

CEDI - P. I. B.
DATA 24, 06, 86
COD. 05106

RETROSPECTIVA E ATUALIDADE DA SAÚDE DOS ÍNDIOS XIKRIN E
GAVIÃO. NECESSIDADES PRESENTES E FUTURAS FRENTE AO
PROJETO CARAJÁS

JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO
Professor Adjunto, Doutor, do Departamento
de Medicina da Escola Paulista de Medicina

I N D I C E

	Página
INTRODUÇÃO	1
ALGUNS ASPECTOS DAS MOLESTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS POSTERIORES AO CONTACTO COM A CIVILIZAÇÃO OCIDENTAL	2
EVIDÊNCIAS DE INFECCÕES NA POPULAÇÃO XIKRIN	5
DOENÇAS QUE MERECEM MAIOR ATENÇÃO ENTRE OS GAVIÃO	9
NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA ATUANTE CONTRA A MALÁRIA, A TUBERCULOSE E AS INFECCÕES CATARRAIS QUE SE ASSOCIAM ÀS GRIPES	13
ENFERMAGEM QUALIFICADA, FARMÁCIA, ENFERMARIA E GABINETE DENTÁRIO. REMOÇÃO DE DOENTES	16A
VACINAÇÕES ENTRE OS XIKRIN	19
VACINAÇÕES ENTRE OS GAVIÃO	23
DEMOGRAFIA ENTRE OS XIKRIN	27
NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA ATUANTE CONTRA AS INFECCÕES PARASITÁRIAS E INFECCÕES INTESTINAIS	28
RESERVAS EXTENSAS COM PRESERVAÇÃO DAS FLORESTAS E RIOS	31
PREVENÇÃO DAS MOLESTIAS DA CULTURA OCIDENTAL OU INDUSTRIAL	34
CONTINUIDADE DO PROJETO DE SAÚDE	41
CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, expomos a nossa experiência e os conhecimentos sobre a saúde dos Índios Xikrin e Gavião.

Abordamos as moléstias infecciosas e parasitárias frente ao contacto com a civilização ocidental, as vacinações, algumas alterações da demografia. Fazemos considerações sobre a necessidade de um saneamento básico, de preservação das florestas e rios livres dos invasores, de melhoria das condições de saúde.

Levantamos o problema das moléstias degenerativas do ocidente, relacionadas com a aculturação alimentar e o progresso industrial, frente ao desenvolvimento por que passará a região diante do Projeto Grande Carajás.

Propomos uma série de medidas visando a melhoria do caráter assistencial e a prevenção de moléstias do Ocidente.

ALGUNS ASPECTOS DAS MOLÉSTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS POSTERIORES AO CONTACTO COM A CIVILIZAÇÃO OCIDENTAL

As características epidemiológicas próprias das populações indígenas da América e as condições sócio-econômicas, são responsáveis pela queda e gravidade do estado de saúde dos índios, após o contacto com a civilização ocidental^{2,12}.

80% da alta mortalidade verificada entre grupos primitivos ao sarampo, à varíola, à influenza, às pneumonias e à tuberculose, não é ocasionada por uma maior atuação da hereditariedade¹². Com uma eficiente assistência médica e estrutura assistencial adequada, a mortalidade pode ser reduzida¹².

Em 1954, houve uma mortalidade de 27% pelo sarampo, entre os índios do Xingu^{4,14}. Na década de 1970, um grupo Caiapó, foi acometido pelo sarampo, e removido para o hospital da ilha do Bananal recebeu assistência médica eficiente da FUNAI com o que a taxa de mortalidade foi baixa. Infelizmente muitos grupos indígenas não recebem ou não receberam a assistência médica adequada.

Como exemplo de uma infecção, entre índios, com característica epidemiológica especial, posso lembrar a vacinação que realizei em 1969 contra o sarampo nos Suruí do Parã, com um vírus não tão atenuado como o das vacinas usadas atualmente²⁶. A vacinação de todas as mulheres, acompanhada de febre, comprometeu o trabalho e a alimentação de todo o grupo. A situação das mulheres e crianças sem alimentos trouxe-me uma grande apreensão, diante da utilização de uma vacina com

virus não tão atenuado, num grupo com economia de subsistência e com divisão de trabalho entre sexos bem definida.

Outro exemplo de infecção com característica epidemiológica especial foi a epidemia de gripe, sem assistência, que surpreendi em 1970, num grupo Gavião recém-contactado. O grupo estava numa casa coletiva, abandonado, sem ter o que comer diante da desorganização social que a epidemia ocasionou. Observei desnutrição, desidratação, diarreia, febre e vários índios em estado tóxico-infeccioso. Um adulto com todas essas complicações caiu na fogueira durante convulsão e apresentou extensa queimadura de 2º grau. O outro grupo Gavião vizinho informou-me que não podiam ceder alimentos ao grupo doente, pois se cedessem viriam a não ter alimentos de sua roça para comerem. Com a assistência médica, com a remoção dos doentes mais graves e com os alimentos comprados, somente faleceu um indivíduo; caso contrário a mortalidade teria sido grande.

Lembro-me de uma epidemia de caxumba entre os Xikrin em 1978, em que as famílias acometidas continuaram seu trabalho, indo às roças e dormindo no mato em certas ocasiões, com as parótidas aumentadas. Não houve maiores complicações pela presença do médico, pela administração da gama-globulina e pelo fato das famílias irem sendo acometidas isoladamente e não todas ao mesmo tempo. Não houve colapso na vida tribal e os Xikrin já vinham recebendo assistência à saúde, adequada, há 10 anos.

As diarréias assumem gravidade entre as crianças índias pelas condições culturais e epidemiológicas especiais. Não há aceitação da pausa alimentar pelos pais e as crianças recebem alimentos quando solicitam. As crianças acompanham as mães em todas atividades diárias e as condições de higiene são precárias.

O excesso de mortalidade entre índios a diarréia, a otite média e a faringite pode ser evitado com uma boa assistência¹². Uma jovem Xikrin com otite média foi removida a Belém, quando poderia ter sido tratada na aldeia, e lá desenvolveu meningite purulenta, vindo a falecer.

Com a fixação dos índios na aldeia próxima do Posto ou do campo de aviação ou da farmácia, há um acúmulo de detritos que favorece a infestação pelos parasitas intestinais. Com o sedentarismo e a interrupção dos períodos de semi-nomadismo, a infestação pelos vermes intestinais aumenta. Os níveis muito altos de imunoglobulina IgE, entre os Xikrin em 1976 (informação do Dr. Francis L. Black da Universidade de Yale), indicou elevada resposta imune aos parasitas intestinais sugerindo grande infestação.

A maior contaminação da água pelo sedentarismo ou fixação em aldeia definitiva e não temporária favorece a maior infecção pela Entamoeba histolytica. Os Gavião sedentarizados próximos da estrada apresentam um grau intenso de amebíase, sendo comum referirem que estão com "caimbras de sangue". Os Xavante de São Marcos e Sangradouro, com aldeias fixas há muitos anos, estão com infecção intensa de amebas.

- 4 A -

Os Xikrin estão morando em casas de barro, há um ano, na aldeia. Eles alegam que são mais quentes que as de palha e que aprenderam o exemplo dos regionais. Essas casas ' poderão vir a abrigar os triatomídeos, que se alimentando do sangue transmitem a moléstia de Chagas. Vários tipos de triatomídeos foram encontrados na região de Marabá pelo biólogo Noé Van Atzingen. As condições de casas de barro já existem ' para essa grave enfermidade que compromete o coração. Suponho que dentro das modificações que o Projeto Carajás trará para os índios, possam vir a ter casas condizentes com a saúde.

EVIDÊNCIAS DE INFECÇÕES NA POPULAÇÃO XIKRIN

Em 1970, os anticorpos para o vírus do herpes tipo 1 estavam presentes em 50% das crianças com 2 anos de idade e em 75% das crianças com 4 anos de idade³. Os anticorpos para o herpes tipo 1 e 2, para o vírus Epstein-Barr que é o responsável pela mononucleose, para o citomegalovírus, para o vírus da hepatite B e para o vírus da varicela estavam presentes e com prevalência alta em 1970³. A idade da aquisição da imunidade a esses vírus é menor do que a idade das populações urbanas que os adquirem³. Essas infecções parecem manter uma relação estável com a população Xikrin³.

Somente 3 índios Xikrin que trabalharam na coleta de castanha com sertanejos vizinhos apresentavam anticorpos contra o sarampo em 1970³. Nessa época, somente 1 índio Xikrin apresentava anticorpo contra a rubéola³. Os anticorpos contra a parainfluenza 1 estavam ausentes abaixo dos 17 anos de idade e os anticorpos contra a parainfluenza 2 eram frequentes em todas as idades³. Os anticorpos contra o poliovírus 1 somente estavam presentes em índios acima de 20 anos de idade³. Portanto os anticorpos contra o sarampo, caxumba, rubéola, influenza A₀, A₂ e B, parainfluenza 1 e poliovírus 1 estavam praticamente ausentes entre os Xikrin em 1970³.

Anticorpos para os arbovírus, febre amarela e Mayaro, foram encontrados em alta frequência entre os Xikrin³. A prevalência desses anticorpos aumentava gradualmente com a idade, sugerindo endemicidade diferente do grupo herpes vírus³.

