Diferenciado de Atenção à Saúde Indígena.....	49
18.5 A Situação de Saúde da População Hupdê.....	51
18.5.1 Perfil Epidemiológico.....	52
19. Proposta de Plano de Trabalho da Equipe SSL para 1997.....	54
19.1 Objetivos.....	54
19.2 Metodologia.....	55
19.2.1 Supervisão dos AIS.....	55
19.2.2 Assessoria à FOIRN.....	55
19.2.3 Assessoria à AAISARN.....	55
19.3 Plano de Atividades para as Áreas Hupdê.....	55
19.4 Saúde Bucal.....	56
19.5 Sistema de Informação.....	56

1. INTRODUÇÃO

Em junho de 1996 a Associação Saúde Sem Limites, organização não governamental brasileira, em parceria com a organização britânica “Health Unlimited” (HU), deu início ao processo de operacionalização do convênio firmado com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), com duração prevista de 04 anos. O projeto de saúde para região foi elaborado a partir de um estudo realizado na área do Alto Rio Negro, por profissionais da SSL¹, entre julho e setembro de 1994. Os objetivos do projeto são os seguintes:

- assessorar à FOIRN e ao movimento indígena em geral nos assuntos relativos ao campo da Saúde Indígena;
- trabalhar a formação de recursos humanos indígenas na área da saúde, na forma de ações de supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde em processo de formação nos Rios Tiquié, Uaupés, Papuri, Aiari e área do Balaio, de modo conjunto com as demais instituições (principalmente a FNS e Projeto RASI) que atuam neste campo;
- elaborar propostas para um projeto de atenção à saúde dos grupos de etnia Hupdê e Yohupdê participar na execução do mesmo.

Antes de adentrarmos no objeto deste documento e a fim de que melhor se compreenda a magnitude de tal convênio seria interessante situá-lo dentro de certos aspectos da realidade indígena regional.

A FOIRN constitui uma organização indígena que congrega 23 associações de base, representativas de 19 etnias, correspondentes a cerca de 15 línguas derivadas dos troncos Tukano, Maku e Aruak e de uma população estimada entre 25.000 a 30.000 indígenas. Esta população encontra-se distribuída por cerca de 600 comunidades situadas nas áreas da bacia do Rio Negro, num território equivalente a 108.000 km², que engloba os municípios de São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel, no Brasil, e as fronteiras com a Venezuela e Colômbia.

Tradicionalmente identificada com a questão da demarcação das terras indígenas a FOIRN vem, nos últimos anos avançando no âmbito de outras ações que visam basicamente o resgate e afirmação da cultura indígena e melhorias nas condições da ocupação da terra (alternativas econômicas, alimentares, educacionais), entre as quais inserem-se as questões relativas à saúde. Deste modo, a FOIRN já é responsável, atualmente, pelo fornecimento de bolsas comunitárias a cerca de 50 AIS (convênio com a FNS). Através do convênio com a SSL a FOIRN estará mais próxima das ações de supervisão dos AIS na área de abrangência do projeto. Atualmente existem cerca de 50 agentes indígenas de saúde na região em processo de formação através das atividades desenvolvidas pelo Projeto RASI e pela FNS, além de outros 30 AIS iniciantes.

¹ Alex Shankland, Istvan Varga, Renato Athias

Frente a tal conjuntura e complexidade geográfica, a equipe de profissionais que assinam este documento realizou uma viagem de 45 dias, no período de 25/10/96 à 05/12/96 pela região do Alto Rio Negro. Grande parte da viagem foi acompanhada pelos Srs. Maximiniano Menezes, na ocasião secretário da FOIRN e Mário Nascimento, vice-presidente da Associação dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro - AAISARN.

Os objetivos fundamentais da viagem foram definidos no sentido de coletar dados e informações que possibilitassem o reconhecimento da região em seus aspectos gerais e relativos à saúde, discutir junto a população as propostas de atuação da SSL, gerando, assim, as condições e subsídios necessários à formulação de um plano de trabalho que venha a dar encaminhamento aos objetivos do convênio com a FOIRN.

Neste sentido, foram organizados e realizados durante a viagem 03 encontros que contaram com a participação de 32 agentes e 27 lideranças indígenas, ocorridos nas localidades de Iauaretê (Rio Uaupés), Ucuqui (Rio Aiari) e Cunuri (Rio Tiquié)². Além desses encontros a equipe percorreu os Rios Uaupés (e seu afluente Japu), Aiari, Tiquié (e seu afluente Castanho) visitando e prestando assistência médica a cerca de 20 comunidades ribeirinhas de diversas etnias. Estabeleceu contatos com profissionais de saúde que atuam nos centros de referência de Iauaretê, Taracuá e Pari Cachoeira. Foram percorridos cerca de 70 km a pé pela região interfluvial limitada pelos Rios Tiquié e Papuri em reconhecimento das áreas Hupdê, incluindo visitas e assistência médica a cerca de 10 comunidades dessa etnia, abrangendo os povoados de Santo Atanásio e Nova Fundação. No total foram realizados cerca de 215 atendimentos médicos, atendidas 03 situações de emergência (remoção aérea em uma destas situações) e prestada assistência a um surto de malária na região do Alto Uaupés. A equipe vivenciou “in loco” não somente as dificuldades referentes à logística das viagens pelas áreas do Alto Rio Negro mas, principalmente, a dramática situação de saúde em que se encontram os povos indígenas desta região (agravada em relação aos grupos Hupdê, como veremos adiante). Certamente esta situação está relacionada aos impactos culturais e ambientais que continuam afligindo estes povos, sendo potencializada pela inexistência de um efetivo sistema de saúde regional.

Este documento objetiva repassar nossas experiências, apresentar os dados e informações colhidas durante a viagem, demonstrar nossas impressões a respeito da saúde no Alto Rio Negro e construir propostas de atuação e planejamento de atividades para a Saúde Sem Limites. É dirigido à FOIRN e demais instituições que atuam nas causas indígenas, particularmente àquelas envolvidas na saúde. O presente documento não está constituído nas modalidades clássicas de estudo epidemiológico e não pretende apresentar uma análise completa sobre a questão da saúde na região. Intenciona, no entanto, configurar-se como um elemento que possa ser útil no sentido de propiciar a reflexão de todos os envolvidos neste processo, dentro de uma proposta de transparência que acreditamos ser de fundamental importância para a articulação interinstitucional que se defende como necessária no campo da Saúde Indígena.

² Os Agentes Indígenas de Saúde constituídos na região são todos pertencentes às famílias Tukano e Aruak, atuando nas comunidades ribeirinhas. Os Hupdê (grupo Maku) possuem, até o momento, um único AIS.

2. ASPECTOS CULTURAIS DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS DO ALTO RIO NEGRO

A área de abrangência do Projeto compreende os povos dos grupos Aruak e Tukano que, tradicionalmente, habitam os grandes rios e igarapés navegáveis e o grupo Maku, do qual fazem parte os Hupdê que habitam a região interfluvial limitada pelos rios Papuri e Tiquié. Estes povos estão integrados em um sistema cultural homogêneo, fruto de um processo de elaboração cultural no qual os indígenas acreditam terem vindos para este mundo através de uma longa viagem que realizaram dentro de uma cobra-gande, anaconda. Cada povo tem sua especialidade e sua identidade no interior deste sistema que, por sua vez, é hierarquizado no contexto dos grupos lingüísticos, no interior de um clã, sempre dos maiores para os menores, numa escala de senioridade. A hierarquia tal como é percebida pelos índios é extensiva a todas relações sociais. Cada um tem um papel e uma identidade no interior deste sistema que se mostra extremamente complexo, uma vez que regula as relações sociais em todos os níveis.

Este sistema, apesar do contato com a sociedade envolvente e do processo de evangelização e escolarização que estes povos estão vivendo, continua vivo e atuante. Faz parte da tradição cultural destes povos três elementos presentes em cada um dos grupos lingüísticos. Os três elementos são a **Maloca**, o **Dabucuri** e **Jurupari**. A maloca, que na realidade hoje representa um povoado, uma aldeia, organiza as relações no interior de cada sib/clã. O Dabucuri, a festa das trocas, representa as formas como se dão as relações entre os grupos e os clãs. Cada um dos clãs tem um sistema próprio de conhecimento e nomeia seus ancestrais. O Jurupari é o estruturador de todo este sistema e regula as relações entre os diversos grupos étnicos de toda a região.

Os sistemas e práticas tradicionais de saúde, de inegável eficácia, igualmente continuam existindo na forma dos pajés e dos homens iniciados que sabem “soprar” ou benzer e constituem um dos baluartes da cultura indígena da região. Os estados mórbidos encontram as respectivas terapêuticas explicadas no mito de origem; conseqüentemente, um bom pajé, que conheça o mito em sua totalidade, é capaz de definir a doença e sua respectiva cura.

Várias das patologias decorrentes do contato parecem não serem reconhecidas nesta mitologia e não possuem, portanto, uma terapêutica tradicional. É necessário que este contexto, dificilmente visível, no qual ocorre a coexistência das práticas tradicionais indígenas e das práticas de saúde derivadas da sociedade envolvente, seja levado em consideração na execução de trabalhos de saúde junto à esses povos.

3. PRESTADORES DE SERVIÇOS EM SAÚDE NA REGIÃO

3.1 Hospital da Missão Salesiana de Iauaretê

Este hospital funciona atualmente conveniado ao Sistema Público Estadual de Saúde como referência de resolução primária para a região do Alto e Médio Uaupés, Rio Papuri e Rio Aiari. A população dos extremos destes rios devem navegar cerca de 05 dias a remo (ou cerca de 01 dia com motor de popa 15 HP) até o hospital. Restam para estas populações ainda o Pelotão de Fronteira em Querari (no Alto Uaupés), a localidade de Terezita (Colômbia) no Alto Papuri e as localidades de Tunuí e Assunção no Rio Içana (tais referências não foram visitadas).

O Hospital de Iauaretê constitui um dos mais bem estruturados na região. Conta com leitos de internação, isolamento (para tratamento de TBC), laboratório equipado para realização de exames subsidiários, sala de imunoprevenção, sala para atendimento ambulatorial e odontológico, onde atendem 01 técnico odontólogo e o dentista do Exército. O Hospital conta com a supervisão de uma médica, Dra. Aline, irmã salesiana. Ressalte-se que toda esta estrutura vem passando pelas constantes crises que atingem a Saúde Pública.

Em Iauaretê encontra-se em fase de instalação um Hospital de Guarnição do Exército iniciado pelo projeto Calha Norte, que não se encontra operante. Até o momento, o Exército cuida, esporadicamente, da remoção aérea nos casos de emergência para SGC ou Manaus.

3.2 Hospital de Taracúá

Situado no médio Uaupés, serve como referência primária para este rio bem como para Rio Tiquié e seus afluentes e para áreas Hupdê. É conveniado também ao Sistema Público Estadual de Saúde. Conta com leitos de internação e isolamento para casos de TBC. Realiza extrações de dente, realizadas por técnico em odontologia. Conta com a supervisão de uma enfermeira missionária, Irmã Rose, que também realiza atividades de assistência e imunoprevenção em campo. Vem passando também pelas tradicionais crises da Saúde Pública: insuficiência de verbas, recursos humanos, medicamentos e baixos salários. Realiza remoções de pacientes para SGC. A missão Taracúá conta com uma pista de pouso não asfaltada.

3.3 Pari-Cachoeira

Situado no Médio Tiquié, o Hospital de Pari-Cachoeira vem funcionando basicamente como um Posto de Saúde para atendimento ambulatorial e primeiros socorros, removendo casos mais complexos para Taracúá ou SGC. Funciona, portanto, como referência primária para o Rio Tiquié e seus afluentes. Conta com a supervisão de uma enfermeira missionária, Irmã Olga. Em Pari-Cachoeira são realizadas

extrações de dente e o hospital possui leitos de internação. Pari-Cachoeira conta com uma pista de pouso não asfaltada, porém ocorrem sérias dificuldades no sentido de se conseguir remoção aérea. A população do Alto Tiquié costuma utilizar-se do sistema de saúde colombiano, na cidade de Trinidad.

Em Pari-Cachoeira existem ainda as instalações de um Posto de Saúde construído pelo projeto Calha Norte que não se encontra operante.

3.4 São Gabriel da Cachoeira

O município de São Gabriel da Cachoeira conta com um Hospital de Guarnição do Exército, conveniado ao Sistema Público Estadual de Saúde, que funciona como referência secundária na região. Realiza atendimentos ambulatoriais, atendimentos odontológicos, internações, cirurgias de urgência, serviços de laboratório e coleta de sangue para transfusão. O Exército, em conjunto com a Aeronáutica, realiza ainda remoções de pacientes para Manaus.

No município existe um Posto de Saúde da prefeitura. Neste ano, deve entrar em funcionamento o Centro de Saúde Escola, configurado através de convênio entre a Diocese e a FNS.

A FNS possui um corpo de profissionais responsáveis pela imunoprevenção na região, que ocorre em parceria com outras instituições. Executa ainda atividades relativas ao controle da malária.

A FUNAI mantém no município uma Casa do Índio que recebe pacientes do interior para investigação diagnóstica, acompanhamento e tratamento médico.

3.5 Outros

A região conta ainda com prestação de serviços de saúde nas localidades de Tunuí (Missão Novas Tribos), Assunção (Missão Salesiana), São Joaquim (Pelotão de Fronteira) no Rio Içana. Tais serviços existem também em Querari (Pelotão de Fronteira no Alto Uaupés) e na localidade de Cucuí, fronteira com a Venezuela. Estas localidades não foram visitadas pela equipe.

Quanto aos serviços colombianos, a equipe visitou a localidade de Ibacaba, no Alto Uaupés. Nesta localidade existe um agente indígena de saúde (Promotor de Salud), posto de saúde com farmácia básica e equipamentos (estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, sala de atendimento com maca, armário e carrinho de curativos).

Possui rádio multifrequencial, com serviço de plantão médico durante 24 horas por dia (interligado à Bogotá) e voadeira, motor de popa e combustível, para o deslocamento do agente e remoção de pacientes. Esta comunidade é freqüentemente procurada pelos habitantes do Alto Uaupés do lado brasileiro. O agente também realiza

serviços de vigilância epidemiológica e conta com visitas de médicos, enfermeiros e odontólogos 2 a 3 vezes por ano.

Todos os serviços primários do lado colombiano (Alto Uaupés, Alto Papuri e Alto Tiquié) têm como referências as cidades de Mitu e Bogotá.

4. DADOS DEMOGRÁFICOS

Os dados demográficos colhidos por diversas fontes apresentam-se incongruentes devido, entre outras razões, aos intensos movimentos populacionais que ocorrem na região.

A área de atuação do Projeto da SSL abrange uma população estimada de 8.506 habitantes, distribuídos em 224 comunidades que correspondem à 15 etnias e 11 línguas.

Segue abaixo o quadro com os dados censitários, áreas de cobertura dos AIS em relação à população e comunidades estimadas, as etnias presentes e suas línguas correspondentes. Estes dados referem-se à área de abrangência do Projeto de Saúde da SSL.

Quadro 1
Dados censitários da área de abrangência do
Convênio SSL/FOIRN - Out/Dez 96³.

REGIÃO	**AIS	*POP.EST	COB. AIS	*COM.EST	COB.AIS	ETNIA	LÍNGUA
AIARI	12	909	769	30	19	BW-KB	BW-KB
PAPURI	05	1021	1237	29	25	TK-DE TU-PI KA-TA Mahu	TK DE TU PI-KA MAhu
BAIXO E MÉDIO UAUPÉS	06	1985	575	54	11	TK DE-WA MAhu TA-PI BA-AR	TK DE MAhu PI NH
ALTO UAUPÉS	4	1092	816	26	19	WA-TK DE-KB PI-TA	WA-TK DE-KB PI
TIQUIÉ	11	3228	1405	81	32	TK-DE TU-MA MA-MN MI-BS KA-TA	TK-DE TU-MN MAhu MAyo
BALAIÓ	02	271	271	4	4	TK-DE	TK
TOTAL	40	8506	4353	224	110	15	11

³ POP EST. = População Estimada

COB. AIS = Cobertura do AIS em relação à população e comunidades - Fonte - Questionários SSL NOV/1996

COM. EST. = Número de comunidades estimadas

Fonte: * Banco de Dados ISA/FOIRN - 2ª versão preliminar de ABR/96, calculadas segundo as fontes mais recentes.

** Lista FNS - DSY/AM - SET 96

No quadro anterior não foram considerados os centros de Taracua, Iauaretê e Pari-Cachoeira. A população regional incluindo estes centros situa-se entre 9.325 à 11.300 habitantes. Estão inclusos no quadro os afluentes dos rios Uaupés (5), Papuri (5) e Tiquié (12). Incluem-se, também, 1.250 indivíduos Hupdê e 275 Yohupdê nos dados dos rios Tiquié, Uaupés e Papuri.

Serão apresentados no Quadro 2 os dados censitários das áreas não abrangidas pelo Projeto de Saúde da SSL.

Quadro 2
Dados censitários das áreas não abrangidas pelo Projeto de Saúde da SSL ⁴

RIO	POP.ES T.	COM.ES T.	AIS	ETNIAS	LÍNGU AS	ASSOCIAÇ ÃO	MISSÃ O	REFERENCIAS
IÇANA	4000	90	18	BW BA TA KR KB WK	BW NH KB WK	OIBI ACIRI AMAI	Evang Catol	Assunção São Joaquim- Pelotão de Fronteira SGC Mitu-Colômbia
NEGRO	3199	246	17	BA BW TK TA AR DE PI MA SI KR Caboclos	NH TK BW WK MA KR	AIP ACIRNE CACIR COIMRN ACIBRN	Catol	Cucui SGC Sta. Isabel
TRAÍRA APAPORI S	289	12	0	MA-yo TK DE TU Caboclos	TK MA-yo	COGIRC	Evang	Vila Bittencourt - Br Colômbia
XIÉ	700	43	4	BA BW WK	NH BW WK	ACIRX	Evang	Cucui SGC
TOTAL	8459	391	39	13	7	10	-	-

Os dados do Rio Negro incluem o Rio Curicuriari com estimativa populacional de cerca de 85 habitantes.

Os dados do Rio Negro não incluem SGC (população estimada entre 8000 a 12000 hab.), Cucuí (770 a 1608 hab.) e área do Balaio. Não incluem também a região

⁴ POP. EST. = População Estimada

COM. EST. = Número de comunidades estimadas

Fonte: Banco de Dados ISA/FOIRN - 2ª versão preliminar - ABR/96

Lista de AIS FNS - DSY/AM - SET/96

do Baixo Rio Negro, pertencente ao município de Sta.Isabel. A população total estimada destas áreas, incluindo SGC e Cucuí, situa-se entre 17.245 a 22.152 habitantes.

5. INFRA-ESTRUTURA EXISTENTE NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO CONVÊNIO SSL / FOIRN

Este tópico pretende descrever, sucintamente, os aspectos relacionados à infra-estrutura existente na região. Desse modo, os dados foram agrupados em forma de tabela, na qual é possível visualizar a existência de sistema de radiofonia, postos de saúde, escolas, tipo de transporte disponível e comunidades que possuem geradores de energia.

Tabela 1
Infra-estrutura Existente nas Áreas de Abrangência do Convênio SSL/FOIRN - 1997⁵

Região	Associação	Radio	Posto de Saúde	Escola	Transporte	Gerador
AIARI	ACIRA	1	4	8	ZERO	ZERO
PAPURI	ONIARP ONIMPR	1	4	12	03 motor popa	ZERO
BAIXO E MÉDIO UAUPÉS	ACITRUT AMITRUT UNIDI UCIDI AMIDI	2	não referido	21	02 barcos	não referido
ALTO UAUPÉS	UNIRVA	1	1	14	ZERO	não referido
TIQUIÉ	CRETIART CIPAC UNIRT ACIRU	3	1	27	03 barcos 01 motor popa	1
BALAIÓ	AINBAL	1	ZERO	1	01 carro	não referido
TOTAL	14	09	10	83	-	-

Os Postos de Saúde citados na tabela anterior são construções simples de alvenaria ou madeira construídos pela Prefeitura de SGC ou em mutirão, não possuindo rede elétrica, água encanada nem equipamentos, servindo na maior parte das vezes apenas como eventual depósito de medicamentos.

⁵ Fonte: Banco dados ISA/FOIRN - 2ª versão preliminar - ABR/96
Entrevistas/Questionários SSL - NOV/96

6. ENCONTROS COM AIS E LIDERANÇAS

A proposta de atuação da SSL na região do Alto Rio Negro contempla o envolvimento da comunidade nas discussões relativas à saúde. Nesta primeira viagem a equipe da SSL optou por realizar encontros, com a duração de dois dias e a participação de AIS e lideranças em pontos estratégicos da área de abrangência do projeto.

6.1 OBJETIVOS

- Delinear concepções, percepções e expectativas gerais em relação às questões de saúde.
- Avaliar o AIS no que se refere à percepção e execução de seu papel, expectativas e motivações, sua inserção na comunidade, perfil sócio-econômico, atividades desenvolvidas, dificuldades, relação com os sistemas tradicionais de saúde e conhecimentos técnicos.
- Levantar junto aos AIS dados censitários (dados populacionais gerais, dados de mortalidade, morbidade, natalidade), condições de saneamento nas comunidades indígenas, hábitos alimentares, situação das atividades de imunoprevenção, saúde bucal e questões referentes à saúde materno infantil.
- Apresentar e discutir junto aos AIS e lideranças propostas de trabalho para a SSL na região.

6.2 METODOLOGIA

- Dinâmica de grupos para discussão das seguintes questões: concepção de saúde e doença, atividades dos AIS, conquistas, problemas e desafios relativos à saúde na região, propostas de trabalho para a SSL.
- Aplicação de questionários por comunidade para serem respondidos pelos AIS.
- Entrevistas individuais com os agentes realizadas pelos profissionais de saúde da equipe da SSL com duração de aproximadamente 1 hora para cada agente.

Nas páginas seguintes estaremos apresentando o roteiro dos encontros, os quadros com a síntese das discussões, a entrevista individual realizada com os AIS e análise das mesmas. Nos casos em que julgamos necessário, procuramos ser fiéis na transcrição da linguagem utilizadas pelos AIS e lideranças.

7. ROTEIRO DOS ENCONTROS COM AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE E LIDERANÇAS

Primeiro dia

1. Abertura:

- Apresentação da SSL e dos participantes da reunião.
- Exposição das atividades do Encontro.

2. Trabalho em grupos abordando os seguintes temas:

- O que é saúde? O que é doença? (grupos mistos de AIS e lideranças)
- Como cuidamos da saúde? Como tratamos a doença? (grupo de AIS)
- Como é feito o atendimento de saúde na região? (grupo de lideranças)

3. Distribuição e explicação dos questionários de saúde por comunidade (AIS)

Segundo dia

1. Trabalho em grupos abordando:

- Conquistas, problemas e desafios relacionados à saúde (grupos divididos entre AIS e lideranças)

2. Entrevistas individuais com agentes e recolhimento dos questionários de saúde.

3. Encerramento, propostas de atuação para a SSL, palavra livre.

Registro em Vídeo

Como forma de garantir o debate, não só entre os agentes de saúde e sim com a população indígena, estes encontros foram registrados em vídeos que estão sendo editados e devolvidos para uso das comunidades na região.

8. SÍNTESE DAS DISCUSSÕES REALIZADAS DURANTE OS ENCONTROS

8.1 IAUARETÊ

Período: 28 e 29 de outubro

Houve a participação de 06 lideranças indígenas entre capitães e representantes das associações ONIARP, AMIDI, FOIRN e AAISARN. Quanto aos AIS, participaram 05 do Rio Papuri, 04 do Alto Uaupés e 02 do Médio Uaupés totalizando 17 indígenas no encontro. Foram respondidos 25 questionários de saúde do Rio Papuri (população referida de 1.237 hab.), 21 do Alto Uaupés (população referida de 816 hab.) e 06 da região do Médio Uaupés (população referida de 416 hab.). Contamos a ausência de um AIS dessa região.

Estiveram representadas nesse encontro as seguintes etnias: Tukano, Piratapuaia, Dessano, Tariano, Wanano. Seguem abaixo os quadros com a concepção de saúde e doença abrindo espaço para a definição destes termos na língua de origem.

Quadro 3
Concepção de Saúde e Doença - Região de Iauaretê

	Saúde	Doença
Grupo I	Estar bem forte, sadio, gordo, não precisa de remédio, bem alimentado, sem preguiça, é trabalhador, se alimenta bem e se sente feliz.	A pessoa fica sem jeito, sente dor de cabeça, não tem vontade de trabalhar, fica triste, sem vontade de comer, sente dor no corpo, não é trabalhador. Quando casa muito novo não consegue sustentar a família, então ficam todos doentes.
Grupo II	Boa alimentação que vem da terra para plantar, da caça e da pesca.	A pessoa tem vícios (fumar e beber). Então não planta e não se alimenta e fica doente. Doença ocorre por falta de conhecimento de higiene. Algumas pessoas ficam viciadas em beber e não comem mais (a bebida do branco é pior que o caxiri).
Grupo III	As pessoas ficam na comunidade (não querem sair), sentem-se felizes, conversam, trabalham bem.	A pessoa fica triste, sente dor de cabeça, não conversa mais.

Quadro 4
Concepção de saúde e doença segundo a língua de origem - Região de Iauaretê

Etnia	Saúde	Doença
Tukano	Uhpupokamãmii Uhpu = corpo Poka = estranho mãmii = sem	Uhpupokatigüè Uhpu = corpo Poka = estranho Tigüè = com
Wanano	Hatidoatiakiariro Hati = corpo Doati = doença Akiariro = sem	Hatidoatimeriró Hati = corpo Doati = doença Meriró = com
Desana	Mahsã Doré Marigue Mahsã = gente Doré = doença Marigue = não tem	Mahsã Doré kegue Mahsã = gente Doré = doença Kegue = tem
Piratapuia	Mahsã Oduá Tyie Morikiró Mahsã = pessoa Oduá = doença Tyie Morikiró = sem	Mahsin Oduá Tyie Kearikirú Mahsin = pessoa Oduá = doença Tyie Kearikirú = com

Obs: A transcrição fonética dos termos indígenas procura ser fiel à pronúncia portuguesa

O quadro abaixo descreve a concepção dos AIS referente aos cuidados de saúde. Em seguida o quadro 6 demonstra a concepção dos mesmos em relação aos tratamentos.

Quadro 5
Concepção dos AIS em relação aos cuidados de saúde - Região de Iauaretê

Como cuida da saúde - AIS	
Grupo I	Fazer reunião, explicar o que aprendeu no curso, visitar as comunidade, ensinar a lavar as mãos antes de comer.
Grupo II	Fazer reunião e ensinar a como cuidar dos animais (porco, galinha, cachorro) para não contagiar, a se alimentar bem e ter higiene.

Quadro 6
Concepção dos AIS em relação ao tratamento das doenças - Região de Iauaretê

Como trata a doença - AIS	
Grupo I	Fazer curativos, cuidar das doenças dando remédio. Por exemplo: dipirona 3 vezes ao dia quando tem gripe.
Grupo II	Mandar cuidar de se alimentar bem, lavar as mãos, guardar o resto das comidas, tampar panelas para não pegar doença. Tratar com benzimento e remédio natural.

Quadro 7
Descrição feita pelas lideranças acerca dos atendimentos de saúde - Região de Iauaretê

Como é feito o atendimento	
Lideranças	O exército ajuda um pouco, atendendo na cidade (Iauaretê) e de vez em quando nas aldeias; -a FUNAI não está fazendo nada; -a irmã Aline (médica do Hospital/SESAU) atende na cidade, mas atende pouco em área, sofre também com a falta de medicamentos; -os AIS fazem reuniões e dão remédio, mas estão recebendo poucos remédios; -a FNS faz a vacinação mas em algumas comunidades pequenas eles não vão; -os AIS precisam de transporte e posto de saúde; -a SUCAM não está mais borrifando.

Quadro 8
Síntese dos relatos acerca das conquistas, problemas e desafios em saúde - Região de Iauaretê

	Conquistas	Problemas	Desafios
AIS	Existência dos AIS (antes não tinha)	-Algumas famílias não entendem o trabalho dos AIS; -dificuldades para adquirir medicamentos, com transporte, etc; -falta remuneração; -falta de local próprio para atendimento na comunidade; -vacinação não atinge todos os locais.	-Transporte -Medicamentos -Remuneração
Lideranças	--	-Não tem meios de transporte; -falta de medicamento; -falta de apoio do governo; -falta remuneração para os AIS.	-Transporte -Medicamentos -Remuneração

8.2 CUNURI

Período: 15 à 16 de novembro

Participaram deste Encontro 11 lideranças entre capitães e representantes da CRETIART e AAISARN. Quanto aos agentes, estiveram presentes 11 do Rio Tiquié e 02 da região do Baixo Uaupés, totalizando 24 representantes indígenas. Foram

respondidos 32 questionários da região do rio Tiquié (população referidas 1.405 hab.) e 05 questionários referentes à região do Baixo Uaupés (população referida 157 hab.). Etnias presentes: Tukano, Tuyuka e Dessano. Verificou-se a ausência de um agente de saúde do Baixo Uaupés.

Quadro 9
Concepção de saúde e doença - Região do Tiquié

	Saúde	Doença
Grupo I	Boa alimentação, tem alimentos, pessoa que é benzida pelo pajé fica protegida das doenças.	A pessoa sente a doença (gripe, reumatismo, hepatite), o agente nota que a pessoa está na rede. Falta de alimentação, fica triste, sem vontade de trabalhar e sem condições de participar no trabalho da comunidade. Fome, mal estar, dor de barriga.
Grupo II	Comer bem, lavar as mãos antes de comer, tem roupas e casa limpa, é benzido.	Defeito no corpo, tem crianças que nascem com defeito, sem condições de saúde, falta de benzer. Diarréia, verme.
Grupo III	Pessoa sem doença, alegre, participativo, comunidade animada.	É uma coisa que prejudica a comunidade e a pessoa. Tem doença que ocorre por descuido (falta de higiene). Tem pessoa que estraga a saúde dos outros. Por causa da doença a população da região não aumenta.

Quadro 10
Concepção de saúde e doença conforme a língua de origem - Região do Tiquié

Etnia	Saúde	Doença
Tukano	Uhputohtuagu Uhpu = corpo Tohtuagu = forte Doatisémarigu = sem doença Basékemuãme = benzido pelo pajé.	Doatsé = doença Masaré Doatikawesé = gente que causa doença.
Dessano	Uhputuruagu Uhpu = corpo Turuagu = forte	Doré = doença
Tuiuka	Uhputumtuagu Uhpu = corpo Tumtuagu = forte	Dyariguié = doença

Quadro 11
Concepção dos Ais em relação aos cuidados de saúde - Região do Tiquié

Como Cuida da saúde	
AIS	- Palestras na comunidade depois dos cursos para prevenção

Quadro 12
Concepção dos Ais em relação aos tratamentos das doenças - Região do Tiquié

Como trata a doença	
AIS	<ul style="list-style-type: none"> - A resolução dos serviços em SGC e Manaus é pior que na Colômbia; - Tratamos também com ajuda do Pajé.

Quadro 13
Descrições feitas pelas lideranças acerca dos atendimentos de saúde - Região do Tiquié

Como é feito o atendimento	
Lideranças	<ul style="list-style-type: none"> - Prefeitura: só fez vacinação uma vez - FNS: só atua no caso de malária, faz exame de sangue mas não dá o resultado, não está mais fazendo borrifação, atua na vacina. - Exército: vem nas aldeias de vez em quando, extrai dentes, deixa um pouco de remédio. Não passa de Pari-Cachoeira (alto Tiquié). - AIS: faz atendimento primário quando tem remédio, mas não tem condições de trabalho. - Salesianos: atendem quando têm remédio, extraem dentes em Pari-Cachoeira e Taracua, removem em caso de emergência. - Pajé: benze e trata com plantas quando não tem cura com remédio da farmácia. - Colômbia: realiza atendimentos e remoção para Mitu/Bogotá. Estão tentando um convênio CRETIART/OISOT (organização indígena colombiana) para saúde.

Quadro 14
Síntese dos relatos acerca das conquistas, problemas e desafios em saúde - Região do Tiquié

	Conquistas	Problemas	Desafios
AIS	<ul style="list-style-type: none"> - Cursos dos AIS; - último curso com novatos; - apoio Diocese, FOIRN, AAISARN, FNS, RASI, SESAU. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de: remuneração, transporte, comunicação, posto de saúde, placa solar, bateria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior número de cursos para os AIS; - assistência da SSL; - transporte, comunicação, posto de saúde e uniforme para os AIS; - valorização do Pajé e benzimento.
Lideranças	<ul style="list-style-type: none"> - Formação dos AIS; - atendimento nas comunidades pelos AIS; - convênios FOIRN-SSL e FNS; - acordo CRETIART - OISOT; - vacinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de estrutura, remuneração e medicação para os AIS; - não reconhecimento dos AIS; - faltam recursos humanos indígenas qualificados; - desvalorização da medicina tradicional ; - atraso no convênio com a FNS; - falta de posto de saúde; - falta do Conselho Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte, medicamentos, radiofonia; - concretizar convênio FNS/FOIRN; - formação de recursos humanos indígenas; - formação do Conselho Municipal de Saúde; - resgate da medicina tradicional.

8.3 UCUQUI

Período: 02 à 03 de novembro/96

Houve a participação de 13 lideranças indígenas entre capitães e representantes das associações UNIRVA, ACIRA, FOIRN e AAISARN. Em relação aos AIS participantes, estiveram presentes 08, todos pertencentes à região do rio Aiari, totalizando 21 representantes indígenas. Foram respondidos 19 questionários de saúde (população referida de 769 hab.). Etnia presente: Baniwa. Faltaram quatro AIS.

Quadro 15
Concepção de saúde e doença- Região do Aiari

	Saúde	Doença
Grupo I	Corpo sem contaminação, que não tem contato com micróbios. É tomar banho de madrugada e ter boa alimentação.	Corpo contaminado, sem disposição para trabalho, fracassado. Má alimentação.
Grupo II	Pessoa sadia que não tem nenhuma doença dentro do corpo para poder trabalhar, para ter mais criações. Trabalha, ajuda, e compartilha com a comunidade.	Quando não se alimenta bem, fica fraco, não pode roçar, fica triste deitado na rede, não vai na pescaria, fica cansado, não pode andar sozinho alguém tem que acompanhar.
Grupo III	Pessoa que não tem nenhuma dor em nenhuma parte do corpo, realiza qualquer tipo de atividade. Antigamente se dizia que a pessoa não cansa e tinha ânimo para amanhecer e fazer qualquer trabalho.	Sentimento que a pessoa tem no seu corpo, não quer ir trabalhar e se sente mal, triste, sem ânimo.

Quadro 16
Concepção dos AIS em relação aos cuidados de saúde - Região do Aiari

Como cuida da saúde - AIS
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer reunião na comunidade para ensinar: lavar frutas antes de comer, limpar a comunidade, comer comida boa, não comer estragada, lavar as mãos antes de comer

Quadro 17
Concepção dos AIS em relação aos tratamentos das doenças - Região do Aiari

Como trata a doença - AIS
<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar como a doença começou - Dar remédio para o doente - Receber o paciente com cuidado e carinho, anotar o nome, idade e sexo - Quando não é possível tratar o paciente encaminhar para SGC - Ir até o doente (quando a pessoa não aparece na quinhapira de manhã a gente já sabe que está doente)

Quadro 18
Descrições feitas pelas lideranças acerca dos atendimentos de saúde - Região do Aiari

Como é feito o atendimento - Lideranças
<ul style="list-style-type: none"> - O exército não dá assistência - A vacinação não atinge todas as pessoas, nem todos os lugares. Deveriam avisar a data que vêm através da radiofonia para a gente esperar e não sair - Os AIS devem passar informação para comunidade (nem todos fazem isso), passar de casa em casa - Os AIS estão desanimados, não tem remuneração, nem transporte e poucos medicamentos - A aeronáutica ajuda a FNS na vacinação - Há dificuldade para chegar em SGC.

Quadro 19
Síntese dos relatos acerca das conquistas problemas e desafios em saúde - Região do Aiari

	Conquistas	Problemas	Desafios
AIS	<ul style="list-style-type: none"> - Ter AIS em cada comunidade, - Ter treinamento para AIS - Organização do movimento indígena 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta: medicamentos, pagamento, transporte (motores) visita aos AIS em área, meio de comunicação, posto de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamentos e suprir as faltas anteriores. - Visita de médicos e enfermeiros 04 vezes ao ano.
Lideranças	<ul style="list-style-type: none"> - Formação dos AIS - Chegada da SSL e demais visitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta: medicamentos, posto de saúde, sala de Pajelança, motores, voadeiras, gasolina, radiofonia, remuneração dos AIS, gerador 	<ul style="list-style-type: none"> - Criar subdistrito em Canadá (com enfermeiro) - Mais cursos para AIS.

9. ENTREVISTA INDIVIDUAL COM O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE

A realização de entrevista com cada agente presente nos Encontros teve como objetivo fornecer à equipe da SSL um conhecimento mais abrangente sobre a situação dos AIS. Foram entrevistados 32 AIS que responderam 33 perguntas abordando aspectos relativos ao perfil sócio-econômico, às atividades desenvolvidas, às motivações, ao perfil técnico e às expectativas dos AIS. Segue abaixo o instrumento utilizado para a realização dessa atividade.

9.1 ROTEIRO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS AIS PERFIL SÓCIO - ECONÔMICO

01. Nome, sexo, idade, etnia e língua (s) que fala.
02. Estado civil.
03. Número de filhos.
04. Comunidade em que reside.
05. Escolaridade.
06. Atividades cotidianas além das atividades como AIS.
07. Consegue alguma fonte de renda?

ASPECTOS RELACIONADOS ÀS ATIVIDADES COMO AIS

08. Comunidades em que atua, etnia(s) e língua(s) das comunidades.
09. Como vai para outras comunidades?
10. Você recebe algum tipo de apoio da(s) comunidade(s) em que atua ?
Dê exemplo(s).
11. Onde atende? Realiza visita às casas?
12. Descreva sucintamente ações que realiza no campo de educação em saúde.
13. Usa o livro preto (ou caderno) e formulário da FNS (anotações de óbitos, nascimentos, agravos, atendimentos)?
14. Quem fornece ou como consegue remédios (de farmácia) ? Onde os guarda ?
15. Sabe benzer ou soprar? Executa estas ações?
16. Trabalha junto com o pajé ou benzedores?
17. Qual foi o último paciente que resolveu encaminhar, razão e destino do encaminhamento.

MOTIVAÇÕES, INSERÇÃO E PERFIL TÉCNICO DO AIS

18. Porque você resolveu ser agente?
19. Qual o papel e a importância do AIS?
20. Quanto tempo atua como AIS?
21. Quantos cursos já participou, em que datas e quais eram os temas?
22. Quais os remédios (de farmácia) que sabe usar?
23. Cite 02 medicamentos (de farmácia) dos quais mais sente falta.
24. Sabe usar, usa remédios do mato? Exemplos, forma de uso e aplicações .
25. Em quais situações usa remédios do mato?
26. Sabe dar injeção? Onde aprendeu? Quais medicamentos?
27. Sabe medir temperatura?
28. Sabe medir pressão?
29. Sabe escutar pulmão com estetoscópio?
30. O que é vacina?
31. Como você trata diarreia?

EXPECTATIVAS

32. Quais assuntos de saúde você gostaria de aprender ou rever? Cite 02 pontos ou assuntos.
33. Como você acha que deveria ser feita a supervisão?

