

ATENÇÃO À SAÚDE DO INDÍGENA NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL: REVISÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Roberta Francisca Martins de Castro¹

RESUMO. Inseridos em um contexto de transição de responsabilidades entre agências governamentais, inovação na política de saúde atuante, inserção cada vez maior de entidades distintas no processo e relativa incapacidade de atuação dos recursos humanos disponíveis, os processos saúde-doença que acometem o indígena no Brasil são ainda poucos conhecidos. A carência de dados epidemiológicos e demográficos confiáveis e a desorganização nas questões relacionadas às políticas de saúde parecem predominar em todo o país. Sessenta por cento dos indígenas residentes nos limites nacionais encontra-se na região amazônica, dos quais pouco mais de 8% se concentra no Estado de Rondônia. Um agravante que esse Estado apresenta é o fato de a sua própria organização política ter sofrido uma mudança recente: passou de Território Federal para Estado há pouco mais de 20 anos. A somatória desses fatores foi analisada no presente trabalho, com o objetivo de verificar até que ponto a assistência à saúde do indígena estava sendo influenciada pelas políticas de saúde atuais no Estado de Rondônia. Verifica-se que a situação do Estado não é muito diferente em relação aos outros estados da Amazônia Legal, com pouca abrangência dos programas destinados ao indígena e relativa falta de critérios na elaboração dos mesmos, dado que o Estado não tem dados de baseline suficientemente confiáveis para o adequado planejamento das ações de saúde coletivas voltadas a essa população.

PALAVRAS CHAVE: Política de saúde. Saúde indígena. População indígena.

INDIGENOUS HEALTH CARE IN RONDÔNIA STATE, BRAZIL: PUBLIC HEALTH POLICY REVIEW

ABSTRACT: The health-disease processes which are inserted in a competency transition among public agencies, changes on public health policy, action of non governmental agencies and some kind of incompetence from human sources that have been influenced indigenous health problems are still not completely known. The absence of epidemiological and demographic data occurs all over the country. Sixty percent of Brazilian indigenous lives in Amazonian region which more than 8% of them lives in *Rondônia* State. Things get worse in this state because *Rondônia* had been a recent change: it has become an independent state for just a little more than 20 years. All those factors were discussed at the present work with the objective to verify how much indigenous health care have been influenced by health policy in *Rondônia* State. It was observed that the situation in the state is not so different from the other ones in Legal Amazônia because neither of them has enough large programs direct to indigenous and there are no clear criteria to elaborate those programs, once this state has no serious baseline data to elaborate good plans on public health.

KEY-WORDS: Health policy. Indigenous health. Indigenous population.

¹ Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru-Universidade de São Paulo e Professora de Saúde Coletiva e Bioética da Faculdade São Lucas. Endereço eletrônico: robertafob@rocketmail.com

1 INTRODUÇÃO

As populações indígenas não permitem qualquer tipo de generalização, uma vez que esses povos caracterizam-se por uma acentuada diversidade ecológica e sociocultural. Somente no Brasil, são aproximadamente 200 etnias diferentes, que falam em torno de 170 línguas distintas e que têm as mais variadas experiências de integração com a sociedade nacional. ¹ Além do mais, muito pouco se conhece sobre os padrões atuais de comportamento das comunidades indígenas e o pouco que se vê na mídia ainda acaba sendo bastante influenciado por crenças e mitos, como a velha imagem do “bom selvagem”.

Aparentemente, tem-se hoje diversos padrões entre os indígenas: há ainda comunidades isoladas ou semi-isoladas, mas há outras com organização e representação política avançadas. Entretanto, no tocante a saúde, não parece haver diferenças entre as comunidades. De um modo geral, as doenças infecto-parasitárias predominam sobre os demais agravos à saúde, em especial na região amazônica.

A intenção desse trabalho foi traçar um panorama geral sobre a situação dos índios residentes no Estado de Rondônia, integrante da Amazônia Legal do Brasil, no que diz respeito à saúde e as políticas que regem esse tema. Para tanto, além de levantamento bibliográfico e revisão de literatura, houve contato com a Universidade Federal de Rondônia (UNIR), responsável por boa parte do material publicado sobre esse tema, com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) e com a sede estadual da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), para entrevistas informais sobre o andamento das políticas de saúde direcionadas aos indígenas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

POLÍTICAS DE SAÚDE E POVOS INDÍGENAS: PANORAMA GERAL

Atualmente, talvez um dos poucos pontos em comum entre populações indígenas distintas sejam as drásticas alterações nos perfis de

saúde e nutrição das sociedades indígenas decorrente da expansão européia no continente americano. Afinal além das epidemias de doenças infecto-parasitárias que, quando não dizimaram, reduziram significativamente o contingente populacional de diversos grupos, há as conseqüências do contato sobre as estratégias de subsistência e estado nutricional, uma vez que as populações indígenas dependem em larga escala do ambiente para sua manutenção biológica.²

Os povos indígenas que habitam a região das Américas totalizam atualmente 43 milhões ou mais de pessoas. De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), não há fontes de dados epidemiológicos confiáveis sobre a saúde e as enfermidades dessas pessoas. Entretanto, sabe-se que problemas como aumento da mortalidade materna e da mortalidade infantil, atraso no desenvolvimento físico, diminuição da esperança de vida, entre outros, estão presentes em quase todos os povos indígenas americanos e a dificuldade de ação é exacerbada porque há mais de 400 povos indígenas na região, com rica diversidade de idiomas, costumes e crenças, excluindo-se assim a possibilidade de criação de critérios e de intervenções comuns.³

