

INDIOS ASURINI, P.I. Koatinemo,
imarcã Iniacava, médio Xingu

R E L A T Ó R I O M É D I C O

Dr. Frederico F. Ribeiro

- I. Exame clínico
- II. Pesquisa de plasmódio
- III. Tratamento de enteroparasitoses
- IV. Exame de escarro (BAAR)
- V. Atendimento cotidiano e outras providências
- VI. O problema da tuberculose
- VII. Observações sobre o problema demográfico

Proposições para um planejamento da saúde

Apêndicês:

- 1. Relação nominal dos membros da comunidade
- 2. Levantamento dos medicamentos e material permanente do P.I. Koatinemo.

P.I. Koatinemo, 20 de abril de 1981

RELATÓRIO MÉDICO

Índios Asuriní, P.I. Koatinemo

Dr. Frederico F. Ribeiro

Cheguei ao P.I. Koatinemo a 8 de março de 1981, após um estágio de 15 dias no Hospital Barros Barreto, de Belém, onde fiz uma reciclagem em tuberculose e malária. Nessa cidade mantive contato com outras instituições de saúde e com o Dr. Roberto Madeiro, do Dept^o de Saúde da 2a. Delegacia da FUNAI que me forneceu informações preciosas sobre o estado de saúde dos índios Asuriní e Araweté.

No P.I. Koatinemo encontrei 49 índios, estando ausentes os seguintes: Mumona, Wewéi, Arareá e Zepepaí, em viagem de caça e coleta ⁽¹⁾, bem como o índio I'iwa que se encontrava em Belém supervisionando a venda de artesanato de sua tribo juntamente com o encarregado do Posto, José Ricardo Simões Luz. No Posto encontravam-se, ainda: Ocirema Siqueira Dias de Oliveira, auxiliar de enfermagem, a qual me ajudou em todos os trabalhos de atendimento médico; José Reinaldo Tavares de Oliveira e família, que nos acompanhou desde Altamira até esse posto, onde está lotado. E a antropóloga Regina Aparecida Polo Müller, da FUNAI. No dia de minha chegada à aldeia asuriní, Regina Müller foi picada por uma jararaca recebendo, imediatamente, os cuidados exigidos nessas emergências, evoluindo bem, sem complicações.

Toda a população do P.I. Koatinemo, com exceção do índio I'iwa, foi submetida a:

- exame clínico
- pesquisa de plasmódio
- tratamento de enteroparasitoses
- exame de escarro (BAAR).

I. Exame clínico

Ao exame clínico, o estado de saúde da população revelou-se precário. A quase totalidade dos Asuriní é vítima de paradontoses, sendo grande o número de ^b acessos peridentários. A incidência de processos irritativos e inflamatórios das vias aéreas superiores é bastante alta. A compleição física dos Asuriní, ao exame clínico, revelou-se satisfatória, ~~mas~~ considerando-se que a média de hemoglobina é 9,3 gramas por cento ⁽²⁾, com exceção dos pacientes abaixo relacionados.

1. Mbaia, feminino, 35-40 anos. Apresenta emagrecimento nos últimos anos. Histórias de gripes recorrentes com complicações respiratórias. Aumento do murmúrio vesicular, ápice direito. Tosse. BCG 8 mm (1977).

(1) Essa família retornou ao Posto em fins de Março.

(2) Dado obtido por intermédio do Dr. Roberto Madeiro.

