

Rua Salustiano Alves Correa, n 17
Centro, Aripuanã/MT. 78325.000
Cel: 061.9.6320656
Fax: 014655651511

mishargreaves@hotmail.com

Fax

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL

Data / /

Cod. 0ND00302

Para: Ademir Gudim **De:** Maria Inês Hargreaves
Fax: 014694412115/4412221 **Data:** 06/01/02
Tel: 014694412221/4414583 e 061.9227236 **Págs:** 01
Ref: Outras considerações a respeito do Pólo **Cc:**
Base de Aripuanã, parte 2.

Urgente Para revisão Favor comentar Favor responder Favor circular

•Comentários:

Ademir,

Depois que conversamos fiquei pensando e lembrando.

Continuo achando que a opção de desmontar o PB Aripuanã através do rascunho do que chamam de ponto de apoio é uma estratégia equivocada e primária que desconsidera tudo o que já aconteceu por aqui.

Ou você acha que tem 02 anos que existe essa equipe por aqui??

Negativo. Alguns não tem sequer 06 meses(enfermeira referência, odontólogos, auxiliares CSI) e vocês não conseguem perceber o que mudou e poderia ter mudado por aqui.

Não ache que estou fazendo o papel de defensora dos gastos exorbitantes, das contratações desmedidas, como se acreditasse que o quantitativo fosse o mais importante. Mas existe um limite mínimo de condições de atendimento e cobertura desejada, ou não vai se atender satisfatoriamente e serão subatendidos, ou morrerão sem ter à quem recorrer.

Pelo contrário, se for conferir junto com a coordenação do Programa, durante 18 meses o PB Aripuanã não teve recursos humanos de referência e se ocupava vagas hospitalares indevidamente ou os pacientes sequer concluíam as medicações(inclusive TB, Blisto, Hipertensão, desnutridos,etc). Por 12 meses, até nov/00, fizemos malabarismos e muitos dos pacientes ou dormiam na minha kit ou iamos de madrugada para cumprir a medicação(eu, a Graça, a Bel, a Marli, Dr Daniel, Dr Hideo. Em fins de 2000 conseguimos 02 auxiliares para a referência de Aripuanã, que atendiam 25h/dia. Em início de 2001 conseguimos outra auxiliar e a contratação de uma enfermeira que coordenasse a recepção, tratamento e remoções de pacientes em tratamento. Até então não havia uma "Casa de Saúde" e sim o escritório do PB num local e os consultórios odonto e médico instalados provisoriamente na parte de baixo da minha casa. Os pacientes ficavam em lotes insalubres sob lona,

dormiam no chão, não tinham água, nem privadas, nem comida. Muitos dos pacientes Cinta Larga recusavam vir para exames e consulta por temerem passar fome e não terem onde ficar. O perfil da enfermeira desejado era que triasse corretamente as remoções, acompanhasse os internos, desse segurança, supervisão e conclusão a medicação para que o Dr Hideo pudesse render o trabalho médico e odonto em campo. Ainda assim, pela ausência de um local próprio, os atendimentos eram insuficientes com interrupções de medicação noturna e ainda repassava custos indiretos aos índios como alimentação, transportes e remoções.

Este é o Pólo Base onde os índios custeiam parte das ações governamentais (alimentação, remoções, transportes de emergência) até hoje.

Por estes motivos é que desejávamos e continuamos desejando a CSI com as 05 auxiliares e enfermeira de referencia em rodízio e também para acompanhar as remoções de pacientes (fora domicílio) e a idéia é que cada uma também manteria um rodízio de 1 semana mensal na aldeia Taquaral (a mais populosa e com os primeiros 02 casos de TB em 2000/01 na mesma família extensa) para acompanhar os tratamentos e realizar a busca ativa e investigações epidemiológicas.

A proposta de albergue e ponto de apoio beira a irresponsabilidade e não é o que nos comprometemos com os índios, com o município, com a vigilância sanitária.