A situação de pobreza das populações indígenas é pior que o resto da sociedade em todo o continente americano. Como agravante, compreender a saúde dos povos indígenas em sua individualidade requer o entendimento de toda a sua grande diversidade étnica e cultural, assim como as complexas inter-relações entre povos e culturas, identidade e saúde. Nesse sentido, embora os indicadores clássicos para se determinar as condições de vida e saúde dos povos indígenas sejam a renda *per capita*, educação, acesso a serviços básicos de saúde e acesso a cesta básica, eles não determinam a real situação do indígena, que está intimamente relacionada ao conjunto de potencialidades culturais, lingüísticas, capacidade de controle social, posse de terra e condições de trabalhos comunitários. Por isso, os principais problemas dos povos indígenas são: falta de recursos para projetos de produção, falta de serviços básicos e de infra-estrutura, falta de capacitação,

falta de gestão, falta de autodeterminação, falta de informação e falta de fontes de trabalho.³

As abordagens interdisciplinares podem ajudar a encontrar instrumentos para desenvolver novas formas de conhecimento, considerando que o conhecimento científico e o saber local não devem ser vistos como formas epistemológicas opostas, mas como construções sociais e culturais. Assim, há dois extremos que devem ser evitados: o primeiro baseado no “mito do bom selvagem”, vivendo em harmonia com a natureza, cujos problemas seriam resolvidos se deixados ao seu próprio curso, e o segundo baseado exclusivamente em conhecimento científico e em paradigmas biomédicos atuais.⁴

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

A população indígena do Brasil, isto é, pessoas que se reconhecem como índio corresponde a 0,2% da população (n=345.000), sendo a menor população indígena relativa das Américas. Desse total, cerca de 60% (206.685) encontra-se na Amazônia Legal, que compreende os Estados de Amazonas (83.966), Acre (9.868), Amapá (4.950), Rondônia (6.314), Roraima (30.715), Tocantins (7.193), Pará (20.185), Mato Grosso (25.123) e Maranhão (18.371). Há ainda indícios de haver cerca de 53 grupos não contatados e há algumas comunidades requerendo seu reconhecimento como indígena.^{3,5,6}

Os conflitos existentes entre populações indígenas e não indígenas não são recentes e, embora prevaleçam com algumas características regionais, alguns são notoriamente nacionais. Dentre esses últimos, encontra-se o impacto relativamente recente causado pela expansão do setor elétrico nas áreas indígenas. Elencadas por essas populações, as principais interferências são: realocação de comunidades para outras regiões, muitas vezes acompanhadas de rupturas em seus estilos de vida, o alagamento de grandes parcelas territoriais, incluindo áreas consideradas

sagradas, como os locais de sepultamento, a invasão de terras indígenas, facilitadas indiretamente pela expansão das instalações do setor elétrico, a diminuição da disponibilidade da caça e a redução de áreas cultiváveis e a proliferação de vetores, levando ao aumento na incidência de malária e outras doenças infecciosas.⁷ Por alguma dessas razões, em 1996 havia 156 áreas Indígenas com algum tipo de contestação em decorrência de litígios com empresas do setor elétrico, dos quais mais de 65% é proveniente de comunidades da Região Norte, sendo 13 (8,3% do total nacional) provenientes do Estado de Rondônia. Em conjunto, as populações dessas comunidades capazes de virem a serem afetadas pela expansão do setor elétrico totalizam ao redor de 117.837 indígenas. Há ainda as usinas hidrelétricas em fase de planejamento; nos Estados do Amazonas e Rondônia, por exemplo, a construção das usinas Monte Cristo, Santo Antônio, São Jirau e Madeira Bin afetariam 5.123 pessoas (comunidades Múra, Sateré-Mawé, Parintintín, Pirahã, Tenharím, Pakaanóva, Karipúna e Munduama), sem mencionar os grupos ainda isolados vivendo nessa região.

A população indígena em Rondônia apresenta grande diversidade étnica. A estimativa é de que existam cerca de 7.000 indivíduos residentes em reservas, o que corresponde a 0,5% da população geral do Estado,⁸ com aproximadamente 30 etnias diferentes. Entre os 52 municípios pertencentes ao Estado, 17 concentram em torno de 100 aldeias. Fazem parte do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Porto Velho os indivíduos residentes em aldeias nos limites territoriais com os Estados do Amazonas e do Mato Grosso.

MORBI-MORTALIDADE EM POPULAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA, COM ÊNFASE NO ESTADO DE RONDÔNIA

A saúde está diretamente relacionada ao equilíbrio homem-ambiente. Ao se analisar esse equilíbrio, é preciso considerar simultaneamente a condição biológica humana; a sua inserção social e o relacionamento que

estabelece com seus iguais interfere fortemente na sua própria condição de vida; e a transformação que provoca no ambiente natural onde deve viver.⁹

O momento atual da saúde indígena no Brasil é caracterizado por alterações profundas, englobando desde mudanças em perfis epidemiológicos até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena. Apesar de haver inúmeras evidências a respeito da condição de marginalidade socioeconômica a qual estão submetidas as nações indígenas e de seus reflexos óbvios sobre o processo saúde-doença das mesmas, pouco ainda se conhece sobre a saúde indígena no Brasil, ainda mais se considerarmos a diversidade sócio-cultural e as diferentes experiências históricas da interação com a sociedade nacional. O pouco que se tem sobre a saúde indígena evidencia que, embora as doenças infecciosas e parasitárias tenham ainda papel proeminente no perfil epidemiológico,¹⁰ as doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, diabetes *mellitus* e hipertensão estão se ampliando e, apesar desse processo estar ocorrendo em nível nacional, parece ser ainda mais visível entre os povos indígenas.¹¹