Os anticorpos para a toxoplasmose estavam ausentes nos jovens abaixo de 15 anos de idade e presentes em adultos mais velhos, em 1970³.

Os anticorpos contra o Treponema pallidum estavam presentes e com muito alta prevalência entre os Xikrin, em 1970³. 35% dos adultos apresentaram reações positivas em ambos os testes, teste VDRL e absorção fluorescente FTA-ABS³. A falta de sinais clínicos de sífilis e pinta, sugere que os treponemas estavam presentes e bem adaptados ao seu hospedeiro Xikrin³. Um índio Kararaô, que posteriormente veio viver entre os Xikrin exibe nariz em sela. Deve ser lembrado que os Xikrin, em 1963, instalaram uma aldeia na confluência dos rios Catetê e Itacaiúnas, contaminando-se pelos regionais, os quais transformaram a aldeia em pousada^{10,17}. Nessa época houve um declínio acentuado da população^{10,17}. Seria conveniente uma nova pesquisa de sífilis entre os Xikrin.

A malária é uma enfermidade de grande morbidade entre os índios brasileiros, e de alta mortalidade entre as crianças índias não tratadas^{1,3}. Anticorpos contra os três gêneros de plasmódio, foram identificados entre os Xikrin, em 1970³. Nessa ocasião, 4 casos de doença malária pelo Plasmodium falciparum, foram observados³ em jovens sem baços aumentados. Em 1970, 38% dos Xikrin tinham baços palpáveis, o que sugeria alto grau de endemidade da malária, a qual podia ser considerada como mesoendêmica de acordo com a classificação da WHO³. A febre apresentava-se intermitente e a anemia ocasionada pela malária podia ser observada entre vários índios. Em 1976,

sòmente 2% dos índios apresentavam aumento do baço e nenhum esfregaço foi positivo, não se observando mais a febre intermitente. A malária diminuiu de intensidade nos anos seguintes contribuindo para tal: a fixação dos índios na aldeia pelo missionário católico frei José Caron⁶, que afastou os índios do contacto com os regionais; o tratamento de todos os casos que se apresentaram; a melhoria da saúde e da nutrição do grupo; a dedetização das casas.

Protasio Friel¹⁰ surpreendeu grave epidemia, possivelmente de malária, quando os índios estavam na aldeia da confluência dos rios Cateté e Itacaiúnas em contacto com os regionais. Nessa época, alguns homens ficaram com hemiparesia, que ainda podemos observar nos índios Djore, Ikrure e Kabetu.

A tuberculose também é uma enfermidade de grande morbidade entre os índios brasileiros, devendo-se dar a ela uma atenção toda especial. O aumento da prevalência da positividade das reações tuberculinicas no período de 1970-1972 e o fato de altas taxas de positividade serem encontradas em torno dos 10 anos de idade, sugeria que a infecção não havia estabelecido equilíbrio com o hospedeiro Xikrin³. Vários índios foram removidos para tratamento de saúde no Hospital Barros Barreto de Belém, entre eles: Bep-djô, Kremai, Pireñoro, Unhoro, Atoro, Aukrei, Nhokdjô, Ngreikon, Bep-kreptoi, Aboridjã, Piudjô, Bebati, Nhokoê e Robma.

Nenhum índio Xikrin apresenta sinal clínico de varíola. Em 1968, havia varíola na região de Marabá e o chefe Kokrenum dos Gavião apresenta sinais de que teve a infecção.

As infecções das vias aéreas, bronquites catarrais bacterianas e pneumonias que acompanham as gripes, são frequentes em grupos indígenas, sendo motivo de apreensão onde falta assistência à saúde e onde falta uma farmácia para essas situações de emergência. As infecções das vias aéreas contribuem para a alta morbidade e mortalidade verificada entre os índios.

As otites purulentas são frequentes entre os índios, necessitando de cuidados especiais.

Os Xikrin apresentam cáries extensas e raízes expostas, dor de dente intensa em um grande número de índios, necessitando assistência odontológica com urgência.

DOENÇAS QUE MERECEM MAIOR ATENÇÃO ENTRE OS GAVIÃO

Nos vários anos em que estive entre os Gavião, observei a malária incidindo com febre intermitente e anemia. Recentemente, em julho de 1981, presenciei vários casos de febre intermitente, posteriormente confirmados como malária no exame de sangue.

A malária voltou a se acentuar entre os Gavião, com a entrada dos trabalhadores regionais que constroem a nova aldeia. Quando os trabalhadores manifestam a malária com febre intensa, há em seguida a transmissão em cadeia entre os índios, podendo-se observar a febre aparecendo em casas vizinhas sucessivamente. Os trabalhadores regionais moram nas casas em construção e os índios moram nas casas temporárias vizinhas.

Os trabalhadores regionais que venham a trabalhar nas reservas indígenas, devem passar por exame de saúde periodicamente e devem ser retirados da área logo que adoçam, pois o que acontece é ficarem a mercê dos índios, sem dinheiro e sem alimentos para se manterem, e a contaminação prossegue.

Observei trabalhadores regionais com malária, com blenorragia, e numa certa ocasião um com hanseníase forma virchowiana (lepra), a quem dei dinheiro para que pudesse ir embora. Em certas ocasiões, os índios Gavião tomam as provi-

dencias para a remoção do trabalhador doente ou lhes adiantam dinheiro para compra de alimentos e medicamentos. Em outras situações, o civilizado recusa-se a ir embora pois não tem para aonde ir. A proximidade dos trabalhadores regionais, em caso de doença, é muito prejudicial aos índios.

Nos últimos anos tem havido um afluxo de migrantes de outros estados, à procura de terras sobretudo, à procura de madeiras de qualidade, enfim indivíduos de todos os pontos do país à procura de minério de ouro. Essa mobilização de populações de outras regiões como o nordeste em direção do sudeste da Amazônia, poderá alterar a saúde pública com o aparecimento de epidemias e a introdução de endemia, em particular a esquistossomose.

A tuberculose é outro problema que também se agrava com a proximidade dos civilizados, necessitando de uma vigilância atuante e da vacinação intradérmica. Já foram tuberculosos Supercilio, Antonio, Aianam, Kuikire, Aerompoki, Kinaré, Kaipeti e Catarino.

A disenteria amebiana com perda de sangue, está sempre presente entre os Gavião. A infecção da Entamoeba histolitica é intensa, devido a alta contaminação, necessitando de tratamento em massa do grupo indígena e saneamento.

Em 1970, o Dr. Antonio Baetas Oliveira com cargo de direção na Santa Casa de Belém, informou-me que a Índia Aikrekratati do grupo proveniente do Maranhão mostrou na autópsia, patologia do fígado esquistossomótica com cisto, possivelmente abscesso amebiano pois havia amebíase intestinal.

O grupo de Gavião proveniente do município de Imperatriz do Maranhão, sofreu inúmeras expedições punitivas por parte dos regionais, sendo que até mesmo o prefeito da cidade de Imperatriz ameaçou esses índios com uma expedição punitiva. O grupo vivia sitiado e teve inúmeras baixas ou mortes.

A diarréia pela giardíase também está presente entre os Gavião, como também as infestações por ascaris, ancilóstomos, trichiurus e estrongilóides. Segundo relato verbal de médico do hospital SESP de Marabá, os Gavião apresentam infestações por inúmeros tipos de vermes. Essa situação agravou-se pelo sedentarismo, proximidade da estrada, falta de saneamento mínimo e contacto com os regionais. Lavam roupa, limpam pratos e carne de caça, retiram água para beber, tomam banho nos mesmos locais do igarapé Mãe Maria que atravessa a estrada P.A. 70.

A blenorragia é outra patologia encontrada entre os Gavião. Há um número maior de homens que mulheres entre os Gavião. Os solteiros procuram mulheres prostitutas de Marabá ou do km 12 da P.A. 70. Em várias ocasiões tomei conhecimento dessa moléstia venérea.

Seria conveniente uma pesquisa de sífilis entre todos os Gavião.

Em várias viagens, observei furunculose repetida e disseminada entre os Gavião, atestando a presença dos estafilococcus. A furunculose foi a provável causa de osteomielite

te dos meninos Índios Xukorē e Edivan. Xukorē foi operado no Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina três vezes e Edivan uma vez, por desejo dos Índios. Edivan veio a falecer de hepatite e malária, seis meses após o seu regresso à aldeia.

Na visita com permanência entre os Gavião, em julho de 1982, notei outro caso de icterícia no Índio Aiteri e tomei conhecimento de hepatite anterior no Índio Tono.

Os Gavião queixam-se do grande número de ratos na nova aldeia. Como sabemos os ratos são transmissores de várias doenças, entre elas um tipo de hepatite grave, a leptospirose, e a peste bubônica. É conveniente uma programação de eliminação desses ratos, em grande número, que se multiplicaram pelas novas condições de aldeia fixa com acúmulo de restos alimentares.

Existem casos de doenças dermatológicas entre os Gavião. Observei vários casos de micose e dei orientação de tratamento. Notei um caso de despigmentação da pele, provavelmente vitiligo.

