

CEDI - P. I. B.
DATA 10 / 07 / 87
COD. 0ND 37

- POLONOROESTE -

ipe fundação instituto de pesquisas econômicas

AVALIAÇÃO MÉDICA - 8.a D. R.
(Gavião, Zoró e Karitiana)

LUIZ CARLOS BARRADAS BARATA

SÃO PAULO
SETEMBRO - 1986

POLONOROESTE
FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

AVALIAÇÃO MÉDICA - 8a. D.R.
(Gavião, Zoró e Karitiana)

Luiz Carlos Barradas Barata

São Paulo

Setembro-1986

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 - CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE	01
1. Alimentação	01
2. Moradia	02
3. Saneamento	04
CAPÍTULO 2 - COBERTURA VACINAL	05
CAPÍTULO 3 - AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE INDIVIDUAL	08
1. Nutrição	08
2. Doenças Prevalentes	09
3. Saúde Bucal	13
4. Saúde Materna	14
5. Mortalidade	15
CAPÍTULO 4 - ASSISTÊNCIA MÉDICA	15
1. Assistência Médica nas Aldeias	15
2. Assistência Médica a Nível Secundário e Terci ário	17
3. Equipe de Saúde	19
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	21

CAPÍTULO 1

CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE

1. Alimentação

Karitiana: Os Karitiana ainda mantêm em grande parte seus hábitos alimentares originais e sua alimentação se baseia, hoje, no consumo de mandioca, cará, batata-doce, arroz, milho e feijão. Dispõem também de frutas em abundância e variedade. A proteína de origem animal provém quase que exclusivamente da caça e da pesca, uma vez que ainda não praticam a criação de animais, embora demonstrem grande interesse em iniciar essa atividade.

Devido aos limites reduzidos de sua área, a caça está se tornando cada vez mais difícil. E a pesca é escassa na maior parte do ano, já que não há grandes rios no interior de suas terras. Dessa forma, é de se esperar problemas para o futuro no aspecto alimentar se nenhuma medida for adotada, pois os Karitiana não têm fonte regular de produção de proteínas, não têm perspectivas de ampliação da área atualmente ocupada e estão empenhados em aumentar rapidamente sua população. A melhor alternativa a curto prazo seria o incentivo a criação de animais.

Zoró: Os Zoró tiveram seu comportamento alimentar original bastante alterado em decorrência do modo de organização da produção imposto pela FUNAI na área. Assemelhados aos peões de fazenda, os Zoró trabalham 8 horas diárias na lavoura e recebem refeições na "cantina" da aldeia. Sua alimentação segue, assim, padrões alimentares da população não índia, sendo constituída de arroz, feijão, charque, enlatados, sal, açúcar, café, etc.. Não há falta de comida, já que a produção dos Zoró supera em muito suas necessidades de consumo e o excedente comercializa-

do gera recursos para a aquisição de alimentos em quantidade suficiente. É duvidoso, entretanto que tal alteração nos hábitos alimentares traga qualquer benefício à saúde dos Zoró. Ao contrário, é possível que repercuta negativamente com a produção de doenças até agora não detectadas ou mesmo inexistentes entre eles como a obesidade, diabetes, hipertensão arterial doenças cardíacas e cérebro-vasculares e até mesmo certos tipos de cânceres. Do ponto de vista da saúde seria, portanto, desejável a preservação dos hábitos alimentares originais (hoje adotados regularmente apenas pelas mulheres e crianças). Isso evidentemente só seria possível se os Zoró adotassem outra proposta de organização da sua produção.

Gavião e Arara: Os Gavião e Arara, de maneira semelhante aos Karitiana, mantêm em grande parte seus costumes alimentares, embora, também, passem a incorporar à sua alimentação cotidiana certos produtos industrializados a que têm acesso fácil. A caça e a pesca ainda são abundantes nas suas terras e portanto não há escassez de alimentos. Essa situação, entretanto, pode se alterar pela ameaça constante de invasão de suas terras por colonos, como foi presenciada na região de Nova Colina durante a visita para elaboração deste relatório.

2. Moradia

Karitiana: A situação de moradia dos Karitiana é bastante precária. As habitações originais foram substituídas por casas construídas com paredes de barro e cobertura de palha, ou inteiramente de palha, com um só cômodo na maioria das vezes, que serve de local para estar, dormir e cozinhar. Suas dimensões são reduzidas e a ventilação e iluminação interior são inadequadas. O chão, de terra batida, dificulta a higiene interna.

Mas o problema mais grave aqui é o número reduzido de casas para uma população relativamente numerosa e em crescimento acentuado. Mais de uma família habita uma mesma casa e chegou-se ao ponto de numa única moradia, com pouco mais de 30 m² moradias moram 14 crianças. Essa situação acarreta problemas sérios para a saúde da população Karitiana sobretudo pelas facilidades que condiciona à transmissão de vários tipos de doenças como: tuberculose, gastroenterites, verminoses, etc.