O conceito de desigualdade referencia a relação entre desenvolvimento e justiça social, estando relacionado com a distribuição de renda, educação, moradia, serviços de saúde, de abastecimento de água e saneamento do meio, acesso a empregos, aos bens de consumo, à terra, ao poder de decisão e de influência social.¹² Com base nesse conceito, há o argumento de que as chamadas “doenças tropicais” não sejam propriamente derivadas dos trópicos, nem sua existência decorra do clima, como o termo sugere. Malária, febre amarela, cólera, febre tifóide, hanseníase, entre outras, têm história de incidência em todo o mundo. A melhoria da qualidade de vida nos países do hemisfério norte restringiu essas doenças às áreas pobres do mundo, estando, entre elas, as áreas tropicais. Exemplificando, como não esperar que um local onde inexistam a água potável e não tenha coleta de dejetos possa não ser palco de epidemias de doenças parasitárias.⁴ E essa é a situação da esmagadora maioria das aldeias indígenas, onde convivem, além dos índios propriamente ditos, funcionários

de saúde, agentes comunitários, estudantes e visitantes.¹ Por isso, ao se avaliar a questão da saúde na Amazônia, faz-se necessário considerar essa situação de pobreza.⁹

Há diferentes abordagens em relação ao planejamento e organização dos serviços de saúde, pois, para que ambos fossem eficientes e eficazes, haveria a necessidade de informações consistentes sobre as populações indígenas e suas concepções de doença e saúde para, a partir de então, estabelecer-se um processo de planejamento que contemple as necessidades básicas e estratégicas do grupo indígena em que se está atuando. A adequada formação de pessoal para o trabalho com essa parcela da população é ainda uma barreira. Se por um lado observa-se a necessidade de formação de pessoal indígena em nível de terceiro grau, além de pessoal não indígena disposto a gerir conflitos e repassar conteúdos, por outro há ainda uma enorme lacuna na formação dos profissionais de saúde, pela não inclusão de disciplinas relativas às ciências sociais e antropologia em seus currículos e também na formação dos antropólogos, que em geral desconhecem o funcionamento dos sistemas de saúde. A não existência de um sistema de informação em saúde indígena prejudica na adequada implantação e funcionamento dos distritos sanitários indígenas. Idealmente, deveria haver um sistema em que fosse possível a identificação de problemas e de recursos para gerenciamento local, o registro das especificidades e a distribuição das informações produzidas em campo e o envolvimento da população local e dos profissionais do distrito na coleta de informações de modo a fornecer dados precisos para melhor gerenciamento local e para alimentação do sistema nacional de informação em saúde.^{13,14}

A dinâmica demográfica dos povos indígenas situados no Brasil é praticamente desconhecida, o que decorre da exigüidade das investigações, da ausência de censos e outros inquéritos regulares e da precariedade dos sistemas de registros de informações sobre morbidade, mortalidade e cobertura vacinal.¹ Estatísticas vitais como coeficiente de mortalidade infantil,

taxas brutas de mortalidade e natalidade e esperança de vida ao nascer, importantes para monitorar o perfil de saúde-doença da população e planejar ações de saúde e educação, entre outras, não estão disponíveis para a maioria dos povos indígenas. Entre os Xavantes de Sangradouro-Volta Grande, MT, as taxas de natalidade e mortalidade brutas na década de 90 foram superiores às médias nacionais. A taxa de mortalidade infantil também foi elevada, decorrente provavelmente das precárias condições sanitárias da aldeia. Entre as outras situações estão a persistência da poliginia, o fato de não se encontrar mulheres maiores de 20 anos na condição de “solteira” e baixos níveis de migração.¹⁵

Os *Pakaanóvas*, grupo étnico de Rondônia, constituem um bom exemplo de como se desenrolaram os encontros entre a “civilização européia” com os índios da Amazônia. Eles são um conjunto de sociedades formadas por 8 grupos falantes de uma mesma língua denominada família *txapakura*. Os primeiros relatos a seu respeito datam do século XVIII, mas o contato permanente com a sociedade nacional se deu na década de 50, intermediado pelo antigo Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Os trabalhos de atração e “pacificação” ocorreram em um clima tenso porque boa parte dos *Pakaanóvas* já vinha de uma experiência de constantes deslocamentos devido a massacres que lhe moviam os seringueiros. Armas de fogo e epidemias de malária, gripe, tuberculose e sarampo dizimaram cerca de 60% da população original. Em 1998, a população dos *Pakaanóvas* era de cerca de 2.100 indivíduos e sua pirâmide etária característica de populações com altas taxas de natalidade e mortalidade.¹⁶

Em 1994, o Plano Agropecuário Florestal de Rondônia (Planaflo) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) constituíram uma equipe com o objetivo final de se fazer o diagnóstico preliminar de saúde indígena nos Estados de Rondônia, Amazonas e Mato Grosso. Sete aldeias indígenas foram visitadas, a saber: Trincheira (*Uru-eu-wau-wau*), Alto Jaru (*Uru-eu-wau-wau*), Barreira Suruí (*Suruí*), Aroeira (*Nambikwara*), Ikolen (Gavião), Iterap (Arara) e Lage Novo (*Pakaanóva*). Dados sobre