Os técnicos do BIRD, PNUD, MS, FUNASA são capazes de compreender que em algumas localidades os custos são maiores do que em outros e mesmo com população reduzida esses índios tem direitos à assistência à saúde integral e ao resguardo de sua integridade mesmo que eliminados fisicamente e reduzidos demograficamente. Senão como explicar que a FUNAI tem 03 chefes de posto para atender esses mesmos 450 índios Cinta Larga e remanescentes Arara? A discussão sobre a qualidade do serviço deles é outro departamento.

Repito, esta CSI é uma unidade SUS que pode e deve obter financiamentos por procedimentos e atendimentos do MS, via credenciamento SUS/MT.

Não estamos falando de caridade e sim de direitos.

Confira que até junho/01 não haviam tantas auxiliares, haviam só 02 (mas também não havia atendimento satisfatório, nem conclusão da medicação!) e o acordo com o Dr Hideo (médico e odonto) se tivesse sido cumprido, privilegiaria justamente aquelas aldeias mais distantes e precárias para fazer uma excelente cobertura em todas as aldeias do PB Aripuanã. Continuo acreditando que aqui é o único dos PB's onde os profissionais médico, enfermeira e dentista, de acordo com um calendário executável e realista, teriam plenas condições de atendimento, equipamentos e grupo gerador para o serviço curativo (consultas, coleta de exames, próteses, restaurações e tratamentos), epidemiológico (busca ativa, inquéritos epidemiológicos), preventivo (vacinações de rotina, visitas domiciliares) e educacional desejado (educação em saúde, saúde bucal e acompanhamento e supervisão continuada dos AIS's). O médico, também acupunturista chegou a exercer práticas médicas e tratamentos holísticos e integrais no atendimento. Desejávamos realizar um inquérito sobre a saúde da mulher, preventivo de câncer uterino, DST's nos pacientes de risco para serem estudados e que servissem de referência durante o treinamento dos AIS de 2001.

Se não fossem as falhas gerenciais, a vulnerabilidade da coordenação e descumprimentos de metas e acordos, inclusive na seleção de profissionais, e o conseqüente abortamento de Aripuanã, se teria concluído (à contento) as vacinas e junto com Juína teria indicadores e cobertura superiores aos de Cacoal. Saiba que Juína e Aripuanã só conseguiram iniciar a 1 etapa de vacina em junho/01, por falhas de informação do DSEI à Vigilância Epidemiológica de MT, que por isso não autorizava o fornecimento de vacinas.

A queixa e reclamações mais pertinentes que ouvi ao meu respeito(parecem elogios!) é que eu era: "Intransigente; perfeccionista ; exigia muito das pessoas e de si; que deveria ser mais suave e o tempo se encarregaria de modificar a dura realidade..." , ignoraram que botavam a vida das pessoas sob risco, vide baixa cobertura vacinal, Censo IBGE e SIASI incorretos.

Deste modo, coincide com a minha saída o elevado número de contratações e a ausência de quem coordenasse e direcionasse as ações em tempo hábil.

O Dr Hideo, em particular, que entusiasmado com as perspectivas de sucesso em Aripuanã, havia se mudado para cá, começou então a ser pressionado pelo DSEI("Não precisa ser tão ativo e dedicado...") e foi se decepcionando pelo descumprimento do acordo de termo de referência e pela baixa qualidade dos enfermeiros que não conseguiam se acertar. Acabou sendo o "fiel da balança" em Aripuanã e Juína e "O INSTRUTOR" que coordenou o Treinamento dos AIS e administrou os desvios de comportamento e as ciúmeiras entre as enfermeiras.

Infelizmente, a maioria das ações e prioridades que haviam sido diagnosticadas, planejadas e agendadas foram sendo ignoradas e descumpridas e conseguiram mal reproduzir o modelo de atendimento de Cacoal e Vilhena.