Zorô: As habitações próprias dos Zorô foram substituídas por casas de paredes de madeira, sobre palafitas, com cobertura de palha. São de tamanho modesto, mas bem construídas e facilitam o asseio interior; exceto na parte destinada a "cozinha" onde o assoalho é de terra batida. Um problema sério dessas moradias é a infestação de baratas no seu interior que chega a um grau indescritível. Não parece, entretanto, haver uma consciência, nem dos Índios, nem por parte da administração do posto indígena, sobre a importância das baratas como vetores de doenças; tanto assim que não se observou qualquer ação para eliminá-las. Durante a última visita à aldeia foi iniciada uma tentativa de controle dos insetos com ácido bórico que deve ser contimada. Também a desinsetização das casas com inseticidas organofosforados ou piretróides poderia ser solicitada à SUCAM, que já faz a borrifação periódica com DDT. Medidas voltadas para a limpeza do interior da residência e acondicionamento apropriado de alimentos, embora da difícil aplicação, deveriam ser estimuladas. Construção de novas casas, de melhor qualidade seria, obviamente, solução definitiva para o problema.

Gavião e Arará: Os Gavião e Arara no P.I. Lourdes, habitam casas de palha de pequenas dimensões e instalações precárias. As condições interiores são próprias à transmissão de uma variedade de doenças. Em Nova Colina moram nas casas deixadas peloscolonos, bastante distantes umas das outras, construídas de ma

deira, mas, com instalações também insatisfatórias.

Aqui, como no restante das aldeias visitadas, a questão da moradia não é encarada como um problema prioritário. Entretanto, num grau tão elevado de aculturação em que os índios se encontram (inclusive quanto ao modo de construir suas habitações) é válido se questionar por que não dotar as aldeias de casas bem construídas, com instalações sanitárias e de água como são as habitações do pessoal da administração dos postos? Se o custo, a curto prazo, dessa medida pode ser alto, os benefícios para a saúde coletiva, a longo prazo, são incalculáveis.

3. Saneamento

Karitiana: Os Karitiana dispõem de um poço simples com bomba e caixa d'água com uma única torneira de distribuição para toda a aldeia. Este poço dista cerca de 25 metros do igarapé, fonte real de água para a maioria da aldeia. É aí que se lavam as roupas e utensílios domésticos, que se toma banho e se apanha água para cozinhar e beber. Embora a água do igarapé seja corrente e bastante limpa, na época de seca o volume de suas águas se reduz drasticamente e é de se supor que nesse período a contaminação das águas remanescentes seja significativa. Apesar de haver filtros d'água em algumas casas, o hábito de tratar a água não é regular. Tampouco é fornecido cloro para a utilização na água de beber. As dejeções são feitas ao ar livre, ao redor da aldeia, pois não há o hábito de utilização de latrinas. Como veremos adiante, o quadro precário de saneamento da aldeia Karitiana é evidenciado claramente pela alta prevalência de parasitoses intestinais e gastroenterites entre seus habitantes.

Zoró, Gavião e Arara: Em suas aldeias as condições de saneamento são melhores que as descritas acima, mas ainda assim estão longe de serem adequadas. A água para todos os fins é obtida dos

igarapés próximos que possuem volume de água e correntes razoável mesmo no período de seca. Os Zoró dispõem de um poço no centro da aldeia que não possui revestimento interno e tampouco muro ao redor de tal forma que sua água é certamente contaminada na época das chuvas. No P.I. Lourdes e na aldeia Zoró há latrinas para uso coletivo. O hábito de utilizá-las, entretanto, não é uniforme. As crianças pequenas principalmente fazem suas necessidades no pátio ou nos arredores da aldeia o que agrava o quadro sanitário. Aqui também não foram observadas práticas de tratamento de água: não há filtros e tampouco se utiliza o cloro.

CAPÍTULO 2

COBERTURA VACINAL

A situação de saúde da população não índia de Rondônia é bastante precária em decorrência da imigração intensa e desordenada dos últimos anos e da incapacidade de ampliação e melhoria da rede básica de saúde, na área de abrangência do Polonoeste. Esta situação gera preocupações justificadas quanto à possibilidade de ocorrerem surtos epidêmicos nas áreas indígenas, na medida em que o contato entre os índios e a "civilização" se torna cada vez mais intenso.

