

**ATENDIMENTO NA CIDADE VERSUS ATENDIMENTO EM ÁREA -  
UM ESTUDO ENTRE OS KULINA NAS TERRAS INDÍGENAS DO MÉDIO JURUÁ E  
CACAU/ AMAZONAS / BRASIL**

**CONSULTATION IN THE CITY VERSUS CONSULTATION IN THE VILLAGE -  
A STUDY OF THE KULINA PEOPLE OF THE MID JURUÁ AND CACAU / THE  
BRAZILIAN AMAZON**

**Autora:**

Christiane Tiss, médica, COMIN (Conselho de Missão entre Índios), equipe Médio Juruá, rua Francisco Alves da Conceição, 853, bairro Nossa Sra. de Fátima, Eirunepé-AM, CEP: 69880-000, fax/fone: (0xx97) 481 1584, e-mail: [comin@jruanet.com.br](mailto:comin@jruanet.com.br)

**Co-autora:**

Isabel Cristina Hernandes, enfermeira, DSEI-MSA (Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Solimões e Afluentes), pólo-base de Eirunepé, Av. Getúlio Vargas, s/n, Centro, Eirunepé-AM, CEP: 69880-000 fax/fone: (0xx97) 481 1150.

**ABSTRACT**

The Kulina people live in their traditional lands at the Southern border of the Amazon State. Their access to state health services takes place in two distinct locations: spontaneous seeking of health services in the local town at the centre for indigenous health (CASAI) or by mobile health care teams visiting the Kulina villages, within the indigenous area. This study analyses the impact of these two forms of health care on the epidemiological profile of illnesses treat in the villages and at CASAI. To this end we carried out an analysis of all 706 health consultations carried out with of the Kulina between September 2000 and August 2001. The results demonstrate that in the city consultations are more frequent in adults between the ages of 20 and 49 years, accounting for 40,3% of the total at the centre for indigenous health. Children are notably under-represented in consultations made in the city. As to the disease profile, in the city more complex and sporadic illnesses are treated, whereas in the village most pathologies are infectious diseases, such as intestinal parasites and skin problems. In the case of non-serious contagious illnesses such as colds and diarrhoea, it can be observed that in the villages the majority of cases occur in the under 4 age group, whereas in the town there is a larger percentage of adults affected.

Key words: Kulina, Indigenous Health, Indigenous Peoples of Brasil.

## RESUMO

No extremo sudoeste do estado do Amazonas, existem duas formas diferentes de assistência à saúde do povo Kulina: o atendimento mediante procura espontânea na cidade, na Casa de Saúde Indígena (CASAI), e o dentro da área indígena por parte de equipes que viajam para as aldeias. O presente trabalho visa analisar o reflexo das diferenças entre as duas formas de assistência sobre os quadros das patologias atendidas em área e na CASAI. Para este fim, fizemos uma análise de todos os atendimentos realizados entre os Kulina de setembro de 2000 até agosto de 2001. Os principais resultados foram: na cidade o subgrupo dos adultos (20 a 49 anos) é privilegiado com 40,3% de todos os atendimentos realizados na CASAI. Principalmente crianças estão subrepresentadas no atendimento na cidade. Quanto às patologias atendidas, constata-se que na CASAI predominam as de maior complexidade e patologias esporádicas, porém em área patologias infecciosas, como parasitose, dermatoses e diarreia. No caso de enfermidades contagiosas leves, como diarreia e resfriado, observou-se que, em área, os pacientes pertencem na sua grande maioria às faixas etárias até 4 anos, porém na CASAI há um percentual elevado de adultos.

Palavras-chaves: Kulina, Saúde Indígena, Índios no Brasil.

## INTRODUÇÃO

O povo Kulina que se autodenomina Madija e é da família lingüística Arawa vive na região do Alto Purus (Acre), Baixo Juruá (Amazonas) e do Médio Juruá e Envira (extremo sudoeste do Amazonas). Segundo as estimativas do Instituto Sócio-Ambiental de 1999, conta com uma população de 2.318 pessoas no Brasil e 300 pessoas no Peru (fonte: [www.socioambiental.org](http://www.socioambiental.org)). O contato com a sociedade não-indígena existe há cerca de 100 anos. Ainda hoje eles mantêm os costumes da sua cultura, e a língua falada continua sendo Kulina. Por sua tradição são caçadores, pescadores e coletores de frutas. Para adquirir bens da sociedade envolvente (anzóis, munição, panelas, ferramentas, roupa, sabão etc.) viajam para cidade, comercializando vassouras, cestos, porcos, artesanato e algumas frutas.

O presente estudo foi realizado nas Terras Indígenas do Cacau e do Médio Juruá com uma população total de 1.641 Kulina. Na Terra Indígena do Cacau (de 28.367 ha, no Município de Envira) vivem 277 Kulina, distribuídos em cinco aldeias. A Terra Indígena do Médio Juruá (de 730.142 ha, nos Municípios de Eirunepé, Ipixuna e Envira) é habitada por 1.364 Kulina, distribuídos em 19 aldeias (fonte: Plano Distrital de Saúde para 2002 do pólo-base de Eirunepé). As três cidades (Envira, Eirunepé e Ipixuna) são freqüentadas pelos Kulina para comercializar seus produtos. Em Eirunepé existe a “Casa do Índio”, registrada em nome das comunidades Kulina e Kanamari e mantida pelas ONGs OPAN (Operação Amazônia Nativa) e COMIN (Conselho de Missão entre Índios), onde os indígenas podem morar durante sua estadia na cidade, mas que não fornece alimentação.