Há um caso de pés tortos congênito em um Índio de 1 ano de idade aproximadamente, Pemp-krore, que deve ser submetido a tratamento ortopedico corretivo.

Observei uma hérnia umbilical extensa no filho do Kuikira, Aratchore, com uns 11 anos de idade, e que deve ser submetido a cirurgia corretiva por especialista.

- 12 A -

Notei a pouca visão de Kuikaprikte, com uns 28 anos de idade aparentemente, que não caça, não corre com tora e não lança flechas. Este índio deverá ser submetido a exame oftalmológico e possivelmente receber lentes que melhorem a sua visão e que possibilitem a sua participação nas atividades do grupo.

NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA ATUANTE CONTRA A MALÁRIA, A TUBERCULOSE E AS INFECÇÕES CATARRAIS QUE SE ASSOCIAM ÀS GRIPES

Na Amazônia a malária é uma protozoose endêmica, que vem aumentando em número de doentes nos últimos anos, após a abertura de estradas e a mobilidade dos trabalhadores que ocorrem às atividades de desmatamento, agro-pecuárias e mineradoras⁵. No ano de 1978 houve 120.000 casos de malária registrados no Brasil, sendo que esse número aumentou para 140.000 casos em 1979 e 160.000 casos em 1980⁵. No trecho da rodovia Marabá-Altamira, 44% das admissões hospitalares e 39% do total de dias internações foram devidas à malária¹¹. Em 1973, 11,8% da população da região de Marabá tinha malária¹¹.

A ocorrência de casos de "malária falciparum" resistentes aos vários quimioterápicos, ao lado da grande mobilidade de trabalhadores, facilitada pelas rodovias, vem preocupando os responsáveis pelo controle dessa endemia⁵.

Se os fatores responsáveis pela manutenção dos índices elevados da infecção malária não forem sanados através de um plano estrutural e bem orientado, o desenvolvimento econômico da região amazônica, estará comprometido¹¹. Na região de Marabá, cada indivíduo com malária perdeu 14 dias de trabalho em 1974¹⁵.

A malária já ocasionou alta morbidade e mortalidade entre os índios Xikrin, Gavião, Paracaná e Suruí. A malária continua a incidir entre os Xikrin, Gavião, Paracaná e Suruí.

No período de janeiro e fevereiro de 1982, ocorreram 114 casos de malária entre os Xikrin, após a visita de um índio Gorotire portador de malária. Destes 114 casos, 113 foram pelo Plasmodium vivax e um caso pelo Plasmodium falciparum. Houve dois óbitos, o de uma criança de 5 anos de idade acometida de malária pelo Plasmodium vivax e um seu irmão de 1 ano de idade acometido pelo Plasmodium falciparum. A equipe volante de saúde da FUNAI permaneceu 15 dias entre os Xikrin. Esse surto epidêmico de malária mostra a gravidade da vinda e permanência de doentes ou portadores do Plasmodium a uma comunidade donde a doença estava sob controle, anteriormente.

Em julho de 1981, tratei de vários casos de malária entre os Gavião. O médico da Eletronorte que recolheu lâminas para exame, comprovou a presença de Plasmodium falciparum em criança da família de Alzira e Bel, e entre outros Gavião. Nessa ocasião, além da malária havia uma epidemia de gripe e vários casos de otites purulentas. O índio Kuikire do grupo Gavião mais recentemente contactado, com demora de recuperação, mostrou no exame radiológico lesão tuberculosa, demonstrando a superposição de malária, gripe e tuberculose.

Contra a malária, há necessidade de um tratamento rápido, pois o que se observa, em geral, é o recolhimento de sangue em lâmina e o envio do resultado tardiamente ou após vários dias. O doente enfraquecido fica aguardando o tratamento, agravando-se o seu estado de saúde, e contaminando outros indivíduos através do anofelino.

Kinaré e Domingos, índios Gavião com incontáveis acessos de malária, já apresentaram hematemese ou hemor-

ragia pela boca, de provável causa de varizes esofagianas secundárias e esplenomegalia com hipertensão da veia porta. Essa urgência atesta a gravidade da malária e sua morbidade entre os Gavião.

Em julho de 1981, somente numa viagem de remoção de doentes Paracanã da maior aldeia para o Hospital da Eletronorte em Tucuruí, foram 11 índios com malária e anemia intensa. Nessa ocasião, os médicos mostraram-se surpresos com a intensidade da anemia em que chegavam os maleitosos, alguns tendo que serem internados na Unidade de Terapia Intensiva, pois a hemoglobina apresentava-se em nível alarmantemente baixa. A remoção dos doentes Paracanã costumava se atrasar pelos entraves burocráticos ou pela espera de autorizações da FUNAI ou pela precariedade de conhecimentos dos atendentes de enfermagem.

A menor aldeia Paracanã, do P.I. Pucuruí, também tem sido atingida pela malária de forma persistente.

Os Suruí periodicamente apresentam malária.

A dedetização periódica das casas, o saneamento básico, a melhoria das condições econômicas e educacionais, a procura dos portadores e o tratamento dos infectados são medidas que contribuirão para o controle da endemia, além da enfermagem competente nas aldeias. Esperanças existem na obtenção de vacinas contra a malária.

A Unidade de Atendimento Especial do Ministério da Saúde deverá estar presente nas aldeias Xikrin, Gavião,

Suruí e Paracaná fazendo um rastreamento de casos de tuberculose e administrando o BCG intradérmico.

Contra as infecções catarrais que acompanham as gripes, há necessidade de um estoque permanente de antibióticos, quimioterápicos, xaropes, antitérmicos e antidiarreicos nas aldeias. Pneumonias e otites ocorrem com certa frequência. Observei três casos de otites supuradas entre os Gavião em julho de 1982, um caso de pneumonia e vários casos de diarreia.

Durante minha permanência entre os Gavião, em julho de 1982, ocorreram quatro casos de malária, somente num prazo de 4 dias.

ENFERMAGEM QUALIFICADA, FARMÁCIA, ENFERMARIA E GABINETE DENTÁRIO

Há necessidade de enfermeira/o diplomada/o permanente e qualificada/o em cada aldeia, que saiba, quando necessário, usar com eficiência os medicamentos e realizar alguns exames de laboratório.

Atualmente, nas aldeias Xikrin, Gavião, Suruí e Paracanã não há o cargo de enfermeiro/a diplomado/a, mas sim o de atendente de enfermagem com conhecimentos limitados para situações graves.

Os Xikrin estão sem atendente de enfermagem há mais de 1 ano, e não podem permanecer sem assistência de enfermagem por mais tempo. Os Índios Paracanã, que estão atualmente no rio Andorinha, estão sem atendente de enfermagem há 10 meses, com mais de 200 ocorrências de malária nesse período, contando somente com a remoção dos doentes para o hospital qualificado da região, o da Eletronorte de Tucuruí. O médico responsável pela mudança esteve 4 vezes em 1 ano, entre os Paracanã do antigo Lontra, por horas com um único pernoite, segundo informações obtidas.

Os Índios Xikrin e Gavião deverão ter enfermagem competente, eficiente e capaz, que saiba evitar os óbitos frequentes de crianças. Neste ano de 1982, já morreram 2 crianças Xikrin e 2 crianças Gavião.

Há interesse em se preparar monitores de saúde, que administrem xaropes, que pinguem os colírios e otálgicos, e que realizem a fluoretação dos dentes das crianças, que

administrem os antidiarreicos, sob supervisão de enfermeira/o preparada/o e capaz.

Em todas as aldeias deverá haver construção com material adequado para uma farmácia, uma enfermaria com 5 leitos, um gabinete dentário, edificada pela Companhia Vale do Rio Doce que possui infra-estrutura para essa realização.

As farmácias deverão estar sempre bem sortidas de medicamentos anti-térmicos, anti-álgicos, anti-maláricos, anti-diarreicos, xaropes, colírios, antibióticos e quimioterápicos, anti-micóticos, otálgicos, desinfetantes da pele, anti-hemorrágicos, anti-espasmódicos, contra vômitos, soros, anti-ofídicos, contratores da musculatura uterina, etc...

Deverá haver alimentação fornecida aos doentes na enfermaria.

Na enfermaria há necessidade de um microscópio para exame de sangue à procura de hematozoários da malária, e também para identificação de bacilos da tuberculose pela enfermeira/o qualificada/o, estufa esterilizadora, geladeira, material necessário para uma boa prática de enfermagem. Condições de higiene com água encanada na farmácia e enfermaria.

Presentemente nas aldeias Xikrin, Suruí e Paracaná, as farmácias estão em construções precárias, como a dos Xikrin em choça de palha com baratas e ratos, com água de latões retirada do rio, nas piores condições de higiene.

Anexa a enfermaria construída com material ade

quado, em cada reserva, há necessidade de um gabinete dentário, com aparelhagem simples e não sofisticada, movida a gerador (gasolina ou óleo diesel) entre os Xikrin e eletricidade entre os Gavião, donde temporariamente possa vir o dentista trabalhar de uma forma conservadora e não extraíndo os dentes somente. A maioria dos Suruí adultos já não possuem dentes para a mastigação e necessitam de um plano de prótese. Os Xikrin estão necessitando de assistência dentária com urgência, pois são inúmeros os índios adultos de ambos os sexos com grandes cáries, dor de dente recorrente e raízes expostas.

