

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL
26/07/95
YAD00253



**RELATÓRIO DE
ATIVIDADES DE
SAÚDE NA ÁREA
YANOMAMI**

TOOTOTOBÍ - BALAWAÚ - DEMINI

1 9 9 4

**ELABORADO PELOS MÉDICOS
CLAUDIO ESTEVES DE OLIVEIRA
DEISE ALVES FRANCISCO**

CCPY
Comissão pela Criação do Parque Yanomami



Claudia Andujar

Edição e Publicação

CCPY - Comissão pela Criação do Parque Yanomami
Rua Manoel da Nóbrega 111 cj.32 CEP 04001-900 São Paulo SP Brasil
Telefone: (+55.11) 289 1200 Fax: (+55.11) 284 6997

Coordenação Editorial

Claudia Andujar

Redação do texto de Saúde

Dr. Claudio Esteves de Oliveira (Médico de Campo)
Dra. Deise Alves Francisco (Médica Coordenadora de Saúde)

Redação do texto de Infra-Estrutura

Carlo Zacchini

Gráficos e Quadros de Saúde

Claudio Esteves de Oliveira / Deise Alves Francisco
(participação de Silvia Freire Costa)

Design e Produção Gráfica

Roberto Strauss

Colaboradores

Silvia Freire Costa - Secretaria / Op. Computador
João das Neves Filho - Auxiliar Enfermagem
Jorge André Gurjão Vieira - Auxiliar Enfermagem
Marcos Teodoro do Carmo - Microscopista

**Agradecemos aos outros profissionais de
saúde que colaboraram neste mesmo período.**

Janeiro de 1995

ÍNDICE

	Apresentação	5
I	Dados Populacionais	6
II	Informações de Saúde	8
III	Operacionalização	18
IV	Participação Indígena	22
V	Conclusão	23
VI	Anexo	24

APRESENTAÇÃO

O presente relatório se refere às atividades desenvolvidas pela CCPY durante o ano de 1994, através do Projeto de Assistência Permanente à Saúde Yanomami nas regiões do Demini, Toototobi e Balawaú.

O acontecimento mais relevante deste período foi a reintrodução de malária, em índices alarmantes, através da presença de garimpeiros na região de fronteira, no lado venezuelano, desde o início do ano. Mais uma vez pudemos constatar as desastrosas conseqüências dessa atividade, primeiramente nas comunidades do Toototobi e, logo em seguida, no Balawaú. Segundo as informações dos yanomami, há atualmente garimpeiros trabalhando também nas cabeceiras do rio Toototobi e as equipes de campo relatam ouvir o ruído dos motores no posto, à noite, e o freqüente sobrevôo de aeronaves de garimpeiros durante o dia. A ineficiente fiscalização do território no lado brasileiro e a falta de entrosamento com as autoridades venezuelanas, responsáveis por este controle no outro lado da fronteira, expuseram essas populações a uma grave situação de saúde, aumentando em 3 vezes a incidência de malária em nossa área de atuação, em relação ao ano de 1993.

Um outro fato importante foi a assinatura, em agosto, de um convênio entre a CCPY e a Fundação Nacional de Saúde que, através do repasse de recursos do Programa de Controle de Malária na Amazônia (PCMAM/Banco Mundial), permitiu a incrementação de nossas atividades a partir dessa data e garantirá a continuidade do projeto até junho/95.

O ano de 1994 foi também o ano em que aprofundamos a discussão das propostas de reestruturação interna, sugeridas pela consultoria contratada de dezembro/93 a março/94. Além da mudança do modelo centralizado anterior para uma estrutura matricial, com maior autonomia de gerenciamento técnico-orçamentário para as coordenações de projetos, a avaliação da nova realidade de trabalho, junto aos yanomami, possibilitou importante atualização de nossos macro-objetivos.

A crescente curiosidade dos yanomami em relação ao mundo dos "napè" (brancos), com seus tratamentos de doenças antes não conhecidas, mas que hoje os ameaçam, e o interesse em aprender a nossa língua e a escrever, demonstram que existe um grande potencial de troca de informações, proporcionado pela convivência constante com nossas equipes. Esse interesse tem nos motivado a continuar o Projeto de Saúde com uma participação cada vez maior dos índios, estimulando uma futura autonomia no controle das doenças introduzidas pelo contato.

DADOS POPULACIONAIS

A população atualmente assistida pelo Projeto de Saúde da CCPY compreende aproximadamente 1200 yanomami, distribuídos em 35 comunidades. Destes, mais de 600 recebem assistência permanente e regular, garantida pela existência dos três postos de saúde nas regiões do Demini, Toototobi e Balawaú. O restante da população (cerca de 600 pessoas) procura os postos de saúde de forma intermitente, proveniente de regiões onde não existe assistência à saúde.

A seguir apresentaremos o quadro populacional distribuído nas regiões do Balawaú, Demini e Toototobi, que recebem nossa assistência permanente, e a população de outras regiões que procura nossos postos para atendimentos eventuais.

