

UM OLHAR SOBRE A SAÚDE INDÍGENA NO ESTADO DE RORAIMA

Hayd, R. L. N.; Olivares, A. I. O.; Ferreira, M. L. S.; Luitgards-Moura, J. F.¹

Resumo

Saúde indígena constitui-se como uma temática complexa, e muitas vezes, polêmica. Esse trabalho de revisão de literatura buscou conhecer de fato a atual e diversa realidade indígena em Roraima. A população indígena em Roraima representa mais de 15% da população do estado. Só no Distrito Leste, o Convênio CIR/Funasa conta com 438 Agentes Indígenas de Saúde, 188 postos, 64 laboratórios e 84 profissionais da área médica e administrativa contratados. Os Macuxi, povo de filiação lingüística Karib, falam uma mesma língua completamente inteligível entre todos eles. Os Wapishana, povo de filiação Arawak, são hoje uma população de cerca de 9.800 indivíduos que habitam os campos entre os rios Branco e Rupununi. Os Taurepang, também índios de origem Karib, vivem nas proximidades da fronteira com a Venezuela na terra indígena São Marcos, ao norte do Estado de Roraima. Os Waiwai, também indígenas de origem karib, vivem ao sul do Estado de Roraima, próximos à divisa com o Estado do Pará, com contingente aproximado de 500 pessoas. Os Ingarikó, de origem Karib, vivem no extremo norte de Roraima. Os índios Patamona são considerados como formando um mesmo povo com os Ingarikó. As etnias Yanomami (13.914 pessoas) e Ye'kuana (408 pessoas) atualmente totalizam 14.329 pessoas. Atualmente, a Casa de Saúde do Índio funciona como unidade mista e recebe indígenas referenciados dos distritos Yanomami e Leste, parte do Amazonas além de pacientes oriundos da Venezuela e Guiana Inglesa.

Palavras-chave: Saúde indígena. Roraima. SUS. Funasa

Introdução

Os mais antigos e aqueles que representam a quase integralidade dos habitantes de América pré-colombiana vieram da Ásia através do estreito de Behring. Isso ocorreu por volta de 200.000 anos antes dos dias atuais, quando aquela região, conhecida como Beríngia, encontrava-se seca, já que grandes camadas de gelo cobriam boa parte do hemisfério norte, congelando assim rios e impedindo os oceanos de receber grandes quantidades de água. Em relação aos níveis atuais, o nível do mar recuou mais ou menos 150

metros. A profundidade máxima atual no estreito de Behring, ente a Sibéria (Ásia) e o Alasca (América), é de 90 metros. Logo, com o recuo do mar em tempos passados, foi possível a passagem a pé de um continente a outro. Então, penetrando pelo noroeste da América do Norte, o homem foi ocupando gradativamente a totalidade do continente americano, incluindo aí a Amazônia, onde se encontra o atual Estado de Roraima [20,21].

Culturalmente os primeiros povoadores do nosso continente eram caçadores, coletores e pescadores nômades. Obtinham alimento da

1. Curso de Medicina – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Roraima (Email: hayd@bol.com.br).

natureza e, portanto, não os produziam. Foram duas grandes ondas, uma de culturas adaptadas a ambientes abertos, como por exemplo as savanas de Roraima, e outra de culturas adaptadas a vegetações densas, florestais, tipicamente amazônicas. Roraima foi alcançada provavelmente pelas duas ondas, porém, ainda não se conseguiu evidências para detectar essa diferença [14,20,21].

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus territórios [2, 4].

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura [16, 17].

A proposta de criação dos distritos sanitários especiais indígenas foi regulamentada pelo decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória nº 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS [2, 4, 16].

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), é uma unidade organizacional da Funasa, entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária definida, englobando um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção

básica, articulando com a rede do Sistema Único de Saúde-SUS, para referência e contra referência. São cinco os tipos de estabelecimentos para compor a infra-estrutura da rede: posto de saúde indígena tipo I, posto de saúde indígena tipo II, pólo base tipo I, pólo base tipo II e casa do índio [6, 8].

O Posto de Saúde Tipo I possui estrutura física simplificada e representa a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde; é a infra-estrutura física necessária para o desenvolvimento das atividades do agente de saúde indígena, com supervisão da equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta por médico, enfermeiro, odontólogo e auxiliares de enfermagem [2, 4, 7, 16].

O Posto de Saúde Tipo II deverá estar estrategicamente localizado para servir de referência ao Agente Indígena de Saúde (AIS) e apoiar a equipe multidisciplinar [1, 2, 3].