9.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM OS AIS

9.2.1 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DOS AIS

Os agentes entrevistados são todos do sexo masculino, com idades na média de 33 anos variando de 20 a 76 anos, sendo que 67% dos mesmos são casados e com filhos, variando de 1 até 8 filhos. A maioria não possui fonte de renda, apenas 03 do total de 32 agentes entrevistados referiram alguma fonte. A maior parte deles frequentou as escolas salesianas da região, todos são alfabetizados com 1º grau completo ou incompleto. Três agentes cursaram o 2º grau, sendo que 02 fizeram curso técnico em enfermagem em Iauaretê. A escolaridade mais baixa ficou por conta do Rio Aiari com a quase totalidade dos AIS tendo cursado até a 4ª série de 1 grau.

Não ocorre dedicação integral às tarefas específicas como agentes. A maioria dedica-se à várias atividades paralelas: derrubada e manutenção das roças, pesca, produção de artesanato, criação de animais (gado, galinha, cabrito, piscicultura) e comercialização da farinha de mandioca.

As etnias as quais pertencem os AIS e as línguas que falam variaram em conformidade ao quadro censitário apresentado no início deste documento. Todos conseguem se comunicar em português.

9.2.2 ATIVIDADES DOS AIS

Dada a extensão da área do Alto Rio Negro e o número de agentes existentes foi elaborada uma proposta, durante o último curso de formação da FNS/Projeto RASI, de delimitar áreas de abrangência a serem cobertas pelos AIS. Através das entrevistas verificou-se que os AIS atendem, em média, 03 comunidades, incluindo a que reside. No Rio Papuri essa média é de um agente para 05 comunidades. A média de abrangência populacional em toda a região gira em torno de 160 indivíduos /AIS. As maiores médias, neste aspecto, são as do R.Papuri (245 ind./AIS) e Alto Uaupés (198 ind./AIS), situação esta agravada pelos problemas de percurso e pelo grande número de agentes iniciantes destes rios. Muitos agentes citaram problemas para visitarem outras comunidades (cachoeiras, falta de motores) situadas acerca de 1 hora até um dia à remo do local em que residem. Vários AIS colocaram que, devido a falta de transporte, remuneração e medicamentos, não mais visitam as comunidades. Apenas um agente do rio Tiquié possui um motor de baixa potência, conhecido como rabeta, para realizar seu deslocamento.

As áreas de abrangência dos AIS apresentam boas condições de afinidade étnico-lingüística. A exceção fica por conta dos AIS que têm como abrangência comunidades Hupdê, onde ficou clara a existência de conflitos e dificuldades de trabalho devido à modalidade tradicional da relação interétnica com estes povos.

A maior parte dos AIS referiu não ter conflitos em suas relações com a população (exceção feita aos que trabalham com os Hupdê), recebendo apoio moral ou, eventualmente, contribuições na forma de gêneros alimentícios tradicionais para seus deslocamentos, condicionados, na maior parte das vezes, ao fato de levarem “remédios de farmácia” para as localidades. A maior parte deles citou como local de atendimento e estoque de medicamentos a própria casa em que residem, outros referiram a escola, os centros comunitários e os postos de saúde nos casos das poucas comunidades que os possuem. Cerca de metade dos AIS entrevistados referiu visitar as casas com regularidade ou nos casos de doença.

A maior parte dos AIS realiza atividades de educação em saúde através de palestras com os membros das comunidades. Nessas palestras repassam os conteúdos aprendidos nos cursos em que participam, tais como prevenção de doenças (não citaram exemplos práticos), noções de higiene corporal e ambiental (lavar mãos, não defecar próximo ao rio, tampar panelas, etc). Não se obteve nenhuma informação nas entrevistas sobre práticas de tratamento de fontes hídricas para consumo e notou-se a tendência dos AIS de reviverem nestas atividades junto às comunidades o modelo aprendido com a experiência da escolaridade formal pela qual passaram, ocorrendo a dissociação entre teoria e prática e a passividade dos receptores de conhecimento. Quanto ao resultado dessas ações, alguns manifestaram acreditar que os hábitos estão lentamente mudando e, conseqüentemente, algumas doenças estão diminuindo, como as diarreias. Os iniciantes parecem não valorizar estas práticas, fixando-se mais em um papel assistencial-curativo, em conformidade com as expectativas das populações com que trabalham.

Poucos AIS referiram, no campo prático do saneamento ambiental, organizarem mutirões para limpeza da comunidade (queima de lixo, limpeza do mato, etc).

Em relação aos registros de saúde, todos os AIS elaboram o censo populacional e realizam a anotação de suas atividades nos formulários da FNS. Tivemos a impressão que grande parte dos mesmos ainda não percebe a importância destas atividades, concebendo-as como necessárias pelo fato de “trocar-las” por medicamentos. A entrega de medicamentos por parte da FNS é condicionada a entrega do relatório de atividades.

A principal fonte de obtenção de medicamentos citada foi a FNS, com críticas a quantidade, irregularidade e dificuldade na aquisição dos mesmos. Os AIS devem ir até SGC para obtê-los, sendo estes fármacos básicos e adequados à realidade epidemiológica da região. Alguns agentes citaram ainda como fontes eventuais de obtenção de medicamentos os Hospitais Missionários, Exército e parentes da Colômbia. Poucos citaram o município de SGC e a FUNAI.

Em relação às práticas tradicionais de saúde, foi possível perceber que a maior parte dos AIS mantém uma relação de respeito com os raizeiros, benzedores e pajés, manifestando uma visão de que estas práticas constituem-se como importantes recursos de caráter preventivo ou terapêutico, muitas vezes insubstituíveis. Muitos dos AIS dos Rios Papuri, Tiquié e Uaupés sabem benzer, muitos referem interesse em aprender tais práticas, embora manifestem pouca experiência com as mesmas. Os pajés costumam ser procurados nas situações consideradas de gravidade, em casos em que os

remédios falharam, em casos de acidentes ofídicos ou ainda quando o diagnóstico seja considerado como devido à “sopro” ou “veneno”, dentro das categorias nosológicas tradicionais. Em muitas ocasiões, principalmente naquelas em que ocorre frustração em relação ao efeito dos remédios utilizados, os AIS relatam o trabalho de pajés, benzedores e o uso de plantas consideradas medicinais, concomitantes ao tratamento de base alopática utilizado, ainda que não de modo conjunto.

Em relação aos encaminhamentos realizados pelos AIS, os mesmos estarão melhor delineados na análise das respostas aos questionários de saúde por comunidade. Adiantamos que vários agentes mostraram descontentamento no aspecto relativo aos mecanismos de referência e contra-referência existentes. A grande parte dos AIS relatou dificuldades para encaminhamento de pacientes devido a grande distância dos centros de referência e a falta de meios de transporte.

9.2.3 MOTIVAÇÕES, INSERÇÃO E PERFIL TÉCNICO

De acordo com as entrevistas, a maioria dos AIS foram escolhidos ou referendados pelas comunidades. Cerca de 50% mantêm relações de parentesco próximas aos capitães de suas comunidades, de acordo com o cadastro dos AIS realizado pela AAISARN em novembro de 1996. Associam o seu papel e importância à uma característica essencialmente “assistencial-curativa”, com grande ênfase na obtenção e manuseio de medicamentos alopáticos industrializados. Muitos citam ainda o seu papel de multiplicadores de informação. Quatro agentes citaram explicitamente a necessidade de obtenção de um salário como motivo para terem procurado ser AIS. Percebe-se que a quase totalidade dos agentes ainda não consegue conciliar seus conhecimentos teóricos com práticas concretas de promoção de saúde a não ser aquelas relativas à recuperação.

O número total de agentes entrevistados foi 32, sendo que 20 eram não iniciantes e 12 iniciantes (35%), os quais tem apenas uma participação nos cursos FNS/RASI. Alguns agentes já executaram ações de saúde no campo curativo não condicionadas às atividades derivadas dos cursos de formação FNS/RASI (caso dos técnicos em enfermagem e dos que já trabalharam nos hospitais missionários). A média de experiência (formal e informal), desconsiderando-se os iniciantes, situou-se em torno de 5 anos, variando de 1 até 30 anos de atividade. A grande fonte de formação citada foram os cursos desenvolvidos pelo projeto FNS/RASI, com participações que variaram de 1 até 5 cursos no período de 1990 até 1996, com duração média de 15 dias. Outras fontes citadas foram os cursos de técnico em enfermagem do colégio salesiano de Iauaretê, cursos do CIMI, cursos de medicina caseira promovidos pelos missionários salesianos da região de Taracua e cursos promovidos na Colômbia. De modo geral, o conteúdo dos cursos FNS/RASI apresentam-se adequados à realidade epidemiológica e cultural, com técnicas pedagógicas pertinentes, porém com limitações condicionadas, entre outras razões, pela dissociação teórico-prática que ocorre devido a falta de atividades de supervisão em campo.

A maioria dos AIS utiliza medicamentos básicos de administração tópica ou oral. Aferimos, no entanto, existirem muitas dúvidas e mesmo desconhecimento sobre as reais indicações, contra-indicações e o correto manuseio de tais medicamentos. O

uso de antibióticos não é freqüente, havendo preferência pelos analgésicos, antitérmicos, vermífugos e medicações dermatológicas tópicas. O uso de drogas injetáveis foi pouco citado, restringindo-se aos seguintes fármacos: Dipirona, Metoclopramida e Penicilina.

Quanto à pergunta “medicamentos que mais sente falta” as respostas foram as seguintes:

MEDICAMENTO	CITAÇÕES
Dipirona	20
AAS	20
Mebendazol	12
Metronidazol	06
Remédios para Reumatismo	04
Hidróxido de Alumínio	03
Penicilina Benzatina	02
Dipirona injetável	02
Soro Reidratante Oral	01
Vitamina para os olhos	01
Remédio para dor de fígado	01
Colírio de Cloranfenicol	01
Gelol	01

Em relação à utilização de recursos considerados fitoterápicos, a maioria dos AIS relata recorrer aos mesmos nas situações em que há falta de medicamentos alopáticos ou quando ocorre falha terapêutica. Para tanto, utilizam-se dos conhecimentos adquiridos tradicionalmente ou em cursos como os promovidos pela FNS/RASI e outros. Referem especificamente o uso de plantas para casos de dor de dente, malária, gripe, acidente ofídico, “reumatismo” (dores no corpo?) e diarreia, devido a não aceitação do soro reidratante oral. Por outro lado, vários agentes afirmaram que nunca utilizam tais recursos.

Foi citado o uso das seguintes plantas e alternativas terapêuticas: limão, cipó doce, líquido de bananeira, umari, carapanaúba, vassourinha, erva-cidreira, capim-santo, pirarucu, mamão, chicória, açaí, coco, saracura, laranja, pau de anta, abóbora, cipó de macaco entre outros. Tais recursos relacionam-se a diversos modos de manuseio e indicações (gripe, diarreia, conjuntivite, dor de dente, malária, picada de cobra, verminose, “reumatismo”, dores no corpo, picada de aranha, “tumores”, hepatite, dor de cabeça, “curuba”). Poucos AIS manifestaram uma experiência crítica-comparativa entre tais recursos e os medicamentos alopáticos. Apenas um agente manifestou opinião de que, em alguns casos, ocorre melhor efeito terapêutico destes recursos comparados aos medicamentos industrializados.

Os agentes não iniciantes sabem manipular o termômetro e tem fundamentos incipientes de ausculta pulmonar, medida de pressão arterial e aplicação de medicamentos injetáveis. Os agentes iniciantes possuem pouquíssimo conhecimento neste campo. Oito agentes aplicam drogas pela via intramuscular (dipirona, metoclopramida, penicilina). Apenas dois agentes tiveram aprendizado prático de aplicação de medicamentos por via endovenosa, tendo adquirido esse conhecimento atuando nos hospitais missionários e junto ao Exército. Repetem a impressão popular de que os

mesmos são mais “fortes” e desconhecem, em sua grande maioria, as indicações formais e contra-indicações do uso dos mesmos.

Grande parte dos entrevistados manifestou a opinião de que a vacina é uma “coisa” ou remédio que serve para deixar o corpo mais forte e evitar doenças, boa parte tem noções de calendário, indicações e contra-indicações. A totalidade não possui experiência prática com atividades de imunoprevenção, muitos manifestaram o desejo de participar nas campanhas e demonstraram preocupação com a falta de controle social das mesmas.

A quase totalidade dos entrevistados citou o tratamento da diarreia sem referir a questão da desidratação. Poucos referiram a administração de vermífugos, antiparasitários, antibióticos ou antieméticos no tratamento. Muitos citaram dificuldades na administração de SRO por motivos de não aceitação do mesmo, preferindo utilizar-se de soro caseiro mais “adocicado” e de chás a base de plantas (folha de goiabeira, folha de caju, folha de mamão, açai verde, saracura, liquido de bananeira, maningüê, iauacanã, etc).

9.2.4 EXPECTATIVAS

Em relação às expectativas, a pergunta 32 referia-se à temas ligados à saúde que os AIS gostariam de aprender ou rever. Apresentamos abaixo o quadro de tópicos citados como desejáveis de serem aprendidos.

TÓPICOS	CITAÇÕES
Aplicar injeção	15
Maior conhecimento sobre medicamentos	09
Extração de dentes	06
Ausculata pulmonar	04
Prática de vacinação	04
Sutura	04
Leitura de lâmina de tuberculose	04
Saúde bucal geral	03
Diagnóstico e tratamento de vermes e malária	02
Fazer chapa	02
Outros	
Causas, diagn. e tratamento das diarreias	01
Causa das doenças	01
Diagnóstico e tratamento de tuberculose	01
Remédios para reumatismo	01
Revisão dos cursos FNS/RASI	01
Sinais de gravidade (medir pulso)	01
Cuidados no parto	01
Leitura de lâmina de malária	01
Diagnóstico e tratamento de pneumonia	01

Grande parte dos agentes teve dificuldades em relação ao significado do termo “supervisão”, entendendo-o exclusivamente como “visita de profissionais de saúde às comunidades para execução de ações curativas em conjunto com os AIS”, sendo que não formularam propostas mais aprofundadas referentes a outros modos de atuação, citando apenas como desejável a organização de cursos de formação regionalizados. A dinâmica proposta de supervisão variou desde uma periodicidade de uma até 6 vezes / ano / região, com permanência de 1 a 7 dias por AIS.

10. QUESTIONÁRIOS DE SAÚDE

Durante os encontros foi aplicado um questionário específico acerca do contexto de saúde das comunidades atendidas pelos agentes. As perguntas estavam direcionadas aos aspectos populacionais, saneamento, fontes e hábitos alimentares, dados de mortalidade, imunoprevenção, saúde materno-infantil, saúde bucal e outras informações relevantes. Foram respondidos 106 questionários, relativos às comunidades ribeirinhas. A seguir, faremos a análise das respostas dadas pelos agentes.

10.1. DADOS POPULACIONAIS

A população total referida nos questionários já foi apresentada na tabela de dados censitários que consta no início deste documento.

Os dados relativos à população infantil e natalidade apresentaram várias incongruências, motivo pelo qual não os consideraremos fidedignos e, portanto, não serão analisados. O que podemos inferir de tais dados é que a população até 5 anos de idade deve situar-se na faixa entre 10% a 15% da população total.

Os dados de mortalidade estão apresentados adiante na forma de tabela e gráfico. Ainda que acreditemos que os mesmos devam estar subestimados em razão dos agentes iniciantes, observamos, como era de se esperar, um alto índice de mortalidade infantil proporcional (37%), o que deve conferir à região do Rio Negro uma curva de mortalidade proporcional por faixa etária possivelmente do tipo II (nível de saúde baixo). Reforça este indicador o alto índice de mortes por doenças de natureza infecto-contagiosa observado.

Tabela 1
Número de mortes por faixa etária,
ocorridos nos anos de 1995 e 1996, conforme citação dos AIS
Região dos Rios Uaupés, Tiquié, Aiari e Papuri

Faixa etária	< 1a	0 - 4a	20 - 40a	60 e +	ignorada	TOTAL
N. de mortes	13	02	08	09	03	35

Observa-se que não foram citadas ocorrência de mortes nas faixa etárias de 5 até 20 anos e 40 até 60 anos. O total de óbitos em crianças menores de um ano equivaleram à 37% do total das mortes. Estendendo-se o cálculo para as idades até 5 anos, notamos que 42% do total das mortes ocorreram nesta faixa etária

Tabela 2
Causa das mortes citadas pelos AIS nos anos de 1995 e 1996
Região dos Rios Uaupés, Tiquié, Aiari e Papuri

Causa provável	Número de mortes	%
Doenças Diarréicas	9	25
Ignorada	8	23
Doenças respiratórias	7	20
Sopro/Veneno	5	14
Causas externas*	2	6
TBC	1	3
Coqueluche	1	3
Complicações Obstétricas	1	3
Senilidade	1	3
TOTAL	35	100

* Morte por afogamento e por acidente de trabalho

De acordo com as citações dos agentes de saúde notam-se as doenças diarreicas e respiratórias como as principais causas de morte (45%). O alto índice de mortes por causas ignoradas (23%) serve como parâmetro de avaliação do nível de desassistência na região.

10.2. SANEAMENTO

10.2.1 Condições habitacionais

A média populacional das comunidades que constam nos questionários situa-se na faixa de 20 à 60 habitantes por localidade, variando de 06 a 211 habitantes por comunidade.

O número de casas situa-se na média de 04 à 10 casas por comunidade, variando de 01 à 22 casas por povoado. A média de número de habitantes por casa situa-se, portanto, entre 04 à 08 habitantes.

10.2.2 Fontes Hídricas

A maior fonte hídrica para consumo domiciliar provém dos rios e igarapés, que também são usados para tomar banho e lavar roupas. Houve apenas 06 respostas referindo água para fins de consumo domiciliar oriunda de outras fontes (água de chuva, poço, bicas).

As fontes hídricas das localidades foram consideradas pelos AIS como limpas em 85% dos questionários e “sujas” em 15% dos mesmos. A grande maioria das comunidades não realiza nenhuma espécie de tratamento de água (69%). Os agentes referiram o tratamento em 31% das comunidades nas seguintes modalidades: fervura (20 citações), coação e decantação (12 citações) e uso de filtro (1 citação).

10.2.3 Destino de Dejetos

Os AIS responderam em 37% dos questionários os rios e igarapés como local de defecação em conjunto com o “mato”. Não houve nenhuma citação do uso de privadas. Não coletamos informações sobre o destino de lixo .

10.2.4 Criação de Animais

Foram citadas criações de animais em 80% das localidades, muitas com a criação de várias espécies em conjunto, na seguinte ordem: galinha (presentes em 78% das comunidades), cachorro (74% das comunidades), bovinos (30%), suínos (26%), caprinos (5%). Em apenas 22% das comunidades existem cercados, todos relacionados à criação de bovinos.

Não houve referências em relação a nenhuma outra espécie de animal criada.

10.3 FONTES E HÁBITOS ALIMENTARES

Em todas as comunidades as roças foram citadas como principal fonte de alimentação para a população. As principais espécies cultivadas e/ou coletadas citadas foram: mandioca (maniva), macaxeira, cará, batata-doce, abacaxi, cana-de-açúcar, pimenta, pupunha, ingá. Secundariamente também foram citadas: milho, abóbora, caju, cucura, melancia, cubiu, abiú, umari, abacate. Também foi citado em algumas comunidades o cultivo de ipadú (mistura de folhas de coca piladas com folhas de embaúba) usado tradicionalmente pelos velhos.

A principal fonte tradicional de proteína animal citada foi o peixe, ressaltando que em várias ocasiões foi levantada a questão de que esta fonte está cada vez mais escassa e que a oferta varia de modo sazonal nas regiões entre períodos de relativa fartura e grande escassez. Em 75% dos questionários foi referido um consumo diário de peixe, em 13% das respostas um consumo de 1 a 2 vezes por semana e em 11% referiu-se o consumo a cada 15 dias ou raramente. Chamam a atenção as comunidades do Rio Tiquié, onde tal percentual se difere, com apenas 59% das comunidades referindo consumo diário de pescado.

A caça foi citada como a segunda fonte de proteínas de natureza animal, referida como consumida raramente ou a cada 15 dias em 41% dos questionários. Em 54% das respostas referiu-se um consumo de 1 a 2 vezes por semana. Em apenas 5% referiu-se o consumo diário de caça.

10.3.1 Mudanças de Hábitos Alimentares

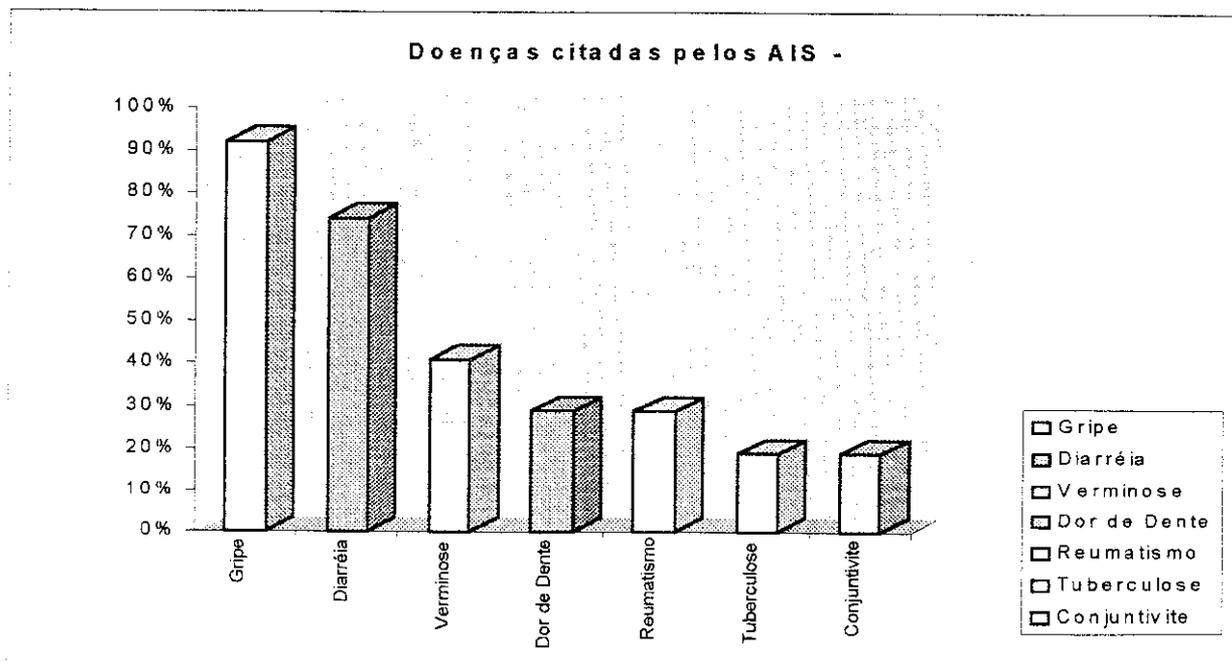
Foram citadas a compra de arroz industrializado, feijão, macarrão, charque, açúcar, bolachas, sal, bombons, conservas de carne e sardinha, óleo, café, leite em pó, cebola, peixe salgado, pão, trigo. A compra desses produtos se dá através de regatões que circulam pelos rios e também nos centros regionais (Iauaretê, Pari-Cachoeira e Taracuí). Além dos alimentos, foram citados como outros itens de consumo : sabão, pilhas, fósforos, roupas, anzóis e redes.

Em várias comunidades além do tradicional caxiri foi relatado o consumo de aguardente.

11. DADOS DE MORBIDADE

As respostas às questões referentes à percepção dos AIS quanto às doenças mais prevalentes na região encontram-se demonstradas abaixo na forma de gráficos. Chamamos atenção para o alto índice de doenças de natureza infecto-contagiosa.

Gráfico 1
Doenças citadas pelos AIS como mais comuns nos povoados
Região dos Rios Uaupés, Tiquié, Papuri e Aiari - out/dez96



Obs: A palavra "reumatismo" encontra-se incorporada ao português regional, estando relacionada a um significado indeterminado que parece aplicar-se a uma série de afecções, tais como indisposição geral e dores corporais.

Gráfico 2
Número de respostas positivas dadas pelos AIS
sobre a ocorrência atual ou pregressa de patologias específicas
Região dos Rios Uaupés, Tiquié, Papuri e Aiari - out/dez 96

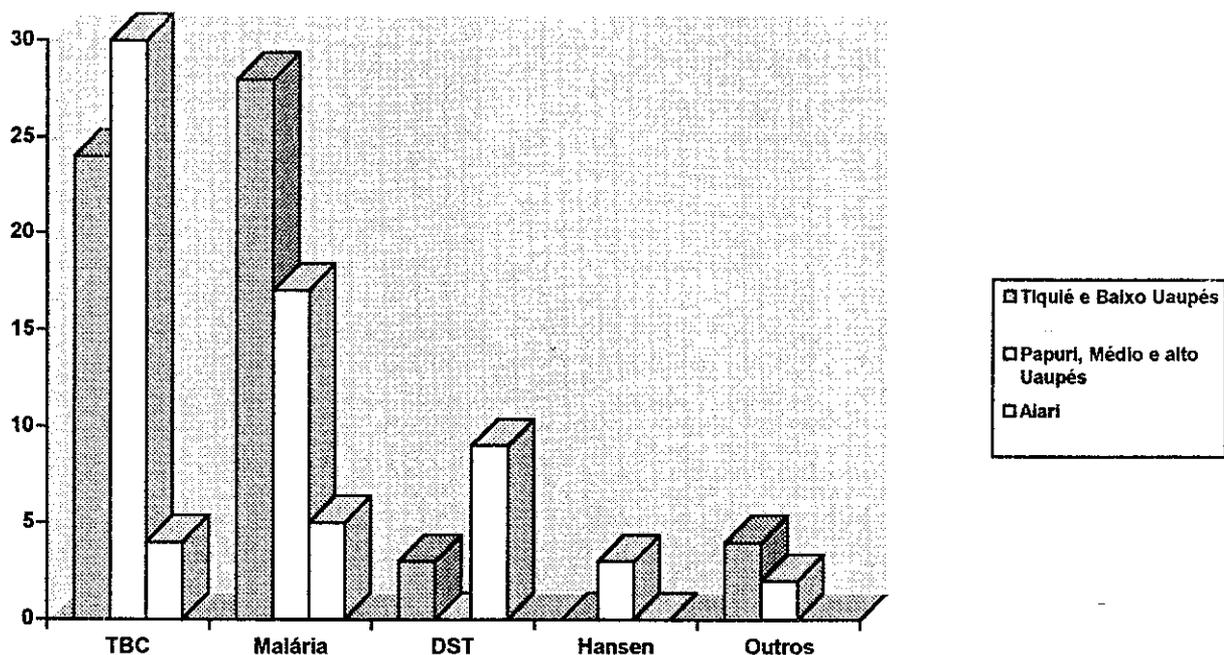
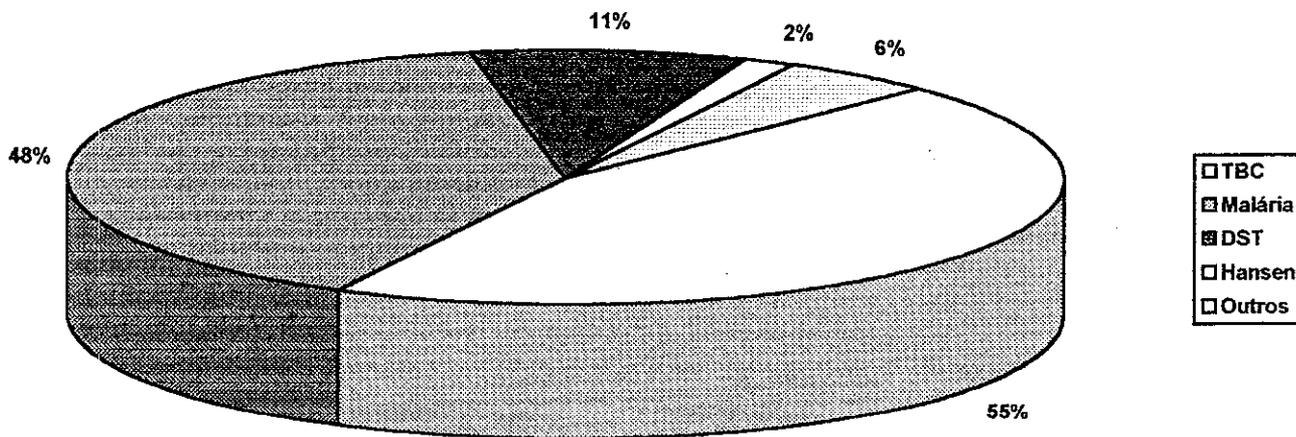


Gráfico 3
Porcentagem total de respostas positivas dadas pelos AIS a perguntas direcionadas
Região dos Rios Uaupés, Tiquié, Papuri e Aiari - out/dez 96



OBS : Os gráficos 2 e 3 referem-se à pergunta do questionário sobre a ocorrência atual ou pregressa de patologias específicas. Vários AIS desconheciam os termos DST e Doença de Hansen, os quais tiveram de ser devidamente explicados.

12. IMUNOPREVENÇÃO

A grande maioria das comunidades, segundo as repostas do questionário, são atingidas por campanhas de imunoprevenção realizadas, em geral, anualmente. Lembramos que os AIS referiram que algumas comunidades ainda não são atingidas por tais campanhas e que a cobertura populacional, segundo os mesmos, muitas vezes não é completa devido à relativa imprevisibilidade das épocas das campanhas e à curta permanência das visitas de vacinação. Todas as regiões englobadas pelos questionários, a despeito de tais problemas, foram abrangidas em 1996 pelas campanhas.

Os serviços de saúde colombianos foram citados na realização de vacinas nas regiões do Alto Tiquié e Alto Uaupés. A instituição mais citada foi a FNS que atua em conjunto com as Forças Armadas, Missões e, raramente, com a FUNAI.

Em 22% das comunidades os AIS referiram que as gestantes não são vacinadas. Acreditamos que este dado possa ser parcialmente verdadeiro, porém deve ser confirmado, pois notamos que vários AIS, principalmente os iniciantes, não participam de modo efetivo nas campanhas de vacinação realizadas.

13. SAÚDE MATERNO-INFANTIL

13.1 Ciclo gravídico-puerperal

Grande parte dos AIS teve problemas em responder as questões referentes a este assunto. Durante as entrevistas procuramos identificar as razões destas dificuldades. A principal razão que as justifica pode se dever ao fato de que tais questões não são concebidas como um campo de atividade do AIS, prevalecendo ainda os modelos tradicionais de assistência ao parto. Segundo os AIS os atores envolvidos neste processo são, eventualmente, o marido, a sogra ou a mãe da parturiente. Há ainda a atuação de benzedores e pajés no ciclo gravídico-puerperal.

Os principais problemas percebidos pelos AIS relativos a esta questão foram das seguintes modalidades: palidez durante e após a gestação, sensação de cansaço e fraqueza, falta de boa alimentação durante a gestação, dores no corpo e nas costas, edema de membros inferiores, hemorragia pós-parto, cefaléia e cólicas abdominais, febre no pós-parto, feto em apresentação pélvica, trabalho de parto prolongado, falta de leite materno, recém-nascido de baixo peso.

13.2 Amamentação

A amamentação, segundo os questionários, permanece como hábito até uma idade que varia de 6 meses a 2 anos.

O uso de mameiras, segundo os AIS, encontra-se extremamente difundido por todas as regiões e são utilizadas no sentido de fornecer à criança mingaus

de farinha de mandioca e frutas (banana, abacaxi) adoçados com açúcar refinado ou melado de cana. Houve referências quanto ao uso de leite em pó.

14. SAÚDE BUCAL

A maioria dos questionários referem um grande número de pessoas que sofrem de dor de dente e dentes “furados”, bem como vários casos de infecção dentária e grande necessidade de “chapas”. Os AIS referem ainda que grande parte da população tem como hábito a escovação dos dentes, porém acreditamos que tal fato deva ser melhor aferido.

Extrações de dentes são realizadas no hospital de Iauaretê, com técnico odontólogo ou dentista do exército, Taracuaá, Pari Cachoeira (por técnicos) e, eventualmente, em SGC.

A maioria dos agentes desconhece o que é flúor. Não ocorre a aplicação do mesmo em nenhuma das comunidades englobadas pelos questionários.

15. OUTRAS INFORMAÇÕES

15.1 Existência de Postos de Saúde nas comunidades

Apenas 10 comunidades referiram ter construções específicas para atividades de saúde. A maioria delas são construções simples de 01 ou 02 divisões, sem equipamentos ou fontes de água e energia elétrica, construídas em mutirão pelas próprias comunidades.

15.2 Visitas de profissionais de saúde às comunidades

Segundo os AIS 19 comunidades recebem esporadicamente visitas de profissionais de saúde, principalmente missionários e “parentes” da Colômbia e visitas eventuais das missões do exército para fins outros que não vacinação, tais como: extração de dentes, assistência a doentes e distribuição de medicamentos.

15.3 Fontes de medicamentos

As fontes citadas repetiram-se em relação aos dados obtidos nas entrevistas individuais. A principal fonte é a FNS local e, secundariamente, Missões, Colômbia, Exército, FUNAI e o município de SGC.

15.4 Existência de pajés nas comunidades

Os AIS incluíram aqui “benzedores” que não são considerados pelos mesmos como pajés propriamente ditos. Assim sendo benzedores e pajés foram citados em 43% das comunidades. Os Rios Aiari e Baixo Uaupés são os que contam com os menores números dos mesmos, de acordo com os questionários respondidos.

15.5 Encaminhamentos

Os AIS relataram poucos encaminhamentos realizados: casos emergenciais de infecção respiratória aguda, desidratação grave, suspeitas de tuberculose, um caso de epilepsia, um caso provável de hepatopatia, um caso provável de acidente vascular cerebral. Apesar da relativa capacidade diagnóstica dos AIS, percebe-se que tais encaminhamentos dificilmente ocorrem, devido a grande dificuldade de transporte na região aliada à relativa falta de credibilidade dos centros de referência frente a população.

Deste modo, segundo os AIS, a maior parte dos casos que poderíamos considerar urgentes ou emergenciais não têm condições de atingir a tempo nenhum centro de referência. Para a maioria das comunidades os centros situam-se a uma distância que varia de 01 a 20 dias à remo, meio de transporte mais disponível na região. Esta situação é agravada ao considerarmos o precário sistema de radiofonia existente e o fato de não existir nenhum sistema de remoção aérea disponível com regularidade. As remoções feitas pelo serviço ligado à Aeronáutica funciona esporadicamente.

Nos casos não emergenciais em que ocorre a necessidade de serviços de saúde de maior complexidade, os centros de referência encontram-se citados no quadro nº 2 do início deste documento, ocorrendo, muitas vezes, o atendimento bi-nacional nas regiões próximas às fronteiras com a Colômbia (Alto Tiquié e Alto Papuri). Em relação a estes casos ocorrem as mesmas dificuldades anteriormente citadas.

Os centros que podemos considerar de níveis terciários para a região dividem-se entre Manaus (Brasil) e Mitu-Bogotá (Colômbia).

16. ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Além das atividades realizadas nos Encontros, a equipe da SSL prestou assistência médica e de enfermagem em todas as regiões visitadas, de acordo com a demanda espontânea. Nas localidades ribeirinhas em que haviam agentes de saúde, estes sempre acompanhavam os atendimentos. Percebemos uma ansiedade das comunidades em relação à presença de uma equipe de profissionais de saúde em área, devido à situação precária da assistência à saúde na região. Procuramos deixar claro para as comunidades, AIS e lideranças que o papel da SSL não se restringe, unicamente, à assistência curativa, enfatizando como objetivo principal a complementação da formação dos AIS, a ser realizada na área, através do treinamento em serviço.

Foram realizadas, no total, cerca de 215 atendimentos, sendo 75 referentes às populações ribeirinhas de diversas etnias e 140 relativos aos Hupdë. Durante esse período prestamos assistência à um surto de malária na comunidade de Caruru-Cachoeira com 05 casos suspeitos e 02 casos confirmados de malária vivax. Um aspecto importante em relação aos atendimentos destaca a questão da cobertura vacinal. De um total de 41 crianças examinadas em áreas ribeirinhas, na faixa etária de 0 à 10 anos, 14 crianças (34%) não apresentavam marca de BCG.

Em relação às áreas Hupdê, estaremos fazendo algumas considerações em tópico específico. Segue abaixo a tabela 3, na qual estão descritos os diagnósticos realizados nas regiões dos rios Uaupés, Tiquié e Aiari.

Tabela 3
Diagnósticos realizados nas comunidades dos Rios Uaupés, Tiquié e Aiari

Faixa etária	0 - 11m	01 - 04a	05 - 9a	10 - 14a	15 - 20a	21 - 30a	30 - 50a	50 - 60a	60 - +	TOTAL
DIAGNÓSTICO										L
Diarréia	2	2	-	-	-	-	1	-	-	5
Diarréia c/ sangue	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
IVAS	5	4	1	2	-	-	-	1	-	13
TBC (suspeita)	-	-	1	-	-	-	1	-	1	3
Verminose	-	1	2	1	-	-	1	-	-	5
Lesões Dermat	1	2	2	1	1	1	1	-	-	9
Impetigo	1	3	2	-	-	2	1	-	-	9
DPC	1	-	2	-	-	-	-	-	-	3
OMA/Otalgia	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2
Anemia	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Malária (suspeita)	1	1	-	-	-	1	-	-	2	5
Malária vivax	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Dor de Dente	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
DST (condiloma)	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Outros*	2	1	-	-	4	2	8	2	3	22
TOTAL	13	16	12	4	6	8	14	4	6	83

Em relação às lesões dermatológicas foram encontradas as seguintes afecções:

- Molusco Contagioso?
- Larva Migrans?
- Eczema
- Dermatite Esfoliativa
- Ptiíase Versicolor
- Tinea Corporis
- Escabiose
- Leishmaniose?

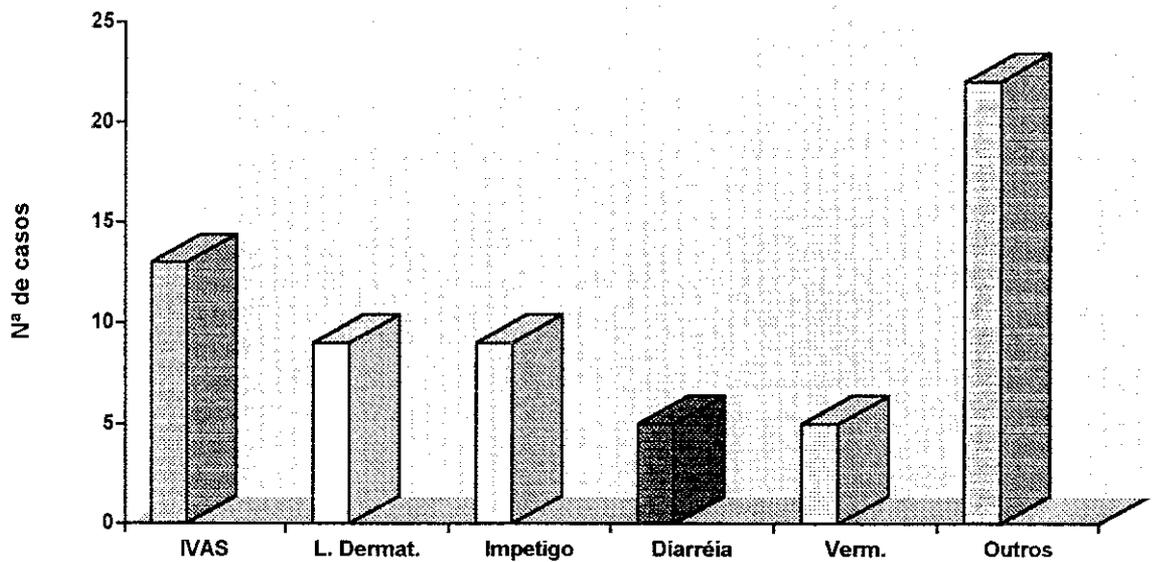
Os outros diagnósticos referem-se aos seguintes itens:

- Erisipela
- Febre à esclarecer
- Constipação funcional
- Emese gravídica
- Síndrome neurológica (neurônio motor periférico) à esclarecer
- Hematoma traumático
- Dor pós cirúrgica
- Ferimento corto-contuso
- Anemia Hereditária (?) com Retardo do Desenvolvimento Neuro Psico Motor
- Leishmaniose cutânea
- Faringite alérgica?
- Lesão de partes moles pós traumática

- Dor ciática
- Osteoartrose Senil?
- Lombalgia

Segue abaixo o gráfico 4 que demonstra as doenças mais encontradas nas regiões ribeirinhas.

