

CEDI - P. I. B.
DATA 24, 06, 86
COD 05009

CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES SOBRE OS PRINCIPAIS PROBLEMAS
RELACIONADOS COM A SAÚDE DAS COMUNIDADES INDÍGENAS XIKRIN,
GAVIÃO, PARACANÃ DO MARUDJEWARA, PARACANÃ DO PARANATINGA E
SURUI FRENTE AO IMPACTO DO "PROJETO CARAJÁS"

JOÃO PAULO BOTELHO VIEIRA FILHO

NOVEMBRO - 1983

INTRODUÇÃO

Nos anos de 1982 e 1983 estive entre os índios da região de Marabá, indicado pela "Associação Brasileira de Antropologia" à "Companhia Vale do Rio Doce", assessorando e fornecendo diretrizes de saúde. No ano de 1982, realizei o 1º relatório, intitulado; "Retrospectiva e Atualidade da Saúde dos índios Xikrin e Gavião, necessidades presentes e futuras frente ao Projeto Carajás". No ano de 1983, realizei o 2º relatório, intitulado; "Principais Diretrizes de Saúde para os índios Xikrin, Paracaná do P.I. Marudjewara, Paracaná do igarapé Paranatinga, Suruí do P.I. Sororô e Gavião do P.I. Mãe Maria".

Os 16 anos que completei com visitas anuais a esses índios, medicando-os, auxiliando-os, estudando-os com o que realizei vários trabalhos científicos e dois Doutoramentos em Medicina, autorizam-me a expor uma visão dos principais aspectos de saúde, necessidades básicas, e do impacto de responsabilidade que o "Projeto Carajás" representa para as comunidades de sua área de influência.

Não posso deixar de lembrar dos esforços e das dificuldades para um bom desempenho do "Projeto de Apoio", por parte da Dra. Maria de Lourdes Davies de Freitas, responsável pela Coordenação do Meio-Ambiente da SUCAR/CVRD, gerente pela CVRD do Convênio FUNAI/CVRD 059/82, e dos Antropólogos contratados Lux Vidal, Antonio Car-

los Magalhães, Mercio Gomes, Iara Ferraz, Maria Elisa La-
deira e da Associação Brasileira de Antropologia referendando
do a assessoria científica.

MALÁRIA - Dedetização - Controle da saúde dos trabalhado
dores introduzidos nas áreas indígenas - Medicamentos anti-
maláricos.

A malária é uma das três moléstias infeccio-
sas que representam o maior problema de saúde pública no
mundo segundo a "Organização Mundial de Saúde".

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
acorrem às atividades de desmatamento, agro-pecuárias e mi-
neradoras.

Entre os Xikrin, Gavião, Paracaná do Marudje
wara, Paracaná do Paranatinga e Suruí, a malária é a enfer-
midade com mais alta mortalidade e morbidade, sem controle
e em expansão.

Um grande benefício que o "Projeto Carajás"
poderá proporcionar à saúde das populações indígenas de sua
área de influência será o controle da malária.

Não houve qualquer decréscimo da endemia ma
lária até a presente data, tendo havido uma expansão muito

grave e com surtos epidêmicos no ano de 1983. Essa expansão da malária representou risco de mortalidade para todos os grupos, chegando ao risco de extinção do grupo Paracaná recém contatado em janeiro de 1983.

O não cumprimento dos itens 4, 5, 6, 8 e 11 do meu relatório de 1982, pela FUNAI, contribuiu para o agravamento da malária em todos os grupos indígenas no ano de 1983. As medidas preventivas por mim solicitadas não foram realizadas até julho de 1983, e continuam sem serem efetivadas, com o que o controle da endemia não é atingido.

Não houve a dedetização periódica e sistemática cada 6 meses das casas dos índios e dos civilizados da área (item 4, relatório 1982). Chegou-se ao absurdo da remoção dos Paracaná para o Marudjewara e para o Paranatinga sem dedetização, levando-se luz elétrica para dentro das casas dos índios contatados em janeiro de 1983 a qual atrai os anofelinos transmissores da malária.

Não houve o controle de saúde dos civilizados introduzidos nas áreas indígenas pela FUNAI (item 5 das recomendações do relatório de 1982). Assim é que em 1983, foram introduzidos pela FUNAI 14 trabalhadores oleiros para a preparação dos tijolos necessários para as construções do "Projeto de Apoio", dos quais 2 já viajaram doentes de malária e com febre, 12 foram removidos doentes após alguns dias, 2 permaneceram próximo da aldeia, um dos quais tendo apresentado vários surtos de malária. O resultado dessa fal

ta de cumprimento de uma medida preventiva, foi a introdução e o surto epidêmico de malária pelo Plasmodium falciparum, terça malígna, que atingiu 210 índios durante minha permanência em julho de 1983, pondo em risco a sobrevivência do grupo indígena e ocasionando a morte de dois índios.

