

## Levantamento da experiência de cárie dentária na população Enawene-Nawe Julho de 1995

Foram examinados 182 indivíduos de um total de 241 ( 75% da população ). No exame foram empregados sonda e espelho clínico , sendo considerados cariados os dentes que apresentavam cavitação sondável , e como indicados para extração os que apresentavam comprometimento endodôntico. São considerados ausentes os dentes provavelmente extraídos por consequência de ação de cárie dentária .

**Índice CPOD (prevalência de cárie dentária na dentição permanente)**  
Consideram-se os dentes permanentes cariados perdidos e obturados .

Número total de indivíduos considerados.....	146
T - número total de dentes permanentes.....	3579
C -número total de dentes cariados.....	424
IE-número de dentes com exodontia indicada .....	387
A-número de dentes ausentes .....	1164
 Total de dentes com experiência de cárie .....	 1975

-55% de experiência de cárie por elemento dentário  
-13,52 cáries por indivíduo (CPOD = 13,52).

**Índice ceo (prevalência de cárie na dentição decídua)**  
São considerados os dentes decíduos cariados ou obturados.

Número total de indivíduos considerados.....	85
t-número total de dentes decíduos.....	1140
c-número total de dentes decíduos cariados .....	284
ie-número de dentes decíduos com exodontia indicada.....	220
 Total de dentes decíduos com experiência de cárie .....	 504

-44% de experiência de cárie por dente decíduo.  
-5,92 cáries em dentes decíduos por indivíduo (ceo = 5,92).

Foram observados também :

-Dois pacientes com lábio leporino, sendo um com fenda total lábio-palatina e outro com fenda apenas labial corrigida por cirurgia;

-Cinco pacientes com anodontia dos incisivos centrais inferiores, sendo que um também apresentava anodontia dos incisivos laterais superiores ;

-Um paciente apresentando lesão em palato duro do lado esquerdo tipo crescimento de tecido intimamente ligado aos elementos 25,26,27 (sendo o elemento 26 resto radicular). A lesão tem aproximadamente 5 cm no sentido pósterior anterior por 2 cm no sentido médio lateral sem sintomas dolorosos e com a superfície de aspecto normal sem alteração de cor ou ulceração.

*Projeto de Saúde Enawene-Nawe*  
*(FNS/OPAN/NESPI-FIOCRUZ)*

*Relatório de Avaliação*

*Período: 16 de julho à 01 de agosto de 1995*

*Equipe do NESPI/FIOCRUZ:*

Luiz Felipe Cozzolino - Cirurgião Dentista  
Maria Stella Lobo - Médica Sanitarista  
Maria Clara Weiss - Assessoria Técnica  
Ulisses Confaloniere - Coordenador Geral

*Equipe da OPAN:*

Cleaci Alencar Sá  
Doraci Edinger  
Kátia M<sup>g</sup> Zorthea  
Floriano Jr.  
Ivar Busatto - Coordenador

*I - Cronograma de Atividades*

- 16/07/95 - Chegada da equipe do NESPI em Cuiabá
- 17/07/95 - Reunião da equipe da OPAN e do NESPI
- 18/07/95 - Preparativos para viagem à campo
- 19/07/95 - Viagem de ônibus para Brasnorte
- 20/07/95 - Reunião em Brasnorte com a equipe médica do Hospital Municipal, a Secretária Municipal de Saúde e o responsável pelo controle de vetores da FNS do distrito local.
- 21/07/95 - Viagem de barco para a Area Indígena Salumã
- 21 à 28/07/95 - Permanência na A. I. Salumã
- Equipe NESPI: Maria Clara, Maria Stella, Luiz Felipe
- Equipe OPAN: Cleaci, Dora, Kátia, Floriano Jr.
- Técnico FNS: Nivaldo
- 29/07/95 - Retorno à Brasnorte
- 30/07/95 - Retorno à Cuiabá
- 31/07/95 - Reunião da equipe do NESPI com a coordenação da OPAN
- 01/07/95 - Retorno ao Rio de Janeiro

## *II - Atividades Realizadas*

- 1 - Discussão sobre o encaminhamento da Política Indigenista em Saúde e as atribuições da FNS e da FUNAI, no âmbito da atenção diferenciada a saúde indígena no SUS.
- 2 - Apresentação das propostas de atuação da OPAN, quanto a situação de contato da etnia Enawene-Nawe com a sociedade envolvente e as demandas de saúde na área indígena.
- 3 - Discussão sobre o sistema de referência e levantamento das condições gerais de saúde e atendimento da demanda clínica da população (anexo 1).
- 4 - Levantamento da situação de saúde bucal e atendimento da demanda clínico-odontológica da população (anexo 2).
- 5 - Levantamento dos dados sobre morbidade nas Fichas Individuais de Saúde, de natalidade e mortalidade nos registros, e observação das condições de alimentação e nutrição da população (anexo 3).
- 6 - Discussão sobre o encaminhamento das atividades em campo e desenvolvimento das ações contínuas e temporárias propostas, diante do surto epidêmico encontrado, com a equipe de indigenistas da OPAN.
- 7 - Planejamento semestral das ações preventivas de borrifação e cobertura vacinal, com solicitação do apoio da FNS-CRMT.

### *III - Calendário de Borrifação e Vacinação*

*01 à 15/08/95* - Borrifação das casas da aldeia e acampamentos com o apoio do Distrito Sanitário de Nortelândia/FNS-CRMT.

*01 à 15/09/95* - Vacinação anti-amarílica, com apoio da Secretaria Municipal de Brasnorte-MT.

