



health
UNLIMITED

3 STAMFORD STREET
LONDON SE1 9NT
TEL: 071 928 8105
FAX: 071 928 7736

CHEQUE Nº. 08
DATA 24/06/94
COD. 0MD00097

Informações sobre

**PROJETO DE SAÚDE PARA COMUNIDADES INDÍGENAS E DE
SERINGUEIROS DO ACRE OCIDENTAL**

Agência Financiadora:

Health Unlimited (HU)

Agências Parceiras:

União das Nações Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas (UNI) e
Associação dos Seringueiros da Reserva Extrativista do Alto Juruá (ASAREAJ)

1991

Care amidst conflict

Objetivos

Este projeto visa a criação de um sistema de saúde para atender comunidades indígenas e de seringueiros residentes nas matas do Acre Ocidental, através da formação de agentes de saúde concomitantemente ao atendimento no local, e buscando o auto-gerenciamento das comunidades na forma de suas associações representativas e conveniadas com a Health Unlimited (HU).

Localização

A área do projeto atinge a região ocidental do Estado do Acre, compreendendo o Rio Juruá e seus afluentes, entre eles os Rios Envira, Tarauacá e Tejo (veja mapa em anexo).

Abrangência

As populações assistidas pelo projeto serão as comunidades indígenas de 11 etnias diferentes (Arara, Jaminawa, Jaminawa/Arara, Kampa, Katukina, Kaxinawá, Kulina, Nukini, Poyanawa, Shanenawa, Yawanawá) e os seringueiros e pequenos agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá, num total de aproximadamente 12,000 pessoas.

Histórico

A HU recebeu solicitação das comunidades indígenas locais para que fosse iniciado um trabalho de saúde em 1987. No ano de 1988, uma equipe de profissionais estrangeiros foi encaminhada pela HU para a cidade de Cruzeiro do Sul, no Vale do Juruá, mas devido a fatores políticos locais não puderam dar continuidade ao trabalho. Após essa tentativa, baseado num convênio da HU com a agência local Comissão Pró-Índio do Acre (CPI-AC), uma equipe de profissionais brasileiros realizou as primeiras ações programadas, sendo a parte de formação de agentes feita em Rio Branco e alguma intervenção no Rio Envira, até meados de 1989. Nesse momento, a União das Nações Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas (UNI), entidade jurídica representativa das comunidades indígenas e que já participava do convênio HU-CPI, passou a assumir sua coordenação. Uma equipe própria da UNI, com uma programação descentralizada que enfatizava a formação em campo, deu continuidade com êxito ao trabalho do Rio Envira. Em 1990, numa avaliação conjunta da HU e da UNI, detectou-se a necessidade de recrutamento de outras equipes multidisciplinares como uma consequência da nova filosofia de atuação, buscando uma maior proximidade das comunidades, para uma melhor percepção de suas necessidades, com a estruturação de uma equipe de saúde para cada rio envolvido no projeto. Neste ano também, atendendo solicitação da Associação de Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá (ASAREAJ), a HU resolveu recrutar uma equipe específica para o atendimento desta população não indígena mas que habita a área geográfica abrangida pelo projeto.

Diagnóstico de Área

Para se avaliar a situação de saúde de uma dada população, há que se referir inicialmente à relação entre a demanda por cuidados de saúde e os cuidados oferecidos pelos serviços locais. A definição da demanda é feita a partir dos dados demográficos, de morbidade, mortalidade e organização social; sendo que os serviços oferecidos serão avaliados em termos dos cuidados à atenção primária, serviços especializados em termos de volume de atividade produzida e sua relação com a cobertura de atendimento perante a coletividade, assim como sua resolutividade a nível de alteração de índices de saúde e expectativa dos componentes da comunidade.