Gráfico 4
Doenças mais encontradas na Região dos
Rios Uaupés, Tiquié e Aiari - SSL-out/dez1996



17. ÁREA HUPDÊ

As etnias Hupdê e Yohupdê pertencem à família lingüística Maku e habitam as regiões interfluviais limitadas pelos rios Papuri e Tiquié. Pela situação geográfica das localizações das suas aldeias, os Tukano foram descritos como *índios do rio* enquanto os Hupdê foram descritos como *índios da floresta* ou simplesmente Maku. A palavra maku é de origem Aruak e significa “sem fala ou sem [nossa] língua” (‘m = prefixo privativo; aku = fala/língua). Este termo foi inicialmente empregado pelos índios do grupo Aruak e em seguida passou a ser utilizado em toda a região com significado de inferior, selvagem, etc. Atualmente esse termo faz parte do português regional tendo conotação depreciativa, podendo, às vezes, ser até ofensivo.

Uma das características dos Hupdê é a relação histórica, permanente e complexa que mantém com os índios da família lingüística Tukano orientais (Dessano,

Tuyuka, Piratapuaia e Tariano⁶), habitantes dos rios Uaupés, Tiquié e Papuri. Esta dinâmica interétnica permeia a tradição dos povos da região e merece ser preservada como forma de garantir o equilíbrio cultural dos povos do Alto Rio Negro.

A relação que os Hupdê mantém com os grupos lingüísticos Tukano tem sido descrita como simbiótica, assimétrica e hierárquica ou mesmo como relação patrão cliente. O comportamento dos Tukano com os Hupdê é justificado através dos mitos que contam a origem dos povos da região. De acordo com a versão Tukano do mito, os Hupdê foram os últimos⁷ a saírem para este mundo, o que os coloca no patamar inferior da escala hierárquica. Na prática, estão sujeitos a trabalhos os quais somente os clãs inferiores fazem. A própria concepção de humanidade que os Tukano⁸ têm (habitar nas margens dos rios, plantar mandioca, casar com alguém que fale uma língua diferente) não corresponde aos padrões culturais entre os Hupdê que habitam preferencialmente as florestas, possuem poucas roças e se casam com indivíduos que falam a mesma língua. Para os Tukano, os Hupdê são, pohsá, ou seja, gente estragada. No entanto, os Hupdê ainda mantêm a maior parte das tradições e expressões culturais dos povos da bacia do Uaupés.

Tradicionalmente os Hupdê vivem em aldeias com uma população de 15 até no máximo 50 indivíduos. Normalmente cada grupo local abrange de um a dois clãs. Os grupos estão geralmente localizados nas cabeceiras dos pequenos igarapés da região interfluvial do Rio Papuri e Tiquié. Os Hupdê perambulam dentro de uma área determinada tendo sempre como referência um do igarapés e, habitualmente, não migram além desse espaço a não ser para visitar o sogro ou participar de caçadas. São caçadores profissionais e conhecem profundamente a floresta, trabalhando pouco a agricultura extensiva como os Tukano.

Nestes últimos anos suas áreas vêm passando por um processo acelerado de redução dos recursos renováveis. Os grupos Hupdê como a maioria dos povos caçadores e coletores que habitam a floresta vivem no limite necessário para sobreviver no dia-a-dia.

Durante o período que permanecemos entre os Hupdê foi possível perceber que a saúde dessa população encontra-se em estado alarmante. Em povoados com grandes concentrações populacionais como Santo Atanásio e Nova Fundação, que fogem aos padrões tradicionais, a ocorrência de doenças como a tuberculose e a desnutrição relacionadas à escassez alimentar está colocando em risco a sobrevivência desses povos.

Em Nova Fundação, onde a equipe permaneceu por dois dias, foram detectados três casos de desnutrição grave em crianças na faixa etária de 01 a 07 anos. Ainda nessa comunidade realizamos 02 remoções de emergência, sendo uma paciente

⁶ Os Tariano pertencem ao tronco lingüístico Aruak, porém encontram-se entre os Tukano nos rios Uaupés e Papuri.

⁷ Em outras versões foram os primeiros a saírem para este mundo, com o objetivo de ajudar os Tukano a saírem da cobra grande - anaconda.

⁸ Os clãs/sibs dos grupos indígenas da família Tukano também são hierarquizados numa escala de senioridade.

com quadro de pneumonia grave e prolapso uterino total e outro paciente, adulto, com desnutrição grave e provável tuberculose. Este último foi à óbito em Taracuí.

Nas comunidades Hupdê visitadas existem várias pessoas com história pregressa de tuberculose com tratamento interrompido e sintomáticos respiratórios. Especificamente nessa etnia foram encontradas afecções oftálmicas importantes de etiologia indeterminada, sugestiva de tracoma, detectando-se 02 casos de cegueira (amaurose).

Seguem abaixo a tabela 04 e o gráfico 5 com os diagnósticos realizados pela equipe da SSL durante a viagem.

Tabela 4
Diagnósticos realizados nas Áreas Hupdê - Equipe SSL - NOV/DEZ 1996.

FAIXA ETÁRIA	0 - 11m	01 - 04a	05 - 09a	10 - 14a	15-19a	20 - 30a	30 - 50a	50 - 60a	60a - +	TOTAL
DIAGNOSTICO										
Diarreia	1	7	1			1				10
Vemiose		12	6			2	2			22
OMA /otalgia	1		3							4
IVAS	2	12	1			4	4	2		25
TBC Pgressa							2	4	3	9
TBC Suspeita		2	1	1		1	9		4	18
TBC								1		1
TBC Comunicantes		2								2
Oftalmopatia à escl.			1		1	2	2	1	1	8
Conjuntivite		1				2	1	1		5
Amaurose							1		1	2
Impetigo		1	3					1		5
Escabiose	2	1					2			5
Outras afec Dermat.		2	1			1		2		6
Anemia	1	5	2				1			9
DPC	1	6	2	1		3	2		1	16
Alt. Sist. Musc. Esq.							1	1	1	3
Tunguiase		9	2	2						13
Outros		3	2		1	5	14	1		26
TOTAL	8	63	25	4	2	21	41	14	11	189

Segue abaixo a descrição dos diagnósticos relacionados à: alteração do sistema músculo esquelético, afecções dermatológicas e outros diagnósticos.

Alteração do Sistema Músculo Esquelético:

- Lesão por Esforços Repetitivos
- Osteoartrose Senil?

Alterações Dermatológicas:

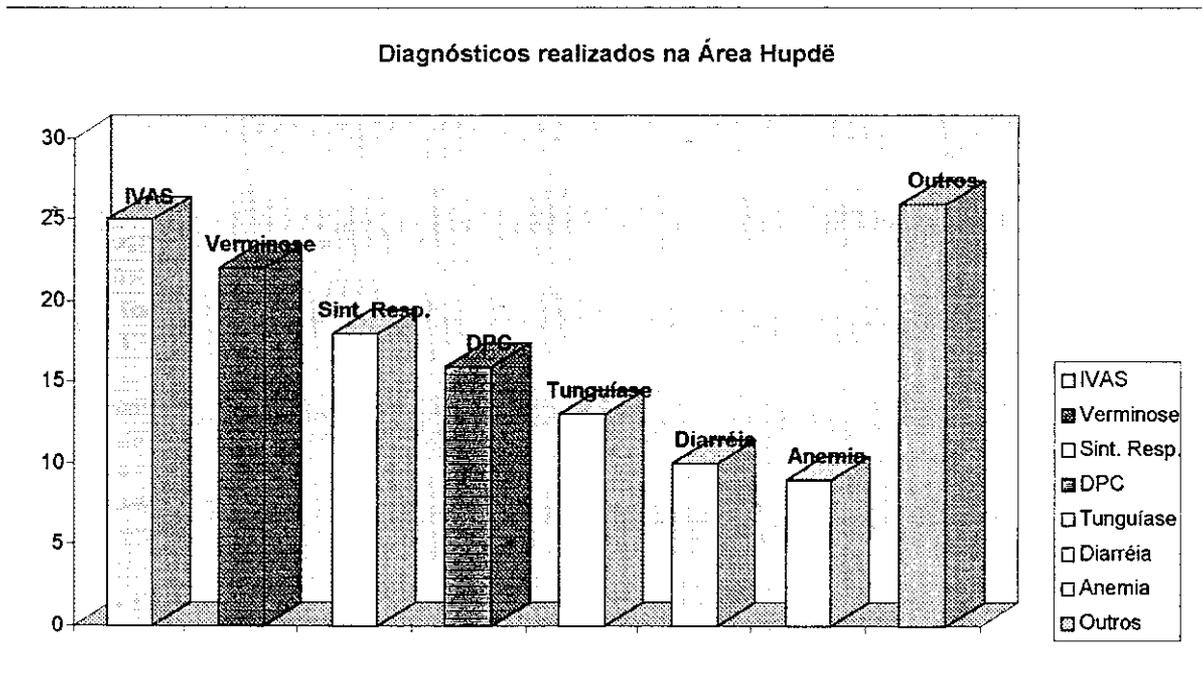
- Tinea Corporis
- Tinea Pedis

- Ptiíase Versicolor
- Lesão Hipocrômica à esclarecer (Hansen?)

Outros:

- Pé torto congênito
- Sinusopatia Alérgica
- Ferimento corto-contuso
- Dor torácica à esclarecer
- Estrabismo
- Cefaléia primária?
- Retardo do Desenvolvimento Neuro Psico Motor + surdez
- Hepatomegalia com sinais de Hipertensão Portal (Cirrose?)
- Alcoolismo
- Hepatoesplenomegalia à esclarecer
- Sopro Sistólico em Foco Mítral à esclarecer (F. Reumática?)
- Síndrome de Lóeffler?
- Epilepsia
- Filariose?
- Refluxo Gastroesofágico?
- Síndrome Dispéptica à esclarecer
- Trauma ocular
- Pterigio
- Síndrome de Menière?
- Hérnia Umbilical
- Pielonefrite Aguda
- TBC óssea?
- Síndrome do Neurônio Motor Periférico à esclarecer

Gráfico 5
Diagnósticos realizados nas Áreas Hupdë - Equipe SSL - nov/dez 96



Sint. Resp. = Sintomáticos Respiratórios: Este termo refere-se a indivíduos com tosse e expectoração há mais de 03 semanas e outros sinais e/ou sintomas sugestivos de TBC pulmonar.

A nível de observação destacamos que, de um total de 90 crianças examinadas, foram encontradas 17 crianças na faixa etária de 01 à 10 anos, sem marca de vacina BCG.

CONCLUSÕES

A análise da situação de saúde na região do Alto Rio Negro será dividida entre uma parte concernente aos povos que tradicionalmente habitam as margens dos grandes rios e igarapés navegáveis (ribeirinhos) e uma parte específica em relação aos Hupdê, considerando que estes últimos, em nosso entender, situam-se em uma conjuntura distinta em relação aos primeiros, como procuraremos demonstrar adiante.

A Saúde dos Povos Indígenas Ribeirinhos

18.1 Perfil Epidemiológico

A guisa de introdução é importante lembrarmos que, tradicionalmente, os povos acima mencionados, pertencentes as famílias linguísticas Tukano e Aruak, são excelentes agricultores, mantendo como base de subsistência a cultura da mandioca, entre outras espécies vegetais, e um estreito vínculo com os rios enquanto fontes de pescado e vias de interação social.

Os povos indígenas considerados ribeirinhos configuram-se em uma dinâmica de contato prolongado com a chamada sociedade envolvente e vêm, no decorrer deste século, suportando sucessivos impactos culturais e ambientais oriundos deste processo, indubitavelmente os principais determinantes da situação de saúde em que se encontram. Apesar deste fato ainda persistem vários de seus elementos culturais bem como as práticas tradicionais de saúde.

Considerando este contexto geral é que se delinea o perfil epidemiológico atual relativo a estas populações, caracterizado pelo predomínio de doenças endêmicas de natureza infecto-contagiosa que parecem relacionar-se viciosamente com a existência de carências nutricionais. A impressão de tal perfil é reforçada pela visualização dos dados de morbi-mortalidade derivados dos questionários aplicados aos AIS, das assistências prestadas em área (tabelas 1, 2 e 3; gráficos 1, 2 e 3), bem como é confirmada pelos profissionais de saúde que atuam nos centros de referência da região. É reforçada ainda pelo elevado índice de mortalidade proporcional infantil inferido bem como pelo índice de mortalidade proporcional devido a doenças infecto-contagiosas.

A ocorrência deste atual perfil deriva fundamentalmente da piora das condições gerais de vida (“a vida está estragada”, como dizem os indígenas) e implica em alto custo social, gerando incapacidades temporárias ou definitivas para o trabalho que é indispensável à sobrevivência destes grupos, agravando o ciclo vicioso das carências alimentares associadas às infecções. Este quadro encontra sua explicação científica no terreno da multi-causalidade, delimitado pelas contínuas alterações de hábitos e costumes ditadas pela dinâmica das relações entre estes povos e a sociedade que os cerca. Talvez o mais trágico e importante componente deste conjunto multi-causal seja a crescente dificuldade por parte destas populações de conseguirem assegurar adequada e regularmente suas fontes alimentares tradicionais, fato de natureza complexa que

encontra explicações não somente no aumento populacional ou na degradação do meio ambiente, mas também nas profundas rupturas sócio-culturais as quais os indígenas da região vêm se submetendo, em especial aquelas advindas da escolarização formal e da inserção, em condições desfavoráveis, na economia de mercado que os envolve. Tudo leva a crer que a região do Alto Rio Negro deva ser considerada uma área de insegurança alimentar, com situações de fome sazonal e com a presença de carências nutricionais. Tal situação é referida pelos próprios indígenas nos encontros que realizamos bem como nos questionários respondidos.

Relacionadas a este quadro, as alterações dos hábitos alimentares verificadas nos questionários merecem também especial consideração. Por um lado, os indígenas da região começam a ser fustigados por preconceitos e tabus derivados da sociedade envolvente quanto a seus alimentos tradicionais. É preciso dizer que tais preconceitos não possuem qualquer base científica e que a milenar dieta indígena sempre configurou-se complexa e bastante equilibrada. Por outro lado, os indígenas começam a adquirir alimentos industrializados, a maior parte dos quais de baixo teor nutritivo, que poderão não apenas agravar as carências alimentares as quais estão sujeitos bem como contribuir, junto a outras alterações de hábitos de vida, para o surgimento de doenças crônico-degenerativas que parecem, até o presente momento, configurar-se como pouco prevalentes.

Chamamos ainda a atenção, visto que estamos tratando de populações sedentárias, para a questão da contaminação do solo e das fontes hídricas, importantes veículos das afecções gastro-intestinais (diarréias, parasitoses) que continuam assolar estas populações, sendo responsáveis também por grande número de mortes nas faixas etárias extremas (tabelas 1 e 2). Lembremos que estas patologias afligem de modo especial a população infantil, contribuindo para a ocorrência de carências nutricionais e dificultando o adequado desenvolvimento dessa população.

A despeito dos esforços realizados junto aos AIS nos cursos de formação, o que se pode observar é que o saneamento ainda é um ponto extremamente preocupante nas comunidades indígenas, conforme os questionários demonstram e nossas próprias impressões nas visitas as comunidades durante a viagem. Praticamente não ocorre nenhum tratamento adequado da água para consumo próprio. A inadequada criação de animais (reservatórios em potencial de diversos agentes patogênicos), ostensiva em toda a área, a não adequada destinação do lixo e dejetos completam esta situação. Todos profissionais que trabalham com populações desfavorecidas, sejam ou não indígenas, conhecem as dificuldades de trabalhar com esta questão, porém é imprescindível que sejam construídas junto as comunidades e aos AIS soluções adequadas para tal problema.

Outra característica importante são os intensos movimentos populacionais existentes na área, motivadas pela escolarização e pela inserção em atividades próprias da economia de mercado (principais motivos de abandono das áreas segundo levantamento realizado pela FOIRN em 1992). Tais movimentos, fundamentalmente dirigidos a Iauaretê, São Gabriel da Cachoeira, Manaus, Colômbia e áreas de garimpo, parecem cumprir importante papel na existência de surtos de malária e podem estar relacionados à introdução de novas epidemias na região, tais como DST e hepatite B, bem como podem contribuir para o agravamento das endemias já existentes. No mesmo contexto que gera tais movimentos, vislumbra-se nesta região uma tendência de mudanças no padrão de

dispersão populacional, onde se pode prever a explosão demográfica dos centros regionais que se encontram despreparados para este fenômeno. Ainda que pareça impossível a reversão deste quadro a curto prazo à medida que avança a política desenvolvimentista na região, o mesmo deverá ser levado em conta na estruturação de um sistema de saúde diferenciado a nível regional, de modo que o mesmo possa antecipar-se às crescentes demandas que serão criadas no decorrer deste processo.

Somam-se ainda a este quadro de transformações relativas ao perfil epidemiológico as alterações das condições de moradia (uso da cobertura de zinco em substituição das coberturas tradicionais) que tornam o espaço domiciliar propício a disseminação de doenças respiratórias específicas e inespecíficas. Outro importante fenômeno que merece atenção é o crescente alcoolismo que parece configurar-se na região.

Merece também destaque neste perfil a situação da saúde bucal, crítica na região, certamente relacionada as alterações dos hábitos alimentares e agravada pelo fato de não existirem nas áreas ações adequadas de cunho curativo e preventivo que apontem no sentido da reversão deste quadro.

É necessário que se diga, frente ao padrão acima delineado, que a civilização ocidental, historicamente, só logrou superá-lo no último século e apenas nos países mais ricos do planeta, através de conquistas sociais bem como da execução de práticas preventivas de saúde, sendo que o mesmo foi substituído por um novo paradigma de ocorrências patológicas derivadas das novas condições de existência humana. Tal experiência ainda está por ser realizada pelas populações indígenas, considerando-se a singularidade de seu processo histórico e de suas representações culturais.

18.2 Prestadores de serviço na região

Conforme verificado nos encontros (quadros 7, 13 e 18), nas entrevistas e questionários aplicados aos AIS, não ocorre ainda na região aquilo que poderíamos chamar de um sistema oficial de saúde propriamente dito. Ao contrário, delineia-se claramente um mosaico de instituições prestadoras de serviços de saúde que, embora constituam-se como elementos valiosos para a população, funcionam de modo desarticulado, valorizando ações essencialmente assistenciais-curativas, restritas fundamentalmente aos núcleos urbanos regionais. Constituem um fator estimulante, em conjunto com a economia de mercado e a escolarização, para a mudança no padrão de dispersão espacial que vem ocorrendo com a população do Rio Negro no sentido da explosão demográfica urbana.

Este fato agrava e é responsável, em grande parte, pelo perfil epidemiológico anteriormente descrito.

As características de tal mosaico, em que pesem a pluralidade de pequenas variações de concepções, práticas e discursos, repousam fundamentalmente no etnocentrismo e na conseqüente visão marcada pelo determinismo biológico essencialmente medicalizador, sendo que não incluem nenhuma modalidade de participação ou controle social.

Este mosaico institucional não logrou até o momento cumprir as tarefas básicas de um adequado sistema de saúde. Excetuando-se a imunoprevenção, cujos avanços são inegáveis mas que ainda apresenta sérios problemas (cobertura vacinal incompleta, centralização excessiva, falta de controle e participação social), praticamente não ocorrem quaisquer ações integradas de prevenção e saneamento nas áreas, capazes de controlar as principais endemias existentes, bem como inexiste um adequado sistema de referências na região.

É preciso ressaltar que os prestadores de serviços sofrem com os problemas decorrentes da crise crônica da Saúde Pública e da Saúde Indígena, materializados na insuficiência de verbas e na ausência de uma política consequente de recursos humanos, que seja capaz de lhes garantir a necessária formação e condições dignas de trabalho.

Em síntese, reproduz-se na região do Rio Negro a situação geral do saúde indígena a nível nacional onde ocorre a inexistência de um sistema diferenciado que seja capaz de promover a saúde e reverter os péssimos indicadores relativos aos povos indígenas.

Ao mesmo tempo, é preciso enxergar que, considerando os interesses existentes na região e a dinâmica desenvolvimentista que vem sendo imprimida a mesma, os prestadores de serviço e suas ações (que acarretam forte impacto no imaginário indígena) formam as condições necessárias para que se constitua futuramente um inadequado sistema de saúde regional que reforçará as características deste atual mosaico existente, o que certamente não contribuirá para melhorias significativas nas condições gerais de vida e saúde destes povos, conforme demonstra a experiência histórica.

18.3 O movimento indígena na saúde

Se, por um lado, a sociedade envolvente, com sua postura essencialmente etnocêntrica e antidialógica aparentemente aponta em relação às questões referentes à saúde para a possível formação de um sistema que não irá de encontro às aspirações dos povos indígenas, estes, por outro lado, começam a gerar condições que poderão reverter tal dinâmica, buscando alternativas próprias que possam garantir sua autonomia cultural tantas vezes solapada.

A participação crescente das organizações indígenas no setor da saúde já criou uma massa de Agentes Indígenas que operam na região, formados através dos cursos promovidos pelo Projeto RASI e pela FNS nos últimos anos. Ressalte-se também que as lutas relativas a defesa do patrimônio cultural e a melhorias gerais nas condições de ocupação das terras (alternativas educacionais, econômicas, alimentares) possuem íntima ligação com as questões de saúde inseridas no perfil epidemiológico das populações da Região do Rio Negro.

Ao observarmos os quadros (quadros 8, 14 e 19) relativos aos encontros realizados durante a viagem, é visível que a população indígena aspira à consolidação

dos agentes de saúde e deseja que lhes sejam garantidas as condições e estruturas básicas de trabalho, dentro de um entendimento de que os mesmos são complementares aos sistemas tradicionais de saúde, que continuam operantes e que desejam ver fortalecidos.

Mais uma vez, os indígenas acenam com o diálogo frente a sociedade envolvente, esperando que sejam compreendidos e que sua autonomia seja respeitada.

O que ocorre no plano geral da relação dos povos indígenas com a sociedade que os envolve, ocorre igualmente no plano da saúde. Se observarmos os quadros de concepções sobre o processo saúde-doença (quadros 3, 9 e 15) notaremos a variedade de discursos embutidos nestas concepções e as contradições entre novos elementos e a milenar tradição destes povos. É notável como tais discursos conjugam-se formando concepções de um caráter holístico que em muito difere da corrente concepção de saúde de nossa sociedade, fortemente influenciada pelo determinismo biológico. Afinal a “cura”, tal como os indígenas a concebem, não é apenas a ausência de sintomas mórbidos mas o retorno a um pleno bem-estar no mundo, culturalmente delineado .

No mesmo sentido observa-se nas entrevistas e nos encontros (quadros 5, 6, 11, 12, 16 e 17) que os Agentes de Saúde buscam também a construção de sua identidade. Ainda que hoje tendam a repetir o modelo de saúde que os cerca (curativo e não preventivo, medicalizador), modelo este fortemente gravado no imaginário social indígena e não indígena, os AIS reúnem pré requisitos para que suas atividades possam ser direcionadas para novos campos de atuação, onde prevaleça a prevenção, estruturada em programas de controle de endemias que incluam a participação e o controle social. Como não poderia deixar de ser, os AIS tem dificuldades na construção desta práxis preventiva; necessário se faz portanto, solucioná-las em conjunto com os mesmos, garantindo-lhes as necessárias condições para que possam cumprir seu papel.

Este modelo assistencial-curativo e substitutivo assumido pelos AIS justifica-se também pela dificuldade de adequada assistência nas áreas em que habitam .É igualmente preciso, pois, continuar a capacitá-los tecnicamente de modo apropriado, bem como inseri-los num efetivo sistema de referências em que sejam garantidos atendimentos dignos e diferenciados de maior complexidade .

Os AIS deixam claro a respeitosa convivência com as práticas tradicionais de saúde bem como a importância das mesmas. Não parece que vejam qualquer incompatibilidade entre as duas “medicinas”. Não repetem a postura antidialógica da sociedade envolvente, que vê nos pajés e benzedores obstáculos as suas ações e que não compreende que, para grande parte dos indígenas, estes é que continuam sendo os responsáveis pela cura de fato, independente de qualquer evento advindo da medicina ocidental.

Em síntese, o movimento indígena da região parece reunir condições e apontar para a construção de um modelo de saúde diferente daquele proposto pela sociedade envolvente : o subsistema diferenciado de atenção a saúde dos povos indígenas.

18.4 O subsistema diferenciado de atenção a saúde indígena

Historicamente as sociedades indígenas no Brasil jamais tiveram um sistema de saúde que garantisse a continuidade de atividades preventivas e curativas pertinentes aos seus perfis epidemiológicos e que lhes assegurasse a participação e o controle social sobre as mesmas. Esta herança histórica, constantemente marcada por ações oficiais emergenciais-curativas, levou a que os indígenas hoje detenham os piores indicadores de saúde a nível nacional. Como vimos, a situação do Alto Rio Negro não é diferente.

Foi basicamente nas últimas duas décadas, dentro da luta pela democratização da sociedade brasileira, que ocorreram avanços no sentido da constituição de um sistema de saúde que fosse capaz de atender com pertinência as sociedades indígenas.

Neste sentido, formularam-se na II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (Luziania, GO, 1993) as diretrizes daquele que se convencionou chamar de subsistema diferenciado de atenção a saúde indígena.

Resumidamente, tal subsistema, incorporado ao SUS (Sistema Único de Saúde), objetiva a efetivação de ações de saúde de cunho eminentemente preventivo nas áreas indígenas, adequadas do ponto de vista epidemiológico e cultural, inseridas em uma abordagem que considere a multi-fatorialidade no processo saúde-doença e articuladas num sistema de referências de complexidade crescente onde ocorra o atendimento diferenciado da população indígena. O AIS é o elemento chave desta nova concepção, entendido como complementar aos outros serviços e como o elo de ligação entre os sistemas oficiais e tradicionais de saúde, dentro de uma estratégia de fortalecimento da autonomia dos povos indígenas e de defesa de seu patrimônio cultural. Tal subsistema entende ainda a participação e o controle social como imprescindíveis para o sucesso dos programas de saúde.

Não é necessário dizer a respeito das dificuldades de efetivação deste subsistema, parte das quais relacionadas ao crescente descaso com que é tratada a Saúde Pública em geral e a Saúde Indígena em particular a nível nacional, descaso este que vem se incrementando a medida que avança o que se convencionou chamar de “neo liberalismo” no país. Ressalte-se ainda que visão etnocêntrica de nossa sociedade também se configura como importante obstáculo a sua efetivação.

Em que pesem tais dificuldades, a Região do Rio Negro possui condições propícias para a implementação deste sistema, visto que trata-se de uma região de maioria indígena e que, como procuramos demonstrar, reúne elementos que apontam para a constituição deste subsistema. Espera-se que a nova administração política de SGC e demais instituições venham a se configurar como aliados desta justa e legítima aspiração dos povos indígenas da região.

A constituição local de um fórum interinstitucional com expressiva representação indígena é de extrema importância no sentido de regionalizar e avançar na concretização deste subsistema, a partir de uma efetiva articulação entre as instituições.

Os passos iniciais neste sentido devem considerar a consolidação dos agentes já existentes (no que tange a continuidade de adequada formação dos mesmos, propiciando as necessárias condições de trabalho), a construção de uma rede interiorizada de transporte, radiofonia e referências (aproveitando e melhorando a estrutura já existente em área e adequando-a culturalmente) e a efetivação de uma política de recursos humanos que seja capaz de assegurar condições dignas de trabalho e capacitação contínua e adequada dos profissionais de saúde não indígenas que trabalhem nas áreas. As ações devem priorizar num primeiro momento a formulação de programas de controle das principais endemias (parasitoses digestivas, tuberculose, malária), melhorias na imunoprevenção e execução de atividades que visem o saneamento básico nas áreas. É necessário que se pense ainda na adequação, num segundo momento, do número de agentes na região, que deverá ser aumentado, com o cuidado de que se possa conferir aos mesmos adequada formação e condições de trabalho (remuneração, rede de transporte e radiofonia, supervisão em campo, adequada distribuição de medicamentos e equipamentos, etc).

Finalmente, é de fundamental importância que o movimento indígena continue investindo em ações que visem a melhoria das condições de ocupação da terra, no sentido de construir alternativas autônomas de desenvolvimento na região que possam efetivamente melhorar as condições gerais de vida (e conseqüentemente melhorar a saúde coletiva) contrapondo-se às políticas desenvolvimentistas que venham a representar fontes de novos impactos que poderão ser nocivos à população indígena.

A Saúde dos povos indígenas da Floresta

18.5 A Situação de Saúde da População Hupdê

Como já foi citado, tradicionalmente os Hupdê são caçadores e coletores e ainda que pratiquem o cultivo da mandioca, este se dá em menor escala quando comparado aos demais povos da região. Seus agrupamentos no interior da floresta reúnem ao redor de 15 a 50 indivíduos. Tais agrupamentos deslocam-se constantemente pelas matas, dentro do seu território linguístico e, portanto, os Hupdê possuem também como importante característica o comportamento nômade.

Lembremos ainda que dentro do sistema cultural hierárquico da região os Hupdê mantêm uma relação com os demais povos na qual ocupam o patamar inferior da escala hierárquica, mitologicamente delineado, devendo, portanto, obediência e serviços aos demais indígenas. Tradicionalmente, com a finalidade de evitar o esgotamento do solo das matas que habitam, os Hupdê costumam estabelecer-se temporariamente junto aos povoados ribeirinhos, caçando para os mesmos e trabalhando suas roças em troca de parte dos produtos cultivados.

O processo de contato com a sociedade envolvente é permeado por esta relação tradicional, que vem sofrendo profundas alterações a medida que os ribeirinhos adotam práticas voltadas para a economia de mercado.

O processo de contato com os Hupdê possui também outras peculiaridades. Sempre reticentes ao processo civilizatório e extremamente fiéis e apegados as suas tradições, foi somente nas últimas duas décadas que a dinâmica com a sociedade

envolvente incrementou-se, com o avanço de projetos missionários que visavam a escolarização e evangelização deste povo, utilizando como intermediadores indígenas de outras etnias. Assim vários clãs dos Hupdê foram agrupados em grandes povoados, tais como Santo Atanásio e Nova Fundação. A escolarização, em conjunto com os fatores advindos do avançar das práticas voltadas para a economia de mercado, contribuiu também para que se alterasse a convivência com os índios ribeirinhos: vários agrupamentos Hupdê vivem hoje, em condições precárias, de modo quase fixo as margens dos Rios Tiquié e Papuri junto a outros povos hierarquicamente superiores.

O projeto de escolarização não logrou seus objetivos. A verdade é que dificilmente um Hupdê fala bem o português e que as condições de vida deste povo estão criticamente deterioradas. Os Hupdê continuam sendo o últimos indígenas que mantêm vivas várias expressões culturais que os demais povos já perderam.

18.5.1 Perfil Epidemiológico

A atual situação de saúde dos Hupdê remete a estas abruptas transformações que vêm recentemente ocorrendo.

Estimamos que de uma população total de cerca de 1600 Hupdê, aproximadamente 1000 vivam hoje nos grandes povoados (como exemplo deste novo padrão de dispersão populacional citamos Nova Fundação com cerca de 180 habitantes e Santo Atanásio, com aproximadamente 280 habitantes) ou agregados aos povoados ribeirinhos. Esta população escolarizada, sedentarizada e duplamente explorada pela economia de mercado apresenta uma situação crítica de saúde que ameaça seriamente sua integridade física e cultural. Durante a viagem a equipe visitou apenas uma aldeia típica dos Hupdê, na qual reinava uma contrastante alegria e bem-estar.

Sedentarizados, explorados e doentes os Hupdê assistem ao desmoronamento de sua base produtiva e de sua cultura, sem que lhes seja garantido o tempo para uma possível adaptação.

Apresentam um perfil epidemiológico distinto dos demais povos, típico das sociedades de contato recente. Convivem com alto grau de doenças transmissíveis somadas as doenças endêmicas derivadas do processo de sedentarização, ambas associadas a graves deficiências nutricionais. Quanto a tuberculose, esta encontra-se em uma situação que beira a pandemia, como pode ser visto na amostra populacional atendida pela equipe (gráfico 5 e tabela 4). Os Hupdê assistem a contaminação do solo e das fontes hídricas e sofrem com as doenças decorrentes; convivem com constante surtos de afecções respiratórias e vêem o esgotamento dos recursos alimentares tradicionais. Este perfil fecha um círculo vicioso, ao condicionar graves e constante perturbações nas atividades essenciais a subsistência deste povo.

As alterações nas condições de vida dos Hupdê, advindas das novas formas de convivência com os demais povos, relacionam-se estreitamente com este perfil. Ressalte-se ainda que os movimentos populacionais relativos aos demais indígenas acarretam sérios riscos a saúde deste povo.

A situação é mais crítica ainda nos grandes povoados nos quais se deterioraram as condições de moradia e onde o consumo de caxiri, decorrente do excedente de produção de mandioca, e o consumo de aguardente, aparentemente configurados como um comportamento social reativo, chega a ser socialmente desestruturante.

Completando a dramaticidade do quadro, os Hupdê parecem não encontrar em suas representações culturais respostas adaptativas adequadas para todos estes eventos. São reticentes quanto a mudanças de vários dos seus hábitos de vida. Têm grande dificuldade de aderir a tratamentos decorrentes da medicina ocidental e mesmo a tuberculose parece ainda não ter uma concepção cultural apropriada.

A tragédia total só não se configura devido a relativa cobertura vacinal destas populações, que necessita ser melhorada.

Ao mesmo tempo os Hupdê estão fora da dinâmica do movimento indígena. Não possuem nenhuma representação no mesmo. Existe apenas 1 AIS Hupdê, iniciante, no povoado de Santo Atanásio.

Como observamos nas entrevistas com os AIS, não acreditamos que os agentes de outros grupos consigam atuar convenientemente junto a este povo, devido a modalidade tradicional de relação interétnica existente. Esta impressão foi reforçada durante nossa viagem pelas margens do Rio Tiquié.

Outras formas de assistência dificilmente se configuram, ainda que os Hupdê procurem, muitas vezes, as referências dos Hospitais Missionários da região, principalmente para tratamento de tuberculose, o qual, grande parte das vezes, é abandonado pelos mesmos.

Não acreditamos em soluções paternalistas ou meramente técnicas frente a toda esta situação, ainda que se configure a necessidade de uma ação emergencial de saúde nestas áreas, que deve ser adequada no sentido de não reforçar ainda mais a concentração populacional.

Um trabalho de saúde junto a esta população deve se caracterizar por uma abordagem que leve em conta a multi-fatorialidade de sua situação de saúde e a especificidade da mesma em relação aos outros povos, devendo se pautar na multidisciplinaridade. Frente a esta situação, a formação de AIS Hupdê precisa ser diferenciada dos demais agentes da região. É preciso não somente conferir assistência preventiva e curativa a este povo mas também revalorizar sua rica cultura, reconstruir sua base produtiva e optar por um modelo educacional diferenciado e culturalmente adequado, que possa resgatar e reforçar a auto estima destes indígenas.

19. PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO PARA A EQUIPE DA SSL EM 1997

Ao término da primeira viagem e após a avaliação dos dados que foram coletados a partir das reuniões realizadas com os agentes indígenas de saúde e lideranças, iniciamos a elaboração da proposta de um Plano de Trabalho a ser concretizado no período de 1997. Nestas reuniões foram discutidos assuntos relativos à concepção de saúde e doença, a forma de atendimento de saúde praticada pelos AIS, as conquistas e as dificuldades enfrentadas no campo da saúde. Foram aplicados questionários e realizadas entrevistas individuais com os AIS com o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico e as condições sanitárias das comunidades bem como o conhecimento técnico individual.

A partir destes dados foi possível obter uma primeira impressão da situação de saúde da região, dos problemas nos mecanismos de referência e contra-referência para encaminhamento de pacientes, dificuldades com a comunicação (escassez de radioamadores), abastecimento irregular e insuficiente de medicamentos e avaliar o estágio de formação dos AIS.

Analisados os dados acima mencionados, seguem abaixo as propostas para um plano de atividades institucionais.

19.1 OBJETIVOS

1. Supervisionar os AIS da área de abrangência da SSL: Rios Tiquié, Papuri, Aiari, Uaupés e área do Balaio.
2. Assessorar a FOIRN no tocante às políticas de saúde:
3. Assessorar a Associação dos Agentes Indígenas do Alto Rio Negro (AAISARN):
4. Elaborar plano de atividades para a área Hupdë.
5. Viabilizar ações de Saúde Bucal.
6. Iniciar a implantação do Sistema de Informação.
7. Realizar treinamento da equipe local em aspectos técnicos, antropológicos e pedagógicos.

19.2 METODOLOGIA

19.2.1. Supervisão dos AIS

A supervisão dos AIS será realizada em área, com os integrantes da equipe SSL dividindo-se através dos rios, em viagens programadas com duração média de 35 dias. Durante as viagens serão, inicialmente, revisados temas básicos de saúde abordados nos cursos de formação realizados pela FNS/Projeto RASI, com introdução prática de anamnese, exame físico, medida de temperatura e ausculta pulmonar. Pretende-se contratar um profissional de saúde (técnico em enfermagem) da região, para compor a equipe atual, objetivando formar um profissional que futuramente possa se vincular a outra instituição dando continuidade ao trabalho.

Serão realizados questionários, junto à comunidade, para subsidiar a avaliação do desempenho dos AIS. Estão previstas também, reuniões com a comunidade com o objetivo de adequar a inserção do agente em sua área de atuação e estimular discussões acerca dos problemas de saúde, buscando encaminhamentos para sua resolução.

19.2.2 Assessoria à FOIRN

Acompanhando a atual conjuntura política da região, na qual existe a proposta de reativação do Conselho Municipal de Saúde, o trabalho da SSL junto à FOIRN será de estimular a participação da mesma nesse espaço de definição de políticas de saúde, propiciando a adequação das propostas à realidade local.

Em relação à articulação com as diversas instituições que atuam em saúde na região, o papel da SSL será apresentar propostas de apoio aos convênios e parcerias em questões de saúde, estimular a participação da FOIRN em reuniões interinstitucionais para repasse de informações, elaboração e efetivação de propostas relativas à saúde, apresentação de cronogramas de atividades institucionais e configuração de eventuais trabalhos conjuntos.

19.2.3 Assessoria à Associação dos Agentes Indígenas do Alto Rio Negro - AAISARN

A AAISARN foi criada em julho de 1995 com o objetivo de lutar pela legalização da profissão de AIS e pela estruturação de um Sistema de Saúde adequado à realidade local. No entanto, tem encontrado dificuldades quanto à sua estruturação interna e definição do seu real papel junto aos AIS.

A SSL se propõe a realizar reuniões com a diretoria da Associação para elaborar calendário de atividades e propor sugestões para a mesma possa atingir seus objetivos.

19.3 Plano de Atividades para a área Hupdê

Tendo em vista a especificidade deste grupo étnico dentro do contexto cultural da Área do Rio Negro e considerando sua situação crítica de saúde, torna-se necessário elaborar um plano diferenciado de atuação.

Durante a permanência em área será realizada a assistência médico-sanitária conforme a demanda e censo familiar, o qual contemplará identificação, exame físico, dados de cobertura vacinal e informações relevantes para acompanhamento da situação de saúde.

Em relação à formação de AIS para essa região, neste primeiro momento será realizado o acompanhamento do AIS já existente, buscando adequar a metodologia aplicada às suas especificidades. Posteriormente, no decorrer do projeto, a proposta é de detectar pessoas que eventualmente possam exercer esta atividade.