População - Aproximadamente 1.200 Yanomami

1 - ASSISTÊNCIA PERMANENTE DA CCPY

SUB-REGIÃO	POP. TOTAL	MALOCA	POP. MALOCA	DISTÂNCIA A PÉ / PIN
POSTO BALAWAÚ	214	BALAWAÚ	19	7 horas
		HWAYASIKE	54	1 dia na serra
		KOREHEBI	34	3 horas
		RAHARABI	14	2 dias
		ROBERTO	20	2 horas e meia
		UXIXIMABIU	34	3 horas
		XAKIBI	19	meia hora
		XOTOKOMABI	20	7 horas
POSTO DEMINI	94	WATORIK	94	meia hora
POSTO TOOTOTOBÍ	324	EDUARDO	16	5 horas
		FIALHO	47	3 horas
		HAXIMU	75	3 horas e 45 min.
		MAKOS	42	3 horas e 45 min.
		PAULINO	47	2 horas
		TOTÔ	97	1 hora e 15 min.
3 POSTOS	632	15 MALOCAS		

2 - ATENDIMENTOS EVENTUAIS A OUTRAS MALOCAS

REGIÃO	POP. TOTAL	MALOCA	POP. MALOCA	DISTÂNCIA A PÉ / PIN
TARAÚ	22	WEYUKUTHERI	22 (CI)	P. BW - 3 dias
AJURICABA (FUNAI/AM)	64	ITON	64	P. DM - 3 dias
ARACÁ (MNTB)	96	KEBROBE	96	P. DM- 4 dias
NOVA DEMINI (MNTB)	120	ANTONIO	60 (CI)	P. TT- 9 horas
		CANTUÁRIO	60	P. TT - 9 horas
VENEZUELA	281	MAXABATHERI	59 (CI)	P. BW- 8 dias (?)
		XIHOMETHERI	70 (CI)	P. BW- 8 dias (?)
		MANAKARIUTHERI	36 (CI)	Vários dias
		ORINOKUTHERI	25 (CI)	
		MAAMAROHAOBRAOBE	20 (CI)	
		YEHIOBATHERI	12 (CI)	
		MAAMABATHERI	12 (CI)	
		TOMOKOXOBATHERI	12 (CI)	
		HUXIMATHERI	11 (CI)	
		RIAWEKITHERI	8 (CI)	
		DEXAMUITHERI	7 (CI)	
		HABAKAKITHERI	4 (CI)	
		SIMOKOTHERI	2 (CI)	
HYOMOSITHERI	3 (CI)			
5 REGIÕES	583	19 MALOCAS		

CI = Censo incompleto. P. BW = Posto Balawaú. P. DM = Posto Demini. P. TT = Posto Toototobi.

Nota: Não há censo completo e atualizado das populações do Taraú e Venezuela que receberam atendimento eventual na CCPY.

1 - MALÁRIA

Introdução

A malária continua sendo um dos principais problemas de saúde encontrados na população yanomami assistida pela CCPY.

No ano de 1994 comprovamos, mais uma vez, a clara relação entre a invasão de garimpeiros e o aumento da incidência de malária entre os yanomami.

A causa deste aumento, como já referido em nosso relatório anterior, deveu-se à maciça invasão de garimpeiros, no território venezuelano próximo à fronteira com o Brasil. Estes garimpeiros estão atuando, desde o início de 1994, nos afluentes do rio Orinoco e, atualmente, nas cabeceiras do rio Toototobi. As viagens para a Venezuela realizadas pela comunidade Hwaxemeutheri, a fim de visitar parentes, empreender expedições de caça, colher a produção de roças antigas e participar de cerimônias fúnebres de seus aliados, permitiu, a cada retorno, a reintrodução em larga escala da doença no Toototobi, que acabou por atingir a todas as comunidades desta região. Somente no mês de setembro verificamos no Toototobi um total de 88 casos de malária, alcançando um inédito coeficiente percentual de incidência mensal de 28,8% (gráfico 1).

No mês seguinte, as comunidades do Balawaú, que vivem a uma distância do Toototobi que pode ser percorrida a pé em seis a nove horas, também começaram a apresentar uma alta incidência de malária, transmitida nas freqüentes visitas intercomunitárias entre as duas populações. Os coeficientes percentuais de incidência mensal de malária no Balawaú de outubro e novembro foram, respectivamente, 15,8 e 17,2% (gráfico 2).

Nesta ocasião, com a ampliação dos recursos obtidos através do convênio com a FNS, intensificamos as ações de saúde e tivemos também a participação, por duas oportunidades, de equipes de entomologia da FNS que atuaram no combate e controle de vetores.

Por outro lado, o líder Davi Yanomami, juntamente com outras lideranças do Toototobi que já compreendem bem a relação do garimpo com o aumento de doenças, promoveram uma reunião com a comunidade Hwaxemeutheri objetivando esclarecer o risco que todos estavam correndo com as viagens para áreas ocupadas por garimpeiros e com alta incidência de malária.

Todas estas medidas resultaram na diminuição progressiva dos coeficientes de incidência mensal de malária no Toototobi e no Balawaú atingindo em dezembro/94, respectivamente, 4,3% e 2,3% (gráficos 1 e 2).

Ainda assim, infelizmente, somamos no ano de 1994 um total de 448 casos de malária (quadro I), sendo 44,2% por malária falciparum. Vários pacientes com m. falciparum foram atendidos em estado grave, sendo que 7 evoluíram para o óbito.

Coefficiente de Incidência de Malária

Contabilizando toda a área de atuação permanente da CCPY e sua população, o coeficiente percentual de incidência anual de malária, no ano de 1994, alcançou 70.9%. Este mesmo coeficiente em 1993 foi de 23.0%, ou seja, o risco de contrair malária aumentou em aproximadamente 3 vezes em 1994, em relação ao ano anterior (quadros I e II).

Apenas no Toototobi, em que parte da população entrou em contato direto com o garimpo, este índice atingiu 108,9%. O número de casos de malária nesta região (353 casos) correspondeu a 78.8% do número total de casos da doença no ano (448 casos), registrados nos três postos de atendimento da CCPY.