Após a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a assistência à saúde do povo Kulina desta região se organiza da seguinte forma:

Todas as aldeias nas duas Terras Indígenas, independentemente do Município em que se situam, se encontram na área de abrangência do pólo-base de Eirunepé, pertencendo ao DSEI Médio Solimões e Afluentes. A este pólo-base ainda pertence uma população Kanamari de 942 pessoas. Isto significa que o pólo-base de Eirunepé atende a 2.594 indígenas em 33 aldeias. O acesso às aldeias se dá por via fluvial e por via aérea. Para desenvolver as atividades em área (nas aldeias), as equipes viagem geralmente de bote, podendo levar desta forma apenas um mínimo de equipamentos. São poucas as aldeias que contam com gerador, que na maioria das vezes não está em condições de funcionar. Dentro da área Kulina, são apenas oito aldeias com acesso para embarcações maiores, equipadas com geradores próprios. Estas circunstâncias limitam a qualidade do atendimento em área. Muitos diagnósticos são feitos clinicamente sem confirmação laboratorial. A grande vantagem do atendimento realizado nas aldeias é que, muitas vezes, se cria entre os moradores da aldeia uma dinâmica que faz com que eles ainda chamem pessoas doentes que, por si, não teriam procurado atendimento, assim como há a possibilidade da busca ativa de pacientes no caso de patologias contagiosas, como, p. ex., a escabiose, e parceiros de portadores de DST. Além disso, os profissionais de saúde têm a possibilidade de descobrir, através de seu olhar profissional, pessoas com patologias que ainda nem se consideram doentes. Nas aldeias ainda trabalham os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), na área de prevenção, educação em saúde e no tratamento de patologias freqüentes de baixa complexidade, como diarreia, verminoses, infecções respiratórias altas (IRA), dermatopatias. Eles também são responsáveis pelo encaminhamento e transporte de pacientes com enfermidades mais graves para a primeira referência, a Casa de Saúde Indígena (CASAI). Para este fim, dispõem de barcos equipados com motor de rabeta à gasolina de 8 HP. Com estes motores, o tempo de viagem da aldeia até a cidade de Eirunepé varia de um a cinco dias. Os pacientes atendidos na CASAI são de três origens: ou eles são encaminhados e trazidos pelos AIS, ou são resgatados da área pela equipe do pólo-base/CASAI, ou estavam na cidade de Eirunepé por outros motivos e adoeceram durante a estadia. A CASAI funciona dentro da estrutura física do pólo-base de Eirunepé, e os funcionários são em grande parte os mesmos. Isto significa que, na percepção dos Kulina, ambas as instituições não são vistas como separadas. Na prática, a CASAI é o ambulatório e a enfermaria do pólo-base. Para atendimento na CASAI, toda a estrutura do SUS (laboratórios, Raios X, ambulatórios especializados) pode ser usada. A CASAI fornece lugar para dormir e alimentação para o AIS, os pacientes e um acompanhante por paciente. Assim, a situação de Eirunepé foge um pouco da proposta dos DSEI por faltarem os pólo-bases em área como ponto de apoio para manter as equipes multiprofissionais constantemente em área. Isto significa que, para que haja atendimento, ou as equipes se deslocam de Eirunepé até as aldeias, ou os Kulina vêm das aldeias até Eirunepé.

O COMIN (Conselho de Missão entre Índios) é uma organização não-governamental da IECLB (Igreja Evangélica da Confissão Luterana no Brasil), que atua junto ao povo Kulina desde 1980 nas áreas de demarcação de terra, educação e saúde. Em Eirunepé, atualmente, mantém dois projetos: Projeto Kulina Acuraua e Projeto Kulina Médio Juruá. Como a equipe conta com uma médica, criou-se um

Termo de Cooperação Técnica com o DSEI-MSA, regularizando a colaboração. Desta maneira o COMIN realiza, durante as viagens de sua programação, atendimento médico em área, o DSEI-MSA fornece material de consumo e medicação, e todos os dados das consultas realizadas entram nos arquivos do pólo-base de Eirunepé.

## **OBJETIVO**

Na situação específica de assistência à saúde dos povos indígenas na área de abrangência do pólo-base de Eirunepé, coexistem, praticamente sem se sobrepor, duas formas de atendimento diferentes: 1.) O atendimento mediante procura espontânea realizado na cidade combinado com o resgate de casos emergenciais. Este é o sistema “tradicional”, que já era aplicado quando a saúde indígena ainda era da responsabilidade da FUNAI. 2.) O atendimento chamado “em área” que integra o sistema de saúde indígena desde a criação dos DSEIs.

O presente trabalho pretende analisar o impacto da forma de atendimento sobre o quadro de pessoas e patologias atendidas. Em outras palavras: quem procura atendimento onde e com que doença? O interesse do trabalho é esclarecer o uso e benefício das diferentes formas de atendimento acima descritas para os Kulina, conforme seus subgrupos populacionais (segundo idade e gênero) e suas patologias. Esperamos que esta análise ajude na avaliação do sistema ainda novo dos DSEIs.

## **MÉTODO**

Analisamos os dados sobre todos os atendimentos de pacientes Kulina realizados no período de setembro de 2000 até agosto de 2001. Neste período, todas as aldeias Kulina foram visitadas para atendimento, ou por uma equipe do pólo-base, ou pelo COMIN (em cooperação com o DSEI). No estudo entraram apenas os atendimentos realizados por médicos, enfermeiros e, no atendimento em área, auxiliares de enfermagem. Sobre os atendimentos realizados pelos AIS na aldeia não há registro confiável, por isto eles foram excluídos. Não consideramos esta exclusão prejudicial para o objetivo do estudo porque queremos avaliar as mudanças na assistência à saúde indígena, e, nesta região, os AIS já vêm desenvolvendo o mesmo serviço desde há cinco anos antes da implantação do DSEI (tendo sido formados pelo ESAI/DSY- /Distrito Sanitário Yanomami e as ONGs locais). Como, infelizmente, a formação dos AIS prevista na programação dos DSEIs parou após o módulo introdutório, as mudanças quanto ao seu papel, até o momento, se restringem à remuneração e ao uso dos motores para a remoção de pacientes. A duração do estudo - um ano - permite uma representação confiável das doenças com picos sazonais de incidência, como a malária. Como fonte de dados foram consultados os livros de registro do pólo-base de Eirunepé, onde são registrados todos os atendimentos realizados conforme seu local, e os registros de atendimento em área do COMIN para completar os dados na fase inicial da cooperação, quando ainda havia falhas na inserção dos dados fornecidos pelo COMIN nos registros do pólo-base. A partir destes dados, elaboramos primeiramente o quadro do total dos atendimentos, e num

segundo passo, para melhor comparação, os quadros separados segundo local de atendimento. Comparamos os atendimentos realizados conforme os seguintes critérios: distribuição por gênero, distribuição por faixa etária e segundo patologias diagnosticadas.