19.4 Saúde Bucal

Diante da situação de saúde da região, torna-se necessário priorizar as atividades a serem desenvolvidas pelo projeto. Nesse sentido, entendemos que a Saúde Bucal deve ser estruturada no final do segundo semestre, com a inclusão de um profissional odontólogo que realizará uma proposta de atuação nessa área, sendo a continuidade das ações vinculada a participação dos recursos humanos existentes. A proposta deverá contemplar ações preventivas priorizando as crianças em idade escolar, em atuação conjunta com os professores que atuam nas comunidades.

19.5 Sistema de Informação

Serão elaborados instrumentos de coleta de dados enfatizando morbimortalidade, dados censitários, acompanhamento de gestantes, saneamento básico e infra-estrutura local.

Os AIS vem realizando rotineiramente os registros de saúde de suas comunidades, conforme orientação dada nos cursos promovidos pela FNS/RASI. A SSL estará compilando essas informações a fim de estruturar um banco de dados.

A Fundação Nacional de Saúde está elaborando uma proposta de implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica que tem por objetivo padronizar e sistematizar os dados de saúde da região. A equipe local da SSL estará participando dessa implantação objetivando conhecer o sistema e auxiliar na sua efetivação.

DESCRIÇÃO	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS
<p>Objetivo Geral</p> <p>Contribuir para a sobrevivência física e cultural dos povos indígenas do rio Negro através da melhoria de suas condições de saúde e de acesso à serviços de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da morbi-mortalidade; • Aumento da resolutividade dos serviços de saúde prestados; • Melhoria da qualidade de vida e bem estar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de Serviços de saúde voltados para as comunidades do interior do município; • Avaliação por parte das comunidades e organizações indígenas do trabalho realizado pela SSL 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de coeficientes de morbi-mortalidade conforme disponibilidade de dados; • Políticas locais de saúde; • Elaboração de instrumento para entrevistas.
<p>Objetivos Especifico 1</p> <p>Contribuir para a criação e consolidação de um modelo assistencial na região que seja democrático, culturalmente adequado e de boa qualidade, capaz de servir de modelo para outras regiões.</p>			
<p>Resultados Esperados(1)</p> <p>1.1 Formação e funcionamento efetivo do Conselho de saúde, com representantes indígenas e com poder deliberativo sobre as políticas locais de saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho criado e reunindo-se periodicamente; • Elaboração, pelo Conselho, de instrumentos e diretrizes a serem adotadas pelos prestadores de serviços de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Efetivação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em São Gabriel da Cachoeira; • Discussão e elaboração do Plano Municipal de Saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão e preparação nas comunidade indígenas; • Comunicação entre as organizações indígenas a nível de base.
<p>1.2 Participação efetiva das organizações indígenas na elaboração das políticas de saúde e controle social das ações;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de representantes indígenas nas instâncias deliberativas; • Proposta das organizações acatadas e respectivas deliberações cumpridas 	<ul style="list-style-type: none"> • 42% dos representantes do Conselho Municipal de Saúde são indígenas; • Execução das deliberações do Conselho Municipal de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão e preparação nas comunidade indígenas; • Comunicação entre as organizações indígenas a nível de base.
<p>1.3 Participação efetiva das comunidades na identificação de prioridades e elaboração de propostas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de foruns específicos de discussão à nível local (comunidades e Associações) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho de base em funcionamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor entendimento das políticas de saúde a nível de comunidade
<p>1.4 Planejamento e implementação de ações de saúde através de uma coordenação interinstitucional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de articulação interinstitucional no planejamento e implementação das ações de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de saúde realizadas de modo integrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor entendimento dos papeis e compromissos a serem assumidos pelas instituições de saúde (FNS, FUNAI, SEMSA, Missões, SSL).
<p>1.5 Colaborar na estruturação de um sistema de vigilância epidemiológica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e padronização dos instrumentos de coletas de dados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de banco de dados pela equipe da SSL; • Criação de um banco de dados em saúde a nível municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponíveis e meios para a realização de um banco de dados; • Entendimento e engajamento por parte da instituições governamentais para estruturar a base de dados.

DESCRIÇÃO	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS
<p>Atividades(1)</p> <p>1.1.1 Assessoria às organizações indígenas (FOIRN e AAISARN) em relação às questões de saúde; participação nas discussões das instâncias deliberativas e no Convênio (FNS/FOIRN) destinado ao pagamento de bolsas para o AIS;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de reuniões da FOIRN e AAISARN para tratar de temas relacionados à saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussões de temas relativos à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponíveis para viagem às áreas e melhor entendimento do papel do AIS a nível local como catalisador das ações locais de saúde.
<p>1.1.2 Mobilização das organizações indígenas e lideranças comunitárias em relação a participação nos fóruns deliberativos das políticas de saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento e participação dos representantes indígenas no Conselho Municipal de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento das reuniões preparativas a nível local para as reuniões do CMS 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponíveis para viagem às áreas e melhor entendimento do papel do AIS a nível local como catalisador das ações locais de saúde.
<p>1.1.3 Participação nas reuniões a nível local sobre saúde e identificação de ações prioritárias;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor entendimento das lideranças sobre seu papel na identificação de prioridades em ações de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões periódicas a nível local para avaliação e identificação de prioridades 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponíveis para viagem às áreas e melhor entendimento do papel do AIS a nível local como catalisador das ações locais de saúde.
<p>1.1.4 Promoção de reuniões com as instituições de saúde que atuam na região;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor articulação das instituições de saúde em um plano integrado de prestação de serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de reuniões interinstitucionais para planejamento de ações de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor compreensão dos papéis de cada instituição;
<p>1.1.5 Elaboração dos instrumentos de coletas para o plano de vigilância epidemiológica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de coletas elaborado e aceito pelas instituições locais; • Banco de dados em funcionamento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Coleta de informação em andamento com participação dos AIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponíveis para a elaboração dos instrumentos de coletas e formação do banco de dados;
<p>Objetivo Específico 2.</p> <p>Melhorar o acesso das comunidades à atenção primária à saúde através da formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS);</p>			
<p>Resultados Esperados(2)</p> <p>2.1 Melhor treinamento dos AIS em sua capacidade de atendimento local;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos realizados tanto a nível local (por áreas) quanto o de reciclagem a nível municipal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Folha de produtividade dos AIS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Que sejam realizados os treinamentos previstos pela FNS; • Que haja continuidade no pagamento da bolsa comunitária para os AIS.

DESCRIÇÃO	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS
2.2 Melhor capacitação dos AIS através de uma eficiente supervisão de suas atividades;	<ul style="list-style-type: none"> Supervisão dos AIS realizadas sistematicamente; Maior envolvimento do AIS nas questões locais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de Supervisão de AIS; Folha de Produtividade dos AIS; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos para viagens de supervisão; Que haja continuidade no pagamento da bolsa comunitária para os AIS.
2.3 Melhor compreensão por parte das comunidades dos problemas de saúde;	<ul style="list-style-type: none"> Cada comunidade juntamente com seu AIS tenha claro as prioridades de atendimentos ; 	<ul style="list-style-type: none"> Folha de produtividade; Plano individualizado por comunidade das prioridades de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos para viagens em áreas; Que os AIS assumam seu papel de agente catalisador dos problemas de saúde a nível de comunidade.
2.4 Melhor compreensão por parte da comunidade das ações preventivas;	<ul style="list-style-type: none"> Envolvimento dos AIS nas atividades preventivas; 	<ul style="list-style-type: none"> Folha de produtividade e relatório de reuniões a nível de comunidade organizada pelos AIS; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponíveis para viagem às áreas e melhor entendimento do papel do AIS a nível local como catalisador das ações locais de saúde
Atividades(2)			
2.2.1 Participação de membros da equipe da SSL nos treinamentos do AIS;	<ul style="list-style-type: none"> O planejamento e execução dos treinamentos dos AIS com todas as instituições de saúde da região; Melhoria do nível de formação dos AIS; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de Treinamentos produzidos pela instituição responsável do treinamento; Reuniões com outros núcleos formadores; 	<ul style="list-style-type: none"> Aproveitamento dos profissionais em saúde no treinamento dos AIS; Articulação interinstitucional;
2.2.2 Treinamento e capacitação dos AIS durante viagens de supervisão;	<ul style="list-style-type: none"> Realização de viagens de supervisão; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de viagem produzido pela equipe da SSL; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponíveis para viagens; Melhor entendimento dos AIS da metodologia de Treinamento em Serviço;
2.2.3 Encontros e Reuniões em comunidades para tratar questões relacionadas à questões específicas de saúde;	<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniões realizadas nas comunidades durante viagem de supervisão; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de viagem; Envolvimento das comunidades no planejamento local; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponíveis para viagens; Melhor entendimento dos AIS da metodologia de Treinamento em Serviço;
2.2.4 Reuniões nas comunidades sobre questões relacionadas à prevenção;	<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniões realizadas nas comunidades durante viagem de supervisão; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de viagem; Envolvimento das comunidades no planejamento local; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponíveis para viagens; Melhor entendimento dos AIS da metodologia de Treinamento em Serviço;
2.2.5 Instrumentalizar os AIS para que eles possam atender eficientemente as demandas locais;	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do número de AIS com equipamentos médicos necessários para atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de viagem produzido pela equipe da SSL; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponível para compra de equipamentos médicos; Que a FNS cumpra com sua responsabilidade de fornecer medicamentos necessários.
Objetivo Específico 3			
Reduzir a mobi-mortalidade através de ações preventivas e curativas desenvolvidas em colaboração com outras instituições			
Resultado Esperados (3)			
3.1 Que as instituições locais cumpram suas atividades	<ul style="list-style-type: none"> Viagens de atendimentos realizados pelas instituições locais; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de atividades; Reuniões do CMS para avaliar o Plano Municipal de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração do Plano Municipal elaborado e em implementação; Recursos financeiros para a execução das ações previstas no

DESCRIÇÃO	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS
previstas no Plano Municipal de Saúde;			Plano.
3.2 Implementação de projetos específicos de ações curativas em áreas piloto;	<ul style="list-style-type: none"> Definição de prioridades; Seleção das áreas pilotos 	<ul style="list-style-type: none"> Relatório de atividades; Avaliação <i>in loco</i> do projeto; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponíveis para implementação de projetos específicos e pessoal qualificado para implementação
3.3 Implementação do sistema de vigilância epidemiológica;	<ul style="list-style-type: none"> Banco de dados em funcionamento 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios; Circulação de informações do banco de dados 	<ul style="list-style-type: none"> Pessoal em posto e capacitado para manter em funcionamento o banco de dados;
3.3.1 Atividades (3) Preparação de propostas e seleção de pessoal para parte do Plano Municipal de Saúde que compete a SSL;	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação e discussão das propostas ao CMS; Aceitação por parte do CMS das propostas elaboradas; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios da equipe; Avaliação dos AIS do Plano Municipal de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Articulação entre as instituições governamentais e não governamentais; Recursos disponível para implementação do Plano.
3.3.2 Identificação, elaboração, discussão com as comunidades de projetos específicos de ações curativas para áreas piloto;	<ul style="list-style-type: none"> Ações de controle implantadas nas áreas piloto; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios da Equipe; Avaliação dos projetos envolvendo representantes indígenas e comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos e pessoal disponível para o projeto;
3.3.3 Treinamento dos AIS para implementação do sistema de vigilância epidemiológica;	<ul style="list-style-type: none"> Sistema implementado e em funcionamento; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios e discussão com os AIS; 	<ul style="list-style-type: none"> Banco de Dados testado e aprovado
Objetivo Específico 4			
Contribuir para o aperfeiçoamento da atenção primária à saúde indígena à nível local, regional e nacional e das políticas do setor.			
Resultado Esperados (4)			
4.1 Que o modelo de atenção primária implantado seja referência em toda região;	<ul style="list-style-type: none"> Aceitação por parte das comunidades indígenas do modelo implantado 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do Projeto por parte das comunidades indígenas e lideranças locais 	<ul style="list-style-type: none"> Entendimento por parte das comunidades indígenas do modelo de atenção primária a saúde implantado;
4.2 Produção de conhecimento sobre as ações executadas pela equipe da SSL;	<ul style="list-style-type: none"> Material produzido e divulgados nos diversos níveis de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão da metodologia usada pela SSL em projetos semelhantes na região; 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponíveis para a realização de todas as atividades previstas e pessoal qualificado para implementá-las
4.3 Política de Saúde Indígena discutida e aceita em nível das organizações indígenas da região;	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão das políticas de saúde no discurso e prática da organizações indígenas filiadas à FOIRN 	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios e avaliação realizadas pela FOIRN 	<ul style="list-style-type: none"> Compreensão por parte das lideranças do processo de implementação do projeto geral;
4.4.1 Atividades(4) Preparação de Seminários para troca de experiências na	<ul style="list-style-type: none"> Realização de seminários específicos para troca de experiências; 	<ul style="list-style-type: none"> Relatório e divulgação dos resultados da discussão 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos disponíveis para a realização desta atividade específica e disponibilidade das outras instituição e participar do

DESCRIÇÃO	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	CONDIÇÕES NECESSÁRIAS
região;			seminário;
4.4.2 Divulgação de material escrito e audiovisual produzido sobre o projeto;	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e disseminação dos resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatórios e aceitação por parte das outras instituições das metodologias aplicadas pela SSL neste projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponíveis para a realização desta atividade específica e divulgação dos mesmos
4.4.3 Organização de reuniões com representantes indígenas para discussão de uma política de saúde para a região bem como produção de informações sobre o tema;	<ul style="list-style-type: none"> • Material escrito sobre política de saúde indígena para a região do rio negro 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões de avaliação organizada pela FOIRN 	<ul style="list-style-type: none"> • Entendimento da necessidade por parte das lideranças indígenas de uma política de saúde culturalmente adaptada à região;

Saúde Sem Limite

CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE INDÍGENA

NA REGIÃO

DOS RIOS UAUPÉS, TIQUIÉ,

PAPURI, AIARI E ÁREAS HUPDĒ

RELATÓRIO II

São Gabriel da Cachoeira – Setembro 1997

ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES
Escritório Regional do Rio Negro

Renato Athias – Antropólogo - Coordenador do Projeto
Marina Machado - Enfermeira - Administradora Regional
Norimar Pinto de Oliveira - Médico
Simone Argentino - Enfermeira

Av. Álvaro Maia, 79, Bairro Fortaleza
São Gabriel da Cachoeira - AM
CEP 69750 - 000
Tel/Fax: (092) 471-1353

São Gabriel da Cachoeira, setembro de 1997

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO

II. DADOS RELATIVOS ÀS ATIVIDADES DE CAMPO

III. SERVIÇOS REALIZADOS DE ASSISTÊNCIA PRIMARIA À SAÚDE GRÁFICOS E TABELAS 1, 2, 3, 4 e 5

IV. METODOLOGIA DE AÇÃO

- a) estratégia de atuação nos rios
- b) supervisão dos AIS
- c) diagnósticos realizados

V. CONSIDERAÇÕES

- a) sobre as atividades dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)
- b) sobre a situação de saúde na região

V. CONCLUSÕES

VI. ANEXOS

- Modelo dos questionários aplicados nas comunidades
- Modelo da folha de censo utilizado

I. INTRODUÇÃO

O objetivo maior deste relatório consiste em apresentar às instituições de saúde atuantes no Rio Negro as atividades de campo desenvolvidas pela equipe local da “Saúde Sem Limites” (SSL) durante o período compreendido entre fevereiro à agosto de 1997, de acordo com o princípio de transparência institucional e com o intuito de que as informações aqui contidas possam ser úteis para o planejamento de atividades das demais instituições e para a consequente e necessária articulação entre as mesmas que possa apontar para a otimização das ações a serem desenvolvidas junto à população da região.

Deste modo, este relatório contém dados relativos às viagens realizadas (comunidades visitadas, AIS supervisionados, cobertura populacional, serviços de assistência à saúde realizados) agrupados em formas de tabelas e gráficos bem como algumas considerações sobre a saúde na região, incluindo aqui a atuação dos Agentes indígenas de Saúde. Finalmente, este relatório apresenta também algumas sugestões que apontem para a resolução de alguns dos problemas detectados, do ponto de vista dos profissionais da SSL.

Acreditamos ser interessante lembrar que o papel institucional da “Saúde Sem Limites”, discutido junto aos demais órgãos de saúde antes da instalação da instituição à nível local, apontava no sentido de supervisionar parte dos AIS da região, supervisão esta entendida como parte do processo de capacitação dos mesmos. Tal papel conferia portanto à instituição uma característica mais ampla que a assistencial, em concordância com as diretrizes gerais da SSL.

Neste sentido, após o processo de implementação institucional e a primeira viagem de reconhecimento realizada entre os meses de outubro a dezembro de 1996 (relatada em documento entregue às instituições)¹ a equipe local comprometeu-se, no decorrer de 1997, a realizar viagens às suas áreas de atuação² com os seguintes objetivos:

¹ Relatório “Considerações sobre a Saúde na Região dos Rios Uaupés, Tiquié, Paputi, Aiari e áreas Hupdá” - SSL - fev. 1997.

² As áreas de atuação da SSL na região são os Rios Paputi, Uaupés, Aiari, Tiquié (incluindo os grupos Hupdá e Yotupdá) e a área da Estrada.

- revisar temas básicos de saúde junto aos AIS, em consonância com seu nível de capacitação prévio, trabalhando em conjunto com os mesmos na execução de serviços de atenção primária à saúde em suas comunidades, objetivando aprimorar suas ações.
- avaliar as atividades desenvolvidas pelos AIS e buscar soluções junto às comunidades para os problemas de saúde por elas enfrentadas.
- realizar trabalho de campo junto aos povos Hupdê e Yohupdê, conferindo-lhes a possibilidade de assistência médico-sanitária e buscando um maior reconhecimento destas populações e de seus problemas de saúde no sentido de contribuir para orientar futuras ações a serem desenvolvidas junto às mesmas.
- realizar levantamento censitário relevante para o planejamento de atividades em saúde (censo por sexo e faixa etária)³.

Com a conclusão de nossa próxima viagem (região do Alto Uaupés, planejada para o período de setembro de 1997) esperamos ter cumprido boa parte destes objetivos, contribuindo para a construção de um sistema de saúde regional diferenciado que possa solucionar os inúmeros problemas de saúde dos povos da região.

II. DADOS RELATIVOS ÀS ATIVIDADES DE CAMPO⁴

(comunidades visitadas, AIS supervisionados, população diretamente coberta)

³ Ver formulário de censo utilizado em anexo, no fim do documento. Os dados encontram-se à disposição no escritório regional da SSL - São Gabriel da Cachoeira.

⁴ Nas viagens ao Rio Uaupés, Papuri e Tiquié tivemos a colaboração da FNS que nos cedeu uma voadeira e medicamentos anti-maláricos. A FUNAI colaborou com combustível e certos medicamentos básicos na viagem ao Rio Tiquié.

II.I. Rio Aiari - Período : 09.03.97 a 10.04.97
 Profissional : Simone Argentino - Enfermeira

COM. EST. ⁵	COM. VIS.	AIS EXT.	AIS SPV.	POP. EST.	POP. VISIT.	ATENDIM.
22	11	11	09	909	532	94
COB. %	50%	-	82%	-	59%	10%

II.II. Rio Baixo Uaupés - Período : 17.03.97 a 10.04.97
 Profissional : Norimar P. de Oliveira - Médico

COM. EST.	COM. VIS.	AIS EXT.	AIS SPV.	POP. EST.	POP. VISIT.	ATENDIM.
40	10	04	04	1985	270	66
COB. %	25%	-	100%	-	14%	3%

II.III. Rio Papuri - Período : 17.03.97 a 10.04.97
 Profissional : Norimar P. de Oliveira - Médico

COM. EST.	COM. VIS.	AIS EXT.	AIS SPV.	POP. EST.	POP. VISIT.	ATENDIM.
29	8	05	04	1021	351	22
COB. %	28%	-	80%	-	34%	2%

II.IV. Área da Estrada - Período : 26.04.97 a 30.04.97
 Profissional : Marina Machado - Enfermeira

COM. EST.	COM. VIS.	AIS EXT.	AIS SPV.	POP. EST.	POP. VISIT.	ATENDIM.
05	05	01	01	271	207	40
COB. %	100%	-	100%	-	76%	15%

II.V. Rio Tiquié -Populações Hupdê / Yohupdê -Período: 19.06.97 a 27.07.97
 Profissionais : Renato Athias (antropólogo) - Marina Machado (enf.) -
 Simone

Argentino (enf.) - Norimar P. de Oliveira (med.).

COM. EST.	COM. VIS.	AIS EXT.	AIS SPV.	POP. EST.	POP. VISIT.	ATENDIM.
-----------	-----------	----------	----------	-----------	-------------	----------

⁵ COM. EST. = n. de comunidades estimadas; COM. VIS. = n. de comunidades visitadas; AIS EXT. = agentes indígenas de saúde existentes; AIS SPV. = agentes supervisionados; POP. EST. = população estimada; POP. VIS. = população das comunidades visitadas; ATEND. = n. de indivíduos atendidos; COB. % = percentual de cobertura. Fontes : Banco de Dados SSL, Banco de Dados ISA/FOIRN

22	22	0	0	+/- 900	655	655*
COB. %	100%	-	-	-	73%	73%

II.VI Rio Tiquié - Outras etnias - Período : 19.06.97 a 27.07.97
Profissionais : acima citados.

COM. EST.	COM. VIS.	AIS EXT.	AIS SPV.	POP. EST.	POP. VISIT.	ATENDIM.
48	40	11	09	+/- 1800	1380	395
COB. %	83%	-	82%	-	77%	22%

II.VII. Consolidado geral das tabelas anteriores

COM. EST.	COM. VIS.	AIS EXT.	AIS SPV.	POP. EST.	POP. VISIT.	ATENDIM.
166	96	32	27	6886	3395	1272
COB. %	58%	-	84%	-	49%	18%

Alguns dados das tabelas anteriores merecem ser comentados :

1- as estimativas populacionais referentes ao Rio Tiquié encontram-se alteradas em relação ao nosso primeiro relatório (fevereiro 1997) de acordo com dados levantados recentemente em nossa viagem a este rio. As estimativas da região são difíceis de serem corretamente definidas em virtude dos intensos movimentos populacionais existentes bem como devido à tendência crescente que aponta para a concentração da população nos centros regionais.

2- os motivos de não terem sido realizadas as supervisões previstas de 05 AIS foram os seguintes: um caso de adoecimento do AIS, três casos devido ao fato dos AIS não estarem em suas comunidades no período previsto para a supervisão, um caso devido a condições desfavoráveis para navegação (Ig. Turi, Rio Papuri).

3- não consideramos na região do Baixo Uaupés o AIS Hupdê de Santo Atanásio, por considerarmos que a formação deste AIS deve ser melhor discutida. O AIS iniciante do Rio Iaviari está considerado em nossa programação como pertencente à região do Alto Uaupés, por questões logísticas.

* Em relação à população Hupdê/Yohupdê, os atendimentos realizados encontram-se formatados em fichas clínicas individualizadas. Banco de Dados SSL.

4- a maior cobertura visualizada na tabela referente ao Rio Tiquié deve-se à uma mudança de estratégia de atuação nesta área em relação às viagens anteriores, que será adiante melhor explicitada.

* Outros: CCC?/Malária/Fratura ulnar/Neuropatia Periférica/Purupuru?/Acidente Ofídico

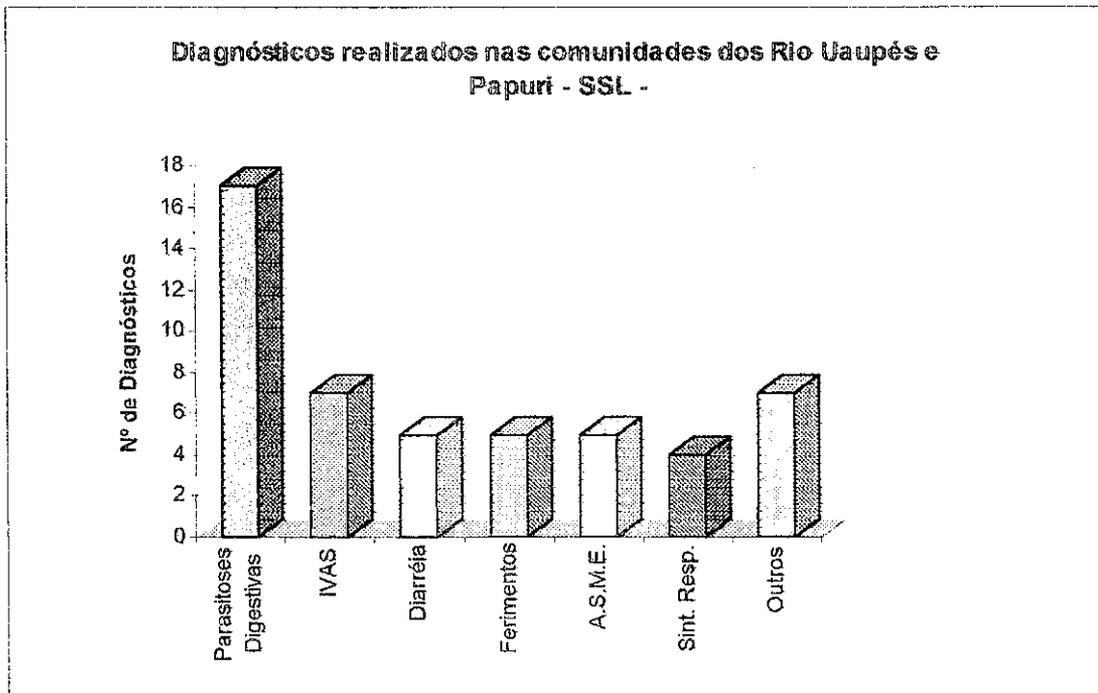


Tabela 3 Diagnóstico realizados nas comunidades do Rio Tiquié - SSL -jun/jul/97

AGRAVOS	00-11m	01-04 a	05-09 a	10-14 a	15-20 a	21-30 a	31-40 a	41-50 a	51-60 a	> 60 a	Total
Parasitoses Digestivas	3	46	62	13	2	9	10	2	8	6	161
Diarréia	3	11		1	1		1	2	2		21
Síndrome Dispéptica					4	4	4	3	2		17
Vômito	1	5			1						7
Desidratação leve	1	1									2
Desidratação grave		1									1
Hérnia umbilical		1	1			1					3
Hérnia inguinal									1	1	2
IVAS	4	8	7	3	1	4	4	1	1	1	34
Sintomático Respiratório			2	1				1	4	7	15
Tbc						1		1	1	1	4
Tbc comunicante			1			1	1	1	1	2	7
Tbc pregressa		1	1				1		1		4
Pneumonia	1	1	2	1							5
Amigdalite							1		1		2
Afecções otológicas			2			1			1		4
Dermatofitoses	4	2	3	2		2	1	3		1	18
Impetigo	1	4	3	2	1	1					12
Escabiose		1	1			1			1		4

Tunguíase		1	1								2
Afecções oculares			2	1	1	1	2	1	3	3	14
Conjuntivite do RN	2										2
Conjuntivite	1	2	1	2	2	4	1	1		1	15
Tracoma		1		1			1	2	2	1	8
Amaurose por Tracoma									1	2	3
Cefaléia						2					2
Ferimentos					1		1			1	3
Afec.sist.músc.esq - A.S.M.E.						4	5	17	13	11	50
Anemia		2	1			1	2		1		7
Afecções odontológicas		1	2			1					4
Varicela			1	1							2
ITU		1	2	1						2	6
DPC moderada/severa		2									2
Outros*		4	4	3	1	3	9	2	2		28
TOTAL											471

Gráfico 03. Diagnósticos de maior prevalência no Rio Tiquié-SSL- jun/jul/97.

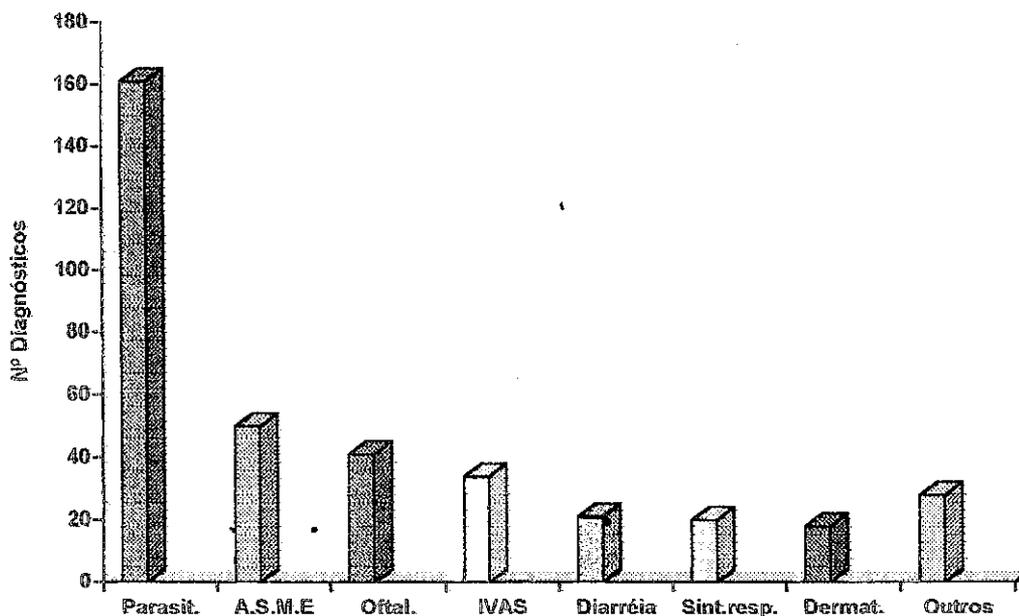
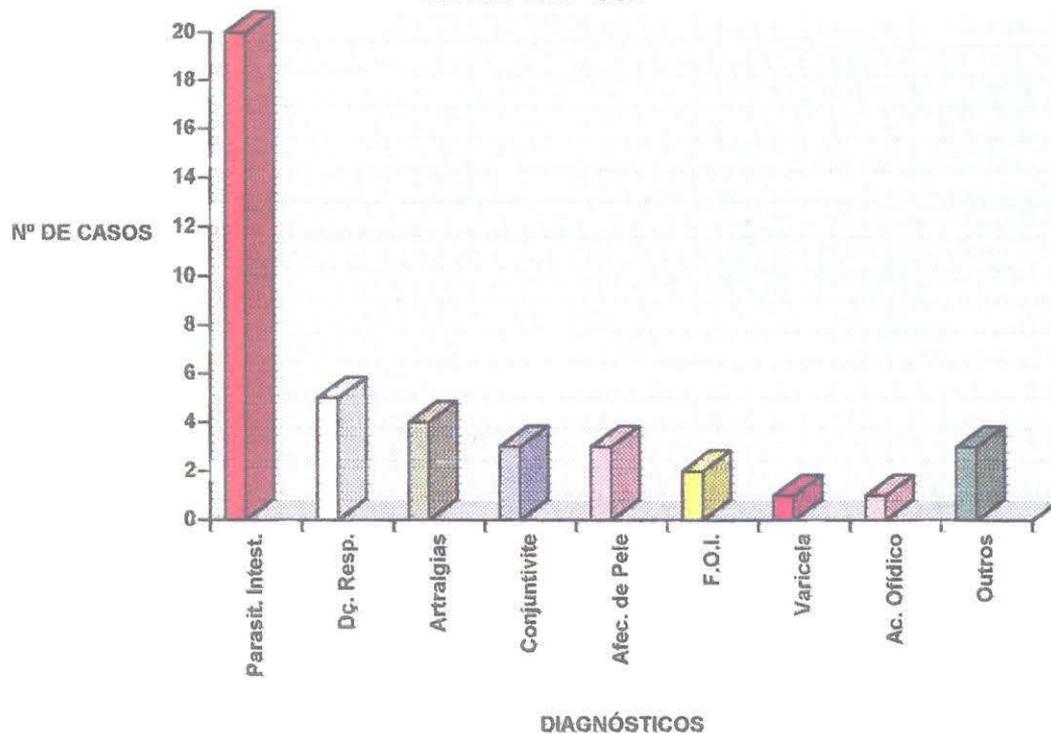


GRÁFICO 5 - DIAGNÓSTICOS REALIZADOS NA ÁREA DA ESTRADA - ABRIL/1997- SSL



IV. METODOLOGIA DE AÇÃO

a) Estratégia de atuação nos rios

Chamamos a atenção neste tópico para o fato da equipe da SSL ter utilizado duas estratégias básicas de atuação em campo, o que explica alguns dados apresentados neste relatório.

Nas viagens realizadas aos Rios Aiari, Papuri e Baixo Uaupés a estratégia utilizada consistiu em uma abordagem mais centrada nos AIS, de modo que pudessem ser trabalhados os objetivos gerais de supervisão já citados neste documento. Deste modo, os profissionais da SSL colocaram-se basicamente nas comunidades onde residiam os AIS, buscando a execução de atividades didáticas junto aos mesmos e demais membros das comunidades e orientando os agentes para que intermediassem a

demanda por atendimentos. Três fatores principais determinaram a alteração desta estratégia:

- a constatação da grande expectativa das demais comunidades dos rios quanto à presença de profissionais de saúde na área, compreensíveis devido ao pequeno nível de ações sistemáticas de saúde realizadas nestas regiões;
- a confirmação de que os AIS, devido à precária infraestrutura básica de trabalho que possuem, raramente visitam as comunidades de suas áreas de abrangência;
- a percepção de que a demanda intermediada pelos AIS concentrava-se em certos casos que poderíamos classificar de “agudos” ou “subagudos” e raros casos de casos crônicos e/ou insidiosos, fenômeno este a ser confirmado e que pode encontrar explicações no terreno cultural e/ou mesmo em certas deficiências de capacitação. Como exemplo podemos citar a dificuldade de certos AIS na percepção de sintomáticos respiratórios em fase inicial.

Deste modo, a fim de diminuir os riscos de que se pudesse obter uma impressão epidemiológica limitada ou até mesmo distorcida da região, a equipe resolveu ampliar sua atuação em campo, de modo que fossem visitadas todas as comunidades da região a ser trabalhada, buscando uma atitude mais ativa no sentido da organização da demanda por assistência, incluindo a prática de visitas domiciliares em conjunto com os AIS.

Esta estratégia iniciou-se no Rio Tiquié e área da Estrada, o que explica a maior cobertura populacional registrada em relação a estas regiões. Esta alteração de estratégias certamente dificulta a comparação entre os dados referentes aos Rios Aiari/Papuri/Uaupés em relação ao Rio Tiquié, porém não invalida as amostras populacionais, de modo que a equipe da SSL confirma a impressão (que já se insinuava em nosso relatório anterior) de que este último rio encontra-se em uma situação particular em relação aos outros, seja considerando os tradicionais grupos étnicos “ribeirinhos” ou, principalmente, os grupos Hupdê / Yohupdê que aí habitam.

b) Supervisão dos AIS

As ações em campo objetivando a supervisão dos AIS foram desenvolvidas dentro da compreensão desta como um processo de ensino-aprendizagem, buscando a realização em área de atividades que visassem não apenas a capacitação técnica⁶ dos

⁶ A equipe da SSL trabalhou junto aos AIS os seguintes pontos relativos à capacitação técnica: noções de anamnese e exame físico (medida de temperatura, noções de ausculta pulmonar, sinais vitais), condutas frente às patologias mais incidentes,

AIS mas também a mobilização comunitária que apontasse para a resoluções de seus problemas de saúde, incluindo aqui a orientação do próprio trabalho dos AIS, entre outras questões. Uma das ferramentas utilizadas neste processo foram questionários aplicados às comunidades, cujo modelo encontra-se anexo a este documento. Também foram usados materiais de apoio elaborados pelo Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena (RASI).

Um dos pontos críticos da atuação da SSL reside na pouca possibilidade de uma única equipe garantir a periodicidade e duração necessárias para um trabalho de supervisão dentro dos critérios acima descritos, considerando a extensa dimensão de sua área de atuação, o nível de desassistência geral existente, a pouca infra-estrutura disponível em campo, a gravidade da situação de saúde na região e as dificuldades logísticas inerentes à estas áreas. Acreditamos que esta é uma questão que deverá ser equacionada oportunamente a nível das demais instituições operantes na região.

Os problemas acima citados aliados às poucas condições de trabalho à disposição dos AIS comprometem também o aprimoramento técnico dos mesmos que se almeja nos trabalhos de supervisão. Neste sentido, a equipe iniciou no Rio Tiquié a entrega de um pequeno “kit” de equipamentos básicos para os AIS (materiais para curativo, termômetro, estetoscópio) no sentido de contribuir para futuras ações a serem desenvolvidas junto aos mesmos. Outro aspecto importante referente à supervisão, extremamente difícil de ser equacionado, diz respeito à heterogeneidade e despadronização de condutas adotadas e medicamentos utilizados por eventuais profissionais de saúde que atuam nas regiões, condutas estas a maioria das vezes discordantes da conteúdo de capacitação prévio destes AIS e que, regra geral, valorizam de modo indiscriminado o uso de medicamentos industrializados.

c) Diagnósticos realizados

As hipóteses diagnósticas que constam nas tabelas e gráficos apresentados baseiam-se em critérios essencialmente clínico-epidemiológicos. Gostaríamos de sublinhar os seguintes pontos:

- foram considerados “sintomáticos respiratórios” todos os indivíduos que apresentavam sinais e sintomas sugestivos de TBC pulmonar, visto que a região do Rio Negro detém uma das maiores incidências de tuberculose constatadas a nível nacional.
- são considerados casos de tracoma todos os indivíduos que apresentavam sinais clínicos evidentes desta patologia (entrópio, triquíase, opacificação de córnea,

organização do trabalho, uso dos medicamentos padronizados e sistema de informação. Em todos estes pontos buscou-se a consonância com o nível de conhecimento obtido pelos AIS nos cursos de capacitação desenvolvidos pelo Projeto RASI e FNS.

cicatrices, espessamento e presença de folículos em conjuntiva, história de conjuntivites crônicas e reincidentes). Estes sinais encontram-se subsidiados pelos aspectos epidemiológicos concernentes aos focos de tracoma.

- os casos de anemia e desnutrição proteico-calórica (DPC) apresentam-se muitas vezes associados e referem-se a indivíduos que apresentavam palidez cutâneo-mucosa importante e/ou perda de massa muscular e outras alterações tróficas evidentes. Deste modo os casos de anemia e DPC referem-se a quadros moderados e graves, visto que não usamos metodologia apropriada para a detecção de casos leves.

- os diagnósticos de parasitoses digestivas atendem também à critérios clínico-epidemiológicos. Foram considerados sintomas sugestivos queixas como mal-estar generalizado, fraqueza, desconforto e dores abdominais, presença de áscaris nas fezes, diarreias crônicas e recorrentes, salvo nas situações em que tais queixas relacionavam-se a entidades específicas outras. Em grande número de casos o diagnóstico associa-se à sinais de anemia e/ou DPC.

- os diagnósticos descritos como “dermatopatias outras” incluem quadros de etiologia a esclarecer, frequentemente associados à DPC/Anemia. Ainda que, clinicamente, poucos casos apresentaram-se como sugestivos de hanseníase não descartamos a hipótese desta entidade explicar alguns dos quadros dermatológicos encontrados.

- os poucos casos atendidos e classificados como “afecções odontológicas” referem-se a quadros dolorosos e infecciosos e seu número explica-se pelo fato da equipe não se constituir em referência para estes casos. A saúde bucal na região, entretanto, é extremamente crítica.

-as afecções do sistema músculo esquelético (A.S.M.E) incluem geralmente quadros dolorosos pós-traumáticos, artralguas desencadeadas por esforço físico e lesões por esforços repetitivos.