Para se ter uma estimativa da cobertura vacinal das populações das áreas visitadas analisou-se os dados das cadernetas individuais de vacinação, que passaram a ser adotadas rotineiramente pela FUNAI a partir de 1981. Mesmo levando-se em conta que os dados obtidos a partir delas são muitas vezes imprecisos é possível chegar-se a algumas conclusões que certamente estão muito próximas da realidade. Assim, estudou-se a cobertura vacinal das crianças com menos de 6 anos de idade (e que portanto já tinham caderneta de vacinação logo após o nascimento)

e mais de 1 ano de idade. Nessa faixa etária é de se esperar que todas as crianças tenham completado no mínimo, o esquema básico de vacinação*:

Avaliou-se a cobertura vacinal no momento das visitas às áreas indígenas Zoró, Gavião e Arara e logo a seguir à vacinação levada a cabo durante essas mesmas visitas.

Cobertura Vacinal Das Crianças com 1 a 5 Anos de Idade:

Karitiana (total de crianças = 20)

BCG = 20 (100%)

Anti-sarampo = 19 (95%)

DTP = 20 (100%)

Sabin = 19 (95%)

Zoró (total de crianças = 41)

no momento da visita	após a vacinação
BCG = 39 (95%)	BCG = 39 (95%)
Anti-sarampo = 4 (10%)	Anti-sarampo = 30 (73%)
DTP = 3 (7%)	DTP = 30 (73%)
Sabin = 2 (5%)	Sabin = 29 (71%)

* O esquema básico da vacinação consiste na aplicação de 1 dose das vacinas anti-sarampo e BCG e em 3 doses das vacinas Sabin e DTP, em intervalos apropriados.

Gavião e Arara (total de crianças = 53)

no momento da visita	após a vacinação
BCG = 45 (85%)	BCG = 53 (100%)
Anti-sarampo = 22 (42%)	Anti-sarampo = 51 (96%)
DTP = 8 (15%)	DTP = 34 (64%)
Sabin = 7 (13%)	Sabin = 33 (62%)

Através desses dados fica evidente que, mesmo levando-se em conta apenas a situação após a recente vacinação, todas as áreas indígenas visitadas (excetuando-se Karitiana) apresentam baixa cobertura vacinal contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite. Com relação ao sarampo, após a recente vacinação, a cobertura vacinal aproximou-se de níveis aceitáveis em to das as áreas com exceção da área Zoró. A cobertura atingida com a vacina BCG é atualmente boa em todas as áreas.

Se esses dados estiveram de fato, próximos da realidade, isto indica que as populações indígenas não estão adequadamente imunizadas e correm o risco de se defrontarem com surtos de doenças preveníveis por vacinas.

Vale a pena ainda assinalar que a vacinação contra a febre amarela não é feita rotineiramente (apesar do risco a que os índios estão sabidamente expostos) e tampouco o esquema de vacinacão adotado prevê a imunização de crianças maiores de 7 anos e adultos contra a difteria. Essas duas atitudes devem urgentemente ser reavaliadas.

Por fim, é preciso deixar claro que há muitas dificulda-'des para se manter uma boa cobertura vacinal. Entre elas destacam-se: a grande circulação dos índios pelas diversas áreas e as dificuldades relativas à sua identificação (idade e nome).

Mas o obstáculo maior sem dúvida é a impossibilidade da Equipe volante de Saúde de cumprir um calendário mínimo de visitas às áreas indígenas. Enquanto isto não for solucionado de maneira definitiva não se atingirá um nível ótimo de imunização dessas populações.

CAPÍTULO 3

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE INDIVIDUAL

1. Nutrição

Com exceção de uma criança Karitiana com cerca de 3 meses de idade que havia nascido prematuramente e não se adaptara à amamentação ao seio, não foi observada desnutrição severa entre as demais crianças indígenas.

Apesar de não haver curvas pôndero-estaturais adequadas para o acompanhamento do crescimento infantil dos indígenas e de faltarem nos postos balanças e equipamentos apropriados para uma avaliação mais rigorosa, as observações clínicas não revelaram evidências de desnutrição entre as crianças e, como regra, o aspecto das mesmas é excelente.

O hábito de amamentação ao seio até idades de 1 ano ou mais é certamente o responsável pelo bom estado nutricional das crianças. É preocupante, por esse motivo, a introdução de mamadeiras em certas aldeias visitadas. O contato cada vez mais intenso com a população não índia e a aquisição de muitos de seus hábitos (inclusive dos piores deles) pode induzir ao risco da amamentação artificial precoce nas aldeias. É necessário portanto, uma atenção especial a essa questão pois, do pouco que se pode observar, ficou evidente que os índios não sabem se utilizar das mamadeiras (não as esterilizam, deixam restos para uso posterior, etc.) e têm dispêndios muitas vezes acima

de suas possibilidades para a aquisição de leite em pó em quantidade apropriada. A manutenção do hábito da amamentação natural é, portanto, a única garantia de preservação do estado nutricional entre as crianças indígenas e por esse motivo deve ser mantido a todo custo.

As crianças maiores e os adultos também revelam bom estado nutricional e não se observou entre eles evidências clínicas de desnutrição e avitaminoses. E mesmo com relação à anemia, embora presente em algumas crianças e gestantes, é pouco evidenciada nas populações visitadas, o que até certo ponto é surpreendente, haja visto o alto grau de parasitismo intestinal entre elas.