O Pólo Base é um estabelecimento de referência para um conjunto de aldeias. Representa a referência para o auxiliar de enfermagem lotado no Posto de Saúde Tipo II e para o AIS lotado no Posto de Saúde Tipo I. O Pólo Base Tipo I caracteriza-se por sua localização em terras indígenas. O Pólo Base Tipo II localiza-se no município de referência; sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à equipe multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde [4, 5, 8].

A Casa do Índio é um estabelecimento de apoio, localizado em municípios estratégicos, inclusive nas capitais dos estados. Sua atribuição é receber e apoiar o índio que vem referenciado de sua aldeia, em busca de assistência na rede do SUS [2, 7, 19].

Saúde indígena constitui-se como uma temática complexa, e muitas vezes, polêmica. Quando pensamos em saúde indígena de imediato nosso imaginário nos remete a rituais sagrados de cura, pajés, ervas, mitos, entre outros elementos sociais que entendemos como pertencente única e exclusivamente aos povos indígenas. Todavia, ao nos propormos conhecer de fato a atual e diversa realidade indígena no Brasil veremos que a situação é bem diferente [11, 13, 17].

Muito pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil, além do fato de que as doenças infecciosas foram cruciais no processo de subjugação frente ao expansionismo ocidental. O

livro Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil (Organizado por Carlos E. A. Coimbra Jr., Ricardo Ventura Santos e Ana Lúcia Escobar, Editora Fiocruz 257p) tenta mostrar as condições de saúde nas tribos indígenas no Brasil de hoje, com intensas transformações tanto nos perfis epidemiológicos como na estrutura do sistema de atenção. O texto alerta para o fato de que, apesar de as doenças infecciosas continuarem a ocupar um papel central no perfil epidemiológico indígena no país, surgem rapidamente outros agravos importantes, que incluem as doenças crônicas não transmissíveis, diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo e obesidade [10, 11].

No Brasil, a estruturação e o aperfeiçoamento do Programa de Saúde do Índio – do Ministério da Saúde (MS)/Fundação Nacional de Saúde (FNS), sob a coordenação da CASAI (Coordenação de Saúde do Índio) – vem ampliando esse trabalho em parceria intersetorial e interinstitucional no âmbito federal e estadual [14, 15].

As concepções culturais e religiosas são fatores que devem ser considerados na implantação de programas de prevenção e controle, especialmente a divulgação de informações corretas sobre os meios de transmissão e prevenção que promovam atitudes e práticas coerentes com a preservação da saúde [15, 16, 17].

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação [2, 3, 5].

O alcoolismo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis e exposição ao risco de infecção pelo HIV, agente causador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS – são problemas de saúde que atingem a grande maioria das comunidades indígenas no Brasil [2, 8, 15, 16, 17].

A proximidade das cidades, a presença de instalações militares, grandes projetos econômicos, mobilidade sazonal em busca de trabalhos temporários, garimpos, exploração madeireira, turismo e áreas de fronteiras são fatores que estão associados ao incremento desses problemas entre os povos indígenas [2, 4].

Tais problemas têm grande abrangência, mesmo que tenham pouca visibilidade, sendo determinado por diversos fatores relacionados à qualidade de vida, tais como as dificuldades de demarcação, regularização, desintrusão e vigilância das terras indígenas, degradação do meio ambiente, disponibilidade de alimentos, relações com a sociedade envolvente, localização geográfica, acesso a serviços de saúde e educação [2, 4, 15, 16, 17].

Nos últimos anos, a incidência e a mortalidade por tuberculose no país têm aumentado, atingindo 90.000 casos novos e 6.000 óbitos em 1997 (MS, 1999). A situação tende a ser mais grave nas comunidades indígenas face às maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de controle. Especial atenção deve ser dada a grupos indígenas de contato mais recente com a nossa sociedade, sujeitos ao risco de rápida propagação da infecção pelo bacilo de Koch a partir dos primeiros contatos com fontes de infecção [18, 21].

Na Amazônia, onde vive cerca de 60% da população indígena do país, a incidência média da tuberculose atingiu 75,1 casos por 100.000 habitantes no período 1980-2000, a mais elevada dentre as regiões geopolíticas brasileiras (a média nacional para esse período foi de 59,2) [18, 20, 21].

Povos indígenas em Roraima

A população indígena em Roraima representa mais de 15% da população do estado, localizados em áreas de difícil acesso e em boa parte atendida exclusivamente por meio de aeronaves. Só no Distrito Leste, o Convênio CIR/Funasa conta com 438 Agentes Indígenas de Saúde, 188 postos, 64 laboratórios e 84 profissionais da área médica e administrativa contratados [7, 8].