Para não ter que dizer não, acabaram prestando atendimento odontológico à não índios, desconhecidos e desqualificados, e deste então não se cumpriu a meta de atendimento naquelas aldeias Cinta Larga mais carentes e distantes (Mineiro, Flor do Prado, Cachoeirinha, Kakuren , Ipê) e também não conseguiram atender os pacientes do PB Juína das aldeias (Furquim, Fadado, Nilson dos Cinta Larga e Escondido dos Rikbaktsa). Só ai são cerca de 250 pacientes não atendidos. Olhando deste modo, podemos dizer que não se cumpriu sequer a meta de atendimento prevista para 2001.

O que eu desejo argumentar e lhe convencer é que se a soma de contratados não produziu a qualidade desejada , não é por excesso de contingente, e sim por baixa qualidade técnica e falhas no acompanhamento, gerenciamento e monitoramento das ações e prioridades.

A opção experimental de subtrair radicalmente os RH aqui, coloca Aripuanã numa situação de risco e mais precária que anteriormente, pois evidencia que o que se está buscando não é a qualidade superior e diferenciada de atendimento, apenas o corte de RH sem considerar a insolvência de atendimento de referência.

A impressão que dá é que seria semelhante aos métodos "científicos" dos campos de concentração nazistas de acurar e mensurar a sobrevivência e o comportamento humano em subcondições de sobrevivência .

Com quantos profissionais de saúde qualificados à menos é possível manter minorias étnicas, com índices de mortalidade e prevalência de morbidade africanos, dependentes de álcool, drogas e atividades marginais, índios com contato recente(30 anos) e sobreviventes de contatos mal sucedidos e epidemias , vegetando e sem ter à quem reclamar???

Seria um novo formato de genocídio à ser financiado pelo BIRD???

Há risco de se estar burlando leis, convenções trabalhistas, resoluções de classe, normas dos conselhos de saúde, NISI's, CISI's, etc, mas ai sobraria para a PACA assumir as ações trabalhistas e judiciais, né??

Não consigo compreender como atender índios e aldeias de mesmo grupo étnico de modo e qualidade diferente. Não é possível que alguns pacientes de TB(ou qualquer agravo) tenham mais chance e prevalência de cura , do que os demais , devido ao custeio(ou não) de RH habilitados na assistência .

É previsível que Aripuanã irá exportar mais e mais pacientes para Cacoal, Juína (em busca de atendimento de saúde eficiente) e não estarão se resolvendo os 70% de agravos primários e solucionáveis por aqui.

A questão das referências também é assunto melindroso , pois está se referenciando pacientes graves para referências desqualificadas (tecnicamente) e que nem tencionam melhorar suas atividades(vide planejamento 1999/2000/2001- DSEI Cuiabá). Se deve a isso os nossos pacientes que agonizam em Cuiabá e retomam sem a contrareferência ou dentro de um caixão.

Em relação a prioridade do Programa que é atender a "saúde" e não apenas a "doença" reconheço como uma causa nobre , que para não ser inócua e ingênua necessita reorientar os investimentos e recursos deste programa para as atividades fim, ao invés das atividades meio. Trabalhamos com etnias em profundo caos e desordenamento social, cultural, econômico que precisam de intervenções e investimentos das políticas publicas oficiais de modo concreto, eficiente, conseqüente e responsável. O BIRD e os consultores PNUD dominam com sucesso o conceito de sustentabilidade , mas não dá para eliminar os problemas da assistência à saúde indígena ou fingir não enxerga-los .

Desta realidade , surgem alguns dilemas e indagações que te envio só para ilustrar o tamanho do fosso:

- Como atender aldeias inteiras que surgem nas periferias das cidades devido as atividades econômicas marginais e ilegais que corrompem as lideranças e os dominam economicamente?? Senão se investir na qualidade de vida, infraestrutura de saneamento e condições de sobrevivência neste locais?
- Como reverter as DST's, drogas e álcool descontrolados em uso pelos jovens beneficiários do caos ? Senão garantir-se o acesso e a prática de tratamentos curativos eficientes nas referencias, o acesso a informação e educação em saúde pelo PSF e intervenções radicais do processo exploratório .
- Como trabalhar a mortalidade infantil e a desnutrição, em famílias em decadência, que estão suprimindo mais que o alimento. Estão subtraindo o carinho e a atenção às crianças. Elas estão morrendo por abandono, ou são "entregues" a famílias de regionais e jamais recuperadas. E as mães que preferem a esterilização do que suportar as agressões dos maridos e as doenças venéreas?? Não é apenas com sondas nasogástricas e alimentação suplementar, mas sem elas essas crianças já teriam morrido. Entendo a desnutrição entre os Cinta Larga como a situação mais grave e emergente à ser trabalhada conseqüentemente.
- Como fazer enxergar esses graves problemas aos recém contratados profissionais que defendem seus "salários" e desejam evitar problemas com as chefias que também não se entendem??

Desculpa de novo o desabafo, mas o que estou lhe dizendo é que não estou fazendo o lobby do "trem da alegria", mas não é possível concordar na subtração dos RH de qualidade num PB extremamente carente e apreciar o experimento nos índios de Aripuanã, como cobaias, sem ter previsto em orçamento as condições estruturais na dotação de RH suficientes.

Por último, sugiro em seu teste que, cautelarmente, mantenham o total de RH's de Aripuanã no planejamento e orçamento de 2002(Equipe Integral de PSF/médico, enfermeira, odonto + auxiliares; 5 auxiliares, 02 cozinheiras e 02 auxiliares de limpeza na CSI; coordenadora, administrativo, motorista) e durante o ano e com a sua presença (à partir de fevereiro/02) in loco proceda os testes e modificações necessárias, inclusive a manutenção de RH , ao invés de correr o risco de subtrair o

elementar e não ter de onde tirar para sustentar Aripuanã. Certamente o que não for gasto, retornará à FNS, mas não prejudicará ainda mais e colocará em risco a vida desses grupos indígenas.

O Carlos me passou novos dados da planilha financeira que são piores dos que apresentaram em Vilhena aos índios. Apresento outras dúvidas:

1. Reduziram de R\$ 179.000,00 para R\$ 75.000,00 os gastos de vigilância "armada". Para que?? Isso é igual ao custeio de todos os RH suprimidos de Aripuanã. Porque não o seguro??
2. Reduziram de R\$ 518.000,00 para R\$ 459.000,00 o Gerenciamento Central, mas não dá para entender se aí estão cobertos todos os gastos com outros funcionários (limpeza e cozinha de Riozinho) que aparecem de novo como R\$ 78.884,00. E os seguros dos veículos, foi mantido ou eliminado?? Este ano o veículo da FUNASA foi batido e ficamos 06 meses sem o carro, utilizando outro emprestado. Será que não seria providencial garantir a cobertura de sinistros nestes casos?? Existe um custo alto por ficar sem veículo num local desses. É por isso que o dentista não atendeu as aldeias, o enfermeiro não cobriu a vacina e os atendimentos médicos foram inferiores aos de 2000.
3. Reduziram de R\$ 322.343,00 para cerca de R\$ 200.000,00 a manutenção de um DSEI que tem prédios próprios. Como e em que?? Parece desproporcional que o DSEI gaste isso e todos os PB's somados gastem R\$ 63.585,44
4. Porque subdimensionar os gastos com caixões e sepultamentos e continuar devendo nas praças de Cuiabá, Juína, etc?
5. Porque se reduzindo o número de médicos e outros profissionais importantes ainda se conseguiu elevar em quase R\$ 500.000,00 os recursos de pagamento de salários e desagradar a todos?? Não seria prudente e sensato, assegurar os recursos necessários em 2002 e ir redesenhando o DSEI e os Pólos com o seu acompanhamento e supervisão continuada. Pelas minhas contas, o total que estava em R\$5.138.000,00 e poderia ser reduzido nos gastos abusivos cerca de R\$ 400.000,00 e chegaria próximo ao teto desejado, saltou para R\$5.249.361,44 e prevê a redução dos RH superiores e não dispensáveis. Eu não consigo entender e por isso te pergunto: Pra que???

Maria Inês Hargreaves