A aquisição de certos hábitos alimentares não índios, parece inevitável à medida em que o contato se torna cada vez mais intenso. Com relação a esse ponto, especialmente o uso do açúcar (e doces) tem sido altamente negativo para a saúde bucal das crianças e adultos, como veremos a seguir. Na medida do possível o consumo de comidas industrializadas, e do açúcar em especial, deveria ser desestimulado.

2. Doenças Prevalentes

Malária:

Constitui-se num dos principais problemas de saúde das aldeias. A incidência de malária no primeiro semestre de 1986 foi de 95 casos, sendo: 25 Karitiana, 27 Zoró e 43 Gavião e Arara). A predominância é de infecções por P. falciparum o que agrava a situação pelo potencial que têm essas infecções de determinarem complicações, sobretudo em crianças e gestantes, e pela resistência que atualmente exibem aos tratamentos convencionais.

Durante as observações realizadas teve-se a preocupação de

palpar o baço das crianças durante o exame clínico, independentemente das queixas apontadas. Examinando um grande número de crianças em todas as aldeias só foi detectada uma criança Gavião de 9 anos com aumento esplênico. Essas observações sugerem que a malária é certamente hipoendêmica nas áreas indígenas.

A dinâmica de sua transmissão nas áreas visitadas precisaria ser melhor estudada, com a investigação de cada caso novo para se determinar o local provável de infecção. O isolamento geográfico das aldeias (exceto Nova Colina), a borrifação periódica das casas com DDT e a baixíssima densidade anofélica observada, ao menos no período de visita (julho/agosto), sugerem que a transmissão da malária no interior das aldeias talvez não seja tão relevante. O risco maior pode estar associado com os deslocamentos para fora das aldeias e em áreas próximas àquelas ocupadas por população não índia, como Nova Colina, por exemplo.

A situação da malária no Estado de Rondônia em 1986 é sabidamente alarmante e fora de controle; desse modo é descabido imaginar-se que os índios possam permanecer inatingíveis por esse quadro. Enquanto não houver uma melhora do panorama "exterior" continuarão ocorrendo casos de malária nas áreas indígenas visitadas. De imediato o que se poderia fazer para melhorar a situação seria criar meios que propiciassem diagnóstico e tratamento precoce dos casos, o que implicaria em dar maior capacidade resolutiva aos serviços de saúde nas áreas indígenas. Esta proposta será melhor detalhada adiante.

Tuberculose:

A suscetibilidade das populações indígenas à tuberculose é reconhecidamente muito elevada e essa doença representa ainda um sério problema de saúde em todas as aldeias visitadas. No primeiro semestre de 1986 foram registrados 4 casos novos de tuberculose (2 Karitiana e 2 Zoró), mostrando que a situação ainda está longe de um controle ideal.

A vacinação com BCG é eficaz na redução da incidência da meningite e formas miliare da tuberculose mas, só de forma limitada (através da redução dos casos de re-infecção endógena e da diminuição do risco de desenvolvimento da doença primária) é capaz de afetar a transmissão da moléstia. Portanto, o controle da tuberculose tem que se basear na melhoria das condições gerais de vida (em especial de moradia) e na detecção e tratamento precoce dos casos bacilíferos.

O problema da moradia já foi discutido em outro tópico. A detecção de casos novos de tuberculose, por sua vez, depende de um trabalho permanente e sobretudo ativo da busca dos sintomáticos respiratórios e vigilância sobre os contactantes domiciliares. Para desenvolver essa tarefa a contento os auxiliares de enfermagem precisam ter conhecimento sobre a tuberculose (em particular acerca do seu modo de transmissão) e serem capazes de envolver a comunidade indígena no trabalho de controle da doença, que vai desde o levantamento dos casos suspeitos até o acompanhamento do tratamento dos doentes.

Da maneira como está estruturado o atendimento médico, o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos novos são dificultados pela ausência de recursos na área que possibilitem a confirmação bacterioscópica da moléstia. O sintomático respiratório fica, assim, na dependência de poder ser encaminhado a outros recursos de saúde (o que pode levar vários dias) para ter o seu diagnóstico confirmado e iniciado o tratamento específico.

Seria necessário, portanto, oferecer treinamentos aos auxiliares de enfermagem que fornecesse conhecimentos básicos sobre a doença (mecanismo de transmissão, sintomas clínicos e tratamento) e, inclusive, procurar capacitá-los para o diagnóstico microscópico. Isso possibilitaria uma ação mais rápida e eficaz que certamente resultaria em maiores probabilidades de sucesso no controle da doença nas áreas indígenas.