Os Macuxi, povo de filiação lingüística Karib, falam uma mesma língua completamente inteligível entre todos eles (CIDR, 1989). Habitam a região das Guianas, áreas de lavrado e serras de Roraima e região noroeste da Guiana, entre as cabeceiras dos rios Branco e Rupununi, também no mesmo território partilhado pelos Wapishana. Constituem uma população em contato permanente com a sociedade regional brasileira e guianense,

estimada atualmente em torno de 19.000 indivíduos, distribuídos de forma diferenciada por cerca de 140 aldeias ou grupos locais, dotados de composição interna heterogênea, fundada em articulações entre parentelas extensas [2, 21].

Macuxi

Os Macuxi são originários da bacia do Orinoco. Migrando em pequenas levas – ocasionada pelas guerras intertribais, depois pelo enfrentamento com os espanhóis-, atingiram o rio Branco. Do conflito entre índios e europeus, dá-se à expulsão dos karibenhos dessa região para outras áreas, resultando na chegada de novos povos indígenas ao território do rio Branco: Ingaricó, Maiongong (yekuana), Taurepang, Wai-Wai, Waimiri-Atroari. Os Makuxi, considerados “hostis”, na medida em que desciam da bacia do Orinoco, iam expulsando e matando povos, para fixar-se na região, entre os quais os Wapixana, Purucotó, Sapára e Paravilhana, destes, os últimos, não dizimados foram absorvidos. Nesse movimento migratório os Taurepang acompanham os Macuxi, guerreando lado a lado, fortalecendo assim o grupo, posteriormente, separa-se deles e se firma como povo. Na medida em que uma nova cultura era absorvida, iam acumulando novos traços culturais, desencadeando processos aculturativos, dando nova face ao ethos tribal [22].

Do mesmo modo, também a maneira como enterram seus mortos, em nada se assemelha ao sepultamento em urnas de barro do passado. Embora nunca tenham sido feitos estudos comprobatórios das muitas estórias, elas são exemplos de que estes índios praticavam o enterro secundário, desenterrando primeiro os ossos dos mortos, para colocá-los em seguida em urnas de barro, depositando-os, posteriormente, em locais de pedra nas regiões das serras e do Parimé. Hoje, os Macuxi por terem absorvidos da cultura dos não índios, sepultam seus mortos à maneira dos regionais, em cemitérios nas próprias aldeias ou nas vilas adjacentes, cumprindo o calendário católico: visita de sétimo dia; dia de finados etc. [22].

Nos dias atuais, os Macuxi vêm adotando o padrão familiar formado por casal e filhos, residindo em moradas unifamiliar, praticando a monogamia,

comportamento este, adquirido dos não índios. Porém, alguns continuam praticando a uxorilocalidade temporária, basta que o genro seja laborioso pois deverá prestar serviços ao sogro. Esta prática, é um dos elementos culturais que tem resistido à influência da sociedade envolvente. O jovem casado, quando na casa do sogro, deve mostrar o quanto é trabalhador, seja cuidando das roças, do gado ou ainda revelando habilidades no trato com a parentel [22].

Em relação ao modelo residencial, que no passado eram circulares foi substituído pelo tipo de formação das casas regionais: retangulares, cobertas com folhas de buritizeiro, chão batido e paredes de barro seco. Tudo indica que essa tipologia residencial é resultado da influência de agentes externos, sobretudo religiosos. Quando o genro muda-se para a casa do sogro, nas malocas onde a aculturação está mais avançada, as casas são abastecidas com água encanada e eletricidade. Muitas delas, vêm sendo construída em alvenaria, sendo os tijolos fabricados no próprio lugar. No geral, são esses os locais em que as casas são “arruadas” e divididas em quadras, aproximando-se muito do padrão urbano de moradia, por exemplo a Maloca da Raposa. Aliás, a necessidade de oferecer um aspecto urbano às moradas indígenas, enaltece muitos de seus administradores, na maioria das vezes, ciosos de educar os índios em novas modalidades culturais [22].

O artesanato Macuxi desenvolvido pelas índias da Maloca da Raposa é todo voltado para a produção de painéis de barro, objetivando sua comercialização. O barro é retirado de grandes pedras, que possuem uma argila úmida por dentro, que são encontrados nas serras próximas à comunidade. Vale ressaltar que as pessoas envolvidas nessa atividade fazem parte do Clube de Mães. através dessa instituição recebem do governo local, treinamentos, quanto ao aprimoramento das peças a serem vendidas das peças, inclusive estão ensinando essa arte às índias mais jovens [22].