## RESULTADOS

No período estudado, foram realizados 706 atendimentos entre o povo Kulina, sendo 278 (39,4%) na Casa de Saúde Indígena (CASAI) e 428 (60,6%) em área.

### DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO

Ao total foram atendidos 382 mulheres (54,1%) e 324 homens (45,9%). A distribuição por gênero não variou significativamente entre a CASAI e a área: na CASAI, 56,5% dos pacientes foram do sexo feminino e 43,5% do sexo masculino; em área, 52,6% do sexo feminino e 47,4% do sexo masculino. De outro ponto de vista, podemos constatar que, de todas as pacientes do sexo feminino, 41,1% foram atendidas na CASAI e 58,9% em área. Dos pacientes do sexo masculino, 37,3% procuraram atendimento na CASAI e 62,7% foram atendidos em área.

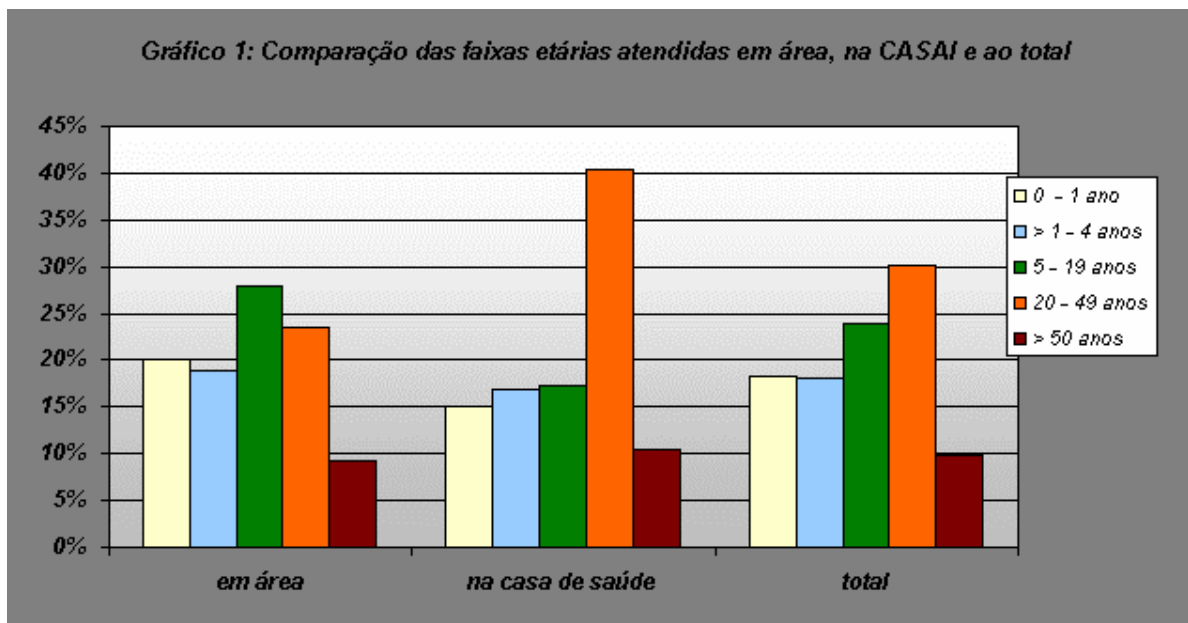
### DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Para a análise da distribuição por faixa etária formamos os seguintes grupos: 0-1 ano, >1-4 anos, 5-19 anos, 20-49 anos, >/=50 anos.

No total houve a seguinte distribuição por faixa etária:

Faixa etária	Número de pacientes	Percentual	Em área	Casa de saúde	Total
0-1 ano	128	18,1%	20,1%	15,1%	18,2%
>1-4 anos	128	18,1%	18,9%	16,9%	18,1%
5-19 anos	168	23,9%	28,0%	17,3%	23,9%
20-49 anos	213	30,1%	23,6%	40,3%	30,1%
>/=50 anos	69	9,8%	9,3%	10,4%	9,8%

Analisando os atendimentos **em área** por faixa etária, observa-se que o grupo de 5-19 anos predomina com 28,0% dos atendimentos e que o grupo de 20-49 anos, com 23,6%, é relativamente menos atendido (comparado com o total). Nas outras faixas etárias, a variação, comparando com o total, é pouca.



Entre os atendimentos **na CASAI** predomina a faixa etária de 20-49 anos, com 40,3%. Comparado com o total, há menos atendimentos no grupo de 5-19 anos (17,3%). A diferença nas outras faixas etárias é mínima.

Do ponto de vista das faixas etárias, pode-se confirmar que, com exceção do grupo de 20-49 anos com 52,6% de atendimentos na CASAI, todas elas são atendidas predominantemente em área: assim, dos pacientes de 0-1 ano, 67,2% foram atendidos em área; do grupo de >1-4 anos, 63,3%; na faixa etária de 5-19 anos, 71,4%; e entre os pacientes com >+ 50 anos, 58,0%.

## DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO E FAIXA ETÁRIA

O fato, observado na distribuição por faixa etária, de que o grupo de 20 a 49 anos predomina no atendimento na CASAI, acentua-se na análise por gênero das faixas etárias atendidas. Enquanto no sexo feminino o quadro de distribuição dos atendimentos em área e na CASAI por faixa etária é mais homogêneo, no sexo masculino este grupo (20-49 anos) representa 50,4% dos atendimentos na CASAI. Este mesmo grupo representa apenas 18,7% dos atendimentos do sexo masculino em área. Já nas faixas etárias até 19 anos, o atendimento do sexo masculino em área é, com 73,3%, o dobro do que na CASAI (36,4%).

No atendimento **em área**, a distribuição por gênero mostra a maior diferença na faixa etária de 20 a 49 anos: 62,4% dos atendidos são do sexo feminino, 37,6% do sexo masculino. O quadro é similar na faixa etária de >= 50 anos, onde 60% dos pacientes são do sexo feminino e 40% do sexo masculino.

Entre os atendimentos **na CASAI**, a distribuição por gênero mostra o seguinte quadro: nas faixas etárias até 19 anos predomina o sexo feminino, mais acentuadamente no grupo de >1 a 4 anos, onde 78,7% dos atendidos são do sexo feminino e apenas 21,3% do sexo masculino. Como já foi dito no item acima, na faixa etária de 20 a 49 anos predomina o sexo masculino com 54,5% dos atendimentos

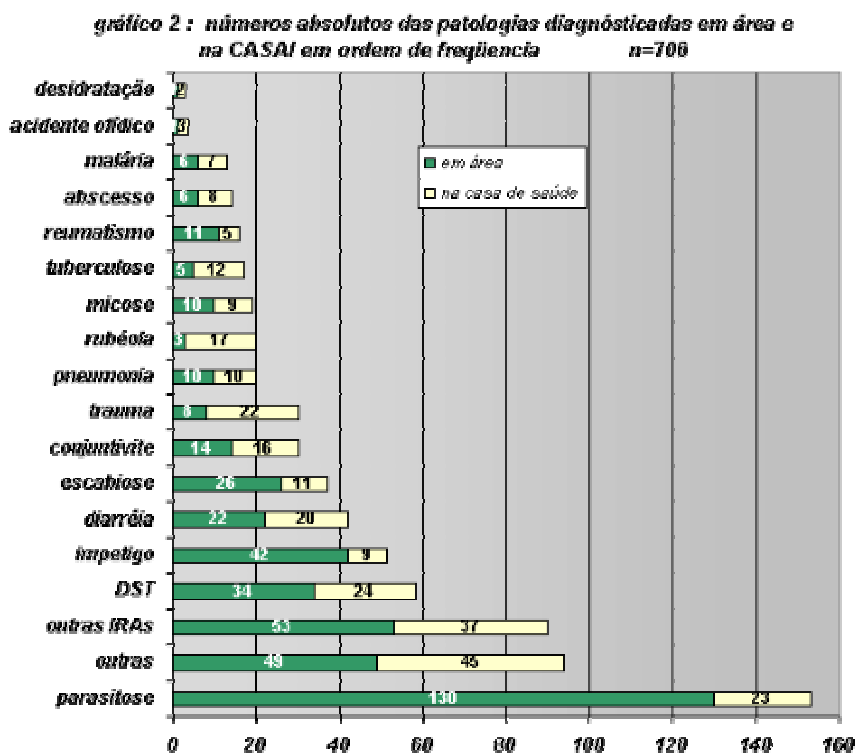
(o sexo feminino responde por 45,5%); observamos uma distribuição praticamente igual na faixa etária de  $\geq 50$  anos (44,8% do sexo feminino, 55,2% do sexo masculino).

## O QUADRO DO TOTAL DAS PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS

As patologias analisadas são as de maior frequência, em geral, como, por exemplo, a maioria das doenças contagiosas e parasitárias diagnosticadas no período estudado. No item “outros” entram diagnósticos como: infecção urinária, hérnia, complicações de parto, cirurgias e suas complicações, gastrite, anemia, miosite, cirrose hepática, lumbago ou dor abdominal. Houve um surto de rubéola em Eirunepé, o que justifica a separação desta patologia num item próprio.

As patologias mais frequentemente diagnosticadas foram: parasitoses (21,5%), o complexo das “outras” (13,2%), outras IRAs (12,8%), as DST (8,3%), impetigo (7,3%) e diarreia (6,0%).

O gráfico 2 mostra todas as patologias estudadas em ordem de frequência, discriminadas por local de atendimento.



	Em área	Na Casa de Saúde	Totais
parasitose	130	23	153
outras	49	45	94
outras IRAs	53	37	90
DST	34	24	58

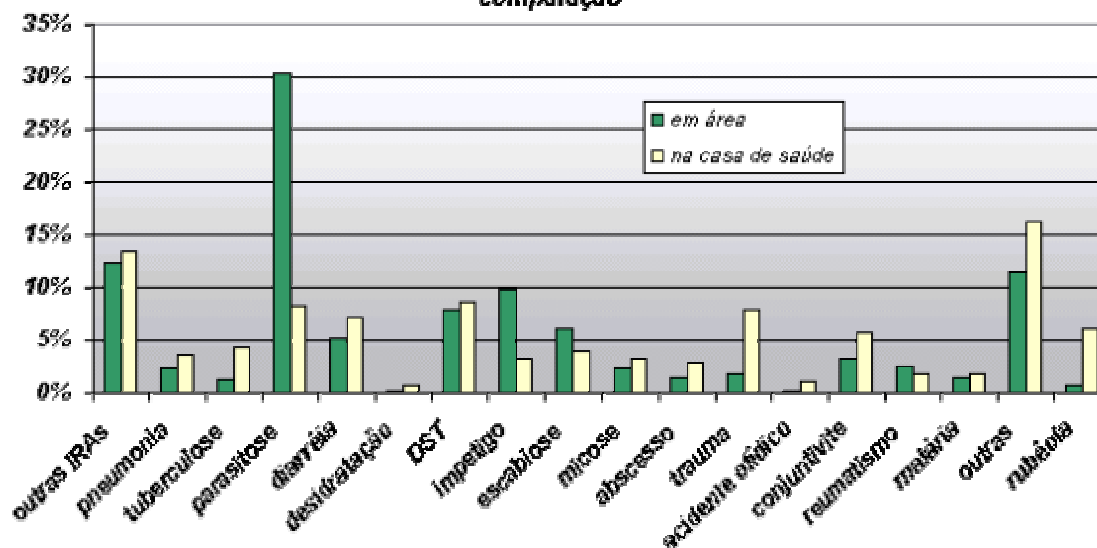
impetigo	42	9	51
diarréia	22	20	42
escabiose	26	11	37
conjuntivite	14	16	30
trauma	8	22	30
pneumonia	10	10	20
rubéola	3	17	20
micose	10	9	19
tuberculose	5	12	17
reumatismo	11	5	16
abscesso	6	8	14
malária	6	7	13
acidente ofídico	1	3	4
desidratação	1	2	3