Gastroenterites e Parasitoses Intestinais:

Segundo dados dos relatórios trimestrais de saúde o índice de infecção parasitária atinge virtualmente 100% em todas as aldeias visitadas. Entre os Karitiana, além das parasitoses intestinais, a incidência de gastroenterites, especialmente entre as crianças, é altíssima. Essa situação é decorrente das condições ainda precárias de saneamento das aldeias e é difícil acreditar que possa se modificar significativamente a curto prazo com as medidas tomadas até agora.

A construção de latrinas é pouco eficaz se os índios, por várias razões, não se habituam a usá-las. Será necessário talvez vários anos para que a população das aldeias se conscientize da importância de utilizá-las.

Outro aspecto que merece atenção é a necessidade de fontes facilmente acessíveis de água para a população. É bem estabelecido que muitas infecções entéricas são transmitidas diretamente pela via fecal-oral e que sua incidência é drasticamente afetada pelo simples hábito de lavar as mãos antes de manipular os alimentos. Esse hábito, é verdade, pode também levar muito tempo até ser adquirido por uma comunidade, mas torna-se impraticável se não é fornecida água de fácil acesso durante todo o tempo.

Neste tópico é importante ressaltar também a necessidade de uma maior integração entre os trabalhos de saúde e educação nas áreas indígenas. Como é entre as crianças que o problema das parasitoses intestinais e gastroenterites é mais grave, elas deveriam ser escolhidas como população alvo para ações de educação sanitária.

Em algumas comunidades pequenas já se praticou, com sucesso, o tratamento em massa das parasitoses intestinais, repetido a intervalos de 1 a 3 meses. O alto índice de infecção entre as populações visitadas parece justificar que se tente uma experiência desse tipo, que poderia ser efetuada pela própria equipe de saúde, durante suas visitas regulares às aldeias.

Outra medida, de fácil aplicação e de custo insignificante, que poderia reduzir o índice de gastroenterites é a distribuição e orientação para o uso de cloro na água de beber.

Outras Doenças:

Foram observados, durante o exame das populações visitadas, quadros de infecções de vias aéreas superiores ("resfriados" e "gripes") infecções cutâneas (impetigos) e "reumatismo", doença mal caracterizada, manifestada por dores articulares ou no corpo, sem sinais inflamatórios locais ou sintomas constitucionais que, pelo menos em alguns casos pode ser identificada como osteoartrite. A importância dessas doenças é, no entanto, irrelevante e só são preocupantes pelo uso indevido e excessivo de medicamentos que são empregados para tratá-las.

Digno de nota foi a detecção de 2 casos suspeitos de leishmaniose entre os Gavião do P.I. Lourdes. Essa doença deve merecer melhor atenção porque os índios, mudando seus hábitos de vida original, têm modificado também seu modo de exploração da natureza, provocando desmatamento e alterando o ecossistema, favorecendo, assim, o surgimento de certas doenças como leishmaniose.

3. Saúde Bucal

A adoção de certos hábitos alimentares "civilizados" teve um efeito devastador sobre a saúde bucal das populações indígenas. Visitando as aldeias dos Zoró, Gavião e Arara é muito difícil encontrar uma jovem ou um jovem sequer que apresente dentição completa. A regra é uma população de desdentados.

Os Karitiana, nesse aspecto, são privilegiados pela proximidade de sua aldeia com a cidade de Porto Velho o que lhes garante acesso mais fácil ao serviço odontológico da Casa do Índio e visitas mais constantes da Equipe Volante de Saúde (EVS).

As demais tribos tem que se contentar com as visitas ocasionais da EVS nas quais o tratamento odontológico se resume à extração dentária pois falta material para se efetuar restaurações.

Apesar de programada não é executada nenhuma ação efetiva de caráter preventivo. A aplicação tópica de flúor não tem sido implementada pela falta de material e de verba para a realização das viagens da EVS.

Seria necessário iniciar todo um trabalho educativo nas aldeias, com distribuição de escovas de dente e orientação para seu uso adequado e, também, introduzir como atividade regular e diária nas escolas a escovação dos dentes.

Enquanto o hábito de escovar os dentes não for rotineiro nas aldeias e enquanto essas não contarem com acesso fácil aos serviços odontológicos (o que só pode se concretizar com o cumprimento do cronograma de visitas da EVS às áreas) não se pode esperar qualquer melhora nesse campo.

4. Saúde Materna

As índias, como regra, têm seus partos nas próprias aldeias, sôzinhas ou com a ajuda de mulheres mais velhas. As informações recolhidas são de que não houve nenhum óbito, materno ou infantil, decorrente de complicações do parto, no último ano. Mesmo na ausência de dados mais detalhados sobre a questão, isso sugere que a assistência ao parto não precisa ser encarada como uma prioridade na atenção à saúde nas áreas indígenas.