Por outro lado, considerando os dados referentes a malária em todo o estado de Roraima (Dados fornecidos pela FNS-RR / Setor de Endemias), verificamos que o coeficiente de incidência anual, no ano de 1994, foi de 7,5%. Ou seja, 10 vezes menor do que em nossa área de assistência. Estas informações revelam uma grave situação e a necessidade de encarar a população yanomami como de alto risco, justificando uma concentração de esforços para a prevenção e controle da doença.

Coefficiente de Letalidade por Malária Falciparum

Este coeficiente, que mede o percentual de casos de malária Falciparum que evoluíram para o óbito, serve para avaliar a gravidade da doença nesta população e está, também, diretamente relacionado com a qualidade e presteza da assistência, assim como a participação dos índios, comunicando imediatamente os casos suspeitos, contribuindo para que o atendimento se faça o mais rapidamente possível.

No ano de 1994 este coeficiente para malária falciparum em nossa área foi de 3,5%.

Controle de Malária

A estratégia de controle de malária aplicada em nossa área de atuação obedece às diretrizes do Programa Nacional do Controle de Malária do Ministério da Saúde, adaptadas pela Gerência Técnica do Distrito Sanitário Yanomami (DSY) às nossas especificidades.

Temos como meta permanente a realização de busca ativa mensal em toda a população e o tratamento completo dos casos positivos, assim como o diagnóstico e o tratamento da demanda espontânea que surge nas visitas às malocas para outros atendimentos, ou na procura de assistência nos postos, nos intervalos de nossas visitas.

Conseguimos colher no ano de 1994 um total de 4917 lâminas para pesquisa hematoscópica de Plasmodium. Este número não pôde ser ampliado, em função das habituais viagens para regiões distantes empreendidas pelos yanomami.

Quadros de Malária

Quadro I - 1994

	Número de Casos	Coefficiente Incidência Anual (%)	Vivax	Falciparum	Mista
TOOTOTOBÍ	353	108,9	209	141	3
BALAWAU	94	43,9	37	56	1
DEMÍNI	1	1,1	0	1	0
TOTAL	448	70,9*	246	198	4

* Sobre a população das 3 regiões

Quadro II - 1993

	Número de Casos	Coefficiente Incidência Anual (%)	Vivax	Falciparum	Mista
TOOTOTOBÍ	39	13,0	36	2	1
BALAWAU	97	43,4	8	89	0
DEMÍNI	5	5,6	3	2	0
TOTAL	141	23,0	47	93	1

2 - GRIPE

A baixa resistência específica para esta doença e o contato relativamente recente com diversos vírus da gripe, que não permitiu ainda o desenvolvimento de uma imunidade adquirida satisfatória, fazem com que esta enfermidade seja ainda uma séria ameaça à saúde dos yanomami.

No ano de 1994 atendemos um total de 1706 casos de gripe que correspondem a 49% de todos os atendimentos (gráficos 4 e 5). Cerca de 10% dos casos evoluíram com complicações que na grande maioria das vezes são por pneumonia bacteriana. No ano anterior, o número de casos de gripe foi de 2361 e o percentual de complicações foi de 21.5%.

Embora não possamos ainda estabelecer com certeza a(s) causa(s) desta diminuição, podemos supor que a aquisição de alguma resistência tenha já ocorrido. Uma possível virulência mais baixa destes agentes pode também ter contribuído para esta redução.

No entanto, consideramos prematuro estabelecer uma relação exata entre estes fatores, o que só poderá acontecer com o passar dos anos, desde que o atendimento seja mantido nos atuais padrões.

3 - PARASITOSE INTESTINAL

Sabemos que é alta a incidência de parasitose intestinal nos yanomami, através de alguns inquéritos epidemiológicos realizados na área indígena ou por amostragem dos yanomami que são removidos à Casa do Índio para tratamento em regime de internação hospitalar. Em algumas regiões esta incidência foi superior a 80%.

Para tentar reduzir a incidência de verminoses, optamos pela realização de tratamento em toda a população, periodicamente, respeitando as contra-indicações.

Realizaremos também inquéritos semestrais, por amostragem examinada na área, para reavaliação da incidência e os métodos terapêuticos empregados.

4 - TUBERCULOSE E CALAZAR

Estas doenças representam um grave problema de saúde para a população yanomami em geral.

Entretanto, em nossa área de abrangência não registramos no ano de 1994 nenhum caso de tuberculose ou calazar. Em 1993 dignosticamos apenas um caso de calazar, no Balawaú, com confirmação parasitológica realizada em campo, através de punção esplênica.

Uma vigilância epidemiológica rigorosa deve ser mantida em relação a estas doenças, visando o imediato diagnóstico e tratamento de casos novos e evitando a rápida disseminação observada em outras regiões no território yanomami.

5 - ACIDENTE OFÍDICO

Atendemos a um caso de envenenamento laquétrico, de gravidade moderada, que foi tratado com soro específico e, posteriormente, remoção do paciente para Boa Vista, para amputação de uma falange distal.

6 - OUTRAS DOENÇAS

Outras doenças como diarreia, afecções dermatológicas e conjuntivite tiveram alta incidência (gráfico 4 e 5), semelhante ao ano anterior. Esperamos que no futuro, com a formação de monitores indígenas de saúde, possamos diminuir também a incidência destas doenças, através de uma abordagem preventiva mais eficaz.



7 - NATALIDADE

No decorrer do ano de 1994 foram registrados 45 nascimentos, determinando um alto coeficiente de natalidade geral (C.N.G.), superando inclusive o C.N.G. do ano de 1993.

