



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Departamento de Medicina Preventiva =

*A CEDI - levantamento
de populações Indígenas, com
seus cumprimentos
H. H. H. Paulista*

PROPOSTA PARA O PLANO DE SAÚDE A SER IMPLANTADO

NO PARQUE INDÍGENA DO XINGU

= São Paulo, julho de 1987 =

O Parque Indígena do Xingu (PIX) é a área indígena mais conhecida no Brasil e no exterior, tendo para isto em muito contribuído os aspectos pioneiros da política indigenista ali desenvolvida desde o seu início. No PIX ocorre, também, a primeira experiência brasileira, devidamente estruturada, da participação da Universidade na assistência à saúde do Índio. Esta participação, da Escola Paulista de Medicina, antecedeu à própria criação da FUNAI, a seguir foi por esta referendada e tem recebido o apoio de suas sucessivas administrações, além de ter contado sempre com o amplo apoio dos Índios do PIX.

O objetivo da Escola Paulista de Medicina (EPM) é que essa experiência se estenda a outras populações indígenas do interior do país, tão ou mais carentes em termos assistenciais, envolvendo outras escolas médicas e de outras áreas da saúde. É preciso que sejam criadas condições que favoreçam essa participação, de colaboração com a FUNAI, para atender, ainda em tempo, a situação precária de muitos grupos indígenas, agravada pela progressiva expansão da sociedade brasileira na procura de novas terras.

Esta proposta encontra paralelo com o que se observa no Canadá, país que visitamos recentemente para conhecer o seu sistema de atenção à saúde da população nativa: Índios e esquimós. As escolas de medicina canadenses participam ativamente da assistência à saúde daquela população, distribuída por extensa área geográfica e, segundo as autoridades locais, essa colaboração, iniciada há cerca de 20 anos, permitiu sensível melhora dos serviços de saúde prestados.

O programa da Faculdade de Medicina de Winnipeg, em Manitoba, que pudemos conhecer bem, se estende para os territórios situados ao norte, tendo como base regional o Hospital e Centro de Saúde de Churchill, na baía de Hudson, ligados a unidades de saúde menores ou "Nursing Station". Além daquela Faculdade de Medicina e do Hospital de Churchill, nossa visita incluiu os "Nursing Stations" de Poplar River (população Índia) e de Rankin Inlet (esquimós) muito mais ao norte. Na Faculdade de Medicina de Winnipeg encontramos uma médica brasileira, formada pela EPM e que participou do programa de saúde da EPM no PIX, a Dr^a Carla C. Stephens. Além de trabalhar no Departamento de Bioquímica, a Dr^a Carla é responsável por um programa de apoio a membros das comunidades indígenas para o ingresso nas Faculdades de Medicina e de Odontologia de Winnipeg e para o acompanhamento dos mesmos durante os cursos. Este exemplo serve de incentivo para que o acesso do Índio à Universidade também seja estimulado em nosso país.

As ações de saúde desenvolvidas no PIX têm sido periodicamente avaliadas pela EPM, em busca de novas propostas para a melhoria das condições de saúde de sua população. Assim, em 1983, a EPM apresentou à FUNAI e outras entidades que colaboram no PIX, uma proposta para implantação de um plano de saúde. Essa proposta não teve a repercussão esperada, e muitas de suas recomendações não foram colocadas em prática, embora estivessem baseadas na realidade daquele momento e não importassem na demanda exagerada de recursos.

A Escola Paulista de Medicina, ciente da responsabilidade que compartilha na assistência à saúde do Índio do PIX, apresenta à FUNAI, lideranças indígenas do PIX e entidades que ali atuam, um novo plano de saúde, atualizado, e em concordância com as recomendações da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A finalidade da referida proposta é propiciar ampla discussão a respeito, levando à elaboração de um plano de saúde que melhor atenda às necessidades do Índio do PIX e respeite suas características culturais.

Por fim, consideramos fundamental que se preserve o modelo de participação da Universidade no atendimento às populações indígenas.

*

ÍNDICE

	<u>Página</u>
INTRODUÇÃO	1
PARQUE INDÍGENA DO XINGU e POPULAÇÃO	2, 3
CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO APOIO AO PROGRAMA DE SAÚDE	6
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	7
Fase Primária de Atenção à Saúde	8
Fase Secundária e Terciária de Atenção à Saúde	10
PROGRAMAS ESPECÍFICOS	12
Malária	12
Tuberculose	14
Doenças Diarréicas	14
Verminoses	15
Doenças Preveníveis por Vacinas	16
Doenças Sexualmente Transmissíveis	18
INFRA ESTRUTURA	19
Unidades de Saúde	19
Farmácia	20
REGISTRO DE DADOS DE SAÚDE (nascimentos, óbitos, intercorrências clínicas)	20, 21
APOIO LOGÍSTICO	22
Transporte	22
Sistema de Comunicação	23
Energia	23
Alimentação e Alojamento	24
QUADRO DE PESSOAL DE SAÚDE	25
Enfermeiras	25
Auxiliares de Saúde	25
Monitores de Saúde.....	26
Médicos	27
AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29

* * * * *

* * *

*

INTRODUÇÃO

O programa de saúde aos Índios do Parque Indígena do Xingu está baseado no binômio Fundação Nacional do Índio - Escola Paulista de Medicina (FUNAI-EPM) e no amplo apoio da população local à participação da EPM. Essa participação teve início em 1965, ou seja quatro anos após a criação do PIX, estendendo-se até o presente sem solução de continuidade, e representa, em nosso país, um exemplo ímpar da colaboração da Universidade com a FUNAI, na assistência à saúde do Índio.

O programa de saúde no PIX tem contado com a colaboração do Ministério da Saúde, na atuação da Divisão de Pneumologia Sanitária no controle da tuberculose e da SUCAM no combate à malária. Na assistência odontológica houve, até recentemente, a colaboração de odontólogos ligados à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, interrompida por dificuldades de transporte e de trabalho no Parque. Sanadas essas dificuldades, haveria a possibilidade de participação da Faculdade de Odontologia na assistência ao Índio do PIX, em discussão.

No momento em que duas outras entidades: a Fundação Oswaldo Cruz e Médicos do Monde se propõem a participar do programa de saúde no PIX, cabem algumas considerações. A participação de várias entidades em uma mesma área indígena exige um planejamento cuidadoso com clara definição das áreas de atuação de cada entidade, respeitando-se as atividades em curso, e procurando-se a necessária racionalização na aplicação dos recursos disponíveis ou a serem carreados para o programa de saúde. Somente através de uma ação coordenada e harmoniosa, com a somatória de esforços e recursos, poderão ser alcançados resultados satisfatórios.

Na elaboração de um novo Plano de Saúde para o PIX deverão ser levadas em conta as experiências das entidades que ali atuam ao lado da FUNAI, as demandas da população local e suas características culturais e as propostas de participação das duas entidades citadas.

Por sua vez, dentro das condições de saúde da população indígena do país, de maneira geral, só se justificará a concentração de várias entidades no PIX se houver um salto qualitativo no campo da saúde, a nível local, e se dessa ação pluri-institucional resultar um modelo de atuação aplicável a outros grupos indígenas tão ou mais carentes.

PARQUE INDÍGENA DO XINGU

O Parque Indígena do Xingu (PIX) foi criado pelo Governo Federal, em 1961, em resposta ao intenso interesse que então surgira pelas terras do Brasil Central, com vendas indiscriminadas no país e no exterior. Tal situação punha em risco a existência de tribos indígenas habitantes daquela região.

O principal objetivo da criação do PIX foi preservar os grupos indígenas localizados em sua área geográfica, bem como acolher tribos de outras áreas envolvidas em conflitos com as frentes de penetração da sociedade brasileira. Entre os objetivos figurava, também, a defesa da fauna e da flora, de forma a assegurar para as gerações futuras o conhecimento de uma área praticamente inalterada pela ação do homem, em situação próxima do que ocorria na época da Descoberta. Esta impressão persiste ainda nos dias atuais quando se navega pelos numerosos rios e lagoas do Parque.

O PIX desperta grande interesse por parte de antropólogos e etnólogos, pois ali são encontrados representantes dos quatro grandes grupos lingüísticos do Brasil: Aruaque, Caribe, Jê e Tupi, além dos Índios Juruna e Trumai de línguas isoladas. Há indícios de que a ocupação da região se deu em tempos remotos, mas não existem evidências suficientes que permitam estimar quando isso ocorreu ou de onde procediam as tribos que ali se localizaram. Na região Sul do Parque, denominada de Alto Xingu, a longa ocupação de uma mesma área e a frequência de casamentos inter-tribais levaram a um processo de intenso intercâmbio cultural, do qual resultou um padrão cultural comum conhecido como cultura xinguana ou do Alto Xingu.