Em algumas aldeias observou-se gestantes muito jovens, com 12 ou 13 anos de idade. Esse fato é preocupante e justifica uma atenção especial porque as complicações gravídicas tendem a ser frequentes nas mulheres com muito pouca idade.

Embora exista um registro do número de gestantes em cada aldeia, a implantação de um programa de assistência pré-natal

é ainda incipiente e faltam equipamentos e treinamentos dos auxiliares de enfermagem para incrementá-lo.

5. Mortalidade

O registro de óbitos entre os índios só recentemente começou a ser feito de maneira mais regular e detalhada, portanto, não é possível levantar-se índices de mortalidade que reflitam com segurança o estado de saúde das populações indígenas visitadas.

As informações recolhidas dão conta de 3 óbitos ocorridos no primeiro semestre de 1986, sendo um infanticídio (criança de 1 semana que nascera com problemas físicos), um índio de mais ou menos 70 anos com câncer e uma jovem de 14 anos que faleceu em decorrência de um quadro de abdome agudo não devidamente esclarecido.

CAPÍTULO 4

ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. Assistência Médica nas Aldeias

A assistência médica nas áreas indígenas é prestada por auxiliares de enfermagem contratados recentemente pela FUNAI com verbas do Polonoroeste. Todos eles desenvolviam atividades em centros urbanos, geralmente ligadas a instituições hospitalares, antes de iniciarem seu trabalho atual. Portanto, não têm experiência anterior com índios e tampouco conhecimentos prévios com relação a cuidados de atenção primária à saúde. Conversando com alguns deles, é fácil perceber que se sentiram "jogados" nas áreas indígenas, sem passarem por um treinamento que

lhes propiciasse conhecimentos adequados, sobre a realidade indígena e sobre certas questões próprias da área de saúde, que lhes permitissem desempenhar melhor suas funções.

O trabalho dos auxiliares se resume atualmente em fornecer medicamentos aos indígenas quando por estes são procurados. E mesmo para essa única atribuição de medicar, os auxiliares não se acham bem preparados e é possível constatar o uso indevido e abusivo de medicamentos em todos os postos visitados.

Essa prática de medicalização excessiva tende a reforçar um processo mais global de aculturação das populações indígenas, uma vez que não há preocupação em reconhecer-se e valorizar-se a sua medicina e, dessa forma, os próprios índios acabam por confiar apenas na medicina "civilizada" ficando absolutamente impotentes e dependentes dela para situações muitas vezes banais. Cria-se, assim, um mecanismo sutil mas real de dominação dos índios, através da assistência médica, que não deve ser de modo algum subestimado.

Excetuando-se a terapia de re-hidratação oral e o tratamento de certas doenças como malária e tuberculose é duvidoso que a assistência com ênfase na medicalização, como vem sendo desenvolvida, contribua de modo significativo para a elevação das condições de saúde das comunidades. Pelo contrário, parece estar criando entre eles um contingente de hipocondríacos a procura de "injeções" e "vitaminas" para a cura de todo tipo de mal.

Seria desejável que o enfoque do trabalho dos auxiliares de enfermagem fosse alterado de modo a que passassem de uma atitude passiva (de "aguardar" a vinda dos pacientes) para uma prática ativa ("para fora") de integração real com as populações indígenas. O que pressupõe o conhecimento de seus hábitos, do nome de cada um dos membros da comunidade, da constituição das famílias e até de um vocabulário mínimo que facilitasse a concretização dessa integração. Estariam, assim, os auxi

liares capacitados a repassar aos índios conhecimentos importantes, detectar práticas contrárias à promoção da saúde e, mais importante que tudo, envolver a comunidade indígena de modo a que ela mesmo se interesse, se capacite e passe a atuar para melhorar suas condições de saúde.

Ainda com relação a essa questão do envolvimento das populações nas práticas de saúde, seria interessante pensar em treinar alguns elementos das próprias comunidades indígenas para que desempenhassem, junto com os auxiliares de enfermagem, o papel de agentes de saúde locais. No P.I. Lourdes e entre os Karitiana existem índios interessados em questões de saúde e por aí poderia iniciar-se uma experiência nesse sentido.

Finalmente, a assistência médica nas aldeias deveria contar com uma maior capacidade resolutiva, de tal forma que os índios só precisassem se deslocar para a cidade em casos realmente excepcionais. Embora envolvendo algum custo, poderia ser implementado, ao menos em caráter experimental em alguma aldeia, o diagnóstico microscópico local de tuberculose, malária e parasitoses intestinais, através do treinamento específico dos auxiliares de enfermagem. Essa experiência, se positiva, pode contribuir em muito no controle dessas doenças e ampliar significativamente a capacidade de resolução dos serviços de saúde nas áreas indígenas.

2. Assistência Médica a Nível Secundário e Terciário

Em Porto Velho, a Casa do Índio conta com uma enfermaria com cerca de 20 leitos e uma equipe de saúde composta por médico, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem, 2 atendentes e 1 técnico de laboratório. Esta estrutura funciona como retaguarda para os postos indígenas no atendimento dos casos mais complicados e possui uma boa capacidade resolutiva.

