

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS ALDEIAS KUBENKOKRE E PUKANU
ÁREA INDÍGENA MEKRĂGNOTIRE**

Observações feitas "in loco" pela Enfermeira Marina Machado
Unidade de Saúde e Meio Ambiente - E.P.M.-

Período 29.09.93 - 03.10.93

O presente relatório tem por objetivo mostrar a situação de saúde nas Aldeias Kubenkokre e Pukanu, na área indígena Mekrăgnotire, estado do Pará, em resposta à solicitação feita pelas comunidades mencionadas de extensão do Programa de Saúde desenvolvido no Parque Indígena do Xingu pela Unidade de Saúde e Meio Ambiente da Escola Paulista de Medicina em convênio com a Fundação Mata Virgem.

ALDEIA KUBENKOKRE

Situada às margens do Rio Iriri a cerca de 20 min. de voo do P.I.Kapot (PIX). Consta de 36 casas, com uma população de aproximadamente 480 pessoas, segundo censo realizado pelo chefe do posto, em janeiro de 1.993.

Junto à aldeia existe um local para os atendimentos de saúde; é a farmácia Ricaró (nome em homenagem à esposa do chefe Bebgogoti). Trata-se de uma construção de alvenaria, coberta, com taubilhas, dispendo de 04 cômodos, um dos quais é sala de espera com alguns bancos. Dividindo esse espaço, existe um balcão onde ficam dispostos vários frascos de medicamentos e um filtro. Atrás desse balcão encontram-se medicamentos e materiais estocados em prateleiras. Esta área é cimentada e as paredes pintadas. As demais dependências, um despejo e dois quartos, estão inacabadas. O chão é batido e as paredes estão rebocadas. Segundo o chefe de posto o acabamento será retomado em breve. O prédio oferece boas condições de trabalho, tem iluminação satisfatória e é bem arejado.

O atendimento de saúde é feito duas vezes ao dia, pela manhã e à tarde, por uma atendente de enfermagem contratada há 8 meses pela comunidade. Fazem parte da equipe um monitor de saúde (Kokodjiriti), que naqueles dias encontrava-se em Guarantã do Norte, e o chefe de posto de nome Geraldo, que acumula a função de técnico em enfermagem (contratado pela FUNAI). A permanência do chefe de posto na área é esporádica e sua atuação se restringe aos casos complicados. Dessa forma, a maior parte do atendimento fica a cargo da atendente de enfermagem.

Devido a limitações inerentes à sua formação profissional, aliada à solicitação imperiosa da comunidade, a atendente utiliza medicamentos em excesso, em especial polivitamínicos e antidiarréicos. Os antibióticos são utilizados indiscriminadamente, sem controle de dose e tempo de administração.

Faltam instrumentos básicos de trabalho como termômetros e estetoscópio. Os diagnósticos são realizados com dados predominantemente subjetivos e insuficientes. Como exemplo é possível citar a conduta nos quadros gripais: quando uma criança apresenta coriza com secreção esverdeada ela recebe uma dose (aleatória) de Penicilina G Benzatina, mesmo que não apresente febre ou outro sinal de processo infeccioso para justificar o uso do antimicrobiano. Essa conduta é recomendada pelo técnico de enfermagem. A malária é detectada com base na cor amarelada dos olhos, no cansaço e no " cheiro " apresentado pelo paciente. O diagnóstico hemoscópico não é realizado na aldeia.

O exame físico do paciente não é uma rotina. Cada queixa é respondida com um medicamento, quando a queixa é de dor mais intensa a medicação é usada por via parenteral.

Cabe salientar, devido a elevada frequência do fato, que o uso dos polivitamínicos é intenso e requerido de forma imperiosa pelas pessoas. Durante os atendimentos que presenciei todas as pessoas, crianças, velhos e adultos tomaram algum tipo de vitamina. Existe inclusive um nome na língua Kaiapó para designar as atraentes bolinhas coloridas e os deliciosos líquidos xaroposos, ora claros, ora escuros, que carregam a fama de combater o cansaço e a fraqueza. O indivíduo pode-se servir da vitamina, acessível a todos no balcão de atendimentos.

As doenças mais comuns são: diarreicas, doenças respiratórias, parasitoses intestinais, malária, tuberculose e DST. Com relação à Tuberculose existem 02 casos em tratamento na aldeia: uma criança com tuberculose ganglionar e um adulto com comprometimento pulmonar. Existe grande dificuldade na aderência ao tratamento. A gonorréia é a DST comum. Segundo o chefe do posto os jovens vão para Guarantã e adquirem a doença nas zonas de meretrício. Ainda segundo informação do chefe de posto, houve uma epidemia de gonorréia na aldeia meses atrás, quando seguindo orientação do médico de Guarantã foi realizado tratamento em massa da população, incluindo crianças. No momento há um caso de gonorréia em mulher, diagnosticado em Guarantã, e que tem sido tratada com Eritromicina e Metronidazol.