V. CONSIDERAÇÕES

a) Sobre as atividades dos AIS

- Relação dos AIS com as comunidades

Os questionários aplicados junto às comunidades no trabalho de campo da SSL confirmam várias das impressões que havíamos anotado em nosso relatório anterior. O trabalho dos AIS é considerado importante e recebe o apoio e a compreensão de lideranças e demais membros das comunidades visitadas. A percepção coletiva em relação ao trabalho desenvolvido pelos mesmos considera tanto os aspectos e procedimentos mais curativos quanto algumas práticas, que poderiam ser melhor exploradas, no campo da prevenção (higiene pessoal e ambiental, informações sobre modos de transmissão das doenças). As entrevistas realizadas são unânimes em aprovar o trabalho dos AIS bem como são unânimes em reivindicar para os mesmos estruturas básicas de trabalho, tais como transporte, comunicação, remuneração, fornecimento regular de medicamentos e a construção de postos equipados, dentro do entendimento de que os AIS não realizam atividades mais amplas devido a falta destas estruturas.

Não detectamos nenhum caso de reprovação dos AIS nas comunidades em que os mesmos residem. Os conflitos existem, porém, em algumas das comunidades de abrangência dos AIS que se sentem insatisfeitas com o trabalho dos mesmos, no sentido de que as visitas acontecem raramente. O trabalho da equipe junto a estas comunidades consistiu em procurar conscientizar a população da necessidade de existir uma setorização racional bem como da necessidade das comunidades buscarem entender e resolver as dificuldades que acompanham os serviços dos AIS. Por outro lado, várias comunidades cobertas pelos AIS parecem já ter esta compreensão e apoiam o trabalho que estes executam.

Objetivamente a equipe notou raros casos de agentes que pareceram pouco conscientes de seus papéis e responsabilidades e, assim sendo, tais casos deverão ser confirmados e respaldados pela dinâmica das próprias comunidades, que deverão buscar resolvê-los através de seus mecanismos, em respeito ao conceito de autonomia das mesmas em relação à seleção dos AIS.

Em relação ao Rio Aiari, as comunidades de Ucuqui e Santa Isabel optaram por substituir seus antigos AIS, devido ao fato dos mesmos serem também professores. Esta situação deverá ser averiguada pelos órgãos responsáveis pela formação dos AIS.

- Atividades gerais dos AIS

Devido a desassistência que ocorre nas regiões visitadas, os AIS e suas comunidades costumam valorizar muito os procedimentos curativos em detrimento de atividades que visem mais a prevenção. Ainda assim, observamos, “in loco”, que boa parte dos AIS executam práticas preventivas (realização de palestras periódicas, fixação de cartazes nas comunidades, busca de melhorias das condições sanitárias). Muitas destas práticas encontram dificuldades objetivas de resolução a nível dos povoados e, portanto, mereceriam ser trabalhadas em conjunto com os AIS, principalmente no que se refere à alternativas econômicas e viáveis de melhorias sanitárias nas suas áreas de atuação. Um dos pontos discutidos pela equipe com as comunidades baseou-se fundamentalmente na questão de manipulação dos recursos hídricos, demonstrando às mesmas algumas das alternativas existentes nesta questão (uso correto de hipoclorito, construção de sistemas coletivos de captação de água de chuva).

- Nível de capacitação dos AIS em relação às ações de assistência primária

A equipe da SSL percebeu em suas atividades em campo várias deficiências dos AIS em relação à capacidade de assistência primária em casos das patologias mais comuns nas áreas. Estas deficiências são, na maioria das vezes, inversamente proporcionais ao tempo de capacitação dos AIS, sendo maiores nos agentes iniciantes e menores nos agentes mais antigos e nos parecem condicionadas pelo lapso existente até o momento entre teoria e prática no processo de capacitação-supervisão. Um outro fator, já citado, que influencia estas deficiências, diz respeito à confusão instalada entre os AIS decorrente das múltiplas condutas exercidas por profissionais de saúde que eventualmente atuam na região.

Seria importante, portanto, ressaltar no processo de capacitação destes AIS noções eminentemente práticas de condutas frente a casos de infecções respiratórias e casos de diarreia/desidratação, com ênfase na terapia de reidratação oral assistida, bem como rever junto aos mesmos o uso criterioso de medicamentos (indicações, contra-indicações e dosagem). Outros pontos que nos parecem dignos de serem trabalhados são os conceitos de sintomático respiratório e comunicantes de TBC, visto que, para grande parte dos AIS, o conceito de tuberculose diz respeito somente aos casos avançados da doença.

Em relação ao tracoma, inexistente a capacitação no tema ou mesmo a consciência do problema por parte dos AIS, bem como da parte de outros profissionais atuantes nas áreas.

Consideramos importante frisar ainda que a grande maioria dos AIS revelou a vontade de evoluir em seu nível de capacitação, principalmente no que se refere às seguintes práticas: indicações e uso de drogas injetáveis, procedimentos de sutura e curativos, microscopia. Sugerimos que a capacitação contínua e criteriosa dos AIS nestes tópicos seja discutida com maior profundidade entre as instituições responsáveis pelo processo de formação dos mesmos.

Finalmente, acreditamos que, dentro de um possível plano de capacitação contínua dos AIS, deveriam ser formulados a nível interinstitucional procedimentos e instrumentos de supervisão e avaliação unificados que pudessem servir como ferramentas de apoio para equipes de supervisão.

b) Situação de saúde nas áreas visitadas

- Análise de dados

A leitura das amostras populacionais visitadas e atendidas (gráficos e tabelas 1,2,3,4 e 5) confirma, quantifica e agrava as considerações que já havíamos relatado em nosso relatório anterior sobre a saúde na região, bem como são contundentes em relação ao momento dramático vivido pelos povos Hupdê e Yohupdê habitantes das margens do Tiquié. Gostaríamos de particularizar a análise de alguns dados :

- os quadros de natureza infecciosa referentes ao sistemas digestivo e respiratório distribuem-se uniformemente entre as amostras populacionais e afetam particularmente a população infantil na faixa de 1 até 9 anos, apresentando índices alarmantes de prevalência. Igualmente percebem-se, em todas as regiões, outros importantes grupos de patologias constituídos principalmente pelas afecções do sistema músculo-esquelético, distúrbios nutricionais, dermatopatias e oftalmopatias.

- entre a população Hupdê/Yohupdê os quadros digestivos associam-se frequentemente com os diagnósticos de anemia e DPC em graus que variam de moderados à severos, visto não ter sido usada metodologia apropriada para casos leves. Os números são contrastantes em relação aos demais rios: 33% da população na faixa etária entre 0-14 anos (n = 287 indivíduos) apresenta quadros anêmicos avançados (prevalência de 33 casos por cada 100 habitantes) e 11% apresenta Desnutrição Proteico Calórica evidente.

- distintamente das demais regiões a população adulta das etnias Hupdê/Yohupdê também apresentam altos índices de anemia e DPC clinicamente evidentes. Na faixa etária entre 15 a 50 anos (n = 355 indivíduos) encontramos taxas de prevalência de 30% e 11% para casos de anemia e DPC, respectivamente.

- os dados relativos aos sintomáticos respiratórios demonstram que estes se concentram predominantemente entre indivíduos adultos jovens e a população infantil e parecem indicar um certo agravamento da situação da tuberculose em relação à população do Rio Tiquié como um todo. Esta impressão torna-se evidente em relação aos povos Hupdê/Yohupdê, cuja leitura dos respectivos dados revela uma taxa de prevalência assustadora de 12% de sintomáticos respiratórios em relação à população visitada, sendo que a grande maioria dos casos encontra-se nas faixas etárias entre 1 até 50 anos de idade. Agravam estes dados as informações a respeito de casos de TBC pregressa (a maior parte com tratamento incompleto/interrompido) e, principalmente, a cobertura vacinal em relação à BCG: 28% da população visitada até 14 anos de idade não é vacinada e, em relação à população total, 42% estão descobertos.

- as oftalmopatias aparecem em todas as regiões como um importante grupo de patologias que necessitam de um enfoque especial, considerando a dimensão do tracoma na região. Os dados colhidos parecem indicar a região do Rio Tiquié (e, particularmente, os grupos Hupdê/Yohupdê) constituindo o foco mais importante de tracoma, ainda que acreditemos que as demais áreas do Rio Negro devam ser melhor investigadas. No Rio Tiquié foram encontrados 11 casos clinicamente avançados de tracoma, grande parte dos quais com sequelas e déficits visuais (3 casos de cegueira). Novamente chamam a atenção os grupos Hupdê/Yohupdê que apresentam 31 casos de tracoma avançado, com 4 casos de cegueira, ou seja, 5% da população visitada apresentando esta patologia.

- a grande frequência de diagnósticos associados, principalmente entre os grupos Hupdê/Yohupdê, constituem-se indicadores precisos das condições gerais de vida e saúde na região do Rio Negro e do nível de desassistência existente.

Frente ao exposto, seria importante ainda sublinhar algumas impressões registradas no trabalho de campo da SSL:

- não foram detectados casos de doenças crônico-degenerativas, tais como, por exemplo, HAS, diabetes ou cardiopatias.

- não foram detectados casos autóctones de malária nas regiões visitadas, sendo que os quadros sugestivos desta patologia tinham história anterior de permanência na sede de São Gabriel da Cachoeira.

- além das endemias existentes, a população dos rios convive frequentemente com epidemias de infecções respiratórias, surtos de diarreia e outras doenças tais como a varicela. Na viagem ao Rio Tiquié, constataram-se vários óbitos infantis e adultos no

período de janeiro à julho de 1997 decorrentes de quadros respiratórios crônicos terminais, infecções digestivas seguidas de desidratação e patologias com histórias sugestivas de febre tifóide.

- o alcoolismo encontra-se em dinâmica crescente entre os povos indígenas da região, sendo o principal produto consumido os destilados de cana-de-açúcar.

- reafirma-se a impressão de insegurança alimentar e ocorrência de fome sazonal nas áreas do Rio Negro, observando-se grandes dificuldades na obtenção de fontes de proteína animal (caça e pesca). Esta situação parece ser mais grave no Rio Tiquié, área de grande pressão demográfica, e pode guardar relação com o panorama epidemiológico desta região.

- Infraestrutura de saúde na região

A precária infraestrutura de saúde nas regiões está descrita em nosso relatório de fevereiro de 1997. Acrescentaremos aqui apenas a existência no Rio Baixo Uaupés de dois Posto de Saúde, em mau estado de conservação, desequipados, que não contam com fontes de água ou energia, sendo que em um deles existe um microscópio (comunidade de Cunuri).

VI. CONCLUSÕES

Os trabalhos de campo desenvolvidos fortaleceram, à nível da equipe local da SSL, a dimensão e a importância dos serviços de saúde prestados pelos AIS. Neste sentido percebemos nitidamente que as áreas não cobertas pelos AIS tendem a apresentar uma situação de morbi-mortalidade agravada em relação àquelas que contam com o serviço dos mesmos. Tal constatação, em que pese outras importantes questões sócio-culturais, parece-nos explicar, em parte, a situação em que se encontram as etnias Hupdê e Yohupdê.

Durante o período em que estivemos trabalhando em campo sentimos a real dimensão da falta de estrutura de saúde existente em área bem como as precárias condições de trabalho à disposição dos AIS. Nenhum dos agentes supervisionados possui condições de transporte, comunicação, equipamentos básicos de trabalho e, até agosto de 1997, o fornecimento de medicamentos e outros insumos foi irregular e insuficiente. Ações de saúde sistemáticas nestas áreas praticamente não ocorrem. Apesar destas inúmeras dificuldades, os AIS constituem-se como o meio mais importante à disposição das populações do Alto Rio Negro no sentido de melhorias em suas condições de saúde.

Tal carência de recursos agrava-se visto a situação de saúde existente na região, parcialmente descrita neste relatório. Os índices constatados de parasitoses digestivas, tuberculose, tracoma, anemia, DPC e outras patologias colocam o Rio Negro como detentor de um dos piores quadros de saúde em nosso país. Espera-se que este documento seja, portanto, um alerta às autoridades sanitárias a nível regional e nacional no sentido de que sejam viabilizadas, urgentemente, alternativas que possam apontar para a solução dos inúmeros problemas existentes.

Acreditamos que as ações de saúde a serem desenvolvidas na região devem contribuir para o fortalecimento dos AIS⁷, buscando a consolidação dos mesmos no sentido de garantir-lhes capacitação contínua, supervisão de serviços, remuneração adequada, estruturas de transporte e comunicação, bem como fornecimento regular e adequado de medicamentos básicos. Os serviços dos AIS devem ser respaldados ainda pela construção de Postos Básicos no interior de SGC, devidamente equipados, de modo que sirvam de apoio às ações realizadas pelos mesmos e por equipes de supervisão.

Entendemos que o trabalho desenvolvido pelos AIS deva ser integrado em programas específicos e diferenciados de saúde, pertinentes à realidade epidemiológica regional, ou seja, dirigidos prioritariamente para a questão da tuberculose, do tracoma, malária, parasitoses digestivas, saúde bucal e DSTs. É necessário também que estes programas priorizem a concretização de melhorias sanitárias nas áreas indígenas bem como maior cobertura das atividades de imunoprevenção.

No mesmo sentido é urgente que se viabilize assistência médico-sanitária sistemática aos povos Hupdê e Yohupdê, almejando a constituição futura de AIS destas etnias que deverão, por força, ter uma capacitação diferenciada em relação aos demais agentes. Em relação a estes grupos igualmente é necessário que sejam revistos e avaliados criteriosamente os modos de intervenção em suas estruturas sociais, principalmente no que diz respeito às questões educacionais e econômicas.

⁷ Ocorre ainda a necessidade de se planejar o aumento do número de AIS na região. Em relação às áreas de atuação da SSL, as regiões mais críticas neste sentido são os Rios Tiquié, Papuri e Uaupés. O Rio Aiari é o único rio que possui um número adequado de AIS. Maiores informações a este respeito podem ser obtidas no Escritório Regional da SSL ou junto à Associação dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro (mapas de setorização dos AIS).

**HEALTH UNLIMITED / SAUDE SEM LIMITES
HEALTH PROJECT WITH THE INDIGENOUS COMMUNITIES
OF THE RIO NEGRO REGION, BRAZIL**

**INTERIM REPORT
PROJECT PHASE 1:
April 1996 – December 1997**

1.1 Summary of project aims

The project aims to contribute to the physical and cultural survival of the indigenous communities of the Rio Negro (an extremely remote region in the Northwest of the Brazilian Amazon) by facilitating the establishment of an integrated, effective, participatory and culturally appropriate primary health care service for the region.

The project is working towards this aim (a) by providing village-based indigenous health workers with training and supervision integrated with preventive, curative and epidemiological monitoring activities, (b) by providing capacity-building inputs and policy advice to indigenous community organisations and (c) by facilitating co-ordination and co-operation between different health service providers operating in the region and developing best practice and policy guidelines for use by other agencies within the region and beyond.

1.2 Progress made with the operations during the period

The period covered by this report represents the first phase of the project, with activities designed to establish its presence both in Sao Gabriel da Cachoeira (the administrative centre for the Rio Negro region) and throughout the priority areas initially identified for field work, defining strategies and laying the foundations for the subsequent phases of consolidation, expansion and handover. These activities received management and technical support from Health Unlimited in London and from the Sao Paulo office of Saude Sem Limites (SSL), Health Unlimited's partner agency for the implementation of its Brazil programme, while policy-relevant outputs from the project (ranging from community participation guidelines to anthropological studies) were fed through SSL to NGOs, universities and government bodies in Sao Paulo and Brasilia.

The work in Sao Gabriel focused on project setup, partnership development, capacity building, promoting inter-institutional co-operation and health worker training. The team's field work emphasised epidemiological profiling and health needs assessment, health worker supervision and disease control, and was developed through an intense programme of community visits involving thousands of kilometres of river travel and extensive journeys on foot along forest trails in order to reach even the most isolated indigenous groups. This strategy served three important purposes:

- it helped to meet the health needs of some of the most vulnerable communities through the direct provision of health care integrated with training and supervision activities, laying the foundations for effective endemic disease control programmes,
- it generated a detailed picture of the diverse health needs of different ethnic groups and areas within the Rio Negro region and a wealth of information which could be fed in to improving service planning and delivery, and
- it established the credibility of the project in the eyes of the communities and of other service providers, ensuring that project partners and other agencies in Sao Gabriel and beyond were receptive to the technical and policy advice provided by the team.

1.2.1 Setup and partnership development

The recruitment of the project team and the establishment of the local office (July-September 1996) was preceded by a series of visits to the region by SSL staff, responding to requests from the Federation of Indigenous Organisations of the Rio Negro (FOIRN), the project's main community-based partner organisation, for advice and technical support in its negotiations with the National Health Foundation (FNS) of the Brazilian Ministry of Health.

SSL's contribution to the success of these negotiations, which culminated in an agreement under which the FNS provided funds through FOIRN to support the work of some 78 indigenous health workers (IHWs) in the region, helped ensure that the partnership between the project and FOIRN was well-established from the outset. This was subsequently built on through joint planning and evaluation meetings and through working together on a day-to-day basis in shared office space.

1.2.2 Capacity building and inter-institutional co-operation

The team's work with FOIRN has focused on building the federation's capacity in two areas:

- Management of the network of IHWs and administration of the FNS grant through which they are paid, including the ongoing process of negotiations with the Ministry of Health for the renewal of the grant and the establishment of permanent mechanisms for sustaining the village-level health service.
- Effective participation and political leadership in representing beneficiaries' interests in the process of inter-institutional co-operation and joint health planning and evaluation which has been set in motion in the region.

The main forum for this process is the recently-established Municipal Health Council in Sao Gabriel, where indigenous representatives hold 6 of the 14 seats and SSL's input has been vital in helping them to set priorities for discussion and to demand co-operation between different service providers. The professional respect in which the project team members are held by other agency representatives has also made it easier for them to catalyse this co-operation, including arrangements to share epidemiological information and a breakthrough agreement to co-ordinate all IHW training activities in the region. The Council is now moving towards agreeing a unified Municipal Health Plan, which will not only provide a clear framework for co-ordination but will also enable the municipality to access additional funds from central government, greatly enhancing the sustainability of the service which the project is helping to establish.

The project's work with FOIRN has been designed to complement the management training which the federation is receiving from Instituto Socioambiental (ISA), a Sao Paulo-based NGO which collaborates with SSL in several areas. In addition to the work with FOIRN, the team has also provided training and advice to the Association of Indigenous Health Workers of the Rio Negro (AAISARN), which was established in 1995 to represent the interests of indigenous people who were being trained to work as village-level health workers and to facilitate their integration with the official health services. AAISARN is seen as an important complement to FOIRN, with the potential to help ensure that the region's IHW network is not only managed efficiently but also works effectively to transmit village-level needs to regionally-based service providers.

1.2.3 Health worker training

The agreement on inter-agency co-ordination has determined the nature of the project's IHW training input, which has therefore concentrated on improving the quality of training courses run jointly with other institutions rather than setting up a parallel training programme. During the

period the team assisted with courses attended by a total of 92 IHWs from throughout the Rio Negro region. In addition to giving specific course modules, the team was able to draw on the experience of its field work to help adapt the content of the courses as a whole to reflect better the anthropological and epidemiological reality of the communities in which the IHWs are working.

1.2.4 Epidemiological profiling and health needs assessment

The team's first field activity was a 45-day journey by boat and on foot designed to cover the areas of the Rio Negro region which the project's local partners had identified as most critically underserved. This field trip combined a participatory needs assessment, involving IHWs, traditional leaders and community members from 30 different villages, with an epidemiological appraisal designed to identify the main endemic diseases and their patterns of concentration. The needs assessment was linked to a series of discussions designed to maximise community input into the design of subsequent field work, while the epidemiological profile generated by the trip enabled the team not only to plan future work but also to alert other service providers to the scale of the health problems faced by the region's indigenous communities and to the need for a co-ordinated approach to resolving them.

This initial study was followed up on subsequent trips through a systematic process of data collection, analysis and sharing which has helped give a better focus to the team's own work and to that of different service providers in the region, as well as providing baseline data for subsequent evaluation. For the Hupdë-Maku, who have the most alarming health situation and the highest level of vulnerability, the team has developed a system of individual health information cards with photographs and personal data in order to make health monitoring as precise as possible. SSL is now collaborating on the development of an integrated health information system and database for the region which will be managed by the FNS.

1.2.5 Health worker supervision

In addition to its role in helping to train almost 100 IHWs from throughout the Rio Negro, the team has taken on specific responsibility for providing supervision and support to 34 IHWs who cover 224 communities in the most vulnerable areas of the region.

In its work with these IHWs, the team has combined an emphasis on upgrading their technical skills with reinforcing their links with the communities they serve. Activities carried out jointly with the IHWs have stressed preventive care (an area neglected in the training which they had previously received) and involving communities in order to build mutually supportive relations between IHWs, traditional leaders and village residents.

The in-service training, which is part of the team's supervision service, has evolved over the course of this initial phase. Its content has been adapted in response both to the clearer picture of the health situation, which has emerged and to the shortcomings, which have been identified in the training inputs, provided by other agencies. The team has now established the outline of a consistent programme and appropriate methodology for supervision and in-service training, and this will be developed over the next phase of the project into a series of instruments designed for use throughout the region. In the final phases of the project, these instruments will help to establish a minimum acceptable level of training quality and ensure the necessary region-wide standardisation of procedures, within a structure flexible enough to allow for the cultural and epidemiological diversity of the Rio Negro.

1.2.6 Disease control

Given the extremely poor health situation in the region and the absence of other service

providers in the priority areas, the team's field trips have necessarily involved delivering a substantial amount of medical care, ranging from village clinic sessions to house-to-house visits to making emergency journeys to hospital with critically ill patients from inaccessible areas. While this work has undoubtedly saved lives and cemented community-level support for the project, the team has been concerned to link the provision of care with longer-term strategies such as reinforcing IHWs' training and co-operating with government agencies to develop specific programmes to control the major endemic diseases.

Following a series of epidemiological assessments, the team has decided to concentrate on controlling tuberculosis and trachoma, and the next phase of the project will see the piloting of specific programmes for these diseases. These programmes, which will include IHW training, epidemiological monitoring and in-community treatment for TB patients from groups (such as the Hupdë-Maku) for whom hospital treatment is culturally unsuited, will be piloted in one part of the project area but are designed to generate strategies which can be applied throughout the region.

1.3 Difficulties and delays encountered

Despite the considerable degree of success achieved in this first phase, the project has faced both internal and external difficulties. The internal difficulties have revolved around personnel and management issues, which arose during the first nine months of implementation. This period coincided with the transition from direct HU management of the Brazil programme to increased sharing of responsibility with SSL (a process intended to increase local ownership and sustainability). Unfortunately, it also coincided with a period when SSL was preoccupied with its difficulties in funding its activities outside the project area (advocacy, policy and advisory work and development of new projects) and with internal tensions between the management in Sao Paulo and the field team. These were resolved with the establishment of a clear division of responsibilities between the Sao Paulo and Sao Gabriel offices and the appointment of a field-based project co-ordinator, and HU and SSL have also clarified their respective responsibilities.

The main personnel problem has been the fact that the project team has consistently been under-strength in comparison with the original project proposal, placing an extremely high burden of responsibility on the four core team members. The team dentist's contract was not renewed after her initial IHW training and planning input, and the team is still one doctor short of the originally-planned complement. It has proved impossible to recruit additional professionals, due to increases in the local cost of living, which have pushed up the salaries required by experienced staff beyond what the project can afford to pay. In such a demanding area it is unrealistic to attempt to work with inexperienced staff, so the project has instead concentrated on using paraprofessionals and consultants to complement the core team. For the next phase, the team has negotiated the handover to other agencies of responsibility for providing medical assistance to some less critical areas, making it possible to concentrate on a core group of areas where this smaller team will be able to guarantee the quality of the work and focus more clearly on developing the health education, IHW supervision and disease control programmes to the point where they can be applied throughout the region.

The most important difficulties for the field activities have arisen from the fact that the health situation of the indigenous people of the region is even more critical than had originally been thought. The resulting demand for curative care, especially among vulnerable and hitherto neglected communities such as the Hupdë-Maku, has placed considerable strain on the team's resources. This, coupled with the realisation that the standard of previous IHW training is far lower than it first appeared to be, has led the team to modify the strategy used on field trips. Instead of concentrating on the villages where IHWs live, the trips now cover every village in each area. The aim is both to get IHWs involved with working in communities other than those where they live and to eliminate gaps in the disease control and epidemiological monitoring

work. Although it boosts the effectiveness of the work, this approach obviously requires longer and more demanding field trips. It therefore represents another reason for the decision to concentrate on a smaller number of critical areas for the process of developing and testing strategies which is the focus of the next phase of the project.

The main difficulties for the work in Sao Gabriel da Cachoeira have resulted from the slowness with which other service providers have grasped the principles of co-operation and the importance of co-ordinating work at the regional level, as well as from the planning difficulties caused by the failure of other agencies to deliver on their promises of support due to government budget cuts. The co-ordination problems are a reflection on the rivalries and territorial disputes which have historically characterised health care provision in the area, but the situation has improved considerably with the consolidation of the Municipal Health Council. The project team's good relations with both community groups and service providers mean that they will continue to play an important role in facilitating greater co-operation at the regional level.

The period also saw some difficulties in the capacity-building work with FOIRN. Commitments to political work and other activities meant that key members of the organisation sometimes failed to attend joint planning and evaluation meetings or to pay sufficient attention to preparing for discussions with other agencies, and the period of political uncertainty around the election of FOIRN's new leadership also distracted its members from their responsibilities to the health project. In the end-of-phase evaluation, overcoming these difficulties was identified as a priority and it was agreed that the project would take a more proactive approach to the institutional strengthening of FOIRN, rather than responding *ad hoc* to requests for advice and support. The new approach includes a specific timetable for joint activities with the FOIRN leadership and for training of FOIRN staff, with one project team member permanently assigned to liaison duty.

1.4 Activities to be undertaken in the next phase

The next phase (due to conclude in June 1998) is designed to respond to the difficulties described above by concentrating the team's field work in a smaller number of critical areas. This concentration will make it possible to develop, test and consolidate a series of approaches and instruments for health education, IHW supervision and disease control which can subsequently be applied throughout the region, without the team's being overstretched by the need to provide curative care to a very large number of communities. The key initiatives for this phase include:

- Setting up a field base on the River Tiquié to make it possible to spend longer in the field and to boost in-service IHW training and epidemiological monitoring activities
- Implementing a health education programme through the network of village schools
- Developing a special programme of TB education, using video and indigenous-language materials
- Working with IHWs and communities to establish rainwater collection systems for safe drinking water
- Starting specific trachoma and TB control programmes linked to IHW training/supervision, including the establishment of a convalescence/treatment centre for Hupdë-Maku TB patients
- Consolidating the development of standardised IHW curriculum/supervision criteria for the region as a whole

- Providing in-service training to indigenous paraprofessionals (nursing auxiliaries) who can be attached to indigenous organisations to boost their long-term iHW supervision and support capacity
- Continuing to strengthen FOIRN through regular joint activities and the permanent attachment of one team member
- Negotiating complementary funding from the Brazilian Ministry of Health to begin handing over some activities, allowing the team to concentrate on extending the approaches developed in this phase to the remainder of the region
- Continuing to facilitate inter-institutional co-operation towards the establishment of a co-ordinated health service serving all the indigenous communities of the Rio Negro region, and using the links with other agencies developed by SSL to feed the results of the project into the wider debates on indigenous health policy in Brazil.

Permanent Field Team

Renato Athias, Anthropologist, Project Co-ordinator
Marina Machado, Nurse, Project Administrator
Norimar Oliveira, Doctor
Simone Argentino, Nurse

**HEALTH UNLIMITED / SAÚDE SEM LIMITES
COMMUNITY HEALTH CARE TRAINING AND INSTITUTIONAL DEVELOPMENT
PROJECT WITH INDIGENOUS COMMUNITIES
RIO NEGRO REGION, NORTHWESTERN AMAZON, BRAZIL**

ANNUAL REPORT: APRIL 1997 – MARCH 1998

**HEALTH UNLIMITED / SAÚDE SEM LIMITES
COMMUNITY HEALTH CARE TRAINING AND INSTITUTIONAL DEVELOPMENT
PROJECT WITH INDIGENOUS COMMUNITIES
RIO NEGRO REGION, NORTHWESTERN AMAZON, BRAZIL**

ANNUAL REPORT: APRIL 1997 – MARCH 1998

CONTEXT

During the period covered by this report the concerns of marginalised groups such as Brazil's indigenous peoples were pushed into the background of the country's health policy debate, which was dominated by negotiations in Congress over health service privatization and changes to the regulatory framework for private health insurance. Indigenous communities – who will be unable to benefit from any of the private provision opportunities currently under discussion – continued to identify health as a priority issue, and indigenous peoples' organisations pressed ahead with demands for government resources to be made available to address the disastrous health situation of the indigenous population.

Almost without exception, the potentially positive recommendations of the 1993 National Conference on Health Care for Indigenous Peoples have yet to be implemented. The 1997 federal budget set aside R\$13 million (£6.8 million) for the provision of health services for indigenous peoples, amounting to a nominal expenditure of just over £20 per person. However, not even this limited amount actually reached the line agencies. According to figures presented to the Municipal Health Council for the project region, the local office of FUNAI (the federal agency responsible for the welfare of indigenous peoples) received just R\$87,000 (£46,000) in funding for health service delivery – equivalent to less than £1.60 for each of the 29,000 indigenous inhabitants of the Rio Negro, which has the largest concentration of indigenous groups in the Brazilian Amazon.

Nevertheless, the period saw significant advances in areas which have positive implications for the project's goal of contributing to the physical and cultural survival of the indigenous peoples of the Rio Negro. The process of definitive demarcation of the Rio Negro Indigenous Area moved into its final stage, after 25 years of struggle for the recognition of indigenous land rights in the region. Indigenous peoples' political mobilisation for adequate and appropriate health services also secured an important victory with the creation of a Municipal Health Council for São Gabriel da Cachoeira. This Council includes guaranteed representation for indigenous groups, and strengthening its ability to function as an effective and participatory planning forum for health care in the region is a key objective for the project team, who have been closely involved in its creation and consolidation.

With the establishment of the Municipal Health Council, the level of coordination between different service providers (another key project objective) has improved considerably. This has led to a clearer definition of the responsibilities of different agencies, including the project team, which has been reflected in modifications to the project framework (see below). Under the new arrangements, the project team has been able to hand over responsibility for direct medical assistance in several areas to other service providers. This has allowed the team to concentrate on piloting IHW training, community participation and disease control strategies in the communities with the most critical health situation, in preparation for the scaling-up of these approaches during the final phase of the project. Although the wider indigenous population (now officially estimated to number some 29,000) continues to benefit from the IHW training and institutional

development inputs of the project, the team's IHW supervision and disease control activities in this phase are focusing on approximately 8,500 indigenous people living in some of the remotest areas of the region, who belong to the most needy groups identified during the inception phase of the project.

PROJECT GOAL

Improved health status and access to health services contributing to the physical and cultural survival of the indigenous peoples of the Rio Negro region

PROJECT PURPOSE

To promote the creation and consolidation of an integrated, appropriate and participatory health service for the indigenous communities of the region while improving health status and access to health services and generating and disseminating best practice for wider application

OUTPUTS

Output Group 1:

Promoting the creation and consolidation of a high-quality, democratically-managed, culturally appropriate and gender-sensitive health service for the indigenous communities of the region

Output 1.1

Municipal Health Council (CMS) for São Gabriel da Cachoeira established and functioning effectively as a deliberative body for regional health policy

Output 1.2

Regional health policy taking adequate account of the health needs of marginalised communities and indigenous women

Output 1.3

Indigenous representatives and communities participating effectively in the definition of health policy and the planning, implementation, monitoring and evaluation of health activities

Output 1.4

Integrated planning and implementation of health activities by different service providers

Output 1.5

Epidemiological monitoring system for the region established and functioning effectively

Output Group 2:

Improving communities' access to primary health care through the training of Indigenous Health Workers (IHWs)

Output 2.1

IHWs' training adapted to make it more appropriate to local cultural and epidemiological conditions

Output 2.2

Improved ability of IHWs to deliver PHC services at village level

Output 2.3

Development of appropriate IHW supervision methodology and establishment of supervision system

Output 2.4

Communities with greater awareness of preventive health and participating fully in activities

Output Group 3:

Reducing levels of morbidity and mortality from specific diseases by carrying out preventive and curative activities in collaboration with other agencies

Output 3.1

Establishment of disease control strategies integrated with a Municipal Health Plan (PMS)

Output 3.2

Reduction in morbidity/ mortality through delivery of some essential preventive and curative services in conjunction with IHW training programme

Output 3.3

Successful implementation of pilot programmes to tackle major endemic diseases

Output Group 4:

Contributing to the development of appropriate models of health care provision for indigenous communities and improvements in health care quality and public policy affecting indigenous peoples in Brazil through dissemination, advisory and advocacy work based on the experience of the project

Output 4.1

Best practice developed by the project serving as a reference for service providers throughout the Rio Negro and in neighbouring regions

Output 4.2

Support provided for effective participation of indigenous peoples' organisations in health policy debates

Output 4.3

Project's experience documented and shared with service providers, community organisations and policy fora in Rio Negro and other parts of Brazil

NEW OUTPUTS / DELETED OUTPUTS

The project framework has been completely revised through an evaluation process involving the project team, HU staff and advisors, local partners and the SSL Deliberative Council over the course of this year. Revisions have taken into account the recommendations of funding partners (DFID and Christian Aid) and inputs from ongoing dialogue with FOIRN, other community organisations and NGO and government service providers in the project region. The Outputs covered in this report form part of the revised framework, whose final version will be approved at the SSL General Assembly in June 1998. Any modifications included in the final version will be covered in a supplementary report.

OUTPUT GROUP 1

Output 1.1

Municipal Health Council (CMS) for São Gabriel da Cachoeira established and functioning effectively as a deliberative body for regional health policy

Activities

1.1.1 Lobbying and advisory inputs for establishment of CMS

The team organised meetings with service providers, IPOs and communities, both in São Gabriel da Cachoeira and during field trips, to increase local understanding of the functions of the CMS and the opportunities for creating a more culturally-appropriate local health service which its establishment could represent. The team worked with FOIRN to produce a leaflet outlining the role of the CMS (which was translated into the Baniwa indigenous language) and also provided technical and organisational support for community mobilisation activities leading up to the First Municipal Health Conference held in April 1997. This Conference not only provided a unique opportunity for users and providers to share their ideas on the future shape of the region's health service, but also mandated the creation of the CMS and guaranteed substantial indigenous representation on the Council (6 out of 14 seats).

1.1.2 Participation in meetings to strengthen CMS

The team nurse/administrator has been elected as NGO representative on the CMS, and has used the monthly meetings which have been taking place since August 1997 to argue for better coordination between service providers and to support the demands of indigenous representatives for a more appropriate and participatory health service, as well as to provide technical support for CMS activities such as the development of joint planning and monitoring frameworks.

Output 1.2

Regional health policy taking adequate account of the health needs of marginalised communities and indigenous women

1.2.1 Participatory research to identify needs of marginalised groups and indigenous women

The team anthropologist has carried out extensive participatory research with Maku groups (who suffer discrimination both from the official services and from neighbouring indigenous peoples) to identify the issues which they perceive as most critical to their wellbeing. The nurse/trainer has facilitated a series of women's discussion groups in pilot villages, although the conclusions of this process have not yet been turned into a set of recommendations.

1.2.2 Lobbying through CMS for service provision to meet the needs of marginalised groups and indigenous women

The team has presented documents summarising the needs of the Maku to the CMS, which has agreed that SSL will pilot appropriate strategies for meeting these needs which can subsequently be supported by other service providers.

1.2.3 Work with representatives to strengthen ability to identify and lobby for needs of marginalised groups and indigenous women

The team has encouraged representatives attending CMS meetings to reflect on the importance of seeking the opinions of all sectors of the indigenous communities in their regions, and worked with FOIRN to produce materials emphasising their responsibilities to the whole community (see 1.3.2).

1.2.4 Work with indigenous organisations to improve representation of interests of marginalised groups and indigenous women

Indigenous women's organisations are represented on FOIRN's governing Council, although none of the organisation's directors are women. As a result of discussions with the team, FOIRN has agreed that meeting the needs of the Maku should receive priority. However, the Maku's cultural reluctance to establish formal organisations means that their voice within FOIRN remains limited.

Output 1.3

Indigenous representatives and communities participating effectively in the definition of health policy and the planning, implementation, monitoring and evaluation of health activities

1.3.1 Support mobilisation of indigenous communities to demand adequate representation and select indigenous representatives for CMS

The mobilisation for representation led by FOIRN and other IPOs and supported by the team has been highly successful (see 1.1.1), and representatives have now been elected for all the sub-regions of the Rio Negro.

1.3.2 Provide training and advice for indigenous representatives to increase effectiveness of participation in CMS

The team has worked with FOIRN to produce a leaflet outlining the responsibilities of indigenous CMS representatives. The team nurse/administrator and other team members have held regular meetings with representatives before each meeting of the CMS in order to help them articulate the priorities of their local communities.

1.3.3 Work with local community associations and women's organisations to ensure accountability of indigenous representatives

Each team field trip has included meetings with local groups to monitor follow-up of CMS meetings and the feedback provided by representatives.

1.3.4 Strengthen capacity of local community associations and women's organisations to engage in discussion of health policy issues and monitor and evaluate health services

Team field trips have included meetings in each village to discuss local health needs and the broad context of health policy in the region. However, the cultural gap between indigenous conceptions of health and wellbeing and the approach of the official health services remains a significant challenge, and the team anthropologist is continuing to work on identifying ways to bridge this gap.

1.3.5 Encourage formation of women's groups to discuss health and gender issues and support women's expression of their priorities at community meetings

Women's groups have begun to meet in pilot villages (see 1.2.1) and the team's two women health professionals have worked to encourage women's participation in meetings. Team members have facilitated separate and joint discussions of reproductive health and STD prevention by groups of women and men. These activities are being developed further in the current project phase (which emphasises more intense contacts with a smaller number of communities and thus the ability to develop a more detailed understanding of specific aspects of gender relations in each community).

1.3.6 Provide information on health issues for FOIRN meetings and facilitate discussions

At FOIRN's invitation, team members have facilitated discussions of the health situation during the quarterly meetings of FOIRN's Council, which includes representatives from all regions of the Rio Negro.

1.3.7 Provide training and advice to FOIRN leaders to strengthen incorporation of health issues into mobilisation, communication and advocacy work

The team nurse-administrator has held regular meetings with FOIRN leaders to ensure that they are kept informed of health policy discussions at the national and regional levels. She has assisted FOIRN leaders in their efforts to use the organisation's radio network and printed bulletin to raise awareness of key health issues, although the pressure of the organisation's other commitments and the frequent absences of key leaders from São Gabriel have limited the opportunities for helping FOIRN to develop and implement a coherent advocacy strategy.

1.3.8 Support establishment of FOIRN Health Unit and provide training in health planning, monitoring and evaluation

FOIRN has designated a health representative and agreed in principle that it will establish a specific Health Unit, but human resource constraints (see 1.3.7) have kept the unit from being formally established. The team's inputs have focused on helping FOIRN to channel health demands from its member organisations, in tandem with the training programme being developed by ISA.

1.3.9 Support FOIRN management of FNS funding for IHW network and provide training in personnel management and administration

The team nurse-administrator has helped FOIRN to set up financial administration, monitoring and reporting systems for managing the FNS grant which supports the work of 78 IHWs in the region, and in October 1997 accompanied FOIRN representatives to Brasília for negotiations with the Health Ministry. Uncertainty over the renewal of the grant (on which a decision is still pending) is currently a source of concern.