*01 à 15/10/95* - Vacinação SABIN/DPT/BCG/ATT/Sarampo

\* 01 à 15/12/96 - 2a. dose SABIN/DPT

\* 01 à 15/02/96 - 3a. dose SABIN/DPT

### *IV - Atividades Propostas à Equipe da OPAN*

*(execução: agosto/95 a janeiro/96)*

- 1 - Aquisição de material permanente previsto para a instalação da rede de frio na área.
- 2 - Aquisição de material e viabilização das proposta segundo a demanda odontológica observada (anexo II).
- 3 - Aquisição de medicação específica para tratamento sintomático das doenças mais comuns.
- 4 - Treinamento da equipe de saúde da OPAN para acompanhamento de gestantes e crianças menores de um ano.
- 5 - Reciclagem da equipe da OPAN para diagnóstico de malária e borrifação, com apoio da FNS-CRMT.

- 6 - Atualização dos registros de dados de natalidade, morbidade e mortalidade.
- 7 - Cobertura vacinal, segundo recomendação do Ministério da Saúde, apesar das dificuldades logísticas.
- 8 - Estabelecimento do tratamento para verminoses de 6/6 meses, devido as condições de reinfestação.
- 9 - Viabilização do inquérito sorológico para esclarecimento diagnóstico do surto epidêmico, com apoio da FIOCRUZ.
- 10 - Viabilizar a ida a campo de profissional de saúde para apoio na orientação da instalação e uso da rede de frio, cobertura vacinal, atualização dos registros de dados, acompanhamento de gestantes e menores de um ano, e introdução da medição antropométrica.

***V - Atividades Previstas para Janeiro/96***

***- Equipe NESPI/FIOCRUZ***

- 1 - Inquérito Parasitológico e Sorológico
- 2 - Inquérito de Pressão Arterial e Glicemia
- 3 - Inquérito Antropométrico e Nutricional
- 4 - Treinamento da equipe da OPAN em técnicas de prevenção e curativo odontológico, com apoio de auxiliar indígena.
- 5 - Atendimento da demanda clínica e odontológica
- 6 - Planejamento anual das ações temporárias e contínuas em saúde.

*Proposta para Construção do Sistema de Referência em Saúde*

<i>Níveis</i>	<i>Setores</i>
Primário	Práticas Tradicionais Indigenistas Treinados
Secundário	Local: Brasnorte - MT Regional: Ceres - GO
Terciário	Apoio ISC/UFMT NESPI/FIOCRUZ
Quartenário	Instituições Clínicas Específicas Institutos de Pesquisa Hospital Universitário - UFRJ

RELATÓRIO DE VIAGEM PARA O PROJETO DE SAÚDE OPAN/NESPI-FIOCRUZ  
POPULAÇÃO INDÍGENA : ENAWENE-NAWE. MT/ JULHO / 1995.

*Ilava Suello de Casho Lebo*

OBSERVAÇÕES GERAIS DE SAÚDE.

I) PRIMEIROS CONTATOS DA EQUIPE.

A equipe chegou à Cuiabá (do Tupi, "cabaça preparada para servir de cuia") em 16/7/1995, havendo a primeira reunião com o grupo da OPAN em 17/7/1995. Nesta reunião, houve uma contextualização política do projeto, assim como apresentação geral da etnia em seus aspectos culturais, históricos e geográficos, além da definição de demandas específicas de saúde, as quais detalharei a seguir.

A principal demanda de saúde apresentada consistia na montagem de um sistema que estabelecesse um fluxo de referência e contra-referência para as remoções necessárias visto que havia grande dificuldade da equipe de indigenistas junto às estruturas hospitalares das cidades mais próximas, principalmente Brasnorte, Ceres e Juína, além do preconceito local.

A situação geral de saúde na aldeia foi apresentada como muito boa, onde as doenças mais prevalentes seriam as verminoses e dermatopatias. De rotina, havia tratamento semestral de massa para verminoses e os casos dermatológicos que exigiram investigação mais detalhada foram diagnosticados enquanto leishmaniose tegumentar e eritrodermia esfoliativa.

Houve relato de uma única epidemia de Shiguella em 1991 e outra de malária há dois anos, ocasião em que foi realizado



treinamento de pessoal para diagnóstico e tratamento e borrifação. Visita médica realizada em setembro de 1993 (relatório em anexo) constatou uma situação de saúde satisfatória, tendo apontado para uma recente epidemia de varicela.

O esquema de vacinação regular de toda a população foi implementado no final da década passada havendo, no entanto, dificuldades relativas à manutenção de cadeia de frio e à aplicação de reforços nas datas recomendadas. Note que a vacinação anti-amarílica nunca fora realizada. Todas as datas de vacinação, assim como de atendimentos clínicos, poderiam ser encontradas nas fichas individuais que estavam na aldeia.

Quanto às causas de óbito apresentadas, duas situações relativamente frequentes que requerem investigação foram colocadas. A primeira, óbitos de crianças em idade inferior a um mês, com quadro agudo de paralisia geral, inclusive intestinal e urinária, com evolução em menos de 24 horas. A segunda, óbitos de homens adultos, de constituição saudável, com quadro de dores abdominais altas, vômitos, icterícia e emagrecimento, num período que varia de uma a duas semanas. Houve um relato de uma massa abdominal à esquerda, sendo que o médico local afirmou ser uma neoplasia sem que fizesse exames diagnósticos mais precisos.