Os Wapishana, povo de filiação Arawak, são hoje uma população de cerca de 9.800 indivíduos que habitam os campos entre os rios Branco e Rupununi, região politicamente partilhada pelo Brasil e pela República da Guiana. Em território brasileiro, na porção Nordeste de Roraima, as aldeias Wapishana localizam-se predominantemente na região conhecida como Serra da Lua, entre o Rio Branco o

rio Tacutu, tributário do primeiro. Há ainda aldeias, sobretudo de população mista espalhados à beira dos rios Uraricoera, Amajari, Parimé e Igarapés afluentes (área Taiano-Amajari) e no baixo rio Surumu (área Surumu-Cotingo). Na Guiana, as aldeias Wapishana concentram-se entre os rios Tacutu, Rupununi e Kwitaro, ao sul das montanhas Kanaku, divisa do território Macuxi [2, 20, 21].

Atualmente os Taurepang, também índios de origem Karib, vivem nas proximidades da fronteira com a Venezuela na terra indígena São Marcos, ao norte do Estado de Roraima, ocupando uma pequena área no alto Surumu e limites com a Venezuela, e são aproximadamente 1.000 indivíduos no Brasil, distribuídos em malocas (Boca da Mata, Sorocaima e Bananal). Eles mantêm contato permanente com os índios Pemon da Venezuela, com os quais possuem uma intensa relação comercial e afinidades etnológicas [2, 13, 17].

Os Waiwai, também indígenas de origem karib, vivem ao sul do Estado de Roraima, próximos à divisa com o Estado do Pará, com contingente aproximado de 500 pessoas. Semelhantemente, de origem Karib, os Waimiri-atroari, vivem ao sul de Roraima na divisa do Estado do Amazonas, num grupo de 830 pessoas, conhecidos internacionalmente pelos conflitos na abertura da BR-174, que liga Boa Vista a Manaus, respectivamente capitais das divisas [2, 3].

Os Ingarikó, de origem Karib, vivem no extremo norte de Roraima, numa pequena área geográfica atravessada pelo rio Cotingo e, delimitada pelas serras limítrofes ao extremo norte, mais próximos das fronteiras com a Venezuela e Guiana, contam com cerca de 838 indivíduos vivendo em estado semi-isolado, pelo difícil acesso, o que reforça sua notória ferocidade [2, 13].

Os índios Patamona que, são considerados como formando um mesmo povo com os Ingarikó (Kapon “gente do céu”) e têm pouco contato com os não índios. Eles vivem juntos com os Waiwai e lutando pela demarcação de suas terras “Trombetas/Mapuera” [2, 13, 20].

As etnias Yanomami (13.914 pessoas) e Ye'kuana (408 pessoas) atualmente totalizam 14.329 pessoas. Esta população se distribui num total de 240 comunidades nos estados de Roraima (8.925 hab. = 62%) e do Amazonas (5.404 hab. = 38%). A sede do distrito sanitário especial que

atende essas etnias está localizada na cidade de Boa Vista, em Roraima, nas dependências da Coordenação Regional da FUNASA-RR e abrange o atendimento a 35 Pólos-Base. A assistência destes pólos é realizada por seis organizações não governamentais, dos dois estados. Quatro destas organizações são conveniadas com a FUNASA (URUHI-Saúde Yanomami, Diocese de Roraima, Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Sanitário e Serviço de Cooperação com o Povo Yanomami) e duas missões evangélicas atuam através de recursos próprios (Missão Evangélica da Amazônia e Missão Novas Tribos do Brasil) [4, 5, 6, 7].

Saúde dos povos indígenas em Roraima

Em Roraima, os casos de maior complexidade ou gravidade, que não podem ser resolvidos na área indígena, são removidos para a cidade de Boa Vista. Os casos mais graves são encaminhados do aeroporto diretamente para as unidades de pronto atendimento (Hospital Infantil, Maternidade, Hospital Geral de Roraima, entre outros). Os casos que não são graves, mas exigem maior complexidade para seu diagnóstico, são removidos para a Casa de Saúde do Índio onde são assistidos ou encaminhados para outras unidades de referências para o atendimento especializado. A assistência na cidade não apresenta ainda um nível de qualidade nem o atendimento diferenciado minimamente razoáveis. Apesar do progresso indiscutível da Casa de Saúde do Índio de Roraima, ainda existem problemas de recursos humanos. O atendimento do SUS em geral ocorre de maneira lenta e com baixa qualificação técnica. Ao mesmo tempo, não há nenhuma adaptação do sistema que proporcione uma assistência diferenciada aos índios [4, 6, 7, 10].

O atendimento no Distrito Sanitário Yanomami (DSY) baseia-se na necessidade da presença contínua das equipes de saúde nos pólos-base a fim de garantir o desenvolvimento dos programas e a assistência permanente às comunidades. A experiência de atendimento eventual desenvolvida no passado recente demonstrou ser ineficaz no controle da morbimortalidade entre os Yanomami [2, 7].