Doentes que apresentam suspeita de gravidade ou suspeita de risco de vida devem ser removidos para os hospitais regionais qualificados, o "Hospital de Carajás" para os índios Xikrin, e um hospital de Marabá como a "Clínica Manoel Mendes" para os Gavião que já recorrem a essa clínica particular para consultas e internamentos. Em casos especiais, doentes que necessitam de tratamento especializado devem ser removidos para as capitais como Belém ou S. Paulo. A Escola Paulista de Medicina, em S. Paulo, tem tradição de bom atendimento aos índios, e presta assistência médica aos índios do Parque Nacional do Xingú. Mensalmente há um avião bandeirantes da FAB, servindo o Projeto Rondon de Marabá, que faz o voo Marabá - S. Paulo e S. Paulo - Marabá, que poderia trazer ou levar algum doente.

Ngrei-kon, menina Xikrin com 10 anos de idade aproximadamente, filha de Niokbeiti, com grave deformidade da mão, por queimadura, deve ser removida para uma capital e sub

metida à cirurgia plástica corretiva.

Pemp-krore, criança com 1 ano de idade, filho do Koikuirē, com pés tortos congênito, Gavião, deve ser removido para uma capital e submetido ao tratamento ortopédico corretivo.

Kuikaprikte com pouca visão, Gavião, deve ser removido a uma capital e submetido a exame oftalmológico.

Aratchore com extensa hérnia umbilical, Gavião, deve ser removido a uma capital e submetido à cirurgia corretiva.

Há uma enfermeira para dar assistência aos índios doentes Xikrin, Gavião, Paracanã, Suruí e de outras aldeias, na sede da Ajudancia da FUNAI em Marabá. Os doentes são removidos à Marabá e alojados numa pequena casa, no terreno da Ajudancia da FUNAI, donde são deslocados para o Hospital do SESP ou para Belém. Do meu ponto de vista, a enfermeira teria que estar na aldeia e não na cidade. Na cidade ela está realizando um trabalho que compete a uma assistente social, levando e trazendo os doentes do hospital, ou um trabalho que também poderia ficar ao cargo de um atendente de enfermagem. Enquanto há uma enfermeira lotada na cidade, donde há médicos e recurso hospitalar do SESP, as aldeias Xikrin e Paracanã estão sem atendente de enfermagem há 1 ano e 10 meses respectivamente.

Para exemplificar a falta de preparo da maioria dos atendentes de enfermagem da FUNAI, nas aldeias que os possuem, posso relatar que em certa ocasião, observei que uma simples micose superficial disseminada e sem ulceração, iria

ser tratada com injeções de glucantine, requisitada com urgência, como se fosse leishmaniose. Os Índios sem saberem do problema da glucantine, já haviam pedido que eu transmitisse ao Chefe da Ajudância, e deram por escrito o pedido da Comunidade, para que o atendente de enfermagem não retornasse de suas férias para a aldeia.

Insisto que a enfermagem nas aldeias, que serão beneficiadas pelo Projeto Carajás, deve ser executada por enfermeira/o diplomada/o.

Há outro problema grave, que deve ser corrigido, o da péssima localização da Ajudância da FUNAI em Marabá, com a pequena Casa dos Doentes dando um dos seus lados para a Transamazônica, na mais intensa poeira possível no prolongado verão, com o outro lado dando para uma avenida que sai da Transamazônica com intensa poeira também. Enfim a Casa dos Doentes recebe poeira de três lados, de duas ruas e de uma rodovia trans-estadual. No terreno da Ajudância e da Casa dos Doentes, não há uma árvore a não ser duas em estado de arbusto, e portanto nenhum lazer para um Índio.

O resultado da péssima localização da Ajudância da FUNAI, em Marabá, é que os Índios se recusam a permanecer em Marabá, alguns ameaçam abandonar a Casa, outros se recusam a seguir para Belém, e no caso dos Caiapós eles saem da Casa e andam 1 km e meio aproximadamente em direção do rio Itacaiunas pescar ou tomar banho.

- 18 B -

A sede da Ajudância e Casa dos Doentes em Marabá, deve ser localizada em área com vegetação e próxima do rio Itacaiunas ou Tocantins, em terreno que pode ser cedido pela SUDAM ou Prefeitura.

Para reforçar a necessidade de uma enfermaria com 5 leitos em cada aldeia e assistida por enfermagem qualificada, cito o caso de um Índio Gavião com hepatite na Casa dos Doentes em Marabá, comendo com outros quatro Índios, usando o mesmo banheiro, sem maiores cuidados com sua louça e talheres, servindo-se da geladeira da Ajudância. Se houvesse uma enfermaria na aldeia e enfermeira, esse doente com hepatite estaria melhor localizado num leito da enfermaria da reserva, isolado dos outros e tratado pela enfermeira.

VACINAÇÕES ENTRE OS XIKRIN

Em 1968, realizei a primeira visita à comunidade de Xikrin do rio Cateté, a convite do missionário frei José Caron⁶. Constatei a vulnerabilidade dessa população indígena às moléstias infecciosas e transmissíveis da civilização ocidental, e enfatizei ao missionário a necessidade de vacinações múltiplas, uma vez que até então nenhuma vacina havia sido administrada.

O sarampo representa um risco muito grande às populações susceptíveis e isoladas^{1,26}, devendo ser lembrado que, em 1954, uma epidemia de sarampo entre 600 índios do Alto Xingu ocasionou a morte de 114 indivíduos¹. A taxa de mortalidade pelo sarampo, entre 298 índios no Xingu, foi de 27%, em 1954^{4,14}; entre 505 índios Yanomani da Venezuela foi de 8,8%^{4,13}; entre 764.000 ingleses foi de 0,02%^{4,7}.

Muitas mortes associadas ao sarampo são devidas aos invasores secundários, os quais respondem à terapêutica com antibióticos e quimioterápicos, pelo que altas taxas de mortalidade são esperadas aonde faltam serviços médicos⁴. Na epidemia de sarampo na Groelandia, em 1951, 38% das mortes ocorreram entre pessoas não tratadas com gama-globulina no período prodromico, e foram atribuídas aos invasores secundários^{4,8}.

Sómente 3 índios Xikrin, adultos, que trabalharam em fazendas vizinhas, tinham anticorpos contra o sarampo, o que mostra que o vírus do sarampo é exógeno à tribo³.

Nenhum índio Xikrin tinha anticorpos contra o tétano³.

Em 1969, submeti os Xikrin à vacina anti-vari^olica e ao BCG oral²⁷.

Em 1970, o Dr. Francisco de Paula Pinheiro do Instituto Evandro Chagas, de Belém, prosseguiu na vacinação sistemática e programada, tendo realizado a vacinação contra o sarampo e o PPD. Nessa ocasião, foi procurado o bacilo da tuberculose em diversas amostras de casos suspeitos e não foi encontrado.

Em 1972, o Dr. Francisco Pinheiro realizou a vacinação contra a rubeola, prosseguiu na vacinação contra o sarampo e aplicou a tríplice (anti-difteria, anti-coqueluche e anti-tetânica).

Em 1973, apliquei a vacina contra o sarampo, aos que não haviam recebido, anteriormente, do Dr. Francisco Pinheiro.

Em 1974 e 1975, prosegui na vacinação programada aplicando a vacina tríplice a 53 crianças, a anti-poliomielite a 166 índios e a anti-tetânica a 61 índios.

Os esquemas de vacinações contra a coqueluche, difteria e tétano foram prosseguidos em cada viagem que realizei nos anos seguintes. Auxiliou no prosseguimento das doses fracionadas, o atendente de enfermagem da FUNAI, Areoldino Costa, o qual permaneceu 5 anos entre os Xikrin.

Em 1976, os Drs. Francisco Pinheiro e Francis Black vacinaram os Xikrin contra a febre tifóide.

Em 1977, administrei as vacinas anti-sarampo, anti-poliomielite e tríplice, aos que não haviam sido vacinados por terem nascido posteriormente. Sempre contando com o apoio de todos que pudessem colaborar, contei com a ajuda do Dr. Roberto Madeiro da FUNAI, o qual providenciou o envio das vacinas, e também contei com a ajuda do Chefe de Posto da FUNAI, Fred Spati, o qual manteve a geladeira em funcionamento.

A equipe médica da FUNAI administrou a vacina intradérmica contra a tuberculose aos Xikrin.

Em julho de 1981, solicitei ao Chefe de Posto da FUNAI, Areoldino Costa, que consultasse o fichário por mim deixado e informasse quantas vacinas contra o sarampo, contra a poliomielite e tríplices seriam necessárias. Recebi as vacinas na Ajudancia da FUNAI, em Marabá, dos Srs. José Campos Ferreira Junior e Raimundo. Realizei 50 vacinações contra o sarampo, 40 vacinações tríplices, 46 anti-tetânicas e 52 anti-poliomielite.

Quando houve qualquer dúvida quanto à administração anterior de uma vacina, realizei a vacinação, uma vez que algumas famílias por certas ocasiões ausentam-se da aldeia.