1.3.10 Provide training and advice to strengthen capacity of AAISARN to support IHW network

The team nurse-administrator has held a series of meetings with the leaders of AAISARN to help them define their role and participate effectively in supporting the implementation of the FNS/FOIRN agreement. FOIRN and AAISARN are currently negotiating shared responsibility for the future Health Unit.

**Output 1.4
Integrated planning and implementation of health activities by different service providers**

1.4.1 Provide inputs to development of Municipal Health Plan (PMS)

The team has produced a document with recommendations for the PMS which was presented to the CMS in December 1997. The January 1998 CMS meeting agreed that the Municipal Health Secretariat would produce a draft Plan by the following month, but by May 1998 the document was still not ready. The team has continued to work with IPOs and other local organisations to press for the speedy adoption of a PMS capable of providing an integrated framework for health service planning and delivery in the region.

1.4.2 Hold meetings with other service providers to develop joint planning of activities

Several meetings have been held to follow up on the initial service providers' cooperation agreement (which was established in December 1996 and followed recommendations from the team's first field reports). The team has worked closely with the FNS (which has responsibility for coordinating planning under the December 1996 agreement), and although differences still exist among the various service providers the extent of cooperation has increased considerably. The team has also held a series of meetings with the staff of the São Gabriel da Cachoeira Training Centre to improve the level of appropriateness and consistency of IHW training initiatives (see 2.1.2).

Output 1.5

Epidemiological monitoring system for the region established and functioning effectively

1.5.1 Develop health data collection instruments

The team has developed collection forms and tested them during initial baseline epidemiological surveys. Revised versions are currently being tested in the priority areas identified during the first phase of the project.

1.5.2 Set up project database to feed into integrated regional health information system

The project's database came on stream in the last quarter of 1997 and is being developed further in consultation with the FNS, in order to ensure compatibility with the future regional system.

1.5.3 Hold meetings with other service providers to share data and encourage development and use of integrated system

The team has repeatedly raised the issue of data compatibility and sharing at CMS and service providers' meetings, and agreement has been reached in principle that a regional system will be set up and managed by the FNS. The team nurse/administrator has held regular meetings with FNS staff to assist with development of the system, as well as providing regular epidemiological update reports after each field trip.

1.5.4 Analyse health data and feed back results to other service providers

The team nurse/administrator is currently analysing the first sets of follow-up data from baseline study areas.

OUTPUT GROUP 2

Output 2.1

IHWs' training adapted to make it more appropriate to local cultural and epidemiological conditions

2.1.1 Assess appropriateness of prior IHW training and identify need for additional inputs

The team's field supervision and in-service training programme has followed up the initial participatory appraisals (see last report) by working closely with IHWs to assess the areas where their prior training has not been culturally appropriate or technically satisfactory. Key issues (such as early identification of TB symptoms and the need to balance use of allopathic and traditional medicine) have been addressed in recommendations presented to other service providers and the CMS.

2.1.2 Provide inputs based on field research / experience to planning of IHW training courses

The team assisted with the design, planning and delivery of the major training course for 78 IHWs held at the São Gabriel da Cachoeira Training Centre in October-November 1997, and noted that most of their recommendations were taken on board. Training quality and IHW satisfaction levels have both improved.

2.1.3 Participate in IHW training courses

See 2.1.2.

Output 2.2

Improved ability of IHWs to deliver PHC services at village level

2.2.1 Provide in-community training to IHWs during supervision trips

The team has concentrated on providing supervision and village-based training inputs to the 34 IHWs who serve the parts of the Rio Negro with the severest health problems. This core group of IHWs has received over 500 person-days of supervision and training from the team during seven field trips (usually lasting 25-45 days) over the past year. Training content was adapted to each case, but generally emphasised medical histories and examinations (temperature measurement, listening to a patient's chest, checking vital signs), prevention of the most commonly-occurring health problems, organising health work, correct use of basic medicines and information systems, as well as developing skills for educational work with the community (see 2.2.3). This has represented an opportunity not only to understand the needs and improve the training of this particular group of IHWs, but also to develop inputs for the formal training courses held in São Gabriel da Cachoeira (see 2.1.2). During the next project phase the team will consolidate their learning from the experience in pilot areas and develop a series of proposals and guidelines for scaling-up the programme of in-service training in the wider region.

2.2.2 Work with IHWs and service providers to ensure appropriate use of Western medicines

The village-based training programme (see 2.2.1) has emphasised the correct use of basic medicines. The team has also responded to the concern and confusion expressed by IHWs at the inconsistent and frequently excessive use of allopathic medicines by government health professionals visiting the area, by pressing for adherence to a

standard set of appropriate treatment guidelines in reports to the CMS and in service providers' meetings.

2.2.3 Work with IHWs to reinforce self-esteem and commitment to community health

Each visit to a village has included community meetings to discuss the IHWs' responsibilities and strengthen support for their work (see 2.4.6). Clinic sessions have been organised so that IHWs provide the initial assessment of patients seeking treatment from the team, in order to build IHWs' self-confidence in problem diagnosis. IHWs and the team jointly carry out house-to-house visits to discuss health problems and develop health education activities. In community discussions, the team has sought to demonstrate awareness of the practical constraints faced by IHWs (uncertainty over remuneration prospects, lack of access to transport for covering remoter groups, erratic drug resupply, weaknesses in initial training), while emphasising how much they can achieve with the limited resources available. Specific training in health education and community organisation techniques has been given to IHWs. The team has identified a demand among the most enthusiastic IHWs to develop more specific skills (including malaria microscopy), and has drawn up recommendations for further training which it is hoped that other service providers will be able to incorporate into their programmes.

2.2.4 Facilitate establishment of referral systems linking IHWs to secondary services

The transport and communication network provided by FOIRN has reduced IHWs' isolation and helped them gain access to referral services (especially the hospital and FUNAI health centre in São Gabriel da Cachoeira), but no formal procedure for screening and directing referrals has been established. Team field trips have included visits to existing secondary facilities (missionary and military-run health posts and field hospitals) in order to identify points of entry for a formal referral system, and training work with IHWs has emphasised correct referral criteria (including early identification of possible TB cases).

2.2.5 Encourage IHWs to cooperate with traditional practitioners

IHWs have generally been found to cooperate well with traditional practitioners. The team anthropologist has sought to develop an understanding of different communities' perceptions of health/disease and classification of health problems, in order to identify points where the complementarity between the work of IHWs and traditional practitioners can be strengthened.

2.2.6 Provide essential equipment (stethoscopes, wound dressing kits, etc.) to IHWs where needed

Basic equipment kits have been provided in one pilot area (the River Tiquié), where they have contributed significantly to the IHWs' self-confidence.

Output 2.3

Development of appropriate IHW supervision methodology and establishment of supervision system

2.3.1 Develop, test and refine supervision guidelines

The field training activities (see 2.2.1) and a series of participatory appraisals with IHWs have allowed the team to build up a picture of supervision needs in the region. This information has been used to develop a supervision methodology which has been tested

with 34 IHWs. The results have now been evaluated and revised guidelines produced for further refinement in the next activity phase.

2.3.2 Share supervision guidelines with other service providers

The draft supervision guidelines have been shared with the FNS, which is interested in supporting a comprehensive supervision programme throughout the region.

2.3.3 Encourage other service providers to integrate IHW supervision into their activities

The FNS has agreed that IHW supervision should receive priority and asked SSL to assist in developing a region-wide programme. However, with the exception of some health staff from the Salesian Mission (who provide occasional support to IHWs in villages near the mission hospitals), other service providers have been slow to address the issue. The team is now working to include a comprehensive supervision programme in the PMS, which would link monitoring, support and data collection with in-service IHW training.

Output 2.4

Communities with greater awareness of preventive health and participating fully in activities

2.4.1 Facilitate participatory analysis of wellbeing and health issues

The team has incorporated community discussions of health and wellbeing into its programme of village visits. The team anthropologist has facilitated a series of smaller group discussions, especially with Maku communities, and the nurse/trainer has facilitated women's discussion groups in pilot villages (see 1.2.1).

2.4.2 Incorporate health education into community meetings

In addition to facilitating community discussions (see 2.4.1), the team has worked with IHWs to encourage them to take the lead in health education activities. The team has found that IHWs tend to organise community health education sessions immediately after receiving training and then allow the initiatives to lapse; one of the objectives of the next activity phase is to use the more frequent presence of team members in the villages to encourage the incorporation of IHW-led health discussion sessions into communities' regular meetings.

2.4.3 Work with teachers to develop health education in village schools

The team has carried out school visits and provided health education information to teachers where it has been requested. In the next activity phase the team will develop proposals for working systematically with teachers in the Tiquié region to develop and test appropriate and indigenous-language health education materials for use in schools. These materials will then be refined for distribution and use in other areas.

2.4.4 Encourage community participation in preventive health and sanitation activities

Community discussions have focused on the prevention or early diagnosis of trachoma, TB and STDs. These activities will be intensified in the next phase, with the team seeking to test or develop additional participatory methods. Discussions of prevention of waterborne diseases facilitated by the team and IHWs have led several communities to request assistance in putting in safe water systems. The project is currently negotiating support from the FNS for a comprehensive sanitation programme in the area.

2.4.5 Facilitate community meetings to develop accountability of and support for IHWs

During field activities the team has sought to emphasise the importance of the IHWs' work and understanding of the difficulties which they face (see 2.2.3), while the supervision visits have also provided opportunities for communities to identify areas of dissatisfaction or concern and for IHWs to explain how they intend to respond to these concerns. The general level of community support for IHWs has been found to be very high, with most complaints coming from groups covered by IHWs resident in other villages (who tend to want more frequent visits). In these cases, the team has worked with IHWs and communities both to emphasise the IHWs' responsibility to extend house-to-house visits outside their home village and to identify ways (such as by providing transport) in which the communities can assist the IHWs in their work. In the few cases of completely unsatisfactory IHW performance which have arisen, the communities have been able to deal with the problem and choose replacement candidates without the need for outside interference.

OUTPUT GROUP 3

Output 3.1

Establishment of disease control strategies integrated with a Municipal Health Plan (PMS)

3.1.1 Develop team technical capacity in disease control programme design and implementation

In October 1997 the team nurse/trainer took a training course in STD epidemiology, prevention, diagnosis and treatment, and in November-December she and the team doctor both took courses intended to improve their skills in TB diagnosis and treatment. The new know-how has supported TB and STD prevention work in the River Aiarí and has helped the team to design pilot disease control programmes for testing in the River Tiquié in the next activity phase.

3.1.2 Provide epidemiological analysis and technical support for disease control programmes integrated with Municipal Health Plan (PMS)

The team has written a series of recommendations for the PMS based on the epidemiological surveys carried out during the initial field trips. The team nurse/administrator is currently analysing the first sets of follow-up epidemiological data (see 1.5.4), which will be used to provide further recommendations.

3.1.3 Promote meetings between different service providers to develop integrated plans to tackle endemic diseases

The team has worked with other agencies to build support for the TB control programme which will be piloted in the River Tiquié in the next activity phase (see 3.3.2). FUNAI has provided logistical support for the community's construction of a convalescence centre (based on the traditional roundhouse design) which will be used by Hupdë-Maku TB patients. The FNS has agreed in principle to integrate TB prevention and DOTS treatment into IHW training and support the training of IHW microscopists, and the team is negotiating with the missionary and military-run hospitals to secure more culturally appropriate treatment facilities for severe TB cases and avoid the problem of indigenous patients' abandoning their treatment. As the pilot TB, trachoma and STD programmes

develop the results will be shared with other service providers and best practice developed for wider use.

3.1.4 Provide planning inputs and cooperate with implementation of FNS immunisation programme

The team has circulated reports with recommendations for cultural, logistical and seasonal adjustments to the immunisation programme, above all to enable the it to reach the Maku groups who live in the forest areas between the major watercourses which are travelled by the vaccination teams. There has been a significant increase in frequency and coverage of FNS vaccination trips.

Output 3.2

Reduction in morbidity/ mortality through delivery of some essential preventive and curative services in conjunction with IHW training programme

3.2.1 Deliver some essential preventive and curative services integrated with IHW training programme

In the course of the field trips the team has held a series of clinic sessions (treating a total of over 2,000 cases). In every village served by an IHW, these sessions were integrated with the training and health education programmes and emphasised the importance of the IHW or traditional practitioner as the first port of call (see 2.2.3). The team nurse/administrator is currently analysing the first sets of follow-up data to establish whether morbidity and mortality have fallen in the areas where the team has been providing these services. The team has also carried out emergency transport of severely ill patients where no alternative was available, and provided support in São Gabriel da Cachoeira for patients referred by IHWs.

Output 3.3

Successful implementation of pilot programmes to tackle major endemic diseases

3.3.1 Identify priority areas and establish epidemiological profiles of priority communities

The team has now completed the cycle of diagnostic field trips and concluded the identification of priority areas in consultation with FOIRN, local community associations and other service providers. These trips have enabled the team to build a series of baseline profiles which can be used to measure the impact of the project in areas which will be covered by the team in the next phase, and to assist the planning and monitoring of other service providers' efforts in areas not directly covered by the team.

3.3.2 Design pilot activities for control of major endemic diseases in priority areas

Through an extensive series of participatory planning exercises and discussions with communities, IPOs and service providers, the team has developed proposals for pilot programmes to control TB and trachoma in the priority areas which have been identified. Preparatory work for these programmes is already under way (see 3.1.3) and they will be implemented, evaluated and revised in the next activity phase.

3.3.3 Implement, test and refine disease control strategies in priority areas

See 3.3.2.

3.3.4 Secure additional resources for scaling up disease control strategies

Additional Health Ministry funding for the TB and trachoma programmes is currently being negotiated.

OUTPUT GROUP 4

Output 4.1

Best practice developed by the project serving as a reference for service providers throughout the Rio Negro and in neighbouring regions

4.1.1 Develop recommendations for health service priorities and guidelines and share with other regional service providers

The team has produced a series of reports and recommendations which have been widely circulated (through the CMS and other fora), contributing to a series of changes ranging from the revision of the content of IHW training courses to the identification of the Maku as a priority group.

4.1.2 Organise meetings to exchange experiences and disseminate best practice with indigenous groups and service providers from neighbouring regions

The team developed plans for a regional seminar on culturally-appropriate health care with indigenous representatives and government and NGO health workers from Brazil, Venezuela and Colombia. However, this activity has now been postponed to the next project phase.

Output 4.2

Support provided for effective participation of indigenous peoples' organisations in health policy debates

4.2.1 Provide advisory and training inputs to FOIRN and AAISARN for participation in national and regional health policy fora

The project team has provided an ongoing programme of training and advice to FOIRN, AAISARN and the indigenous CMS representatives (see 1.3), while SSL central office personnel have provided guidance on wider health policy issues and supported IPOs' contacts with the Health Ministry and other government agencies.

4.2.2 Feed back to FOIRN and other indigenous organisations results of national and regional meetings in which team and other members of SSL participate

The national SSL office has included policy updates in its regular contacts with the team nurse/administrator, who has acted as a feedback channel for keeping the IPOs informed of new health policy developments and discussions (see 1.3.7).

4.2.3 Invite FOIRN representatives to national SSL meetings to enhance cooperation and discuss advocacy strategy

FOIRN representatives have been invited to attend the national SSL strategic planning meeting and General Assembly in June 1998. This meeting, which will also be attended by representatives from other community organisations with which SSL works and from the Health Ministry, the Federal Universities of São Paulo, Pernambuco and Maranhão, as well as from Health Unlimited, is intended to provide an opportunity for reflection and

discussions aimed at fostering stronger partnerships between NGOs, community organisations, research institutions and government agencies in the Amazon.

Output 4.3

Project's experience documented and shared with service providers, community organisations and policy fora in Rio Negro and other parts of Brazil

4.3.1 Document project activities in written and audiovisual form for feedback to communities and other service providers

Project reports have been widely circulated among service providers and shared with FOIRN, AAISARN and local groups. The team anthropologist (who has video production experience) has recorded video footage which will be edited for use in feedback and in stimulating discussions on disease prevention and health policy, including indigenous-language material for use with communities whose command of Portuguese is limited. SSL and HU are currently seeking additional funding to produce a series of videos for use in TB prevention education with indigenous communities throughout the Amazon.

4.3.2 Carry out joint evaluations of project activities with FOIRN and other partners

In addition to the regular monitoring and evaluation meetings with FOIRN, the team held a series of evaluation discussions with IPOs and other service providers in São Gabriel da Cachoeira in October-November 1997. The results were then fed into the project review carried out by the SSL Council in December 1997 and into the discussions with Health Unlimited which led to an extensive revision of the project framework and activity plans (see Introduction).

4.3.3 Involve representatives of other SSL projects in evaluation processes and share experiences

Through the SSL Council, professionals from SSL's Acre programme have participated in the project evaluation process and ideas have been exchanged between the two teams.

4.3.3 Develop manuals / guidelines and share with other SSL projects and other service providers

The team's work so far has made use of manuals and guidelines already developed by other SSL initiatives (including the Acre programme), and this experience has enabled them to suggest revisions and identify areas where new material is needed. This new material (especially in the areas of IHW supervision and TB and trachoma control) will be developed, tested and revised during the next activity phase.

4.3.4 Systematise and share anthropological analysis of health/ disease representations in indigenous communities

Following extensive research, the team anthropologist has produced a paper on cultural representations of infectious diseases among the Hupdë-Maku and their implications for appropriate health interventions. This has been presented to other service providers and at academic gatherings in Brazil, and has been recommended for publication.

4.3.5 Develop wider policy recommendations and share with government agencies and other service providers

The team has worked with national SSL staff to develop and share policy lessons from the experience of the project, in a programme which has included participation in the National Conference on Community Health (September 1997) and the Health Ministry's national seminar on best practice in work with indigenous peoples (October 1997).

Management Issues

There has been a considerable improvement in the level of project and financial management support to the field office from SSL - SP despite the strain occasionally placed on a the small support team by the complexity of the project. With the development of SSL's institutional capacity that is currently under discussion, the project's learning, evaluation and advocacy component should be considerably strengthened.

The challenge of trying to meet all the project's objectives has subjected the field team to occasional periods of stress given the size of the region and level of demand placed on their services by the communities and project partners. The availability of government funding for additional field personnel is still under discussion, but the agreement by the FNS to cede staff for the TB control activities suggests that this may be a possibility, and pursuing this further is a priority objective for the next activity phase.

The insecurity which resulted from Health Unlimited's decision to place the future of the project under review as a result of its matching fund shortfall affected team morale, disrupted planning and placed SSL's credibility among its partners at risk. The recent agreement with Christian Aid has removed this source of insecurity, but the short notice given to SSL by HU has raised the issue of establishing more transparent mechanisms of joint planning, evaluation and decision-making.

Appendix 1: Project Framework (draft revised version, April 1998)

HEALTH UNLIMITED / SAÚDE SEM LIMITES COMMUNITY HEALTH CARE TRAINING AND INSTITUTIONAL DEVELOPMENT PROJECT WITH INDIGENOUS COMMUNITIES RIO NEGRO REGION, NORTHWESTERN AMAZON, BRAZIL

DESCRIPTION	INDICATORS	MEANS OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
<p>GOAL</p> <p>Improved health status and access to health services contributing to the physical and cultural survival of the indigenous peoples of the Rio Negro region</p>	<p>Lower morbidity/mortality levels</p> <p>PHC coverage extended and referral systems functioning</p> <p>Community perception of increased wellbeing</p>	<p>Project / regional health service databases</p> <p>FOIRN information system / team reports</p> <p>Participatory monitoring & evaluation</p>	<p>No further infrastructure or commercial development initiatives or influxes of outsiders (settlers, wildcat goldminers, Colombian guerillas) disrupt social and ecological conditions in the region</p> <p>No destruction of livelihoods by ecological catastrophes (e.g. major forest fires)</p> <p>No reversal of government recognition of indigenous land rights in the region</p>
<p>PURPOSE</p> <p>To promote the creation and consolidation of an integrated, appropriate and participatory health service for the indigenous communities of the region while improving health status and access to health services and generating and disseminating best practice for wider application</p>	<p>Municipal Health Council (CMS) established and meeting regularly</p> <p>Indigenous representation on and participation in CMS</p> <p>Adaptation of services to specific needs of users</p> <p>Improved health status and access to health services</p> <p>Learning from Rio Negro experience internalised and shared</p>	<p>Minutes of CMS meetings</p> <p>Minutes of CMS meetings</p> <p>Service provider reports, participatory assessment</p> <p>See under GOAL above</p> <p>SSL documentation, proceedings of national/ regional meetings</p>	<p>Project can secure sufficient quantity and quality of human and material resources</p> <p>Indigenous communities and organisations continue to give project high priority</p> <p>CMS continues to be recognised as legitimate forum by service providers and users</p> <p>MoH / National Health Foundation (FNS) continues to support CMS</p> <p>National policy on user participation in health councils does not change</p> <p>National policy recognises specific health needs of indigenous peoples and IHWs</p> <p>Government commitment to funding health service is maintained</p> <p>Non-governmental service providers continue to secure funding for their activities</p> <p>SSL able to support project learning process and maintain national-level networking and advocacy work</p>

<p>OUTPUTS</p> <p>Output Group 1: <i>Promoting the creation and consolidation of a high-quality, democratically-managed, culturally appropriate and gender-sensitive health service for the indigenous communities of the region</i></p> <p>Output 1.1 Municipal Health Council for São Gabriel da Cachoeira (CMS) established and functioning effectively as a deliberative body for regional health policy</p> <p>Output 1.2 Regional health policy taking adequate account of the health needs of marginalised communities and indigenous women</p> <p>Output 1.3 Indigenous representatives and communities participating effectively in the definition of health policy and the planning, implementation, monitoring and evaluation of health activities</p>	<p>CMS representing both users and service providers established and meeting regularly</p> <p>Service provider activities in accordance with CMS planning / guidelines</p> <p>Needs of marginalised communities and indigenous women incorporated into CMS planning / guidelines</p> <p>Increased availability and appropriateness of services for marginalised communities and indigenous women</p> <p>Indigenous representatives chosen by communities participating in meetings of CMS</p> <p>Representatives consulting communities on problems and priorities before CMS meetings and feeding back meeting results</p> <p>Communities with good level of understanding of functioning of health service</p> <p>Active participation of women in community health discussions</p> <p>Health services and situation evaluated at FOIRN meetings</p> <p>Health issues incorporated into FOIRN mobilisation, communication and advocacy work</p> <p>FOIRN health unit established and taking responsibility for specific activities</p> <p>AAISARN consolidated and taking responsibility for specific activities</p> <p>Health services and situation evaluated at meetings of local indigenous organisations and women's organisations</p>	<p>Minutes of CMS meetings</p> <p>Service provider reports / minutes of CMS meetings</p> <p>Minutes of CMS meetings</p> <p>Reports (team, other service providers, FOIRN), anthropological observation, participatory monitoring & evaluation</p> <p>Minutes of CMS meetings</p> <p>Team / FOIRN reports</p> <p>Anthropological observation</p> <p>Anthropological observation</p> <p>Minutes of FOIRN meetings</p> <p>FOIRN reports / bulletins</p> <p>FOIRN reports</p> <p>AAISARN/FOIRN/team reports</p> <p>Minutes of local meetings</p>	<p>Service providers (including Church and military) continue to cooperate with each other and with the indigenous peoples' organisations</p> <p>Municipal authorities continue to facilitate operation of CMS</p> <p>Service providers and indigenous leaders continue to accept importance of addressing needs of marginalised communities and indigenous women</p> <p>Regional and local indigenous and women's organisations function as effective channels for / facilitators of community participation</p> <p>FOIRN continues to secure funding for its monitoring, community mobilisation and communication activities</p> <p>FNS and/or municipality allocate human and material resources for establishment and effective maintenance of regional health database</p>
--	---	--	---

<p>Output 1.4 Integrated planning and implementation of health activities by different service providers</p> <p>Output 1.5 Epidemiological monitoring system for the region established and functioning effectively</p>	<p>Municipal Health Plan (PMS) developed and implemented</p> <p>Service providers meeting to coordinate activities</p> <p>Data collection instruments developed and adopted</p> <p>Service providers collecting, analysing and sharing health and demographic data within an integrated system</p> <p>Service providers using system to monitor specific health situation of population groups by gender, age and ethnicity and feed conclusions into planning</p>	<p>(where available) / FOIRN and team reports</p> <p>PMS documentation</p> <p>Service provider reports, minutes of CMS meetings</p> <p>Team reports / other service providers' reports</p> <p>Service providers' reports, system data</p> <p>Service providers' reports, system data</p>	
<p>Output Group 2: <i>Improving communities' access to primary health care through the training of Indigenous Health Workers (IHWs)</i></p> <p>Output 2.1 IHWs' training adapted to make it more appropriate to local cultural and epidemiological conditions</p>	<p>Training course content receiving inputs based on field research/experience</p> <p>Anthropological appropriateness of training methodology/ content</p> <p>IHWs' perception of relevance of training content</p>	<p>Training course documentation, team reports</p> <p>Anthropological assessment</p>	<p>Interinstitutional cooperation on IHW training programme continues</p> <p>São Gabriel da Cachoeira IHW training centre continues to secure funding to host courses</p> <p>Government funding and/or community support continues to be sufficient to maintain IHW network</p> <p>IHWs remain motivated and committed</p>
<p>Output 2.2 Improved ability of IHWs to deliver PHC services at village level</p>	<p>IHWs' preventive and curative skill levels improved</p> <p>IHWs using basic Western medicines safely and appropriately</p> <p>IHWs more confident of ability to respond appropriately to communities' health needs</p> <p>IHWs using referral system appropriately where health problems cannot be resolved at community level</p> <p>IHWs cooperating with traditional practitioners</p> <p>IHWs provided with essential equipment</p>	<p>Participatory monitoring & evaluation with IHWs</p> <p>Supervision report IHW assessments</p> <p>Supervision report IHW assessments</p> <p>Participatory monitoring & evaluation with IHWs</p> <p>Supervision report IHW assessments</p> <p>Anthropological observation</p> <p>Team reports</p>	<p>Other service providers incorporate IHW supervision into their activities</p>
<p>Output 2.3 Development of appropriate IHW supervision methodology and establishment of supervision system</p>	<p>Supervision guidelines developed, systematised and shared</p> <p>Supervision integrated into other service providers' activities</p>	<p>Team reports / documentation</p>	
<p>Output 2.4 Communities with greater awareness of</p>	<p>Increased community awareness of hygiene,</p>	<p>Other service providers' reports</p>	

<p>preventive health and participating fully in activities</p> <p>Output Group 3: <i>Reducing levels of morbidity and mortality from specific diseases by carrying out preventive and curative activities in collaboration with other agencies</i></p> <p>Output 3.1 Establishment of disease control strategies integrated with a Municipal Health Plan (PMS)</p> <p>Output 3.2 Reduction in morbidity/ mortality through delivery of some essential preventive and curative services in conjunction with IHW training programme</p> <p>Output 3.3 Successful implementation of pilot programmes to tackle major endemic diseases</p> <p>Output Group 4: <i>Contributing to the development of appropriate models of health care provision for indigenous communities and improvements in health care quality and public policy affecting indigenous peoples in Brazil through dissemination, advisory and advocacy work based on the experience of the project</i></p> <p>Output 4.1 Best practice developed by the project serving as a reference for service providers throughout the Rio Negro and in neighbouring regions</p> <p>Output 4.2 Support provided for effective participation</p>	<p>sanitation, nutrition and other preventive health issues</p> <p>Increase in community participation in preventive activities</p> <p>Increase in use of sanitation / clean water systems</p> <p>Increased community support for IHWs</p> <p>PMS provides framework for addressing major endemic diseases</p> <p>Service providers collaborating in planning and implementation of disease control strategies</p> <p>Improved levels of immunisation coverage achieved through cooperation with other service providers</p> <p>Morbidity / mortality rates improving in areas where team have been working</p> <p>Disease control priorities identified, control activities piloted and additional resources secured for specific disease control programmes</p> <p>Morbidity/mortality from TB, trachoma, STDs and waterborne diseases reduced in pilot areas</p> <p>Team's recommendations incorporated into CMS guidelines</p> <p>Other service providers adopting practices recommended by the project</p>	<p>Anthropological observation, participatory monitoring & evaluation</p> <p>IHW reports, participatory monitoring & evaluation</p> <p>Team reports, IHW reports</p> <p>Participatory monitoring & evaluation with communities/ IHWs</p> <p>PMS documentation</p> <p>Service provider reports</p> <p>System database</p> <p>Project database</p> <p>Team reports</p> <p>Project database</p> <p>CMS documentation</p> <p>Service provider reports</p>	<p>External factors (e.g. influxes of malaria-carrying miners) do not trigger further epidemics</p> <p>Technical and operational capacity of FNS and other service providers sufficient to implement effective disease control strategies</p> <p>IHWs and service providers continue to secure essential inputs (basic medicines, vaccines)</p> <p>Project can secure additional MoH funding to scale up pilot programmes</p> <p>SSL maintains credibility as a channel for networking and advocacy activities</p> <p>Government policy continues to be receptive to inputs from NGOs and indigenous peoples' organisations</p>
---	---	---	---

<p>of indigenous peoples' organisations in health policy debates</p> <p>Output 4.3 Project's experience documented and shared with service providers, community organisations and policy fora in Rio Negro and other parts of Brazil</p>	<p>Meetings with indigenous leaders organised to discuss regional and national health policy issues</p> <p>FOIRN and AAISARN provided with information and training for health policy advocacy</p> <p>Ongoing SSL-FOIRN advocacy partnership</p> <p>Reports, videos, manuals and policy documents produced and disseminated</p>	<p>Team reports</p> <p>Team reports</p> <p>SSL / FOIRN reports and documentation</p> <p>SSL documentation, proceedings of national/ regional meetings</p>	
---	---	---	--

ACTIVITIES	INPUTS / RESOURCES	MEANS OF VERIFICATION	ASSUMPTIONS
<p><i>Output Group 1</i></p> <p>1.1.1 Lobbying and advisory inputs for establishment of CMS</p> <p>1.1.2 Participation in meetings to strengthen CMS</p> <p>1.2.1 Participatory research to identify needs of marginalised groups and indigenous women</p> <p>1.2.2 Lobbying through CMS for service provision to meet the needs of marginalised groups and indigenous women</p> <p>1.2.3 Work with representatives to strengthen ability to identify and lobby for needs of marginalised groups and indigenous women</p> <p>1.2.4 Work with indigenous organisations to improve representation of interests of marginalised groups and indigenous women</p> <p>1.3.1 Support mobilisation of indigenous communities to demand adequate representation and select indigenous representatives for CMS</p> <p>1.3.2 Provide training and advice for indigenous representatives to increase effectiveness of participation in CMS</p> <p>1.3.3 Work with local community associations and women's organisations to ensure accountability of indigenous representatives</p> <p>1.3.4 Strengthen capacity of local community associations and women's organisations to engage in discussion of health policy issues and monitor and evaluate health services</p> <p>1.3.5 Encourage formation of women's groups to discuss health and gender issues and support women's expression of their priorities at community meetings</p> <p>1.3.6 Provide information on health issues for FOIRN meetings and facilitate discussions</p>	<p>Human Resources</p> <p><i>Field team:</i></p> <p>Anthropologist/ coordinator</p> <p>Nurse/administrator</p> <p>Nurse/trainer</p> <p>Doctor</p> <p>Nursing auxiliary</p> <p>Support staff (admin. and transport/ logistics)</p> <p><i>Support team:</i></p> <p>HU and SSL consultants</p> <p>SSL Executive Coordinator</p> <p>SSL Accountant</p> <p>SSL Council members</p> <p>HU Regional Manager</p> <p>HU Finance Manager</p> <p>Material Inputs:</p> <p>Office space (provided by FOIRN)</p> <p>Accommodation in field (provided by communities)</p> <p>Team base in São Gabriel da Cachoeira</p> <p>Training equipment/materials</p> <p>Medical equipment/supplies</p> <p>Transport/travel (boats, fuel, air tickets, etc.)</p> <p>Documentation/ communication/ support equipment/ supplies (video, radios, computers, food, etc.)</p> <p>Management Inputs:</p> <p>Staff recruitment and training support (SSL São Paulo)</p> <p>Training materials and technical support (SSL São Paulo)</p> <p>Administrative / logistical support (SSL São Paulo)</p> <p>M&E (SSL São Paulo and HU London)</p> <p>Financial management</p>		<p>Continued project funding ensured</p> <p>Price rises in Brazil do not further undermine purchasing power of project budget</p> <p>Project team implementation capacity maintained</p> <p>Project team access to communities not impeded by military</p> <p>SSL and HU management capacity maintained</p> <p>FOIRN political commitment maintained</p> <p>FOIRN capacity not disrupted by internal political divisions</p>

<p>1.3.7 Provide training and advice to FOIRN leaders to strengthen incorporation of health issues into mobilisation, communication and advocacy work</p> <p>1.3.8 Support establishment of FOIRN Health Unit and provide training in health planning, monitoring and evaluation</p> <p>1.3.9 Support FOIRN management of FNS funding for IHW network and provide training in personnel management and administration</p> <p>1.3.10 Provide training and advice to strengthen capacity of AAISARN to support IHW network</p> <p>1.4.1 Provide inputs to development of Municipal Health Plan (PMS)</p> <p>1.4.2 Hold meetings with other service providers to develop joint planning of activities</p> <p>1.5.1 Develop health data collection instruments</p> <p>1.5.2 Set up project database to feed into integrated regional health information system</p> <p>1.5.3 Hold meetings with other service providers to share data and encourage development and use of integrated system</p> <p>1.5.4 Analyse health data and feed back results to other service providers</p> <p><i>Output Group 2</i></p> <p>2.1.1 Assess appropriateness of prior IHW training and identify need for additional inputs</p> <p>2.1.2 Provide inputs based on field research / experience to planning of IHW training courses</p> <p>2.1.3 Participate in IHW training courses</p> <p>2.2.1 Provide in-community training to IHWs during supervision trips</p> <p>2.2.2 Work with IHWs and service providers to ensure appropriate use of Western medicines</p> <p>2.2.3 Work with IHWs to reinforce self-esteem and commitment to community health</p> <p>2.2.4 Facilitate establishment of referral systems linking IHWs to secondary services</p> <p>2.2.5 Encourage IHWs to cooperate with traditional practitioners</p> <p>2.2.6 Provide essential equipment (stethoscopes, wound dressing kits, etc.) to IHWs where needed</p> <p>2.3.1 Develop, test and refine supervision guidelines</p>	<p>support (SSL São Paulo and HU London)</p>		
---	--	--	--

<p>2.3.2 Share supervision guidelines with other service providers</p> <p>2.3.3 Encourage other service providers to integrate IHW supervision into their activities</p> <p>2.4.1 Facilitate participatory analysis of wellbeing and health issues</p> <p>2.4.2 Incorporate health education into community meetings</p> <p>2.4.3 Work with teachers to develop health education in village schools</p> <p>2.4.4 Encourage community participation in preventive health and sanitation activities</p> <p>2.4.5 Facilitate community meetings to develop accountability of and support for IHWs</p> <p><i>Output Group 3</i></p> <p>3.1.1 Develop team technical capacity in disease control programme design and implementation</p> <p>3.1.2 Provide epidemiological analysis and technical support for disease control programmes integrated with Municipal Health Plan (PMS)</p> <p>3.1.3 Promote meetings between different service providers to develop integrated plans to tackle endemic diseases</p> <p>3.1.4 Provide planning inputs and cooperate with implementation of FNS immunisation programme</p> <p>3.2.1 Deliver some essential preventive and curative services integrated with IHW training programme</p> <p>3.3.1 Identify priority areas and establish epidemiological profiles of priority communities</p> <p>3.3.2 Design pilot activities for control of major endemic diseases in priority areas</p> <p>3.3.3 Implement, test and refine disease control strategies in priority areas</p> <p>3.3.4 Secure additional resources for scaling up disease control strategies</p> <p><i>Output Group 4</i></p> <p>4.1.1 Develop recommendations for health service priorities and guidelines and share with other regional service providers</p> <p>4.1.2 Organise meetings to exchange experiences and disseminate best practice with indigenous groups and service providers from neighbouring regions</p> <p>4.2.1 Provide advisory and training inputs to FOIRN and AAISARN for participation in national and regional</p>			
--	--	--	--

<p>health policy fora</p> <p>4.2.2 Feed back to FOIRN and other indigenous organisations results of national and regional meetings in which team and other members of SSL participate</p> <p>4.2.3 Invite FOIRN representatives to national SSL meetings to enhance cooperation and discuss advocacy strategy</p> <p>4.3.1 Document project activities in written and audiovisual form for feedback to communities and other service providers</p> <p>4.3.2 Carry out joint evaluations of project activities with FOIRN and other partners</p> <p>4.3.3 Involve representatives of other SSL projects in evaluation processes and share experiences</p> <p>4.3.3 Develop manuals / guidelines and share with other SSL projects and other service providers</p> <p>4.3.4 Systematise and share anthropological analysis of health/ disease representations in indigenous communities</p> <p>4.3.5 Develop wider policy recommendations and share with government agencies and other service providers</p>			
--	--	--	--

Appendix 2: Acronyms used

AAISARN	<i>Associação dos Agentes de Saúde do Alto Rio Negro</i> (Regional association representing IHWs trained by FNS and RASI)
CIMI	<i>Conselho Indigenista Missionário</i> (Catholic Church agency for indigenous affairs)
CMS	<i>Conselho Municipal de Saúde</i> (Municipal Health Council)
FNS	<i>Fundação Nacional da Saúde</i> (Health Ministry agency responsible for endemic disease control and providing immunisation, sanitation and health worker training services to indigenous communities)
FOIRN	<i>Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro</i> (Regional IPO bringing together 22 community associations and indigenous women's organisations: main local partner for project)
FUNAI	<i>Fundação Nacional do Índio</i> (Brazilian federal agency for indigenous affairs)
HU	Health Unlimited
IHW	Indigenous Health Worker (community member given primary health care training and some recognition by official health services)
IPO	Indigenous Peoples' Organisation
ISA	<i>Instituto Socioambiental</i> (Brazilian NGO working with FOIRN to develop the latter's administrative capacity and support its land demarcation and political mobilisation work)
PMS	<i>Plano Municipal de Saúde</i> (Municipal Health Plan)
RASI	University of Amazonas project which trained the first IHWs in the region in the early 1990s
SSL	<i>Associação Saúde Sem Limites</i> (Brazilian NGO: HU's implementing partner for its Brazil Programme)

Saúde Sem Limite

PROGRAMA DE CONTROLE DO TRACOMA ENTRE A POPULAÇÃO INDÍGENA DA REGIÃO DO ALTO RIO NEGRO

Em colaboração com o

Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

e

Centro de Saúde Escola Dom Walter Ivan

Programa de Controle do Tracoma

Sumário

1. Introdução

- 1.1 A região do Alto Rio Negro
- 1.2 Aspectos sócio-culturais do Alto Rio Negro
- 1.3 O tracoma entre os indígenas rio negrinos
- 1.4 Diretrizes propostas para o Programa de Controle do Tracoma
 - 1.4.1 Primeiro ano
 - 1.4.2 Segundo ano
- 1.5 Instituições proponentes
 - 1.5.1 Associação Saúde Sem Limites
 - 1.5.2 Centro de Saúde Escola “Dom Walter Ivan”
 - 1.5.3 Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
 - 1.5.4 Elementos a serem articulados junto às outras instituições

2. O Programa de Controle do Tracoma

- 2.1 Objetivos gerais
- 2.2 Objetivos específicos
 - 2.2.1 População Tukanu – Rio Tiquié
 - 2.2.2 Populações Hupdë/Yohupdë (Maku) dos rios Tiquié e Papuri e grupo Dâw
 - 2.2.3 Profissionais de saúde que atuam na região
- 2.3 Descrição das Atividades
 - 2.3.1 Cursos de capacitação para profissionais de saúde da região
 - 2.3.2 Diagnóstico e tratamento de casos em áreas afastadas
 - 2.3.3 Capacitação de recursos humanos locais para ações especializadas, avaliação técnica do programa e realização de procedimentos cirúrgicos necessários
 - 2.3.4 Produção de materiais educativos
- 2.4 Aspectos Metodológicos
 - 2.4.1 Cursos de capacitação para profissionais de saúde
- 2.5 Anexos
 - I. Cronograma de ações
 - II. Dados censitários
 - III. Fotografias
 - IV. Bibliografia

O presente documento, fruto de um processo de construção coletiva, aborda o problema do tracoma entre os povos indígenas do Rio Negro com a intenção de colaborar para a concepção e implementação de ações de saúde adequadas à realidade da região, contextualizadas em relação ao processo de formação do sistema de saúde diferenciado de atenção à saúde indígena no Brasil.