Os pacientes com quadros clínicos mais complicados são encaminhados para Guarantã do Norte, por meio das aeronaves de propriedade das aldeias, ou por fretes de aeronaves da cidade. Os pacientes seguem sem qualquer encaminhamento e geralmente permanecem internados mesmo que o caso seja simples. Retornam com a receita prescrita pelo médico que sempre inclui uma vitamina na lista.

A vacinação básica, segundo o chefe de posto, tem sido feita pela FUNAI com certa frequência (de 3 em 3 meses); a última vacinação ocorreu em setembro. Afirmam que o registro do número de vacinas aplicadas está em Redenção. No entanto, parece não existir um controle das crianças vacinadas.

Quanto a aquisição de medicamentos, estes são comprados pela comunidade com base em pedidos feitos pela atendente. A frequência da aquisição varia com a necessidade.

O atendimento odontológico é realizado por um prático que cobra por dente extraído. Quando há muitas pessoas com dor de dente na aldeia, o avião vai até Guarantã ou Redenção e traz o prático para fazer as extrações. O tratamento restaurador é feito na cidade. Numa avaliação grosseira, a população apresenta situação dentária razoável. Muitas pessoas tem os dentes conservados, tanto adultos quanto adolescentes.

O uso de ervas está mantido, dentro da comunidade, sendo as mesmas indicadas pelos velhos especialistas.

Quanto ao aspecto nutricional, mantém-se a alimentação básica com peixe, carne de caça, mandioca e frutas. As roças são grandes e existe abundância de alimentos. O café é uma bebida consumida com frequência. Em várias casas existem garrafas térmicas e pude observar o consumo do café entre adultos e crianças.

A captação da água é feita no Rio Iriri. Existe uma bomba d'água no centro da aldeia, mas, segundo informações, o equipamento está sendo subutilizado.

A aldeia tem energia elétrica mediante o funcionamento de um gerador. Todas as casas e o local de atendimentos são servidos de iluminação. À noite, na casa dos homens, algumas pessoas se reúnem para assistir por TV Jornal Nacional e em seguida, o futebol pela Rede Bandeirantes.

Quanto ao aspecto educacional, não há profissional de educação atuando na aldeia. Vários jovens estudam em Guarantã.

ALDEIA PUKANU

A aldeia é composta de 15 casas e tem uma população estimada em 250 pessoas. Neste local existe um posto da FUNAI, sendo que o chefe acumula a função de piloto da aeronave da comunidade.

Existe um local para atendimentos de saúde, construído com barro e coberto com palha, mas satisfatório quanto à limpeza e arejamento. Está em andamento a construção de nova instalação para o atendimento, com material de alvenaria.

Os profissionais de saúde que atuam na aldeia são os seguintes: uma atendente de enfermagem contratada há 5 meses pela comunidade e um técnico de enfermagem contratado pela FUNAI há cerca de 10 anos que veio para Pukanu há 15 dias, após trabalhar por 4 anos na aldeia Aukre.

O desenvolvimento das atividades de saúde segue nos moldes observados na vizinha aldeia Kubenkroke. Existe um cuidado maior refletido na atuação do técnico de enfermagem, que procura examinar minimamente os pacientes e está apto para realizar diagnóstico hemoscópico para malária e exame protoparasitológico. Antes de sua chegada a atendente era responsável pelo atendimento e atuava de modo semelhante à atendente de Kubenkroke. Há também o uso excessivo de medicamentos.

Durante minha permanência no Pukanu, os profissionais de saúde juntamente com uma antropóloga residente há um mês na aldeia, terminavam o censo populacional. O grupo tem como proposta criar fichas - registro para o atendimento de saúde e tentar sistematizar o controle das pessoas vacinadas, o que não é feito até o presente.

Um ponto levantado durante conversas com o grupo, foi a proposta de um projeto de saúde apresentado pela antropóloga Junéia Malhas, da BodyShop, empresa responsável pela comercialização do óleo da castanha e de pulseiras e colares feitos pela comunidade. Um esboço do projeto está anexado ao presente relatório.

A antropóloga que reside na aldeia está ministrando aulas para a comunidade, abordando temas como Geografia, Português e Ciências. A mesma mencionou que dois índios estão interessados no trabalho de saúde. No momento, não há monitores de saúde na aldeia.

Em Pukanu existe a atuação de missionários do SUMMER INSTITUT OF LINGUISTICS e será construído um espaço para discussão de temas religiosos. Já existe uma cartilha, um livro de cânticos e o Novo Testamento na língua Kaiapó. Essas informações foram passadas pela antropóloga e causou-me estranheza a sua passividade, como antropóloga, quanto a atuação dos missionários. A coexistência entre profissionais de saúde, antropóloga e missionários é aparentemente pacífica.