Diante do exposto, ficou definida uma reunião com a Secretaria de Saúde da cidade de Brasnorte, como uma primeira forma de estabelecimento de fluxo de atendimento, assim como algumas propostas de investigação para os quadros clínicos

apresentados. Sabe-se que a mortalidade infantil precoce é relativamente comum na região amazônica, oriunda de maus cuidados com o coto umbilical, seja por tétano neonatal, seja por septicemia com esta porta de entrada. Quanto aos casos adultos, há informações de que este quadro existe desde antes do contato e, atingindo homens muitas vezes à época de derrubadas, há que se investigar zoonoses relacionadas a esta atividade. Inquérito sorológico para arboviroses, realizado na aldeia em 1989, mostrou a presença dos vírus de Febre Amarela, Mayaro, Mucambo, Ilhéus, Caraparú, Guaroa, Tacaiuma, Dropouche, Encefalite Equina do Oeste, mesmo na ausência de quadros clínicos exantemáticos ou de encefalite, conforme descrito na literatura. Na ocasião, havia relato de três óbitos na aldeia.

## II) OS PREPARATIVOS DA VIAGEM.

Programada a viagem à Brasnorte para a noite de 19/7/1995, quando estava marcada a reunião na Secretaria de Saúde em 20/7/1995, a equipe foi surpreendida neste dia com a notícia de que três Enawene chegaram à remo na cidade para pedir socorro já que outros dois haviam morrido com um quadro abdominal agudo e muitos outros se encontravam doentes, caracterizando uma nova epidemia.

Na chegada à Brasnorte, pela manhã de 20/7, pudemos encontrar os índios no Pronto Socorro público local que, conforme já orientados de Cuiabá, realizavam alguns exames. Eles se diziam com os mesmos sintomas, embora mais brandos, quais sejam,

febre, dor em orofaringe, tosse improdutiva, dor abdominal, em queimação, epigástrica e em hipocôndrio esquerdo, além de mialgia e vômitos ocasionais. Exame clínico realizado encontrou raros roncosp em um deles (Makakuliare) e baço palpável a dois cm do RCE em outro (K~udaitene), sem outros dados dignos de nota. Os exames realizados mostraram série vermelha normal, eosinofilia, pesquisa de malária negativa e ancilostomídeos nas fezes.

No mesmo dia, houve a reunião junto à Secretaria de Saúde, foram solicitadas algumas medicações de urgência, sendo programada a viagem à aldeia (+- 3 horas de Toyota e +- 12 horas de barco a motor) para a madrugada seguinte.

### III) REUNIÃO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Além das equipes da OPAN e NESPI, havia representantes da FNS local, os médicos (dois) que atendem na cidade, e a própria secretária.

Foi apresentada a proposta de trabalho em linhas gerais, ficando acertado o apoio político e técnico para as ações de saúde. O Posto de Saúde e Hospital públicos podem receber, numa primeira instância, os índios removidos. Nessas estruturas, são realizados exames básicos (hemograma, bioquímica, Urina e Fezes, pesquisa de malária). Cultura bacteriana e exames histopatológico e sorológico não são realizados na cidade, ficando a proposta de articulação junto à Faculdade de Medicina da UFMT. Todos os dados dos índios internados serão xerocopiados para a OPAN, conforme

solicitação. Remédios necessários poderão ser solicitados à Secretaria que os cederá de acordo com sua disponibilidade.

A Secretaria também ofereceu pleno apoio às atividades de vacinação básica, com calendário a ser apresentado pela OPAN, sendo que a FNS já vem definindo equipe para intensificar a vacinação anti-amarílica naquele distrito.

#### IV) DADOS E CONJECTURAS SOBRE A EPIDEMIA E OUTROS AGRAVOS.

Na nossa chegada, às 16 horas de 21/7/95, soubemos de mais dois óbitos ocorridos, perfazendo um total de quatro, com um quadro clínico impreciso de dor abdominal aguda e alta, vômitos subentrantes, possíveis erupções de mucosa oral, desidratação e óbito que evolui em menos de 24 horas. A datação exata do início da epidemia ficou dificultada, porém, sabe-se que quando da saída da equipe, 20 dias antes, todos estavam saudáveis.

A lista dos óbitos se encontra abaixo:

NOME/	No. DA CASA/ No. LISTA	SEXO/	ANO NASCIMENTO
XINARE	4/ 9.01	masc	1938
XIWIRU	3/ 12.04	masc	1990
LULAWENAKWA	7/ 24.01	masc	1969
YAKWALARI	7/ 25.05	masc	1982

Entre os sobreviventes, alguns índios apresentavam queixas clínicas semelhantes, acreditando estarem evoluindo para o

óbito. Na lista abaixo, as queixas foram nitidamente semelhantes para os oito primeiros nomes, além de Anauri e Tiwia. O exame clínico complementar revelou febre moderada, sem padrão específico, distensão abdominal e esplenomegalia discreta, com baço doloroso, de consistência normal.

NOME	No. CASA/ No. LISTA	SEXO	DATA NASC.
WALAKORI*	1/ 4.04	masc	1987
LALOKWARESE*	1/ 4.05	masc	1984
KAMAMENE*	5/ 19.01	masc	1973
LAREOKOTO*	5/ 20.03	masc	1982
WAYAKORI*	8/ 30.04	masc	1987
KOKORE-SALUMA*	6/ 34.01	masc	1945
UHATAINETON*	6/ 35.02	fem	1966
MENERORE*	1/ 50.01	masc	1980
LALEROSE	3/ 46.03	fem	1994
KAWEROSE	1/ 48.03	fem	1993
ANAURI*	1/ 7.03	masc	1980
WAITOA	1/ 6.01	masc	1936
LULAWENA	1/ 7.05	masc	1987
KULALO	1/ 7.06	fem	1982
KAWIELOSENETO	1/ 7.02	fem	1962
MARIKEROKWA	2/ 16.07	fem	1990
TIWIA*	3/ 14.03	masc	1985
IANAIRIRI	2/ 17.07	masc	1993
DEOLOSE	3/ 13.04	fem	1990

\* Quadro clínico semelhante.