O Parque Indígena do Xingu está localizado no norte do Estado de Mato Grosso, estendendo-se ao longo do curso inicial do rio Xingu, desde a região de seus formadores ao sul até a cachoeira de von Martius ao norte (**Fig. 1**). Representa uma área de transição entre o cerrado do Brasil Central e a floresta amazônica, com fauna e flora próprias dessas duas grandes regiões brasileiras. A superfície do Parque é de cerca 22.000 km² e a sua população é de 2.740 índios, divididos em 17 tribos (**Quadro I**). Quatro dessas tribos ingressaram na área em anos mais recentes, após a criação do Parque Indígena do Xingu, ou seja os Caiabi, Txicão, Beijos de Pau ou Suiá Novos e os Kren-Akarore. As demais tribos, com exceção dos Txukarramãe, já habitavam a região quando por ali passou a expedição Karl von den Steinen em 1884 e 1887, o primeiro europeu a penetrar no território atual do Parque (**Quadro II**).

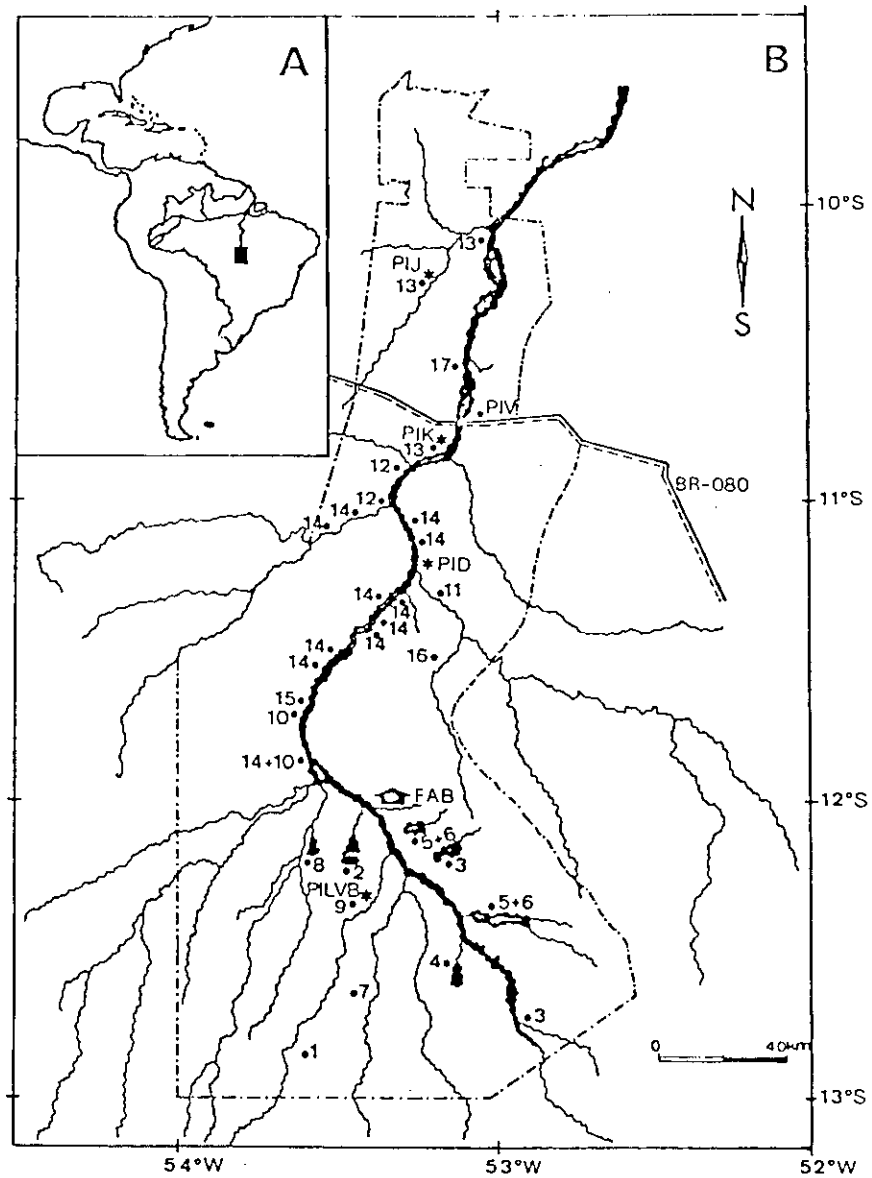


Fig.1. Distribuição do Grupos Indígenas no Parque Indígena do Xingu (1987)

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 1. Aueti | 10. Trumai |
| 2. Camaiura | 11. Suiã |
| 3. Calapalo | 12. Juruna |
| 4. Coicuro | 13. Txucarramãe - Capoto |
| 5+6. Matipu / Naluquã | 13* Txucarramãe - Kretire e Jarina |
| 7. Meinaco | 14. Caiabi |
| 8. Uaura | 15. Txicão |
| 9. Iaualapeti | 16. Suiã Novos |
| | 17. Kren-Akarore |

PILVB - POSTO INDÍGENA LEONARDO VILLAS BOAS
 PID - POSTO INDÍGENA DIAURUM
 PIV - POSTO INDÍGENA VIGILÂNCIA
 PIK - EX-POSTO INDÍGENA KRETIRE
 PIJ - EX-POSTO INDÍGENA JARINA

QUADRO I

POPULAÇÃO DO PARQUE INDIGENA DO XINGU,
POR ÁREA GEOGRÁFICA E ALDEIA (1987)

	<u>POPULAÇÃO</u>
Alto Xingu	
Tribo Aueti	66
Camaiurá	199
Calapalo	229
Coicuro	240
Matipú/Nafuquá	84
Meinaco	109
Iaualapiti	147
Uaurá	166
Trumai	59
Boa Esperança-Morená	57
Txicão	139
Sub-Total	<u>1.495</u>
Área do Diauarum	
Tribo Caiabi	477
Suiá	160
Juruna	101
Kren-Akarore	98
Sub-Total	<u>806</u>
Capoto	
Tribo Txucarramãe (Cretire + Jarina)	398
Suiá Novos (Beiços de Pau)	39
Sub-Total	<u>437</u>
Total Geral	<u>2.738</u>

QUADRO II
TRIBOS DO PARQUE INDÍGENA DO XINGU

TRIBO	GRUPO LINGÜÍSTICO	ANO DE INGRESSO NA ÁREA
Área Sul (Alto Xingu)		
Aueti	Tupi	Anterior a 1884/87
Camaiurá	Tupi	idem
Calapalo	Caribe	idem
Coicuro	Caribe	idem
Matipú e Nafuquá	Caribe	idem
Meinaco	Aruaque	idem
Iaualapiti	Aruaque	idem
Uaurá	Aruaque	idem
Trumai	Língua Isolada	idem
Txicão	Caribe	1967
Área Norte		
Txucarramãe	Jê	1953
Suiá	Jê	Anterior a 1884/87
Suiá Novos (Beiços de Pau)	Jê	1970
Kren-Akarore	Jê	1975
Caiabi	Tupi	De 1953 a 1970
Juruna	Língua Isolada	Início deste século

O Posto Leonardo Villas-Bôas está localizado ao sul, na região do Alto Xingu, enquanto que o Posto do Diauarum situa-se ao norte, às margens do rio Xingu. Deve ser lembrado, ainda, a existência do chamado Posto de Vigilância situado ao norte do Diauarum, no ponto em que a estrada BR-80 (Xavantina-Cachimbo) cruza o rio Xingu. Representa um ponto de passagem para os Índios, com possibilidade de acesso à localidade de São José do Xingu, situada próxima do limite do Parque. O movimento dos Índios no Posto de Vigilância é tanto para compras e vendas em São José do Xingu como para o acesso a transporte rodoviário para Brasília. A população fixa do local é pequena, ligada mais ao controle da balsa que cruza o rio e ao funcionamento do Posto de Vigilância, estando essa população restrita computada nas aldeias de procedência.

O deslocamento, há cerca de dois anos, dos Índios Txukarramãe do Cretire e do rio Jarina para a área denominada de Capoto, e mais recentemente dos Suiá Novos ou Beiços de Pau que habitavam próximos dos Suiá, fez com que surgisse uma concentração populacional nova no extremo norte do Parque. Tal fato deverá ter repercussão tanto no que se refere à administração, até então centralizada no Posto Leonardo e no Posto do Diauarum, como no que se refere à estrutura de saúde a ser montada no PIX. Outro aspecto a ser considerado é o desenvolvimento que será dado ao Posto de Vigilância, tanto em termos de aces sos ao PIX como de concentração populacional.