Problemas Encontrados

De acordo com as observações feitas foi possível detectar os seguintes

problemas:

- a) Assistência Médica e Odontológica precárias;**
- b) Despreparo dos profissionais de saúde;**
- c) Uso intensivo de medicamentos;**
- d) Falta de controle e registro de vacinas;**
- e) Gasto excessivo com internações hospitalares;**
- f) Falta de um sistema de referência e contra - referência para os pacientes encaminhados para o atendimento nas cidades;**
- g) Ausência de um programa de formação de monitores indígenas de saúde.**

CONCLUSÃO

A permanência nas aldeias Kubenkroke e Pukanu permitiu a observação da situação de saúde vivenciada por estas comunidades. O nível da assistência é precário e reflete a realidade das atividades de saúde desenvolvidas na maioria das áreas indígenas do país.

No espaço deixado pela falta de definição de uma política indígena de saúde adequada às suas necessidades, as comunidades Kubenkroke e Pukanu e outras do grupo Kaiapó desencadearam uma experiência de extração madeireira, mineração, comercialização de produtos naturais e artesanais, objetivando suprir suas necessidades. Essa iniciativa, no entanto, carece de assessoria responsável e atualmente as atividades são desenvolvidas de acordo com os interesses das empresas que monopolizam o comércio dos produtos.

No campo da saúde, a escassez de recursos humanos, devido ao esvaziamento da FUNAI, levou estas comunidades a contratarem prestadores de serviços de saúde com recursos provenientes de suas atividades econômicas. Estas pessoas, em sua maioria, não têm preparo técnico adequado para o exercício de suas funções e atuam de acordo com suas experiências anteriores em hospitais da região. Em decorrência disso a assistência é de má qualidade, pautada no uso excessivo de medicamentos. O despreparo profissional acarreta gastos excessivos com remoções hospitalares e compra de medicamentos desnecessários e caros.

Em conversas com os líderes, ficou evidente que a questão referente ao custo hospitalar é o problema de mais urgente resolução. No mês de setembro as contas hospitalar giraram em torno de US\$ 1,400 e US\$ 3,000, respectivamente para Pukanu e Kubenkroke.

No momento, este é o principal motivo que impulsiona as referidas, comunidades a solicitarem uma assistência à saúde semelhante à que se desenvolve no PIX. Na verdade, buscam a diminuição nos gastos com saúde e não necessariamente melhoria na qualidade da assistência, mesmo porque não conhecem de perto outras ações assistenciais para poderem estabelecer comparações. Encontram-se, na verdade, num círculo vicioso com relação ao uso excessivo de medicamentos. Habitados ao uso excessivo de remédios a figura do bom profissional está associada a quem distribui os medicamentos liberalmente.

O indivíduo vai ao atendimento local, aponta e exige o medicamento desejado. Tal comportamento é reforçado pela atitude da atendente que, pela sua formação limitada e até mesmo para justificar sua presença como funcionária da comunidade, mantém o ritual da "medicalização".

Em termos de ação preventiva, muito pouco tem sido realizado. A vacinação básica necessita maior regularidade e de um sistema de controle das pessoas vacinadas.

Na parte odontológica o quadro é também sombrio. Apesar da comunidade, em geral, apresentar boa conservação dos dentes, a assistência é do tipo emergencial realizada por profissional não habilitado. Isto acarretará problemas com a saúde bucal, em ordem crescente, visto que a prevenção não é estimulada.

Um programa de saúde nas aldeias da área Mekrãnotire deve primeiramente contemplar a situação complexa com que se defrontam suas comunidades. Interagem fatores políticos, econômicos, influências religiosas da linha protestante ali instalada e outros ligados à própria comunidade que se mostra ambígua. De um lado a comunidade é exigente, beirando a prepotência, principalmente com os profissionais de saúde, por outro demonstram frouxidão com as empresas que extraem as riquezas de suas terras, pois nelas visualizam seus objetivos imediatos que é o acesso a bens materiais de todas as espécies.

O programa de saúde deve trilhar, obviamente, o rumo da prevenção, e num primeiro momento investir num trabalho árduo junto à comunidade no sentido de estimular a percepção quanto a uma assistência à saúde de boa qualidade, procurando de modo gradual alertar quanto ao uso indiscriminado de medicamentos. Será fundamental um quadro de profissionais capacitados para atuar na área Mekrãnotire. Tal atuação requer tenacidade, paciência e a consciência de que o processo poderá ser lento para alcançar mudanças significativas na visão do que é saúde por parte dessas comunidades.

São Paulo, 16 de novembro de 1.993.