Breve Histórico da Casa de Saúde do Índio em Roraima

A Casa de Saúde do Índio de Roraima (CASAI/RR) foi criada em 13/06/76 e funcionava somente com atendimento médico de enfermagem, cozinha e limpeza. Os indígenas que chegavam na casa do Índio em horário que não havia médico eram levados aos hospitais para atendimento, onde recebiam receitas e as medicações eram feitas na CASAI, sendo que a mesma não tinha sede própria, funcionando em um prédio alugado na Praça Barreto Leite [6, 7, 8].

Desde 1978 até 1982, a Casa de Saúde do Índio funcionou no mesmo sistema, situada na rua barão do Rio Branco-Centro. Em 29/06/82, foi transferida para o Monte Cristo, terreno doado pelo governador Ottomar de Sousa Pinto, sendo construído um malocão grande, com estrutura de madeira roliça e cobertura de palhas, onde funcionavam:

1. Posto de enfermagem;
2. Farmácia;
3. Posto Odontológico;
4. Cozinha;
5. Laboratório;
6. Dispensa;
7. Descanso para funcionários (CASAI/RR, 2005).

Sobre a Administração do senhor Artente Coelho, o setor de enfermagem funcionava 24 horas [6, 7].

No período de 82 à 91 houve várias reformas. Em 96 foi feita a reforma das malocas dos Yanomami e cozinha, fazendo coberturas com telhas; a FUNASA também promoveu concurso para cargo efetivo para todos os níveis naquele ano. Em 97 a CASAI recebeu servidores concursados da FUNASA e em 98 iniciou-se a reforma atual da CASAI, sendo esta concluída 99. Em setembro de 99 a FUNASA assumiu a Administração da CASAI, até então administrada pela FUNAI. Em janeiro de 2002, iniciou-se a construção do bloco de isolamento para doentes infecto contagiosos. Em fevereiro de 2005, a construção de centro de nutrição de dietética, refeitórios e lavanderia industrial, em fase de acabamento [6, 7].

Após o termino desta construção dar-se-á inicio à construção dos novos blocos de enfermaria para os dois distritos: leste e Yanomami, o setor de centro social, o centro cultural, o necrotério e as passarelas de acesso aos blocos [6, 7, 8].

Atualmente, a Casa de Saúde do Índio funciona como unidade mista e recebe indígenas referenciados dos distritos Yanomami e Leste, parte do Amazonas além de pacientes oriundos da Venezuela e Guiana Inglesa [6].

A prestação de serviço de saúde está focada na atenção básica, primária e secundária [6, 7].

Houve grandes avanços nas seguintes áreas: Programa da Saúde da Mulher, Imunização, Tuberculose, Saúde Bucal, Análises Clínicas, UVES, Doenças Crônicas Degenerativas, Educação em Saúde [6, 7].

A CASAI poderá melhorar seu desempenho, qualificando as equipes multidisciplinares, incrementando o sistema de gerenciamento e informação (informatização), e aquisições de equipamentos para áreas afins, buscando aumento da resolutividade, criando-se uma independência da rede do SUS [6, 7].

A Casa de Saúde do Índio tem capacidade para receber 150 pacientes das diversas etnias do Estado de Roraima. De 2000 a 2005 o número de leitos da enfermaria aumentou de 40 para 60 [6, 7, 8].

A unidade era atendida por três intensivistas pediátricos assistentes, responsáveis pelas admissões e altas. Além dos médicos assistentes, a unidade possui um corpo de doze plantonistas com habilitação em terapia intensiva pediátrica, que atende às normas nacionais e internacionais de atendimento crítico. É desenvolvido, paralelamente para residentes de terceiro, segundo e primeiro ano, um programa educacional e de treinamento em serviço [6, 7, 8].

O Conselho Indígena de Roraima - CIR

O trabalho do CIR (Conselho Indígena de Roraima) está voltado prioritariamente para a demarcação e homologação das terras indígenas de Roraima (32 no total), além de atenção especial à

fiscalização das áreas, educação, saúde e auto-sustentabilidade. Das 32 terras indígenas de Roraima, apenas uma encontra-se em fase inicial do processo demarcatório, a área Anaro, na etno-região do Amajari. A organização busca dialogar com a classe política regional. Uma das parcerias consolidadas pela organização nos últimos anos é com o Governo Federal, através de convênio com a Funasa (Fundação Nacional de Saúde), para assistência básica à saúde em 235 aldeias no Distrito Sanitário Leste de Roraima[7] (Tabela 1).

Tabela 1. Região, comunidades e população de indígenas do estado de Roraima.