CONSIDERAÇÕES

1. Tem havido dificuldades para a manutenção de assistência à saúde de forma contínua nos postos indígenas, em termos tanto de pessoal médico como de enfermagem e auxiliar.
2. Há ausência ou descontinuidade de supervisão médica e de enfermagem para os atendentes e/ou auxiliares de saúde, distribuídos em diversos postos, no interior do PIX. Este fato leva ao desestímulo e insegurança do pessoal para-médico no seu trabalho, acarretando maior rotatividade do pessoal de campo.
3. A permanência prolongada e sem supervisão do auxiliar de enfermagem em um mesmo posto indígenas é prejudicial, pois gradativamente leva a uma sedimentação de distorções das práticas de saúde, provocadas, por exemplo, pe la influência direta de membros das aldeias indígenas no trabalho prático, le vando muitas vezes à utilização não recomendável de medicamentos (uso de

vitaminas para jogar futebol, abuso de injeções, etc.). Acarreta, também, pelo caráter rotineiro e não supervisionado do trabalho, a perda da visão crítica e leva a uma certa estagnação das práticas de saúde.

4. Precariedade das farmácias dos postos indígenas no tocante à existência de materiais e medicamentos mínimos para os atendimentos de urgência e para as patologias mais comuns na área. A falta de um planejamento mais adequado, quando da solicitação e da remessa de medicamentos para o PIX, faz com que em determinados postos haja excesso de alguns medicamentos e falta quase total de outros.
5. Dificuldades para o transporte no interior do Parque, por falta de apoio logístico, prejudicando o deslocamento do pessoal da saúde para as aldeias mais distantes.
6. A existência de uma estrutura de saúde adequada no Parque e uma programação a ser cumprida permitiriam minimizar as pressões exercidas por alguns grupos indígenas no sentido de monopolizar, de certa forma, a atenção à saúde, em detrimento de outros grupos no interior do Parque com menor poder político.
7. Problema dos mais graves nos últimos dois anos tem sido a constante dificuldade de transporte aéreo para o Parque, com sérios prejuízos para os programas de saúde.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Qualquer programa de saúde que se pretenda aplicar em área indígena, em seus diferentes níveis de atuação, deve partir do pressuposto básico da necessidade de ser respeitado o padrão cultural da população atendida.

O reconhecimento de que estão presentes valores culturais diversos no relacionamento entre brancos e índios deve permear toda atividade exercida em comunidades indígenas, em especial no campo da saúde. Nesse sentido cabem as seguintes considerações:

- a) no preparo de profissionais da equipe de Saúde deve-se procurar desenvolver a reflexão e compreensão do confronto cultural que envolve toda a atuação em áreas indígenas;

- b) no trabalho em área indígena a equipe de Saúde deverá utilizar uma linguagem inteligível e vivenciável pelos Índios, que permita o desvelamento e a compreensão não caricatural dos conceitos científicos empregados;
- c) o respeito à cultura indígena implica o empenho em estudar os sistemas de cura e as práticas tradicionalmente utilizados pelas comunidades, procurando resgatar informações que tendem a desaparecer com o progressivo contato com a cultura ocidental.

1 - Fase primária de atenção à Saúde

A partir do nível de Promoção da Saúde é importante a participação de membros da comunidade, permitindo melhor compreensão e divulgação das ações de saúde desenvolvidas e dos objetivos a serem alcançados. Nesse sentido é fundamental o preparo de monitores ou agentes de saúde, a serem indicados pela própria comunidade. Caberá a eles a difícil tarefa de colaborar, a nível local, nas ações de saúde ligadas à assim chamada medicina ocidental, sem que venham a interferir ou minimizar a importância da medicina tradicional indígena.

A nível de Promoção de Saúde está sendo utilizada no Parque uma cartilha elaborada pela enfermeira Estela Würker, com a colaboração de Sofia Mendonça e Eduardo Biral e vários Índios do PIX, abordando questões de saúde e higiene, com ênfase na prevenção das afecções mais comuns na região. A cartilha deverá ser utilizada tanto nas escolas do PIX como a nível das aldeias.

A nível de Proteção Específica deverá ser assegurada a cobertura vacinal da população, dentro do esquema básico proposto pelo Ministério da Saúde para todo o território nacional, com a eventual introdução de outras vacinas em situações que assim o requeiram. Os procedimentos de vacinação adotados pela Escola Paulista de Medicina, em visitas periódicas às aldeias, têm mostrado resultados satisfatórios, com ampla cobertura vacinal.

Ainda a esse nível de atuação, e no que se refere ao Saneamento Básico, estudos deverão ser iniciados com o concurso de órgãos competentes visando estabelecer sistemas adequados de captação da água para consumo e eliminação de dejetos. Outra questão a ser abordada é o armazenamento e utilização da água de consumo no domicílio.

Atenção especial merece a captação e o armazenamento da água a ser utilizada nas farmácias dos postos indígenas, com definição dos pontos adequados para a captação, pois pesquisa recente mostrou contaminação fecal da água utilizada na farmácia do Diauarum, por exemplo. A ampliação ou construção de enfermarias exige, também, a instalação de um sistema adequado para a eliminação de dejetos.

Uma alternativa para os postos de atendimento nas aldeias é a abertura de poços e fossas. As medidas preconizadas deverão beneficiar igualmente a comunidade local, a partir de um trabalho de esclarecimento e orientação quanto aos benefícios que poderão advir.

A **nível de Proteção Específica** assume grande importância o controle de doenças de elevada endemicidade na área, como a malária e a tuberculose, temas estes que serão abordados no item "Programas Específicos".

Referência especial cabe ao Programa de Proteção Materno-Infantil. O exame periódico de gestantes é um dos objetivos desse programa, tanto no sentido de avaliação das condições clínicas, como de tratamento de intercorrências clínicas. Nesse período, por exemplo, deve ser pesquisada presença de anemia com uso de hemoglobímetro de campanha. A atenção à gestante inclui a vacinação anti-tetânica na segunda metade da gravidez, como medida de proteção do tétano neo-natal. A mensuração da altura uterina, por sua vez, permite estimar a data aproximada do nascimento, e muitas vezes essa medida passa a ser o único elemento informativo quanto à idade do recém-nascido, ao ser visto posteriormente, na falta de registro do nascimento a nível local.

A experiência na área mostra que não deve haver interferência da equipe de saúde durante o trabalho de parto, havendo mesmo recusa da população em aceitar qualquer intervenção, a não ser nos casos que apresentem anormalidades em sua evolução. O que se observa, freqüentemente, é que uma vez ocorrido o parto, com assistência de mulheres mais idosas, e completada a dequitação, o esposo solicita o concurso da equipe médica no sentido de aplicar medicamento injetável, o que é feito com o uso de ocitócico para acelerar a contração uterina e de penicilina de absorção lenta para prevenir infecções puerperais. Ao nascer a criança é examinada e avaliada por uma das mulheres que assistiram ao parto, a quem cabe dar o veredicto quanto à normalidade do recém-nascido. Sendo positivo o veredicto, a criança é colocada logo a seguir em contato com o corpo materno, dando início a um contato físico estreito que irá se manter pelos primeiros anos de vida da criança.

É evidente que o acesso ao recém-nascido, por membro da equipe de saúde, no sentido de exame clínico e obtenção de dados antropométricos, pode fornecer informações válidas ao estudioso e permitir mesmo sua intervenção, se for julgado necessária. Evidentemente que para isso é preciso que haja a presença da família. A desnutrição nos primeiros anos de vida da criança do PIX é muito rara, conforme demonstra inquérito nutricional feito pela EPM no período de 1974 a 1980. Para o bom estado nutricional de crianças xinguanas, muito concorrem a amamentação materna prolongada e o espaçamento observado entre as gestações. No sentido de preservar o aleitamento materno, todos os esforços devem ser envidados, pela equipe de saúde e outros, para evitar a introdução do leite em pó na alimentação da criança xingwana, o que teria efeitos danosos em sua saúde.

Outra medida preventiva essencial é a vacinação, a ser iniciada o mais precocemente possível, seguindo o Esquema de Vacinação Básica do Ministério da Saúde, já referido.

2 - Fases secundária e terciária de atenção à Saúde

A assistência à saúde será prestada por uma equipe da qual fazem parte os auxiliares de enfermagem, técnico de laboratório, enfermeira, dentista e médico. Papel importante terá o monitor de saúde, alguns em processo de formação e outros a serem ainda formados.

O plano de saúde a ser implantado ou melhorado deverá se estender a todos os grupos indígenas do Parque, permitindo rápido atendimento de intercorrências clínicas, numa cadeia de intervenção que poderá se esgotar a nível da aldeia ou levar o paciente a ser atendido em unidade do PIX dispondo de maiores recursos, ou mesmo a ser removido para centros urbanos melhor aparelhados.