saneamento, condições de moradia, fornecimento de água e luz, problemas existentes e infra-estrutura de saúde disponível foram coletados através de observação, entrevista com chefes de postos da Fundação Nacional do Índio (Funai), agentes indígenas de saúde e lideranças indígenas. Dados secundários sobre a saúde foram fornecidos por algumas organizações não-governamentais (Cernic, IAMÁ, CIMI, Jocum, Kanindé, Ecoporé, Aparaí e Awaru). Os dados obtidos indicaram a existência de cerca de 7.540 índios em Rondônia. As principais causas de morbidade nas aldeias foram: malária, doenças respiratórias, de infecções gastrintestinais, doenças de pele, desnutrição e anemia. Em relação à saúde bucal, não houve levantamentos epidemiológicos em nenhuma das aldeias. Entretanto, foram identificadas as seguintes necessidades em termos de assistência odontológica nas áreas indígenas de Rio Branco, Ig. Lourdes e Zoró: 3 a 6 exodontias/tratamento endodôntico por habitante; 10 a 15 restaurações por habitante, remoção de cálculo em 50% dos adultos, prótese parcial em 50% dos indivíduos com idade entre 20 e 40 anos e prótese total em indivíduos acima de 40 anos. Entre os índios *Suruí*, a prevalência de cárie variou entre 47,7% e 85,7% para as crianças de 0 a 5 anos e entre 61,5% e 100% para os índios de 6 a 18 anos. A taxa de fertilidade encontrada foi considerada como relativamente baixa. E, embora o índice de mortalidade não tenha sido considerado alto, levantou-se uma questão importante no sentido de que a morte entre as crianças era elevada.^{6,15,17}

Embora os trabalhos que relacionam as medidas antropométricas das populações indígenas sejam escassos e com amostragem reduzida, pode-se verificar que as crianças indígenas tendem a ser pequenas quando comparadas com populações-referência.^{2,18} Em geral, a situação das aldeias é semelhante à situação apresentada pelas populações brasileiras não-indígenas de baixo nível socioeconômico.²

Até 2001, não havia casos notificados de HIV/AIDS entre os indígenas de Rondônia e apenas poucos estudos sobre a ocorrência das leishmanioses entre os indígenas da Amazônia, embora estejam localizados

em áreas endêmicas.^{1,8} Por outro lado, as hepatites constituem importante causa de morbidade e mortalidade entre os indígenas, notoriamente a hepatite B, com presença expressiva de portadores crônicos do vírus e alguns casos de co-infecção pelo vírus Delta. Outro ponto importante a ser considerado e melhor avaliado é a contaminação por mercúrio proveniente do garimpo manual de ouro, principalmente através do consumo de pescados.¹

A incidência de tuberculose entre os indígenas é dez vezes maior quando comparada com a incidência para toda a população de Rondônia. A tuberculose ocorre mesmo em aldeias onde todos apresentam cicatriz vacinal da BCG. Isso pode estar relacionado tanto com as condições socioeconômicas em que vivem essas populações, com habitação e saneamento precários, além da desnutrição crônica, quanto com fatores biológicos intrínsecos, como uma menor resposta imunológica.^{8,19}

A disseminação das espécies *Chlamydia trachomatis* e seus sorotipos e *Chlamydia pneumoniae* foi estudada por meio da prevalência de anticorpos entre populações indígenas na região da Amazônia brasileira. As infecções e doenças humanas causadas por essas espécies são reconhecidas como problemas de saúde coletiva e estão relacionadas a infecções oculares, genitais e cardio-respiratórias. A prevalência média de anticorpos foi de 48,6% para as comunidades indígenas da Amazônia. Em Rondônia, as comunidades examinadas foram os Cinta-Larga, os Suruí e os Karitiana, com 47,1%, 20,3% e 21,9% de positivos, respectivamente.²⁰

No Estado de Mato Grosso foi feito um levantamento epidemiológico nos padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS) em índios Xavante de Pimentel Barbosa. Nas crianças de 12 a 14 anos, a média de dentes permanentes com história de cárie (CPOD) foi de 3,7. A média de dentes decíduos com história de cárie foi de 5,6 para as crianças de 6 anos de idade. Para a amostra como um todo, as freqüências de dentes permanentes segundo a condição foram: hígidos (71,8%), cariados (15,9%), perdidos (11,3%) e obturados (1,0%). Em relação aos dentes decíduos, as

freqüências encontradas foram: hígidos (75,8%), cariados (22,5%) e extração indicada (1,7%). Não foram encontrados dentes decíduos obturados e a pequena porcentagem de dentes com tratamento foi encontrada principalmente em adultos do sexo masculino com idade entre 20 e 29 anos, indicando que o pouco acesso ao tratamento é diferenciado pela idade e sexo. Há pouca ocorrência de má oclusão. Quando se compara os dados obtidos nesse levantamento com os dados de levantamentos anteriores feitos em 1962 e em 1991, observa-se uma deteriorização do quadro. Tal fato foi atribuído principalmente à mudança da dieta, notoriamente a inclusão do açúcar e outros produtos industrializados, aliada a alterações socioeconômicas e ambientais advindas do contato com a sociedade nacional envolvente e a falta de programas preventivos. Culturalmente, ressalta-se que não é hábito entre os Xavântes a prática de higiene bucal preconizada pela odontologia, nem mesmo o da escovação dentária, ressaltando-se a importância de programas de promoção de saúde.²¹

Um levantamento de saúde bucal executado em 2001 em 4 comunidades indígenas do Alto Xingú (*Yawalapiti, Aweti, Mehinaku, Kamaiura*) mostrou também altos índices de cárie para todas as idades. O CPOD médio para crianças de 11 a 13 anos foi de 5,93. A rejeição à pesquisa foi grande entre as crianças de 5 anos de idade, mas, dentre aquelas que se deixaram examinar, observou-se que apenas 21,95% eram livres de cárie. Os índios apresentaram índice de cuidado muito inferior quando comparado com as populações das cidades circundantes, além de uma elevada proporção de dentes perdidos para os indivíduos com idade superior a 20 anos. A baixa incorporação dos serviços odontológicos e a irregularidade do oferecimento desses serviços aliados a alterações nos padrões alimentares e culturais reforçam a necessidade urgente de iniciativas de promoção a saúde para esses grupos.^{21,22}