Possivelmente, o grupo Xikrin do rio Cateté foi um dos grupos mais bem vacinados e imunizados contra o sarampo, a poliomielite, a difteria, o tétano, a coqueluche e a rubéola.

A preocupação com a vacinação sistemática, deve estar sempre presente, uma vez que pelo nascimento de crianças índias vão surgindo novos indivíduos susceptíveis.

Deve ser ressaltada a necessidade de um fichário na aldeia e outro na cidade com o Coordenador do Projeto, modelo usado pela Escola Paulista de Medicina no Parque do Xingu, que controle os nascimentos, vacinações e enfermidades. No trabalho em conjunto de assistência médica e vacinações, devem atuar: a enfermeira/o da aldeia; os médicos e auxiliares de saúde da FUNAI; os médicos visitantes e pesquisadores; a Vale do Rio Doce; os Postos de Saúde dos governos estaduais; e os próprios índios dos quais sempre encontramos colaboração e motivação.

O índio Atoro, que é um zelador da saúde dos Xikrin²³, é quem auxilia durante as vacinações, chamando aqueles que ainda não foram vacinados ou que nasceram posteriormente. A ele devemos agradecer a sua colaboração como integrante da equipe de saúde.

Em junho de 1982, o responsável pela chefia do Posto administrou 72 doses de vacina tríplice e 72 doses de vacina anti-poliomielite aos Xikrin.

Em julho de 1982, administramos 150 doses de vacina contra o sarampo como reforço imunizante, 150 doses de anatox anti-tetânico pois soubemos da ocorrência de caso de tétano umbilical em recém-nascido, e 72 doses de vacina tríplice aos Xikrin.

VACINAÇÕES ENTRE OS GAVIÃO

Em julho de 1969, realizei a vacinação contra o sarampo na pequena comunidade dos Gavião do km 30 da PA-70. Nessa época a população residual Gavião, remanescente de uma extinção acentuada devido ao abandono assistencial posterior à pacificação, compunha-se de 21 indivíduos, 16 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Somente não foi vacinada a mulher do João e uma sua criança, pois moravam isoladas do grupo, sendo que essa índia e sua criança vieram a falecer no ano seguinte de sarampo.

Em julho de 1970, conheci o outro grupo Gavião que foi atraído no município de Imperatriz do Maranhão, e pressionado pela madeireira CIDA, foi deslocado para a reserva de Mãe Maria no local conhecido como Maguari. Nesse local veio a ter uma depopulação de 16%, uma vez que não houve preparo anterior de roça e não houve assistência necessária. Dos 54 índios que chegaram, faleceram 9, de maneira que se reduziram a 45, 27 índios do sexo masculino e 18 do sexo feminino. A equipe volante da FUNAI havia aplicado a vacina anti-variólica, pouco antes da minha chegada. Administrei a vacina contra poliomielite.

Em julho de 1970, apliquei a vacina anti-variólica e administrei o BCG oral aos Gavião do km 30²⁷. Dois índios dessa comunidade, Kokrenum e Raimundo, contraíram a varíola quando fora da reserva e exibem as marcas da doença.

Em junho de 1971, apliquei a vacina anti-tetânica e administrei o BCG oral a 23 índios da aldeia do km 30, composta de 17 indivíduos do sexo masculino e 6 do sexo feminino. A esse grupo do km 30 juntou-se uma família do outro grupo proveniente do Maranhão, composta de 4 índias e 1 índio, para os quais apliquei a anti-tetânica e administrei o BCG oral. Essas 4 mulheres vieram recompor o grupo do km 30, para o qual faltavam mulheres, havendo nesse grupo um caso de poliandria, Alzira com seus dois maridos Kakaraúna e Beb.

Devo lembrar que o BCG oral não é eficiente como o BCG intradérmico, porém na época somente dispunha-se do oral no Brasil.

Em junho de 1971, apliquei a vacina anti-tetânica e o BCG oral a 32 índios Gavião provenientes do Maranhão, já então localizados na nova aldeia da Ladeira Vermelha. O grupo compunha-se de 21 índios do sexo masculino e 11 do sexo feminino, podendo-se notar que sofreu nova depopulação.

Em 1973, a pedido do atendente de enfermagem Geraldo Ribeiro da FUNAI, enviei por via aérea vacinas contra o sarampo, em vista do início de um surto entre o grupo do Maranhão.

Em 1975, a FUNAI realizou a vacinação contra a meningite, aplicou as vacinas tríplice e anti-tetânica.

Em junho de 1981, uma jovem índia de 12 anos de idade, Xerente, que veio com sua família morar junto com os Gavião, faleceu de meningite purulenta. Ela contaminou-se no km 12 da PA-70, aonde ia estudar diariamente na escola regio-

nal. Devo lembrar que essa família Xerente não havia sido submetida à vacinação contra meningite, pois na época não morava com os Gavião. O SESP de Marabá e a Eletronorte foram avisados e alertados, sendo que se procedeu a vacinação contra a meningite na área.

No período de 1975 a 1981, em que os Gavião se mantiveram afastados da FUNAI, as vacinações não prosseguiram dentro de um esquema bem programado.

O Projeto Rondon, do Campus Avançado da Universidade de S. Paulo, também colaborou nas vacinações.

Em julho de 1981, administrei a vacina contra o sarampo a 20 crianças e a tríplice a 33 crianças. Apliquei a 1ª dose da tríplice, e deixei a recomendação para aplicarem as doses seguintes.

Em 1980, os 2 grupos Gavião reuniram-se numa única aldeia sob a chefia de Kokrenum. Qualquer medida de assistência à saúde do grupo deve ser conversada previamente com a comunidade, o que facilita todas as medidas necessárias.

Faz-se necessária a presença de um fichário individual de vacinações e saúde dos Índios Gavião na aldeia e outro na cidade com o Coordenador do Projeto de Saúde, modelo usado pela Escola Paulista de Medicina no Parque do Xingú.

Em julho de 1982, administramos 128 BCG intra-

dermicos, 120 vacinas anti-sarampo como reforço imunizante ,
111 anatox-antitetanico e 41 vacinas triplíce aos Gavião.

DEMOGRAFIA ENTRE OS XIKRIN

Em 1968, os Xikrin eram 98 indivíduos. Em 1972, os Xikrin passaram para 141 indivíduos¹⁹, com um aumento populacional de 43,87%. Em 1975, os Xikrin passaram para 167 indivíduos, com um aumento populacional de 70,41% entre o período de 1968 e 1975. Em 1981, os Xikrin passaram para 256 indivíduos, com um aumento populacional de 161,22%, atestando uma notável recuperação. Essa recuperação populacional deve-se às vacinações, à manutenção de uma farmácia suplementar pelo envio de medicamentos que faço há 15 anos, à manutenção de eficiente atendente de enfermagem por período longo, ao isolamento dos índios da população regional, ao fornecimento de cartuchos para caça e anzóis para pesca pelo Comitê de Ajuda aos Xikrin proporcionando uma dieta proteica.

NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA ATUANTE CONTRA AS INFECÇÕES PARASITÁRIAS E INFECÇÕES INTESTINAIS

As infestações parasitárias são intensas entre os Xikrin e Gavião. Entre os Gavião, a amebíase assume gravidade. Como já foi exposto o maior grau de sedentarismo agrava as infestações parasitárias.

Sõmente conseguiremos uma diminuição das infestações parasitárias com o saneamento básico das aldeias. O saneamento compreende poços "amazonas", bombeamento d'água dos poços mais profundos, armazenamento d'água em reservatório, encanamento d'água para a proximidade das casas, fossas sépticas afastadas das casas.

Hã necessidade da construção de dois poços "amazonas" mais profundos e que atinjam o aquífero freático, bem construídos e bem revestidos, com tampas isolantes na parte superior. Supomos conveniente a construção de dois poços para cada aldeia Xikrin e Gavião.

A água dos poços deverá ser bombeada por motor óleo diesel ou gasolina na aldeia Xikrin e por força elétrica de sub-estação e ser permitida pela Eletronorte na aldeia Gavião. Aproveitando-se a sub-estação e a redução de volts das linhas da Eletronorte que passam próximas da aldeia Gavião, poder-se-ã iluminar essa aldeia.

Baseando-se em 200 litros d'água por pessoa, para a aldeia Xikrin necessitaríamos 60.000 litros por dia, enquanto que para a aldeia Gavião necessitaríamos 40.000 li-

tros por dia, o suficiente que um poço tipo "amazonas" poderia fornecer com o bombeamento de 100 litros por min.. Um poço profundo e atingindo o aquífero freático, deverá ser testado quanto a sua capacidade.

A água bombeada deverá ser armazenada em reservatório grande, clorada, e donde será distribuída em torneiras próximas das casas.

A água do reservatório deverá ser encaminhada também às fossas sépticas, com caixa de concreto onde ficarão os resíduos, com um ladrão que se comunicará com a 2a. caixa em contacto com o solo, e com uma chaminé para os gases. Fossas sépticas modernas e não as rudimentares, com mal cheiro, que tão bem conhecemos pelo interior do país. Essas fossas deverão estar longe das casas, na direção tradicionalmente usada pelos Índios, em local mais baixo que os poços e a uma distância mínima de 50 metros.