2. Patua^P, feminino, 40-45 a nos. Magra. Aumento do murmúrio vesicular, ápices pulmonares. História de gripes recorrentes com complicações respiratórias. Tosse. BCG 4 mm (1977).
3. Moforugi, feminino, 45-50 anos. Magra. Aumento do murmúrio vesicular, ápice direito. Tosse. BCG 5 mm (1977).
4. Tapi'ira, feminino, 40-45 anos. Magra. História de gripes recorrentes com complicações respiratórias. Tosse.
5. Murumuim, masculino, 20-25 anos. Robusto. Tratamento de tuberculose pulmonar (20/4/1976 a 20/11/1977). Apresentando escarros hemoptóides periódicos. Tosse.
6. Morera, masculino, 45-50 anos. Tratamento de tuberculose pulmonar (25/5/1979 a 25/11/1979). Início esquema 1 em 10/11/1980. Escofilose reativa. Em tratamento. Apresenta escarros hemoptóicos periódicos. Tosse.
7. Pinatsiré, masculino, 55-60 anos. Magro. Tratamento tuberculose pulmonar (EM-INH-TZA) iniciado em 28/9/1978 e abandonado em 21/7/1979. Escarro positivado em 29/3/1980. Reiniciado o tratamento (EM-INH-TZA) em 10/4/1980 a 10/9/1980. Apresenta escarros hemoptóicos periódicos. Tosse.
8. Mamari, feminino, 45-50 anos. Magra. História de gripes recorrentes com complicações respiratórias. Apresenta escarros hemoptóicos periódicos. Tosse. BCG 5 mm (1977).
9. Koati, masculino, 35-40 anos. Magro. Astênico. Dispneia aos grandes esforços. Diminuição do murmúrio vesicular em ambos os hemitorax. Escarro hemoptóico periódico. Tosse. BCG 7 mm (1977).
10. Nemó, masculino, 45-50 anos. Magro. Tosse.
11. Boaiva, masculino, 25-30 nos. Magro, astênico. Saindo de pneumonia bacteriana superposta a provável processo específico. Vítima de acentuada hemoptise que será relatada mais adiante. História de emagrecimento acentuado nos últimos 6 meses, com gripes recorrentes e complicações respiratórias. Persiste tosse produtiva com febrícula vespertina. BCG 6 mm (1977).
12. Mburí, feminino, 25-30 anos, robusta. Úlcera de bordas endurecidas de 2 cms. de diâmetro com fundo granuloso, ~~com~~ crostas na face lateral de 1/3 médio braço direito. (~~Hidradenoma~~ Hidradenoma papilífero).
13. Murukai, feminino, 15-20 anos. Gorda. Hipertrofia folicular amigdalada direita.

* VER ANEXO

II. Pesquisa de plasmódio

Feita a pesquisa de hematozoários em gota espessa em todos os Asurini, com exceção do índio I'iwa, ausente, não foi encontrada nenhuma lâmina positiva. Isto indica que, no momento, a malária está praticamente sob controle.

III. Tratamento de enteroparasitoses

Administradas 200 mg diárias de Mebendazol em duas tomadas durante três dias consecutivos aos 53 índios encontrados no P.I. Koatinemo.

IV. Exame de escarro (BAAR)

Foram elaboradas 95 lâminas coradas pelo método de Ziehl-Neelsen. Deixaram de ser feitas, nos seguintes casos, por não ser possível coletar o material: Apiridzu, feminino, um ano e oito meses; Taimwira, feminino, 2 anos e 4 meses; Tapaká, feminino, 4 anos; I'iwa, masculino, 20-25 anos, ausente.

Foram feitas quatro lâminas nos seguintes casos, sendo o material coletado pela manhã, em dias consecutivos: Murumuin (m), Moforogí (f), Morera (m), Mamari (f), Mbaio (m), Mbaia (f), Koati (m), Nemó (m), Tapi'ira (f), Pinatsiré (m), Arareá (f), Wewé (f), Boaiwa (m), Patua^D (f), Zakundá (f).

Esses exames só puderam ser feitos nos últimos dias de nossa estadia no P.I. Koatinemo por falta do álcool ácido, obtido posteriormente. As lâminas foram enviadas ao Dept^o de Saúde da 2a. Delegacia Regional da Funai, em Belém, para diagnóstico e posterior encaminhamento ao Dr. Sidney da Rocha Rodrigues, do Hospital Barros Barreto. O mau estado do microscópio impediu a leitura das lâminas no local.

V. Atendimento cotidiano e outras providências

Foi feito atendimento em casos sem maior gravidade, sempre que solicitado.

Em fins de março, com o retorno do grupo familiar de Mumona ao Posto, que se encontrava em expedição de caça e coleta nas margens do Xingu e conseqüente contato com a população ribeirinha, bem como a ida do índio Apebu a Altamira, a serviço da FUNAI, toda a comunidade foi acometida de um surto gripal. Para extirpá-lo foi preciso, além da administração dos medicamentos sintomáticos usuais, a aplicação de penicilina benzantina nos mais afetados. Isso demonstra, mais uma vez, que a população Asuriní, com apenas 10 anos de contato, continua sensível às moléstias que lhe eram estranhas.