Os quadros clínicos menos semelhantes corresponderam à febre inespecífica e sintomas respiratórios. Evolução nítida para pneumonia ocorreu com Uhataiteneton, Lalerose (que se encontrava nitidamente anemiada e desnutrida) e Kawerose, as quais foram tratadas com ampicilina oral. Note que havia um síndrome gripal na aldeia, trazido por índios que estiveram na cidade e voltaram para o grupo 15 dias antes.

Entre outras doenças encontradas, temos uma infecção de coto umbilical no recém-nascido de Deoloseneto (casa 1/ 6.02), tratado com penicilina e curativo local. Em seu terceiro dia de ampicilina, a criança apresentou exantema rendilhado característico de alergia à droga, sendo a mesma suspensa. A criança evoluiu sem outras complicações. Aproveitamos a oportunidade para avaliar os cuidados locais com o coto e é habitual o banho com ervas não especificadas, além do urucum, sempre tratado com saliva. Outros casos eram abscessos de membros inferiores (Ielowiñaseatokwe, 21.01; Kayoeta, 36.01), tratados com cuidados locais, e um caso de queimadura extensa, de segundo grau, de MIE (Alawaihikase, 24.03), que também evoluiu satisfatoriamente. Houve, também, um caso de leishmaniose tegumentar tratado com antimonial pentavalente.

Voltando a apresentar alguns dados sobre a epidemia, parece digno de nota o acometimento em sua maioria de homens, adultos (4 óbitos + 9 casos semelhantes), que se encontram em fase de derrubada para roça de mandioca desde abril, o que

justificaria a hipótese de arbovirose, entre elas a febre amarela (Aqui, vale um parênteses literal já que tivemos a emoção de ver o maravilhoso ritual do Yăkwa, ligado a esta atividade). Como não havia acúmulo de casos em uma só maloca, seria mais provável a origem extra-domiciliar do surto. Com relação à divisão por clãs, houve acúmulo de 1 óbito e 2 doentes no Kawekwarese (origem- Walitere) e Añihiari-Toairinere (3 óbitos e dois doentes). Ainda vale ressaltar, na dependência de maiores informações antropológicas, que o clã Kailore-Ataina, com um número avantajado de integrantes (n=62), correspondia aos Harikari no momento do surto e não apresentou nenhum caso (Estariam os Harikari afastados das atividades da roça e, portanto, não expostos?).

Outros dados incluem a presença de atividade garimpeira a uma distância de cerca de 40 Km da aldeia. Quando inquiridos, os índios não afirmaram qualquer contato direto com garimpeiros, apenas três sobrevôos rasantes à aldeia nos 20 dias precedentes, após a saída da equipe de indigenistas.

Informações relativas a três saídas da aldeia, para pescaria, foram coletadas. Uma delas chegou às proximidades de área malarígena (Área Rikbaktsa e residência do pescador Nelson, com diagnóstico recente de *m. falciparum*). Sobre a terceira saída, realizada por afins sem conotação ritual (apenas um doente, Menerore, participara desta), os índios comentam a pesca de um Jaú que teria sido ingerido em condições putrefatas por todos os indivíduos acometidos. Embora haja o contraste entre a precisão desta informação e as demais

obtidas, conversa com o antropólogo assessor da OPAN revelou que este seria um frequente motivo de explicação, relacionado à quebra de tabus alimentares. A princípio, uma toxinfecção alimentar não justificaria o quadro clínico (sem diarreia e levando ao óbito pessoas jovens e saudáveis), nem tampouco febre tifóide (evolução muito rápida e sem diarreia), e a hipótese seria plausível apenas no caso do Jaú ter ingerido alguma substância venenosa anteriormente. De qualquer forma, a captura deste peixe não é precedida por uso de veneno vegetal, nem tampouco esta é a época de uso destes vegetais durante a pesca (informação do biólogo).

Procurando relacionar os quadros recentes com os óbitos esporádicos citados na primeira reunião da OPAN, foram revistas as fichas de três casos ocorridos nos anos precedentes, quais sejam:

NOME	SEXO /	DATA NASC. /	DATA ÓBITO*
ATAINA KUTIARE	masc	1943	set/1992
KUXIHI KAWLINAREETE	masc	1936	dez/1993
URITAKAENE ANAURIARE	masc	1943	set/1994

\* As datas exatas devem ser conferidas, não se encontravam nas fichas. OBS- Setembro é fase de derrubada p/ roça milho.

No caso de KUXIHI, exames foram realizados em Brasnorte e, embora inespecíficos, são compatíveis com febre amarela. (Hm- 4.420.000; Ht-41%; Hb- 13,4 mg%; VGM-92,8; CHGM-32,4; Leuc.- 8300 (0-0-0-7-87-0-0-4-2); Pesq. plasm.- neg; HbSAg- neg; Cr- 3,6; U-111,6; TGO- 880; TGP- 460; BbT- 13,6; BbD- 12,8).