### **OS QUADROS DAS PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS CALCULADOS SEPARADAMENTE PARA ÁREA E CASAI**

Para melhor comparação, o quadro dos atendimentos realizados em área e o dos atendimentos na CASAI foram calculados separadamente.

**Em área**, os diagnósticos mais frequentes foram: parasitoses (30,6%), outras IRAs (12,37%), “outras” (11,46%), impetigo (9,8%), DST (8,0%) e escabiose (6,11%).

**Gráfico 3: os quadros das patologias diagnosticadas em área e na CASAI em comparação**



	Em área	Na Casa de Saúde
outras IRAs	12,38%	13,31%
pneumonia	2,34%	3,60%
tuberculose	1,17%	4,32%
parasitose	30,37%	8,27%
diarréia	5,24%	7,19%
desidratação	0,23%	0,72%
DST	7,94%	8,63%
impetigo	9,81%	3,24%
escabiose	6,07%	3,96%
micose	2,34%	3,24%
abscesso	1,40%	2,88%
trauma	1,87%	7,91%
acidente ofídico	0,23%	1,08%
conjuntivite	3,27%	5,75%
reumatismo	2,57%	1,80%
malária	1,40%	1,80%
outras	11,45%	16,18%
rubéola	0,70%	6,12%

Na **CASAI**, os diagnósticos mais freqüentes foram: “outras” (16,2%), outras IRAs (13,3%), DST (8,6%), parasitoses (8,3%), trauma (7,94%) e diarréia (7,2%).

Analisando todas as patologias especificadas no estudo (e não apenas as mais freqüentes), algumas destacam-se pelo fato de serem diagnosticadas em um percentual muito mais alto em um dos locais de atendimento.

Assim, **em área** destacam-se as parasitoses que são 3,67 vezes mais diagnosticadas que na CASAI, e os impetigos (3 vezes mais em área que na CASAI).

Na CASAI, as seguintes patologias são diagnosticadas com maior frequência que em área: rubéola (8,7 vezes mais que em área), acidente ofídico (4,7 vezes mais que em área) e tuberculose (2,5 vezes mais na CASAI que em área). Não se considera a desidratação devido ao número absoluto muito pequeno (três casos ao total).

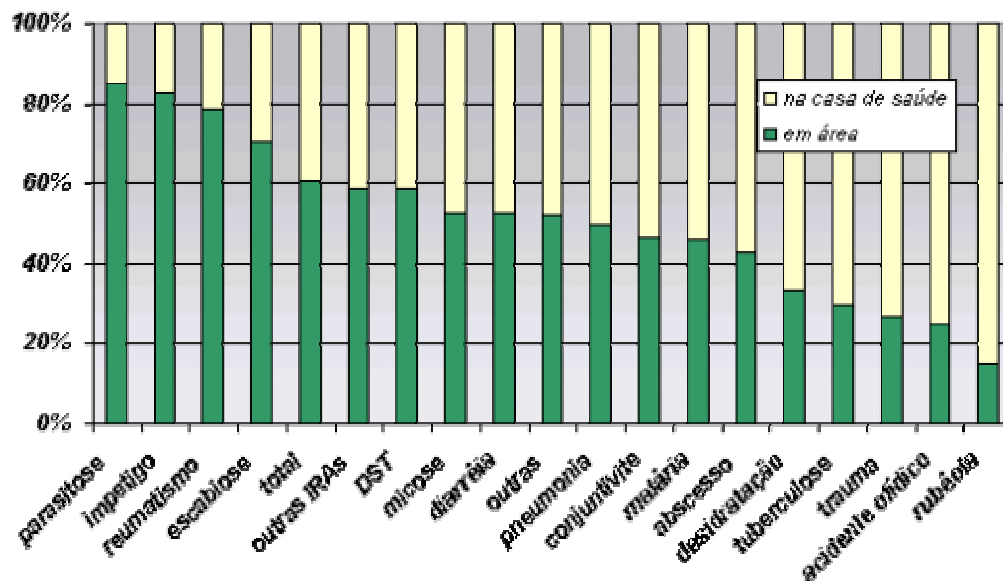
	Em área	Na Casa de Saúde	Total
outras IRAs	12,4%	13,3%	12,7%
pneumonia	2,3%	3,6%	2,8%
tuberculose	<b>1,2%</b>	<b>4,3%</b>	2,4%
parasitose	<b>30,4%</b>	<b>8,3%</b>	21,8%
diarréia	5,2%	7,2%	6,0%
desidratação	0,2%	0,7%	0,4%
DST	7,9%	8,6%	8,2%
impetigo	<b>9,8%</b>	<b>3,2%</b>	7,2%
escabiose	6,1%	4,0%	5,4%
micose	2,3%	3,2%	2,7%
abscesso	1,4%	2,9%	2,0%
trauma	1,9%	7,9%	4,2%
acidente ofídico	<b>0,2%</b>	<b>1,1%</b>	0,6%
conjuntivite	3,3%	5,8%	4,2%
reumatismo	2,6%	1,8%	2,3%
malária	1,4%	1,8%	1,6%
outras	11,5%	16,2%	13,3%
rubéola	<b>0,7%</b>	<b>6,1%</b>	2,8%
	100%	100%	100%