Região	Comunidades	População
Serras	78	8.449
Surumu	28	2.479
Baixo Cotingo	32	2.621
Raposa	34	4.010
Amajari	17	2.469
Taiano	16	2.773
São Marcos	31	4.097
Serra da Lua	17	5.621
Wai-Wai	06	650
Total	259	33.169

Fonte: <http://www.cir.org.br/>.

Rede básica de assistência da saúde indígena em Roraima

A rede básica de assistência do DSL está hierarquizada em 33 pólos-base, totalizando 222 postos de saúde e 80 laboratórios de microscopia, onde atuam 308 agentes indígenas de saúde, 130 agentes indígenas de microscopia (também capacitados como agentes indígenas de saúde), 24 agentes indígenas de endemias e 47 agentes indígenas de saneamento. Todos os pólos-base contam com uma infra-estrutura mínima de mobiliários e equipamentos essenciais, e 200 postos de saúde estão parcialmente equipados [7] (Tabela 2).

Tabela 2. Região, postos, laboratórios que prestam atendimento aos indígenas do estado de Roraima.

Região	Postos	Laboratórios
Serras	67	24
Surumu	26	06
Baixo Cotingo	29	07
Raposa	21	06
Amajari	17	06
Taiano	13	07
São Marcos	27	09
Serra da Lua	16	11
Wai-Wai	06	04
Total	222	80

Fonte: <http://www.cir.org.br/>

Situação atual de saúde

Os principais indicadores de saúde apontam para uma melhora progressiva da assistência à saúde no âmbito do distrito. A qualidade da notificação dos nascimentos e óbitos apresentou uma importante melhora nos últimos anos, o que torna difícil uma comparação com os anos anteriores. Na mortalidade geral existe um percentual significativo de óbitos por causas externas. O Coeficiente de Mortalidade Infantil vem mantendo uma tendência de queda, tendo como causas principais as doenças respiratórias e a mortalidade perinatal, com 20% do total de óbitos nesta faixa etária [7, 8] (Tabela 3).

Tabela 3. Principais indicadores de saúde dos indígenas do estado de Roraima nos anos de 2000, 2002 e 2005.

	2000	2002	2005
Nascidos vivos	907	1015	1151
Óbitos em < 1 ano	41	45	37
Óbitos gerais	149	143	152
CMI	45,2	44,3	32,1
CMG	5,9	5,2	4,7

Fonte: Setor de Epidemiologia – CIR/Saúde – DSL/FUNASA/MS. 15.02.2006.

Obs.: CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil / CMG – Coeficiente de Mortalidade Geral

A situação vacinal vem apresentando uma melhora progressiva nos últimos anos, devendo alcançar níveis mais satisfatórios em todas as faixas etárias após a implantação de salas de vacinas permanentes nos pólos-base. Nos últimos anos tem sido mantida uma frequência de quatro visitas anuais para vacinação em todas as comunidades indígenas [8] (Tabela 4).

Tabela 4. Situação vacinal dos indígenas nas suas comunidades no estado de Roraima nos anos de 2000, 2002 e 2005.

	2000	2002	2005
Pólio	40,8%	84%	96%
DTP	26,2%	83%	96%
Hepatite B	39,7%	85%	96%
Febre Amarela	71,1%	91%	96%
Sarampo	53,6%	87%	90%
BCG	54,2%	95%	100%

Fonte: Setor de Epidemiologia – CIR/Saúde – DSL/FUNASA/MS. 15.02.2006.

Obs.: Dados relativos à faixa etária de 1-4 anos.

O perfil epidemiológico observado nos últimos anos mostra a predominância das doenças infecto-contagiosas, destacando-se as Infecções Respiratórias Agudas, Doenças Diarréicas, Parasitoses Intestinais e Malária. Destacam-se ainda os ferimentos, acidentes por causas violentas e acidentes ofídicos. As doenças sexualmente transmissíveis tiveram incidência elevada em algumas regiões, tendo sido diagnosticados onze casos de AIDS nos últimos anos, com três óbitos registrados [8] (Tabela 5).

Tabela 5. Principais indicadores de saúde dos indígenas do estado de Roraima nos anos de 2000, 2002 e 2005.

	2000	2002	2005
Anemia e Desnutrição	1547	1608	1644
IRA Leve	14583	12968	14836
IRA Moderada	6929	7730	10035
IRA Grave	2534	1946	1847
Doenças Diarréicas	3880	5068	4719
Parasitoses Intestinais	11352	13420	14462
Afecções Dermatológicas	8913	8268	9093
Ferimentos e Traumatismos	6844	7568	9034
Malária	2165	778	3262
Doenças de Notificação	274	67	129
Outras doenças	11598	13741	17631
Total Geral	70619	73162	86692

Fonte: Setor de Epidemiologia – CIR/Saúde – DSL/FUNASA/MS. 15.02.2006.