Para o bom funcionamento da rede de atendimento é necessário que haja um sistema de comunicação e transporte funcionante, de tal forma que a informação procedente de uma aldeia, por exemplo, chegue de imediato aos níveis seguintes de intervenção.

A nível de **Diagnóstico e Tratamento Precoces** é importante a normatização das condutas a serem adotadas pelos diversos membros da equipe de saúde.

A esse nível está tanto incluída a busca de comunicantes de doenças transmissíveis, no intuito de interromper a cadeia de transmissão, como a realização de levantamentos periódicos para melhor conhecimento da prevalência de determinadas doenças. O correto afluxo de informações, mencionado anteriormente, será a base para o estabelecimento de um Sistema de Vigilância Epidemiológica, de reconhecida importância, mormente em áreas onde existe sempre o risco de surtos epidêmicos.

O plano de saúde deve definir, de forma prioritária, a estrutura dos Serviços de Saúde no interior do PIX, indispensável para nortear o projeto de reforma ou construção para as instalações de farmácias, enfermarias ou simples postos de atendimento. Nessa definição deverão ser levados em consideração a distribuição demográfica da população, áreas de influência, facilidades de transporte tanto interno como externo e condições de salubridade do local, bem como a existência de condições para a locação de pessoal da equipe de saúde, indispensável para o nível de atendimento local proposto.

Tradicionalmente os serviços de saúde tendiam a ser centralizados nos Posto Leonardo e Diauarum, situação que começou a se modificar aos poucos com o deslocamento dos Txicão para o rio Xingu e com o crescimento das aldeias dos Txucarramãe no Cretire e Jarina. Essa situação se alterou ainda mais com o recente deslocamento dos dois grupos Txucarramãe para o Capoto, seguidos dos Suiá Novos. Como já mencionado, deve ser levada em conta também a existência do Posto de Vigilância, onde a BR-80 cruza o rio Xingu. Mais, difícil na elaboração de plano de obras é prever a tendência do crescimento das aldeias e dos movimentos populacionais no interior do Parque. Outro fato, que exemplifica bem essa preocupação, é a possibilidade de extensão paulatina do atendimento à saúde prestado no PIX aos Índios Mekranhotire, localizados ao norte do PIX, nos contrafortes da Serra do Cachimbo, no Sul do Pará. Esses Índios são aparentados com os Txucarramãe do Parque, com constantes movimentos de visitas entre os dois grupos.

O Posto do Capoto teria a mesma capacidade de atendimento a nível ambulatorial e facilidade para internações de curta duração que os Postos Diauarum e Leonardo? Com o objetivo de diminuir o envio ou remoção de

pacientes para tratamento em centros urbanos distantes do PIX, seria plausível a maior concentração de recursos para diagnóstico e atendimento em um desses Postos?

De qualquer forma, numa primeira etapa, cabe definir a localização das Unidades de Saúde no interior do PIX, desde a mais simples até as mais complexas, e o nível de intervenção médica que se pretende alcançar a nível local, antes de se recorrer a serviços médicos externos.

Em termos de atendimento hospitalar externo foi cogitado pela FUNAI, em várias ocasiões, o envio de pacientes para cidades mais próximas, como Aragarças e Xavantina. As experiências a respeito não foram satisfatórias, por diferentes razões. O atendimento hospitalar e ambulatorial especializado tem sido centralizado em Brasília e São Paulo. O Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina, em São Paulo, tem funcionado como hospital de referência para os Índios do PIX, embora também venha atendendo outros grupos indígenas do país para casos mais complexos. A boa acolhida que os Índios encontram no Hospital São Paulo decorre de que praticamente em todos os seus ambulatórios e enfermarias estão presentes médicos ou enfermeiras que participaram em anos anteriores do trabalho médico da EPM no PIX, por vezes quando ainda estudantes ou residentes. O atendimento dos pacientes do PIX é facilitado por um sistema de referência e contra-referência estabelecido entre a EPM e o PIX-FUNAI.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS

MALÁRIA

A malária continua sendo a doença de maior ocorrência endêmica no Parque, incidindo com maior gravidade na população infantil e exigindo, com frequência, a remoção de casos graves para centros hospitalares.

O objetivo do combate à malária no PIX é conseguir a redução da sua transmissão, diminuindo o risco a que está submetida sua população. Tal objetivo, dentro dos recursos tecnológicos existentes, inclui o emprego de DDT, inseticida de ação residual, que deve ser aplicado regularmente no interior das habitações, duas vezes por ano. Apesar das paredes das habitações indígenas serem de superfície irregular, dificultando a aspersão do DDT, a sua aplicação sistemática mostrou-se eficaz. Tal fato foi comprovado por investigação epidemiológica realizada pela EPM, na área do Alto Xingu, na qual se observou diminuição

na ocorrência da malária, tanto pelos índices parasitário e sorológico como pelo índice esplênico, após a introdução de DDT como medida profilática.

O pessoal de saúde do PIX deve estar capacitado para fazer o diagnóstico etiológico da malária. Para tanto, deve ser treinado para a coleta, feitura e leitura de lâminas do esfregaço de sangue em todos os pacientes febris. As lâminas seriam periodicamente enviadas à SUCAM para avaliação da correção diagnóstica, como é feito em todas as áreas malarígenas do interior do país.

Os postos indígenas devem estar supridos da medicação indicada para o tratamento da malária, tanto para infecções pelo **P.vivax** como pelo **P.falciparum**, incluindo as formas graves. Devem estar disponíveis os medicamentos preconizados desde a Cloroquina até o Quinino para uso intravenoso, passando por outras drogas indicadas para as formas de gravidade intermediária. A transfusão de sangue representa uma medida de extrema importância, em casos graves, podendo contribuir para a sobrevivência do paciente. Tendo a população indígena o mesmo tipo sanguíneo, torna-se viável a pronta transfusão, desde que esteja disponível material apropriado para isso (equipo e frasco).

Outras medidas preconizadas

- 1) Esclarecer a população local quanto ao ciclo de transmissão da malária, importância das medidas preventivas de combate ao mosquito transmissor, meios diagnósticos e relevância do diagnóstico e tratamento precoces.
- 2) Necessidade do apoio da FUNAI a nível local, para que a SUCAM possa cumprir o cronograma de aplicação de DDT nas habitações do PIX, que preconiza pelo menos duas borrifações anuais.
- 3) Não delegar a função de borrifação à membros da comunidade, via de regra inabilitados para isso, nem fornecer ao Índio, individualmente, o DDT, pois tanto o manuseio do inseticida como sua aplicação em doses excessivas podem causar prejuízo à saúde dos moradores.

- 4) Solicitar à SUCAM relatório do trabalho, com a indicação das casas onde houve recusa por parte de seus moradores, se possível com os motivos, o que permitiria um trabalho posterior de orientação e conscientização por parte da equipe da saúde.
- 5) Levantamento entomológico dos vetores da malária na região.

TUBERCULOSE

Como acontece em grande número de áreas indígenas do país, a tuberculose é uma doença prevalente no PIX. Levantamentos periódicos, com cadastramento torácico e baciloscopia de sintomáticos respiratórios e comunicantes, vêm sendo feitos há vários anos pela Divisão de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde. O controle é complementado pela equipe local no que se refere ao suprimento de medicamentos e à observância dos esquemas terapêuticos. As equipes da EPM, por sua vez, têm sido encarregadas da aplicação do BCG na população infantil e do controle clínico de pacientes e comunicantes.

Para aprimorar o controle da tuberculose na área, a equipe de saúde deve estar cada vez mais capacitada a supervisionar os casos em tratamento, assim como realizar a pesquisa sistemática de casos novos entre os comunicantes e sintomáticos respiratórios; o exame de escarro é fundamental, podendo ser realizado rotineiramente desde que haja prévio treinamento de pessoal.

Têm sido seguidos os esquemas terapêuticos preconizados pelo Ministério da Saúde, cabendo à equipe local manter a provisão de medicamentos anti-tuberculosos para que não haja descontinuidade no tratamento. As medidas de controle, a nível local, incluem, ainda, o estabelecimento de um cronograma de visitas periódicas às aldeias para supervisão do tratamento e entrega da medicação específica.

DOENÇAS DIARRÉICAS

A amamentação natural prolongada, tal como se observa no PIX, concorre para que as doenças diarréicas não assumam maior gravidade no primeiro e segundo anos de vida, em termos de morbidade e mortalidade. Existe, porém, o risco da introdução de mamadeiras em decorrência do surgimento de poder aquisitivo por parte de alguns Índios, que pode levá-los a adquirir o leite artificial, até mesmo por uma questão de "status", com o abandono da prática do aleitamento materno.