Fluxo de Atenção a Saúde do Índio no Brasil

O atual modelo de organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas nasceu no início da década de 90. A proposta sugeria um modelo de saúde adequado às áreas indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Depois da 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, a concepção e o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) passaram a ser reivindicação permanente por parte do movimento indígena organizado e dos profissionais de saúde das áreas indígenas. O modelo foi implantado pela FUNASA ao final de 1998, com algumas distorções quanto ao aspecto de autonomia orçamentária e financeira dos DSEI's.¹³ Há duas vertentes no modelo administrativo adotado: na primeira, as Coordenações Regionais da FUNASA atuam como centralizadoras dos recursos financeiros destinados aos DSEI's enquanto na segunda o nível central da FUNASA realiza a celebração de convênios com organizações indígenas, organizações não-governamentais, secretarias de saúde e universidades para a execução de ações de saúde nas áreas indígenas. Ressalta-se que, se por um lado a implantação dos DSEI's e a atuação de profissionais oriundos de diversas entidades garantem o reflexo das características peculiares a cada área, por outro provoca diferentes estágios de organização política entre as regiões nacionais.

A responsabilidade de direito e de fato pelas ações de saúde indígena no Brasil passou a ser da FUNASA a partir de 1999, conforme definido pela Constituição Federal, a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei Sergio Arouca (Lei 9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena.^{23,24} Antes de 1999, havia uma certa divisão de responsabilidade pelas ações de saúde direcionadas ao indígena entre a FUNAI, que desenvolvia atividades eminentemente curativas, e a FUNASA, com atividades de prevenção.¹³ A fase de transição de responsabilidades que ocorreu entre a FUNAI e a FUNASA não foi um momento de colaboração entre os órgãos. A situação encontrada não era favorável e os poucos dados epidemiológicos disponíveis eram duvidosos⁶, o que obrigou a implantação de esquemas emergenciais

de assistência e de mobilização de recursos humanos, materiais e financeiros de modo a resolver o quadro de carência de assistência que era prevalente.

Assim como o SUS, esse subsistema deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. A base da regionalização do subsistema é a atuação dentro dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e o SUS funciona como retaguarda, no sistema de referência e contra-referência, de modo que seja garantida aos indígenas a atenção a saúde nos níveis primário, secundário e terciário. Sendo assim, as populações indígenas têm direito a participação dos mecanismos de controle social, tais como os conselhos de saúde, nas três esferas de governo.^{23,24}

Cada posto indígena possui serviços de atenção básica à saúde, e referenciam seus pacientes aos pólos-base e as Casas de Saúde do Índio, que têm a função de agendar os serviços especializados junto à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e de continuar o tratamento até que o índio tenha condições de retornar à aldeia.²⁵ Em Rondônia, os casos de atendimento especializados são referenciados ao Hospital de Base de Porto Velho.

Embora os povos indígenas tenham bastante familiaridade com idéias e conceitos biomédicos veiculados em interações diversas com as agências de contato, como os serviços de saúde, a escola, as relações comerciais, veículos de comunicação em massa e o processo de capacitação dos agentes indígenas de saúde, a apropriação dessas idéias são pautadas pela lógica do pensamento mítico. Assim, somam-se aos xamãs, aos conhecedores de plantas medicinais e aos donos de cânticos os agentes de saúde indígena, os profissionais de biomedicina dos serviços de saúde do Brasil e países fronteiriços e a auto-medicação com remédios industrializados. As diferenças culturais podem ainda ser barreiras ao atendimento. Por exemplo, o deslocamento para a cidade com permanência na Casa do Índio é um evento temido porque lá geralmente existem funcionários de outras etnias, colocando os doentes em situação de

fragilidade, porque eles acreditam que eles poderiam envenenar sua comida. Além disso, há outras crenças em relação à alimentação. Como outro exemplo, pode-se citar que alguns grupos étnicos acreditam que pessoas acometidas por “*mánhene*” (envenenamento) não devam consumir alimentos como proteína animal, pimenta e algumas frutas e a internação na Casa do Índio pode causar uma ruptura nessa regra. Vale lembrar que embora os índios tenham um certo conhecimento do que chamam de “doenças de branco”, caracterizadas essencialmente pela sua importância epidemiológica e caráter transmissível, as doenças não recebem a mesma classificação a qual estamos acostumados. Elas são parte de grupos maiores, caracterizados por envenenamento, não cumprimento de regras alimentares, doenças do cosmos, males enviados por cânticos e rezas do mal, infortúnios provocados por espíritos da floresta e doenças provocadas por flechas mágicas enviadas por espíritos, pelas estrelas ou pelo pajé. E cada grupo tem o seu tratamento específico dentro da cultura indígena, que podem ser associados aos tratamentos convencionais. Aliás, medicamentos adquiriram funções simbólicas, associados ao poder mágico do branco. E, como outras parcelas da população, os índios aprenderam a conhecer e a valorizar a prática da medicina curativa. Essa valorização se expressa segundo demandas cada vez maiores de medicamentos, hospitais, laboratórios e outros meios tecnológicos que são encaminhados aos conselhos de saúde e às organizações indígenas, onde se chocam com as prioridades de promoção de saúde e prevenção de doenças estabelecidas nos planos distritais^{4,25}

3 DISCUSSÃO

A política indigenista do país passa por um momento bastante difícil. Os conflitos, que sempre existiram, tornaram-se mais evidentes. A saúde indígena, que tem causado preocupações a partir dos primeiros contatos, passa por uma fase em que não se conhece bem a epidemiologia dos

agravos e, talvez até por isso, não se vislumbra a solução para os problemas que estão acometendo essas populações. Soma-se a isso as dificuldades que os órgãos públicos relacionados à questão indígena não têm o poder de atuação que idealmente deveriam ter.