As construções em áreas indígenas somente poderão ser realizadas com o controle da saúde dos trabalhadores regionais, com atenção especial para a malária, a tuberculose, a gripe e as moléstias venéreas.

Os casos de malária aumentaram entre os Xikrin de 1982 para 1983, pois somente em janeiro e fevereiro de 1982 ocorreram 113 casos da moléstia pelo Plasmodium vivax e 1 caso pelo Plasmodium falciparum, com 2 falecimentos, enquanto em junho e julho de 1983 ocorreram 210 casos da moléstia pelo Plasmodium falciparum.

A falta de controle da saúde dos civilizados (ítem 5 das conclusões do relatório de 1982), pode ser notada também no fato que os sertanistas que realizaram o contato com os Paracanã em janeiro de 1983, adoeceram de malária durante a aproximação e transmitiram presumivelmente ao grupo, pois os índios somente apresentaram a malária após o contato. Os civilizados que trabalham para os índios Gavião também são doentes crônicos de malária sem tratamento adequado, e não tiveram suas casas dedetizadas.

Em todas as aldeias por mim visitadas em julho de 82 e 83, havia ou houve falta de antimaláricos, e continuou havendo falta após a entrega do meu segundo relatório e sua distribuição à FUNAI, comprovando a falta de cumprimento do item 11 do relatório de 1982, item 7 do relatório Xikrin 1983, item 6 e 8 relatório Paracaná 1983, item 5 relatório Suruí 1983 e item 7 relatório Gavião 1983.

Outro exemplo da falta de controle da endemia malária por falta de antimaláricos (item 11 do relatório de 1982), e falta de dedetização (item 4 do relatório de 1982), pode ser observado nos 100 casos por mês de febre recorrente por malária crônica entre os Paracaná do Paranatinga com uma média de 3 a 4 casos por dia em 1983, com baços enormes e atingindo a fossa ilíaca entre os adultos, e baços aumentados entre as crianças que as próprias mães palpam e trazem os seus filhos pedindo tratamento ao médico, o que mostra o alto grau de endemicidade da doença.

Fui informado que uma jovem púbere Gavião, faleceu recentemente em Marabá de malária, o que me leva a crer que não houve prestação do item 10 do relatório de 1982, quanto a uma remoção do doente em tempo útil, talvez ausência de enfermagem adequada (ítem 5 e 7 do relatório de 1983), sabendo-se que esses índios estão há 40 km da cidade de Marabá e contam com estrada de rodagem e carro recebido do Projeto.

A malária conduz à anemia, a uma imunodepressão do organismo com aparecimento de outras infecções oportunistas como as gripes, pneumonias, otites, diarreias e tuberculose.

Devo ressaltar a compreensão da "Vale do Rio Doce" e a boa vontade em atender os pedidos que lhe expus para atendimento à saúde dos índios. Através da "Vale do Rio Doce", na pessoa da Dra. Maria de Lourdes Davies de Freitas, conseguimos a compra dos medicamentos antimaláricos para serem enviados a todas as aldeias em novembro de 1983, após lhe ter informado que continuavam sem os mesmos. Através do Dr. Pedro Marcos da Silva, do escritório da "Vale do Rio Doce" em Marabá, conseguimos que a "SUCAM" fosse aos Paracaná de Marudjewara realizar a dedetização das casas.

FARMÁCIA - MEDICAMENTOS

No ítem 11 do relatório de 1982, pedi que as farmácias estivessem bem sortidas de medicamentos para epidemias de gripe, malária e enterites.

Em julho de 1983, encontrei as farmácias desprovidas de medicamentos para gripe, malária e enterite. Durante a minha permanência em determinada aldeia escutava os responsáveis pela enfermagem nas diversas aldeias clamando pelo envio de medicamentos. No entanto, posteriormente, a FUNAI pedia a relação de medicamentos que necessitavam às diversas aldeias para compra, e a relação enviada por cada

Chefe de Posto era a mais heterogênea possível, não seguindo a lista por mim fornecida anteriormente.

Os antimaláricos faltavam em todas as aldeias, sendo que entre os Paracaná do Paranatinga forneci a quantidade necessária para compra de um pouco de cloroquina em comprimidos, difícil de ser adquirida na região e obrigando-nos a pagar um maior preço.