Uma orientação, quanto ao uso das fossas e torneiras, deverá ser dada aos Índios.

As fossas deverão ser limpas após 10 anos de uso.

A água encanada para a área posterior às casas e às fossas, evitará a contaminação de uns Índios pelos outros, quando vão ao rio ou igarapé próximo da aldeia, banhando-se e lavando suas panelas e roupas em situações de infestação parasitária, enterites e mesmo hepatite. Como já expus previamente, os anticorpos contra o vírus da hepatite B estavam presen

tes e com prevalência alta entre os Xikrin. Para agravar a contaminação, retiram água desse rio ou igarapé para beberem, e num futuro próximo as nascentes estarão contaminadas como também o curso dessas águas atravessando estradas e áreas habitadadas por civilizados.

Os Xikrin e Gavião necessitam de poços, reservatórios e água encanada próxima de suas casas, como necessidade premente.

Na época do verão ou seca na Amazônia, os rios e igarapês têm o seu volume de água muito diminuído e a matéria orgânica em decomposição, de origem animal e vegetal, está muito presente, ocorrendo gastroenterites graves. Nos dois últimos anos que estive entre os Xikrin e Paracaná, somente conseguia beber água e não apresentar gastroenterite, quando retirava a água do centro do rio corrente, coava com pano e após fervia.

As atuais farmácias das aldeias Xikrin e Gavião não possuem água disponível a não ser a da lata retirada do rio. Os curativos não podem ser feitos com a limpeza necessária pela falta d'água e pela presença d'água contaminada.

Na aldeia Gavião foi construído um poço em local baixo em relação aos futuros sanitários, donde a água está sendo bombeada por motor óleo diesel para algumas torneiras. Esse poço não possui tampa isolante e possivelmente está contaminado, uma vez que assisti uma Índia retirar água e banhar

-30 A-

seu filho com o balde, além de ter observado restos de vegetais na superfície. Os índios referiram-me ter encontrado rato morto no poço, tendo notado após sentirem que a água estava com sabor de matéria em decomposição.

RESERVAS EXTENSAS COM PRESERVAÇÃO DAS FLORESTAS E RIOS

Os Xikrin e Gavião necessitam da preservação das florestas e dos rios, afim de poderem manter a dieta tradicional de carne de caça-pesca e produtos de coleta.

Os Xikrin conservam sua dieta tradicional de carne de caça e produtos de suas grandes roças, como a batata doce e o inhame, continuando seu ciclo anual de atividades (caça, pesca, coleta e agricultura), mantendo seus valores culturais próprios²¹. Dos grupos florestais que conheço é aquele que apresenta melhor aspecto de saúde.

Os Xikrin mantêm um equilíbrio com o ambiente natural da Amazônia, escolhendo terras escuras ou mais ricas em matéria orgânica depositada, enriquecendo-as momentaneamente com as cinzas provenientes da queimada²¹. Após algum tempo, abandonam e devolvem à floresta essa mancha de terra explorada.

Os Xikrin assam seus alimentos e concentram pela desidratação seus nutrientes minerais. A dieta de batata doce, inhame, outros produtos vegetais como a banana, a castanha do Parã, o coco babaçu, a macaxeira e a mandioca, o mamão, o milho e a carne proveniente da caça e pesca proporciona um bom estado de nutrição, sem dependencia econômica de alimentos da sociedade de consumo e sem as enfermidades da civilização ocidental²¹.

Os recursos variados do habitat tradicional dos Xikrin são aproveitados e devolvidos posteriormente ao meio

ambiente, com manutenção do equilíbrio ecológico, com manutenção da composição mineral do solo.

Os Xikrin são auto-suficientes quanto a obtenção de alimentos provenientes da caça-pesca, coleta e roças extensas. A manutenção dos cartuchos para caça e anzóis para pesca faz-se necessária. Qualquer devastação do seu território e sobretudo das cabeceiras dos rios Seco e Catetê, comprometerá o ciclo alimentar e conduzirá à desorganização social e cultural do grupo tribal, e comprometerá a saúde.

A manutenção da dieta com proteínas da caça-pesca e coleta subentende conservação do território tribal livre de invasores, madeireiras, fazendas e derrubada indiscriminada da floresta.

A fazenda Gran-Reata do grupo Pau D'Arco, pertencente ao Sr. Laudelino Hanemann, ocupa uma parcela da área Xikrin demarcada. Retirou mogno e fez pastaria para o gado. Conseguiu que a área fosse arrendada com anuência da Presidência da FUNAI e do Ministério da Agricultura. Esse grupo invasor tem que ser retirado da área Xikrin pela FUNAI, pois já lesou os índios, recorreu à justiça contra os índios e a FUNAI várias vezes, e já tentou conseguir com o dinheiro oferecido como aluguel a aceitação dos índios.

Os Gavião já se tornaram dependentes dos produtos alimentares da sociedade industrial ou de consumo, realizando compras em supermercados. No entanto, as proteínas são provenientes da caça de paca, veado, jacaré, macacos, etc...

Se ocorrerem derrubadas indiscriminadas, irão ter a ingestão de proteínas diminuídas e como consequência debilitação orgânica. Necessitam de uma orientação quanto ao hábito alimentar, com desenvolvimento de roças e menor dependência de alimentos comprados.

Os índios do Parque Indígena do Xingu, estudados pelo Dr. Laércio Franco⁹, possuem uma dieta adequada às suas necessidades orgânicas e em equilíbrio com o meio ambiente, como aquela observada entre os Xikrin. Ela contém baixo teor de gorduras, moderado teor de proteínas, alto teor de carboidratos e alto teor de fibras⁹.

Qualquer restrição territorial de área indígena tradicional repercute na alimentação e saúde dos índios, no bem estar físico e psíquico, na atividade cultural e social.

A Reserva Xikrin foi demarcada, administrativamente, pela Presidência da FUNAI. No entanto, essa demarcação da Presidência da FUNAI não garante aos índios os limites estabelecidos de forma definitiva. Há necessidade de um Decreto Lei da Presidência da República criando a Reserva Xikrin do Cateté, sem prejuízo de área tradicional, com o que a área dos índios ficará com os limites estabelecidos de forma definitiva.

A Reserva Gavião foi demarcada, administrativamente, pela Presidência da FUNAI. No entanto, no interior des

- 33 A -

sa área demarcada, ficou o fazendeiro João Queiroz com aproximadamente 8.000 hectares, valendo-se de antigo arrendamento pelo Serviço de Proteção aos Índios para exploração de castanhas, negando-se a sair. Há uma outra área, de aproximadamente 3.000 hectares, dentro da área demarcada, que foi entregue em lotes pelo Getat, obedecendo um limite aleatório de respeito anterior à demarcação. Há necessidade de medidas jurídicas, pela Presidência da FUNAI, que devolva a área ocupada pelo João Queiroz e que resolva o problema dos lotes entregues pelo Getat.

PREVENÇÃO DAS MOLÉSTIAS DA CULTURA OCIDENTAL OU INDUSTRIAL

A cultura ocidental ou industrial em contacto com as populações caçadoras e coletoras, agrícolas e pastoris, altera-lhes intensamente os hábitos alimentares, propiciando o aparecimento ou expansão de uma série de doenças¹⁶.

A introdução do açúcar refinado, o consumo exagerado dos carboidratos e gorduras, a diminuição das fibras vegetais, a menor atividade física, foram fatores responsáveis pelo carácter epidêmico da obesidade e diabetes mellitus tipo II ou ambiental entre tribos indígenas da América do Norte, após 1940^{31,32}. Na literatura médica podemos notar a grande incidência do diabetes mellitus entre os índios norte-americanos Pima, Cocopah, Cherokee, Seneca, Umatillo do Oregon, Alabama-Coushatta, Choctaw, Seminole, Kiowa, Comanche, Yuma, Hualapi, Washoe, Paiute, Winnebago, Maricopa, Havasupi, Chemehuevi, Pawnee e Caddo, posterior à aculturação alimentar e à adoção de hábitos ocidentais^{25,31,32}. A frequência do diabetes foi calculada em 50% entre os Pima com 35 anos de idade; 34% entre os Cocopah com 35 anos ou mais; 31% entre os Cherokee com mais de 35 anos; 22% entre os Seneca com 25 anos ou mais; 10% entre os Umatillo do Oregon e Alabama-Coushatta do Texas^{25,31}.

As lesões vasculares das extremidades foram observadas após a expansão epidêmica do diabetes entre os índios da América do Norte²⁵: Choctaw, Omaha, Winnebago e Pima. Mais de 50 amputados diabéticos foram vistos entre os índios de Oklahoma^{25,31}. A gangrena foi a 7a. causa de admissão de

Índios diabéticos no Phoenix Indian Hospital^{25,31}.

No Brasil, o diabetes mellitus expandiu-se entre os Índios Carapuna, Palikur e Galibi do Território do Amapá, que se aculturaram quanto a alimentação e passaram a abastecer comercialmente a cidade de Oiapoque com farinha de mandioca²⁵. Ocorreram mortes entre essas três tribos e a complicação vascular do diabetes, a gangrena, foi observada. Notei catarata em uma Índia Galibi diabética.

A análise das glicemias dos Índios Xikrin, Gavião e Suruí mostrou inexistência de diabetes¹⁸.