Formando grupos de patologias segundo o aparelho afetado: queixas gastrointestinais (parasitose, diarréia e desidratação), queixas respiratórias (outras IRAs, pneumonia e tuberculose), queixas dermatológicas (impetigo, micose e escabiose) e as DST, obtém-se o seguinte quadro: no atendimento em área, predominam as queixas gastrointestinais, seguidas das queixas dermatológicas, respiratórias e das DST. Na CASAI, predominam as queixas respiratórias, seguidas pelas queixas gastrointestinais, dermatológicas e DST. Observa-se que principalmente as queixas gastrointestinais e dermatológicas estão relativamente pouco representadas na CASAI. Pode-se ainda constatar que o complexo destas queixas, que inclui a maioria das doenças infecciosas e parasitárias, representa em área 77,9% de todas as patologias diagnosticadas, porém na CASAI apenas 56,4%.

### LOCAL DE ATENDIMENTO POR PATOLOGIA

O gráfico 3 mostra os percentuais dos dois locais de atendimento (área, CASAI) discriminados por patologia. Ao interpretar estes dados, é necessário considerar o fato de que 60,6% dos atendimentos foram realizados em área. Por isso não se considera significativa a distribuição do local de atendimento nas patologias em que um local predomine até um valor de 60%. Desconsidera-se também a distribuição da desidratação por causa do número absoluto muito pequeno (três casos).

**Gráfico 4: Distribuição do local de atendimento por patologia**  
n=706



	Em área	Na Casa de Saúde
parasitose	85,0%	15,0%
impetigo	82,4%	17,6%
reumatismo	78,6%	21,4%
escabiose	70,3%	29,7%
total	60,60%	39,40%
outras IRAs	58,9%	41,1%
DST	58,6%	41,4%
micose	52,6%	47,4%
diarreia	52,4%	47,6%
outras	52,1%	47,9%
pneumonia	50,0%	50,0%
conjuntivite	46,7%	53,3%
malária	46,2%	53,8%
abscesso	42,9%	57,1%
desidratação	33,3%	66,7%
tuberculose	29,4%	70,6%
trauma	26,7%	73,3%
acidente ofídico	25,0%	75,0%
rubéola	15,0%	85,0%

Tendo o acima por base, pode-se afirmar que os Kulina são atendidos preferencialmente em área nos casos de parasitoses (85,0%), impetigos (82,4%), reumatismo (78,6%) e escabiose (70,3%).

As patologias para as quais procuram atendimento preferencialmente na CASAI, na cidade, são a rubéola (85%), o acidente ofídico (75,0%), o trauma (73,3%) e a tuberculose (70,6%).

## DISTRIBUIÇÃO DE GÊNERO POR PATOLOGIA E LOCAL DE ATENDIMENTO

Em algumas patologias, a distribuição de gênero varia significativamente dependendo do local de atendimento (área ou CASAI):

Em área, 60% das **pneumonias** foram diagnosticadas em pacientes do sexo feminino; na CASAI, 90% dos pacientes com esta enfermidade são mulheres.

No caso da **tuberculose**, mostra-se um quadro invertido: em área, 80% dos pacientes são do sexo feminino, e na CASAI apenas 42%.

Das **diarréias** em área, 36,7% são diagnosticadas em pacientes do sexo feminino, porém na CASAI são 70%. Deve-se levar em consideração que, no total, 76,2% dos pacientes com diarreia são crianças de até 4 anos de idade, cujas atividades ainda não diferem conforme o gênero.

No caso das **DST**, o sexo feminino predomina na CASAI com 62,5% e mais acentuadamente em área com 76,5%. No caso das micoses, em área predominam os pacientes do sexo masculino (70%), e na CASAI as pacientes do sexo feminino (77,8%).

Entre os pacientes que procuraram atendimento para **conjuntivite** na CASAI, 81,3% foram do sexo masculino, diferentemente do quadro em área, onde apenas 35,7% foram do sexo masculino e 64,3% do sexo feminino.

Apesar de 57,1% de todos os pacientes com **queixas reumáticas** serem mulheres, nenhuma delas foi atendida na CASAI, onde 100% dos pacientes eram do sexo masculino. Já entre os atendidos em área, 72,7% foram do sexo feminino.

## DISTRIBUIÇÃO DE FAIXA ETÁRIA POR PATOLOGIA E LOCAL DE ATENDIMENTO

Em algumas patologias, a distribuição de faixa etária variou significativamente dependendo do local de atendimento (em área ou na CASAI).

No conjunto das **outras IRAs** (na grande maioria, resfriado comum), chama a atenção que na CASAI 43,2% dos pacientes têm entre 20 e 49 anos. Em área, este mesmo grupo constitui apenas 24,5% dos pacientes atendidos por causa de “outra IRA”.

Entre os pacientes que foram atendidos por causa de **parasitose intestinal**, também pode-se observar que na CASAI um grande percentual (34,7%) dos pacientes pertence à faixa etária de 20 a 49 anos, porém em área são apenas 16,2% nesta idade.