Os soros antiofídicos antitetrápico, antiela_pídico e antilaquético faltavam em todas as farmácias das aldeias por mim visitadas em 1982 e 1983.

No relatório de 1983 solicitei para todas as aldeias, cloroquina em comprimidos e injetável, fansidar em comprimidos e injetável, primaquina, ampicilinas em comprimidos e injetável, sulfametoxazol + trimetropin em comprimidos e líquido, soros antiofídico polivalente e antielapídico.

Não havendo um suprimento normal de medicamentos eficientes e por mim já indicados em lista anteriormente à "Vale", a enfermeira qualificada não poderá exercer sua função e irá se sentir sem cobertura, o que comprometerá o "Projeto de Apoio".

VACINAÇÕES - FICHAS DE SAÚDE - EQUIPE VOLANTE

Nos itens 2 e 3 das conclusões do meu relatório de 1982, pedi a continuação e atualização permanente do

programa de imunização contra o sarampo, coqueluche, difteria, tétano, poliomielite e tuberculose.

Foram administradas entre agosto de 1982 a julho de 1983, somente a vacina contra paralisia infantil durante a Campanha Nacional, aos Xikrin, Gavião, Paracanã e Suruí, uma dose da tríplice aos Xikrin, antiamarílica a 50% dos Suruí, e algumas vacinas aos Paracanã recém contatados.

Não houve uma programação sistemática de vacinação e nem continuidade. Não existem fichários de vacinações nas aldeias e na Ajudância da FUNAI em Marabá.

Havendo uma "Equipe Volante de Saúde" em Marabá, proporcionada pelo "Convênio Vale-FUNAI", faz-se necessário a organização de fichas de saúde já solicitada no relatório de 1982, no ítem 1.

Uma programação de visitas rotineiras, mensalmente, do médico da "Equipe Volante" à todas aldeias terá que ser seguida, com viagens em caráter de emergência também. Nas viagens rotineiras o médico completará as fichas individuais de saúde.

Todas as medidas solicitadas são para o melhor aproveitamento e desempenho do "Apoio" que o "Projeto Carajás" poderá representar como impacto em benefício de populações indígenas tão vulneráveis ao contato.

REMOÇÃO DOS DOENTES - CONVÊNIO HOSPITALARES

Através do "Projeto Carajás" foram conseguidos os convênios hospitalares para os índios Xikrin, Gavião, Paracaná e Suruí, o que proporcionou a possibilidade de atendimento hospitalar adequado para os doentes que devem ser removidos devido a inspirarem maiores cuidados.

Os deslocamentos dos índios para os hospitais deverão ser feitos no tempo oportuno em que se suspeite do agravamento e não no final da doença ou doentes para morrer. Deverá haver facilidade para as remoções e não dificuldades impostas.

Os Xikrin devem ser removidos sempre para o "Hospital Nossa Senhora de Nazaré" de Carajás e os Paracaná para o "Hospital da Eletronorte" de Tucuruí, e nunca para o "SESP" de Marabá com a alegação da Casa da Ajudância. Os Suruí e Gavião devem ser removidos para a "Clínica Manoel Mendes" de Marabá devido as estradas e maior proximidade. Essas normas devem ser respeitadas pela Ajudância da FUNAI e não distorcidas ou desviados os índios Xikrin e Paracaná para Marabá, ou funcionários internados nas vagas pertencentes aos silvícolas. Todos os 4 Paracaná do Marudjewara removidos para Marabá, antes de julho de 1983, faleceram, tendo contribuído a ausência de uma alimentação tradicional a que estão habituados e o já avançado estado de gravidade em que

foram deslocados. Encontrei um Xikrin dormindo no chão do "Hospital do SESP", como acompanhante de sua filha doente, por várias noites, quando já dispunham de atendimento de qualidade no "Hospital de Carajás".

Os Paracanã recém contatados em janeiro de 1983, foram transferidos para o Marudjewara pelo pequeno avião do fazendeiro da Bannak, em razão de não haver campo de pouso para o avião da FUNAI poder descer com segurança, o que deve ser regularizado o mais rápido possível. Enquanto não houver campo de pouso deverão dispor dos helicópteros da "Vale-Docigel" para remoção dos doentes.

TRANSFERÊNCIA DE GRUPOS INDÍGENAS

Existem mais dois grupos Paracanã arredios, um nas cabeceiras do igarapé Pacajazinho, segundo o antropólogo Antonio Carlos Magalhães, e outro pelo igarapé Bom Jardim ou São José em atração pela FUNAI.