No caso das áreas indígenas e de seringueiros no Acre com atuação das equipes de saúde dos convênios da Health Unlimited (HU) com a União das Nações Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas (UNI) e a Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá (ASAREAJ), a dificuldade de estruturação de um sistema de coleta de dados diagnósticos pela complexidade de acesso, carência de recursos humanos capacitados, problemas econômicos, faz com que se tenha no momento, somente as áreas do Rio Envira e parte do Juruá reconhecidas e os serviços de atenção à saúde se iniciando somente na primeira. Esta área tem sido tomada como referência para estruturação de uma programação e planejamento local, que poderá se prestar a um subsídio para as diretrizes das demais áreas do projeto.

Rio Envira - Dados Diagnósticos

A população indígena que habita o Rio Envira é composta por 4 etnias - Kaxinawá, Kulina, Kampa e Shanenawa, tendo seus aldeamentos localizados às margens do rio em 15 aldeias que têm distâncias variadas entre si. População total: 1.116.

KAXINAWA

<u>Total pop.</u>	<u>457</u>
0 - 15 anos	254
16 - 60 anos	188
61 ou + anos	15

KULINA

<u>Total pop.</u>	<u>286</u>
0 - 15 anos	134
16 - 60 anos	144
61 ou + anos	8

KAMPA

<u>Total pop.</u>	<u>151</u>
0 - 15 anos	79
16 - 60 anos	68
61 ou + anos	4

SHANENAWA

<u>Total pop.</u>	<u>215</u>
0 - 15 anos	107
15 - 60 anos	91
61 ou + anos	17

O centro urbano referência desta população é Feijó, uma cidade de aproximadamente 5.000 habitantes, às margens do Rio Envira e com acesso aéreo a Rio Branco. A população indígena aí residente se encontra em variados níveis de processo de contato com o "branco", indo desde os não contactados, chamados de "índios bravos", em alguns locais ainda não detectados; aos com pouco contato e que nem a língua portuguesa dominam; até os que estão com contato antigo, vindo do século passado, com muitas transformações sociais e culturais. A comunidade indígena já apresenta uma movimentação efetiva a nível de associação comunitária que é representada pela OPIRE - Organização dos Povos Indígenas do Rio Envira, que por sua vez é vinculada à UNI. O entendimento de que as questões de saúde da comunidade são primordiais para o seu desenvolvimento, é de domínio e bandeira de luta para a OPIRE e UNI atualmente. O trabalho efetivo de assistência à saúde e formação de agentes de saúde índios, se iniciou em realidade no final do ano 1989 com uma equipe pequena composta por uma médica e um técnico indigenista.

1. Indicadores de saúde (dados das áreas indígenas do Rio Envira, 1990):

Coeficiente geral de natalidade = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos - área A - ano t}}{\text{pop. total da área A - num período t}} \times 1.000 = 70.8$
Brasil = 28.6 (1990), Suécia = 12.5 (1987), Afeganistão = 48.9 (1985), Peru = 34.2 (1988)

Coeficiente de natimortalidade ¹ = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de natimortos - área A - ano t}}{\text{N}^\circ \text{ de nasc. vivos + natimorto - área A - ano t}} \times 1.000 = 24.6$
 1.000 hb.

Coeficiente de mortalidade geral = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos - área A - ano t}}{\text{pop. total da área A - período t}} \times 1.000 = 11.6$
 1.000 hb.
Brasil = 7.9 (1990), Suécia = 11.1 (1987), Afeganistão = 27.3 (1985), Peru = 9 (1988)²

Coeficiente de mortalidade infantil = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos < 1 ano - área A - ano t}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos - área A - ano t}} \times 1.000 = 101$
 1.000 hb.
Brasil = 63 (1990), Suécia = 6 (1985), Afeganistão = 189 (1985), Peru = 85.8 (1988)

Coeficiente de mortalidade proporcional de < de 1 ano = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos < 1 ano - área A - ano t}}{\text{Total de óbitos - área A - ano t}} \times 100 = 76\%$

¹ Populações com bom nível de saúde apresentam coeficiente de natimortalidade entre 5 e 10 por mil habitantes; com baixo nível de saúde, entre 20 e 40 por mil habitantes

² Áreas extremamente subdesenvolvidas, de baixíssimo nível de saúde, podem ter o coeficiente de mortalidade geral em torno de 14 ou 15 por mil habitantes.