Não devemos modificar a dieta tradicional e equilibrada ao meio ambiente, e não devemos introduzir alimentos que venham a trazer dependência econômica e queda do estado de saúde. A introdução de alimentos novos deve ser muito criteriosa.

O açúcar deteriora a saúde dentária com perda dos dentes, sendo que a evidência está nos Gavião com próteses frequentes e grande consumo de açúcar no café. Os Xikrin muito mais numerosos, consomem ocasionalmente açúcar cristalizado, e somente existem dois Índios com prótese dentária.

Os Gavião com renda monetária proveniente da venda da castanha e da indenização recebida da passagem de linhas da Eletronorte, realizam compras nos supermercados da região, de refrigerantes, açúcar, café e hidratos de carbono. Podemos observar mulheres obesas. Entraram no sistema econômico ocidental e deverão receber uma orientação quanto à aculturação alimentar e seus riscos.

Devemos evitar que os grandes projetos de desenvolvimento na região venham a ocasionar uma aculturação em termos ocidentais da dieta dos Xikrin e Gavião, com retirada das fibras vegetais provenientes da mandioca, da batata doce e do inhame, com a introdução do consumo indiscriminado do açúcar e gorduras.

A pobreza de fibras vegetais nas dietas ocidentais é responsável pela expansão da constipação intestinal, das hemorroidas, da apendicite, da moléstia diverticular e do cancer do colon intestinal¹⁶.

O excesso de gorduras da dieta ocidental mantém relação com a expansão da arterioesclerose e das moléstias vasculares¹⁶. A arterioesclerose e as coronariopatias expandiram-se entre os negros do Quênia após a ocidentalização de sua dieta¹⁶.

O uso e abuso do sal de cozinha ou cloreto de sódio é acompanhado da hipertensão arterial em indivíduos susceptíveis geneticamente¹⁶. A introdução do sal no Quênia foi acompanhada do aumento dos níveis pressóricos, com a idade, e da arterioesclerose¹⁶.

As populações ameríndias que desconhecem o sal não possuem níveis pressóricos altos, e dificilmente podemos observar acidentes cerebro-vasculares e arterioesclerose^{9,16}. Entre os Índios Caripuna e Calibi do Território do Amapá, com aculturação alimentar, observei vários hipertensos. Os Xikrin, sem aculturação alimentar, apresentam níveis pressóricos baixos.

Diversos tipos de cânceres incidem em maior frequência nas populações ocidentalizadas e mantêm relação com determinado fator¹⁶.

Durante os anos que mantenho contacto com as populações indígenas da área de Marabá, sōmente observei ou tive conhecimento de um caso de câncer da mama entre Índia recém-contactada Gavião e um caso de câncer do útero numa Índia Suruí obesa.

A expansão do câncer da mama e do câncer do corpo do útero nas populações ocidentalizadas mantem relação com a obesidade¹⁶. O câncer da mama mantem relação também com a amamentação tardia ou apōs os 25 anos de idade na sociedade industrializada¹⁶.

Não devemos desestimular ou encurtar a amamentação materna das crianças índias, como também não devemos estimular o leite em pō para as crianças menores de 2 anos de idade.

A expansão do câncer dos ovários nas populações ocidentalizadas relaciona-se com a baixa fertilidade dos desenvolvidos¹⁶.

A expansão do câncer das vias biliares entre os Índios da América do Norte, mantem relação com a epidemia de calculose das vias biliares que apareceu apōs aculturação alimentar com dieta gordurosa¹⁶.

O câncer do fígado mantem relação com a cirrose do alcoolismo ocidental e também se expandiu entre os ín-

dios da América do Norte¹⁶.

O abuso do cigarro entre as populações ocidentais é acompanhado do aumento da incidência do câncer do pulmão, da bexiga, da laringe e pancreas, devendo ser evitado pelos índios¹⁶.

As populações indígenas de floresta, Xikrin, Gavião, Suruí e Paracanã, não apresentam bôcio. As populações indígenas de cerrado, Xavante, Bororo, e outras de regiões de desmatamento, que tiveram aculturação alimentar e passaram para uma dieta-pobre em proteínas e sem diversificação de alimentos, em que o arroz se faz notar, apresentam bôcio^{22,24}.

As dosagens dos hormônios tireoideanos dos índios de floresta da região de Marabá, Xikrin, Gavião, Suruí e Paracanã, sem sal e sem iodetação na sua dieta, mostraram níveis de normalidade e equilíbrio com o meio ambiente^{21,22,28}.

O estudo clínico e laboratorial das dosagens hormonais dos Xikrin e Gavião, mostrou que esses índios apresentam um nível de tensão (stress) menor que os civilizados urbanizados^{29,30}.

Os distúrbios psíquicos do individualismo, da agressividade e tensão assumem caracter epidêmico nas sociedades ocidentalizadas e industrializadas.

Com a introdução da safra comercial de castanha, os índios Xikrin do sexo masculino passaram a carregar grande peso, nas suas costas, em grandes distâncias, e referem dor. Beptô e Quempoti apresentam patologia de coluna, sendo que por várias ocasiões queixaram-se de dores insuportáveis.

Devem ser radiografados e apōs submetidos ā terapia adequada.

As bebidas alcoōlicas da cultura ocidental comprometem a saūde no seu sentido integral, fīsica, psīquica e social. Os grupos indīgenas nāo estāo preparados para essa nova situaçāo de grande teor alcoōlico.

No nosso paīs os civilizados bebem na presença dos ĩndios e insistem com eles que bebam. Sob condiçōes de desespero e inferioridade diante dos problemas do contacto, pela falta de confiança em si prōprios, com o exemplo dos civilizados e tambēm induzidos, podem entrar na dependēncia alcoōlica. Entre os Xikrin nāo existem alcoōlatras, porēm nas viagens que fazem desde 1980 ā rodovia Redençāo-Xinguara, ā Serriaria Larangeira, jā foram convidados a beber pelos peōes. Entre os Gaviāo, em contacto com a estrada PA-70, dois ĩndios bebem, com consequēncias danosas para a comunidade.

Uma prevençāo do alcoolismo, atravēs da educaçāo, deve ser feita entre os Xikrin e Gaviāo.

Supomos que todas as doenças prōprias da cultura ocidental e do desenvolvimento industrial e agrārio irāo emergir ou expandir na ārea do Projeto Grande Carajās.

Tratando-se de uma regiāo de mineraçāo, teremos o problema de poluiçāo do solo e da āgua, os acidentes de transporte do minērio e os incēndios da floresta com comprometimento da alimentaçāo dos ĩndios.

Esperamos que todos esses aspectos sejam levados em conta, e que as populaçōes indīgenas atingidas pelo

Grande Projeto sejam protegidas e recebam uma orientação preventiva e protetora das autoridades responsáveis.

Não devemos nos esquecer da cooperação da comunidade na assistência à saúde. Há 14 anos que visito e dou assistência à saúde dos índios, e nunca deixei de lhes explicar o que iria fazer em benefício deles. Entre os Xikrin, Gavião, Suruí e Paracanã explico aos homens nas reuniões noturnas das comunidades e sempre recebo toda colaboração possível. Percebo a existência de zeladores da saúde do grupo e sempre os prestigio e sou prestigiado. Qualquer medida de assistência à saúde não deve ser imposta simplesmente, porém discutida e explicada previamente à comunidade.

Para exemplificar o entendimento e a confiança dos Gavião para comigo, posso dizer que eles escrevem dando notícias da saúde da comunidade, telefonam de Marabá para falarem de doenças e morte, já enviaram a S. Paulo três dos seus doentes para tratamento especializado.

CONTINUIDADE DO PROJETO DE SAÚDE

O Projeto de Saúde deverá ter continuidade, com observação local, anualmente ou semestralmente, por quem forneceu as diretrizes e elaborou este trabalho. O médico responsável pela Coordenação do Projeto deverá estar informado pela enfermagem e colaboradores da saúde, dos nascimentos e óbitos, vacinações, fichas individuais, doenças e epidemias, remoções de doentes, estando a disposição para orientação.

O combate à malária e à tuberculose, e o saneamento deverão merecer atenção constante. No presente momento, o problema mais grave a ser enfrentado é o da malária.

A dedetização periódica das casas, cada 6 meses deverá ter continuidade e ser registrada. Os Xikrin estão na época de terem suas casas borrifadas. Os índios Paracaná e Suruí, com alta incidência de malária, estão há mais de 1 ano sem dedetização de suas casas, e o resultado pode ser notado na ocorrência de mais de 200 casos de malária entre os Paracaná em 1 ano, e na ocorrência de 40 casos de malária nos meses de junho e julho de 1982 entre os Suruí.

Em condições de epidemia entre os Xikrin, deverá ser requisitada a presença de médico e enfermagem da Vale do Rio Doce na aldeia indígena ou a presença da Equipe Volante de Saúde da FUNAI. O Hospital de Carajás deverá ser o ponto de referência para internamentos imediatos dos Xikrin.

Em condições de epidemia entre os Gavião, deverã ser requisitada a presença da Equipe Volante de Saúde da FUNAI. O Hospital "Clínica Manoel Mendes" de Marabã deverã ser o ponto de referência de consultas e internamentos imediatos dos Gavião. Estes Índios já procuram essa Clínica para consultas e internamentos, pagando eles próprios as despesas.