Todas as medidas de prudência e medicina preventiva deverão ser acionadas, para se evitar os erros grosseiros cometidos com o grupo recém contatado em janeiro de 1983. Posso citar vários erros graves, que contribuíram para a alta mortalidade de 25% do grupo ou 11 mortes entre 44 índios em 6 meses: sertanistas da FUNAI adoecidos com malária durante o contato e presumível transmissão ao grupo in

dígena que não possuía a doença e se apresentava em bom estado de saúde e alimentar; transferência desses índios de floresta para o pasto de capim seco da fazenda Bannak aonde uma índia foi carbonizada enquanto tomava sôro devido ao incêndio e vento; transferência para o Marudjewara sem roças para alimentação pelo que caminharam para a desnutrição; ausência de campo de aviação para pouso do avião da FUNAI e remoção dos doentes; luz elétrica dentro das casas, atraídas de anofelinos, transmissores de malária; remoção de doentes para Marabá e morte de todos removidos para essa cidade por inanição, tendo contribuído a ausência de dieta tradicional no hospital, donde os alimentos eram salgados e fritos.

Não fosse o socorro, recebido pelo meu apelo, por parte da Dra. Maria de Lourdes Davies de Freitas do "Projeto Carajás", para o envio de alimentos ao grupo recém contatado e sem ter o que comer e sem condições de coletar ou caçar, e para vôos regulares dos helicópteros para remoção dos doentes para o "Hospital Nossa Senhora" de Carajás, esses Paracaná estariam extintos.

Esses fatos evidenciam a responsabilidade do "Projeto Carajás" em garantir a sobrevivência dos grupos a serem contatados, ao liberar verbas para atração.

DIETA ALIMENTAR TRADICIONAL - RESERVAS LIVRES DE INVA-
SORES E OCUPANTES

Sabemos que a dieta alimentar dos índios de floresta como os Xikrin e Paracanã é equilibrada para as suas necessidades, rica em fibras e hidratos de carbono, moderada em proteínas e pobre em gorduras.

O maior critério deverá ser cumprido quanto a modificação da dieta tradicional dos índios, não retirando as batatas, a macaxeira, a mandioca, o milho de polpa mo-
le, o mamão, a banana, a castanha, os produtos de coleta, caça e pesca.

Os civilizados que não tem idéia do valor dos alimentos dos silvícolas, tentam modificar os seus hábitos alimentares. Criticam a ingestão de larvas de bezouro, incitam a plantação da cana de açúcar e o consumo do açúcar refinado e do sal, e com essas atitudes empobrecem a dieta alimentar indígena e propiciam o aparecimento de uma série de doenças.

Essas considerações servem para demonstrar a necessidade de incentivar as roças tradicionais e não a mecanização agrícola com finalidade de produção de alimentos para venda.

Máquinas movidas a combustível para a agricultura dos Xikrin, Suruí, Paracanã e Gavião, no momento atual são desnecessárias.

Há uma noção errada que os índios de floresta passam necessidades alimentares, quando foram eles que nos ajudaram com alimentos durante nossas permanências em anos anteriores.

Dois técnicos agrícolas para cada aldeia, como acontece com os Xikrin e Suruí, representam uma ameaça à dieta tradicional. Apesar dos Chefes de Postos entre os Xikrin e Suruí serem técnicos agrícolas, foram contratados outros técnicos agrícolas como se um não bastasse.

A literatura médica mostra as epidemias de obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, moléstias vasculares, apendicite, diverticulose, hemorróidas, constipação intestinal que acometeram os índios dos Estados Unidos, após modificarem suas dietas alimentares e passarem a comer como a população civilizada norte-americana. Metade da população dos índios Pima dos Estados Unidos ficou diabética após alteração da dieta tradicional. No Brasil, o diabetes mellitus e suas complicações como as gangrenas de extremidades estão se expandindo entre os Caripuna, Galibi e Palikur do Território do Amapá que se aculturaram erroneamente quanto a alimentação.

Para a manutenção da dieta alimentar e da atividade física necessárias para um bom estado de saúde dos índios há necessidade de assegurar reservas extensas com áreas tradicionais de caça, pesca e coleta, liberadas dos invasores. Aguardamos a saída dos invasores da área Xi-

krin, fazenda Gran-Reata, a demarcação correta da reserva Paracaná segundo estudos do antropólogo Antonio Carlos Magalhães, a saída dos ocupantes da área Gavião e correção da pequena reserva Suruí com inclusão de pontos de caça e castanhais que ficaram excluídos na demarcação e estão sendo pedidos pelos índios.