A incidência de Tuberculose tem apresentado uma tendência à estabilização nos últimos anos, devido a uma melhor organização da rede de investigação e tratamento supervisionado nas comunidades, o mesmo ocorrendo em relação ao Calazar e Leishmaniose Tegumentar [6, 7, 8] (Tabela 6).

Tabela 6. Incidência de tuberculose e leishmaniose nos indígenas do estado de Roraima nos anos de 2000, 2002 e 2005.

	2000	2002	2005
Tuberculose	18	16	11
Leishmaniose Visceral	7	4	10
Leishmaniose Tegumentar	7	11	14

Fonte: Setor de Epidemiologia – CIR/Saúde – DSL/FUNASA/MS. 15.02.2006.

O quadro comparativo da incidência de Malária mostrou um decréscimo importante a partir do ano de 1995 quando foi implantado o programa de controle desta doença no DSL; nos últimos anos vem se observando um incremento importante na incidência, refletindo a situação geral do estado de Roraima, e também as epidemias da doença que ocorreram nas áreas de fronteira da Guiana e da Venezuela, onde se concentra a maioria dos casos no DSL [6, 7, 8] (Tabela 7).

Tabela 7. Incidência de malária nos indígenas do estado de Roraima nos anos de 2000, 2002 e 2005.

	2000	2002	2005
Malária Vivax	1690	475	2658
Malária Falciparum	475	303	588
Total	2165	778	3262

Fonte: Setor de Epidemiologia – CIR/Saúde – DSL/FUNASA/MS. 15.02.2006.

Nos últimos anos observou-se um aumento nos óbitos causados por doenças degenerativas em geral, persistindo um elevado número de óbitos relacionados a problemas nutricionais, na gestação e no período peri-natal. Entre as principais causas de óbitos permanecem as Infecções Respiratórias Agudas, as Doenças Diarréicas e as Causas Externas, que apresentaram um grande incremento neste último ano. O grupo das causas mal definidas inclui os óbitos atribuídos a Doenças Indígenas, principalmente o “Kanaimé” [7, 8] (Tabela 8).

Tabela 8. Mortalidade por grupo de causas entre indígenas do estado de Roraima nos anos de 2000, 2002 e 2005.

	2000	2002	2005
D. Infeciosas e Parasitárias	17	16	16
Neoplasias	9	9	7
D. End. Nutric. Metabólicas	14	17	10
D. do Sistema Nervoso	3	3	3
D. do Aparelho Circulatório	14	11	12
D. do Aparelho Respiratório	13	3	24
D. do Aparelho Digestivo	7	10	7
D. do Aparelho Geniturinário	4	2	2
Gravidez, Parto e Puerpério	1	3	4
Afecções orig. Per. Perinatal	14	18	7
Anomalias Congênitas	8	5	4
Mal definidas e desconhec.	27	15	22
Causas Externas	18	31	34
Total Geral	149	143	152

Fonte: Setor de Epidemiologia – CIR/Saúde – DSL/FUNASA/MS.

Perfil dos profissionais de saúde em Roraima

Ter disponibilidade e motivação para a atuação junto a comunidades indígenas; Ter conhecimento e respeito aos aspectos culturais dos povos indígenas com os quais vai atuar; Estar capacitado nos diversos aspectos relacionados à atenção básica de saúde e realidade epidemiológica da região; Ter facilidade para o trabalho em equipe e bom relacionamento com as comunidades e agentes indígenas de saúde; Não ter outro vínculo empregatício [6, 7, 8].

Perfil da atuação do agente indígena de saúde em Roraima

Promoção da saúde, prevenção e educação comunitária; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Acompanhamento das gestantes; Atendimento das doenças mais frequentes; Acompanhamento dos doentes crônicos; Acompanhamento da Vacinação; Primeiros Socorros e encaminhamento de doentes; Preenchimento dos formulários e vigilância epidemiológica; Controle dos medicamentos e organização dos serviços de saúde [7, 8]

Conclusão

Verifica-se a relevância do tema devido à necessidade de se conhecer e analisar a assistência à saúde dos povos indígenas de Roraima.

O nosso trabalho pode identificar situações de caráter efetivo e emergencial nas comunidades indígenas do Estado, além de possibilitar o conhecimento da situação política, ambiental e socioeconômica das aldeias, bem como o acesso à saúde desses povos.

O levantamento de dados a respeito da saúde indígena faz-se relevante pelo fato de ainda não serem notáveis os estudos científicos a respeito das características epidemiológicas desses pacientes. Portanto, o conhecimento específico da situação epidemiológica indígena em Roraima é importante, pois reflete a realidade desses povos e ajuda na elaboração de políticas favoráveis à melhoria da assistência aos indígenas.