A Casa do Índio de Porto Velho não serve apenas às aldeias

as incluídas na área de abrangência do Polonoroeste mas atende também a várias da região sudoeste do Amazonas. Nessas áreas não existem serviços de saúde local e, portanto, os índios se deslocam com frequência para Porto Velho em busca de atendimento médico. Essa atitude, que também é comum aos Karitiana, que têm acesso fácil a Porto Velho pela proximidade geográfica de sua aldeia, gera uma superlotação da Casa do Índio em determinadas épocas pois, juntamente com o doente costuma deslocar-se toda a sua família. Além de onerar a FUNAI, que se vê frente a gastos adicionais com alimentação e transporte para toda essa gente, tal situação acarreta prejuízos óbvios ao bom trabalho da equipe de saúde.

Os doentes que necessitam tratamento especializado são encaminhados ao Hospital de Base de Porto Velho que representa o nível terciário do sistema de saúde local. Pelas informações obtidas junto ao médico, chefe da equipe de saúde, não há problemas de relacionamento com o Hospital de Base e é fácil conseguir internações e consultas a clínicas especializadas quando essas são necessárias. Infelizmente não foi possível visitar o Hospital de Base, mas as informações recolhidas sugerem que a qualidade do atendimento médico prestado é no mínimo razoável.

Em Ji-Paraná os Gavião dispõem de uma casa que serve de alojamento para os índios em trânsito e também para acomodação dos doentes que se dirigem à cidade para tratamento médico. As acomodações internas da casa são absolutamente inadequadas para servirem de enfermaria como têm sido utilizadas. Não há água encanada e os índios têm que se utilizar do rio Machado, cujas águas, no seu trecho urbano, são intensamente poluídas pelos esgotos lançados diretamente das casas ribeirinhas.

Aí a FUNAI conta com uma atendente de enfermagem que presta cuidados aos enfermos. Os casos que necessitam atendimento médico são encaminhados ao posto de saúde da Secretaria de Saúde de Rondônia ou ao Hospital da Fundação SESP, ambos em

Ji-Paraná.

O hospital da Fundação SESP possui 75 leitos mas só 45 estão sendo utilizados porque faltam médicos e funcionários. Suas instalações são muito boas, mas seu laboratório funciona precariamente e não há especialidades. Quando há necessidade de atendimento especializado os índios têm que ser encaminhados a Porto Velho. Apesar de insatisfatório, o Hospital da Fundação SESP é o melhor recurso assistencial disponível para os índios Gavião, Arara e Zoró, em Ji-Paraná.

3. Equipe de Saúde

A equipe de saúde da 8a. D.R. da FUNAI (Porto Velho) é a responsável pela atenção à saúde das populações indígenas das áreas visitadas. Para o ano de 1986 a equipe elaborou um croograma de trabalho que previa visitas bimensais às aldeias. Infelizmente, esse plano não foi cumprido devido à falta de verbas para o pagamento de transporte e diárias para o pessoal.

Os Karitiana, cujo acesso por estrada de rodagem é relativamente fácil, foram visitados em janeiro, março e maio de 1986. As áreas Zoró, P.I. Lourdes e Nova Colina havia mais de 4 meses que não recebiam visitas da equipe de saúde (Durante a viagem realizada para elaboração deste relatório, em julho/agosto de 1986, aproveitou-se a facilidade do transporte para poder realizar atividades de vacinação nessas últimas áreas).

A equipe de saúde se propõe durante as suas visitas às á-reas indígenas a realizar, dentre outras, as seguintes atividades: imunização, levantamento demográfico, supervisão de enfermagem, palestras educativas, assistência-médica, ondontológica e de enfermagem, exames laboratoriais, assistência materno-infantil e controle de malária e tuberculose. É evidente que, por não poder cumprir o calendário de visitas regulares, a equipe de saúde veja comprometido o resultado final de todas as ações

propostas.

É urgente, portanto, corrigir-se imediatamente essa situação, sob o risco de se ver afetado todo o trabalho de atenção médica desenvolvido junto às áreas indígenas.

No que diz respeito ao trabalho específico da equipe de saúde, seria necessário que sua atividade principal se voltasse para o planejamento, a supervisão e a avaliação do trabalho de saúde desenvolvido nas áreas. Para tanto seria preciso que a equipe de saúde se desvincilasse, ao menos em parte, da sobrecarga de trabalho representada pelo atendimento médico da Casa do Índio de Porto Velho, o que seria possível mediante o aumento da capacidade resolutive nas aldeias e pela integração com os demais serviços de saúde de tal forma que estes passassem a atender aos índios de maneira rotineira.