Nossos agradecimentos especiais aos médicos Antônio Augusto Velasco Cruz, Ana Paula Ximenes, Douglas Rodrigues, Norma Medina, à odontóloga Elvira Toledo e à assistente social Flora Maria Oliveira que compartilharam, em diferentes momentos, das reflexões e propostas contidas neste documento.

Equipe Local Saúde Sem Limites

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.”

Livro dos Conselhos

(Extraído da obra “Ensaio Sobre a Cegueira” de José Saramago)

1 . INTRODUÇÃO

1.1 A REGIÃO DO ALTO RIO NEGRO

A região do alto Rio Negro está situada no Noroeste Amazônico, em área fronteira com a Colômbia e a Venezuela compreendendo um território de 108.000 km² de terras indígenas referentes aos municípios de São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro. Nesta região existem 19 grupos étnicos, que falam cerca de 15 línguas derivadas das famílias Tukano, Arawak, Maku e Yanomami, sendo que a população estimada é de 30.000 indígenas (10% do total da população indígena no Brasil) distribuídos em aproximadamente 500 aldeias ao longo de uma extensão de cerca de 3.000 km de rios. Dados demográficos pormenorizados por rios e etnias podem ser encontrados anexos, ao final deste documento.

1.2 ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS DO ALTO RIO NEGRO

As áreas do alto Rio Negro são habitadas por diversos povos referentes às famílias lingüísticas Arawak e Tukano, habitantes tradicionais dos grandes rios e igarapés navegáveis, e pelos grupos da família Maku, que habitam majoritariamente as regiões interfluviais adjacentes aos rios Tiquié e Papuri. Grupos Yanomami, cerca de 2200 indivíduos, habitam principalmente em regiões vizinhas ao Pico da Neblina

Os Tukano ocupam fundamentalmente as margens dos Rios Uaupés, Tiquié e Papuri, enquanto os Arawak situam-se preferencialmente às margens do Rio Içana, do Rio Negro e do Rio Xié. Atualmente um número expressivo de indivíduos destas etnias mora na sede do município de São Gabriel da Cachoeira, compondo a maior parte da população urbana da região.

Estas etnias vêm experimentando um processo de contato prolongado e progressivo que se inicia desde os séculos XVII e XVIII. Neste contexto, o paradigma sócio-cultural atual destas etnias comporta notáveis singularidades. Mantendo suas tradições, os indígenas Tukano e Arawak contam com boa parcela de indivíduos alfabetizados (em comparação com outros povos indígenas). Entre estas etnias podemos encontrar professores, estudantes, comerciantes, soldados, funcionários públicos, profissionais da área da saúde (incluído aí os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias) entre outros diversos atores sociais¹. Os Tukano e Arawak são excelentes agricultores, primando pelo cultivo da mandioca (entre outras espécies) e mantém com os rios vínculos estreitos, servindo-se dos mesmos enquanto fontes de pescado e vias de interação social.

Em contraste com os Tukano e Arawak, os grupos Maku do alto Rio Negro (Hupdê, Yohupdê, Dâw²) vivenciam um processo de contato distinto, incrementado apenas nos últimos 30 anos, décadas marcadas pela ocorrência de profundas alterações culturais entre esta etnia. Neste período, a maior parte das populações Maku do alto Rio Negro (que eram tradicionalmente nômades, coletores e caçadores que habitavam o interior da floresta em pequenos grupos), a exemplo do que já havia acontecido às

¹Entre os Tukano e Arawak existem várias associações comunitárias que formam a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN).

²Grupos Maku do alto Rio Negro: Hupdê (territórios situados entre os Rios Tiquié e Papuri), Yohupdê (habitantes da terras situadas à margem direita do Rio Tiquié e Uaupés), Dâw (território próximo à sede do município de São Gabriel).

outras etnias, tornou-se sedentária. Grandes povoados abrigando vários clãs foram formados e muitos grupos atualmente ocupam espaços próximos à margem dos rios, nas vizinhanças de aldeias Tukano, localidades onde as escolas e as mercadorias dos “brancos” são mais facilmente disponíveis³. O processo de sedentarização trouxe consigo, de modo abrupto, a escassez alimentar e numerosos problemas de saúde. Os Maku ainda são considerados, por muitos, os indígenas mais “primitivos” da região, preservando grande parte de suas tradições, incluindo aqui as práticas de saúde⁴. Detêm índices baixos de alfabetização, não contam com organizações capazes de representá-los politicamente, bem como não contam com agentes de saúde.

É importante notar que o processo de contato dos grupos Hupdê e Yohupdê (que perfazem cerca de 1.500 indivíduos, formando a maioria da população Maku) sempre foi permeado pelos Tukano devido ao fato que existe entre estas etnias um singular padrão de relacionamento inter-étnico, mitologicamente sustentado, em que as trocas culturais ocorrem dentro de um sistema hierarquizado, no qual os Tukano ocupam o nível superior desta hierarquia em relação aos Maku. Este padrão tradicional vem sendo particularmente modificado pelas situações geradas pelo contato com a sociedade não indígena, porém continua operante, sendo necessário levá-lo em consideração na execução de ações de qualquer natureza executadas junto a estes grupos⁵.

O perfil de saúde apresentado pelos povos do alto Rio Negro aponta graves problemas, que seriam facilmente preveníveis se ocorresse, na região, um adequado sistema de atenção básica à saúde. As parasitoses digestivas, doenças diarreicas e respiratórias e quadros carenciais surgem como elementos de primeira grandeza, ao lado da ocorrência de várias outras doenças infecciosas. A incidência da tuberculose na região aproxima-se da taxa de 500 casos por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade estimada é duas vezes superior à média nacional, apresentando alta mortalidade infantil. Entre os Maku, estes problemas, graves em toda a região, intensificam-se, sendo encontrados numerosos indígenas apresentando quadros severos de desnutrição. Nesta etnia o tracoma, motivo deste documento, que frequentemente apresenta-se com deformidades palpebrais e déficits visuais, assume uma forma hiperendêmica, cujo dano social é inestimável. A taxa de prevalência estimada de cegueira provocada pelo tracoma, entre os grupos Maku, é de cerca de 0.5% à 0.7%⁶.

1.3 O TRACOMA ENTRE OS INDÍGENAS RIO NEGRINOS

No ano de 1997, uma equipe de profissionais da Saúde Sem Limites registrava que vários casos de tracoma, em estágios avançados, foram detectados principalmente entre os indígenas Hupdê e Yohupdê habitantes das adjacências do Rio Tiquié. Em contrapartida, a população Tukano, ainda que habitando espaços geográficos contíguos, apresentava somente 8 casos, sendo que 7 localizavam-se apenas em uma única comunidade situada à cabeceira do Igarapé Castanho (afluente do Rio Tiquié)⁷.

³ Dados censitários dos grupos Maku do alto Rio Negro encontram-se anexos ao final deste documento. Fonte: Banco de Dados SSL.

⁴ As práticas tradicionais de saúde continuam existentes entre todas as etnias do alto Rio Negro.

⁵ Este sistema hierárquico, mitologicamente delineado, não é um componente exclusivo dos grupos Tukano e Maku, sendo uma tônica da complexa unidade cultural relativa aos povos do alto Rio Negro, dos quais se excluem apenas os grupos Yanomami.

⁶ Fonte: Banco de Dados SSL.

⁷ Relatórios de Atividades SSL, fev. 1997 e set. 1997. Em junho de 1997 foram visitadas 22 comunidades Maku e 40 comunidades Tukano situadas no Rio Tiquié. Entre 655 indivíduos Maku examinados, 5% dos mesmos apresentavam sinais avançados de tracoma (não foi realizada a eversão palpebral: os sinais consistiam basicamente de triquíase, entrópico, opacificações corneanas, sinais flogísticos intensos somados à história compatível com tracoma e déficits visuais). Entre os Tukano do Tiquié (população estimada de 1800 indivíduos), como já foi dito, foram registrados somente 8 casos semelhantes.

No mesmo ano, uma equipe de oftalmologistas⁸ que examinou 486 pacientes na sede do município de São Gabriel, em uma ação de rastreamento oftalmológico, assinalava 3 casos de tracoma constatados em indivíduos de etnia Maku⁹.

Deste modo, nota-se que, embora o tracoma consista um problema de saúde antigo na região, o mesmo, até o ano de 1997, carecia de uma melhor caracterização epidemiológica que pudesse identificá-lo como um sério problema de saúde pública no Rio Negro.

Frente à gravidade da situação a Saúde Sem Limites, em cooperação com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, consumou, em julho de 1998, o exame oftalmológico (realizado por profissional especializado) de 198 indivíduos Hupdê (amostra correspondente à 12,4% da população Maku), em duas grandes comunidades situadas no rio Tiquié. Este trabalho (cujo resultado está consubstanciado em relatório anexo ao presente documento) confirmou o caráter que já se presumia hiperendêmico do tracoma nas áreas estudadas. A taxa de prevalência calculada foi de 55% e o quadro geral encontrado pressupõe medidas de intervenção em massa. Entre 73 crianças de 0 à 10 anos examinadas, ocorreram 30 casos de inflamação tracomatosa folicular e intensa (prevalência de 41%) e 8 casos de cicatrização tracomatosa. Entre 29 mulheres examinadas com idade igual ou superior à 30 anos, 65,5% apresentavam cicatrização tracomatosa e 17,2% apresentavam triquíase. Um indivíduo cego e outro com perda visual monocular foram detectados na amostra populacional. Os dados existentes, até o momento, evidenciam que a doença deva apresentar-se com igual intensidade na maior parte das comunidades Maku.

Em relação aos povos Tukano, ainda que casos esparsos tenham sido registrados no Rio Tiquié, parece certo que o comportamento epidemiológico do tracoma apresenta uma magnitude radicalmente distinta. A hipótese mais provável para a explicação deste fenômeno parece relacionar-se diretamente com as condições de vida peculiares dos Maku em comparação com os Tukano, decorrentes dos processos históricos distintos vivenciados por estas duas etnias e das especificidades culturais anteriormente esboçadas¹⁰. De qualquer maneira, as ações de abordagem do tracoma deverão considerar um melhor estudo da doença entre os Tukano no sentido de um melhor discernimento da mesma e conhecimento de seus fatores determinantes. Este estudo deverá particularmente atingir as áreas em que existem escolas “mistas” (isto é, frequentadas por crianças de ambas as etnias) ou naquelas em que ocorra uma grande proximidade das aldeias Tukano e Maku, visto que poderá acarretar mudanças nas estratégias do programa, incluindo aqui a antibioticoterapia em massa¹¹.

Finalmente, gostaríamos de frisar que, até o presente momento, com exceção dos casos esparsos entre os Tukano do Tiquié, não houve registro de tracoma em relação às outras áreas ou etnias da região. Podemos arriscar dizer, portanto, que o tracoma, até o momento, apresenta um singular comportamento etno-relacionado na região do Rio Negro, cujas raízes parecem estar vinculadas à questões históricas, culturais, sociais e econômicas que devem ser melhor investigadas¹².

⁸ Trabalho coordenado pelo oftalmologista Dr. A. Augusto Velasco Cruz (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) com apoio do Centro de Saúde Escola Dom Waite Ivan - jun. 1997.

⁹ Em 1998 profissionais de saúde da SSL identificaram vários casos avançados de tracoma também entre os Hupdê habitantes das adjacências do Rio Papuri. Entre a população Tukano deste rio não houve registro de tracoma.

¹⁰ Cabe ressaltar que, comparados aos Tukano, os Maku apresentam hábitos e costumes de vida muito diferentes. As condições de higiene dos Maku, determinadas pelos abalos culturais relacionados ao processo de contato, são sensivelmente mais precárias que as dos Tukano.

¹¹ Não se pode descartar a hipótese de que os Tukano apresentem a infecção pela Clamídia, não manifestando, porém, a doença.

¹² A equipe local da SSL visitou, até o momento, aproximadamente 200 comunidades situadas nos rios Uaupés, Tiquié, Saúde Sem Limites

1.4 DIRETRIZES PROPOSTAS PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DO TRACOMA

Acreditamos que a fase inicial do programa de controle do tracoma na região do Rio Negro deverá atuar enfática e diretamente nas áreas onde a doença confirmadamente é intensa, capacitando, concomitantemente, a rede de serviços públicos locais para as ações de vigilância epidemiológica relativas à doença.

As ações nas áreas distantes da sede do município (caso dos Rios Papuri e Tiquié, que se situam à uma distância média de 500 km, ou seja, percurso de 2 dias com barco à motor) deverão contar com uma equipe mínima composta por um ou dois profissionais de saúde de nível superior e dois profissionais de nível médio, capacitados para o diagnóstico, o tratamento e as intervenções na área de educação em saúde que se fizerem necessárias. O acompanhamento antropológico, principalmente das atividades voltadas para a educação, é imprescindível para o sucesso do programa, considerando as complexas especificidades culturais envolvidas nesta questão.

A equipe de campo deverá ainda estar suficientemente preparada e instrumentalizada para o atendimento das demais demandas de saúde que surgirem, haja visto a enorme desassistência que ocorre na região e a desejável integração das ações de saúde.

Devido à modalidade de relação inter-étnica existente entre os Tukano e Maku, à proximidade geográfica existente entre estes povos e ao padrão epidemiológico apresentado pelo tracoma, torna-se inconcebível a possibilidade de ações específicas e exclusivas voltadas somente para os Maku. É indispensável que o programa contemple atuações conjuntas e diferenciadas em relação aos grupos étnicos envolvidos.

A equipe de campo deverá procurar mapear os casos em que se fazem necessárias intervenções cirúrgicas corretivas, de modo que se possa planejar o deslocamento dos pacientes para a sede do município de São Gabriel ou para outros centros regionais (Pari, Taracuá, Iauaretê), onde o programa deverá montar uma estrutura que seja capaz de atender estas demandas.

O princípio, portanto, que norteará o programa contemplará as estratégias recomendadas pela OMS, visando a educação sanitária (com ênfase para a higiene facial), mudanças ambientais (saneamento intra e peri domiciliar, suprimento adequado de água), efetivação de cirurgias corretivas e aplicação de antibioticoterapia (SAFE).

Em relação à esta última estratégia é fundamental que a escolha recaia sobre a **Azitromicina** administrada em dose única, garantindo a aderência ao tratamento¹³. Ensaio realizados com a **azitromicina (preconizada na dose única de 1 grama para adultos ou 20 mg/kg de peso corporal/dose) em algumas regiões do mundo com alta prevalência de tracoma (Marrocos, Tanzânia, Austrália, Gâmbia, Egito, Arábia Saudita)**, indicam uma eficiência da droga igual ou superior à tetraciclina sem que tenham sido detectadas maiores complicações derivadas do uso desta terapia. Ainda que não existam

Papuri (famílias Tukano e Maku), no rio Aiari (grupos Arawak, bacia do Içana) e área da estrada (próxima à São Gabriel). Segundo informações do Instituto para o Desenvolvimento Sanitário, ONG que trabalha com os Yanomami, não foram detectados casos de tracoma nesta população.

¹³ Experiências prévias realizadas pela SSL indicam o insucesso de tentativas de tratamento por longo prazo, motivadas, entre outras razões, por questões culturais bastante complexas. Doenças de caráter insidioso (como a tuberculose e o tracoma) são frequentemente associadas à "feiticeira" pelos indígenas do Rio Negro.

evidências de agravos provocados pelo uso de azitromicina em gestantes ou nutrizes, a utilização da droga nestes casos deverá ser parcimoniosa, preferindo-se, eventualmente, a eritromicina nestas ocasiões. De acordo com experiências prévia já realizadas, consideramos que a repetição da dose após 12 meses da primeira tomada, durante a reavaliação anual dos casos de tracoma, deverá otimizar o impacto provocado por esta medida.

É desejável ainda que o programa promova a integração de atividades de pesquisa junto às demais ações, como modo de garantir o monitoramento das atividades bem como o aprofundamento do conhecimento da patologia, contribuindo para que sejam efetivadas eventuais correções que se fizerem necessárias para o sucesso do programa.

Recursos humanos e financeiros devem ser assegurados para o processo de implementação inicial do programa cuja duração propomos ser de dois anos, cujos objetivos iniciais seriam do seguinte modo distribuídos:

1º ANO:

- capacitação dos profissionais da rede pública de serviços em relação ao tracoma.
- capacitação dos profissionais que irão atuar em campo.
- viagens à campo, com duração média de 25 dias, para as áreas afetadas pelo tracoma, objetivando o mapeamento diagnóstico, a antibioticoterapia em massa e a individual quando se fizer necessária e a implementação e coleta de subsídios para as ações voltadas para a educação em saúde. O número mínimo¹⁴ de viagens deve ser de uma viagem ao Rio Papuri, uma viagem para as comunidades Maku de Santo Atanásio e Cabari¹⁵ e 3 para o Rio Tiquié. As viagens deverão conjugar as atividades específicas do programa às demais ações de atenção primária à saúde que se fizerem necessárias.
- mapeamento dos casos que necessitarem de correções cirúrgicas e início de efetivação das mesmas.

2º ANO :

- segunda rodada das viagens à campo, avaliando o impacto das medidas tomadas e concretizando novas intervenções que se fizerem necessárias, incluindo a 2ª etapa de antibioticoterapia em massa.
- implementação e ênfase em atividades pedagógicas, incluindo a formatação de materiais didáticos culturalmente adaptados.
- continuidade das intervenções cirúrgicas.

¹⁴ A disposição das viagens obedece à critérios geográficos e populacionais, cada viagem sendo dimensionada para cerca de 20 comunidades e 1000 habitantes. É importante ainda que as estratégias das viagens levem em consideração a territorialidade e a mobilização tradicional dos diversos grupos, prevenindo que comunidades tratadas entrem em contato com outras comunidades ainda não atingidas pelas ações do programa.

¹⁵ Deve-se averiguar a possibilidade das comunidades de Santo Atanásio e Cabari serem atingidas pelo programa concomitantemente às atividades de imunoprevenção a serem realizadas nestas localidades, devido às condições de difícil acesso.

Acreditamos que, garantida a efetivação das diretrizes propostas, seja alta a possibilidade de ocorrer uma grande redução da morbidade do tracoma na região, contribuindo para que as ações consequentes sejam realizadas dentro da rotinas dos próprios serviços públicos locais, garantindo a sustentabilidade do programa.

Frente ao exposto, gostaríamos de detalhar as metas, os objetivos, as estratégias fundamentais e as necessidades de insumos relativas à presente proposta, iniciando porém com um rápido perfil das instituições que assinam este documento e as respectivas atribuições a que se propõem, indicando ainda as necessidades não cobertas pelas mesmas e que serão necessárias serem articuladas junto aos demais órgãos de saúde.

1.5 INSTITUIÇÕES PROPONENTES DO PROGRAMA

a) Associação Saúde em Limites

A Associação Saúde Sem Limites, organização não governamental brasileira com sede em São Paulo, que acumula experiências no desenvolvimento de ações de saúde junto à populações de difícil acesso, atua no Rio Negro há dois anos, conveniada à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. Os eixos de atuação estão direcionados para a capacitação de recursos humanos indígenas na área de saúde e assessoria às organizações indígenas. Os trabalhos de campo da SSL são concebidos na perspectiva de ações de saúde eminentemente preventivas executadas em conjunto com os agentes indígenas de saúde, buscando o aprimoramento e a adequação das medidas de saúde pública à realidade local.

A equipe local é composta por três profissionais de saúde, dois deles diretamente envolvidos com as atividades de campo, além de um antropólogo que acumula vasta experiência na região, particularmente em relação aos Maku e Tukano.

O Projeto Rio Negro tem assegurado até março do ano 2000 financiamento externo¹⁶. O planejamento para o ano de 1999 inclui viagens ao Rio Tiquié onde serão implementadas ações voltadas prioritariamente para a tuberculose, o tracoma e as parasitoses digestivas. A SSL atua ainda nos rios Papuri, Uaupés e Aiari.

A infra estrutura local consiste em: 2 casas de apoio, 1 escritório regional, 2 botes de alumínio, 2 motores de popa, 2 sistemas móveis de radiofonia. São disponíveis ainda recursos para contratação de motoristas e compra de combustível e medicamentos básicos. Até fevereiro de 1999 a SSL construirá uma base de apoio avançada no Rio Tiquié para o suporte às atividades desenvolvidas nesta região.

A instituição se propõe, desde que sejam assegurados os recursos necessários para o programa de controle de tracoma, a dispor de sua capacidade operacional já instalada para a execução das ações de saúde descritas para o 1º ano de implementação do programa, coordenando as atividades em geral, principalmente aquelas a serem desenvolvidas em campo. O envolvimento da

¹⁶ Os recursos são provenientes do Governo Britânico, União Européia e da agência de cooperação internacional Christian Aid. A SSL mantém parceria com a ONG britânica Health Unlimited.

instituição no 2º ano dependerá da captação de novos recursos que sejam capazes de assegurar a manutenção dos trabalhos em desenvolvimento no Rio Negro.

b) Centro de Saúde Escola “Dom Walter Ivan”

O Centro de Saúde Escola “Dom Walter Ivan” é uma instituição não governamental, fruto de uma iniciativa da Diocese de São Gabriel da Cachoeira. Tem suas ações voltadas prioritariamente para a capacitação de recursos humanos locais na área de saúde, incluindo aqui os Agentes Indígenas de Saúde da região.

A principal fonte de recursos do Centro de Saúde Escola é proveniente de um convênio firmado com a Fundação Nacional de Saúde, atualmente em processo de renovação.

O Centro de Saúde possui estruturas para atividades pedagógicas (salas de aula, retro projetores, máquina fotocopadora) e para atendimentos ambulatoriais. Mantém ainda acomodações para a estadia de profissionais visitantes.

A instituição se propõe a ceder suas instalações, apoiando as atividades pedagógicas planejadas para o programa, dispondo ainda de seus ambulatórios para a efetivação de procedimentos cirúrgicos especializados bem como de suas acomodações para a hospedagem de profissionais externos.

c) Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

O Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto vem desenvolvendo atividades em São Gabriel da Cachoeira, em parceria com instituições locais, desde o ano de 1997 (rastreamento oftalmológico na sede do município em junho de 1997 e pesquisa do tracoma no rio Tiquié em julho de 1998).

A instituição manifesta interesse em garantir o suporte técnico para as áreas de monitoramento e pesquisa relativas ao programa, bem como enviar profissionais para São Gabriel da Cachoeira para as atividades de capacitação e para a execução de procedimentos especializados.

d) Elementos a serem articulados junto à outras instituições

Para o 1º ano de programa é necessária a garantia de aporte dos medicamentos específicos (no caso, a azitromicina) bem como a seleção e o preparo de profissionais de saúde de nível médio para as atividades de campo. Ainda existe a necessidade de organizar a vinda e estadias de especialistas em São Gabriel da Cachoeira, fornecendo passagens aéreas e ajudas de custo. Todos estes itens encontram-se devidamente dimensionados no planejamento financeiro adiante apresentado.

Deverão ser garantidas ainda a remoção para São Gabriel da Cachoeira ou para os demais centros regionais de pacientes sequelados que necessitarem de intervenções cirúrgicas.

Seria importante ainda a colaboração da Aeronáutica, propiciando o

eventual transporte aéreo dos especialistas para os centros regionais distantes da sede do município. Os centros regionais de Pari Cachoeira e Taracuaá contam com instalações suficientes para o atendimento ambulatorial além de pistas de pouso e frequentes vôos para o suporte dos pelotões de fronteira.

Para o 2º ano do programa, como não está garantida a continuidade do envolvimento da SSL, deverão ser contempladas todas as necessidades do programa, explicitadas em suas diretrizes e em seu planejamento financeiro.

2. O PROGRAMA DE CONTROLE DO TRACOMA

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Assegurar a redução progressiva das taxas de incidência e prevalência do tracoma na região, através da execução de ações de saúde integradas e adaptadas às especificidades regionais.
- Capacitar recursos humanos da região para ações que visem o diagnóstico, tratamento e vigilância em relação ao tracoma.
- Pesquisar o comportamento epidemiológico do tracoma na região, fatores determinantes da patologia e o potencial de impacto das medidas de saúde pública a serem executadas, objetivando um melhor monitoramento e conhecimento da patologia.
- Capacitar os agentes indígenas de saúde para o desenvolvimento complementar das ações concernentes ao controle da doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) População Tukano - Rio Tiquié

- capacitar, em serviço, os Agentes Indígenas de Saúde do Rio Tiquié, com atividades educativas e práticas que visem o diagnóstico, a prevenção, medidas terapêuticas e vigilância epidemiológica em relação ao tracoma.
- realizar a busca ativa de casos de tracoma, principalmente nas comunidades próximas à aldeias Maku e naquelas em que existem escolas compartilhadas pelas crianças de ambas as etnias.
- garantir o monitoramento dos casos de tracoma no Rio Tiquié.
 - obter subsídios para a elaboração de materiais didáticos, culturalmente adaptados.
- elaborar e aplicar instrumentos capazes de definir os fatores condicionantes da patologia na região, objetivando a adequação das medidas de saúde pública.
- desenvolver, durante as estadias em área, a supervisão global das atividades executadas pelos Agentes de Saúde, estimulando e otimizando a inserção dos mesmos no contexto da saúde pública regional.

b) Populações Hupdë/Yohupdë (família Maku) dos Rios Tiquié e Papuri e grupo Dâw

- realizar a busca ativa de casos de tracoma em todas as comunidades Maku, instituindo medidas terapêuticas que deverão considerar o tratamento em massa com azitromicina VO, nas situações em que este se fizer necessário.
- realizar atividades comunitárias, com acompanhamento antropológico, objetivando o melhor conhecimento das representações culturais e demais aspectos correlatos ao tracoma, visando gerar subsídios para as práticas de educação em saúde que se fazem necessárias para a prevenção, o controle e a erradicação da doença.
- avaliar o impacto das medidas tomadas, retornando anualmente às comunidades, reavaliando as taxas de incidência e prevalência do tracoma .
- mapear e referenciar para São Gabriel da Cachoeira casos de seqüela que necessitem de intervenções cirúrgicas.
- elaborar e aplicar instrumentos capazes de definir os fatores condicionantes da patologia na região, objetivando a adequação progressiva e constante das medidas de saúde pública.

c) Profissionais de saúde que atuam na região

- promover a capacitação em relação ao tracoma de todos os profissionais de saúde que atuam na região (médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) através da promoção de eventos em São Gabriel da Cachoeira e Iauaretê.

2.3 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

a) Realização de cursos de capacitação para profissionais de saúde da região

- 01 curso com duração de 5 dias em São Gabriel da Cachoeira
- 01 curso com duração de 7 dias em Iauaretê
- 01 curso específico para profissionais que irão atuar em campo, em São Gabriel da Cachoeira, com duração de 7 dias.
- 01 curso, com duração de 5 dias, para agentes indígenas de saúde (em São Gabriel).

b) Atividades visando o diagnóstico e tratamento de casos em áreas afastadas da sede municipal

- 03 viagens/ano (duração aproximada de 25 dias por viagem) para o Rio Tiquié nos anos de 1999 e 2000, compostas por um ou dois profissionais de saúde de nível superior e 2 profissionais de saúde de nível médio.

- 01 viagem/ano para o Rio Papuri (duração aproximada de 25 dias) nos anos de 1999 e 2000, compostas por um ou dois profissionais de saúde de nível superior e 02 profissionais de saúde de nível médio.
- 01 viagem/ano para as comunidades de Santo Atanásio e Cabari (duração aproximada de 8 dias), preferencialmente concomitantes às atividades de imunoprevenção.

c) Atividades visando a capacitação de recursos humanos locais para ações especializadas, avaliação técnica do programa e realização de procedimentos cirúrgicos necessários:

- Estadia de dois oftalmologistas em São Gabriel da Cachoeira durante 15 dias, 2x/ano, nos anos de 1999 e 2000.

d) Produção de materiais Educativos

- Produção e implementação de cartilhas e materiais informativos culturalmente adaptados no ano 2000.

2.4 ASPECTOS METODOLÓGICOS:

a) Cursos de capacitação para profissionais de saúde

- Os cursos de capacitação para profissionais de saúde da região deverão contemplar os seguintes temas relacionados ao tracoma: epidemiologia, questões sócio culturais, fatores condicionantes, diagnóstico clínico e laboratorial, estratégias terapêuticas e preventivas. Aos profissionais que irão executar atividades em campo deverá ser garantida a plena capacitação para o diagnóstico, tratamento e classificação por estágios dos casos de tracoma.
- É desejável ainda que os profissionais especialistas propiciem o treinamento de médicos ou profissionais de enfermagem que atuam à nível local para a execução de procedimentos especializados.

2.5 ANEXOS

- I. Cronograma de ações
- II. Dados censitários
- III. Fotografias
- IV. Bibliografia

ANEXO I

CRONOGRAMA INDICATIVO DE AÇÕES

ANO 1998

SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Concepção, apresentação e discussão do programa.	Período pré-operacional: concepção do programa, articulação interinstitucional.	Período pré-operacional: seleção de profissionais de nível médio, viagem da SSL ao Rio Tiquié, implementação da base de apoio no Rio Tiquié, Organização do curso de capacitação.	

ANO 1999

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Curso de capacitação em São Gabriel da Cachoeira	Viagem ao Rio Tiquié		Viagem ao Rio Papuri Capacitação em Iauaretê		Viagem ao Rio Tiquié

JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
	Viagem ao Rio Tiquié	Avaliação do andamento das ações e planejamento para o ano 2000.	Formatação de materiais didáticos e estratégias pedagógicas.		

OBS.: Falta o planejamento do atendimento das comunidades de Santo Anatasio e Cabari.
A estadia de especialistas para a execução de cirurgias será planejado conforme o andamento do programa e as necessidades levantadas.

ANO 2000

O Planejamento de atividades (viagens à campo, cirurgias corretivas, atividades de educação em saúde, etc.) será realizado conforme as metas atingidas e os problemas detectados no decorrer de 1999.

ANEXO II

Dados censitários dos grupos Hupdê, Yohupdê e Dâw e relações com os grupos Tukano*

Comunidade	Grupo	População estimada	Escola compartilhada	Proximidade em relação aos Tukano	Estimativa da população Tukano envolvida
-Rio Tiquié:	-	-	-	-	-
-Boca do Umari	Hupdê	46	Não	Sim	60
-Jabuti	Hupdê	19	Sim	Sim	18
-Santa Rosa	Hupdê	08	Sim	Sim	25
-Cabari	Hupdê	18	Não	Não	-
-Sítio Pomba	Hupdê	06	?	Não	20
-Sítio Pombo	Hupdê	22	?	Não	40
-Tocandira	Hupdê	17	Sim	Sim	39
-Piracema	Hupdê	06	Sim	Sim	32
-São João	Yohupdê	22	Sim	Sim	40
-N. Fundação	Hupdê	180	Não	Não	-
-Embaúba	Hupdê	31	?	Não	35
-São Luís	Hupdê	19	Sim	Sim	50
-Duhtura	Yohupdê	31	Sim	Sim	24
-São Joaquim	Yohupdê	60	Não	Não	-
-Barreira	Hupdê	100	Sim	Sim	20
-Boca de Estrada	Hupdê	13	Sim	Sim	47
-Iakdeh/Iraiti	Hupdê	20	Não	Não	-
-Kayadeh/Iraiti	Hupdê	19	Não	Não	-
-Ig. Samáuma	Yohupdê	08	Não	Não	-
-Ig. Taracua	Hupdê	80	Não	Não	-
-Ig. Cunuri	Yohupdê	30	Não	Não	-
-Ig. Machado	Yohupdê	15	Não	Não	-
-Ig. Ira	Yohupdê	80?	Não	Não	-
-Rio Papuri:	-	-	-	-	-
-Uaguá	Hupdê	100	Não	Não	-
-Uirapixuna	Hupdê	21	Sim	Sim	-
-Stª Cruz do Turi	Hupdê	28	Sim	Sim	22
-Camoti	Hupdê	40	Não	Não	-
-Esteio	Hupdê	09	Não	Não	-
Santo Antônio	Hupdê	29	Sim	Sim	33
São João	Hupdê	21	Sim	Sim	10
Pinu Pinu	Hupdê	57	Sim	Sim	40
Outras:	-	-	-	-	-
Cabari	Hupdê	100	Não	Não	-
Santo Atanásio	Hupdê	280	Não	Não	-
Sítio do Américo	Hupdê	10	Não	Não	-
Grupo Dâw	Dâw	80	Não	Não	-
TOTAL	-	1595	-	-	565

(*) O nome das comunidades não corresponde à autodenominação dos grupos Maku, porém indicam, em muitos casos, a localização geográfica com referências à igarapés ou aldeias de outras etnias. As estimativas populacionais não são precisas devido à mobilidade populacional que existe na região.

ANEXO II - DADOS DEMOGRÁFICOS GERAIS (1996)

Os dados demográficos colhidos por diversas fontes apresentam-se incongruentes devido, entre outras razões, aos movimentos populacionais que ocorrem na região.

A área de atuação do Projeto da SSL abrange uma população estimada de 8.506 habitantes, distribuídos em 224 comunidades que correspondem à 15 etnias e 11 línguas.

Segue abaixo o quadro com os dados censitários, áreas de cobertura dos AIS em relação à população e comunidades estimadas, as etnias presentes e suas línguas correspondentes.

Quadro 1

Dados censitários da área de abrangência do Convênio SSL/FOIRN - Out/Dez 96¹.

REGIÃO	**AIS	*POP. EST	COB. AIS	*COM. EST	COB. AIS	ETNIA	LÍNGUA
AIARI	12	909	769	30	19	BW-KB	BW-KB
PAPURI	05	1021	1237	29	25	TK-DE TU-PI KA-TA Mahu	TK DE TU PI-KA Mahu
BAIXO E MÉDIO UAUPÉS	06	1985	575	54	11	TK DE-WA Mahu TA-PI BA-AR	TK DE Mahu PI NH
ALTO UAUPÉS	4	1092	816	26	19	WA-TK DE-KB PI-TA	WA-TK DE-KB PI
TIQUIÉ	11	3228	1405	81	32	TK-DE TU-MA MA-MN MI-BS KA-TA	TK-DE TU-MN Mahu Mayo
BALAIÓ	02	271	271	4	4	TK-DE	TK
TOTAL	40	8506	4353	224	110	15	11

Estão inclusos no quadro os afluentes dos rios Uaupés (5), Papuri (5) e Tiquié (12). Incluem-se, também, 1.250 indivíduos Hupdê e 275 Yohupdê nos dados dos rios Tiquié, Uaupés e Papuri. Serão apresentados no Quadro 2 os dados censitários das áreas não abrangidas pelo Projeto de Saúde da SSL.

¹ POP EST. = População Estimada

COB. AIS = Cobertura do AIS em relação à população e comunidades - Fonte - Questionários SSL NOV/1996

COM. EST. = Número de comunidades estimadas

Fonte: * Banco de Dados ISA/FOIRN - 2ª versão preliminar de ABR/96, calculadas segundo as fontes mais recentes.

** Lista FNS - DSY/AM - SET 96

ANEXO II – DADOS DEMOGRÁFICOS (1996)

Quadro 2

Dados censitários das áreas não abrangidas pelo Projeto de Saúde da SSL ¹⁷

RIO	POP. EST.	COM. EST.	AIS	ETNIAS	LÍNGUAS	ASSOCIAÇÃO	MISS.
IÇANA	4000	90	18	BW BA TA KR KB WK	BW NH KB WK	OIBI ACIRI AMAI	Evang Catol
NEGRO	3199	246	17	BA BW TK TA AR DE PI MA SI KR Caboclos	NH TK BW WK MA KR	AIP ACIRNE CACIR COIMRN ACIBRN	Catol
TRAÍRA APAPORIS	289	12	0	MA-yo TK DE TU Caboclos	TK MA-yo	COGIRC	Evang
XIÉ	700	43	4	BA BW WK	NH BW WK	ACIRX	Evang
TOTAL	8459	391	39	13	7	10	-

Os dados do Rio Negro incluem o Rio Curicuriari com estimativa populacional de cerca de 85 habitantes . Os dados do Rio Negro não incluem SGC (população estimada entre 8000 a 12000 hab.), Cucuí (770 a 1608 hab.) e área do Balaio. Não incluem também a região do Baixo Rio Negro, pertencente ao município de Sta. Isabel. A população total estimada destas áreas, incluindo SGC e Cucuí, situa-se entre 17.245 a 22.152 habitantes.