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) foi criada há 40 anos com o propósito de servir de intermediária para as relações entre os índios e os demais atores da sociedade. Mas então tínhamos um país bastante diferente do atual. Havia um grande contingente de população rural e os meios de transporte e de comunicação eram bem menos desenvolvidos, sendo que boa parcela da população branca não tinha ainda acesso a televisão. Atualmente, quase toda a população urbana tem acesso a meios de transporte razoavelmente eficientes e a meios de comunicação extremamente eficazes. E isso não é diferente em relação aos índios. Se quando a FUNAI foi criada muitos dos povos que hoje participam da política indigenista não estavam sequer contados e os que já haviam sido contados viviam em uma relação bastante diferente com a sociedade nacional, hoje é raro encontrar uma área indígena em que a população não tenha acesso a televisão, ainda que de uma forma comunitária. Além disso, as comunidades indígenas em geral mantêm relação com vários interlocutores, em relação direta com municípios, estados, agências do governo federal, missionários, organizações não-governamentais, antropólogos, garimpeiros e madeireiros, e não mais apenas com o pessoal da FUNAI ou FUNASA. Há uma espécie de anedota entre os pesquisadores da região amazônica dizendo que “para cada família indígena existem 4 antropólogos”. Há ainda uma centena de organizações indígenas, que passaram a organizar suas próprias instituições como forma de facilitar seus contatos e relações. Assim, a crise da FUNAI passa, antes de mais nada, por uma crise do modelo tutelar, pois já não é possível imaginar uma única agência do poder público servindo de intermediária entre todas as comunidades indígenas e todos os demais segmentos da sociedade nacional. Além disso, a FUNAI tem outro problema, talvez mais dramático que o modelo inadequado: a questão orçamentária.

Boa parte do orçamento acaba sendo cedida aos grupos com maior capacidade de pressão, deixando algumas comunidades praticamente sem atenção. Não há um programa com políticas regionais, controle social, articulação interinstitucional e orçamento dividido por critérios relacionados à população, à extensão das áreas e às dificuldades de logística e transporte de cada região.¹⁴

Quando se diz que os programas com políticas regionais talvez funcionassem melhor em relação às políticas indigenistas, não se quer dizer que a atuação de um determinado órgão deva excluir ou anular a atuação de outros. Assim como o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (IBAMA) é o órgão responsável por proteger a floresta e fomentar o desenvolvimento sustentável em áreas indígenas e não indígenas, a Fundação Nacional da Saúde é a responsável pelas ações de saúde independente da etnia em questão. Entretanto, disputas corporativas entre FUNAI e FUNASA inviabilizaram por um longo período a organização de um serviço de saúde razoável para os indígenas.¹⁴

A partir de agosto de 1999 a situação se definiu e as ações de saúde são de responsabilidade de direito e de fato da FUNASA. Entretanto, a FUNASA encontrou uma situação bastante difícil de ser contornada, porque as atividades que a FUNAI desenvolvia antes desse período eram principalmente curativas, incorporadas em campanhas irregulares. Não havia dados epidemiológicos confiáveis em relação a morbi-mortalidade dos indígenas e nem abordagens de caráter preventivo. A situação ainda não está regular, a FUNASA não disponibiliza seus dados, que talvez nem sequer existam, para que se tenha um diagnóstico da situação atual do processo saúde-doença.⁸

Seguindo os mesmos preceitos do Sistema Único de Saúde, o atendimento é regionalizado e sua primeira instância são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Segundo a própria FUNASA¹⁰, a abordagem atual utilizada pelos Distritos Sanitários dá prioridade as atividades preventivas e de promoção de saúde. No entanto, parece haver insatisfação

por parte dos índios, uma vez que eles se baseiam no modelo curativista inicialmente usado pela FUNAI e pelos missionários.

Além das dificuldades em relação ao funcionamento do sistema de saúde, que não se encontra deficitário apenas no que diz respeito ao subsistema de atenção ao indígena, há as dificuldades técnicas e operacionais. Em geral, são áreas de difícil acesso. Os profissionais de saúde que atuam na Amazônia Legal por vezes precisam viajar horas ou dias, geralmente de barco, e percorrer longos trechos a pé para levar o atendimento e/ou o treinamento aos agentes de saúde indígena. E há ainda as barreiras culturais. As pessoas que atuam nas comunidades indígenas não recebem adequada orientação sobre como se portar dentro dessas comunidades, embora a FUNASA afirme que oferece aos seus funcionários um tipo de treinamento/qualificação. Há as diferenças entre as tribos, que nem sempre têm os mesmos costumes, mas esperam que os “forasteiros” se comportem segundo os hábitos locais. O choque cultural está mais reduzido por parte dos índios do que por parte dos profissionais, principalmente no que diz respeito ao uso de medicamentos e diagnósticos. Os índios, de um modo geral, conseguiram conciliar sua cultura e suas crenças sobre saúde e doença com a cultura dos “brancos”. Assim, os medicamentos são vistos como a força mítica ou feitiço dos “brancos” e os diagnósticos foram incorporados aos grupos de doenças que os índios já conheciam. Mas o mesmo não ocorreu com os profissionais, que encontram barreiras como linguagem, dificuldade em explicar o diagnóstico ou tratamento inserido na cultura indígena, dificuldade em aceitar os hábitos dos índios e adequá-los aos tratamentos propostos, entre outras.

Nesse contexto em que não são conhecidos os padrões atuais de morbi-mortalidade dos índios em todo o país, mas se sabe que os quadros estão em plena mudança, os índios da Amazônia apresentam uma relativa desvantagem em relação aos demais. Enquanto a atuação de organizações não-governamentais, de universidades e de convênios com governos estrangeiros é maior nessa região, a dificuldade de acesso (geográfico) às

tribos e os constantes conflitos com madeireiros, garimpeiros, grileiros e fazendeiros tornam as comunidade indígenas da Amazônia uma questão que merece maiores atenções.