C.N.G. 1993 - 53.9

C.N.G. 1994 - 71.2

8 - MORTALIDADE

Ocorreram no ano 23 óbitos no total, sendo as seguintes causas mortis por região:

- Balawaú - 1 malária Falciparum
1 pneumonia
2 causas desconhecidas
- Toototobi - 6 malárias Falciparum
2 óbitos peri-natais
2 causas puerperais
1 traumatismo crâneo-encefálico
5 infanticídios
- Demini - 3 infanticídios

Normalmente os yanomami procuram evitar a gravidez indesejada. Contudo, quando ela ocorre, o infanticídio é um recurso culturalmente aceito, praticado imediatamente após o parto, por decisão final materna.

As causas mais comuns são a presença de alguma malformação congênita ou estigma identificado pelos yanomami, impossibilidade de cuidar da criança, devido ao nascimento precoce, ou seja, com intervalo inferior a pelo menos dois anos em relação ao filho anterior (dificultando assim a amamentação e as tarefas de subsistência da família), gemelaridade e ausência do pai, por abandono ou morte.

Não é costume optar por este recurso de controle familiar, quando a criança, logo após o parto, é acolhida e amamentada pela mãe.

O coeficiente de mortalidade geral (C.M.G.) em 1994 foi 36.4, representando o dobro do ano anterior (18.0). Já o coeficiente de mortalidade infantil (C.M.I.), incluindo os infanticídios, atingiu 266.7.

Contudo, considerando que os infanticídios não representam óbitos provocados diretamente por doenças e sim um mecanismo cultural de controle familiar, que pode inclusive estar parcial e indiretamente relacionado ao impacto da nossa assistência, apresentamos a seguir, para uma ampliação da análise epidemiológica, os C.M.G. e C.M.I., excluindo os infanticídios:

C.M.G. - 23.7

C.M.I. - 88.9



9 - REMOÇÕES

Foram necessárias 5 remoções de pacientes para tratamento médico em Boa Vista.

As causas foram:

- Demini - 2 odontalgias
 - amputação de falange distal devido à necrose provocada por acidente ofídico laquético
- Balawaú - tratamento cirúrgico de invaginação intestinal
- Toototobi - politraumatismo

As remoções de yanomami da área implicam em um esforço maior para o pessoal do escritório de Boa Vista, em virtude da precariedade do sistema de saúde público da cidade, em especial no atendimento aos pacientes indígenas.

10 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS

Realizamos de janeiro a dezembro de 1994 um total de 3453 atendimentos de saúde, que ocorreram nas visitas às comunidades ou nos três postos.

11 - INCIDÊNCIA DE DOENÇAS

A seguir, apresentamos a tabela de coeficientes de incidência anual das principais doenças (por cem habitantes), os gráficos de incidência e a relação percentual destas incidências com o total de atendimentos gerais (gráficos 4 e 5) e por região (gráficos 6, 7, 8, 9, 10 e 11)

COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA ANUAL - C.I.A.

Base referencial da população = 100

$$\text{C.I.A.} = \frac{\text{número de casos}}{\text{população exposta}} \times 100$$

Doença	Número de Casos	C.I.A.
Gripe	1706	269.9
Complicações de Gripe	172	27.2
Malária	448	70.9
Diarréia	79	12.5
Conjuntivite	313	49.5
Infecção Urinária	40	6.3

Incidência de Doenças - 1994

Geral: 3453 atendimentos.