* Deve-se salientar que para análise das informações acima registradas, não se pode omitir que as populações indígenas no Brasil sofrem ainda as consequências de um processo histórico de genocídio, e as diferenciações culturais lhes dão características próprias da dinâmica social.

Quadro de Morbidade (Nº de atendimentos) - Áreas Indígenas do Rio Envira

Morbidade	DEZ / 89	JUN / 90	DEZ / 90
Doenças Respiratórias	94	69	170
D. Dermatológicas	64	30	78
D. Sex. Transmissíveis	32	75	42
D. Gastro-intestinais	71	47	23
D. Infecto-contagiosas	54	14	13
Verminoses	354	445	444
D. Urogenitais	23	15	19
Acidentes	18	14	15
Outras	40	26	20

2. Assistência à Saúde Propriamente Dita

A assistência à saúde propriamente dita, tem sido feita pela ação da médica da UNI Dra. Maria Bittencourt em viagens à área 3 vezes ao ano, compreendendo um período de aproximadamente 2 meses cada deslocamento; acompanhada de agentes de saúde indígenas em processo de formação ou reciclagem dependendo do estágio de aprendizado de cada um. No espaço de tempo entre as viagens, os agentes de saúde retornam para suas aldeias de origem e executam com seu próprio povo as ações de saúde assimiladas..

a) As infecções virais do trato respiratório como registrado no quadro de morbidade, e suas conseqüentes complicações bacterianas, são patologias de grande incidência e que acionam os agentes de saúde nas aldeias, principalmente quando do retorno de algum indivíduo da comunidade infectado na cidade, podendo provocar epidemias. No período, das chuvas, que vão de novembro a março, com a interferência das variações climáticas há um incremento da incidência dessas patologias respiratórias.

b) As doenças dermatológicas observadas são geralmente decorrentes de problemas do meio ambiente somados à precariedade de conceitos de higiene da população e carência de medicação adequada. A exemplo disso a picada de insetos, em grande quantidades na região, em geral tem como consequência infecções secundárias sem condições de tratamento adequado apesar dos métodos tradicionais de cura indígena. O hábito adquirido do uso de roupas e outros artigos têxteis industrializados sem a devida compreensão da necessidade de higiene têm sido um fator relevante dos problemas de escabiose, disseminação de micoses superficiais.

c) No caso das doenças sexualmente transmissíveis, o contato mais intenso das populações indígenas com os povos urbanos vem trazendo essas patologias até as aldeias. Entre os Kulina a gonorréia é de considerável incidência visto que a partir do contato a disseminação é facilitada frente aos padrões culturais deste povo, onde há uma flexibilidade matrimonial em relação à sexualidade, aliada às precárias condições de higiene.

d) Em relação às doenças gastro-intestinais, nos meses de dezembro a fevereiro, onde há a maior índice de precipitação pluviométrica na região, com o aumento de volume dos rios, a formação de remansos e acúmulo de detritos, dificultando a captação de água para consumo, os surtos de diarreia são registrados. A ingestão excessiva de bebidas alcoólicas pelos povos que têm mais fácil acesso à cidade como Shanenawa e Kaxinawá do Paroá, e caiçuma (bebida fermentada da macaxeira) pelos Kampa e Kulina são relacionados com diarreias, intoxicações e queixas dispépticas.