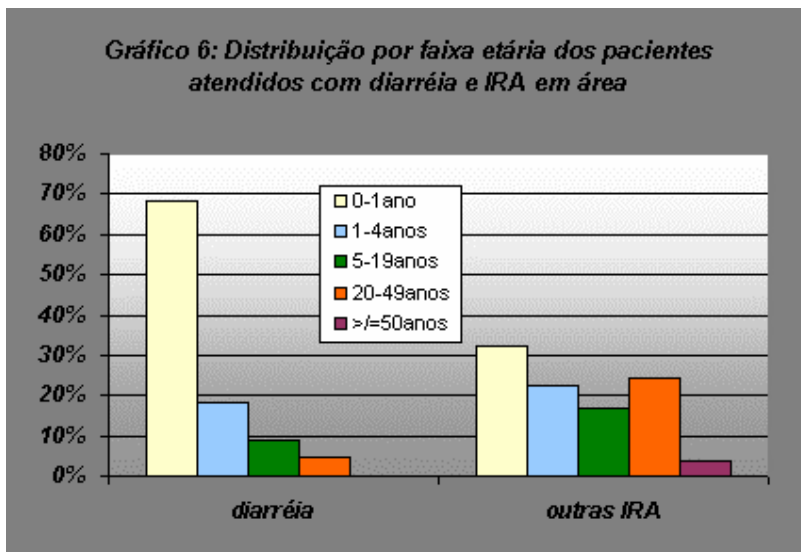
Outra patologia que apresenta uma distribuição de faixa etária parecida com as acima analisadas é a **diarreia**: em área, 86,4% dos pacientes são crianças de até 4 anos de idade e apenas 4,8% (um paciente) tem entre 20 e 49 anos. Diferente é a distribuição entre os pacientes com diarreia que procuraram atendimento na CASAI: 30% pertencem ao grupo com 20 a 49 anos, e 65% são crianças de até 4 anos.

Dos pacientes com **escabiose** que foram atendidos na CASAI, 90,1% têm até 4 anos de idade.

Quando o atendimento é feito em área, observa-se um percentual de 42,3% de pacientes na idade adulta.

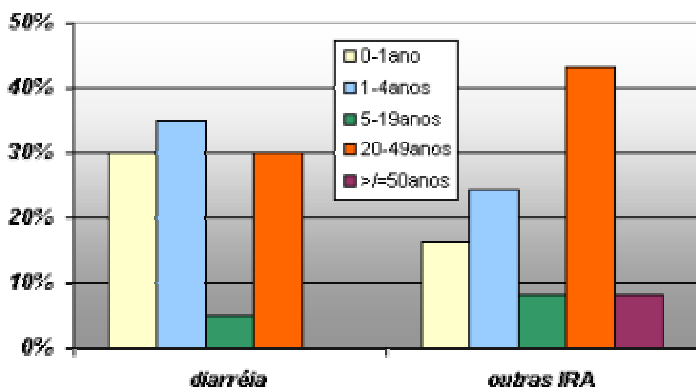
No caso das **conjuntivites**, em área foram atendidas quase exclusivamente crianças de até 4 anos (93,3%). Na CASAI todas as faixas etárias são representadas, sem que uma delas predomine de forma significativa.

Dos pacientes que procuraram atendimento com **queixas reumáticas** junto às equipes em área, todos têm 50 anos ou mais. Na CASAI, apenas 33,3% pertencem a este grupo, e 66,7% ao grupo de 20 a 49 anos.



	Diarréia	Outras IRA
0-1ano	68,20%	32,10%
1-4anos	18,20%	22,60%
5-19anos	9,10%	17,00%
20-49anos	4,50%	24,50%
>=50anos	0,00%	3,80%

**Gráfico 7: Distribuição por faixa etária dos pacientes atendidos com diarreia e IRA na CASAI**



	Diarreia	Outras IRA
0-1ano	30,00%	16,20%
1-4anos	35,00%	24,30%
5-19anos	5,00%	8,20%
20-49anos	30,00%	43,20%
>=50anos	0,00%	8,10%

## DISCUSSÃO e INTERPRETAÇÃO

Em vários itens chamou a atenção que o subgrupo de pacientes de 20 a 49 anos predomina nos atendimentos feitos na CASAI, mais acentuadamente do sexo masculino. Levando em consideração a organização de vida e sociedade dos Kulina, sabe-se que é este grupo que mais frequenta a cidade para vender produtos, fazer compras, simplesmente passear e, mais recentemente, buscar salários. Possíveis interpretações do predomínio deste grupo nos atendimentos feitos na CASAI são, então, que eles adoecem durante a estadia na cidade, ou aproveitam a estadia na cidade para procurar atendimento, ou usam uma enfermidade para facilitar a viagem para a cidade (transporte, hospedagem, alimentação pagos pelo DSEI). Em geral, estes são, entre os adultos (faixas etárias de 20-49 anos e  $\geq 50$  anos), os homens de maior mobilidade, tanto dentro da área indígena (caça, pesca e trabalhos mais demorados no roçado) quanto fora da área (viagens para a cidade). Assim, eles muitas vezes não estão presentes na aldeia quando as equipes vão lá atender ou, então, não necessitam de atendimento em área porque já procuraram o mesmo na cidade durante uma visita.

O grupo de 5-19 anos é aquele que ainda não viaja sozinho para a cidade, mas também não acompanha mais, necessariamente, os pais nas viagens (como as crianças de até 4 anos). Este fato explica, parcialmente, por que este subgrupo é atendido preferencialmente em área.

Damos menos importância ao fato de no grupo de  $>1$  a 4 anos o sexo feminino predominar tanto no atendimento na CASAI, já que se trata de crianças pequenas cujo modo de vida ainda não difere de forma notável conforme o gênero.

As patologias que predominam no atendimento em área são patologias de sintomatologia moderada, que, na maioria dos casos, não impedem a vida cotidiana e social. A definição Kulina de doença é feita a partir da condição de poder participar ou não da vida comunitária; isto ficou muito claro durante um curso para os Agentes Indígenas de Saúde em que trabalhamos as diferentes definições de saúde e doença. Lori Altmann, no seu trabalho de pós-graduação em antropologia social, também descreve este mesmo conceito do processo saúde-doença entre os Kulina. Deste ponto de vista, essas patologias não

seriam consideradas doença, e muito menos doença que justifique uma viagem à cidade. Pollock, na sua tese de doutorado “Personhood and illness among the Kulina of Western Amazon”, descreve que os Kulina diferenciam dois tipos de doenças: doença externa, “dsamacoma”, que vem do mato, e doença interna, “dori”, que é causada por feitiço. As doenças consideradas externas são, em primeiro lugar, doenças dermatológicas, ferimentos, mordidas de animais e, mais recentemente, gripe e diarreia. Elas são, geralmente, autodiagnosticadas, sendo consideradas benignas e fugazes. O fato de elas melhorarem facilmente com os chamados “remédios dos brancos” só confirma a sua benignidade. Assim, dificilmente se faria uma viagem só para procurar atendimento para uma patologia destas. Porém, quando o tratamento é oferecido na aldeia, ele é aceito e até desejado. Outros fatores que poderiam ajudar a explicar por que estas patologias são atendidas tão predominantemente em área são: a sua alta frequência, tão alta que a sua presença vira uma normalidade, e, no caso das dermatoses e parasitoses, a busca ativa destas patologias efetuada pelas equipes durante as viagens para área.