Gráfico 4: Números Absolutos

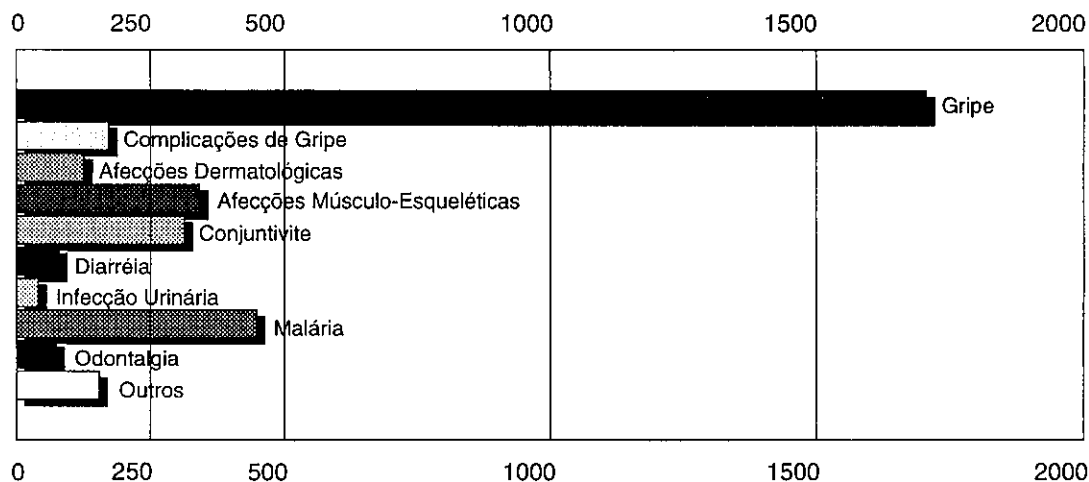
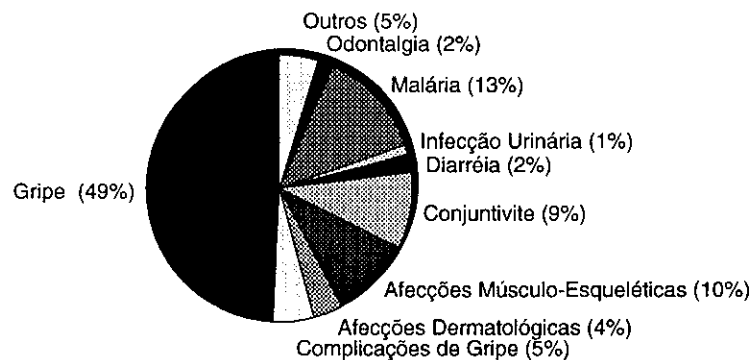
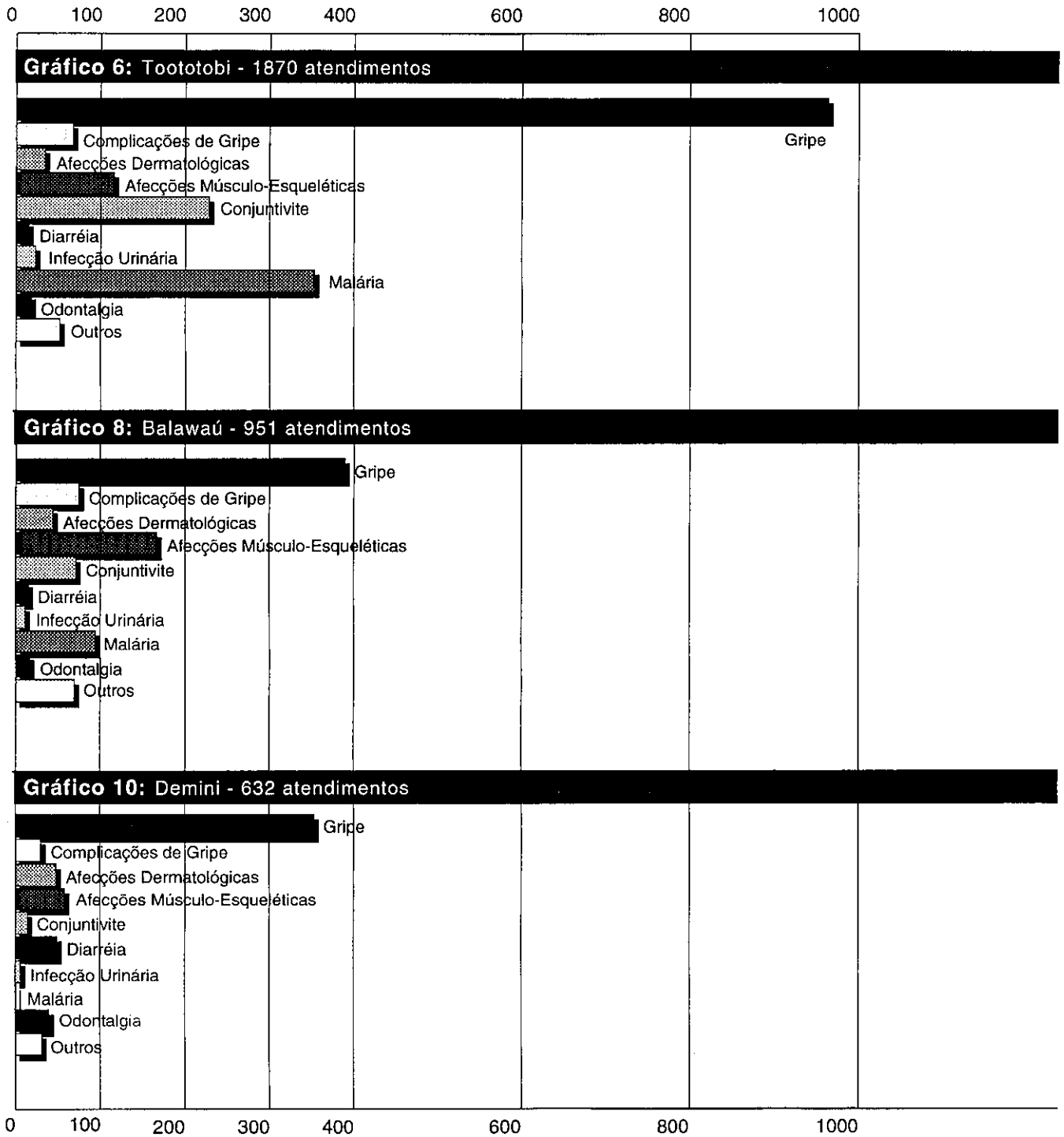