ENFERMEIRAS QUALIFICADAS - ENFERMARIAS

O "Projeto Carajás" proporcionou a vinda de enfermeiras qualificadas, de nível superior, cujo desempenho espero ser bom, porém deverão ser submetidas a estágios curtos de 10 dias, cada 6 meses, no "Hospital Nossa Senhora de Nazaré" de Carajás. Durante minha passagem por Carajás indaguei à diretoria e administração do Hospital se a idéia era viável, conversei com a médica patologista quanto ao treino laboratorial para identificação do Plasmodium da malária, e concordaram prontamente. A presença de enfermeira de nível superior nas aldeias beneficiadas e treino hospitalar representa uma assistência proporcionada pelo impacto do "Projeto Carajás".

As enfermarias que irão receber as diversas aldeias, também se devem à presença do "Projeto Carajás", como também o gabinete dentário para tratamento conservador dos dentes. Observei enfermaria em construção entre os Ga-

vião com muito boa apresentação.

O saneamento das aldeias com poços e futuramente fossas, são outra consequência do "Projeto Carajás", sendo que sem o Projeto não contaríamos com essas melhorias tão cedo.

Duas auxiliares de enfermagem deverão fazer parte do quadro de saúde, sediadas em Marabá ou nas aldeias, substituindo as enfermeiras em licença ou férias ou afastamento. No futuro deveremos avaliar o trabalho das auxiliares de enfermagem comparando com o das enfermeiras.

C O N C L U S Ã O

Na avaliação do "Projeto Carajás" quanto às populações indígenas de sua área de influência, devemos observar a natalidade, morbidade e mortalidade anual. Com uma boa taxa de natalidade, baixa taxa de morbidade e mortalidade, poderemos afirmar que o "Projeto Carajás" proporcionou uma boa assistência de saúde aos índios.

Para terminar esta avaliação sobre o impacto do "Projeto Carajás", devo dizer que para mim como médico também sofro o impacto de pensar e desejar que haja um real benefício de saúde às comunidades indígenas e garantia do território tradicional livre de invasores, e que as recomendações dos relatórios de 82 e 83 sejam aceitas pela FUNAI e realizados.

REFERÊNCIAS

1. 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. Epidemiol.*, 100: 230, 1974.
2. 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. 115-135. (Ciba Foundation Symposium, nº 49).
3. NEEL, J.V. — Health and disease in unacculturated Amerindian population. In: *Health and disease in tribal societies*. Amsterdam, Elsevier, 1976, p. 155-177. (Ciba Foundation Symposium, nº 49).
4. TROWEL, H.C.; BURKITT, D.P. — *Western diseases, their emergence and prevention*. London, Edward Arnold, 1981. 456p.
5. TRUSWELL, A.S. — Diet and nutrition of hunter-gatherers. In: *Health and disease in tribal societies*. Amsterdam, Elsevier, 1976, p. 213-226. (Ciba Foundation Symposium, nº 49).

6. TYRREL, A.J. — Aspects of infection in isolated communities. In: Health and disease in tribal societies. Amsterdam, Elsevier, 1976, p. 137-153. (Ciba Foundation Symposium, nº 49).
7. VIEIRA-FILHO, J.P.B. — Contribuição ao estudo endocrinológico de populações indígenas brasileiras. São Paulo, 1979. 81 p. (Tese - Doutorado - Escola Paulista de Medicina).
8. 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.
9. VIEIRA-FILHO, J.P.B. — Os dermatoglifos palmares situando os índios brasileiros Xikrin no contexto mundial. São Paulo, 1969. 75 p. (Tese - Doutorado - Escola Paulista de Medicina).
10. VIEIRA-FILHO, J.P.B. — Retrospectiva e atualidade da saúde dos índios Xikrin e Gavião. Necessidades presentes e futuras frente ao Projeto Carajás. 1982.
11. VIEIRA-FILHO, J.P.B. — Principais diretrizes de saúde para os índios Xikrin, Paracanã do P.I. Marudjewara, Paracanã do igarapé Paranatinga, Suruí do P.I. Sororó e Gavião do P.I. Mãe Maria. 1983.

12. WEST, K.M. — Diabetes in American indians and other native populations of the New World. *Diabetes*, 23: 841, 1974.
13. WEST, K.M. — Epidemiology of diabetes and its vascular lesions. New York, Elsevier, 1978. 579 p.