Rondônia, um dos estados integrantes da Amazônia Legal Brasileira, esteve em foco na mídia nacional e internacional recentemente por conta de conflitos entre índios e garimpeiros e entre índios e madeireiros. Em termos de representatividade, Rondônia abriga pouco mais de 8% da população indígena nacional, estimando-se assim que existam entre 6.000 e 7.000 pessoas que se reconhecem como índios morando no Estado (ver figura).²⁵ Fala-se em estimativa porque não se tem a real noção da população nacional, muito menos estadual, uma vez que o “censo” realizado abordou somente as pessoas que viviam próximas aos postos da FUNAI ou em missões religiosas, excluindo-se um contingente certamente tão desconhecido quanto significativo de índios residentes em aldeias sem a presença de agentes governamentais ou missionários.¹ A economia do Estado é baseada em agricultura e em um extrativismo ainda que, embora não seja publicamente estimulado pelos poderes públicos, não é inibido pelos mesmos. No tocante a saúde, o Estado passa por um momento também bastante delicado. O processo de municipalização da saúde ainda não foi bem incorporado pela maior parte municípios e a gestão estadual acaba tendo de cumprir algumas funções que idealmente não lhe caberiam. Assim como os índios de certa forma se “acostumaram” ao atendimento curativista exercitado pela FUNAI e missionários, os municípios esperam ainda que muitas ações partam exclusivamente do governo federal, como ocorria quando o Estado ainda era Território Federal em 1981.

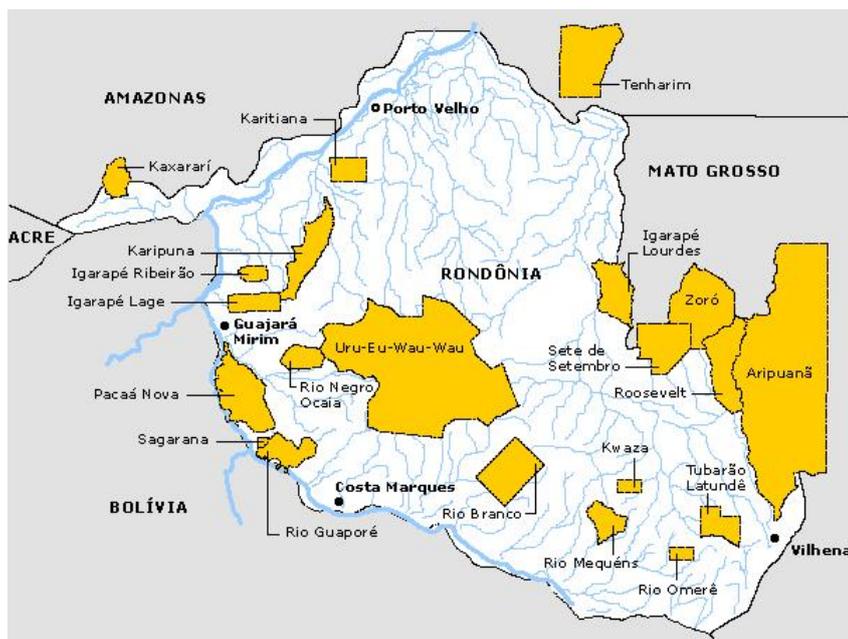


Figura. Localização das comunidades indígenas no Estado de Rondônia.
 Fonte: Centro de Estudos em Saúde Indígena de Rondônia (Cesir), Porto Velho, 2004.

Como já foi mencionado para o nível nacional, a regional da FUNASA do Estado de Rondônia não disponibilizou os dados referentes à saúde dos índios do Estado. Os poucos dados coletados são provenientes principalmente de pesquisa multiprofissional executada no período de transição entre FUNAI/FUNASA quanto às responsabilidades sobre a saúde do indígena¹⁷ e de pesquisas isoladas executadas geralmente com cunho acadêmico.^{6,8} De qualquer forma, o que se observa para o Estado é o mesmo observado para toda a região amazônica: as principais causas de morbidade e de mortalidade entre os indígenas são possíveis de serem prevenidas, seja por higiene pessoal, seja pelo saneamento do meio. E isso ocorre também entre as comunidades mais carentes da região. Se somarmos a esse quadro o fato de que a desnutrição crônica é uma situação presente em quase todas as comunidades, fica bem claro que as chamadas “doenças tropicais” são, a grosso modo, doenças da miséria ao qual estão

submetidos esses grupos. Além disso, parece haver uma tendência em se aumentar as morbidades crônicas, como diabetes, hipertensão e obesidade, além da incorporação de hábitos deletérios, principalmente o alcoolismo. Embora não se tenha a exata dimensão da verdade contida nisso, devem ser executados estudos de acompanhamento na tentativa de se controlar essa situação.

Em relação à saúde bucal, não foram encontrados dados de levantamentos epidemiológicos com adequada metodologia para os índios de Rondônia. Os principais levantamentos nacionais de saúde bucal não incluíram a de modo específico a população indígena no processo de seleção da amostra. Os poucos dados que existem são referentes às necessidades de tratamento clínico e foram levantados há 10 anos. Apesar disso, indicam que a situação não é nada confortável, uma vez que os poucos dados existentes sobre outras comunidades alertam que a saúde bucal tem se deteriorando ao longo do tempo, graças principalmente às mudanças na dieta sem modificações dos hábitos, com aumento da história de cárie sem aumento da assistência, seja curativa ou preventiva.