Em um primeiro momento, apesar das dificuldades e inexperiências no padrão e leitura de lâminas, foi iniciado tratamento para malária. Embora houvesse resposta satisfatória em 48 horas, chegou apoio da FNS no dia 22/7 e o funcionário competente não encontrou positividade em nenhuma examinada. Houve coleta de 100% dos índios e, infelizmente, as lâminas dos casos sintomáticos iniciais, agora em tratamento, haviam sido lavadas devido à escassez das mesmas. De qualquer forma, em não se encontrando nem uma positiva entre os assintomáticos, a hipótese de malária ficaria enfraquecida já que o quadro clínico não era mesmo tão característico. A melhora observada poderia apenas estar refletindo a história natural da doença.

Os casos sintomáticos iniciais tiveram evolução satisfatória, mais arrastado o quadro abdominal de Kamamene, Menerore e Walitere, que acabou por ceder com tratamento sintomático (anti-ácido + anti-fisético).

Também apresentamos abaixo a listagem das mães que tiveram perda dos recém-natos com o quadro já citado, assim como as datas de vacinação anti-tetânica. As datas exatas dos óbitos não se encontravam na aldeia. Conforme pode ser observado, a aplicação do reforço após a primeira dose, somente seguiu o intervalo recomendado (+- 2 meses) para TAHARITIWALON, a qual perdeu 4 filhos. Problemas relacionados à cadeia de frio e conservação das vacinas também podem estar presentes. Esses dados ainda precisam ser melhor avaliados e completados ao mesmo tempo em que se recomenda vacina e reforço às futuras

gravidezes na aldeia.

NOME	No. CASA/ No. LISTA	No. PERDAS	DATA ATT
TAHARITIWALON	8/ 26.02	4	set/89 ; nov/89; mai/91 ; set/94.
MAXIKELO	5/ 22.02	2	ago/91; set/94; mai/95.
LALOKWARISSENETO	9/ 32.04	1	ago/91; mai/92; nov/92; set/94.
UHATAITENETON	6/ 35.02	1	ago/91; mai/92; nov/92; set/94.
LALOAHINETO*	9/ 2.02	1	mai/92; ago/92; mai/95.

*data  
de bito*

\* A criança sobreviveu após o quadro agudo.

Por fim, vale ressaltar que aferições esporádicas de pressão arterial durante o exame clínico revelou níveis diastólicos algumas vezes superiores a 100 mmHg, o que justificaria um inquérito em uma próxima etapa.

#### V) OBSERVAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.

A princípio, toda proposta de saúde deveria estar articulada a situações estruturais e conjunturais mais globais, com ênfase nas questões ligadas à Terra e Educação, principalmente neste momento em que a sociedade envolvente e seus interesses

se aproximam da área Enawene-Nawe.

As ações específicas de saúde, de caráter contínuo, devem priorizar atividades de vacinação, de forma a garantir um calendário de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, assim como a instalação de uma cadeia de frio e possível aquisição de um refrigerador (a gás?) para conservação a 4 graus centígrados. Em um primeiro momento, a cobertura anti-amarílica é URGENTE, assim como o uso de ATT (duas doses com intervalo de 1 a 2 meses) na gravidez.

Este parece ainda não ser o momento de se pensar no treinamento de agentes indígenas de saúde. Nesse sentido, o respeito, a harmonização e o conhecimento das práticas de medicina tradicional local têm maior importância do que a introdução das nossas práticas. No entanto, há que se programar o treinamento/ reciclagem da equipe indigenista de área no que tange à diagnóstico e tratamento de malária, práticas de vacinação, além de conduta inicial frente aos quadros clínicos/ sintomatológicos que possam vir a se apresentar e de uma padronização no preenchimento das fichas individuais. Essa reciclagem seria essencial para a montagem do fluxo de referência. Também para os tratamentos dentro da aldeia, é necessária e urgente a aquisição de uma balança para melhor precisão nas doses dos medicamentos, diminuindo o risco de sub-dose e/ou hipermedicação.

Para a construção do sistema de referência, teríamos que definir as diferentes complexificações de atendimento e selar os compromissos das instituições capazes de efetuar-lo. Se, em

um nível primário, o itinerário terapêutico conta e começa com as práticas tradicionais e os indigenistas treinados, as cidades de Brasnorte e Ceres (que tradicionalmente oferece apoio à OPAN) se constituem em uma segunda estância. O apoio da UFMT para atendimentos mais complexos deverá ser articulado junto ao Instituto de Saúde Coletiva, que conta com a participação de uma integrante da equipe do NESPI (M. Clara). Níveis quaternários e Institutos de Pesquisa serão envolvidos dentro das necessidades. O Hospital Universitário da UFRJ já tem convênio com o NESPI, podendo se envolver na recepção de pacientes índios.

Para uma próxima viagem da equipe do NESPI, no que concerne a um diagnóstico mais preciso das observações clínico-epidemiológicas citadas acima, propõe-se a realização de inquérito nutricional/ antropométrico, inquérito de PA e glicemia e, finalmente, inquérito parasitológico e sorológico (arboviroses, hepatites B, C e delta, febre tifóide, entre outros que possam vir a se tornar necessários neste ínterim).