Nos últimos anos, tem-se observado com mais frequência a ocorrência sazonal de diarreia aguda, assumindo, por vezes, caráter epidêmico e exigindo medidas urgentes para seu controle. Tal ocorrência tem-se verificado nos meses de maior precipitação pluvial: dezembro, janeiro e fevereiro. O aumento do volume dos rios e as inundações favorecem a formação de remansos junto às habitações, provocando o acúmulo de detritos e dificultando a captação da água para consumo em pontos menos contaminados.

Medidas Preconizadas

- 1) Desenvolver esforços educacionais no sentido de evitar o ingresso de mães, considerando os riscos que seu uso oferece para a saúde da criança.
- 2) Orientar a população para que a captação da água, mesmo com vasilhames, seja feita em pontos menos contaminados pelos detritos e dejetos e para que seja armazenada em recipientes apropriados, no interior das residências, diminuindo, assim, o risco de infecção de seus habitantes pelo mecanismo fecal-oral.
- 3) Iniciar estudos para instalação de um sistema de fornecimento de água, que permita evitar os inconvenientes apontados no item anterior.
- 4) Esclarecer a população quanto à importância de serem preservadas as condições de higiene da habitação e de seus arredores, em especial no que se refere ao destino mais adequado de restos alimentares e dejetos.
- 5) Quando da ocorrência de doenças diarreicas, estabelecer os esquemas terapêuticos a serem seguidos de maneira a ser evitado, por exemplo, o efeito iatrogênico do uso errôneo e indiscriminado de alguns antibióticos e obstipantes.

VERMINOSES

Inquéritos coprológicos realizados no PIX, em vários anos, mostraram elevada prevalência de verminose na população, principalmente em crianças, com maior frequência da ancilostomose e da ascaridíase.

No presente, em face do aparecimento de antihelmínticos polivalentes de reduzidos efeitos colaterais, existem condições para o tratamento das verminoses, em maior escala, na população mais atingida, ou seja, na população

infantil. Tal decisão, em cada comunidade, depende de avaliação da carga parasitária e de suas manifestações clínicas.

Alguns estudos, em nosso país, em comunidades com elevada prevalência de verminoses intestinais e vivendo em condições que favorecem a reinfestação, têm demonstrado a validade do tratamento periódico, no sentido de diminuir a carga parasitária e melhorar as condições de saúde da criança. Concomitantemente devem ser desenvolvidos esforços para elevar o padrão de saneamento e de higiene vigentes na comunidade no sentido de interromper a cadeia de transmissão das verminoses intestinais.

Medidas Preconizadas

- 1) Realização periódica de exame parasitológico de fezes, qualitativo e quantitativo, em amostras da população infantil, para identificação das verminoses de maior ocorrência e avaliação de suas repercussões clínicas.
- 2) Instituir o tratamento periódico, a partir dos resultados obtidos, possivelmente com intervalos de seis meses, dando prioridade a grupos etários que mostrarem maior prevalência de verminoses.
- 3) Realizar, a intervalos determinados, exame de fezes e avaliação clínica das crianças tratadas, para se avaliar a eficácia das medidas instituídas.
- 4) Incentivar, por meios educativos, a adoção de medidas de higiene, a nível individual e coletivo, principalmente no que se refere à eliminação de detritos e dejetos, bem como a cuidados a serem observados em relação à captação e armazenamento domiciliar da água para consumo.

DOENÇAS PREVENÍVEIS POR VACINAS

Dentre as doenças que afetam a população em geral, e com maior risco as populações indígenas, estão aquelas preveníveis por vacinas.

No PIX vem sendo aplicado, pela EPM, o esquema básico preconizado pelo Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que inclui as vacinas: tríplice (difteria, tétano e pertussis), anti-poliomielite (Sabin), anti-sarampo, anti-tetânica (após os sete anos de idade e gestantes) e BCG intradérmico. Em situações de risco epidêmico, outras vacinas, não incluídas no esquema básico, podem ser utilizadas.

Uma das grandes dificuldades que existem para a manutenção da cobertura vacinal na população indígena reside na chamada "cadeia do frio", indispensável para a preservação da vacina. Várias soluções têm sido aventadas pela OMS, como, por exemplo, o uso de geladeiras que funcionam com a captação de energia solar, e o uso de recipientes mais apropriados para o transporte das vacinas até ser alcançado o seu destino final, ou seja, o suscetível.

A solução encontrada no PIX foi concentrar o trabalho de vacinação em curtos períodos de tempo, utilizando gelo transportado em isopor, e pondo a funcionar geladeiras a querosene, ou a gás, disponíveis em alguns postos indígenas.

O trabalho da equipe médica, que procede à vacinação e à revisão clínica da população, é concentrado em quatro períodos do ano, intercalando a região do Alto Xingu e aquela centralizada no Posto Diauarum. Assim, cada aldeia é visitada duas vezes por ano, permitindo a atualização do esquema vacinal. O sistema de fichas médicas existentes, individual, permite assegurar que toda criança será vista pela equipe médica e vacinada, se for o caso, com pronto assentamento em sua ficha. Tem-se, assim, a correta informação da cobertura vacinal de cada criança.

Outros tipos de vacinas poderiam ser cogitadas, como por exemplo, a vacina MMR (caxumba, sarampo e rubéola), mas seu elevado custo e dificuldade de importação têm limitado o seu uso a grupos sociais de maior poder aquisitivo, não estando incluída no esquema básico do Ministério da Saúde. Em face à exigüidade de recursos, não é considerada uma medida prioritária em Saúde Pública, em nosso país.

Situação algo diferente ocorre com a vacina anti-pneumocócica, de uso mais recente em populações sujeitas a maior risco de pneumonias por pneumococos. Dada a grande prevalência de processos pneumônicos em grupos tribais, com elevada letalidade, tem sido preconizado o uso da vacina anti-pneumocócica a partir de dados epidemiológicos que mostram ser o pneumococo o agente etiológico mais freqüente. Na literatura médica encontram-se várias referências ao emprego dessa vacina em grupos indígenas de outros países, com resultados satisfatórios em termos da redução da morbidade e mortalidade por processos pneumônicos.

Restaria um estudo mais profundo, para avaliar a indicação e a viabilidade de seu emprego no PIX. A seguir, definir qual a vacina mais indicada entre as existentes, o esquema vacinal a ser adotado, possíveis efeitos colaterais e fontes disponíveis para a obtenção da vacina. Numa fase inicial, respondidos esses quesitos, a vacinação poderia ser feita num grupo limitado, de forma a possibilitar a observação e, posteriormente, a avaliação de sua eficácia do ponto de vista clínico e de eventual dosagem de anticorpos vacinais circulantes.

Medidas Preconizadas

- 1) Assegurar adequado apoio logístico a nível local (gasolina, motores, barco, gelo, etc.) durante os períodos de vacinação, de forma a ser alcançada cobertura vacinal satisfatória.
- 2) Registro e comunicação imediata à equipe de saúde local de qualquer caso confirmado de doença prevenível por vacina que, eventualmente, apareça na população.
- 3) A partir do prévio conhecimento das datas de vacinação, por parte dos responsáveis pelos postos indígenas, evitar ao máximo, naquele período, o deslocamento de Índios, principalmente crianças, para locais inacessíveis à equipe de vacinação.
- 4) Proceder à avaliação da cobertura vacinal, tanto em termos de redução dos casos das doenças por ela preveníveis, como pela pesquisa de anticorpos vacinais, mediante inquéritos sorológicos, a serem feitos em amostra populacional infantil, em intervalos pré-estabelecidos.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Nos últimos anos tem aumentado o contato dos Índios do PIX com populações ditas "civilizadas", tanto em decorrência da abertura de novas fazendas nas cercanias do Parque, como pelo maior acesso ao povoado de São José do Xingu ou mesmo pela maior frequência de deslocamentos para Brasília, São Paulo ou outros centros. Com esse contato indiscriminado e crescente surge o risco da introdução de doenças sexualmente transmissíveis na população do PIX. Recentemente, por exemplo, foram detectados alguns casos de infecção gonocócica.

Medidas Preconizadas

- 1) Procurar esclarecer a comunidade sobre as doenças sexualmente transmissíveis, formas de contágio e tratamento. Realizar discussões a respeito das medidas preventivas cabíveis e o risco de transmissão a outras pessoas da família e da comunidade.
- 2) Prover condições locais para alguns exames de material suspeito, na busca de identificação do agente etiológico para melhor orientação da conduta terapêutica.
- 3) Procurar padronizar a conduta terapêutica, seguindo os esquemas preconizados.

INFRA-ESTRUTURA

UNIDADES DE SAÚDE

As Unidades de Saúde de maior porte deverão contar com farmácia, laboratório para exames, salas para atendimento ambulatorial e "enfermaria" para internação de pacientes, dotada de sala para pequena cirurgia e parto, além de gabinete odontológico.