⊗ — VER ADEMO

Foi coletada água nas fontes usuais utilizadas pelos índios e enviadas as amostras ao Departamento de Saúde da 2a. DR, em Belém.

Não houve necessidade de elaborar fichas clínicas individuais, uma vez que já existem no P.I. Koatinemo, inclusive com fotos de identificação de cada índio. Entretanto, essas fichas foram devidamente atualizadas.

No que se refere à vacinação, toda a população asuriní, com exceção dos abaixo relacionados, está sob cobertura vacinal (Sabin, BCG, sarampo, tifo, tetano). Alguns índios foram vacinados também contra febre amarela, tifo e varíola.

Não vacinados:

1. Taimwira, feminino, 2 anos e 4 meses (tríplice mais sarampo);
2. Apiridžu, feminino, 1 ano e 8 meses (tríplice -sarampo)
3. Towá, feminino, 7 anos (sarampo)
4. Turé, feminino, 6 anos (sarampo)

⊕ VER ADEMO
Os hábitos alimentares desta população continuam a ser os mesmos do período pré-contato com a sociedade nacional. No presente momento, os índios conseguem, com certa facilidade, os alimentos necessários a uma dieta balanceada.

As entidades mórbidas de maior incidência nos Asuriní são: enteroparasitoses, paradentoses, estados gripais e processos bronco-pulmonares. A questão da tuberculose será discutida com mais detalhe devido à sua complexidade.

VI. O problema da tuberculose

Pelos relatórios anteriores devidos aos Drs. Walter Labonia Filho, Gervásio d'Araújo Gonçalves Filho e José Antonio Nunes de Miranda, e segundo observações pessoais, constata-se ser a tuberculose a entidade mórbida de maior gravidade para a população asuriní.

Como se pode ver no tópico "exame clínico", existem fortes indícios de que persiste a incidência dessa doença ~~maximamente~~ entre os Asuriní. A situação é agravada devido às características culturais que facilitam o contágio. Entre outros fatores dessa ordem, deve ser mencionada a prática da pajelança. Aqui assinalamos apenas alguns aspectos que dizem respeito à saúde e o modo como eles a afetam.

A melhor maneira de expor esse problema é através do relato de um caso concreto por mim presenciado. Trata-se de Mboaíva (m, ³⁵⁻⁴⁰ 25-30 anos) que, três dias antes de minha chegada, vinha apresentando intensa ^{emose} hematuria (SIC), já estando em tratamento, orientado pelo rádio por mim e pelo dr. Roberto Madeiro. Seu estado era tão grave que os índios solicitaram sua saída, por helicóptero, para Altamira. No entanto, Mboaíva recusara medicação injetável, porque, desejando iniciar-se no "ofício" de pajé, essa medicação interferiria na sua relação com o sobrenatural.

Com efeito, ao mesmo tempo em que o paciente recibia os cuidados prescritos, submetia-se a tratamento tradicional, através do ritual xamanístico. A certa altura, passou a participar do ritual, não mais como paciente, senão como agente. A própria gravidade da doença representava o indicador mais evidente de sua predisposição e da necessidade de se tornar pajé.

O ritual ~~foi~~^é executado numa casa pequena, sem ventilação, em que a quase totalidade da população da aldeia ~~foi~~^é reunida, viciando completamente o ambiente. O rito consiste em 15 horas diárias, aproximadamente, de desempenho, que inclui: dança, canto, uso intensivo do tabaco, respiração forçada até a alcalose, com tosse provocada e prolongada, processo este que conduz à exaustão, "transe" e desmaio. Além disso, os participantes do ritual, Mboaíva inclusive, se submetem a um exercício físico violento de imitação da entidade invocada, no caso a onça (tiwá). Nessa encenação, o indivíduo se atira no chão e ~~rola~~ nos esteios da casa, corre de quatro, esturra, sofrendo, não raro, ~~fortes~~ lesões corporais. Outro aspecto agravante é o fato de essas práticas prolongarem-se por um período longo, no presente caso há cerca de um mês e meio, sem que se saiba quando serão encerradas. É de se salientar que não se trata de um caso isolado. Nos últimos anos, devido talvez ao trauma do contato e à elevada taxa de mortalidade que se seguiu, observa-se a reiteração quase ininterrupta dessa atividade xamanística que mobiliza todo o grupo.