## **Viagem à área Salumã - população Enawene-Nawe**

### **Relatório de odontologia**

#### ***Informações Prévias***

- Antes da ida à área, nos contatos com a OPAM em Cuiabá, coletei dados sobre o estado de saúde bucal da população. O primeiro contato com os E.N. foi estabelecido pelo Pe. jesuíta Vicente Canhas (conhecido como Kiwxí) que no período de 1974 a 1987 viveu entre os E.N. . Pe. Vicente era prático em odontologia tendo por anos feito extrações dentárias em próteses acrílicas, razão pela qual é bastante comum encontrar entre eles portadores de próteses.
- Recebi o material produzido por uma equipe da UFMG formada pelo C.D. Luiz Márcio de Ceres e pela acadêmica Vanessa. Deste trabalho consta um levantamento de CPOD, sendo obtido um índice igual a 8,54, que demonstra a grande incidência de cárie e sua determinação nas perdas dentárias. Sugere também a provável causa de tão elevada taxa pela dieta basicamente de alimentos à base de amido, com ausência de alimentação fibrosa ou detergente que pudesse promover auto-limpeza.
- Recebi também o relatório do C.D. Artur Miranda Keunecke que, sem um levantamento quantificador, observa um alto índice de cáries e o relaciona à alimentação acidogênica e à ausência de alimentação que promova autóclise (auto limpeza), acreditando, no entanto, que dado às condições a população gozaria de uma saúde bucal relativamente boa.
- Foi também relatado por vários membros da OPAM o desejo dos E.N. de conservar seus dentes.

#### ***Atividades Desenvolvidas***

- **Levantamento de dados para índices de cárie (CPOD e ceo).**

Durante os 7 dias de estada na aldeia empreguei o tempo principalmente em levantamento de dados de saúde bucal para elaboração dos índices de CPOD (índice de cáries em dentes permanentes) e ceo (índice de cáries em dentes decíduos) cujos dados após tabelados permitirão uma correta avaliação da demanda de serviço, assim como se prestarão ao acompanhamento da evolução do quadro de saúde, permitindo a análise da eficácia das práticas preventivas. Foi observado um altíssimo índice de cárie em faces lisas, facilmente evitáveis por higienização.

- **Observação da dieta**

Foram observadas as práticas alimentares, suas formas de preparo e ingestão. A dieta dos E.N. é obviamente acidogênica, e portanto cariogênica. O amido presente na mandioca (assim como nos seus derivados), no cará, no milho é facilmente transformado em ácido. O amplo consumo de mel durante um longo período do ano também pode ser considerado como um fator de risco. Importante também é a ausência de alimentos fibrosos que poderiam mecanicamente remover a placa bacteriana.

- **Investigação sobre as práticas tradicionais relacionadas ao cuidado dos dentes**

Os E. não relacionam sua higiene bucal ao seu estado de saúde, não empregando qualquer forma de cuidado na higienização dos dentes. Entretanto foram observadas exceções. Em alguns grupos familiares foi observada uma menor incidência de cáries, com ausência das onipresentes cáries de face lisa, sendo tal achado relacionado com práticas higiênicas: bochechos, fricção com os dedos, escavação, uso dos cabelos como fio dental.

Questionados quanto a práticas fitoterápicas alguns E.N. relataram o uso de uma erva denominada MACOURI que usada topicamente teria o efeito de interromper a dor de dente. Foi requerido uma amostra de tal planta, que no entanto fui informado não é encontrada nas imediações da aldeia, necessitando para buscá-la de uma viagem a outra região.

Foi relatado que nos casos de dor extrema os E.N. empregam a prática de fraturar o dente com golpes de algum objeto duro.

- **Investigação sobre a saúde periodontal**

Foi observada uma altíssima prevalência de gengivite relacionada à presença de placa bacteriana. Entretanto foram poucos os achados de periodontite, desproporcionais aos níveis encontrados em nossa sociedade, assim como ausência de halitose notável. Como não foram feitos exames específicos para quantificar tais achados é necessária uma maior investigação para que sejam considerados.

- **Prática de restaurações temporárias**

Foi iniciada, ainda que de forma incipiente, a remoção de cáries com instrumentos manuais e aplicação de restaurações temporárias com IRM. Tais restaurações visam a conservação dos elementos dentários e a reforçar nos E.N. o desejo de manter os dentes, acenando com a possibilidade de recuperação dos elementos já lesados.

Foram realizadas um total de 11 restaurações temporárias em 3 indivíduos.

- **Prática de exodontias**

Devido à condição particular de risco pela suspeita de epidemia evitei realizar extrações dentárias. Apenas nos casos de pacientes com fortes dores foram realizadas, sempre com especial cuidado na esterilização.

No total foram extraídos 19 dentes de 13 indivíduos.

### ***Demanda***

Diante do quadro dos E. observa-se uma demanda por um conjunto de ações na área de odontologia, sendo que a quantificação de tal demanda de serviço será possível após o tabelamento dos dados. São essas as atividades necessárias:

- **Reforço na expectativa da manutenção dos dentes**  
Reforçar sua função e divulgar os cuidados necessários à sua manutenção, relacionando os resultados de saúde às práticas preventivas individuais;
- **Introdução e divulgação de práticas higiênicas**  
Trabalhando os que já fazem uso de tais práticas como agentes multiplicadores;
- **Restaurações temporárias**  
Realizar e se possível treinar recursos humanos para exercer tal prática no local;
- **Exodontias**

### ***Propostas***

Levando em consideração a demanda observada e os aspectos da cultura E.N. sugiro para essa primeira fase de trabalho os seguintes passos a serem seguidos e desenvolvidos:

- Buscar na sociedade local os corretos agentes multiplicadores das práticas higiênicas;
- Treinamento de recursos humanos para divulgação de hábitos higiênicos, assim como para as práticas preventivas e restauradoras ( restaurações temporárias );
- Estabelecimento de um local apropriado para as práticas de extrações dentárias, esterilização, e demais procedimento odontológicos, levando em consideração os seguintes aspectos:
  - higiene;
  - facilitar o trabalho, aumentando a produtividade;
  - permitir o livre acesso de todos os membros da comunidade, sem constrangimentos.