Gráfico 5: Em porcentagem



Incidência de Doenças - 1994 - Números Absolutos



Incidência de Doenças - 1994 - Em porcentagem

Gráfico 7: Toototobi

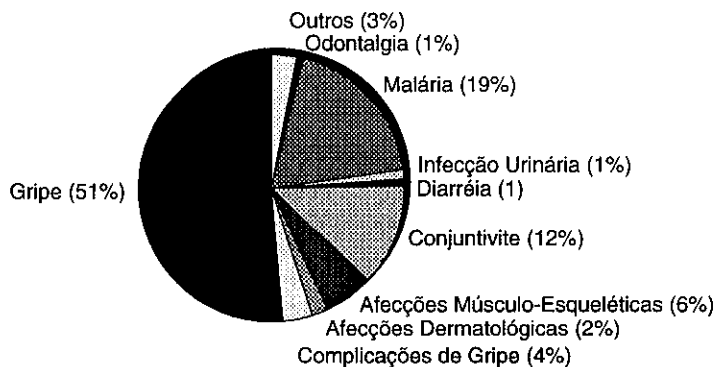


Gráfico 9: Balawaú

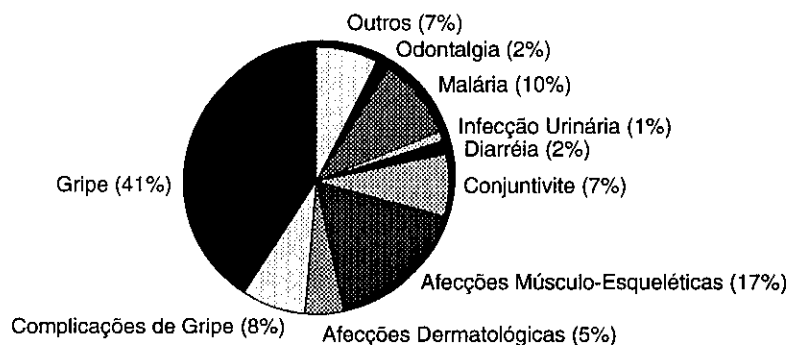
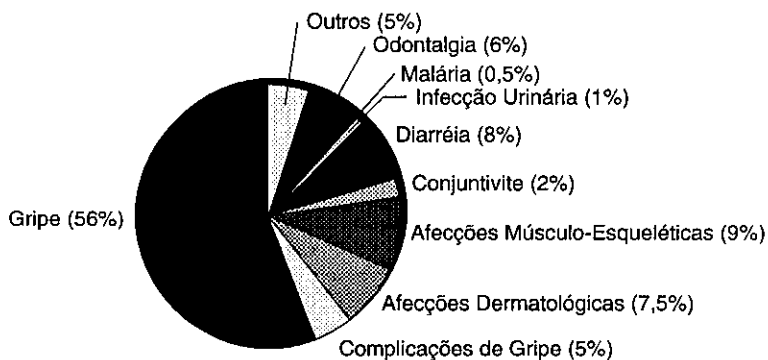


Gráfico 11: Demini



OPERACIONALIZAÇÃO

1 - EQUIPE DE ÁREA

A partir de agosto, após a assinatura do convênio CCPY/FNS, reestruturamos a equipe de campo. Além dos 4 profissionais de área que já trabalhavam conosco há mais de 2 anos, contratamos mais 6 através de um processo seletivo simplificado (entrevista + curriculum), com o apoio da Escola de Enfermagem, em Manaus.

Todos os profissionais passaram por um treinamento em serviço, realizado pelo médico de campo, onde eram abordadas as especificidades do nosso trabalho, do modo de vida yanomami, além de aulas teóricas sobre as principais doenças que ocorrem na área.

Também em agosto, foram adquiridos alguns equipamentos médicos básicos permitindo a melhoria das condições de trabalho, o que, aliado a uma remuneração mais compatível para os profissionais de nível médio, contribuiu para a atual estabilização da equipe.

O quadro atual de profissionais de campo é o seguinte:

1 médico

2 laboratoristas

8 auxiliares de enfermagem.

2 - MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

Através de doações, principalmente da UNICEF, da farmácia do DSY/FNS e CEME, conseguimos manter os estoques de medicamentos e materiais de consumo básicos das farmácias dos postos de acordo com as necessidades dos atendimentos.

Eventualmente, quando o fornecimento pela FNS e CEME se tornava irregular, precisamos comprar alguns itens no comércio local.

O controle dos estoques é feito através do envio mensal dos relatórios de enfermagem de cada posto ao escritório de Boa Vista, que nos informam a quantidade existente de cada um dos medicamentos e materiais de consumo padronizados.

Em Boa Vista, comparando o levantamento das farmácias dos postos com o estoque ideal previsto para cada um dos itens, calculamos mensalmente a quantidade a ser enviada para a área.

Conforme já mencionamos, adquirimos, a partir do segundo semestre, mais alguns equipamentos médicos essenciais para o bom desenvolvimento dos trabalhos, como: microscópios, estetoscópios, otoscópios, balanças, termômetros, material para pequenas cirurgias, nebulizadores, entre outros.

3 - COORDENAÇÃO E APOIO LOGÍSTICO EM BOA VISTA

Para a coordenação dos trabalhos e o suporte logístico das atividades de campo, contamos com uma equipe de 6 profissionais em Boa Vista:

1 médico coordenador

1 administrador

1 secretário/digitador

1 auxiliar de administração

1 auxiliar de escritório

1 motorista.

Os relatórios padronizados de enfermagem, enviados mensalmente para Boa Vista, são a base para o acompanhamento das ações desenvolvidas em campo. Através desses relatórios realizamos a computação dos dados de saúde, o controle de estoque das farmácias e a atualização do censo. Estes relatórios nos fornecem os dados que divulgamos nos relatórios médicos periódicos, auxiliando na análise da situação de saúde e no planejamento e coordenação dos trabalhos.

Realizamos este ano um total de 37 vôos para o transporte das equipes, medicamentos e demais materiais para os postos. A média mensal deste ano, acima do previsto de um vôo quinzenal, deveu-se à necessidade de agilização do término da construção do Posto do Balawaú e das frequentes idas do médico de campo para a área para atendimentos e treinamento de profissionais.

Mantivemos o sistema de comunicação diária com os postos via radiofonia, com esquema de plantão nos finais de semanas e feriados.

4 - INFRA-ESTRUTURA

De janeiro até agosto, antes da assinatura do convênio CCPY/FNS, praticamente não houve investimento na infra-estrutura dos postos.