Dentro desta perspectiva o papel da equipe de saúde se voltaria, sobretudo, para o gerenciamento do sistema de saúde da FUNAI: planejando as ações de saúde para as áreas indígenas, treinando e capacitando os auxiliares de enfermagem para desenvolvê-las, supervisionando e avaliando os resultados e, finalmente, garantindo a integração dos serviços de saúde a cargo da FUNAI com os demais serviços de saúde regional.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas administrativos vividos pela FUNAI afetam de maneira significativa as ações de saúde planejadas para as áreas indígenas.

No final de julho de 1986, ainda não havia sido liberada a verba do Polonoroeste que era prevista para ter saído em março deste ano. Não havia, portanto, verba para o pagamento de vãos para as áreas e tampouco para as diárias dos componentes da equipe volante de saúde.

As invasões frequentes das terras indígenas, além de consumir as escassas verbas com viagens emergenciais, acarretam prejuízos diretos ao trabalho de saúde pelo clima de tensão e medo que geram nas áreas de conflito.

Também por problema de ordem administrativa a 8a. D.R. da FUNAI não havia recebido medicamentos e outros materiais de consumo médico e odontológico no decorrer de 1986(até agosto). Os medicamentos à disposição para a Casa do Índio e para as aldeias foram os que restaram do ano anterior. O trabalho de saúde só não foi mais seriamente afetado porque se conseguiu alguns medicamentos através de um entendimento informal com a Secretaria de Saúde de Rondônia e alguns materiais no Hospital de Base de Porto Velho. Mesmo assim, nas várias aldeias visitadas pôde-se observar a falta de certos medicamentos essenciais.

As dificuldades de ordem administrativa representa, portanto, um grave ponto de estrangulamento para a melhoria do trabalho de saúde prestado às populações indígenas. E diante de situações tão precárias de trabalho(incluindo os baixos salários) é extremamente elogiável o esforço e a dedicação dos membros da equipe de saúde, e isso precisa ficar aqui registrado.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As condições de saúde dos índios Karitiana, Zoró, Gavião e Arara não podem ser consideradas boas. A situação de saneamento e moradia das aldeias é bastante precária, a tuberculose e a malária têm uma incidência muito elevada e a assistência médica e especialmente odontológica deixam ainda muito a desejar.

É preciso assinalar que não há problemas sérios de desnu-

trição, de alcoclismo, de hanseníase, de epidemias ou de mortalidade de uma maneira geral, mas isso não chega a ser suficiente para modificar a apreciação feita acima.

Como em qualquer outra sociedade, a saúde das populações indígenas é determinada, em última instância pelo seu modo de produção, incluindo-se aí suas relações sociais internas e externas e sua forma de interação com a natureza. Daí porque o quadro atual de saúde nas áreas visitadas deve ser considerado como dinâmico e sua evolução futura determinada, basicamente, pela maneira como vier a se processar a integração entre as comunidades indígenas e a população não índia, lembrando que as condições de saúde dessas últimas são extremamente precária.

Concluindo, é possível afirmar, sem exagero algum, que, mesmo de um ponto de vista essencialmente médico, o trabalho de defesa das terras indígenas deve ser considerado como prioritário e tão importante ou mais que todas as ações específicas voltadas para a preservação da saúde dos índios.

A seguir segue-se um resumo das recomendações contidas neste relatório:

1. Investir recursos para a melhoria das moradias e do saneamento das aldeias.
2. Distribuir cloro para uso nas aldeias onde o problema de água potável é mais grave.
3. Aplicar, como um projeto experimental, o tratamento em massa para o controle de parasitoses intestinais.
4. Destacar como prioridade das ações de saúde o controle da malária e da tuberculose.
5. Melhorar a cobertura vacinal mediante o cumprimento do cronograma de visitas às aldeias.

6. Vacinar as populações indígenas contra a Febre Amarela.

7. Vacinar as crianças maiores de 7 anos e adultos, contra a difteria.

8. Incluir como prioridade o atendimento odontológico, in vestindo recursos para ações preventivas e possibilitando o tratamento restaurador.

9. Treinar os auxiliares de enfermagem propiciando-lhes conhecimentos sobre atenção primária em saúde e específicos so bre malária e tuberculose.

10. Implantar, em caráter experimental, o diagnóstico labo ratorial de tuberculose, malária e parasitoses intestinais, ca pacitando o auxiliar de enfermagem para essa tarefa.

11. Desenvolver um trabalho destinado à recuperação e valo rização dos conhecimentos médicos indígenas.

12. Treinar membros das próprias comunidades indígenas pa ra atuarem como agentes de saúde locais.

13. Garantir verbas para as visitas programadas da Equipe volante de saúde.

14. Propiciar a todos os membros da equipe de saúde o afas tamento temporário da FUNAI para realização de cursos de Saúde Pública em instituições ou faculdades com bom nível de ensino.