Tal local de trabalho poderia ser mesmo uma barraca de lona, protegendo de sol e chuva, sendo claro e arejado, e que poderia ser desmontado na ausência da equipe.

Rio de Janeiro, 12 de agosto de 1995

Luiz Felipe Freire Cozzolino C.D.

*ANEXO III*

*Projeto de Saude Enawene-Nawe - OPAN/NESPI-FIOCRUZ*

*Relatório de viagem - agosto/95*

*Levantamento de Dados sobre Saúde e Nutrição*

Os dados sobre ocorrência das doenças e óbitos foram apresentados em números absolutos, sem tratamento estatístico, devido as discussões que vêm ocorrendo no meio acadêmico sobre a determinação de taxas de natalidade, morbidade, natalidade e outros indicadores de saúde para as populações indígenas. Posteriormente, pretendemos avançar na metodologia empregada para a análise da situação de saúde dessas populações.

*I - Ocorrência de Doenças (1993-1994)*

*1993*

---

doenças\ meses	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	T
gripe			4	13	197	1	1					226	442
malária vivax			1	13	15			15	2		1	11	58
malária falc.			1	1				4				9	15
inf. intestinal				1					1				2
inf. olhos			1			1						2	4
inf. pele	6	1			2	2	1						12
catapora											1	2	3

---



---

doenças\meses	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	T
gripe	6	7			1	1						49	64
malária vivax	61	12	13										86
malária falc.													
inf. intestinal						3						35	38
inf. olhos					1	17							18
inf. pele	3				3	2						2	10
1993	6	1	7	28	214	4	2	19	3		2	250	536
1994	70	19	13		5	23						86	216

---

**Observações:**

- Foram realizados tratamento de verminoses nos seguintes meses:

1993 - julho (150 pessoas)

1994 - março (191 pessoas)

junho ( 99 pessoas)

dezembro (191 pessoas)

*Outras Ocorrências Sintomáticas Indefinidas:*

*1993*

nodolo do pescoço	1
depressão nervosa	1
testículo inchado	1
dor abdominal	1
diarréia	3
dores musculares	1
vômitos	1
infecção urinária	2 (jan/93)
	1 (mai/93)
dor de ouvido	2
queimaduras	1
queimação no estômago	1
contusão	1
hérnia epigástrica (?)	1

*1994*

dores musculares (*)	16
dor de dente	3
dores abdominais (*)	8
febre alta	1
alergia	1
anemia + desnutrição	1
diarréia	2
queimação no estômago (*)	3
convulsão	1
febre	2
diarréia + vômitos	1
leishmania (*)	2
dor no joelho (reumatismo)	1
dor generalizada	1
pneumonia (*)	2
dor de ouvido	2
emagrecimento	1
rachaduras nos pés	1

(\*) Serão investigadas a distribuição mensal no próximo levantamento de dados

## *Comentários Gerais sobre Morbidade*

Segundo o levantamento de dados sobre morbidade das "Fichas Individuais", a ocorrência de doenças e sintomatologias foi maior no ano de 1993 (536 casos) do que em 1994 (216 casos), devido ao controle dos quadros de gripe e ausência de casos de malária falciparum, apesar do aumento de casos de malária vivax (janeiro/94) e infecções intestinais e de pele. Entretanto, é difícil afirmar esta proposição pelas tentativas recentes ( a partir de 1993) de definição dos critérios no registro de dados e falta de supervisão periódica dos mesmos. Com a finalidade de sistematizar esta fonte de informação a equipe de saúde em campo necessita de apoio e orientação, o que pretendemos viabilizar no decorrer deste Projeto de Saúde.

Devido as queixas de perturbações gastro-intestinais e as condições favoráveis a reinfestação devido ao uso contínuo do solo, o tratamento de verminoses deve ser esquematizado de forma a propiciar uma cobertura de 100% da população de 6 em 6 meses.

### *II - Ocorrência de Óbitos (1989-94)*

Teteriru	adulto	janeiro/89	Infecção intestinal
Anauri	8 anos	17/09/89	Febre

?	RN	20/03/90	?
Salumãnerõ	adulto	10/06/90	Distensão abdominal
Halore	adulto	09/06/90	Dores abdominais
Wariterõ	< 1 a	25/11/90	Vômitos
Lonese	< 1 a	04/11/90	?
?	< 1 a	fevereiro/91	Paralisia intestinal
?	< 1 a	13/02/91	Infanticídio
?	< 1 a	28/08/91	Paralisia intestinal
Deolose	< 1 a	16/01/92	Paralisia intestinal
Waritero	< 1 a	25/05/92	Malaria falciparum
Xinawa	adulto	04/01/93	Infarto miocárdio
?	< 1 a	fevereiro/93	Paralisia intestinal
Lulalo	RN	julho/93	Hemorragia umbelical
Kutiare	adulto	06/08/93	Pneumonia
Xulanui	3 anos	18/08/93	Malaria falciparum
Ilaneinaseneto	adulto	outubro/93	Picada de cobra
Kuxilu	adulto	24/12/93	Ca (?)
Marikerose	RN	20/02/94	Paralisia intestinal
Kaialose	RN	01/03/94	Parto pélvico
filho Ikanero	RN	10/03/94	Infanticídio
Aritakaure	RN	29/08/94	Natimorto (estômago)