Apesar de os indígenas estarem vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis, sua atuação política é um fator que não pode mais ser negado. Há várias organizações indigenistas atuando no presente momento. Na área específica da saúde, há organização de conselhos de saúde indígena em todas as esferas do governo, que contam com representantes de várias etnias. Sem contar com as várias associações que se formaram entre organizações indigenistas e organizações não-governamentais. Entretanto, embora eles assumam sua atuação política, não admitem ainda receber a contrapartida, ou seja, não aceitam que podem ter responsabilidades legais.²⁶

Diante da situação encontrada no Estado de Rondônia referente às políticas de saúde aplicadas aos indígenas e às condições atuais de saúde dos mesmos, podemos traçar algumas considerações, levantando quatro temas definidos. Um levantamento das atuais condições de saúde, inclusive

SABER CIENTÍFICO, Porto Velho, 1 (1): 209 - 231, jan./jun.,2008.

de saúde bucal e outros tópicos menos estudados, como alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis e outras, faz-se necessário e urgente, para que as ações de saúde coletiva possam ser corretamente direcionadas, sem desperdícios de recursos financeiros, humanos e técnicos. Soma-se a essa necessidade a de implantação de um sistema de informação em saúde indígena eficiente e confiável.

Outro ponto a ser considerado é que, uma vez que o processo de aculturação já está iniciado e, em algumas localidades, em estágio bastante avançado, como se pode observar pelas mudanças de hábitos, mudanças na dieta e incorporações de aspectos da cultura dos brancos, deve-se estudar meios de motivação aos índios para a inclusão hábitos mais saudáveis referentes principalmente a higiene pessoal e saneamento do meio.

Por fim, deve-se melhorar o funcionamento do sub-sistema de saúde indígena inserido no SUS através de uma melhor qualificação dos profissionais de saúde para lidar com a questão cultural indígena e através de melhoria das condições de atendimento nos postos de atenção secundária e terciária, assim como aumento da sua capacidade de recepção de pacientes e melhor distribuição geográfica estratégica dos postos.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Rui et al. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001, p.375-384.

ATHIAS, Renato; **MACHADO**, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº. 2, 2001, p.245-431.

BARUZZI, Roberto Geraldo et al. Saúde e doença em índios Paraná (Kreen-Akarorê) após vinte e cinco anos de contato com nosso mundo, com ênfase

SABER CIENTÍFICO, Porto Velho, 1 (1): 209 - 231, jan./jun.,2008.

na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001, p.407-412.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei orgânica da saúde.** Lei 8.080/90.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Sergio Arouca.** Lei 9.836/99.

CAMARGO, Luis Marcelo Aranha et al. Diagnóstico preliminar da saúde indígena (baseado em dados secundários) e casuística populacional. Relatório de atividades e planejamento. *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. Consultoria em Saúde Indígena. Projeto BRA/92/021. 1995.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Álvares; **SANTOS**, Ricardo Ventura. Perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil: considerações gerais. *Documento de trabalho – Cesir* n.3. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. [<http://www.cesir.org/publi.html>], acesso em 05 de maio de 2004].

ESCOBAR, Ana Lúcia et al. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001, p.285-298.

ESCOBAR, Ana Lúcia.; **COIMBRA JR**, Carlos Everaldo Álvares. Considerações sobre as condições de saúde das populações das áreas indígenas Pakaánova (Wari') e do posto indígena Guaporé, Rondônia. *Documento de trabalho - Cesir* n.1. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública, 1998. [<http://www.cesir.org/publi.html>], acesso em 2 de março de 2004].

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. *Saúde indígena.* [<http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind/ind00.htm>], acesso em 01 de junho de 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Povos indígenas.** [<http://www.funai.gov.br>], 8 de junho de 2004].

GARNELO, Luiza; **SAMPAIO**, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.19, nº.1, 2003, p.311-317, 2003.

GARNELO, Luíza; **WRIGHT**, Robin. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001, p.273-284.

HAVERROTH, Moacir et al. Infecções intestinais em populações indígenas de Rondônia (Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho). **Documento de trabalho – Cesir** n.8. Universidade Federal de Rondônia e Escola

SABER CIENTÍFICO, Porto Velho, 1 (1): 209 - 231, jan./jun.,2008.

Nacional de Saúde Pública, 2003 [<http://www.cesir.org/publi.html>, acesso em 29 de março de 2004].

ISHAK, Marluíza de Oliveira Guimarães; **ISHAK**, Ricardo. O impacto da infecção por *Chlamydia* em populações indígenas da Amazônia brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001, p.385-396.

KOIFMAN, Sérgio. Geração e transmissão da energia elétrica: impacto sobre os povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001. p.413-423.

LIMA, Antônio Carlos de Souza; **BARROSO-HOFMAN**, Maria. *Estado e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II*. LACED, Rio de Janeiro, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Reunion de trabajo sobre políticas de salud y pueblos indigenas*. Quito, 1996.

PRATA, Pedro Reginaldo. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.10, nº.3, 1994, p.387-391.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza et al. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001, p.323-331.

RIGONATTO, Deborah Denise Leal et al. Dental caries experience in indians of the Upper Xingu, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical*, Vol.43, nº. 2, 2001, p.93-98.

SÁ et al. Saúde e doenças tropicais. *Saúde em Debate*, Vol.36, 1992. p.89-93.

SÁ, Daniella Ribeiro. *Malária em terras indígenas habitadas pelos Pakaanóva (Wari)*, Estado de Rondônia, Brasil. *Estudo epidemiológico e entomológico*. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003. 59p.

SANTOS, Ricardo Ventura. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.9, supl.1, 1993, p.46-57.

SANTOS, Ricardo Ventura; **ESCOBAR**, Ana Lúcia. Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº.2, 2001, p.258-259.

SOUZA, Luciene Guimarães; **SANTOS**, Ricardo Ventura. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.17, nº. 2, 2001, p.355-365.