O plano de saúde deverá definir o porte, o número e a localização das Unidades de Saúde a serem instaladas, conforme considerações já feitas anteriormente.

A construção de novas Unidades e a reforma ou ampliação das existentes deverão prover os serviços básicos necessários para o seu funcionamento, como sejam serviços de lavanderia, esterilização, expurgo do material utilizado, etc. A Unidade de Saúde deverá contar com sistema de fornecimento de água em volume e qualidade adequadas, bem como com sistema de eliminação de dejetos.

Para tornar mais viável as internações nas unidades de saúde, em termos de aceitação pelo índio, deve haver previsão para a sua alimentação durante o período de internação, assim como facilidades para a complementação alimentar que se fizer necessária para os familiares que acompanham o paciente,

dentro do padrão cultural indígena. Muito embora deva-se insistir com os familiares que permanecem na aldeia para que enviem alimentos para os que se deslocaram para o Posto acompanhando o paciente; por vezes, surgem dificuldades para isso, decorrentes das distâncias ou da duração da internação.

Cabe definir, ainda, a estrutura das Unidades de Saúde ou Postos de Atendimento, de menor porte, a serem instaladas em algumas aldeias.

As Unidades de Saúde, de maneira geral, deverão seguir modelos já estudados de sobejo por organismos especializados tanto do Ministério da Saúde como de outras instituições, de preferência na forma de módulos que permitam os acréscimos que se fizerem necessários com o tempo, e com o uso de material de fácil conservação e longa duração adaptados às condições climáticas locais.

Farmácia

Deve fornecer condições adequadas para o armazenamento e conservação dos medicamentos e de material de uso rotineiro julgados essenciais bem como para a manutenção de estoques. Os medicamentos julgados essenciais devem ser obtidos preferentemente através da CEME, SUCAM e Divisão de Epidemiologia Sanitária no caso da tuberculose. Deverá ser organizada a relação dos medicamentos a serem utilizados na área, com base na experiência já adquirida a nível local. É imprescindível a organização de sistema de controle de medicamentos de forma a assegurar a pronta reposição dos mesmos.

REGISTRO DE DADOS DE SAÚDE

O SISTEMA DE COLETA DE DADOS RELACIONADOS À SAÚDE

Até o presente não tem sido possível instalar um sistema adequado de coleta de dados relacionados à saúde no PIX. As deficiências atuais decorrem da alta rotatividade das auxiliares e atendentes de enfermagem, da falta de um preparo prévio e de esclarecimento quanto à importância desses dados. As dificuldades se acentuam ao nível das aldeias, onde as vezes um dos Índios se encarrega de tal tarefa, mas em suas ausências ela é interrompida.

a) Registro de nascimentos e óbitos

No que se refere a dados de Estatística Vital, deve ser preenchido com regularidade o livro de Registro de Nascimento, obrigatório em todo Posto Indígena, o mesmo devendo ocorrer com o livro de Registro de Óbitos. Nestes livros deverá estar assentada com precisão a data dos dois eventos vitais citados, sendo que no caso de óbito devem constar informações que possam contribuir para a identificação da provável causa do mesmo. Na falta ocasional de pessoal de saúde, tais dados deverão ser colhidos por elemento da administração local ou, eventualmente, por qualquer outra pessoa presente.

A prática mostra que o sistema de coleta de dados deve se estender a todas as aldeias, pois freqüentemente daí partem informações fragmentadas e com grande atraso para os Postos Indígenas, com imprecisões até no que se refere à data do evento. Assim, torna-se necessário incentivar o próprio Índio na aldeia, na ausência de monitor ou outro elemento da equipe de saúde, para fazer anotações, mesmo utilizando uma simples folha de calendário, sobre a data do nascimento ou óbito, e se possível colher mais alguns dados para a futura transmissão, mesmo verbal, a membros da equipe de saúde.

b) Registro de atendimentos e intercorrências clínicas

Anotação direta em livro próprio dos atendimentos diários feitos pela equipe de saúde, com o registro das intercorrências clínicas, remoção de pacientes, etc. A exemplo dos Itens anteriores, cada Unidade de Saúde contaria com um livro de Registro de Atendimentos e Intercorrências Clínicas. A nível da aldeia seria estudada uma forma prática do monitor proceder às anotações básicas de saúde.

c) Registro de saúde individual

Para o melhor acompanhamento da população do PIX, no que se refere às condições de saúde, preconiza-se a adoção de um sistema de registro individual, a exemplo do que é adotado pela Escola Paulista de Medicina (mod. EPM-LFM) em seu trabalho de campo. Na ficha constam elementos necessários para a identificação, dados de exame físico, anotações das vacinas aplicadas, havendo, ainda, espaço reservado para o registro das intercorrências clínicas futuras.

Deve-se salientar que um sistema de coleta de registro de dados de saúde, de importância incontestável, somente funcionará a contento se houver motivação e cobranças contínuas, e se os resultados obtidos através dos mesmos retornarem como informações para os que contribuíram para o seu funcionamento. A supervisão de tal sistema é tarefa a ser atribuída tanto ao médico como à enfermeira, independentemente de quem, na ocasião, responda pela direção da equipe de saúde.

APOIO LOGÍSTICO

TRANSPORTE

a) Transporte aéreo para o PIX

As dificuldades de transporte para o Parque têm trazido sérios entraves para o programa de saúde em curso, sendo uma das razões que levaram à interrupção do atendimento odontológico que vinha sendo prestado por equipes periódicas ligadas à Faculdade de Odontologia da USP. Da mesma forma tem sido prejudicado o cronograma de vacinação sob a responsabilidade da Escola Paulista de Medicina e a saída de pacientes indicados para serem atendidos em São Paulo ou Brasília.

No momento em que se discute um novo plano de saúde para o Parque, com ampliação das ações de saúde e de pessoal envolvido, é imprescindível que seja solucionado o problema de transporte, sob o risco de ser seriamente comprometido todo o esforço empreendido. Para isso, torna-se indispensável todo o empenho da FUNAI para viabilizar o acesso ao Parque, quer utilizando sua frota aérea e recursos próprios, quer recorrendo ao apoio da FAB ou de outras entidades. O apoio da FAB tem diminuído progressivamente nos últimos anos, mas é de se esperar que um entendimento de alto nível, entre o Ministério do Interior-FUNAI e a FAB, permita reverter a situação atual. Deve ser lembrado que a FAB tem um voo quinzenal de São Paulo para a sua base instalada no PIX, e voos semanais a partir de Brasília, o que facilita em muito uma solução favorável.

b) Transporte no interior do PIX

O sucesso do plano de saúde depende, também, de facilidades de transporte no interior do Parque, permitindo o deslocamento do pessoal de saúde, tanto para ações previamente estabelecidas como para atender emergências clínicas e para possibilitar a remoção dos pacientes das aldeias para os Postos Indígenas. Para isto deve ser assegurada:

- a) disponibilidade de barco a motor para os deslocamentos por via fluvial e de viatura para o transporte terrestre;
- b) uma quota mínima de combustível para uso exclusivo da equipe de saúde para o atendimento nas aldeias.

Outra possibilidade, que se mostrou altamente eficaz em anos passados, foi o uso de um pequeno avião, colocado no PIX, para atingir as diferentes aldeias da região. Na época era possível realizar visitas periódicas frequentes a todos os grupos indígenas do Parque e a pronta remoção de pacientes para tratamento nos Postos Indígenas. Cada aldeia zelava pela conservação de um pequeno campo de pouso aberto em suas proximidades. É uma alternativa a ser considerada em termos de custo e benefício.

SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

O estabelecimento de um sistema de comunicação por rádio interligando os postos e as aldeias permitirá o pronto deslocamento do pessoal de saúde em casos de emergência ou a transmissão de orientação quando não se fizer necessária a sua presença. A comunicação externa com Brasília e São Paulo, bem com a base aérea da FAB no Xingu, é também importante para a viabilização do plano de saúde.

ENERGIA

No plano de saúde deve estar previsto o fornecimento de energia elétrica tanto para as Unidades de Saúde de maior porte como para as demais, possibilitando o funcionamento de bombas de água, equipos dentários, aparelhos de laboratório e de geladeiras para a conservação de vacinas, soros, alguns medicamentos e reagentes para exames laboratoriais.

As instalações elétricas existentes são precárias, funcionando apenas em alguns poucos horários e sujeitas a freqüentes quebras.

Uma alternativa que vem dando bons resultados, em locais isolados e de baixa concentração populacional, é o aproveitamento de energia solar, que poderia atender partes das necessidades do PIX. Um aspecto a ser considerado, muitas vezes relegado ao esquecimento e com isto gerando sérios inconvenientes, é a necessidade de um serviço de manutenção e revisão dos equipamentos em uso e a capacidade de pronta reposição de peças.