Os Índios não deverão aguardar atendimento médico em fila hospitalar, devendo ser atendidos logo após terem se apresentado.

Uma lista de medicamentos essenciais às farmácias das aldeias deverã ser fornecida pelo coordenador. O estoque de medicamentos deverã ser permanente.

CONCLUSÕES

1. Fichas individuais nas aldeias e na cidade, com o Coordenador do Projeto Saúde, modelo usado pela Escola Paulista de Medicina no Parque do Xingū.
2. Continuação e atualização permanente do programa de imunização contra o sarampo, coqueluche, difteria, tétano e poliomielite.
3. Vacinação contra a tuberculose com o BCG intradérmico nas crianças que forem nascendo. Presença da Unidade de Atendimento Especial do Ministério da Saúde nas aldeias Xikrin e Gavião.
4. Dedetização periódica das casas, cada 6 meses, tentando-se combater o anofelino transmissor da malária.
5. Controle da saúde dos civilizados que venham a trabalhar nas áreas indígenas, em especial no tocante à malária, à tuberculose, às moléstias venéreas, à gripe e à esquistossomose.
6. Evitar a permanência dos índios Xikrin em fazendas vizinhas ou vilarejos ou estradas donde possam se contaminar com malária, doenças venéreas e outras doenças transmissíveis.
7. Enfermeira/o diplomada/o, permanente e capaz em cada aldeia.

8. Enfermaria com 5 leitos e farmácia em construção adequada, com água encanada, banheiro e condições de higiene, em cada aldeia. Material de enfermagem, microscópio para exame de es-
carro (procura do bacilo da tuberculose) e sangue (procura do parasita da malária).

9. Assistência dentária conservadora e preventiva, com gabinete dentário simples, aparelhagem movida a eletricidade ou combustível (gasolina ou óleo diesel) em cada reserva indígena, em que o dentista possa periodicamente trabalhar no local. Fluoretação dos dentes das crianças. Assistência dentária imediata aos Xikrin.

10. Remoção dos doentes com suspeita de gravidade ou com necessidade de uma assistência especial ou especializada para os hospitais qualificados da região, o de "Carajás" para os Xikrin, e um de Marabá para os Gavião, de preferência a "Clínica Manoel Mendes" por opção dos índios, e em casos especiais para as capitais como Belém ou S.Paulo. O Hospital S.Paulo da Escola Paulista de Medicina possui tradição de bom atendimento aos índios.

11. Manutenção de farmácias bem sortidas ou abastecidas, principalmente para epidemias de gripe com suas complicações, enterites e malária.

12. Saneamento básico com água encanada para as aldeias e fossas sépticas.

13. Garantia de território extenso e demarcado, tradicional, sem invasores ou ocupantes, possibilitando proteína animal da caça e pesca para populações com aumento demográfico, coleta de produtos da floresta e atividade física.

14. Evitar aculturação alimentar errônea com consumo indiscriminado de açúcar, hidratos de carbono e gorduras.

15. Continuidade do Projeto de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. BARUZZI, R.G.; MARCOPITO, L.F.; IUNES, M. — Programa médico preventivo da Escola Paulista de Medicina no Parque Nacional do Xingu. *Rev. Antrop.*, 21: 155, 1978.
2. BARUZZI, R.G.; MARCOPITO, L.F.; SERRA, M.L.C.; SOUZA, F.A.A.; STABILE, C. — The Kren-Akorore a recently contacted indigenous tribe. In: *Health and disease in tribal societies*. Amsterdam, Elsevier, 1976, p. 179-211. (Ciba Foundation Symposium, nº 49).
3. BLACK, F.L.; HIERHOLZER, W.J.; PINHEIRO, F.P.; EVANS, A.S.; WOODALL, J.P.; OPTON, E.M.; EMMONS, J.E.; WEST, B.S.; EDSALL, G.; DOWNS, W.; WALACE, G. — Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations. *Am. J. Epidem.*, 100: 230, 1974.
4. BLACK, F.L.; PINHEIRO, F.P.; HIERHOLZER, W.J.; LEE, R. V. — Epidemiology of infectious disease: the example of measles. In: *Health and disease in tribal societies*. Amsterdam, Elsevier, 1976, p. 115-35. (Ciba Foundation Symposium, nº 49).
5. BOULUS, M. — Tratamento da malária. *Rev. paul. Med.*, 99: 29, 1982.

6. CARON, J. — Curé d'indiens. Paris, Union Générale d'Editions, 1971. 366 p.
7. CELERS, J. — Problèmes de Santé publique posés par la rougeole dans les pays favorisés. Arch. Ges. Virusforsch., 16: 5, 1965.
8. CHRISTENSEN, P.E.; SCHMIDT, H.; BANG, H.O.; ANDERSON, V.; JORDAL, B.; JENSEN, O. — An epidemic of measles in southern Greenland, 1951. Acta med. scand., 144, 430, 1953.
9. FRANCO, L.J. — Aspectos metabólicos da população indígena do Alto Xingu (Brasil Central). São Paulo, 1981. 154 p. (Tese - Doutorado - Escola Paulista de Medicina).
10. FRIKEL, P. — Os Xikrin, equipamento e técnicas de subsistência. Belém, Museu Paraense Emilio Goeldi, 1968. 119 p.
11. HAYES, J. & FERRARONI, J.F. — Malaria along pioneer highways in the Brazilian Amazon. Ci. Cult., 33: 924, 1981.
12. NEEL, J.V. — Health and disease in unacculturated Amerindian populations. In: Health and disease in tribal societies. Amsterdam, Elsevier, 1976, p. 155-77. (Ciba Foundation Symposium, nº 49).

13. NEEL, J.V.; CENTERWALL, W.R.; CAGNON, N.A.; CASEY, H.L. — Notes on the effect of measles and measles vaccine in a virgin-soil population of south American Indian. Am. J. Epidem., 91: 418, 1970.

14. NUTELS, N. — Biomedical challenges presented by the American Indian. (Pan.Am.Health Org. Sci. Publ. 165) 1968. p. 68-76, W.H.O., Washington, D.C.

15. SMITH, N.J.H. — Transamazon highways: a cultural, ecological analysis of settlement in the lowland tropics. Berkeley, 1976. 372 p. (Thesis - University of California).

16. TROWELL, H.C.; BURKITT, D.P. eds. — Western diseases: their emergence and prevention. London, Edward Arnold, 1981. 456 p.

17. VIDAL, L. — Os Xikrin e a bibliografia Je. In: Morte e vida de uma sociedade indígena brasileira. São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1977, p. 9.

18. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Análise das glicemias dos Índios das aldeias Suruí, Gaviões e Xikrin. Rev. Ass. méd. bras., 21: 253, 1975.

19. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Aumento demográfico das populações Xikrin e Suruí. Rev. paul., Med., 79: 42, 1972.

20. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Considerações acerca da incidência de diabetes mellitus entre os ameríndios. Rev. Ass. méd. bras., 20: 447, 1974.
21. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Considerações a propósito da inexistência de bôcio entre os indígenas brasileiros Xikrin. Rev. Ass. méd. bras., 18: 345, 1972.
22. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Contribuição ao estudo endocrinológico de populações indígenas brasileiras. São Paulo, 1979. 81 p. (Tese - Doutorado - Escola Paulista de Medicina).
23. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Medicina indígena e medicina científica. Rev. Antrop., 21: 171, 1978.
24. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — O bôcio entre os índios brasileiros. Rev. Ass. méd. bras., 27: 285, 1981.
25. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — O diabetes mellitus e as glicemias de jejum dos índios Caripuna e Palikur. Rev. Ass. méd. bras., 23: 175, 1977.
26. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Vacinação dos índios Suruí contra o sarampo. Rev. Ass. méd. bras., 16: 183, 1970.

27. VIEIRA - FILHO, J.P.B. — Vacinação dos índios Xikrin, Suruí e Gaviões contra a varíola. Rev. Ass. méd. bras., 16: 357, 1970.
28. VIEIRA - FILHO, J.P.B.; VIEIRA, J.G.H. & RUSSO, E.M. K. — Determinação dos níveis sanguíneos de tiroxina, triiodotironina, testosterona e sulfato de deidroepiandrosterona dos silvícolas Xikrin e Suruí. Rev. Ass. méd. bras., 25: 208, 1979.
29. VIEIRA - FILHO, J.P.B.; VIEIRA, J.G.H.; NOVO, N.F. — Dosagem da testosterona, do sulfato de deidroepiandrosterona, do cortisol e da prolactina entre os silvícolas Parakategê. Rev. Ass. méd. bras. (no prelo).
30. VIEIRA - FILHO, J.P.B.; VIEIRA, J.G.H.; NOVO, N.F. — Dosagem do cortisol entre os silvícolas Xikrin. Rev. Ass. méd. bras. (no prelo).
31. WEST, K.M. — Diabetes in American indians and other native populations of the New World. Diabetes, 23, 841, 1974.
32. WEST, K.M. — Epidemiology of diabetes and its vascular lesions. New-York, Elsevier, 1978. 579 p.