As patologias que se destacam entre os atendimentos feitos na CASAI são as de maior complexidade ou patologias esporádicas (trauma, acidente ofídico), que apenas por muito acaso coincidem com a estadia de uma equipe em área, e enfermidades que se adquire facilmente na cidade (DST, outras IRA, diarreia), principalmente quando as condições higiênicas são precárias ou quando há consumo de álcool com suas conseqüências prejudiciais para os cuidados pessoais. No caso da rubéola, houve uma epidemia na cidade de Eirunepé numa época em que havia maior presença de Kulina na cidade, por causa de um encontro de representantes indígenas.

Observou-se que o percentual de adultos que são atendidos por causa de enfermidades leves é significativamente mais alto na CASAI que em área. Com exceção das parasitoses, trata-se de doenças que se adquirem facilmente na cidade, como resfriado comum ou diarreia. Pollock, cujo trabalho já foi citado acima, observa que, entre os Kulina, já uma enfermidade pouco grave (como seria o caso das outras IRA e da diarreia) dá à pessoa o direito de assumir o papel social de doente, porém por um tempo curto. Pode-se supor que este papel de doente, quando assumido na cidade, inclua atendimento no pólo-base, mesmo que seja uma enfermidade leve.

Também consideramos de interesse epidemiológico o fato de que no caso das DST há um percentual mais elevado de mulheres quando o atendimento realiza-se em área. O predomínio geral do sexo feminino neste conjunto de enfermidades deve-se à candidíase, que acomete de forma sintomática mais as mulheres que os homens, porém não requer tratamento do parceiro assintomático. No caso das demais DST diagnosticadas em área, foi possível, em quase 100%, o tratamento do casal; na CASAI, muitas vezes, não, porque o parceiro, e mais freqüentemente a parceira, havia ficado na aldeia.

Mais uma curiosidade é o alto percentual de adultos com escabiose entre os atendimentos em área. O mesmo deve-se principalmente às mulheres. Na cultura Kulina, o contato corporal entre as mães e seus filhos de colo, que elas carregam praticamente o tempo todo - e inclusive dormem com eles na mesma rede - é mais intenso e constante do que o contato entre esposa e marido. Assim as mulheres com escabiose na idade adulta são as mães das crianças com escabiose, fato confirmado pelos prontuários.

## CONCLUSÕES

O presente trabalho mostrou com clareza que, entre os atendimentos realizados na CASAI, o subgrupo da faixa etária de 20 a 49 anos é privilegiado. Principalmente as faixas etárias de até 19 anos estão sub-representadas quando o atendimento é feito na cidade.

Quanto às patologias diagnosticadas na CASAI e em área, nota-se a grande importância da CASAI nas patologias mais raras e complexas, que requerem diagnósticos complementares e tratamento mais complicado ou prolongado (outras, trauma, tuberculose). Além disso, patologias esporádicas, mas graves, como trauma ou acidente ofídico, são atendidas quase exclusivamente na CASAI, porque dificilmente coincidem com a estadia das equipes em área. Para todas estas patologias é importante manter a CASAI como unidade de apoio.

O atendimento em área é indispensável no caso das patologias mais frequentes, principalmente em crianças, como parasitoses e dermatoses. Ao comparar os quadros epidemiológicos, observa-se que estas patologias estão sub-representadas de forma expressiva entre os atendimentos feitos na CASAI. Trata-se de patologias de baixa mortalidade e moderada sintomatologia, mas de presença constante entre a população. Levando em consideração o conceito Kulina de doença, entende-se por que eles, por si, não dão muita atenção a estas patologias, que são consideradas doenças externas e, por isso, definidas como leves e passageiras. Este fato não impede que, quando oferecido, o tratamento seja aceito.

Para garantir a promoção de saúde entre os Kulina, o atendimento em área tem que ser mantido ou até ampliado; se não o for, deixará de atender de forma adequada a população inteira e patologias de alta frequência.

## BIBLIOGRAFIA

ALTMANN, LORI, 1998. *Interpretação Kulina sobre o processo saúde/doença*. Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

POLLOCK, DONALD, 1985. *Personhood and illness among the Kulina of Western Brazil*. Thesis for doctor of Philosophy. New York: University of Rochester.

POLLOCK, DONALD, 1994. *Etnomedicina Kulina*. Em: Saúde & Povos Indígenas (Santos, Ricardo V. & Coimbra Jr., Carlos (orgs.)), pp143-160, Rio de Janeiro: Fiocruz.

SCHELLENBERG, KERSTIN, 1999. *Die Kulina im brasilianischen Amazonas: Eine Fallstudie zu Risiken und Risikominimierung*. Schriftliche Hausarbeit zur Erlangung des Magister Artium an der Philosophischen Fakultät zu Köln. Institut für Völkerkunde, Köln.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, PREFEITURA DE EIRUNEPÉ – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002. *Plano Distrital de Saúde (pólo-base de Eirunepé-AM. Eirunepé.*

ATHIAS, RENATO; MACHADO, MARINA, 2001. *A saúde indígena no processo da implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cadernos de Saúde Pública v.17 n.2, Rio de Janeiro*