A disponibilidade de geladeira é importante para que se possa estabelecer a chamada "cadeia de frio", complementada com recipientes apropriados para o transporte de vacinas à temperatura adequada, de forma a atingir as aldeias em condições de conservação recomendadas para sua aplicação.

ALIMENTAÇÃO E ALOJAMENTO

Um dos problemas que tem onerado os membros da equipe de saúde local é a necessidade de suplementarem a sua alimentação com produtos adquiridos fora do Parque, sejam em São José do Xingu ou em centros distantes com custos bastante aumentados, por vezes proibitivos em relação aos salários recebidos. O trabalho rotineiro não permite que a pessoa cuide de uma plantação própria, de mandioca ou outro produto local, por exemplo, ou se dedique à pesca ou caça para melhorar seu padrão alimentar; tampouco é possível contar, de forma regular, com presentes dados pelos índios dos Postos ou das aldeias na forma de frutas, peixe ou outros produtos nativos.

Tal problema tende a se agravar com a ampliação do quadro de pessoal de saúde prevista no novo plano; tal situação já foi aventada no que se refere ao monitor indígena de saúde.

Por ocasião da presença periódica de grupos da EPM ou da Odontologia, a FUNAI ou o PIX têm procurado enviar alguns alimentos básicos para o consumo. Por vezes, tal providência não tem sido tomada em tempo, às vezes por falta de comunicação aos responsáveis por tais suprimentos, outras por falta de transporte.

Assim, justifica-se a abordagem de tal tópico no novo plano de saúde.

Considerações de mesma natureza caberiam quanto à provisão de ALOJAMENTOS para a equipe de saúde local e para as equipes periódicas.

PESSOAL DE SAÚDE

1. ENFERMEIRAS

A enfermeira tem papel fundamental na equipe de saúde tanto no que se refere ao atendimento como na coordenação e supervisão do pessoal auxiliar. É recomendável a presença de pelo menos três enfermeiras de elevado padrão, de preferência com formação em Saúde Pública, que ficariam localizadas nos Postos de Diauarum, Leonardo e Capoto, mas tendo asseguradas condições para deslocamentos periódicos ou em situações de urgência para os demais postos e aldeias. Assim estariam capacitadas a:

- 1.1. estabelecer e coordenar um sistema de registro de dados na área;
- 1.2. responder pela requisição, recebimento, distribuição e controle dos estoques de materiais e medicamentos para as farmácias e postos de atendimento;
- 1.3. controlar a saída e retorno de Índios que necessitarem de tratamento especializado fora do Parque, que devem ser acompanhados do respectivo boletim médico de encaminhamento e, posteriormente, das prescrições a serem observadas no retorno;
- 1.4. propor o cronograma do rodízio do pessoal para-médico nos diversos postos indígenas, bem como propor a saída dos mesmos para cursos de aperfeiçoamento ou estágios que forem julgados necessários, procedendo, para isso, às substituições necessárias;
- 1.5. divulgar e assegurar, junto ao quadro auxiliar de saúde, a implantação, execução e supervisão dos diversos programas de saúde a serem realizados no Parque.

2. AUXILIARES DE SAÚDE

- 2.1. Os candidatos devem ter formação mínima de auxiliar de enfermagem, de preferência com prévia experiência em trabalho de campo ou, se possível, sujeitos a um período comprobatório no PIX. Em ambos os casos haveria um curso preparatório antes do ingresso no trabalho de campo.

- 2.2. O número de auxiliares de enfermagem a ser proposto deverá se basear nas necessidades atuais do PIX e levar em conta a ampliação ou instalação de novas Unidades de Saúde. Esse número deverá permitir o rodízio em diferentes Unidades de Saúde da área e prever as necessidades de substituições decorrentes de férias, licenças ou outros impedimentos e ausências para cursos e programas de reciclagem.
- 2.3. As auxiliares de enfermagem devem realizar visitas periódicas às aldeias dentro de um plano de trabalho previamente estabelecido ou para atender situações emergenciais em que possam se fazer necessárias. É de todo recomendável que sejam capacitadas a realizar alguns exames rotineiros como, por exemplo, a pesquisa de plasmódio em sangue periférico ou de BK em escarro.
- 2.4. Do ponto de vista técnico, estarão subordinadas diretamente à enfermeira regional, seguindo as normas por ela estabelecidas, de comum acordo com o pessoal médico.

Nota: Como já foi dito, é de se esperar que tais medidas resultem em melhor adaptação do pessoal auxiliar de saúde às condições locais, diminuindo sensivelmente a freqüente perda de pessoal habilitado que se observa atualmente.

3. MONITOR DE SAÚDE

Em complementação ao que já foi abordado a respeito do monitor de saúde, assunto que poderia levar a extensas considerações, deve ser assinalado o seu papel como "vigilante" quanto ao estado de saúde dos membros da comunidade em que atua, no sentido de encaminhar mais precocemente aos postos de atendimento os casos que necessitam de assistência. Por vezes, o Índio, por sua própria iniciativa, somente busca atendimento quando esgotadas as possibilidades de sua medicina e a partir do momento em que seu estado clínico se agrava, reduzindo as possibilidades de sucesso terapêutico.

O monitor de saúde deve ser um membro da própria comunidade, pelos quesitos de linguagem, residência e convívio. No seu preparo será indispensável a colaboração de uma equipe multi-profissional, da qual deverá fazer parte profissional versado na área de Antropologia. O número de monitores a serem formados estará na dependência de vários fatores, entre os quais a sua aceitação

pela comunidade e a sua própria manutenção, uma vez que o monitor de saúde tende a ser absorvido por suas novas tarefas com prejuízo de suas atividades de subsistência tanto a nível individual como familiar.

4. MÉDICOS

A locação do médico no quadro do pessoal de saúde deve ser precedida pela estruturação do quadro de auxiliares de enfermagem e enfermeiras, uma vez que se trata de um profissional de mais alto custo e cujo trabalho alcança maior rendimento quando inserido na equipe de saúde. O rendimento de seu trabalho depende, ainda, de facilidades de comunicação e transporte no interior do Parque, possibilitando o seu deslocamento dentro de um cronograma pré-estabelecido e para atender situações de urgência.

Devem ser estabelecidas condições que permitem a sua saída do Parque, após período de trabalho, para atender cursos de reciclagem, participar de eventos científicos e para férias regulamentares. Durante essa ausência deverá ser substituído por um outro médico.

Da mesma forma que foi assinalado para enfermeiras e auxiliares de enfermagem, é de todo recomendável que seja reservado um período inicial de preparo para o trabalho de campo e para o conhecimento da estrutura de saúde em que será inserido, incluindo visitas aos hospitais da referência para o Índio do PIX. O médico será o responsável direto pela observância do programa de saúde em desenvolvimento na área.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

O nível de saúde de uma população é medido, habitualmente, por dados de mortalidade, uma vez que os dados de morbidade são de mais difícil obtenção, tanto por falta de registros da ocorrência de doença, quanto pelas dificuldades de diagnóstico e mesmo pela embigüidade que possa existir para definir quem está realmente doente. Mesmo nas áreas brasileiras providas de maiores recursos, os dados de morbidade são escassos ou se reportam, apenas, a determinadas doenças para as quais possam existir serviços especializados de atendimento, como, por exemplo, tuberculose e hanseníase.

Em uma população como a do PIX poderia ser apontado o aumento vegetativo, observado nos últimos anos, como um indício de que houve melhora no estado de saúde. Tal interpretação, no entanto, seria passível de ressalvas pois outros fatores poderiam também ter contribuído para o acréscimo populacional. Nesse sentido basta lembrar que, tradicionalmente, até um passado não muito distante, os grupos indígenas limitavam o número de filhos a dois ou três por casal, prática esta imposta pelas próprias condições de vida e dificuldades encontradas para assegurar a subsistência do grupo familiar. Tal conduto vem sendo abandonada e atualmente se observa um maior número de filhos por casal, fato este que evidentemente pode estar ocorrendo para o aumento da população.

Como foi dito, os indicadores de saúde que se baseiam em dados de mortalidade são os mais amplamente utilizados. Tais indicadores permitem estabelecer comparações entre diferentes populações ou para uma dada população ao longo do tempo. Assim, torna-se possível avaliar mais corretamente os resultados das ações de saúde desenvolvidas.

É preciso que haja a exata compreensão, por parte da equipe de saúde, da importância do registro de dados, tanto para o planejamento em saúde como para a avaliação de seus resultados. Só assim poderá ser vencida uma natural resistência que existe em nosso meio, inclusive na área da saúde, para o registro por escrito de eventos, levando à perda de informes que seriam importantes tanto para o planejador como para os executores das ações de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um plano de saúde para os Índios do PIX deve assegurar-lhes o acesso tanto a serviços de saúde a nível local como a serviços de maior complexidade integrados ao sistema nacional de saúde. Cabe, ainda, considerar a possibilidade de regionalização do atendimento à saúde, em nível intermediário entre essas duas estruturas.