*1 - Distribuição dos óbitos por idade:*

Recém - nascido	6	26%
< 1 ano	8	34%
3 anos	1	4%
8 anos	1	4%
adulto	7	30%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>98%</b>

*2 - Distribuição dos óbitos por causa:*

Complicações do TGI	9	39%
Malária falciparum	2	9%
Infanticídio	2	9%
Ideterminado	2	9%
Infarto miocárdio	1	9%
Picada de cobra	1	4%
Pneumonia	1	4%
Febre	1	4%
Natimorto	1	4%
Hemorragia umbelical	1	4%
Parto pélvico	1	4%
Ca (sem confirmação)	1	4%
<b>total</b>	<b>23</b>	<b>98%</b>

### *Comentários Gerais sobre Mortalidade*

Os dados registrados sobre mortalidade demonstram a predominância de óbitos na faixa etária menor de um ano (34%) e de recém-nascidos (26%, dos quais 8% por infanticídio), caracterizando alta mortalidade infantil e complicações do trato gastro-intestinal como sintomatologia principal na causa mortis (39%), seguida da malária falciparum (9%), do infanticídio (9%) e causa indefinida (9%). Note-se que a causa da mortalidade infantil mantém uma relação com as circunstâncias do parto (12% - natimorto, hemorragia umbelical e parto pélvico). Esses resultados demonstram a necessidade do acompanhamento gestacional e no primeiro ano de vida, além de reconhecimento de sintomatologia.

### *IV - Situação de Alimentação e Nutrição*

A organização social tradicional da etnia Enawenê-Nawê mantém atividades produtivas e distributivas de alimentos que promovem uma situação de alimentação e nutrição aparentemente satisfatória, embora, nesta época do ano, ocorra um consumo de preparações a base de mandioca (ritual Yäkwa) e milho, como o kitera (mingau), o Tocokuari (bolo) e o Oloyn (refrescos fermentados), com pesca esporádica e fora da época de coleta de mel, que em outros meses promove um enriquecimento na qualidade da alimentação amilácea de

alta fermentação e a pesca que equilibra o consumo de amiláceos com proteínas de alto valor biológico.

A análise mais apurada sobre o estado nutricional desta população indígena poderá ser obtida através do Inquérito Nutricional proposto para a próxima visita à campo, em janeiro/1996, inclusive, viabilizando uma padronização de referência entre estado de nutrição e de saúde, que mantém-se satisfatória atualmente.

Este inquérito é particularmente importante como indicador das mudanças no decorrer da intensificação do contato interétnico. Provavelmente, a atenção a saúde à população Enawene-Nawe teve uma influência positiva no aumento populacional que vêm ocorrendo nos últimos anos, dobrando de 15 em 15 anos, sendo uma característica da transição epidemiológica após a perda do isolamento e da intervenção bem-sucedida.

Entretanto, devemos considerar que o crescimento populacional acelerado pode provocar o aumento das doenças transmissíveis (como verminoses e gastroenterites) devido a contaminação da água e do solo, agravados nos casos de sedentarização. Em outras populações numerosas e desorganizadas socialmente pelas epidemias ou pelas mudanças nas relações internas, conseqüentemente, observa-se quadros de desnutrição e dependência alimentar.

Numa perspectiva epidemiológica, o contato continuado com mudanças culturais e introdução de alimentos industrializados têm modificado o perfil epidemiológico das



populações indígenas com o surgimento de doenças crônico-degenerativas (diabetes, distúrbios circulatórios, hipertensão arterial), o que até o momento no decorrer desses 20 anos de contato controlado, não é o caso dos Enawene-Nawe, que têm mantido a herança cultural alimentar na sua reprodução sócio-biológica.

Mas, diante das pressões externas que a A. I. Salumã vêm sofrendo no contexto da ocupação norte-matogrossense, com atividades de garimpo e madeiras nos municípios próximos, ressaltamos a importância do fortalecimento das relações internas e acompanhamento antropológico das mudanças que venham a ocorrer nos diferentes setores assistenciais como saúde, educação e economia, a fim de promover a autonomia desta população indígena sobre seu patrimônio cultural e territorial.

*Maria Clara Weiss*

Maria Clara Vieira Weiss

Tabela 1

Prevalência de cárie em dentes permanentes na população de faixa etária de 6 a 14 anos (fase de transição da dentição mixta para a dentição permanente ), com sua distribuição pelas diferentes casas.

	<b>P</b>	<b>T</b>	<b>C</b>	<b>I. E.</b>	<b>A</b>	<b>C/P</b>	<b>C/T</b>
casa 1	11	195	44	20	3	6,09	0,34
casa 2	6	115	12	9	0	3,50	0,18
casa 3	8	132	14	3	0	2,13	0,13
casa 4	4	65	5	0	1	1,50	0,09
casa 5	2	32	4	0	0	2,00	0,13
casa 6	6	108	16	4	1	3,50	0,19
casa 7	7	96	14	2	0	2,28	0,16
casa 8	5	111	19	8	1	5,60	0,25
casa 9	2	34	8	3	1	6,00	0,35
casa 10	8	161	41	22	1	8,00	0,39
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>976</b>	<b>203</b>	<b>70</b>	<b>8</b>	<b>4,84</b>	<b>0,28</b>

P- Número de indivíduos

T- Total de dentes irrompidos

C- Total de dentes cariados

IE- Dentes com extração indicada

A- Dentes auxentes (extraídos)

C/P- Número de cáries por indivíduo

C/T- Número de cáries por elemento dentário