A construção do Posto Yano, no Balawaú, foi concluída em fins de março/94, ainda com recursos do ano orçamentário anterior.

Por motivos de saúde, o coordenador voluntário do Projeto de Infra-estrutura teve de se ausentar e somente na sua volta, em novembro de 1994, foi contratado um assistente de campo, que após uma atualização das necessidades de manutenção e reformas dos postos, se encontra atualmente em área encaminhando as atividades.

Balawaú

Estamos mantendo um ajudante de serviços gerais para manutenção da pista e melhoria da área de aproximação da mesma. Começamos a destocar e aplainar 100 metros no final da pista.

Pequenos reparos foram realizados no posto e, com o apoio do Horto Municipal de Boa Vista, foram plantadas árvores frutíferas ao redor do posto para complementação alimentar das equipes e dos yanomami internados.

As paredes do posto foram pinceladas com óleo diesel e, com a nebulização e borrifação de toda a área circunvizinha com Malathion, foram reduzidas substancialmente as formigas jiquitaias, que tanto transtorno causavam a todos quando do início das atividades na região.

Toototobi

Para a reforma das três casas que compõem o posto de saúde foram levados de Boa Vista diversos materiais e ferramentas para o trabalho. Alguns materiais não foram possíveis de serem encontrados nem em Boa Vista, nem em Manaus (como a tela metálica) e por isso foram encomendados em São Paulo. Um técnico está no momento na área, providenciando os materiais locais necessários para a reforma. Já foram cortados e trazidos para o posto 6 metros cúbicos de madeira.

Para o auxílio na limpeza da pista e arredores do posto foi adquirida uma roçadeira que será usada pelas equipes de saúde. Até o momento este trabalho era realizado pelos yanomami, sob pagamento de serviços, e pelas equipes de saúde.

Para permitir o atendimento nas malocas durante a época das chuvas, quando às vezes o acesso a pé fica interditado, adquirimos uma canoa de alumínio com motor de rabeta. Esta aquisição foi de fundamental importância para o controle dos altos índices de malária nos últimos meses.

Demini

Iniciamos o trabalho de reforma do posto e manutenção da pista de pouso com a presença de um serrador. Todo o trabalho de limpeza da pista e derrubada nas áreas de aproximação foi feito com mão de obra indígena. Os yanomami também ajudaram o serrador preparando as toras, na limpeza do lugar de trabalho e no transporte da madeira beneficiada até o posto.

Ainda não nos foi possível a aquisição de cadeia de frio para os postos.

5 - VACINAÇÃO

Em virtude da alta incidência de malária e gripe entre os yanomami e a escassez de recursos disponíveis, optamos pelo adiamento da programação da cobertura vacinal para o ano de 1995.

Programamos para abril/95 a realização das três vacinas dose única nos três postos, ou seja, BCG, Febre Amarela e Sarampo. Ainda no primeiro semestre/95 iniciaremos a primeira dose das vacinas Hepatite B, Tríplice e Anti-Pólio. As segundas e terceiras doses destas vacinas serão realizadas no segundo semestre, respeitando os intervalos recomendados pelo Programa Nacional de Imunização.

6 - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Pelos mesmos motivos expostos anteriormente, não foi possível realizar o atendimento odontológico programado no início do ano de 1994. Com os recursos que ora dispomos, programamos para os meses de abril e novembro de 1995 a visita de um odontólogo para um novo levantamento C.P.O., atendimento dos casos e treinamento básico dos auxiliares de enfermagem em prevenção de cáries e urgências odontológicas.

PARTICIPAÇÃO INDÍGENA

Após três anos de convivência diária, os yanomami e as equipes de saúde têm consolidado diversas experiências de cooperação. A participação ativa dos índios tem se dado em várias etapas do trabalho. Nas ações de saúde temos observado esta participação, principalmente, na mobilização para as atividades coletivas de realização de lâminas para pesquisa de malária e tratamento em massa de verminose, na solicitação por atendimento nas malocas ou nos postos e transporte de equipamentos médicos e medicamentos para as comunidades.

Outra cooperação importante ocorreu durante a construção da pista e do posto de saúde do Balawaú e atualmente na ajuda para a manutenção das três pistas e postos. Neste caso a motivação principal ainda é a aquisição de bens de troca através do pagamento destes serviços.

Continuamos com a preocupação em não interferir, através de nossas condutas, nas terapêuticas tradicionais. Pelo contrário, procuramos sempre estimular o trabalho em conjunto com o xamanismo, tanto nas doenças classificadas pelos yanomami como "doenças de yanomami" ou "da floresta", como nas doenças que os yanomami identificam como introduzidas pelo contato, às quais dão o nome de "doenças de branco".

Por outro lado, a educação informal em saúde ocidental, desenvolvida ao longo do cotidiano das atividades do projeto e nas reuniões anuais com os índios, introduziu novos conceitos sobre a nossa medicina (necessários para o enfrentamento das doenças introduzidas pelo contato) e criou a motivação dos Yanomami para o aprofundamento deste aprendizado.

No entanto, a formação de um agente de saúde indígena, coletando, identificando e lendo lâminas de malária, realizando diagnósticos e tratamentos com medicamentos não tradicionais, só será possível com o seu aprendizado acerca do modo pelo qual hoje adoecem e estão ameaçados, em paralelo com a aquisição de conhecimentos de escrita em yanomami, em português e aritmética básica. Por todos estes motivos consideramos o momento oportuno para a iniciação de um Projeto Educacional para breve.