Sugerimos novos estudos sobre com base nos dados epidemiológicos dos pacientes admitidos na Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, descrevendo as características desses pacientes, incluindo dados demográficos, prevalência de doenças, índices de morbidade e mortalidade.

Referências bibliográficas

- [1] BASTO, Paulo César, COIMBRA JUNIOR, Carlos E.A., ESCOBAR, Ana Lúcia et al. *Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [on-line]. jul./ago. 2004, vol.37, no.4 [citado 19 Julho 2005], p.338-342.
- [2] BRASIL, 2002. *Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, 2ª Ed.*, Brasília – DF, 2002; pp. 06-12, 13, 17, 15.
- [3] BRASIL, 2003a. *Relatório Anual do Distrito Sanitário do Leste, Fundação Nacional de Saúde – FUNASA*, Boa Vista – RR, 2003.
- [4] BRASIL, 2004. *Projetos Físicos de Estabelecimento de Saúde, Água, Esgotamento Sanitário e melhorias Sanitárias em Áreas Indígenas. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, 1ª Reimpressão.* Brasília, DF, 2004; pp. 11, 12, 13, 14, 16.

- [5] CALDEIRA, Vanessa., 2001 - Cientista Social, bacharel com ênfase em Antropologia pela UFMG, técnica responsável pelo setor Povos Indígenas do Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva - (CEDEFES).
- [6] CASAI/RR, Casa de Saúde do Índio de Roraima, 2005.
- [7] CONSELHO INDÍGENAS DE RORAIMA, 2003. In: “*Ataques ao Programa de Saúde Indígena Não Têm Fundamento*”. Disponível em: <http://www.cir.org.br>.
- [8] CONSELHO INDÍGENAS DE RORAIMA, 2003. Disponível em: <http://www.cir.org.br>
- [9] *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* (Organizado por Carlos E. A. Coimbra Jr., Ricardo Ventura Santos e Ana Lúcia Escobar, Editora Fiocruz257p).
- [10] FARAGE, Nádia., 1997. *Os Wapishana nas fontes escritas: histórico de um preconceito* In: *Homem, Ambiente e Ecologia no Estado de Roraima* (R.I. Barbosa, E.J. Ferreira & E.G. Castellón, orgs), pp 25-46. Manaus – AM: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia.
- [11] FRANÇA, Sérgio., 2003. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Fundação Oswaldo Cruz - Assessoria de Imprensa – FIOCRUZ, 2003.
- [12] FREESE-DE-CARVALHO, E. & ACIOLI, M. D., 1997. *Avaliação do Perfil Etneoepidemiológico de uma Comunidade Indígena do Estado de Pernambuco*. Relatório Final de Pesquisa, Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
- [13] MIGLIAZZA, Ernesto., 1980. *Languages of the Orinoco Amazon Basin: Current status*. In: Índios de Roraima, Centro de Informação Diocese de Roraima, 1980.(Manuscrito).
- [14] MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- [15] MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *III Conferência Nacional de Saúde Indígena.*, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: < http://www.rebidia.org.br/indigena/iii_confer_hom e.html>.
- [16] MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. *Plano Distrital de Saúde. Coordenação Regional: Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena: Yanomami e Ye'kuana*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- [17] MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 2003., Secretaria de Coordenação da Amazônia. In: *XXXI - ASSEMBLÉIA GERAL DOS TUXAUAS 2002*. Disponível em <http://www.amazonia.org.br>.
- [18] NATAL S, Oliveira MPJ, HIJIAR MA. *Mortalidade e letalidade por tuberculose no Brasil - 1980 a 2000*. *Jornal de Pneumologia* 28 (supl. 2): s28, 2002.
- [19] PAHO (Pan American Health Organization), 1997. *Health of indigenous people*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2:357-362.
- [20] RIBEIRO, Pedro Augusto Mentz, 1997. *Arqueologia em Roraima: histórico e evidências de um passado distante*. In: *Homem, Ambiente e Ecologia no Estado de Roraima* (R.I. Barbosa, E.J. Ferreira & E.G. Castellón, orgs), pág. 6. Manaus - AM: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia.
- [21] SANTILLI, Paulo., 1997. *Ocupação territorial Macuxi: Aspectos Históricos e Políticos*. In: *Homem, Ambiente e Ecologia no Estado de Roraima* (R.I. Barbosa, E.J. Ferreira & E.G. Castellón, orgs), pp 25-46. Manaus – AM: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia.
- [22] Fonte: <http://www.rr.gov.br/roraima.php?area=etnia>, com adaptações.