Devido a essa mobilização, frequência, intensidade, modo e performance dos participantes do ritual, ocorrem conseqüências graves que passarei a examinar.

Primeiro, Redução do tempo disponível para as atividades de subsistência, que concorre para o debilitamento físico, impedindo maior dedicação às tarefas de provimento da alimentação. Ainda que, conforme mencionei anteriormente, haja possibilidade de obtenção de recursos que garantiriam o equilíbrio da dieta alimentar, esta fica bastante comprometida.

Segundo. Criação de condições propícias à infecção tuberculosa, evolução da infecção tuberculosa para doença tuberculosa e dificuldade de tratamento desta, assim como de outras enfermidades pulmonares. A alta incidência de processos irritativos e inflamatórios das vias aéreas superiores, verificada ao exame clínico, é uma comprovação dessa afirmativa. Por outro lado, os hábitos de vida comunitária, bastante anti-higiênicos, fazem com que todos os Asuriní seja contactantes. Nestas condições, urge, além da propedêutica bacteriológica, proceder ao exame radiológico nos casos suspeitos, a fim de detectar focos tuberculosos que, sem dúvida, persistem nesta aldeia.

Voltando ao caso em apreço, não obstante todos os fatores assinalados, Mboaíva apresenta no momento (20/4/1981) grande melhora, não tendo mais doença pulmonar aguda. Contudo, ainda não voltou às atividades normais.

VII. Observações sobre o problema demográfico

A população asuriní conta atualmente com apenas 54 habitantes (ver Apêndice I - Relação nominal dos membros da comunidade). Na época do contato, em abril de 1971, ela foi estimada em 76 indivíduos. Os dados relativos ao índice de natalidade e de mortalidade dos últimos anos estão abaixo transcritos:

Índice de natalidade

1971 - 1972 - zero
 1973 - 1 nascimento - Towá (f)
 1974 - 1 " - Zapepai (f)
 1975 - 1 " - Turé (f)
 1976 - 1 " - Murumunak (m)
 1977 - 1 " - Tapakaf (f)
 1978 - 1 " - Taimwira (f)
 1979 - 1 " - Apiridzú
 1980 - 1981 - zero. Neste momento (abril 1981) não se encontra na aldeia nenhuma gestante.

Índice de mortalidade

1976 - três falecimentos - Bá (m), Kirini (m), Mbaya (f)
 1977 - " " - Teá (f), Toniê (m), Avarerá (m)
 1978 - um falecimento - Ivakaka (m)
 1979 - " " - Tanakini (m)
 1981 - " " - Aivera (m). Até abril 1981.
 1971/1981 - período do contato - Total de falecimentos: 29, ou seja, 38,2% da população contactada.

A pirâmide demográfica asuriní atual (v. gráfico I) demonstra com a maior evidência a dificuldade de os remanescentes desse grupo afirmarem-se como etnia. Em primeiro lugar, pelo reduzido número de componentes, que dificulta a ação das práticas adaptativas e associativas de provimento da subsistência. E, supletivamente, pela inversão e desequilíbrio de suas faixas etárias. Estas se apresentam do seguinte modo: 29,6% de maiores de 40 anos; 46,3% na faixa etária entre os 20 e os 39 anos; 11,1% de indivíduos entre os 10 e os 19 anos e apenas 13% de menores de 9 anos.

Analisando mais cuidadosamente essa pirâmide, vê-se que nas gerações mais jovens, ou seja, nas classes etárias compreendidas entre os 0-9 e 10-19 anos, a relação é de um indivíduo do sexo masculino para 7 do feminino, e de um masculino para 6 feminino, respectivamente. Trata-se de um desequilíbrio que dificilmente permitirá a recuperação demográfica da população. A situação se complica pelo fato de a estrutura social asuriní propiciar o casamento ^(preferencial) de mulheres adolescentes com homens ^{maiores r/c} velhos e vice-versa, bem como pela alta taxa de abortamentos.