e) A tuberculose é uma doença de incidência relevante na região devido à intensificação do contato e a não adequação dos hábitos e costumes adquiridos. No Rio Envira, na aldeia Morada Nova (Shanenawa) houve a iniciativa de se construir um hospital indígena com o objetivo primordial para tratamento de tuberculose, que não supriu as expectativas. O problema da terapia para a tuberculose é complexo ao se tratar com populações indígenas pois não se pode omitir que este tratamento prolongado redunde na interferência nos padrões culturais próprios de cada povo. As questões intergrupais, onde um indivíduo de uma dada etnia não aceita se submeter ao tratamento num mesmo local que outro de etnia diferente; a preocupação com época de feitura da roça e plantio e colheita para garantia da subsistência do grupo; a presença de feitiço provindo do relacionamento forçado inter grupos diversos; possibilidade de relações extra-conjugais, devida à convivência excepcional; alteração dos hábitos alimentares ocasionada pela mudança de habitat, de uma aldeia para outra; leva a um alto índice de abandono de tratamento pelos indivíduos acometidos pela doença.

3. Imunização

A primeira viagem com tal fim, se realizou em Abril de 1989 com a equipe da Comissão Pró-Índio do Acre (CPI-AC) e de forma mais sistemática com a equipe do convênio UNI-HU. Até o momento foram realizadas 4 viagens e anexo segue o demonstrativo da cobertura vacinal:

Tabela de porcentagem de cobertura vacinal - Areas Indigenas do Rio Envira. Ano: 1991

Faixa Etária	Sabin	DPT	Sarampo	BCG	TT
0 - 1	83,25% ³	68,33%	36,28%	24,85%	-
1 - 4	85,60%	85,50%	95,10%	88,38%	-
5 - 7	37,60%	38,00%	89,30%	89,30%	-
> 7	-	-	-	-	76,78%
Gestantes	-	-	-	-	100%

4. Formação de Agentes de Saúde

No tocante à área médica o processo de formação vem sendo gradativamente elaborado, e sofrendo alterações conforme as necessidades das comunidades e demanda de serviços.

Tem sido feita a indicação pela comunidade indígena do candidato a agente de saúde e avaliado o seu perfil para a função pela equipe técnica. A construção do conhecimento é feita durante as viagens de barco e o exercício prático nas paradas nas aldeias com acompanhamento e supervisão do profissional de saúde do convênio. No período entre as viagens o agente de saúde retorna à sua aldeia de origem com orientações definidas para o atendimento local. A supervisão, reciclagem e aprimoramento da formação em serviço serão feitas nas viagens seguintes.

Uma cartilha de saúde visual para ser utilizada com os povos que não dominam a língua portuguesa e a escrita está em estágio de testes nos Kulina e Kampa e, numa avaliação inicial, tem apresentado bons resultados.

³ Estão incluídas as pessoas que não completaram ainda as três doses das vacinas Sabin, DPT e TT.

5. Saúde Bucal

A primeira viagem diagnóstica para a área dos Rios Envira e Juruá para a especialidade foi realizada em novembro de 1990, como resultado de uma reflexão da equipe então atuante de proporcionar uma qualificação da atenção à saúde prestada e a partir daí se iniciar uma programação multidisciplinar, no processo de expansão do projeto. As condições de saúde bucal se apresentam de forma diferenciada na população indígena e seringueira, e isto pode ser explicado, não só pelo fato das variações geográficas, como pelas culturais e o entendimento político dessas comunidades.

A morbidade é vista pelo indicador de saúde bucal CPO, que avalia a situação de uma comunidade em relação a dentes Cariados, Perdidos e Obturados. A análise e manuseio destes dados nas dentições decidua e permanente orientará o diagnóstico de saúde bucal e o conseqüente planejamento e programação das ações de saúde.

Os índices CPO médio são registrados por faixa etária e gráficamente serão representados com **ceo** para dentes deciduos e **CPO** para permanentes.