No momento, há que intensificar, entre os yanomami, o entendimento da importância de se manter o território demarcado livre de invasões, denunciar imediatamente a presença de terceiros na área e introduzir conceitos de vigilância epidemiológica. Assim, ao nosso ver, o início da formação dos yanomami para a auto gestão em saúde ocidental é antes política que técnica. Não temos dúvida que o caminho é longo.

CONCLUSÃO

Hoje, após quase 3 anos de esforço e dedicação de todos, partindo praticamente do zero em fevereiro de 1992, conseguimos implantar um sistema de atendimento permanente à saúde de mais de 600 yanomami e, eventualmente, de outros 600 oriundos de outras regiões sem qualquer assistência. As complexidades e especificidades das relações entre nosso sistema médico e o sistema tradicional indígena, das inóspitas condições de trabalho de campo, da montagem de equipe de profissionais, da padronização de rotinas e coleta de dados, da logística, do transporte e da infra-estrutura, foram trabalhadas, passo a passo, ao longo desse tempo.

Desde o início, o interesse e a participação dos yanomami foram decisivos para que o projeto se tornasse uma realidade, mesmo em regiões nunca antes contactadas pela sociedade envolvente (caso de certas comunidades do Balawaú). Esse processo de desenvolvimento em saúde ocidental dos yanomami criou as condições necessárias para implantação de um Projeto Educacional, que certamente ampliará a participação dos índios no nosso sistema de saúde.

No entanto, conforme demonstramos neste relatório, continuam sendo ainda muito preocupantes as reinvasões do território por garimpeiros, reintroduzindo continuamente as doenças em toda a área. Não há sistema de atendimento que reverta a situação de saúde nesse contexto.

Somente este ano, identificamos 198 casos de malária *Falciparum* (31.3% da população) que se não tivessem sido tratados, certamente teriam evoluído para o óbito. Esta mortalidade poderia ser até maior considerando o potencial de transmissão, pelos casos não tratados, para o resto da população. Por outro lado também, por se tratarem de populações isoladas, possuem baixa resistência ao contato com novas doenças, caracterizando-se uma população de alto risco.

Por tudo isso, justificamos a necessidade da continuação do Projeto de Saúde, como uma das garantias da sobrevivência dos yanomami até o momento em que, progressivamente, eles próprios tenham condições de se defender dessa ameaça.

NÚMERO DE DIAS DE CADA PROFISSIONAL EM ÁREA

Profissional de Saúde	Função	1992	1993	1994												Total de Dias 92/94	
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Deise A. Francisco	Médica	115	58	T	T	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	187
Claudio E. Oliveira	Médico	.	130	B	T	D	B	B	B	.	.	T	B	T	B	.	211
Laurício O. Farias	Enfermeiro	.	.	.	B	B	.	B	B	.	.	.	.	.	.	.	114
M. Conceição S. Souza	Enfermeira	.	99	T	.	T	T	.	.	.	.	.	.	.	.	.	179
Wesley C. Thomé	Enfermeiro	.	.	.	T	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	32
Douglas F. O. Porto	Enfermeiro	.	.	.	.	.	.	T	T	.	T	.	.	.	.	.	60
Carlo Zacquini	Assessor Campo	-	-	.	B	B	.	.	.	.	.	.	.	.	.	B	14
Jorge André Gurjão Vieira	Aux. Enf.	45	223	T	.	T	T	.	T	D	.	T	.	T	.	.	488
Bruce Albert	Antropólogo	-	-	.	.	.	.	.	.	D	D	.	.	.	.	.	22
Gale Gomez	Linguista	-	-	.	.	.	.	.	.	D	D	.	.	.	.	.	22
João das Neves Filho	Aux. Enf.	.	246	.	B	D	.	B	D	B	.	B	B	B	.	.	474
Francileuza Bandeira	Aux. Enf.	.	93	.	.	.	.	T	B	.	B	T	D	.	.	.	246
Elizonete S. Lopes	Aux. Enf.	.	90	.	.	.	.	.	T	T	.	.	.	.	.	.	158
Denise C. Dias	Enfermeira	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	D	.	.	.	.	27
José Almir C. Alves	Aux. Enf.	.	102	D	D	.	D	D	.	.	.	.	.	.	.	.	221
Ita Saldanha Saraiva	Aux. Enf.	.	99	B	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	122
Marcos T. do Carmo	Microsc.	153	218	B	.	B	B	.	B	B	B	T	T	T	.	.	590
Paulo Grouwndson	Microsc.	.	.	.	.	.	.	.	T	.	T	T	B	B	.	.	138
Manoel Cruz de Souza	Microsc.	.	167	T	T	.	.	B	T	.	.	.	.	.	T	.	351
Dionizio Miranda	Serv. Gerais	.	202	.	B	B	B	B	.	B	B	B	B	.	B	.	467
Luiz C. Pinagé	Dir. Exec.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	T	.	.	.	.	8
Francinildo F. da Silva	Aux. Enf.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	D	.	.	.	.	30
Marcos Pellegrini	Médico/FNS	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	T	.	.	.	.	8
Fernando Bozza	Médico UFRJ/FNS	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	T	.	.	.	.	8
Augusto Sérgio C. Farache	Aux. Enf.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	T	T	37
Paulo Roberto Q. Souza	Aux. Enf.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	T	T	37
Antonio José L. Silva	Aux. Enf.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	T	T	.	65
Elivaldo Lino dos Santos	Aux. Enf.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	B	B	56
Sandra de J. S. Araujo	Aux. Enf.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	D	D	61
Miriam B. Dias	Aux. Enf.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	B	B	55

* T = Toototobi B = Balawai D = Demini