Proposições para um planejamento de saúde

A população asuriní, reduzida a um mínimo ínfimo de membros que permite o funcionamento de uma comunidade autônoma, padece de graves problemas que ameaçam sua sobrevivência como povo. Para fazer frente a essa ameaça, urge a continuação de um projeto que vise, com a maior ênfase, atender os problemas de saúde e promover o fortalecimento da população. O projeto Koatinemo atendeu a alguns desses requisitos. Todos os Asuriní foram vacinados. Elaboraram-se fichas individuais. Médicos permaneceram na aldeia durante um prazo relativamente longo. A Unidade de Atendimento Especial (UAE) deu uma assistência programada a este grupo, juntamente com a Equipe Volante de Saúde (EVS) da 2a. Delegacia Regional da FUNAI.

A par disto, as medidas inediatas a serem tomadas, são, a meu ver:

1. assistência permanente de um atendente de enfermagem, capacitado a realizar, si possível, exame parasitológico de fezes, pesquisa de hematozoários em casos febris, exame de escarro para B.K.;
2. borifação periódica com DDT para dar prosseguimento ao combate à malária;
3. vinda de um odontólogo para extração dentária na quase totalidade da população;
4. administração periódica de anti-helmínticos polivalentes através dos tratamentos em massa, considerando-se a impossibilidade de controle da reinfestação, da disponibilidade dos mesmos, bem como seu amplo espectro de atividade e ausência de efeitos colaterais. Deverá, entretanto, ser feito exame de controle, principalmente naqueles casos com sintomatologia específica das enteroparasitoses não atingidas por esses anti-helmínticos;
5. continuação da programação especial da EVS junto aos Asuriní;
6. vacinação das crianças sem cobertura vacinal;
7. prevenção do contágio de moléstias transmitidas por agentes da sociedade nacional, através do maior rigor na entrada de pessoas estranhas à comunidade e saída de índios para o Xingu e cidades vizinhas;
8. prosseguimento da visitação da UAE ao P.I. Koatinemo ^{com objetivo de ser projeto} ~~para~~ exame abrangente periódico, a fim de orientar, supervisionar, acompanhar e controlar os casos de tuberculose, com especial ênfase à triagem e eliminação dos focos de contágio. Urge, contudo, realizar a profilaxia radiológica nos pacientes com suspeita de pneumopatia específica por mim verificada em exame clínico. (1-2-3-5-6-7-8-9-11)

Admitindo-se, embora, que todo esse programa venha a ser cumprido, isto não significará a solução da problemática Asuriní. Isto porque, além dos problemas assinalados, existem fatores deletérios a eles vinculados que atuam de maneira a impedir que a nação Asuriní esteja a salvo da extinção. Esta situação provém, em grande parte, do trauma psicológico e das compulsões sócio-culturais que incidem sobre os Asuriní desde que teve início o contato com a sociedade nacional.

Esta situação fica evidente quando se considera:

1. o índice de natalidade - seté nascimentos em dez anos, ou seja menos de um por ano- e a freqüência dos abortamentos - nos últimos dois anos nenhuma gestação chegou a termo;
2. a inversão e o desequilíbrio da pirâmide demográfica;
3. a elevada taxa de mortalidade registrada antes e logo após o contato.

Considerando-se que essas vicissitudes continuam vigentes e tendem a ~~agravar~~ se agravar, cumpre tomar certas medidas que valorizem o ethos tribal e assegurem melhores condições de alimentação e auto-suficiência econômica do grupo. E, sobretudo, o reequilíbrio da situação demográfica ^{base} ^{fe} ^{(nos Asuriní em} que ^{se} reinstale a auto-confiança ^{de} sua viabilidade como agrupamento humano autônomo. A recuperação dos Asuriní como grupo étnico independente requer, por isso, ao lado das medidas propostas, a urgente demarcação do território tribal, a fim de prevenir que o contato, que tanto ~~lha~~ lhe causou, termine por extinguí-lo.

Apêndices:

1. Relação nominal dos membros da comunidade
2. Levantamento dos medicamentos e material permanente existente no P.I. Koatinemo.