Tabela **ceo** / **CPO** - Areas Indigenas (Rio Envira) e de seringueiros (Rio Juruá)
Ano: 1990

Faixa Etária	GRUPO: N. Olinda		KAXINAWA Formoso		SHANENAWA Morada Nova		ASAREAJ Foz do Tejo	
	ceo	CPO	ceo	CPO	ceo	CPO	ceo	CPO
0 - 6	2,4	0,0	3,8	0,5	3,3	0,0	1,8	0,01
7 - 10	0,0	5,3	0,0	2,5	0,0	5,6	3,0	2,30
13 - 18	0,0	4,3	0,0	6,0	0,0	7,1	0,0	10,60
19 - 35	0,0	6,1	0,0	5,0	0,0	14,0	0,0	15,40
36 ou +	0,0	12,8	0,0	14,3	0,0	15,5	0,0	23,50

Informa-se que o índice aceitável preconizado pela Organização Mundial de Saúde para os 12 anos é de 3,5 ou menos. O último índice brasileiro pesquisado (de 1985) é de 6,5.

Por comparação nota-se que as áreas indígenas já reconhecidas no Rio Envira apresentam índices que variam, muito provavelmente influenciados pela proximidade maior ou menor dos centros urbanos com a consequente facilidade de acesso a produtos alimentícios industrializados e à assimilação de hábitos e costumes do branco que atuam na desestabilização orgânica tradicional dessas comunidades.

Salienta-se que, pelo exame clínico, no momento atual estas comunidades se encontram num processo de organização social ascendente e seu reflexo na saúde bucal se dá quando se observa cavidades cáries não invasivas e de lento desenvolvimento, demonstrativo de uma situação de saúde bucal passível de estabilização num espaço de tempo relativamente pequeno. Deve-se considerar também que, estas comunidades não têm tido até o momento nenhuma programação preventiva e a assistência curativa esporádica e de condição técnica precária. Portanto com o início das atividades de Odontologia do projeto pretende-se atingir níveis de estabilidade em um curto espaço de tempo.

Na Reserva Extrativista dos seringueiros do Alto Juruá a condição de saúde bucal é mais complexa, espelhando a história sócio econômico cultural dessa população, que está inserida diretamente no mercado selvagem de produção, consumindo a altos custos produtos alimentícios, em troca do produto do extrativismo da seringa a preços injustos. Pressionado nessa política de comércio, o seringueiro não tem a possibilidade de conseguir produzir uma alimentação mais nutritiva e energética para sua família, por estrita escassez de tempo para o trabalho em roça, o que os leva a um estado de debilidade orgânica generalizada.

Aqui também a assistência curativa é bastante precária, de um custo elevado para o poder aquisitivo local e que preconiza exclusivamente exodontias, onde avalia-se que em muitos casos esteja havendo diagnóstico de doença errôneo, feitas por práticos não capacitados que atuam na área. Não há também nenhuma programação de ações coletivas para orientação educativa ou prevenção do dano.

Formação de agente de saúde bucal

Na área do Rio Envira há um agente que já atua, no entanto com uma formação totalmente direcionada para assistência curativa e necessitando de uma revisão generalizada de seus conhecimentos. A comunidade Kaxinawá do Paroá já indicou um seu componente para assumir esta função na aldeia e este deverá iniciar seu aprendizado na próxima viagem. Este programa prevê a formação de pelo menos um agente de saúde bucal por aldeia indígena e, para a Reserva Extrativista, um agente para cada uma das unidades de saúde previstas para serem construídas em toda reserva.

POPULAÇÃO (Vale do Juruú - áreas atingidas pelo projeto)	
Grupo	População
Arara	200
Jaminawa	250
Jamin./Arara	250
Kampa	626 - inclui número revisto para população do Rio Amônia (400) e estimativa (75) de pop. na A.I. Kaxinawá do Rio Bréu
Katukina	330 - inclui metade da população estimada da A.I. Rio Gregório (180)
Kaxinawó	2175 - inclui estimativa (100) para população na A.I. Kaxinawá do Rio Bréu
Kulina	445
Nukini	350
Poyanawa	300
Shanenawa	215 - se refere aos "Katuquina" da A.I. Katuquina/Kaxinawá, um grupo diferenciado dos outros assim denominados
Yawanawó	180 - equivalente a metade da população estimada da A.I. Rio Gregório
Total	5321