O **acesso ao sistema nacional de saúde** tem sido assegurado, por exemplo, pelo Hospital São Paulo, em São Paulo, onde o Índio é atendido sem ônus para a FUNAI. Sendo um hospital ligado à Escola Paulista de Medicina, o atendimento representa uma extensão das ações desenvolvidas no PIX, com o funcionamento de um sistema de referência e contra-referência bastante satisfatório. Hospitais de Brasília e, menos freqüentemente, de Goiânia, também têm sido usados por Índios do PIX. O atendimento em localidades mais próximas como Barra do Garça, Xavantina e Aragarças não tem se mostrado viável até o presente, seja por dificuldades de transporte, seja por falta de recursos médicos ou mesmo por falta de interesse por esse atendimento. É de se esperar que tais impedimentos venham a desaparecer em futuro não muito distante.

A **nível local**, se for mantida a atual divisão administrativa do PIX, baseada nos Postos Leonardo Villas-Boas e Diauarum, cada um deles centralizaria as ações de saúde, estendendo-as para as Unidades de Saúde e aldeias. Fica em aberto a questão do Capoto permanecer ligado ao Diauarum ou de vir a se constituir numa terceira área de concentração de recursos assistenciais.

Entre as ações e serviços de saúde a nível local e o acesso a serviços de maior complexidade integrados ao sistema nacional de saúde, caberia instituir um **nível regional de atendimento**. Tendo em vista a extensão territorial do PIX e as características culturais de sua população e de seu contato com a sociedade brasileira, a regionalização implicaria, entre outros aspectos, na implantação de um centro de atendimento em seu interior, dotado de maiores recursos técnicos e materiais. O "centro de atendimento" ou Unidade Regional de Saúde do PIX estaria capacitado para internações e intervenções cirúrgicas de menor porte, com maiores recursos para diagnóstico e tratamento. O maior poder de resolução dessa Unidade Regional, atuando como retaguarda para as ações a nível local, tenderia a diminuir a remoção de pacientes para Brasília e São Paulo.

A regionalização do atendimento, acima aventada, dependeria de uma decisão da direção e das lideranças do PIX, inclusive quanto à localização da Unidade Regional de Saúde. Em caso de decisão favorável, seria implantada paulatinamente, de tal forma que num futuro próximo seria possível alcançar uma estrutura de saúde capaz de atender uma demanda crescente, resultante do aumento populacional e dos problemas de saúde oriundos da progressiva aproximação da população não-índia.

No que se refere a pessoal, as ações de saúde em área indígena dependem do trabalho e da participação de toda uma equipe, envolvendo profissionais de várias formações, mas com funções e responsabilidades bem definidas. Do profissional universitário ao auxiliar ou atendente, é necessário que todos se sintam comprometidos com os objetivos visados e se compenetrem que sua colaboração é importante para que esses objetivos sejam alcançados.

A dificuldade maior para a implantação de um plano de saúde reside na pouca disponibilidade de recursos humanos e na grande evasão de pessoal contratado. A contratação de profissionais em tempo integral e a existência de um plano de cargos e salários, compatíveis com as especificidades locais, representam incentivos para diminuir a rotatividade de pessoal que se observa habitualmente em áreas indígenas. Quando os salários não alcançam um nível competitivo ou existem grandes disparidades dentro da equipe de saúde, a alternativa é oferecer suplementação adequada. Tal suplementação deve ser prioritária na locação de recursos disponíveis ou a serem solicitados. Ao profissional de saúde devem ser asseguradas férias programadas, acesso a cursos de reciclagem e participação em congressos e encontros científicos onde são discutidos temas de interesse para a sua atividade. Por outro lado, o profissional deve sentir que está inserido numa estrutura de saúde atuante, com diretrizes bem definidas e da qual poderá receber o apoio que se fizer necessário. Esse conjunto de medidas é essencial para que possa haver maior estabilidade de pessoal, diminuindo a evasão e os sérios entraves que esta ocasiona para o desenvolvimento de um programa de saúde.

Os serviços de saúde do PIX, devidamente estruturados, devem ter autonomia para atuar, seja no que se refere à execução do programa de saúde propriamente dito, seja no que se refere à política de pessoal. À chefia geral dos serviços de saúde caberia, por exemplo, a supervisão das equipes de saúde, a locação de pessoal, procedendo ao rodízio pelos Postos e Unidades de Saúde e às substituições necessárias por licenças, férias ou outros impedimentos.

O profissional encarregado da chefia geral dos serviços médicos deve se reportar diretamente ao Diretor do PIX ou à pessoa por ele indicada para tratar de assuntos relacionados à saúde. O fato do PIX estar praticamente dividido em duas áreas, por razões administrativas, geográficas e culturais, tem levado à subdivisão dos serviços de saúde, centralizando-os no Posto Leonardo (Alto Xingu) e Diauarum (área do Diauarum e Capoto). Nestas condições haveria um responsável pela equipe de saúde de cada uma dessas áreas, o qual se reportaria ao chefe geral dos serviços de saúde do PIX e aos diretores administrativos regionais do PIX.

A FUNAI, desde a sua fundação, assumiu a responsabilidade de assistir ao Índio do PIX, que até então estava ligado diretamente à Presidência da República. Nas ações de saúde, a FUNAI, desde o seu início, tem contado com a participação da EPM, bem como de dentistas ligados à Faculdade de Odontologia da USP, além da colaboração prestada pelo Ministério da Saúde no controle da tuberculose e da malária. Presentemente, outras duas entidades, a FIOCRUZ e Médicos do Monde, se propõem a colaborar, mais precisamente na formação de agentes ou monitores de saúde, para isso dispoño de recursos próprios. Tal colaboração envolverá, sem dúvida, novas propostas de trabalho e o ingresso de recursos suplementares. Para que as ações decorrentes dessa colaboração possam trazer reais benefícios para a saúde do Índio, é indispensável que sejam inseridas no plano de saúde a ser elaborado para o PIX.

A elaboração do plano de saúde, tarefa primordial da FUNAI-ODONTO-EPM e das lideranças indígenas do PIX, ~~passa~~³ contar com a colaboração da FIOCRUZ e Médicos do Monde. O plano de saúde deve definir as atribuições e responsabilidades de cada entidade participante, de forma a evitar que uma mesma ação de saúde tenha desenvolvimentos paralelos e mesmo contraditórios. O plano deverá fixar as metas, objetivos e prioridades, e prever os recursos necessários. A locação de recursos humanos, materiais e financeiros existentes ou a serem pleiteados deverá obedecer à escala de prioridades fixada, sem o que haveria o risco de hipertrofia de setores menos carentes, com prejuízos para o plano Global de Saúde.

Toda e qualquer ação de saúde a ser desenvolvida no PIX estaria subordinada ao programa de saúde, tanto no que se refere à iniciativa de construções para os serviços de saúde, como para os profissionais que ali atuam ou venham a atuar. Caso contrário, cada entidade poderia se sentir no direito de buscar recursos, usando o nome do PIX, para aplicar de acordo com seus interes

ses e sua visão parcial da realidade local com o risco de ser desencadeada uma "corrida para realizações" no PIX, totalmente estranha ao planejamento e à locação racional de recursos.

O GRANDE DESAFIO NÃO É SIMPLEMENTE IMPLANTAR NO PIX UM MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CALCADO NA MEDICINA OCIDENTAL, COM MERO TRANSPLANTE DE TECNOLOGIA E LOCAÇÃO DE RECURSOS. O REAL DESAFIO É BENEFICIAR A SAÚDE DO ÍNDIO SEM CAUSAR DANOS IRREVERSÍVEIS À SUA CULTURA, SEM DESTRUIR SUAS CRENÇAS E SUA MEDICINA TRADICIONAL. A BUSCA DE RESULTADOS A CURTO PRAZO PODERÁ SIGNIFICAR UM DANO IRREVERSÍVEL PARA ESSA POPULAÇÃO NO DECORRER DO TEMPO, DENTRO DO CONCEITO AMPLO DE SAÚDE DEFINIDO PELA OMS COMO UM ESTADO DE COMPLETO BEM ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL.

São Paulo, julho de 1987

Roberto G. Baruzzi
Dr. Roberto G. Baruzzi
 Professor Titular

Departamento de Medicina Preventiva
 Escola Paulista de Medicina

Ramiro Anthero de Azevedo
Dr. Ramiro Anthero de Azevedo
 Coordenador do Programa Médico Preventivo
 da Escola Paulista de Medicina no
 Parque Indígena do Xingu