¹⁷ POP. EST. = População Estimada

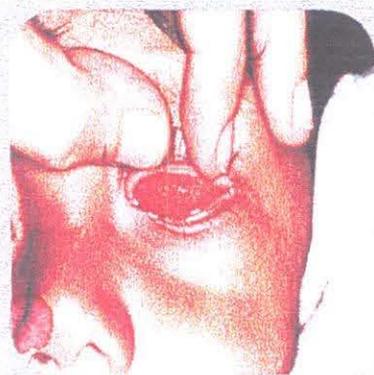
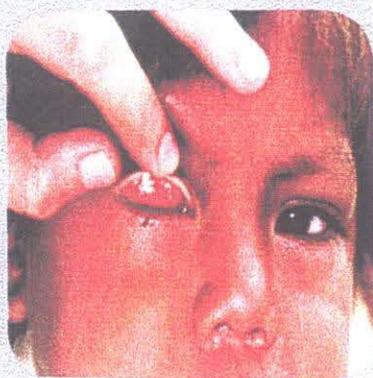
COM. EST. = Número de comunidades estimadas

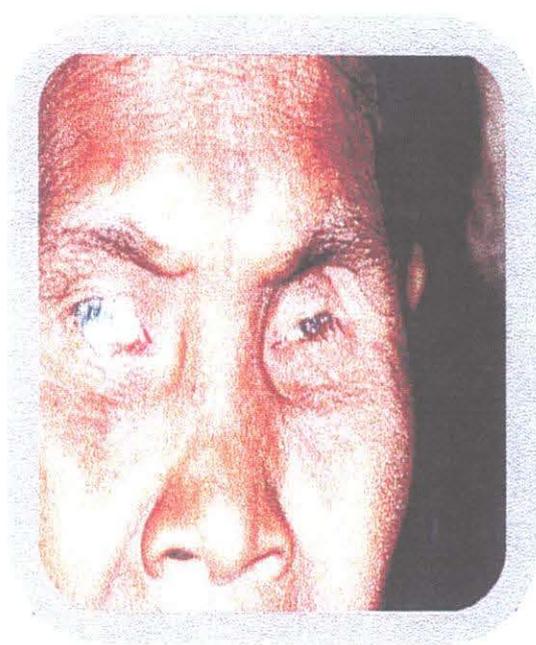
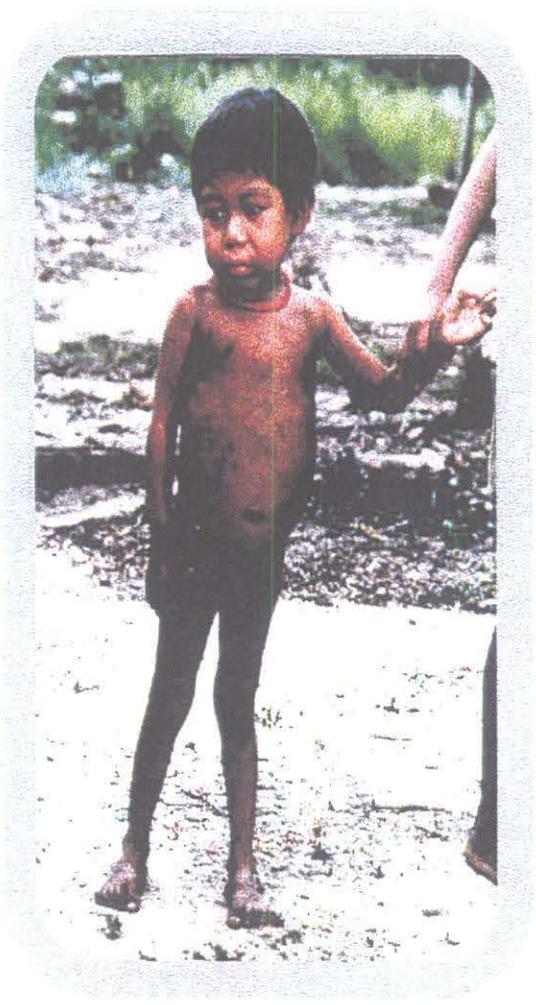
Fonte: Banco de Dados ISA/FOIRN - 2ª versão preliminar - ABR/96. Lista de AIS FNS - DSY/AM - SET/96

ANEXO IV

BIBLIOGRAFIA

- Athias R., Selau M.G., Verdum R. (1984)- Levantamento de saúde da população Hupdê, mimeo.
- Athias, R. (1998) - Doença e Cura: Sistema médico e Representação entre os Hupdê-Maku da Região do Rio Negro, Amazonas, in Horizontes Antropológicos, UFRGS, Porto Alegre ano 4 no. 9 (pp 237-259)
- Centro de Saúde Escola Dom Water Ivan (1998) – Relatório semestral de atividades, mimeo
- Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde (1996) – Manual de Controle do Tracoma.
- Oliveira N, Machado M., Argentino S., Athias R. (1997)- Considerações sobre a saúde na região dos rios Uaupés, Tiquié, Papuri, Aiari e Áreas Hupdê (-Relatório I - Fevereiro)
- Oliveira N, Machado M., Argentino S., Athias R. (1997)- Considerações sobre a saúde na região dos rios Uaupés, Tiquié, Papuri, Aiari e Áreas Hupdê (-Relatório II - Setembro)
- Thorn, F, Cruz, AV, Machado AJ, Chaves, R (1997) – Refractive status of indigenous people deep within the Amazon rain forest, mimeo
- Ximenes, Ana P. (1998) – Relatório Sobre a Pesquisa de Tracoma nas Comunidades de Nova Fundação e Barreira, mimeo
- World Health Organization/The Edna McConnell Clark Foundation/ Helen Keller International/ The International Centre for Eye Health. Francis V., Turner V. (1995) – Achieving Community Support for the Trachoma Control: a Guide for District Health Work.
- World Health Organization / Programme for the Prevention of Blindness and Deafness/WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma (1996) (1997) (1998) – Planning for the Global Elimination of Trachoma (GET), Report of the First Meeting of the WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma, Report of the Second Meeting of the WHO Alliance for the Global Elimination of Trachoma
- World Health Organization (1996) – Lucha contra el trachoma: perspectivas. Informe de una Reunión Científica Mundial.





Relatório de atividades de campo da equipe SSL Rio Negro-AM
setembro de 1997 a dezembro de 1998

Sumário

1. Atenção Primária à Saúde

- 1.1 Viagens a campo
- 1.2 Busca ativa de tuberculose
- 1.3 Mapeamento do tracoma
- 1.4 Construção da base de apoio

2. Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS)

- 2.1 Supervisão em campo
- 2.2 Reformulação curricular
- 2.3 Curso de Agentes Indígenas de Saúde
 - 2.3.1. Assembléia dos Agentes Indígenas de Saúde

3. Assessoria à Foirn, AAISARN e Associações de Base

4. Outras Atividades

- 4.1 Planejamento Integrado da FNS
- 4.2 Encontro Macro-Regional Norte de Saúde Indígena
- 4.3 Encontro de Mulheres do Distrito de Yaueretê
- 4.4 Colaboração na estruturação do Grupo em Saúde de SGC
- 4.5 Reuniões do Conselho Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE ATIVIDADES - PERÍODO DE SETEMBRO 1997 À DEZEMBRO DE 1998.

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.1 VIAGENS A CAMPO

As atividades de Atenção Primária à Saúde desenvolvidas pela equipe da SSL são realizadas através de viagens periódicas às áreas de abrangência do Projeto Rio Negro e constituem a base das ações de supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde.

Durante o período foram realizadas 08 viagens a campo nas regiões dos rios Uaupés, Aiari, Papuri e Tiquié. O quadro abaixo demonstra o consolidado das atividades realizadas em campo:

Nº de viagens	8
Nº Atendimentos	1.709
Comunidades Visitadas	114
Agentes Supervisionados	34
Permanência em campo	160 dias
Nº de Profissionais*	10

* Este número refere-se aos profissionais fixos da SSL e à participação de consultores

Além da assistência médica e de enfermagem e das atividades de supervisão de agentes de saúde realizadas durante as viagens, foram detectados, também, problemas de saúde mais complexos.

Em três comunidades do alto Tiquié, no mês de novembro de 1997, foram detectadas a ocorrência de uma epidemia de provável etiologia viral (São Domingos) e a possibilidade de ocorrência pregressa de febre tifóide (São Pedro e Boca do Umari Norte). Em São Domingos, haviam 06 (seis) pessoas acometidas pela patologia, apresentando sintomas como febre diária, inapetência, emagrecimento, mialgia generalizada e micropoliadenia cervical e axilar. A doença tinha um curso de 03 à 05 semanas. Em relação às comunidades de São Pedro e Boca do Umari Norte foi feito um levantamento de morbimortalidade, registrando-se a ocorrência de 08 óbitos entre os meses de fevereiro e agosto de 1997, com histórias de quadros agudos e sub agudos de diarréias de características invasivas. A equipe da SSL procedeu a orientação dos familiares e dos agentes de saúde, que atuam nessas comunidades. Posteriormente, fez a notificação desses casos para a Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Nacional de Saúde (ESAI-SGC). As causas dessas patologias não foram suficientemente esclarecidas, apesar de um dos pacientes de São Pedro ter sido submetido à exames clínicos e laboratoriais na sede do município de São Gabriel da Cachoeira.

Ainda durante essas viagens, os pacientes com casos mais graves são encaminhados, na maioria das vezes, para São Gabriel da Cachoeira, pois os centros regionais continuam com estruturas insuficientes para atender esse tipo de demanda. Dessa forma, o sistema de referência e contra-referência do município, constitui-se ainda num problema a ser equacionado, uma vez que o mesmo funciona de modo precário. As remoções de caráter urgente, que necessitam de transporte aéreo devido as características inerentes à região, são as mais críticas, sendo raras as oportunidades em que esse serviço é oferecido à população.

Em novembro de 1998 a equipe da SSL realizou também o registro em fichas individuais, de 64 pessoas da comunidade de Santa Aparecida, no Igarapé Cunuri do Rio Tiquié, contando com a colaboração de um médico da Secretaria Municipal de Saúde.

A seguir apresentamos o registro da morbidade observada nas regiões dos rios Aiari, Papuri, Médio e Alto Uaupés e Tiquié. Nesta tabela não estão incluídos os registros da população Hupdê, os quais serão apresentados posteriormente.

Tabela 1. Morbidade Registrada nos rios Aiari, Papuri, Médio e Alto Uaupés e Tiquié – set/97 à nov/98 – Equipe SSL

FAIXA ETÁRIA	< 1 ANO	1-4 ^a	5-14 ^a	15-49a	50 e +	TOTAL
MORBIDADE						
Dç. Aparelho Respiratório	18	69	51	35	46	219
Gripe	17	58	33	21	15	144
Otite		3	3	2	1	9
Amigdalite				1		1
Pneumonia	1	6	3		7	17
Tosse Crônica		1	10	10	23	44
Outros		1	2	1		4
Dc. Aparelho Digestivo	12	149	232	184	124	701
Diarréia	4	18	7			29
Parasitoses Digestivas	8	131	225	172	116	652
Síndrome Dispéptica				12	8	20
Afecções Dermatológicas	10	30	29	24	9	102
Escabiose	2	14	8	2	1	27
Impetigo	3	6	5	1		15
Lesões Fúngicas	5	8	9	14	8	44
Abcessos				2		2
Outros		2	7	5		14
Afecções Oftálmicas	4	6	4	4	17	35
Conjuntivite	3	3	3	1	2	12
Tracoma						0
Amaurose por Tracoma						0
Outras Afec. Oftálmicas	1	3	1	3	15	23

Af. Sistema Músculo Esquelético	0	5	1	41	81	128
Lombalgia				10	11	21
L.E.R.				7	21	28
Dç. Degenerativas				1	17	18
Dç. Reumatológicas				4	6	10
Outros		5	1	19	26	51
Outras Afecções						
Cefaléia			2	8	8	18
Anemia		8	5	8	7	28
Ferimentos			2	6	3	11
Malária Vivax		1	2		1	4
Malária Falciparum						0
Malária Mista						0
Odontalgia		2	9	2		13
Infecção Urinária		2	1	8	5	16
Acidente Ofídico				2	1	3
DST				2		2
Desnutrição Protéico Calórica	1		1		2	4
Outros	1	5	11	35	18	70

Conforme é possível notar na tabela 1, a morbidade registrada nas regiões de atuação da SSL, mantém-se com os mesmos padrões dos dois anos anteriores.

As doenças do aparelho digestivo acometem a maioria da população e a conduta da equipe da SSL de realizar o tratamento em massa com antiparasitários de amplo espectro tem se baseado nas recomendações da OMS¹ para populações expostas maciçamente às parasitoses digestivas, orientando que, num primeiro momento de atuação, deve-se proceder a redução da carga parasitária nas comunidades, sendo que as medidas de saneamento básico e de educação em saúde devem ser efetivadas numa perspectiva mais a longo prazo. O estudo de Carga Global de Doenças (Murray et al:1996) também revela que a anemia ferropriva é a doença responsável pela segunda maior causa de incapacidade, acometendo 4,7% da população mundial.

Em relação às doenças do aparelho respiratório, o número de tossidores crônicos verificado sugere que o problema da tuberculose nas comunidades do interior, necessita de uma abordagem mais complexa. Quanto à este tema específico, estaremos discorrendo sobre o mesmo no tópico Busca Ativa de Tuberculose.

Outro grupo de doenças que também chama a atenção são as afecções do sistema músculo-esquelético, que aparecem em número expressivo, sugerindo

¹ Z.S. Pawlowski, G.A. Schad e C.J. Stott – Infecção y Anemia por Anquilostomas – Posibilidades de Prevención y Lucha – OMS – 1992.

a necessidade de iniciar-se atividades relacionadas à saúde ocupacional, visando o estudo dessa abordagem entre populações indígenas e a aplicação de medidas preventivas adequadas à realidade.

1.2 BUSCA ATIVA DE TUBERCULOSE

No mês de junho de 1998, foram realizados, nas comunidades localizadas entre Cunuri e Bela Vista (rio Tiqué), a atividade de busca ativa de casos de tuberculose e o mapeamento do tracoma.

Conforme descrito em relatórios anteriores da SSL, esses problemas específicos deveriam ser melhor dimensionados para que, posteriormente, pudessem ser tomadas medidas adequadas, em conjuntos com as demais instituições que atuam em saúde na região.

Em relação à tuberculose, foram realizados exames de baciloscopia, nos sintomáticos respiratórios das comunidades ribeirinhas de Cunuri, São José I e II, Floresta, Santa Luzia, São Luís, Santo Antônio, São João, Jandu, São Sebastião, Bela Vista, Nova Fundação, Barreira e Santa Aparecida sendo estas três últimas habitadas pelos indígenas das etnias Hupdë e Yohupdë.

O trabalho consistiu em: orientação da comunidade acerca do trabalho a ser realizado, exame clínico dos sintomáticos respiratórios, a partir dos registros do banco de dados da SSL, aferição do peso dos pacientes, coleta supervisionada de três amostras consecutivas de escarro, nas primeiras horas da manhã, confecção e coloração das lâminas. As lâminas foram feitas em duplicata para serem coradas e lidas também no serviço de Controle de Tuberculose da SEMSA.

O quadro abaixo demonstra o consolidado das atividades relativas à busca ativa de tuberculose.

Nº de comunidades visitadas	17
Sintomáticos respiratórios examinados	66
Nº de exames de BK	264
BK positivo	Zero
Pacientes com forte suspeita clínica	7

Em todos os exames realizados não foram encontrados baciloscopias positivas para tuberculose. Esse fato nos remete à considerações a respeito do Controle da Tuberculose em áreas indígenas.

A extinta Unidade de Atendimento Especiais (UAE) da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, até o ano de 1986, era a responsável pelo controle da tuberculose em áreas indígenas. Em artigo publicado em 1988, o Dr. José A.

Nunes de Miranda et al². relatam a experiência da referida Unidade, ao longo de 30 anos, nas áreas indígenas do Mato Grosso, demonstrando as dificuldades para a efetivação do controle da endemia. Nesse artigo estão descritos o número de baciloscopias, de exames radiológicos e demais ações atinentes ao programa, incluindo a capacitação de recursos humanos para atuarem junto às populações indígenas. Durante esse período foram realizados 27.500 exames baciloscópicos e 1.531.956 exames radiológicos, visando o controle da doença. Os autores destacam que os exames radiológicos eram realizados em ocasiões especialmente selecionadas, no entanto o número desses exames é bastante expressivo, denotando que seu uso como auxílio diagnóstico é bastante relevante.

As experiências desenvolvidas pela Unidade de Saúde e Meio Ambiente (USMA) do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, relativas ao controle da tuberculose na região do Parque Indígena do Xingu, também apontam para a necessidade da realização de exames subsidiários, principalmente nos pacientes que apresentam forte suspeita clínica e que mantêm o exame de escarro persistentemente negativo.

Aliado a esses aspectos, os dados oficiais relativos ao controle da tuberculose no estado do Amazonas, indicam que o município de São Gabriel da Cachoeira é detedor de uma das maiores taxas de incidência de tuberculose no Brasil, sendo que em 1997 o referido coeficiente atingiu a marca de 374 casos por 100.000 habitantes³.

A partir das considerações acima mencionadas, a experiência da SSL no rio Tiquié demonstrou, igualmente, que a abordagem do controle da tuberculose na região deve incluir ações que permitam ampliar as possibilidades de diagnóstico, através do aperfeiçoamento da oferta e melhorando o acesso da população aos serviços de saúde. Conforme está descrito anteriormente, existem 7 pacientes nessa região, que possui uma população aproximada de 3.000 pessoas, que estão com forte suspeita clínica de tuberculose, com exames de escarro negativos. Os serviços de saúde regionais de Pari-Cachoeira e Taracua, não dispõem de aparelhos de Raio X, para o auxílio diagnóstico e a remoção de pacientes para São Gabriel, torna-se difícil, pelas dificuldades de acesso ao centro urbano inerente à essa região.

Mesmo que fosse possível a remoção desses pacientes com forte suspeita clínica, em termos de controle da doença, existe ainda a necessidade de avaliação dos comunicantes, caso fosse comprovada a presença do bacilo de Koch.

Dessa forma existe a necessidade premente da articulação entre as instituições de saúde da região, para que seja efetivado um programa de controle da tuberculose, com ações diferenciadas para esta região, para que o problema seja adequadamente dimensionado e que medidas cabíveis sejam tomadas.

² Miranda, J. A. S. N, Hautequest, A. F., Costa, D. C. – Programa de Controle da Tuberculose em Área Indígena – Saúde em Debate, 1988, p.22-23.

³ Fonte: Programa de Controle de Tuberculose/AM

1.3 MAPEAMENTO DO TRACOMA

Em atividade concomitante à busca ativa de tuberculose foi realizado o mapeamento do tracoma nas comunidades situadas entre Cunuri e Bela Vista, no rio Tiquié. Conforme registrado nos relatórios anteriores da SSL, a situação do tracoma nessa região encontrava-se em estado alarmante, principalmente entre os indígenas Hupdê e Yohupdê habitantes das regiões interfluviais do rio Tiquié.

Através da cooperação firmada entre a SSL e o Departamento de Oftamologia da Faculdade de Medicina da Ribeirão Preto, foi possível dimensionar o problema do tracoma, sendo realizado o exame oftalmológico em 198 indivíduos Hupdê, sendo que desse total 73 eram crianças na faixa etária de 0 à 10 anos, nas comunidades de Nova Fundação e Barreira. Essa amostragem é representativa de 12,4% do total da população Maku⁴ e permitiu auferir o caráter hiperendêmico da doença. A taxa de prevalência é de 55% e o quadro geral encontrado pressupõe medidas de intervenção em massa.

Os desdobramentos dessa atividade direcionaram-se para a elaboração de uma proposta, pelo período inicial de 02 anos, para o controle do tracoma na região, em conjunto com o Departamento de Oftamologia da USP-Ribeirão Preto e Centro de Saúde Escola Dom Walter Ivan, que contempla as estratégias recomendadas pela OMS no controle à doença, a saber: educação sanitária, mudanças ambientais (saneamento intra e peri domiciliar, suprimento adequado de água), efetivação de cirurgias corretivas e aplicação de antibióticoterapia. Essas ações serão desenvolvidas de forma conjunta com as demais atividades de atenção primária à saúde, sendo diferenciadas em relação aos grupos étnicos envolvidos. Para a adequada sustentabilidade da proposta, as instituições públicas de saúde (FNS e SEMSA) devem estar envolvidas nesse processo.

A proposta considera também a formação de recursos humanos da rede pública de saúde em relação ao tracoma, para o trabalho de campo e para as ações relativas às cirurgias corretoras, prevendo, igualmente, a extensão dessas atividades para as demais comunidades Maku dos rios Tiquié e Papuri.

As instâncias governamentais responsáveis pela saúde do índio nos níveis local, regional e federal (ESAI/FNS, SEMSA, FUNAI) foram devidamente notificadas quanto à extensão e gravidade do problema do tracoma, sendo que até o momento não se posicionaram oficialmente à respeito.

1.4 CONSTRUÇÃO DA BASE DE APOIO

⁴ Para maiores detalhes ver o documento PROPOSTAS PRELIMINARES PARA UM PROGRAMA DE CONTROLE DO TRACOMA INCIDENTE ENTRE A POPULAÇÃO INDÍGENA DO RIO NEGRO. SSL, SET/98

De acordo com o planejamento efetuado pela equipe da SSL, no mês de outubro de 1998, iniciou-se a construção de uma base apoio para os profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho da equipe e aperfeiçoar o treinamento em serviço dos agentes de saúde da região do rio Tiquié.

Foram realizadas uma série de discussões junto aos agentes de saúde, lideranças e comunidades, para a escolha do local de instalação da referida base. O local determinado foi a comunidade de São José II, que situa-se num ponto estratégico do rio Tiquié, de onde é possível alcançar, em cerca de duas horas as comunidades existentes entre Cunuri e Bela Vista, possibilitando maior flexibilidade no desempenho das atividades de saúde na região. Até o início do próximo ano, pretende-se equipar o local com um sistema de radiofonia, um laboratório para baciloscopia de escarro e hemoscopia para a malária e um sistema de transporte constituído por uma voadeira e um motor de popa.

2. FORMAÇÃO DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

2.1 SUPERVISÃO EM CAMPO

A supervisão dos agentes de saúde foi feita através da presença dos profissionais de saúde da equipe nas comunidades visitadas. Durante o período foram supervisionados 34 agentes de saúde. As atividades consistem em atender as pessoas das comunidades sempre trabalhando conjuntamente com o agente e no estudo dos temas abordados nos cursos de formação afim de que as dúvidas sejam esclarecidas.

Os agentes de saúde do rio Tiquié participaram da atividade de busca ativa de tuberculose e nessa oportunidade foram trabalhados os temas de anamnese, exame físico,

2.2 REFORMULAÇÃO CURRICULAR

Além das atividades de supervisão em campo com os 34 AIS da área da abrangência do projeto Rio Negro, a equipe da SSL participou intensamente do processo de discussão relativo à formação dos agentes de saúde de toda a região do Alto Rio Negro.

Durante os dias 05 à 07 de agosto de 1998 as instituições que atuam diretamente com a formação dos agentes (FNS, SEMSA, Centro de Saúde Escola Dom Walter Ivan, FOIRN, AAISARN, SSL e Instituto para o Desenvolvimento Sanitário), reuniram-se para avaliar o processo de formação dos mesmos. Nesta oportunidade, foram discutidos os aspectos mais importantes que envolvem a formação dos AIS como: critérios de seleção, viabilização do ingresso de novos agentes de saúde, distribuição dos agentes de saúde na região, propostas para a reorientação da formação, avaliação do processo de capacitação e de supervisão dos agentes, necessidades de infra-estrutura básica para o trabalho dos agentes de saúde

e dimensionamento de um adequado sistema de referência e contra-referência.

Estas discussões vieram de encontro às proposições que a SSL vem, paulatinamente, levantando através de sua experiência prática, desenvolvida com as organizações indígenas, agentes de saúde e com as instituições ligadas à formação dos AIS, ao longo de dois anos de trabalho na região.

Os resultados dessa Oficina de Discussão sobre a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde refletiram no consenso das instituições quanto à unificação dos critérios para a seleção, capacitação e supervisão dos agentes de saúde e geraram subsídios para a estruturação do currículo mínimo para os AIS. A síntese da avaliação do processo de capacitação e supervisão está descrita no quadro abaixo⁵.

CAPACITAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE

ATUAL	SUGESTÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio de conteúdos teóricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação dos AIS na elaboração dos conteúdos/currículo
<ul style="list-style-type: none"> • Pouco adequada à prática 	<ul style="list-style-type: none"> • Estágios práticos em SGC (CSE, ambulatório da SEMSA, laborat. De malária da FNS, Caso do Índio)
<ul style="list-style-type: none"> • Cursos centralizados na sede do município 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização enfatizando atividades práticas na área
<ul style="list-style-type: none"> • Carga horária e tempo de formação não definidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir carga horária mínima, aliada à um Plano de Capacitação dos AIS, que contemple os caminhos da profissionalização
<ul style="list-style-type: none"> • Esparsa (anual) e modulada 	<ul style="list-style-type: none"> • Redimensionar os cursos de formação. • Unificar os treinamentos (FNS/SEMSA/CSE), considerando as especificidades culturais Yanomami e Hupdê.
<ul style="list-style-type: none"> • Programação definida previamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do currículo dos AIS. • Os instrutores devem conhecer a realidade das áreas. • Cursos com temas específicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação, junto com os AIS, no final dos treinamentos para sugerir conteúdos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudar técnicas alternativas de educação. • Avaliação supervisionada em área e centralizada.
<ul style="list-style-type: none"> • Valorização da língua 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade da valorização da língua nos cursos e nos materiais didáticos.
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à medicina tradicional 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o uso da medicina tradicional, através de cursos específicos

SUPERVISÃO DOS AGENTES DE SAÚDE

ATUAL	SUGESTÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência de supervisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de profissionais trabalhando com os AIS em área.
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão indireta pela FNS 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação dos serviços da FNS local.

⁵ Relatório da Oficina de Discussão sobre a Formação de Agentes Indígenas de Saúde - Região do Alto Rio Negro - SGC/ago 1998.

	priorizando o acompanhamento em área.
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão direta de 34 AIS pela SSL e 09 pelo IDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Padronização das ações de supervisão, respeitando as especificidades culturais.
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão durante a imunização 	<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar as ações de supervisão, integrando os AIS nas atividades de imunização.
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão da Diocese na área 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a rede instalada de profissionais de nível médio para as ações de supervisão.
	<ul style="list-style-type: none"> • Integração ensino-serviço.
	<ul style="list-style-type: none"> • Viagens específicas para realizar a supervisão.
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração, por parte das instituições responsáveis pela supervisão, de cronograma de supervisão de AIS
	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de AIS diferenciados para a coordenação de pólos-base.

A reformulação curricular foi debatida amplamente, durante os dias 10 à 14 de agosto incluindo a participação das instituições que iniciaram o processo na região (FNS/Universidade do Amazonas), sendo delineados os princípios e diretrizes para a formação dos agentes de saúde, a metodologia que norteará os cursos, a estrutura dos conteúdos e as formas de avaliação e supervisão.

Os avanços dessas discussões estão na proposta de currículo integrado com carga horária definida, elaborado de forma a contemplar as áreas técnica, política e pedagógica; na inclusão de conteúdos teórico-práticos em cursos com número menor de agentes de saúde visando o melhor aproveitamento por parte da clientela e na elaboração de mecanismos participativos de avaliação e supervisão dos alunos.

Esse momento foi também bastante oportuno tendo em vista a implantação no município do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), através da Secretaria Municipal de Saúde, no mês de junho. Esse programa tem sido desenvolvido em regiões carentes, principalmente na região do Nordeste brasileiro e está concebido para a atuação dos agentes comunitários diretamente ligados à rede municipal de saúde, pressupondo a existência de equipes profissionais em atuação conjunta com os agentes, de acesso aos serviços de saúde e de sistemas de referência e contra-referência estabelecidos.

A realidade da região amazônica, no entanto, aponta para a necessidade de um redimensionamento do programa, tendo em vista as dificuldades de acesso aos serviços inerentes à própria região, a escassez de recursos humanos qualificados para o acompanhamento dos agentes e a precariedade do sistema de referência e contra-referência. A articulação entre a coordenação local desse programa e as instituições que executam as atividades de formação de agentes, se faz necessária para que os devidos ajustes sejam efetuados.

O primeiro passo dessa articulação se deu com a parceria estabelecida entre a coordenação do programa, AAISARN, CSE, FNS e SSL, durante a organização e realização do 1º Curso do PACS no mês de novembro. Foram realizadas discussões sistemáticas no sentido de contribuir com os aspectos metodológicos, técnicos e logísticos. Procurou-se também efetivar a proposta de currículo integrado, visando a unificação do processo de formação dos agentes de saúde.

2.3 CURSO DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

O curso de formação dos agentes de saúde foi realizado no período de 26 de agosto à 04 de setembro de 1998 e contou com a participação de x AIS. Esta atividade caracterizou-se por promover a participação dos agentes de saúde no processo reformulação das diretrizes de sua formação. O tema central do curso foi a Reformulação Curricular. Outro tema abordado foi a Descrição de Atividades pertinentes aos limites de atuação dos agentes.

A equipe da SSL também participou dessa atividade, em conjunto com as instituições responsáveis pela formação dos agentes, ficando um de seus profissionais diretamente envolvido na organização, elaboração dos planos de aula, no acompanhamento dos agentes mediante a ministração de aulas para um dos grupos e na elaboração do relatório do curso.

Em relação ao tópico Reformulação Curricular foram debatidos com os alunos o conceito, as propostas oriundas da Oficina de Discussão e do Curso de Capacitação Pedagógica e a avaliação dos agentes de saúde em relação à formação. Houve consenso por parte dos alunos acerca da necessidade de cursos teórico-práticos, com um número menor de temas por curso e sugeriram alguns temas para serem contemplados no currículo. Do mesmo modo, o tema denominado Descrição de Atividades foi discutido com os alunos procurando-se adaptar as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para os programas de saúde à realidade encontrada na região do Rio Negro.

2.3.1 ASSEMBLÉIA DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

Após o curso foi realizada a Assembleia Anual dos Agentes Indígenas de Saúde, promovida pela AAISARN e FOIRN. A SSL colaborou, em conjunto com as demais instituições, em termos de discussão junto à diretoria da AAISARN quanto a organização dos tópicos a serem abordados durante a reunião e na elaboração dos instrumentos para a facilitação das discussões. Estiveram presentes nesse evento representantes da FNS/ESAI de Manaus, do Ministério da Saúde pelo Programa Nacional de DST/AIDS, os coordenadores locais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e demais instituições que atuam em saúde no município.

Nessa oportunidade foram discutidas as questões locais de saúde destacando-se a formação dos agentes do PACS, o desempenho do

Conselho Municipal de Saúde, os problemas com os repasses do Fundo Municipal de Saúde e as dificuldades com a infra-estrutura básica necessária para a execução das atividades dos agentes de saúde nas comunidades (transporte, salários, falta de medicamentos básicos, entre outros). Outros temas abordados foram a continuidade das atividades do Projeto DST/AIDS, iniciadas pelo CSE Dom Walter Ivan/Universidade do Amazonas; o Fórum Nacional de Saúde Indígena que estava previsto para o mês de novembro de 1998 e o andamento do convênio entre a FNS e a FOIRN.

As propostas para a Reformulação Curricular dos cursos de formação dos agentes de saúde foram referendadas nessa Assembléia.

3. ASSESSORIA À FOIRN, AISARN E ASSOCIAÇÕES DE BASE

Durante o período referente à este relatório, as atividades de assessoria prestada pela SSL às organizações indígenas estiveram voltadas, de modo especial, para a celebração de novo convênio a ser firmado entre a FNS e a FOIRN.

As primeiras reuniões para o esboço da proposta de convênio foram realizadas no mês de outubro de 1997, passando por discussões com a diretoria da Federação, com os agentes de saúde, com as lideranças indígenas e com os representantes da FNS.

Enquanto as discussões preliminares iam sendo feitas, a equipe da SSL elaborou o relatório técnico do primeiro convênio que compreendia um período de 06 meses de atividades de mobilização comunitária, educação em saúde, incluindo um consolidado da morbidade registrada pelos 78 agentes de saúde ligados ao convênio⁶.

Houve um grande desgaste por parte da diretoria da FOIRN, na qualidade de proponente e executora da proposta, devido aos contornos de lentidão que caracterizaram o andamento do processo. Aliado a isso, as atividades ligadas ao convênio sofreram uma grande descontinuidade pelo lapso de tempo transcorrido entre o término do primeiro convênio (março de 1998) e assinatura do segundo. Os agentes de saúde foram diretamente prejudicados, uma vez que o convênio contempla também o pagamento de bolsas comunitárias aos mesmos por suas atividades de Atenção Primária à Saúde realizadas nas comunidades.

Em outubro de 1998, finalmente, a proposta foi aprovada e os recursos financeiros começaram a ser repassados no mês seguinte. A equipe da SSL colaborou nas primeiras atividades administrativas relativas ao convênio e elaborou um cronograma de atividades até o mês de março de 1999. A partir dessa data deverão ser iniciadas as atividades de mobilização comunitária e educação em saúde previstas na propostas. Para o início do próximo ano estarão sendo oficializadas as parcerias entre a FOIRN e demais instituições

⁶ Ver Relatório Técnico do Convênio nº 193/96 – FNS/FOIRN

que atuam em conjunto com a federação para a realização dos objetivos do convênio.

4. OUTRAS ATIVIDADES

4.1. PLANEJAMENTO INTEGRADO DA FNS

Nos últimos anos a Fundação Nacional de Saúde, através das Equipes de Saúde do Índio (ESAI) tem promovido o Planejamento Integrado com o objetivo de promover a política governamental de descentralização das ações de saúde, através do estímulo à execução de atividades integradas junto as instituições municipais e órgãos não-governamentais.

Em dezembro de 1997, durante 04 dias, a equipe da SSL participou dessa atividade juntamente com as demais instituições de saúde que atuam no município. Foi feito um curso introdutório acerca do Planejamento Estratégico e na sequência, iniciaram-se os trabalhos de discussão sobre os problemas de saúde da região, quais as estratégias para equacioná-los, o cronograma de execução das atividades e o papel de cada instituição. A questão do planejamento orçamentário, que permitiria dimensionar com mais clareza os objetivos reais a serem alcançados, não foi abordada nessa ocasião.

Os desdobramentos desse planejamento ficaram muito aquém do esperado, especialmente, no tocante à capacidade de execução da ESAI local, o que expressa a condução política contraditória do nível central. A proposta de descentralização das atividades não está acompanhada, até o momento, da descentralização de recursos financeiros que sejam adequados para a resolução gradativa dos problemas de saúde encontrados no município.

No ano de 1998 esta atividade não foi realizada no município.

4.2 ENCONTRO MACRO-REGIONAL NORTE DE SAÚDE INDÍGENA

Realizado em Manaus, durante os dias 23 à 28 de maio de 1998, esse Encontro foi promovido pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS, e pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e contou com a participação representantes indígenas e das instituições que atuam em saúde. A equipe da SSL foi convidada a participar desse evento na mesa redonda sobre Perspectivas para a Saúde dos Povos Indígenas.

Em linhas gerais as resoluções emanadas desse Encontro apontam para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, reconhecimento do trabalho dos agentes indígenas de saúde e no referendo à realização do II Fórum de Saúde Indígena, com data prevista para primeiro trimestre de 1999.

4.3. ENCONTRO DE MULHERES DO DISTRITO DE YAUARATÊ

Em relatórios anteriores da SSL foram assinaladas as preocupações da equipe quanto a elaboração de uma estratégia de abordagem para os problemas de Saúde da Mulher na região, que fosse capaz de contemplar além das necessidades de saúde propriamente ditas, as especificidades culturais.

A tônica do processo de formação dos agentes de saúde e a atuação dos profissionais nas comunidades do interior, está voltada para os problemas de saúde de maior incidência na região, nos quais ainda não estão incluídos os aspectos de Saúde Reprodutiva, por exemplo. As primeiras atividades nesse sentido, foram realizadas no período do curso de formação de agentes de saúde em 1997, cujo tema eram as DST/AIDS e contou com a participação de um grupo de mulheres. No entanto, a atuação preponderante foi com os agentes de saúde, que em sua maioria são do sexo masculino, implicando no caráter de multiplicador das informações em saúde, pelas características culturais dos grupos étnicos do Rio Negro.

Informações básicas acerca dos indicadores da Saúde da Mulher, como as taxas de natalidade, de fecundidade geral, de mortalidade materna da população indígena feminina do município, não estão sistematizadas de forma que se possa traçar o perfil de saúde desse grupo específico.

A partir dessas considerações e de discussões com a antropóloga Marta Azevedo, da UNICAMP, que vem desenvolvendo um trabalho na região que procura abordar as questões que envolvem a Saúde da Mulher, foi realizado o I Encontro de Mulheres do Distrito de Yauaretê, nos dias 26 a 30 de outubro de 1998, com a colaboração da SSL. O processo de concepção desse encontro partiu de uma demanda inicial das mulheres do Distrito de Yauaretê relacionada com os problemas enfrentados durante o trabalho de parto. O evento contou com a participação de aproximadamente 100 mulheres, predominando a faixa etária dos 35 aos 50 anos (confirmar isso), sendo realizado no próprio distrito, com uma etapa de preparação de 02 semanas, facilitando a participação da clientela.

Nessa oportunidade foram discutidos os seguintes temas:

- O corpo da mulher
- A primeira menstruação
- Gravidez, parto e pós-parto
- Problemas da gravidez
- Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

A dinâmica do encontro propiciou a participação ativa das mulheres, através das conversas acerca dos temas abordados, na elaboração de cartazes que expressaram o conhecimento das mulheres sobre o próprio corpo, suas experiências práticas no acompanhamento dos partos e também o conhecimento e utilização das práticas tradicionais de cuidados à mulher. Determinados conceitos e idéias, foram traduzidos por algumas participantes em momentos que em este recurso se fazia necessário.

A continuidade dessa atividade contempla necessariamente a elaboração de uma proposta para a realização de ações de saúde, direcionadas para os problemas específicos das mulheres, adaptando-se as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao Programa de Saúde da Mulher, associadas sempre de atividades de Educação em Saúde.

4.4 COLABORAÇÃO NA ESTRUTURAÇÃO DO GRUPO DE ESTUDOS EM SAÚDE DE SGC

A estruturação do Grupo de Estudos em Saúde se deu a partir das propostas referendadas nos fóruns de discussão sobre a formação dos agentes de saúde, que já foram mencionados nesse documento e da preocupação dos profissionais que atuam diretamente com as questões de saúde da região no sentido prestar a devida colaboração técnica, no planejamento e execução das ações de saúde e possibilidade de diálogo franco que propicie o crescimento profissional e humano.

Os objetivos do Grupo são os seguintes:

- Unir os profissionais que atuam na região, ligados à área da saúde, independente de seu vínculo institucional, nível de formação, preferências políticas, partidárias ou religiosas, visando o estudo e a viabilização progressiva de propostas adequadas de saúde pública, potencialmente exequíveis e sustentáveis.
- Gerar subsídios para o planejamento integrado de ações de saúde a ser desenvolvido a nível interno das instituições bem como a nível das instâncias de decisão (coordenações municipais, regionais e nacionais das diversas instituições e conselhos de saúde).
- Gerar propostas para uma política adequada de recursos humanos voltada para ações básicas de saúde, enfatizando a formação de agentes de saúde e de profissionais de nível médio, buscado assegurar à todos os profissionais envolvidos as condições de trabalho necessárias à seu bem estar e ao desenvolvimento de suas atividades.
- Elaborar um cronograma de atividades necessárias ao desenvolvimento dos objetivos propostos, sistematizando um banco de dados e banco bibliográfico unificados que sirvam de apoio ao desenvolvimento dos estudos e propostas.

Os temas iniciais propostos para estudo contemplam:

- Plano de Capacitação e Grade Curricular para os Agentes Indígenas de Saúde;
- Plano de necessidades e distribuição de medicamentos básicos
- Concepção e planejamento de rede física e do Sistema de Referência e Contra-referência;
- Programas de saúde adaptados às especificidades regionais;

- Padronização do Sistema de Vigilância Epidemiológica;
- Concepção e planejamento de ações de Saneamento Básico;
- Imunoprevenção;
- Política de Recursos Humanos;

As reuniões tem acontecido mensalmente, no Centro de Saúde Escola Dom Walter Ivan. Nesses primeiros meses, os participantes estão discutindo a grade curricular para os agentes de saúde e sistematizando o banco bibliográfico sobre os temas a serem estudados.

4.5 REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A SSL tem participando mensalmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, como representante das ONGs do município. Uma das principais dificuldades enfrentadas, durante esse o período a que se refere esse documento, diz respeito ao não cumprimento, por parte da prefeitura municipal, da lei que determina o repasse mensal de parte da arrecadação do município ao Fundo Municipal de Saúde. Em diversas reuniões este o tema principal, uma vez que as ações de saúde programadas pela Secretaria Municipal ficaram muito prejudicadas, por falta de verbas para executá-las.

A equipe da SSL prestou assessoria às lideranças indígenas esclarecendo os problemas decorrentes dessa atitude do poder público municipal, propiciando a mobilização da diretoria da FOIRN, de líderes das comunidades e dos agentes de saúde no sentido da reivindicação desse direito assegurado pela Constituição brasileira.

As reivindicações foram encaminhadas ao representante do Ministério Público do município, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

COLABORADORES

Ana Paula Ximenes - oftalmologista - USP-Ribeirão Preto

Antônio Roberto Santana – enfermeiro

Aline Costa - enfermeira

Douglas Rodrigues - médico sanitaria - UNIFESP

João Gustavo Negrão - médico

Milton Schimit – médico – Secretaria Municipal de Saúde

Saúde Sem Limites

Sumário

- 1. Saúde Sem Limites home page**
 - 1.1. Atividades**
 - 1.2. Missão e objetivos institucionais**
- 2. Considerações sobre a saúde indígena na região dos rios Uaupés, Tiquié, Papuri, Aiari e áreas Hupdê (relatórios I e II)**
- 3. Interim report Project Phase 1: April 1996 – December 1997**
- 4. Annual report: April 1997 – March 1998**
- 5. Atividades de campo da equipe SSL Rio Negro-AM (setembro de 1997 a dezembro de 1998)**
- 6. Programa de Controle do Tracoma**
- 7. Análise das representações de doenças contagiosas entre os Hupdê-Maku do Alto Rio Negro (Amazonas)**
- 8. Termos de referência para avaliação do programa da Associação Saúde Sem Limites no Rio Negro/AM**